



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEVANGÉLICA  
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM SOCIEDADE, TECNOLOGIA E MEIO  
AMBIENTE.

**ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS:  
SABERES E PRÁTICAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA.**

MARLUCE MARTINS MACHADO DA SILVEIRA  
ANÁPOLIS  
2009

MARLUCE MARTINS MACHADO DA SILVEIRA

ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS: SABERES E  
PRÁTICAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

**Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente da UniEVANGÉLICA, para obtenção do título de Mestre em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente. Área de concentração: Sociedade, Políticas Públicas e Meio Ambiente. sob a orientação do Prof. Dr. Nelson Bezerra Barbosa.**

ANÁPOLIS

2009

MARLUCE MARTINS MACHADO DA SILVEIRA

**ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS:  
SABERES E PRÁTICAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA.**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

.....  
Professor Doutor Nelson Barbosa  
Centro Universitário UniEVANGÉLICA - Anápolis.  
Orientador

.....  
Professor Doutor Ivan José Maciel  
Universidade Federal de Goiás  
Professor convidado

.....  
Professora Doutora Genilda D'arc Bernardes  
Centro Universitário UniEVANGÉLICA - Anápolis.

.....  
Professora Doutora Cristine Miron Stefani  
Centro Universitário uniEVANGÉLICA - Anápolis.

ANÁPOLIS

2009

## **DEDICO ESTE TRABALHO**

e o mais profundo amor e admiração a Maurício - por compartilhar comigo seus ideais de equidade, justiça e liberdade - e por ser a pessoa mais mansa e perfeita que possa existir.

à Sophia e Laura, por sorrirem com os olhinhos brilhando enquanto compartilhamos segredos nos momentos de trocas de leite e vida, de peito e alma. Vocês que me trouxeram à luz! Por vocês a minha vontade de melhorar o mundo. Amo vocês infinitamente.

a meus pais, Izael e Izabel, que me ensinaram que o amor é sempre incondicional e que pai e mãe amamentam a alma da gente por toda a vida.

à Maureen, Miriam, Mirtes, porque irmã significa amor eterno, sangue compartilhado, almas misturadas...

a toda família Machado, que me acolheu em seu seio, em especial Darcy, minha mentora na educação transdisciplinar e libertadora.

aos profissionais da ESF, cuja paciência e disposição em ajudar tornaram possível este estudo.

aos meus alunos e alunas, por percorrermos juntos este caminho em busca de uma medicina sempre mais humana.

a todas as mulheres, que sendo mães ou não, possuem a incrível capacidade de dilatar a alma e nutrir o mundo.

a todos os homens, pelas diferenças que nos completam e pela igualdade que nos unem.

## **AGRADECIMENTO**

a Deus, obrigada por me permitir experimentar o divino nos instante de meus partos, por me revelar o céu enquanto eu amamentava e pela oportunidade de apoiar outras mulheres para que possam vivenciar estes momentos.

a Nelson pela incrível capacidade de organizar o caos e de simplificar o impossível. Obrigada pelo apoio e por sua sensatez, me trazendo sempre os pés de volta para a terra.

à Liz, querida sobrinha pelo carinho e dedicação na tradução para a língua inglesa.

a Gentil, querido compadre pela preciosa ajuda na revisão da literatura jurídica.

à Tia Helena, pela preciosa revisão ortográfica realizada com competência e amor.

à Nara e todas as companheiras do banco de leite de Anápolis, obrigada pela compreensão e companheirismo.

Lídia e Marta, companheiras, amigas, que com carinho e dedicação cuidam de meu ninho nas minhas ausências. Obrigada por tudo

Sirlene, companheira, obrigada por seu altruísmo e energia. Amigos e amigas do mestrado, você me fizeram lembrar como é bom ser aluna!!!!

Carlos, (*in memoriam*) saudades de suas histórias sobre os índios... seria um grande privilégio aprender mais sobre a dialética marxista e sobre o cristianismo com você.

Genilda, Cristine, Florianita, Mirley, Martha, Eunice e toda a equipe do mestrado - obrigada por me ajudarem nesta conquista!

Obrigada Priscila, Jussara, pela compreensão e solidariedade.

à Margarita Diaz, minha querida amiga e mentora Maggie, quem me ensinou a buscar meu crescimento pessoal contribuindo para o crescimento da humanidade.

a toda Reprolatina, cujos marcos referenciais nortearam este estudo, em especial meu querido Chico. Agradeço como profissional da saúde e como mulher, por tudo que vocês tem feito além das fronteiras culturais e geográficas deste mundo.

a Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, coordenadores da ESF gestão 2004-2008, pelo interesse com o qual facilitaram a realização desta pesquisa.

## **ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS: SABERES E PRÁTICAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

### **RESUMO**

A importância do aleitamento materno foi consagrada no século XX, representando a estratégia de maior impacto na diminuição da mortalidade infantil. Entretanto, os baixos índices de aleitamento materno no Brasil e no mundo refletem uma contradição que não pode ser explicada sem a visão de nossa natureza híbrida e das características do mundo industrializado. Estes fatores determinam a amamentação como prática a ser aprendida e refletida, sendo parte fundamental da promoção da saúde, eixo norteador das políticas públicas em saúde, representada pela Estratégia Saúde da Família. À luz do conhecimento da importância das ações de educação em saúde, possibilitando à população conhecer os benefícios do aleitamento materno e o manejo da lactação, buscou-se nesta pesquisa identificar quais os conhecimentos e as práticas que os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família de Anápolis detêm sobre o aleitamento materno e também quais as condições que facilitam ou dificultam as ações para a sua promoção nestas unidades. A pesquisa de natureza descritivo-analítica foi realizada por meio de questionários e entrevistas aplicadas aos profissionais da Estratégia Saúde da Família, utilizando-se de metodologia quantitativa e qualitativa, com as hipóteses de que estes profissionais detêm conhecimentos insuficientes sobre aleitamento materno e o processo de capacitação não tem sido realizado de forma sistematizada e contínua. Os resultados evidenciaram população de profissionais jovens, a maioria do sexo feminino, atuando na estratégia há menos de 3 anos. As práticas destes profissionais revelam que vivenciaram a amamentação, porém, o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde foi encontrado em pequena porcentagem destes profissionais. O Banco de Leite Humano é mais conhecido por sua função de processamento e distribuição do leite e pouco lembrado como unidade promotora do aleitamento materno a serviço da comunidade. O manejo da lactação é de conhecimento da grande maioria dos profissionais, contudo, ainda existe número significativo que não indicam o aleitamento em livre demanda, o que pode acarretar prejuízo à amamentação. As unidades de saúde em geral possuem capacidade física para realizar ações educativas, porém necessitam de materiais educativos para o apoio visual destas ações. Concluímos que a promoção do aleitamento materno na Estratégia Saúde da Família tem sido realizada de forma assistemática e os profissionais necessitam de conhecimentos atualizados, portanto, de mais capacitações. Contudo, esta pesquisa demonstrou que o município conta com potencialidades e elementos fundamentais para a promoção do aleitamento materno. Uma boa cobertura da população com a Estratégia Saúde da Família e o Banco de Leite Humano Municipal estruturado, aliados a profissionais motivados e capacitados, certamente, tornarão estas ações eficazes e eficientes.

Palavras Chaves: Aleitamento Materno, Estratégia Saúde da Família, Promoção da Saúde, Banco de Leite Humano, Políticas Públicas de Saúde.

# **BREASTFEEDING AND THE TOWN OF ANAPOLIS: FHP AWARENESS AND PRACTICES**

## **ABSTRACT**

The importance of breastfeeding was acclaimed in the 20th century, representing the strategy of greatest impact in the decrease of infant mortality. However, the low indexes of breastfeeding in Brazil and around the globe correspond to a contradiction that cannot be explained without considering our hybrid nature and the characteristics of the industrialized world. These factors establish that breastfeeding is a practice to be learned and reflected upon and as an essential part of promoting health. This concept of endorsing public well being is what guides the Family Health Program. Therefore, awareness became a key element in health education bringing the population to learn the benefits of breastfeeding and of lactation handling. The proposed thesis seeks to identify what kind of breastfeeding information and practices the Family Health Program professionals of Anapolis know and utilize; also, what are the circumstances that aid or impede the actions of promoting breastfeeding in the work units. The descriptive-analytical nature of this project was achieved through questionnaires and interviews completed by the Family Health Program staff; quantitative and qualitative methods were applied and it was assumed that the active members of the Family Health Program are not sufficiently educated in regards to BF. Furthermore, the capability of the Family Health Program personnel was not addressed in a continuous and systematic way. The results illustrate that the employees in this sector are typically young, mostly females, who have been working the BF approach for less than 3 years. The individual practices of the workforce reveal that they too went through breastfeeding experience; however, few of them followed the 6 months exclusive breastfeeding period that is recommended by the World Health Organization. The study also shows that the Human Milk Bank is mostly known for processing and distributing the gathered milk and many times forgotten that it is a community service entity that promotes breastfeeding practices. It also revealed that lactation handling is widely known by the Family Health Program staff; nonetheless, there are a significant number of workers that do not steadily recommend breastfeeding, this could easily harm the outcome of the Family Health Program agenda. In addition, most of the health units have physical space to educate the community but lack the materials and resources to do so. In conclusion, the Family Health Program attempts to endorse breastfeeding has been unsystematic and the Family Health Program team requires updated knowledge and training. Furthermore, this study shows that the town of Anapolis counts on the potential and fundamental elements of breastfeeding promotion. Hopefully, a vast part of the population along with the Family Health Program and the Human Milk Bank will locate motivated and capable professionals, who will make the program well-organized and its practices efficient.

Key words: Breastfeeding; Family Health Program; Health Promotion, Human Milk Bank, Public Health Policy.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Produção brasileira de leite 1997/2007 .....	35
Gráfico 2 - Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo na faixa etária de 0 a 4 meses - Brasil e regiões. ....	72
Gráfico 3 - Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo nas capitais brasileiras Faixa etária de 0 a 4 meses. ....	72
Gráfico 4 - Duração mediana (em dias) de Aleitamento materno exclusivo no Brasil e regiões, 1999.....	73
Gráfico 5 - Duração mediana (em dias) de Aleitamento materno exclusivo nas capitais brasileiras, 1999. ....	73
Gráfico 6 - Duração mediana (em meses) de Aleitamento materno no Brasil e regiões, 1999.....	74
Gráfico 7 - Duração mediana (em meses) de Aleitamento materno nas capitais brasileiras, 1999. ....	74
Gráfico 8 - Evolução duração mediana de aleitamento materno no Brasil, 1999.....	75



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percentagens de crianças amamentadas em diferentes idades (e respectivos intervalos de confiança). Brasil áreas urbanas e rural, 1975 e 1989 .....	71
Tabela 2 - Distribuição dos profissionais de saúde considerando faixa etária, sexo, tempo de equipe e percentual com filhos. ....	89
Tabela 3 - Grau de instrução dos ACS.....	91
Tabela 4 - Índices de AME nos filhos dos profissionais de nível superior e dos ACS, em relação à duração em meses. ....	92
Tabela 5 - Práticas pessoais dos profissionais de saúde da ESF relacionadas com a amamentação.....	93
Tabela 6 - Conhecimento dos profissionais sobre as atividades desenvolvidas no BLH. ....	94
Tabela 7 - Frequência de verificação da mamada nos atendimentos às duplas mãe-filho.....	97
Tabela 8 - Classificação das respostas referentes à verificação da mamada. ....	98
Tabela 9 - Porcentagem de acertos das questões relacionadas ao manejo da lactação em profissionais de nível superior e ACS.....	100
Tabela 10 - Comparação entre as informações dos profissionais de nível superior e dos agentes comunitários de saúde em relação ao uso de chupetas e mamadeiras em seus filhos e às informações obtidas nas respostas das questões teóricas sobre estes hábitos.....	101
Tabela 11 - Porcentagem de acertos dos profissionais de nível superior e dos ACS nas questões relacionadas à atualização na prevenção e tratamento da mastite e das fissuras mamárias e orientação de ordenha.....	103
Tabela 12 - Avaliação das respostas dos profissionais em relação a orientações em caso de ingurgitamento mamário.....	103
Tabela 13 - Uso de compressas no tratamento do ingurgitamento mamário. ....	104
Tabela 14 - Índices de acertos sobre os benefícios do AM para a criança .....	104
Tabela 15 - Índices de acertos sobre os benefícios do AM para a mulher.....	105
Tabela 16 - Índices de acertos dos critérios para o uso do método contraceptivo da lactância amenorréia – LAM.....	106
Tabela 17 - Acertos referentes à eficácia do método LAM.....	107
Tabela 18 - Auto-Avaliação quanto às ações de promoção do AM desenvolvidas na equipe.....	111

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Apresentação das categorias, indicadores e parâmetros de frequências. .....	86
---	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:**

AME - Aleitamento Materno Exclusivo  
ACD – Auxiliar de Consultório Odontológico  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
APS – Atenção Primária à saúde  
BLH - Banco de Leite Humano  
CIM- Centro Integrado da Mulher  
ENDEF – Estudo Nacional de Despesa Familiar  
ESB – Equipe de Saúde Bucal  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
FioCruz - Fundação Oswaldo Cruz  
IBFAN – *International Baby Food Action Network*  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IFF - Instituto Fernandes Figueira  
IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança  
IPEA – Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada  
INAN – Instituto Nacional de Alimentos e Nutrição  
LAM – Lactância Amenorreia Método  
LBA - Fundação Brasileira de Assistência Social  
LHO - Leite Humano Ordenhado  
LHP - Leite Humano Processado  
MS – Ministério da Saúde  
NBCAL – Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde  
PNIAM – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno  
PNAN – Pesquisa Nacional de Alimentação e Nutrição  
PNSMI – Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil  
PROCON – Proteção e Defesa do Consumidor  
PSF – Programa Saúde da Família  
RN – Recém-nascido  
RedeBLH-BR – Rede Brasileira de Banco de Leite Humano

RNBLH - Rede Nacional de Bancos de Leite Humano  
SMAM – Semana Mundial da Amamentação  
SMS – Secretaria Municipal de saúde  
SEMUSA – Secretaria municipal de saúde de Anápolis  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância  
US - Unidade de Saúde  
USF – Unidade de saúde da Família  
WABA – Aliança Mundial de Ações Pró-Amamentação  
UTI - Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 1. A CULTURA DO ALEITAMENTO MATERNO - DO BIOLÓGICO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS. ....</b>	<b>19</b>
1.1 INTRODUÇÃO .....	19
1.2 SOCIEDADE, TECNOLOGIA E CULTURA: DETERMINANTES DAS PRÁTICAS DO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL .....	19
1.2.1 Breve Histórico da Amamentação no Brasil: .....	20
1.2.2 A Mulher e a Amamentação – Uma Perspectiva Sócio-Cultural: .....	22
1.2.3 O Pai e o Processo da Amamentação .....	27
1.2.4 A Mulher, o Trabalho e a Amamentação. ....	30
1.2.5 Tecnologia e Marketing dos Leites Industrializados: .....	32
1.3 ALEITAMENTO MATERNO E MEIO AMBIENTE – “AMAMENTAR É UM ATO ECOLÓGICO” .....	35
1.4 FATORES QUE INTERFEREM NA AMAMENTAÇÃO: PREVENÇÃO E TRATAMENTO. ....	37
1.4.1 Técnica da Amamentação: Integrando Saberes e Práticas .....	38
1.4.2 Uso de Chupetas e Bicos Artificiais: .....	41
1.4.3 Fissuras Mamilares: .....	42
1.4.4 Demora na Descida do Leite: .....	43
1.4.5 Ingurgitamento Mamário: .....	44
1.4.6 Mastites: .....	45
1.5 PROMOVENDO O ALEITAMENTO MATERNO DO PRÉ-NATAL À PUERICULTURA .....	46
1.5.1 Recomendações Quanto à Duração do Aleitamento Materno: .....	49
1.6 BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO E RISCOS DO DESMAME PRECOCE: .....	50
1.6.1 Alergias: .....	51
1.6.2 Diabetes Melito .....	52
1.6.3 Cognição .....	52
1.6.4 Obesidade .....	53
1.6.5 Desenvolvimento Fonoaudiológico .....	54
1.6.6 Infecções Respiratórias e Otites .....	54
1.6.7 Diarreia: .....	55
1.6.8 Mortalidade Infantil .....	55
1.6.9 Benefícios para a Mulher que Amamenta: .....	56
1.7 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM AMAMENTAÇÃO: SOBRE ESTRATÉGIAS E RESULTADOS: .....	58
1.7.1 Papel do BLH na Promoção da Amamentação: .....	62
1.7.2 ESF no Brasil e a Promoção do Aleitamento Materno .....	67
1.7.3 Situação do Aleitamento Materno no Brasil: Resultados destas Políticas. ....	70
<b>CAPÍTULO 2 ASPECTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>78</b>
2.1 INTRODUÇÃO .....	78

2.2	ESTRATÉGIA DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA E LOCAL .....	79
2.3	SUJEITOS DA PESQUISA .....	80
2.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	81
2.5	COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS .....	81
2.6	VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS .....	83
2.7	ANÁLISE DE DADOS .....	83
2.8	ASPECTOS ÉTICOS .....	86
2.9	RISCOS BENEFÍCIOS .....	86
2.10	UTILIZAÇÃO DOS RESULTADOS.....	87
<b>CAPÍTULO 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO:.....</b>		<b>88</b>
3.1	INTRODUÇÃO .....	88
3.2	PERFIL DOS PROFISSIONAIS:.....	88
3.3	PRÁTICAS PESSOAIS RELACIONADAS COM A AMAMENTAÇÃO.....	91
3.4	CONHECIMENTOS E PRÁTICAS RELACIONADAS AO BANCO DE LEITE HUMANO (BLH):.....	93
3.5	CONHECIMENTOS E PRÁTICAS SOBRE AMAMENTAÇÃO:.....	96
3.6	ESTRUTURAÇÃO DAS UNIDADES E MATERIAL DE APOIO.....	109
3.7	AUTO-AVALIAÇÃO DA ESF PELOS PROFISSIONAIS.....	110
3.8	ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO DE CAPACITAÇÃO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO ENTRE PROFISSIONAIS DA ESF .....	111
3.9	CONCLUSÃO.....	113
<b>CAPÍTULO 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>		<b>115</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....</b>		<b>118</b>
<b>APÊNDICE 1.....</b>		<b>132</b>
<b>APÊNDICE 2.....</b>		<b>134</b>
<b>APÊNDICE 3.....</b>		<b>136</b>
<b>APÊNDICE 4.....</b>		<b>137</b>
<b>APÊNDICE 5.....</b>		<b>142</b>
<b>APÊNDICE 6.....</b>		<b>147</b>

## **APRESENTAÇÃO**

Promover o aleitamento materno é, sabidamente, promover saúde e benefícios para a sociedade. No entanto, amamentar recebe diferentes significados em diferentes sociedades e, muitas vezes, representa um desafio para as famílias e para profissionais da saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) consideram o aleitamento materno um componente básico para o êxito em qualquer estratégia que vise à redução da mortalidade infantil, que é umas das 8 metas para o milênio estabelecidas pela OMS.

O resgate da prática de amamentar pode trazer impactos significativos sobre a mortalidade infantil, principalmente, em países em desenvolvimento. Seus muitos benefícios também são estendidos à família e à sociedade, como menores índices de abandono de crianças que são amamentadas e a significativa economia de uma família que não precisa gastar com leites e mamadeiras.

O aleitamento materno é também um ato ecológico, pois o leite materno é um recurso natural e renovável, sendo produzido e entregue ao consumidor sem poluir. Sabem-se os males que a indústria ocasiona como desmatamentos para criação do gado para obter o leite, confecções de embalagens e gasto de energia para produção e transporte. Só as 550 milhões de latas de alimentos infantis vendidas a cada ano nos Estados Unidos, lado a lado, dariam mais de uma volta na Terra (WABA, 1997).

O leite materno é, sem dúvida nenhuma, o melhor e mais completo alimento e uma das mais eficazes medidas de promoção à saúde das crianças; contudo, a prática da amamentação está longe de ser a ideal.

O Brasil, nos últimos 25 anos tem incrementado suas políticas públicas a favor do aleitamento materno. Um dos principais marcos desta política é a Rede Brasileira de Banco de Leite (RedeBLH-BR) e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Uma área temática de atuação da ESF é o programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, sendo seu objetivo geral reduzir a morbimortalidade em todas as fases da infância e um de seus objetivos específicos é promover a assistência ao recém-nascido, o aleitamento materno e a orientação alimentar adequada para a idade.

Um dos fatores que interferem na decisão das mulheres em amamentar ou não, e na duração desta prática, é o conhecimento que possuem sobre

amamentação. Portanto, os profissionais de saúde necessitam de conhecimentos atualizados e, sobretudo, comprometimento e habilidades para o manejo da amamentação, além de estarem inseridos em um serviço estruturado para realizar ações de promoção, apoio e proteção à amamentação (GIUGLIANI e LAMOUNIER, 2004). No entanto, segundo o Ministério da saúde, um dos problemas prioritários na área de aleitamento materno no Brasil é a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre o manejo da lactação (NETO, 2008).

No Brasil, 97% das crianças iniciam a amamentação nas primeiras horas de vida, porém, permanecem sendo amamentados por um curto período. Em 1999, pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (MS) nas capitais e Distrito Federal encontrou a mediana de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) de 23 dias no Brasil e em Goiás apenas 9 dias. Em relação ao Aleitamento Materno sem exclusividade, no Brasil a mediana foi de 9 meses e 9 dias e em Goiás, 8,7 meses. A prevalência do uso de mamadeiras na faixa etária de 0 a 12 meses é de 62% e a prevalência da chupeta, nesta mesma faixa etária é de 55% em Goiás, índices próximos aos encontrados no Brasil como um todo (62,8% e 52,9% respectivamente) (BRASIL, 1999).

Os dados apontam a necessidade de expansão das atividades de promoção ao aleitamento materno e incitam o interesse de se realizar esta pesquisa para averiguação do conhecimento e práticas dos profissionais na ESF, revelando assim os fatores que influenciam as ações em favor do aleitamento materno em Anápolis.

Atuando na promoção do aleitamento materno em Anápolis há 11 anos, exercendo a função de médica pediatra do banco de leite humano (BLH), o que motiva a autora a realizar esta pesquisa traduz-se nas palavras de Freire (1999, p. 32): “Pesquise para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquise para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade”.

Busca-se por meio desta pesquisa identificar se o profissional de saúde que presta atendimento às famílias tem conhecimento atualizado e realiza práticas que contribuam para a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno e de que forma são realizadas as orientações individuais e as ações educativas. Por intermédio desta pesquisa pretende-se esclarecer:



“Quais são os saberes e as práticas dos profissionais da saúde da ESF de Anápolis sobre aleitamento materno”

As questões que motivaram este trabalho podem assim ser descritas: As atividades de educação em saúde em prol do resgate do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida e continuado até os dois anos ou mais, têm sido realizadas de forma sistemática e contínua? A capacitação dos profissionais para estas ações segue programação estabelecida? Os recursos requeridos incluindo os de conhecimento e materiais educativos estão garantidos? O que os profissionais envolvidos nestas ações conhecem a respeito do aleitamento materno? O aleitamento materno é realmente vivenciado como prática importante para estes profissionais? Estas questões representam o desdobramento da pergunta de partida, estabelecendo a delimitação do problema a ser investigado.

Como objetivos este trabalho propõe-se a descrever e analisar:

1. O perfil dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Anápolis;
2. Os conhecimentos sobre amamentação destes profissionais;
3. Os conhecimentos destes profissionais sobre o Banco de Leite Humano de Anápolis;
4. Os saberes e práticas pessoais destes profissionais em aleitamento materno; e
5. As atividades, os recursos físicos, tecnológicos e materiais de apoio oferecidos às unidades de saúde da Estratégia Saúde da Família, a favor do aleitamento materno na rede municipal de saúde de Anápolis.

O entendimento destas questões permitirá conhecer os fatores que facilitam ou dificultam as ações de promoção do AM em Anápolis e assim, permitirá propor ações para implementação de programas e ações em favor da amamentação na rede municipal de saúde.

O interesse da autora nesta pesquisa nasceu da atuação como médica pediatra no BLH e como capacitadora em saúde sexual e reprodutiva pela Reprolatina<sup>1</sup>, vivenciando nos últimos 4 anos importantes melhorias na saúde em

---

<sup>1</sup> Reprolatina Soluções Inovadoras para Saúde Sexual e Reprodutiva é uma organização não governamental, localizada em Campinas-SP, que busca melhorar a saúde sexual e a saúde reprodutiva das populações menos favorecidas.

Anápolis, como a re-estruturação do BLH e a expansão da ESF no município. Contudo, apesar destes esforços, a percepção da autora é de subutilização da unidade, nascendo o desejo de melhorar o atendimento à comunidade e de contribuir cada vez mais com a promoção do AM no município, focalizando os princípios da equidade, da liberdade de escolha informada e da valorização dos direitos da mulher, no contexto da saúde sexual e reprodutiva.

As hipóteses que respondem à pergunta de partida são:

1. Os profissionais da ESF detêm conhecimento insuficiente sobre os fatores biológicos e culturais envolvidos nas práticas da amamentação e a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e continuado até os dois anos ou mais;

2. Os profissionais da ESF não reconhecem o BLH de Anápolis como centro de promoção, proteção e apoio à amamentação e tampouco conhecem as ações desenvolvidas e suas funções;

3. Os profissionais de saúde não vivenciam o aleitamento materno em suas vidas privadas e praticam hábitos que podem prejudicar o processo da amamentação;

4. A capacitação ou atualização permanente de profissionais de saúde referente ao aleitamento materno dá-se de forma descontínua e assistemática;

5. As ações de educação em saúde referentes à promoção, proteção e apoio à amamentação às famílias atendidas na ESF de Anápolis são feitas de forma descontínua pelos profissionais;

6. A estrutura física das unidades de saúde não contém espaços adequados e as equipes não possuem material de apoio para a realização de ações educativas e orientações individuais em amamentação.

A pesquisa foi realizada pela autora nas unidades de saúde ou em encontros de capacitações realizadas pela secretaria de saúde. Foram aplicados questionários, contendo perguntas abertas e fechadas, aos profissionais enfermeiros (as), médicos (as), cirurgiões dentistas e agentes comunitários de saúde (ACS) da ESF do município de Anápolis; entrevista semi-estruturada para os técnicos de nível central da secretaria municipal de saúde de Anápolis (SEMUSA).

O primeiro capítulo deste estudo traz uma reflexão das influências da sociedade e da tecnologia nas práticas da amamentação e das políticas públicas a favor do aleitamento materno no Brasil, contextualizando as ações de promoção ao

aleitamento materno ao longo da história e seus resultados, assim como o embasamento teórico das questões relacionadas aos benefícios do aleitamento materno e das intercorrências da mama puerperal nos aspectos preventivos e curativos.

O segundo capítulo descreve a metodologia da pesquisa que se apoia em dados quantitativos e qualitativos. Serão apresentados os caminhos percorridos para a realização desta pesquisa e as técnicas e instrumentos utilizados para obtenção e análise dos dados, agrupados em categorias temáticas.

O terceiro capítulo apresenta os resultados obtidos nesta pesquisa e as discussões pertinentes. Os parâmetros obtidos na literatura e em pesquisas realizadas em outros municípios permitem referenciar a situação da promoção do aleitamento materno em Anápolis.

O quarto capítulo apresenta as considerações finais e espera-se assim contribuir para a estruturação de uma rede entre o BLH e a ESF e para a otimização das ações de promoção do aleitamento materno em Anápolis, por meio da melhoria da qualidade de recursos de conhecimento, de materiais e infra-estrutura para efetivação destas práticas.

## **CAPÍTULO 1. A CULTURA DO ALEITAMENTO MATERNO - DO BIOLÓGICO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS.**

### **1.1 INTRODUÇÃO**

Neste primeiro capítulo, serão abordados os aspectos biológicos e científicos da amamentação e os benefícios para a saúde da criança, da mãe, da sociedade e do próprio planeta. Serão apresentadas as influências sócio-culturais e da indústria de leite em pó, em contraponto às políticas públicas a favor da amamentação, demonstrando os resultados obtidos ao longo das décadas.

As políticas públicas a favor do aleitamento materno apresentaram flutuações históricas e resultados conflitantes ao longo dos séculos. Do biológico e, portanto, instintivo, programado geneticamente e controlado por meio de hormônios, até as influências inegáveis da cultura, a história da amamentação revela um cenário onde o direito da criança, da sociedade e da mulher coabitam.

Assim, as técnicas de amamentação e as intercorrências da mama puerperal nos seus aspectos preventivos e curativos estarão dividindo espaço com as reflexões sobre a amamentação num contexto sócio-cultural e político, percorrendo a história por um lado recheada de ideologia e interesses econômicos e de outro construindo um país merecedor de premiação e de reconhecimento internacional por suas ações a favor do aleitamento materno.

### **1.2 SOCIEDADE, TECNOLOGIA E CULTURA: DETERMINANTES DAS PRÁTICAS DO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL.**

Os inúmeros benefícios do aleitamento materno para a criança, a mulher e a sociedade são cada vez mais comprovados pela ciência. Apesar de todos estes benefícios e apesar das políticas públicas a favor da amamentação incrementarem suas ações ao longo dos últimos 20 anos, os resultados ainda estão longe do ideal.

O Brasil é exemplo em tecnologia de bancos de leite humano e nas recomendações de amamentação exclusiva até os seis meses e continuada até os dois anos ou mais, servindo de modelo para os outros países. Estas recomendações são consagradas pelas evidências científicas que demonstram a superioridade do leite humano na alimentação dos bebês (ALMEIDA, 2002).

No entanto, a cultura do leite fraco, pouco leite e leite que secou têm superado o trabalho fora do lar como causa do desmame precoce, apesar da ciência comprovar a inconsistência do “leite que não sustenta”. Este fato induz à reflexão sobre a influência da cultura, dos aspectos político-sociais e da tecnologia voltada para o lucro das indústrias de leite artificiais, como fatores condicionantes do aleitamento materno.

### 1.2.1 Breve Histórico da Amamentação no Brasil:

Quando os Portugueses chegaram ao Brasil, a amamentação era uma prática natural entre as índias, fato que chamou a atenção de Pero Vaz de Caminha, que relata tamanha estranheza em sua carta ao rei de Portugal. Na época, a sociedade Europeia considerava a amamentação indigna para uma dama (SILVA, 1990, apud ALMEIDA, 2002). Com a estruturação de uma nova sociedade no Brasil, as índias e, posteriormente as escravas negras, começaram a exercer a função de ama-de-leite dos filhos da nobreza, aumentando o valor mercadológico das escravas lactantes. O processo da lactação era permeado de conteúdos ideológicos e mitos como enfraquecer a saúde da mulher, interferir na sexualidade do casal, entre outros. As mulheres buscavam o status social de possuir uma ama-de-leite, desejando reproduzir o modelo europeu (BADINTER, 1985).

Analisando a amamentação através do tempo, os séculos XVII e XVIII destacam-se como períodos de grande desprezo às crianças e, a amamentação era considerada absurda. As crianças eram alimentadas ou por amas-de-leite ou com leite de vaca que, muitas vezes era oferecido em recipientes inadequados como chifres. Em consequência deste hábito, 7 em cada 10 crianças morriam antes de completar um ano de idade (SILVA, 1998).

No século XIX, os avanços da medicina e o apoio das ações médicas por parte do Estado, mudaram o cenário da amamentação. De indigno, o ato de amamentar passou a ser imposto de forma vertical e autoritária, tornando a mulher a única culpada se a amamentação não fosse instituída com êxito. A criança começa a ter valor político-social e a mulher torna-se uma grande aliada no processo de configuração do Estado burguês brasileiro (ALMEIDA, 2002).

Surgem as regras rígidas da amamentação oriundas das escolas francesas e alemãs, que estipulavam o rigor no horário para amamentar, a duração da mamada e o uso de chupetas, o que até hoje encontramos em muitos discursos

médicos (SOUZA, 1996). Este rigor caracteriza o movimento em prol de resolução de problemas sociais, principalmente, a mortalidade infantil, focalizando o comportamento humano, a alimentação e as condições ambientais, colocando nas mãos da mulher a responsabilidade de garantir a sobrevivência de seus filhos.

Essa trajetória, desde seu início, foi pautada pela formulação de regras rígidas impostas à família e, sobretudo, à mulher-mãe, no intuito de modular o seu comportamento em favor da saúde da criança. Ao conjunto de técnicas de persuasão e estratégias de ataque, a medicina social deu o nome de higiene familiar (ALMEIDA e NOVAK, 2004 p. 122).

A figura do médico como única autoridade sobre a vida e a saúde das pessoas era inquestionável. Assim, a própria medicina criou o paradigma da amamentação tal como ainda hoje repercute nos mitos e frustrações das mulheres entre o querer e o conseguir amamentar.

A linguagem médica endurecia, passando do conselho à ordem. [...] não mais se tomava a natureza como guia, ao contrário procurava-se contrariá-la. O pensamento médico tornava-se radical, polarizava: de um lado a natureza e as tradições; do outro, a razão, a técnica, o comportamento moderno. O médico era o único guia e, como tal, não aconselhava, dava ordens: o número, a duração e o intervalo das mamadas deveriam ser rigidamente estabelecidos em um período de vinte e quatro horas (MARQUES, 2001).

Surge também o leite fraco, como “explicação científica” da falha do modelo higienista e para aceitação das mulheres da elite que por algum motivo não amantassem (ALMEIDA, 2002).

O século XIX representou um período de formulação de concepções sobre o ato de amamentar, refletidas na visão de muitos médicos pediatras e obstetras de hoje que, assim como os higienistas, focalizam os aspectos biológicos, sem a integração dos aspectos psicológicos, sociais e culturais da amamentação.

Uma nova sociedade nasce com o Brasil República no século XX e com ela importantes mudanças sócio-econômicas. A sociedade transforma-se em urbano-industrial e o papel da mulher na sociedade sofre novas mudanças. Avanços na industrialização do leite de vaca também ocorreram e a força das indústrias é sentida em toda a nova sociedade brasileira de consumo. A mão de obra feminina passa ter valor de mercado e a mamadeira surge como alternativa para a amamentação. As indústrias passaram, então, a incentivar a compra do leite artificial, aumentando seus lucros e contribuindo com a divulgação de mitos sobre o

aleitamento materno, como “leite fraco, leite não sustenta”, usando para isto os próprios profissionais da saúde e a “vanguarda cientificista” (ALMEIDA, 2002)

Até a década de 70, apesar do discurso médico da importância do aleitamento materno, a antiética atuação das indústrias e as falhas no paradigma biológico da ciência fortaleceram sobremaneira a alimentação artificial para os bebês.

Nessa época, os países da América latina apresentavam índices de duração do aleitamento materno muito baixos. Estudos transversais mostram, por exemplo, que no Município de São Paulo, em meados da década de 70, a duração mediana da amamentação era de, aproximadamente, um mês (VENÂNCIO e MONTEIRO, 1998). Nesta década, em Ribeirão Preto (SP), o tempo mediano de amamentação foi de dois meses e meio a três meses. Em Campinas (SP), confirmou-se a tendência do desmame precoce, encontrando um tempo mediano de amamentação de dois meses e vinte e quatro dias (PEREIRA *et al.*2004).

Em 1974, o jornalista Mike Müller publica o livro *the baby killer* denunciando as consequências do “desmame comerciogênico”, conforme denominado por Jellife e Jellife (ALMEIDA, 2002). O *marketing* inescrupuloso da indústria de leite em pó e o consequente aumento da morbimortalidade infantil em países em desenvolvimento denunciado por Müller (1981), associado às evidências científicas dos efeitos do leite de vaca à saúde das crianças, levaram a um novo despertar em defesa da amamentação.

### 1.2.2 A Mulher e a Amamentação – Uma Perspectiva Sócio-Cultural:

O modelo biomédico ainda vigente e as questões culturais relacionadas à mulher somam-se, dificultando o processo da amamentação. A classificação do homem e mulher como mamíferos traz a idéia da amamentação como uma característica inteiramente natural da espécie. Porém, ao nos autodenominarmos racionais, pouco resta-nos em comum com nossa classe. Nosso agir não é mais guiado por instintos e reflexos, mas o pensar nos direciona à evolução, gerando perdas e ganhos. No contexto histórico-cultural-científico em que vivemos, ora nos aproximamos das verdades, ora estas verdades são maquiadas para que se moldem aos preconceitos e aos diferentes interesses dominantes.

O acentuado avanço da ciência e da tecnologia, o mundo pós-moderno e a falsa impressão de liberdade incutida no capitalismo condicionam-nos aos diversos

interesses que continuamente nos ditam o que pensar, modulando nossas atitudes, também, em relação a nossos (as) filhos (as).

Uma reflexão do paradigma<sup>2</sup> da amamentação faz-se necessária frente aos baixos índices de aleitamento materno, a despeito dos esforços conjuntos realizados nos últimos anos.

“A fé no paradigma só começa a ser abalada quando o número de anomalias cresce acima do razoável, ficando cada vez mais difícil de lidar com elas” (OLIVA, 2003 p. 36).

Muitos são os fatores que contribuem para o desmame. O ato de amamentar, apesar de biológico e natural, na espécie humana não é um ato instintivo, requerendo aprendizagem, apoio, proteção e respeito.

A amamentação, além de ser biologicamente determinada, é socialmente condicionada, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida (ALMEIDA, 2002, p.15).

Latour (1994, p.9) descreve nossa condição de híbridos, regidos por leis transcendentais da natureza e imanentes da cultura. Para ele “nós mesmos somos todos híbridos, instalados precariamente no interior das instituições científicas, meio engenheiros, meio filósofos...” O autor demonstra como um mesmo fio interliga a sociedade, a biologia, a tecnologia, a política, os interesses econômicos e a cultura: “Um mesmo fio conecta a mais esotérica das ciências e a mais baixa política, o céu mais longínquo e certa usina [...], o perigo global e as próximas eleições [...]”.

Baseado em Latour, Almeida (2002), descreve a amamentação como um híbrido natureza - cultura e convida à reflexão da amamentação como fato social ou fenômeno biológico:

Mais do que um fato social ou fenômeno biológico, a amamentação é uma categoria híbrida que se constrói com características, propriedades e atributos definidos tanto pela natureza como pela cultura (ALMEIDA, 2002, p. 23).

Na perspectiva de híbrido, fato ou fenômeno, a mulher é a autora e a protagonista deste processo.

---

<sup>2</sup> Paradigma: “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (Kuhn, 2001 p.13).



A amamentação vista enquanto fato social tem a sua história, que se insere em uma história ainda maior: a da maternidade. Tentar enfocá-la sem esta contextualização trata-se de retórica, semiótica ou de uma estratégia textual para fins específicos. Assim, o foco da discussão não pode ficar centrado exclusivamente na criança. A mulher exerce um papel determinante neste processo e não pode ser desconsiderada (ALMEIDA e GOMES, 1998, s/p.).

Preconceitos e hostilidade contra as mulheres são encontrados na literatura, vindos de alguns filósofos, pensadores e grandes personagens da história. Schopenhauer (sem data, p. 105) afirmava que:

[...] o simples aspecto da mulher revela que não é destinada nem aos grandes trabalhos intelectuais, nem aos grandes trabalhos materiais. Paga a sua dívida à vida não pela ação, mas pelo sofrimento, as dores da maternidade, os cuidados inquietantes da infância; deve obedecer ao homem, ser uma companheira paciente que lhe torne a existência calma.

Este filósofo alemão do século XIX considerava as mulheres inferiores aos homens, incapazes em todos os aspectos, esbanjadoras, oportunistas, tolas e imaturas. Afirma ainda na p. 106: “o que torna as mulheres particularmente aptas para cuidar, para dirigir a nossa primeira infância, é o fato delas mesmas se conservarem pueris, frívolas e de inteligência acanhada”.

A história da medicina acompanha este contexto cultural, sendo que várias são as consequências desastrosas destas desigualdades, iniquidades, preconceitos e relações de poder, como a vulnerabilidade da mulher e falta de autonomia com seu corpo e sua própria vida.

Na dependência do contexto histórico-político-social, as conveniências de amamentar ou não se revezam. Ora a mulher é, de todas as maneiras, desestimulada a esta prática, ora o amor materno daquelas que não conseguem ou não desejam é colocado em dúvida. Este amor materno seria exteriorizado pela capacidade de nutrir o feto com o seu sangue, seu bebê com seu leite e seu filho maior com o afeto (ALMEIDA, 2002).

Movimentos firmados na ideologia dos benefícios do aleitamento materno para a criança caracterizam-se por campanhas focalizadas na responsabilidade da mulher amamentar. Muitos slogans esquivam-se da educação e do apoio, dever dos serviços de saúde e de toda sociedade. Estrategicamente associa-se a amamentação ao amor materno, como se bastasse ser mãe para saber amamentar e vencer todos os obstáculos culturais, sociais e pessoais impostos à mulher.

“Quanto mais as pesquisas mostravam a importância da amamentação para a prevenção de doenças e melhoria do estado geral de saúde do bebê, mais se reforçava a representação ideológica da mãe amamentadora” (REZENDE, 2003, p.158).

O amor materno é considerado incondicional por alguns psicanalistas como Fromm (1995) e outros como Winnicott e Melanie Klein (apud BADINTER, 1985). Porém, autores questionam este estereótipo como um mito, pensando este amor como um sentimento sujeito a variações culturais e pessoais e como tal, aprendido e cultivado:

Ao se percorrer a história das atitudes maternas, nasce a convicção de que o instinto materno é um mito. Não encontramos nenhuma conduta universal e necessária da mãe. Ao contrário, constatamos a extrema variabilidade de seus sentimentos, segundo sua cultura, ambições ou frustrações [...] (BADINTER, 1985, p. 365).

Sendo este amor incondicional ou aprendido, não pode ser medido por comportamentos tão fortemente influenciados pela cultura e pelas condições emocionais e vivenciais de uma mulher.

A figura da mãe amamentando é frequentemente associada à virgem Maria. A mulher que não amamenta, seja por não desejar ou como consequência do aspecto social da amamentação e seus mitos ou, ainda por falta de apoio, aos olhos da sociedade distancia-se desta imagem santificada.

A construção social dos papéis exercidos na sociedade por homens e mulheres (gênero) traz consequências na saúde sexual e reprodutiva das mulheres, pelas relações de poder e hierarquia que integram esta perspectiva. Nestas relações, quase inexistem a possibilidade das mulheres conhecerem e cuidarem de seus corpos. Este distanciar de si mesma, nas dimensões psíquica e física, são entraves para vivências como o parto natural e a amamentação (GALVÃO e DÍAZ 1999).

As mulheres, exercendo os diversos papéis de cuidadora-educadora, mão de obra desvalorizada, chefe de muitos lares, ainda está longe de exercer seus direitos com autonomia e equidade. As consequências das relações de poder estabelecidas pelos fatores culturais de gênero, econômicos e acesso limitado às informações expressam-se em consequências nefastas. A mortalidade materna, ainda considerada elevada no Brasil, é decorrente, na maioria das vezes, de causas evitáveis, indicando as desigualdades de gênero e de acesso a serviços de saúde

de qualidade. No entanto, permanece ainda na cultura popular a conotação de sagrada missão materna, tornando-se banal e inevitável (CEDAW, 2007).

A associação dos elementos culturais com a saúde sexual e reprodutiva revela que “o corpo pode também funcionar como uma metáfora da cultura” (GALVÃO e DÍAZ 1999, p.188),

As relações de gênero estabelecem-se nos diversos papéis atribuídos à mulher na sociedade, sendo que a maternidade, não vivenciada como uma função compartilhada, torna real a afirmação que “a maternidade sempre esteve na origem da discriminação social da mulher, ou seja, na raiz do problema e desigualdade social” (ANDERSON e CAMILLER 1996 apud MARQUES, 2001, p. 14). Logicamente a maternidade é um marco importante na vida de uma mulher. No entanto, para que a mulher vivencie a maternidade com plenitude, é necessário um dividir responsabilidades e uma soma de direitos, para que o multiplicar não a diminua.

A perspectiva da amamentação como um direito da criança e da mãe, descrita por Kent (2000), a liberdade para a escolha informada e a proteção deste direito, somados a luta das mulheres para mudar este paradigma, são conquistas que continuamente se realizam.

Autores como Díaz *et al* (2005), enumeram entre os importantes fóruns internacionais, a Assembléia Geral das Nações Unidas, (1977) que aprovou o documento: “A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher” e a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo,1994), que enfatizaram a saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos como aspectos principais de um acordo central sobre população.

Garantir este direito é função de toda a sociedade e podemos afirmar que:

Portanto, cabe às mulheres, detentoras de corpos femininos, o direito de gestar, parir e amamentar. Aos profissionais de saúde cabe o acolhimento a estas mulheres, a compreensão do seu modo de vida e o respeito às suas opiniões, para assim, apoiá-la nas decisões referentes ao processo de amamentação (MONTEIRO *et al* 2006, p. 149).

O adequado posicionamento da mulher na sociedade e a equidade de gênero, só serão possíveis quando a mulher tiver acesso às informações e a autonomia de decidir sobre a sua própria saúde e vida. As decisões da mulher, assim como o direito às informações precisas sobre os benefícios da amamentação

e os riscos do desmame precoce devem ser respeitados pelos profissionais da saúde e por toda a sociedade.

Somente a visão integral da mulher no processo de amamentar e a não subordinação da medicina e da sociedade aos avanços tecnológicos cientificistas recheados por interesses econômicos, proporcionará a promoção do aleitamento materno de forma humanista, e não mais meramente ideológica.

Quebrar as barreiras que separam a mulher-procriadora da mulher agente transformadora da sociedade, certamente abrirá oportunidades de escolhas, de acesso às informações para que nossos papéis, uma vez compartilhados, apoiados e com responsabilidades divididas possam, finalmente, coexistir em paz, proporcionando auto-estima e segurança necessárias para uma adequada vivência do período pós-parto e da amamentação.

### 1.2.3 O Pai e o Processo da Amamentação

A cultura de gênero não se limita a controlar o comportamento da mulher, porém o homem, nesta mesma cultura também sofre suas conseqüências e limitações.

O preparo para a paternidade inicia-se na infância, época em que os meninos, assim como as meninas, recebem forte influência da sociedade, da família, da escola e da igreja na construção da sua sexualidade. Todo comportamento rotulado de “tipicamente feminino” é proibitivo, assim como brincar com bonecas. Quando muito, em brincadeiras em conjunto, o menino limita-se a mostrar sua força de “provedor”.

Na fertilização, o papel do homem e da mulher divide-se, porém, uma vez a gravidez ocorrendo no corpo da mulher, o homem, na dependência de suas motivações psíquico-sociais e do desejo da paternidade, pode exercer o papel de genitor ou de pai (SOUZA, 2000).

No processo de amamentar, novamente este papel sofre re-estruturação e a criança torna-se o foco de todos os cuidados, que são exercidos, conforme construção social, pela mulher.

Vários estudos evidenciam a importância do apoio da família e do pai, em especial, no sucesso da amamentação. Muitos homens desejam participar deste importante momento na vida de sua família, mas não têm a motivação e tampouco

as orientações necessárias. Família, sociedade e profissionais da saúde em geral não dispensam ao pai a atenção necessária e, muitas vezes o excluem de suas ações e orientações, perpetuando a cultura de gênero, sem a percepção das consequências desta exclusão.

Vários são os fatores que distanciam o homem da gravidez e da amamentação e dentre os fatores alegados destaca-se: impossibilidade devido às ocupações no trabalho, falta do serviço de saúde solicitar sua presença e até “achar que o médico não ia gostar” (SERAFIM, 1999, apud SILVEIRA e LAMOUNIER, 2006).

A presença de um parceiro por si só já aumenta as chances da mulher amamentar. Um dos fatores associados à menor duração do aleitamento materno foi o fato do pai não residir com a criança (SILVEIRA e LAMOUNIER, 2006). A presença do pai significa apoio social, econômico, emocional e educacional, que podem ser oferecidos por outros membros da família, porém, o pai é a pessoa de mais peso neste apoio (FALEIROS, TREZZA e CARANDINA, 2006).

Estudos como o de Pisacane et al (2005), comparando um grupo de pais que receberam treinamento no manejo da amamentação com um grupo controle, mostram significativo aumento da prevalência e da duração da amamentação no primeiro grupo. Esta forte influência da aprovação do pai em relação à amamentação foi demonstrada em um estudo onde mulheres que receberam aprovação do pai da criança para amamentar apresentaram índice de 98% de amamentação em relação às que não receberam esta aprovação (26,9%) (LITTIMAM, MEDENDORP e GOLDFARB, 1994).

A importância da participação do pai em todas as fases da infância vem motivando estudos e reformulação das leis trabalhistas, sendo que em vários países já se conquistaram maiores períodos da licença paternidade e o salário paternidade, proporcionando aos homens a oportunidade de participarem ativamente na formação de seus/suas filhos/filhas.

A participação do pai na amamentação é parte ativa do processo da parentalidade, neologismo criado pelo psicanalista Paul - Claude Racamier em 1961 e que se traduz como o “tornar-se pai e mãe”, conceito que hoje é resgatado, focalizando também a figura do pai (SOLIS-PONTON, 2004).

O Grupo Interinstitucional de Incentivo ao Aleitamento Materno, reunido em Salvador-BA (1993) determinou os “Dez Passos para a participação do pai no apoio ao Aleitamento Materno”, conforme descrito por Costa (2001).

1. Encoraje e incentive sua mulher a amamentar.

Por vezes ela pode estar insegura de sua capacidade para o aleitamento. Seu apoio será fundamental nestas horas.

2. Divida e compartilhe as mamãs de sua mulher com o bebê.

Mesmo que seja difícil aceitar, lembre-se que a amamentação é um período passageiro. Dê prioridade a seu filho (a).

3. Sempre que possível, participe da amamentação.

Sua presença, carícias e toques durante o ato de amamentar são fatores importantes para a manutenção do vínculo afetivo do trinômio mãe + filho + pai.

4. Seja paciente e compreensivo.

No período de amamentação é pouco provável que sua mulher possa manter a casa, as refeições e se arrumar de formas impecáveis. As necessidades do recém nascido são prioridades nesta fase.

5. Sinta-se útil durante o período da amamentação.

Coopere nas tarefas do bebê na medida do possível: trocar fraldas, ajudar no banho, vestir, embalar, etc. Quando ela estiver dando de mamar, leve um copo de suco de frutas e/ou água, ela vai adorar.

6. Mantenha-se sereno.

Embora o aleitamento traga muitas alegrias, também traz muitas dificuldades e cansaço. Às vezes sua mulher pode ficar impaciente. Mostre carinho e compreensão neste momento. Evite brigas desnecessárias para não prejudicar psicologicamente a descida do leite.

7. Procure ocupar-se mais dos outros filhos (se tiver).

Para que não se sintam rejeitados com a chegada do novo irmão. Isto permitirá a sua mulher dedicar-se mais ao recém-nascido.

8. Mantenha o hábito de acariciar os seios de sua mulher, se você costumava fazê-lo. Estudos demonstram que quanto mais uma mulher é sensível às carícias do companheiro, mais reagirá à estimulação rítmica de seu bebê.

9. Fique atento às variações do apetite sexual de sua mulher.

Algumas reagem para mais, outras para menos, são alterações normais. Esta é uma ocasião para o casal vivenciar novas experiências e hábitos sexuais, adaptando-se ao momento.

10. Não traga, para casa, latas de leite, mamadeiras e chupetas.

O sucesso deste período depende, em grande parte, de sua atitude. O aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, seu carinho e apoio, é tudo que seu bebê necessita para crescer inteligente e saudável.

#### 1.2.4 A Mulher, o Trabalho e a Amamentação.

Uma das características da sociedade atual é a forte presença da força de trabalho feminina. O trabalho fora do lar representa uma necessidade para muitas mulheres que por motivos diferentes são responsáveis pelo sustento de seus filhos, representando também a emancipação da mulher e a conquista de sua autonomia.

No contexto político-econômico atual, o desemprego e condições inadequadas de emprego são realidades constantes em nosso país. As desigualdades e iniquidades ainda vigentes em relação à mulher são responsáveis pelas condições de trabalho vulneráveis a que se submetem, com baixos salários e ocupação de cargos inferiores, com discriminação na contratação e mais obstáculos a ascensão profissional, além de continuar a ser considerada a responsável pelos afazeres domésticos e dos cuidados com os filhos (SANCHES e GEBRIM, 2003).

O trabalho sem carteira, portanto, sem direitos às leis trabalhistas que arduamente se conquistam ao longo da história, aliados ao não cumprimento de algumas destas leis mesmo em trabalhos formais, somam-se como fatores condicionantes do desmame precoce.

As pesquisas sobre os índices de AM no Brasil evidenciam aumento em todos os estratos da população, sendo a mulher urbana e de melhores níveis de educação onde este aumento faz-se mais acentuado, havendo uma tendência em se inverter a situação atual em que, ainda, a mulher da zona rural é a que mais amamenta seus filhos (BRASIL, 1999).

O aumento da população trabalhadora feminina é hoje mais acentuado que o aumento da população masculina (KOLANTAI, 2000, apud TESK, 2003), incitando a realização de pesquisas que objetivam desvendar o verdadeiro papel do trabalho fora do lar no desmame precoce. Os resultados encontrados revelam que muitas vezes a justificativa do trabalho como causa de desmame pode na verdade

representar uma simplificação dos reais motivos do insucesso da amamentação, encobrendo a falta de suporte e influências culturais (ALMEIDA, 2002).

A associação do trabalho fora do lar como um fator que pode predispor ao desmame é comprovada, no entanto, cabe ressaltar que mesmo nas mulheres que não trabalham fora do lar, somente uma em quatro amamenta exclusivamente, conforme pesquisa realizada por Damião (2008).

Avanços nas leis trabalhistas iniciaram no ano de 1923, com o decreto nº 16.300 que aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública e em seus artigos 345 a 348 versa sobre os direitos da mulher em relação à reprodução, regulamentando o período de trinta dias de repouso antes e trinta dias de repouso após o parto. Em 1932, este direito estende-se para quatro semanas, em 1943 para seis semanas e, em 1966 para 12 semanas (BRASIL, 2009a).

A constituição de 1988 regulariza a licença maternidade de 120 dias e a licença paternidade de 5 dias, tanto para trabalhadores rurais como urbanos. Em 2002 esta licença é estendida às mães adotivas. Este período de licença pode ser ampliado se a saúde da criança assim o exigir, mediante atestado médico (BRASIL, 2000).

A luta pela ampliação da licença maternidade para 6 meses mobiliza vários segmentos da sociedade, inclusive a Sociedade Brasileira de Pediatria. Em 2007 é criado o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal e, em 2008 é sancionada a lei que aumenta o período da licença maternidade de quatro para seis meses, em caráter facultativo pelas empresas, devendo entrar em vigor em 2010 (BRASIL DE FATO, 2008).

Ressalta-se que na maioria dos órgãos de administração pública a prorrogação da licença maternidade por mais 60 dias já está implantada, a exemplo do Tribunal Superior do Trabalho e do Superior Tribunal de Justiça (BRASIL, 2009a).

Além do período de licença, outras leis complementam os direitos para a mulher, como dois descansos diários de 30 minutos até a criança completar 6 meses. Nos estabelecimentos onde trabalham pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade deve haver no local de trabalho, um espaço apropriado para seus filhos, no período da amamentação, conforme artigo 389, parágrafo 1º da Consolidação das Leis do Trabalho (BRASIL, 2004).



Entretanto, muitas vezes, as conquistas em forma de lei não garantem que sejam cumpridas. Mesmo em hospitais a realidade encontrada é de não disponibilização destes locais para as mães amamentarem seus filhos (OLIVEIRA e SILVA, 2003); de modo geral, esta lei é cumprida em apenas 2% em âmbito nacional (REGO, 1983, apud OLIVEIRA e SILVA, 2003).

As conquistas da mulher em relação às leis trabalhistas tiveram início em 1871 com a lei do ventre livre que beneficiava os filhos das mulheres escravas. O contexto da época acabou ocasionando o abandono de milhares de crianças que não tinham como ser cuidadas por suas mães. Analogicamente, a realidade atual não é diferente, no sentido do número de mulheres que retornam ao trabalho antes dos quatro meses de licença, como a população estudada na pesquisa citada acima realizada por Damião (2008), em que foi encontrada associação de desmame com o trabalho fora do lar, em mulheres com filhos de 0 a 4 meses de idade.

Nas mulheres com trabalho formal, os principais fatores que ocasionam o desmame são a falta de orientação e estímulo, e a ausência de adequações nos postos de trabalho, proporcionando um local para esvaziarem suas mamas quando necessitam, durante a jornada de trabalho (TESK, 2003).

Entre os fatores de desmame, os menos esperados possuem significados importantes. Em empresas que cumprem a legislação são encontrados médicos que orientam o desmame com a finalidade de “preparar o bebê para quando a mãe voltar ao trabalho” conforme encontrado por Rea *et al* (1997), constituindo prática ainda atual.

Concluí-se que houve um grande avanço na legislação brasileira, com importantes ganhos para as mulheres que amamentam. Estas conquistas beneficiam seus filhos e, conseqüentemente, toda a sociedade. No entanto, como a maioria das leis, existe uma grande distância entre a norma e seu cumprimento, colaborando para este vício a fiscalização deficiente e a punição pífia das empresas que a infringem. As mulheres conquistaram o direito de amamentar suas proles, mas não conseguem exercê-lo na plenitude, esbarrando nos limites impostos pelo paradigma sócio-econômico-cultural ainda vigente.

#### 1.2.5 Tecnologia e Marketing dos Leites Industrializados:

Em análise da amamentação ao longo da história, Souza e Almeida (2005) demonstram o aspecto do valor mercadológico, inicialmente, do leite humano

como fonte de renda dos proprietários de escravas amas de leite e, posteriormente, de seus substitutos. O desenvolvimento de tecnologias das indústrias de fabricantes de leite em pó propicia que continuamente sejam lançados no mercado substitutos do leite materno e leites “especiais para necessidades especiais”.

O marketing da indústria insinua uma suposta superioridade tecnológica e soluções para “quando a amamentação é impossível” ou para recém nascidos prematuros ou com patologias. Esta estratégia influencia profissionais de saúde e sociedade, quando na verdade a ciência já demonstrou que também para estes recém nascidos, o leite materno é muitas vezes superior.

Na década de 30, a pediatra Cicely Williams - que em 1929 fez o primeiro diagnóstico de desnutrição por deficiência protéica (Kwashiorkor) em crianças na África – descobriu que as indústrias de leite estavam incentivando o uso do leite condensado em substituição ao leite materno e, enganosamente, dizendo que era saudável para o bebê. Esta pediatra iniciou uma campanha em Cingapura contra as indústrias de leite, realizando palestras intituladas: “*Milk and Murder*” (Leite e Homicídio), afirmando: "A propaganda enganosa sobre alimentos infantis, deve ser olhada como homicídio" (BRASIL, 2008a).

A tecnologia, por um lado, aplicada aos bancos de leite tem permitido o acesso do leite humano aos bebês prematuros ou incapacitados de sugar; por outro lado, a indústria de leite em pó influencia profissionais de saúde e sociedade, ocasionando importantes mudanças nas percepções médicas, que passam a estimular, evidentemente, o desmame precoce.

O modelo hospitalar da saúde acentuou os investimentos em tecnologia e, na assistência ao parto, aumentaram-se as intervenções cirúrgicas. Os berçários tiraram os recém-nascidos de perto de suas mães, deixando-os “protegidos” contra as infecções e as rotinas de prescrição de leites industrializados e outros líquidos aos recém-nascidos contribuía cada vez mais para o desestímulo ao aleitamento materno.

O discurso dos avanços científicos, tecnológicos e das qualidades microbiológicas e nutricionais de seu produto e as “verdades” criadas pela indústria beneficia os interesses dos fabricantes e dos médicos pois, por um lado, a indústria precisa da prescrição médica para vender e os médicos precisam de suporte tecnológico para manter sua autoridade e soberania (SOUZA e ALMEIDA, 2005).

Pinheiro (2005) discorre sobre o leite materno na percepção da indústria e as consequências de sua atuação na sociedade. O leite materno tendo elevado valor, porém não tendo preço, representa uma concorrência desleal para a indústria especializada em alimentos para bebês. O leite em pó tem custos e impostos. Como bem expõe o autor, é por isso que a propaganda do leite em pó procura diminuir os índices de aleitamento materno, retirando o seu valor e prometendo comodidade e satisfação ao usuário de seu produto industrial, que tem preço e gera lucros. Além de convencer o consumidor, a indústria precisa ter o apoio e cumplicidade das autoridades de saúde, economia, ciência e tecnologia.

Para a indústria é imprescindível que as autoridades não divulguem os índices de mortalidade infantil por diarreia e outras doenças consequentes ao desmame. Estas doenças ocorrem não apenas pela falta do leite materno, mas de água de boa qualidade e cuidados com o preparo destes alimentos (Ibidem).

A indústria focaliza unicamente os avanços das tecnologias voltadas para a composição nutricional de seus produtos, deixando de mencionar as características intrínsecas e inigualáveis do leite materno, que para a indústria, precisa ser extinto, como todo concorrente, não importando o custo para a humanidade que isto poderia ocasionar.

A Nestlé, líder mundial no setor alimentar faturou, em 2007, a quantia de 107 bilhões de francos suíços. A indústria comprou a Novartis Medical Nutrição e a Gerber (produtora de alimentos para bebê) ampliando seu mercado e passando a liderar o mercado nos Estados Unidos (NESTLÉ, 2007). Uma das prioridades da empresa é o investimento nos produtos destinados aos consumidores de renda modesta.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA,2008), o Brasil deve se firmar este ano como exportador de leite em pó. A produção nacional de lácteos tem aumentado ao longo dos anos, conforme é mostrado no gráfico I.

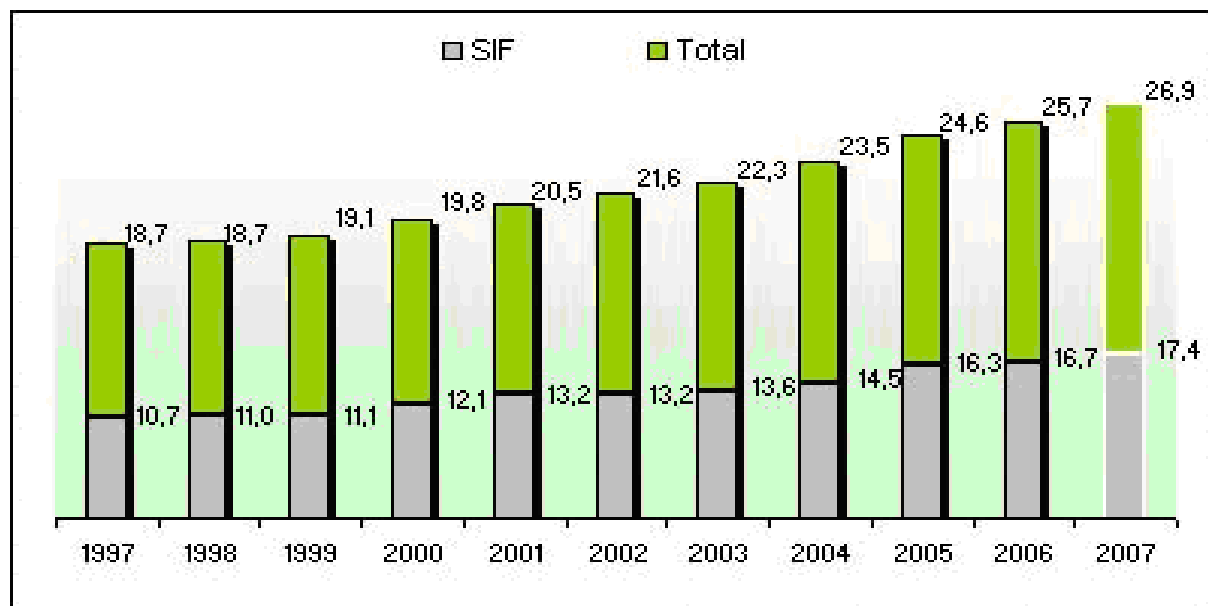


Gráfico 1 - Produção brasileira de leite de gado 1997/2007

Fonte: EMBRAPA,2008

Obviamente, a tecnologia traz continuamente condições de melhorar a qualidade de vida da humanidade, contudo, nosso grande desafio é não deixarmos-nos seduzir pelo fundamentalismo tecnocientífico.

A convicção de alguns de que a ciência tem resposta para tudo decorre de visão distorcida da realidade. É preciso estar atento para reconhecer que, juntamente com benefícios, os avanços tecnocientíficos também trazem riscos (SIQUEIRA, 2000, p.58).

### 1.3 ALEITAMENTO MATERNO E MEIO AMBIENTE – “AMAMENTAR É UM ATO ECOLÓGICO”

Os impactos no planeta causados pelo desmame são muitos: os resíduos de mamadeiras e bicos; o gasto com água e energia para o preparo e limpeza das mamadeiras; os evidentes impactos ambientais do desmatamento para criação de gado leiteiro e a produção de poluentes liberados pelo rebanho, dentre outros. A importância deste impacto levou ao tema da Semana Mundial da Amamentação (SMAM) de 1997: “Amamentar é um ato ecológico”.

Durante as comemorações desta semana, ações foram realizadas em âmbito mundial, divulgando informações dos aspectos ecológicos do aleitamento materno, que apesar de ser um dos menos conhecidos, representam importância para todo o planeta.

Folhetos para ação, elaborados por especialistas e traduzidos para vários idiomas, foram distribuídos alertando para os números alarmantes de poluentes

ocasionados pelas indústrias e resíduos acumulados pela alimentação artificial. Segundo esses folhetos, se cada mulher dos Estados Unidos usasse mamadeira para alimentar seu bebê, seria preciso quase 86.000 toneladas de alumínio para produzir 550 milhões de latas por ano. Se cada mulher da Inglaterra amamentasse, seriam economizadas 3.000 toneladas de papel para os rótulos dos leites infantis (WABA,1997).

Mas o leite não é o único problema, pois as mamadeiras e bicos são feitos de plástico, vidro, borracha e silicone e a produção desses materiais é cara e constantemente não são reaproveitados. Todos esses produtos usam recursos naturais e causam poluição na sua produção e distribuição (LEE, 2002).

Alguns efeitos do uso de alimentação artificial são: a industrialização de leites artificiais que contribui para o inadequado uso da terra, levando ao desflorestamento e conseqüentemente erosões do solo. Em média, cada vaca criada para esta produção necessita de 2 e meio acres de terra; para cada 3 milhões de mamadeiras para bebês são necessários 450 milhões de latas, equivalendo a 86.000 toneladas de latas e 1.230 toneladas de rótulos que em seu processo de fabricação são responsáveis pela liberação de dioxina, um importante poluente (Ibdem).

Segundo Müller (2003), o rebanho de gado no Brasil representa uma população de 176 milhões de cabeças (3,5% a mais do que a população humana em 2000). No Mundo, são 1.360.476.000 cabeças de gado para uma população humana superior a 6 bilhões. No Brasil, são industrializados 19.767.207.000 litros de leite por dia (5,8 bilhões em Minas, 2,2 em Goiás, 2,1 no Rio Grande do Sul, 1,8 em São Paulo, 1,7 no Paraná e o restante nos demais Estados).

Uma grande parte do leite de vaca é industrializado e transformado em leite em pó, que gera problemas ambientais próprios. A produção do leite em pó é obtida pela desidratação de milhões de toneladas de leite de vaca. Os números desta produção são impressionantes: as indústrias colocaram em 2000, no mercado 10,32 de litros/habitante/ano de leite pasteurizados, mais 20,61 de litros/habitante/ano equivalentes em pó. (MÜLLER, 2003, p.4)

O gás metano liberado pelos flatos e fezes do gado tem efeito importante para o fenômeno estufa e para a poluição atmosférica. Anualmente, o gado produz em torno de 20% do total de metano, além de contaminarem rios e subsolo com seus excrementos e contribuírem para a formação de chuva ácida pela reação entre a amônia dos currais com o dióxido de enxofre presente no ar (RADFORD, 1991).

Os fertilizantes nitrogenados usados nas rações para vacas leiteiras podem contaminar os lençóis de água, sendo que em países como a Grã-Bretanha um milhão e meio de pessoas bebem água com níveis de nitrato acima dos estipulados pela Comunidade Econômica Europeia (Ibidem).

A água é uma preocupação sempre presente nos debates sobre o futuro de nosso planeta e já existem muitos locais onde ela é escassa. O consumo de água utilizada no preparo e esterilização em cada mamadeira é considerável. Um bebê de três meses alimentado por mamadeira consome 3 litros de água por dia no preparo e fervura dos acessórios. Isto equivale a mais de uma tonelada de água por ano.

Em 2007, o Brasil surpreendeu-se com a notícia dos leites industrializados adulterados com produtos que alteram a qualidade nutricional do leite e são potencialmente nocivos à saúde. Fatos semelhantes já foram comprovados em vários países envolvendo as mais renomadas indústrias cujo *marketing* transmite confiança e abala a segurança de muitas mães em relação ao seu próprio leite.

Na Inglaterra em 1997 foi encontrada salmonela em uma marca de leite em pó. Na Índia a Nestlé em 1995 foi acusada de adulterar o leite em pó, sendo encontrado sabão, entre outras substâncias. Presença de vermes e insetos vivos, níveis de alumínio elevados, bactérias e vidro são exemplos de contaminações encontradas nos leites industrializados para bebês (ALBUQUERQUE, 2001).

A dimensão da preocupação com os aspectos antiecológicos do aleitamento artificial fundamenta-se em vários fatores que vão desde os aspectos poluentes da indústria, a criação de gado e o desmatamento e passam pelo transporte do leite, mamadeira e bicos, consumo de energia e água doméstica, dentre outros.

O leite materno é o único alimento que já vem pronto, na temperatura ideal, não ocasiona desperdício, não necessita de embalagem, não precisa ser esterilizado, não agride a natureza, é totalmente renovável e seus resíduos – as fezes do bebê - são inteiramente biodegradáveis (Ibidem).

#### 1.4 FATORES QUE INTERFEREM NA AMAMENTAÇÃO: PREVENÇÃO E TRATAMENTO.

A razão de todos os esforços conjuntos e estudos realizados a respeito do leite materno e amamentação concretiza-se no momento em que mãe e filho se

encontram para esta imensa troca, este dar e receber, onde fantasias e realidade, cultura e biológico se encontram.

O estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê, a bagagem cultural, características biológicas e fisiológicas, o conhecimento construído e o apoio recebido (ou não) atuam juntos determinando o êxito ou o fracasso deste processo.

A anatomia do recém-nascido e seus reflexos presentes ao nascer são adequados para a sucção em recém-nascidos normais e sem alterações funcionais ou anatômicas. A mulher também possui anatomia e fisiologia hormonal que garantem a alimentação de seu filho, em condições normais. Porém, mesmo em condições adequadas, muitas vezes, ocorre dificuldade na pega ou no posicionamento adequado da mãe e do bebê, que são necessários para que a amamentação transcorra tranquilamente. Isto pode ser devido a várias causas, desde a influência dos aspectos culturais e emocionais ou consequentes de fatores intrínsecos de cada binômio mãe-filho. Disfunções orais ocasionando movimentos orais atípicos podem ocorrer mesmo em recém-nascidos saudáveis, decorrentes de alterações transitórias ou mesmo de algumas características individuais anatômicas que dificultem o encaixe adequado entre a boca do bebê e a aréola, ou ainda, de fatores “iatrogênicos” (SANCHES, 2004).

Todas estas condições precisam ser avaliadas, detectadas e corrigidas logo no início, para que não se tornem habituais e levem a consequências como transtornos na mama (fissuras e ingurgitamentos), nutrição inadequada do bebê, além de acentuada ansiedade na mãe, no bebê, na família e na equipe profissional, grandes vilões para o desmame precoce.

#### 1.4.1 Técnica da Amamentação: Integrando Saberes e Práticas

A equipe de saúde deve estar apta para avaliar adequadamente uma mamada e estar atenta aos sinais de desconforto ou desajustes. Toda dupla mãe-filho deve ter ao menos uma mamada avaliada e, se necessário, deve-se intervir, ajudando a mãe e o recém nascido para que ocorra uma sucção eficiente.

Como parte desta avaliação, o posicionamento do bebê e da mãe, a pega e o estabelecimento do vínculo mãe-filho devem ser atenciosamente observados.

Em relação ao posicionamento do bebê no colo de sua mãe, não existe uma regra. Cada dupla deve posicionar-se de maneira que se sinta mais à vontade e

melhor ajustada. Quando a mãe segura o bebê com segurança e naturalidade, em geral o adequado posicionamento de ambos se estabelece. Existe o hábito das mães segurarem seus bebês apoiados no braço do mesmo lado da mama que está oferecendo, com a cabeça firmada na prega do cotovelo, porém, esta pode não ser a posição ideal. Um melhor posicionamento é a posição tradicional invertida, em que a mãe segura o corpo e cabeça do bebê com o braço contra-lateral à mama que está sendo oferecida (GIUGLIANI, 2006).

Um estudo de observação da mamada foi realizado em 409 binômios mães-filho a termo e saudáveis e com todas as condições favoráveis de estabelecer uma boa mamada. O autor encontrou 13% de dificuldades iniciais (SANCHES, 2004). Isto demonstra a importância de não se menosprezar as duplas aparentemente sem problemas.

Segundo Valdés, Sanchez e Labbok (1996), o Manual do curso de aconselhamento em amamentação (UNICEF, 1993a), e o manual do Manejo e Promoção do Aleitamento Materno (UNICEF, 1993b), os seguintes itens, dentre outros, devem ser observados: as mamas devem estar completamente expostas e o bebê deve estar vestido de maneira que os braços fiquem livres; a mãe confortavelmente posicionada, relaxada, bem apoiada; o corpo do bebê próximo ao corpo da mãe e todo voltado para ela.

Giugliane (2006) descreve a técnica de amamentação conforme exposto abaixo:

Uma das regras básicas de uma boa técnica de amamentação é manter corpo e cabeça do bebê alinhados, com o braço inferior posicionado ao redor da cintura da mãe, de maneira que não fique entre o corpo do bebê e o corpo da mãe. O corpo do bebê deve estar fletido sobre a mãe, com as nádegas firmemente apoiadas e o pescoço levemente estendido. A mãe deve segurar a mama formando um C com o dedo polegar colocado na parte superior e os outros quatro dedos na parte inferior, tendo o cuidado de deixar a aréola livre. É importante sempre lembrar a mãe que é o bebê que vai à mama e não a mama que vai ao bebê.

Na hora de colocar o bebê para sugar, a mãe deve estimular o lábio inferior do bebê com o mamilo para que ele, por reflexo, abra bem a boca e abaixe a língua. Imediatamente, após o bebê abrir a boca, a mãe, com um rápido movimento, leva o bebê ao peito. Mais uma vez, lembrar que é o bebê que vai à mama e não a mama ao bebê.



A pega assimétrica deve ser estabelecida. Para isso o bebê deve abocanhar, além do mamilo, parte da aréola (aproximadamente 2 cm além do mamilo; a aréola pode ser visível acima do lábio superior, porém, não deve aparecer abaixo do lábio inferior).

Os seguintes sinais indicam uma boa pega:

- O queixo do bebê tocando a mama;
- Boca do bebê bem aberta colada na mama, sem apertar os lábios;
- Os lábios do bebê curvados para fora, formando um lacre. Para visualizar o lábio inferior do bebê, muitas vezes, é necessário pressionar a mama com as mãos;
- O bebê mantém-se fixado à mama, sem escorregar ou largar o mamilo;
- As mandíbulas do bebê movem-se, podendo-se ver ou ouvir a deglutição;
- As bochechas do bebê estão arredondadas;
- O bebê deglute, respira, de forma coordenada.

Todos estes sinais devem ser avaliados atentamente, porém, o profissional só deverá intervir caso alguma dificuldade seja evidenciada.

Em relação à frequência e duração das mamadas, é consenso que devem ocorrer sob livre demanda, ou seja, o bebê deve sugar quando quiser e por quanto tempo quiser, sem limitação de duração ou imposição de horário.

O hábito de se restringir a duração da mamada pode ocasionar que o bebê não consiga esvaziar a mama, deixando de receber o leite posterior (leite do final da mamada - fração emulsão), rico em gorduras que dão sensação de saciedade e fornecem calorias para o adequado ganho de peso (ALMEIDA,2002).

A importância das mães receberem estas orientações e serem observadas numa mamada e corrigidas, caso necessário, foi demonstrada por Righard (1992 apud SANCHES, 2004) em um estudo comparando 82 duplas que apresentaram dificuldades na amamentação. As mães e bebês foram separados em dois grupos: um que recebeu orientações e correções e o outro que não. No grupo que teve a amamentação corrigida, as taxas de amamentação foram maiores e a tendência de introdução de mamadeira no primeiro mês de vida no grupo que não

recebeu correção foi 10 vezes maior, evidenciando a influência da técnica correta da amamentação na duração do aleitamento materno.

Ao avaliar uma mamada, o profissional deve proceder o exame da mama, avaliando o tipo de mamilo. Existem tipos de mamilo diferentes que, em geral, não interferem com a lactação. Apenas o tipo invertido representa dificuldade importante para o estabelecimento da amamentação (VINHA 1998 apud THOMSON,2001). As mães devem ser orientadas que, na verdade, anatomia da mama e do mamilo não são preditores da capacidade ou não de amamentar. Desfaz-se assim o mito: “quanto maior a mama, maior a capacidade de produzir leite”.

#### 1.4.2 Uso de Chupetas e Bicos Artificiais:

Uma das causas bastante comum de dificuldade de sucção é o uso de chupetas e bicos artificiais (mamadeiras e chucas). Sua associação com a menor duração do aleitamento materno motivou a inclusão do 9º passo dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” elaborado pela OMS: “não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas no peito” (BRASIL, 2005), e a inclusão na norma brasileira de comercialização de substitutos do leite materno, do item:

Os rótulos de chupeta, bico e mamadeira devem exibir no painel principal, ou nos demais painéis, em moldura, de forma legível, de fácil visualização, em cores contrastantes e em caracteres idênticos, em corpo, à designação de venda do produto, além de atender à legislação específica, a seguinte advertência:

O Ministério da Saúde adverte:

- A criança que mama no peito não necessita de mamadeira, bico ou chupeta.
- O uso de mamadeira, bico ou chupeta prejudica a amamentação e seu uso prolongado, prejudica a dentição e a fala da criança. (BRASIL, 2002a)

O uso de chupeta como fator que interfere na duração do aleitamento materno é mostrado em diversos estudos. No entanto, se a introdução da chupeta é causa ou efeito da predisposição ao desmame, ainda existem controvérsias.

Um estudo realizado no Brasil mostrou que a incidência de desmame entre o primeiro e sexto mês de vida foi de 22,4% para as crianças não usuárias de chupeta e de 50% para as usuárias (SOARES *et al*, 2003).

Baseados em estudos, pode-se concluir que

[...] a introdução da chupeta para crianças que estão nas primeiras semanas de vida deve ser um sinal de alerta para os profissionais de saúde, no sentido de que pode estar havendo dificuldades em relação ao aleitamento materno, e as mães podem estar precisando de apoio e orientações adequadas (SILVEIRA e LAMOUNIER, 2006, p.75).

Em relação ao uso de mamadeira, sabe-se que este hábito pode levar a importantes repercussões negativas na amamentação. Ao sugar na mamadeira, o bebê realiza movimentos na língua e na musculatura diferentes da sucção no peito. Quando o bebê vai sugar o peito, este padrão de sucção alterado pelo bico da mamadeira leva à “confusão de bicos” resultando em uma sucção deficiente, conseqüentemente estímulo ineficiente na mama, que menos estimulada, produz menos leite. Cria-se, então, um ciclo vicioso. A mãe que, normalmente, introduziu a mamadeira por insegurança ou por acreditar que seu leite é pouco ou não sustenta, acaba produzindo menos leite, o que reforça suas crenças e mitos como “leite secou”.

#### 1.4.3 Fissuras Mamilares:

Os traumas mamilares são importantes causas de desmame e, quase sempre, traduzem uma dificuldade no estabelecimento da amamentação. Dependendo da sensibilidade individual de cada mulher, pode ocorrer uma dor no início da amamentação, porém, dor acentuada e constante é resultante de traumas mamilares, sendo o mais comum, as fissuras, decorrentes da técnica incorreta da amamentação (pega ou posicionamento incorretos). O tempo que dura cada mamada não tem relação com as fissuras, portanto, não se deve limitá-las. Um estudo realizado em Porto Alegre em Hospital Amigo da Criança evidenciou elevada frequência de técnica incorreta da amamentação e de lesões mamilares na maternidade (WEIGERT *et al*, 2005).

A associação entre fissura mamilar e recém-nascido saudável com padrão oral alterado foi descrita por Andrade e Gulo (1993 apud SANCHES, 2004) ao observarem preensão inadequada e movimentos de mastigação no mamilo, que foram apontadas como principais causas de traumas mamilares.

O tratamento das fissuras deve ser instituído o mais rapidamente possível, pois a presença de bactérias na pele do mamilo e a solução de continuidade das fissuras levam a mastites, além das fissuras serem importante

causa de desmame e alimentar mitos como: “ser mãe é padecer, amamentar é doloroso”.

Existem duas linhas de tratamento: seco e úmido com o próprio leite, por suas propriedades anti-infecciosas ou, segundo alguns autores, uso de pomadas apropriadas, que não necessitem ser removidas antes do bebê sugar (GIUGLIANI, 2004). Saliente-se que manter os mamilos secos é um hábito saudável para prevenção das fissuras, porém, não para o tratamento (GIUGLIANI, 2003a).

Existem tratamentos populares para as fissuras, como uso de chás e de casca de banana. Em relação aos chás, estudos não mostram efeitos benéficos do uso (BUCHKO, 1994). O uso de casca de banana foi estudado por Novak, Almeida e Silva (2003). Os autores citam estudos que demonstram uma ação cicatrizante das cascas de banana, porém, o seu uso nas fissuras não está bem estudado e o resultado da pesquisa foi a presença de várias bactérias, entre elas o *Stafilococcus Aureus*, responsável pela maioria dos casos de mastite puerperal.

Concluindo, as fissuras, por sua importância, causando dor e levando ao desmame, além de reforçar mitos contra a amamentação e a própria maternidade, são de extrema importância nos aspectos preventivos e de correção precoce. Toda mulher deve ser bem orientada e informada de que a amamentação não dói. O que dói são as consequências de hábitos errados e da falta de orientação e apoio.

#### 1.4.4 Demora na Descida do Leite:

Uma situação que pode ocorrer, diminuindo a confiança das mães e aumentando a crença no mito do pouco leite, é a demora para a descida do leite.

Muitas vezes, a própria equipe de saúde contribui para reforçar esta ideia, pois as mães são sempre orientadas que logo após o parto, “basta colocar o bebê no peito que o leite sai”. Muitas vezes, isso não acontece. As mães precisam ser informadas que a apojadura (preparo da mama para lactação) pode ocorrer sem a simultânea saída do leite, que pode demorar até 30 horas.

Também possível de ocorrer é a produção do leite sem um reflexo de ejeção efetivo, ou seja, a mama fica cheia de leite, que não sai. Em geral isso é atribuído pela equipe de saúde como devido à ansiedade materna ou distúrbios emocionais. Porém, nestes casos, o que ocorre, é um desequilíbrio entre produção de leite e necessidade do bebê. A mama, produzindo mais leite que do necessário, torna-se intumescida, aumentando a pressão dentro dos alvéolos mamários e

dificultando a saída do leite. Acontece, então, o paradoxo da mãe que produz muito leite, porém, interpreta a falta da saída como “leite insuficiente” e acaba desmamando. Um profissional da saúde reconhecendo esta alteração fisiológica e transitória e atuando no sentido de esvaziar esta mama com ordenha, ajudará esta mãe efetivamente, até que o equilíbrio hormonal se estabeleça (ALMEIDA, 2002).

#### 1.4.5 Ingurgitamento Mamário:

O ingurgitamento mamário, geralmente, ocorre em primíparas entre o 3º e 5º dia pós-parto, estando geralmente associada à retirada insuficiente de leite, seja por uso de mamadeiras, mamadas infrequentes ou curtas e distúrbios na sucção. Os sintomas são: mamas aumentadas de volume, dor e desconforto acentuado, podendo estar acompanhado de febre e sintomas gerais. Giugliani (2004) descreve como prevenção para ingurgitamento: iniciar a amamentação o mais cedo possível; amamentar em livre demanda; amamentar com técnica correta e evitar o uso de suplementos.

O tratamento é realizado por meio de massagens e ordenhas manuais, que são muito importantes antes das mamadas para evitar a fissura mamilar devido ao intumescimento do mamilo, o que impossibilita o bebê abocanhar toda a aréola, resultando em má pega.

Não existe consenso na literatura sobre o tão difundido uso de compressas. O manual da Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto (Universidade de São Paulo, 1998) não recomenda compressas, porém, em casos individuais onde se avalie que a compressa morna poderia ser útil, recomenda imprescindivelmente que se ordenhe a mama imediatamente após. Matuhara e Naganuma (2006) não mencionam indicação de compressas, enquanto Thomson (2001) analisa cada caso individualmente. O manual da UNICEF (1993) indica compressas quentes antes das mamadas e frias nos intervalos. Almeida (2002) diante da controvérsia expõe que compressas quentes são usadas quando se deseja aumento da produção de leite e as frias diminuem esta produção. As frias quando usadas não devem exceder 15 minutos de aplicação e no máximo de 2/2h em casos mais graves, para evitar efeito rebote. Acrescenta ainda:

Compressa fria ou quente, massagem e ordenha são técnicas de intervenção à disposição do profissional para melhor servir à mulher. No entanto, deve-se considerar sempre que o ingurgitamento mamário é uma intercorrência de mama puerperal resultante de uma

mescla de fato social e fenômeno biológico, “hibridizados” no interior da rede sociobiológica desenhada pelo leite humano (ALMEIDA, 2002, p. 78).

Thomson (2001) salienta a importância do apoio a estas mães, proporcionando descanso e alívio da ansiedade como partes importantes no tratamento.

#### 1.4.6 Mastites:

Mastite é um processo inflamatório da mama que acontece, geralmente, entre a segunda e terceira semana após o parto e, raramente, após a 12<sup>a</sup> semana, podendo ser acompanhado ou não de infecção, com uma incidência relatada entre 2,6 a 33%, segundo a WHO (2000a). As mastites são classificadas em: lobar, quando ocorre comprometimento de uma região; ampolar, quando o processo inflamatório acomete parte ou toda a aréola e glandular, quando há envolvimento de toda a glândula mamária (VINHA, 1994).

Uma pesquisa foi realizada acompanhando setenta mulheres com diagnóstico de mastite. Estas mulheres foram acompanhadas em toda a evolução do quadro, com realização de visitas domiciliares até a completa remissão da mastite e receberem alta. Observou-se que 63% das pacientes deram à luz em hospitais sem o título de amigo da criança e, apesar de 90% das pacientes terem realizado pré-natal, 50% referiram que não haviam recebido qualquer orientação sobre AM. Em relação à ordenha, 58% não foram informadas como realizar e das que receberam esta informação, apenas 26% sabiam como fazer a ordenha corretamente. As fissuras estavam presentes em 47% dos casos (SALES *et al*, 2000).

Em Feira de Santana-BA, uma pesquisa foi realizada com o objetivo de avaliar se os hospitais amigos da criança (que seguem os dez passos para o sucesso do aleitamento materno) funcionam como fator de proteção contra a mastite. Neste estudo foram entrevistadas 2.543 mães com filhos de 1 ano de idade ou menos. Notou-se menor prevalência de mastites em mulheres que deram à luz em hospitais amigos da criança, assim como naquelas que receberam orientação sobre aleitamento materno no pré-natal (VIEIRA, *et al*, 2006).

Estes estudos reforçam a importância de orientações no pré-natal e na maternidade quanto às técnicas da amamentação, diminuindo a incidência das

fissuras; da ordenha correta para evitar o ingurgitamento e da amamentação sob livre demanda e sem restrição de horário e duração.

Todos os fatores que predisõem ao ingurgitamento podem ser precursores da mastite. A fadiga materna e o “estresse” são citados como fatores facilitadores da mastite.

Os sintomas da mastite são: mama hiperemiada, edemaciada e quente, podendo ocorrer febre alta, mal estar geral e calafrios, quando existe a infecção. São também importantes causas de desmame e representa uma experiência negativa da vida da mulher-mãe. Sua prevenção é basicamente os mesmos cuidados preventivos do ingurgitamento e da fissura.

Em relação ao tratamento da mastite, é muito importante manter a sucção e realizar a ordenha manual. Apesar da provável presença de bactérias, o leite não prejudica o bebê sadio, a termo. Quando possível, realizar a contagem de colônias no leite para então iniciar a antibioticoterapia; se não for possível, iniciar quando houver um dos critérios: sintomas sugestivos de quadro infeccioso, quadro grave, presença de fissuras mamilares ou não regressão dos sintomas 12 a 24 horas após completo esvaziamento da mama. O *stafilococcus* é a bactéria mais comumente associada com a mastite infecciosa (GIUGLIANI, 2004).

## 1.5 PROMOVENDO O ALEITAMENTO MATERNO DO PRÉ-NATAL À PUERICULTURA

O conhecimento das mulheres sobre os benefícios da amamentação e os riscos do desmame, assim como da prevenção e tratamento das intercorrências mamárias, aumenta as possibilidades de uma amamentação com sucesso. Para que as mulheres sejam bem informadas, é necessário que profissionais da saúde atualizem seus conhecimentos e recebam capacitações referentes ao manejo da lactação e aconselhamento para as mães.

Um estudo realizado por Giugliani *et al* (1995), procurando identificar o conhecimento que 100 mães de primeiro filho possuíam sobre amamentação, revelou que em vários aspectos, este conhecimento é ruim, embora elas acreditassem que possuíam conhecimento suficiente.

Lamounier (2003) relata que diversos estudos mostram associação significativa entre o uso da chupeta e menor duração do aleitamento materno,

evidenciando, portanto, a necessidade de maiores informações à população e aos profissionais da saúde sobre tais efeitos.

Abrão, Barros e Almeida (1997) afirmam que 48% das mães que desmamam precocemente alegam que o leite é fraco e não sustenta.

Em pesquisa realizada em Fortaleza-Ce, Ribeiro *et al* (2004) observaram que 32% das mães entrevistadas acreditavam que o leite materno era aguado e 62% não souberam como resolver um ingurgitamento mamário.

A promoção da amamentação por meio de visitas pós-parto foi avaliada por Barros *et al* (1994) e constatado que no grupo de intervenção houve aumento da duração do aleitamento materno e retardo da introdução de leite artificial, em relação ao grupo controle.

De importância igual ou até maior que o conhecimento, as mulheres necessitam de suporte para amamentar.

Oliveira *et al* (2006) em estudo avaliando o apoio recebido para amamentar no significado das mulheres, concluem que as mulheres na maioria não se sentem apoiadas nem tampouco valorizadas. Revelam deficiência nas orientações sobre o manejo da amamentação e conseqüentemente, a ineficiência das unidades básicas de saúde estudadas.

As ações em saúde devem conter os elementos de educação: informação, ação educativa participativa e orientações individuais, visando identificar mitos, atitudes e valores, para construção do conhecimento, da autonomia e do direito à livre escolha informada, num contexto de apoio, suporte e respeito às decisões (REPROLATINA, 2006).

Em relação aos serviços de saúde, as rotinas de prescrição de leites industrializados e outros líquidos aos recém-nascidos contribuem cada vez mais para o desestímulo ao aleitamento materno. Isso evidencia como as práticas hospitalares podem contribuir para o desmame e como os profissionais da saúde, em todos os níveis de atendimento, podem veicular a cultura do desmame ou contribuir para a promoção do aleitamento, de acordo com seus conhecimentos e suas convicções.

Para que a criança receba os benefícios do aleitamento materno integralmente, é necessário que este seja instituído com técnica adequada e sem a introdução de outros alimentos ou líquidos. Marques, Lopez e Braga (2004), em estudo mostrando o padrão de crescimento e ganho ponderal de crianças



amamentadas exclusivamente até os seis meses, mostram que quando as mães recebem apoio e orientação, estas crianças atingem peso e estatura superior aos da curva padrão.

Uma pesquisa de revisão bibliográfica realizado por Albernaz e Victora (2003), estudando 19 artigos sobre o efeito do aconselhamento face a face, encontraram 17 estudos nos quais houve efeito benéfico da intervenção e 2 onde este efeito foi dose-resposta, ou seja, os benéficos foram diretamente proporcionais ao número de intervenções. Os autores citam um estudo que ao comparar um grupo que recebeu três visitas com outro que recebeu seis, encontrou uma diferença de 17 pontos percentuais a favor do grupo de maior número de visitas para aconselhamento face a face com as mães, em relação ao aleitamento exclusivo. Outro estudo demonstrou que o aconselhamento aumentou em 7 vezes o aleitamento materno exclusivo aos 3 meses e em 13 vezes o aleitamento materno exclusivo aos 6 meses, num total de 17.000 mães estudadas.

Os recém-nascidos pré-termos são especialmente protegidos e beneficiados pelo aleitamento materno, mas o desafio neste grupo é ainda maior, pois além da imaturidade e alterações anatômicas e fisiológicas que demandam maiores cuidados eles, geralmente, precisam ficar em unidades de terapia intensiva ou berçário por mais tempo, dificultando o estabelecimento do contato com a mãe. Júnior e Martinez (2007) realizaram um estudo comparativo com grupos de recém-nascidos pré-termos, com e sem intervenções sobre aleitamento materno. Os resultados encontrados foram uma taxa de desmame na ocasião da alta de 61,1% no grupo sem intervenção e de 19,5% no grupo com intervenção.

Segundo Giuliani (2000, p. 238).

Os profissionais de saúde podem melhorar esse cenário, promovendo a amamentação e ajudando as mulheres que amamentam a superar uma série de obstáculos à amamentação bem sucedida. Para a realização dessa tarefa, são necessários conhecimentos e habilidades no manejo das diversas fases da lactação. Aconselhamento no pré-natal, orientação e ajuda no período de estabelecimento da lactação, avaliação criteriosa da técnica de amamentação e intervenção adequada quando surgem os problemas relacionados com a lactação são algumas tarefas que profissionais de saúde que lidam com mães e bebês devem dominar.

Giugliani conclui que com o conhecimento atualizado e habilidades no manejo da amamentação, estaremos cumprindo com o nosso papel de profissional

da saúde e de cidadão, ao colaborar com a garantia do direito de toda criança de ser amamentada, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente.

### 1.5.1 Recomendações Quanto à Duração do Aleitamento Materno:

Em revisão sistemática realizada por Kramer e Kakuma (2002) sobre amamentação exclusiva solicitada pela Organização Mundial da Saúde, os autores concluíram que é benéfica a indicação da amamentação exclusiva por 6 meses e continuada até os dois anos ou mais, com acompanhamento destas crianças.

No guia alimentar para crianças menores de 2 anos (Brasil, 2002b, p. 22), consta a resolução da 54.<sup>a</sup> Assembléia Mundial da Saúde:

[...] a OMS exorta todos os seus Estados Membros: “a que fortaleçam as atividades e elaborem novos critérios para proteger, promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo durante seis meses, como recomendação de saúde pública mundial de especialistas da OMS sobre a duração ótima do Aleitamento Materno” tendo em conta as conclusões da reunião consultiva de especialistas da OMS sobre a duração ótima do Aleitamento Materno exclusivo e, a que proporcionem alimentos complementares inócuos e apropriados, junto com a continuação da amamentação até os dois anos de idade ou mais, fazendo ênfases nos canais de divulgação social desses conceitos a fim de induzir às comunidades a desenvolver essas práticas (WHO 2001). Portanto a recomendação anterior da OMS sobre a duração do aleitamento materno exclusivo de quatro a seis meses, fica substituída pela recomendação acima, ou seja de duração do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida.

Nos primeiros 6 meses de vida, o leite materno fornece 100% das calorias necessárias a uma criança, 50% no segundo semestre e cerca de 34% no segundo ano de vida (WHO/UNICEF,1993).

Chaves, Lamounier e César (2007) citam as categorias de aleitamento materno conforme a OMS:

-aleitamento materno exclusivo: a criança recebe apenas leite humano de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite humano ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, excetuando gotas, xaropes, suplementos minerais ou medicamentos;

-aleitamento materno predominante: a criança recebe leite humano e líquidos, como água, chás, suco de frutas e medicamentos, porém nenhum outro leite;

-aleitamento materno exclusivo mais aleitamento materno predominante (*full breastfeeding*): não há tradução de consenso na língua portuguesa para o referido termo em inglês;

-aleitamento materno complementado: a criança recebe leite humano e outros alimentos sólidos ou semi-sólidos;

-aleitamento materno: a criança recebe leite humano (diretamente da mama ou ordenhado) independente de estar recebendo outros alimentos.

## 1.6 BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO E RISCOS DO DESMAME PRECOCE:

A relação entre o aleitamento materno e sobrevivência infantil é descrita em documentos que datam de épocas bastante remotas, estando presente em diferentes culturas. Segundo Bresolin *et al* (2002), esta relação é relatada tanto no Corão, como no Talmud e na Bíblia.

A importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida foi documentada como evidência científica apenas em meados da década de 80 e desde então, suas propriedades imunológicas, nutricionais e bioquímicas estão sendo confirmadas por meio de estudos epidemiológicos e de várias áreas da ciência.

Inúmeras são hoje as evidências científicas da prática da amamentação, tornando válidas as crescentes formas de resgate do aleitamento materno no Brasil (ALENCAR e REGO, 2001)

Os muitos benefícios do leite materno não se limitam a quem o recebe. A mulher, a família e a sociedade em geral também se beneficiam das consequências da amamentação. Destes benefícios, a diminuição da mortalidade infantil é a de maior impacto, sendo, principalmente, em países em desenvolvimento. Os ganhos sociais e políticos da amamentação expressam-se nas palavras de Almeida:

“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 ao orçamento dos organismos governamentais, particularmente no setor saúde” (ALMEIDA, 1994).

A importância da amamentação exclusiva até os seis meses, sem uso de água ou chá reafirma-se, pois, ao contrário do que se pensava, hoje tem se mostrado que a introdução de qualquer alimento ou líquido (incluindo chás) é prejudicial à saúde da criança.

... além de uma maior proteção contra infecções, a amamentação exclusiva é importante sob o ponto de vista nutricional. A suplementação com outros alimentos e líquidos diminui a ingestão de leite materno, o que pode ser desvantajoso para a criança, já que muitos alimentos e líquidos oferecidos às crianças pequenas são menos nutritivos que o leite materno, além de interferir com a biodisponibilidade de nutrientes-chaves do leite materno, como o ferro e zinco (GIUGLIANI 2000, p. 241).

A partir da década de 80 estudos comprovam a proteção conferida pelos componentes do leite materno contra várias doenças e muitos benefícios que são demonstrados em artigos científicos.

A Academia Americana de Pediatria (*AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS*, 1997), cita vários benefícios do aleitamento materno, dentre eles melhor desenvolvimento cognitivo das crianças amamentadas e proteção contra várias doenças como botulismo, doenças alérgicas, infecção do trato urinário, meningite bacteriana, enterocolite necrotizante, otites, bacteremias, a síndrome da morte súbita do lactente, linfomas e leucemias, diabetes mellitus, osteoporose e doença cardiovascular na vida adulta, assim como melhor acuidade visual, melhor resposta às imunizações e proteção contra internação hospitalar.

As evidências científicas demonstram que o aleitamento materno atua beneficiando as seguintes condições médicas:

#### 1.6.1 Alergias:

As doenças alérgicas, principalmente a asma, a alergia e a atopia representam grande importância em saúde pública, com alta prevalência. São doenças crônicas que interferem na qualidade de vida das pessoas acometidas, trazendo repercussões médicas, sociais e financeiras principalmente na infância, onde estão as maiores incidências de mortalidade devido à asma.

O efeito protetor do aleitamento materno contra doenças atópicas ainda é controverso, porém vários estudos demonstram esta proteção.

Saarinen e Kajosaari (1995) acompanharam crianças durante todo o primeiro ano de vida e com 1, 3, 5, 10 e 17 anos e concluíram que a amamentação é um fator de proteção contra doenças alérgicas, incluindo eczema atópico, alergia alimentar e respiratória durante a infância e adolescência. Um estudo de coorte prospectivo realizado na Austrália concluiu que a introdução de outros leites além do materno antes dos quatro meses é um importante fator de risco para o

desenvolvimento de asma e outras doenças alérgica em crianças menores de 6 anos de idade (ODDY,1999).

Um recente artigo de revisão relata que as fórmulas infantis estão relacionadas a maior incidência de asma e atopia, concluindo-se que o aleitamento materno deve ser sempre estimulado com entusiasmo (SCHNEIDERI, STEINII E FRITSCHER,2007).

### 1.6.2 Diabetes Melito

O diabetes tipo1 (insulino dependente) é uma patologia que se inicia principalmente na infância e na adolescência e vários estudos a partir de 1984 demonstram que o leite materno é um fator de proteção para esta patologia.

Em 1992, Karjalainen *et al* (apud GIMENO,1998) comparando soros de indivíduos com e sem diabetes melito tipo 1, constataram que entre os diabéticos existem altas concentrações de anticorpos antialbumina bovina, o que poderia atuar como fator desencadeante do processo destrutivo das células do pâncreas, levando conseqüentemente ao diabetes.

Virtanen *et al* (1993) relatam que o risco de diabetes melito tipo 1 dobra em crianças que recebem aleitamento materno exclusivo por menos de 2 meses.

A exposição à proteína do leite de vaca antes dos 4 meses de idade pode aumentar o risco do aparecimento de diabetes melito tipo1 em até 50%. Existe a estimativa de que até 30% dos casos da doença poderiam ser evitados se 90% das crianças não recebessem leite de vaca até os 3 meses de idade (MONTE e GIUGLIANI,2004).

A associação da exposição precoce ao leite de vaca como um fator externo para o desenvolvimento desta patologia levou a recomendação da Academia Americana de Pediatria de não exposição ao leite de vaca antes de um ano de idade em crianças com história familiar de diabetes (TERUYA e COUTINHO, 2001).

### 1.6.3 Cognição

Sabe-se que o desenvolvimento cognitivo está sob influência de vários fatores como a herança genética, condições ambientais e de estimulação das crianças.

Embora a associação entre desenvolvimento cognitivo e aleitamento materno ainda permaneça controverso, não existindo consenso, a maioria dos estudos publicados sobre o tema (quase 70%), conclui que o aleitamento materno é um fator positivo que atua neste desenvolvimento (GIUGLIANI, 2003b).

Em 1992, um estudo realizado no Reino Unido, acompanhando crianças até 8 anos de idade, demonstrou a existência de melhores escores de testes de inteligência em crianças que receberam leite materno (LUCAS *et al*,1992).

Um importante estudo de meta-análise realizado por Anderson, Johnstone e Remley (1999), baseando-se em 20 estudos, mostra o efeito benéfico da amamentação sobre as funções neurológicas e cognitivas das crianças, principalmente, as prematuras, sugerindo que o leite materno propicia ainda mais benefícios para o desenvolvimento desses bebês. Este estudo mostra que as diferenças no desenvolvimento neurológico foram mantidas até a última avaliação realizada aos 15 anos, e os benefícios no desenvolvimento cognitivo aumentaram com a duração do aleitamento materno.

No Rio Grande do Sul, verificou-se que crianças que nunca mamaram tiveram uma chance 88% maior de apresentar um teste suspeito de atraso, quando comparadas àquelas que mamaram por mais de seis meses (HALPERN, *et al*,2002).

De fato, o ato de amamentar em si aumenta as chances de um bebê ser mais estimulado. Entretanto estudos clínicos demonstram que nutrientes e componentes químicos presentes no leite humano contribuem para um melhor desenvolvimento do sistema nervoso, reforçando a hipótese de que o leite materno é um fator importante para o desenvolvimento cognitivo na espécie humana (UAUY e PEIRANO,1999).

#### 1.6.4 Obesidade

Um dos problemas de saúde pública em países industrializados é a obesidade que tem se acentuado na infância. As consequências da obesidade traduzem-se em doenças cardiovasculares, problemas com a auto-estima e conflitos no convívio social.

Apesar de não existir consenso, estudos mostram que o aleitamento materno contribui para a prevenção da obesidade em crianças e adolescentes.

Em estudo realizado com crianças alemãs concluiu-se que a amamentação possui um efeito protetor dose-resposta na prevenção da obesidade e

sobrepeso e que a promoção da amamentação em países industrializados pode reduzir a prevalência de obesidade e suas conseqüências (VON KRIES *et al*,1999).

No Brasil, um estudo de Victora *et al* (2003) não confirmou esta proteção; contudo, os autores afirmam que embora não exista consenso, recentes estudos sugerem a proteção do aleitamento materno contra obesidade em adolescentes.

Siqueira e Monteiro (2007) encontraram maior prevalência de obesidade entre crianças que nunca receberam leite materno na infância.

Apesar de necessidade de investigações mais aprofundadas, existem evidências epidemiológicas que indicam a proteção do aleitamento materno contra a obesidade (BALABAN e SILVA, 2004).

#### 1.6.5 Desenvolvimento Fonoaudiológico

Além dos inúmeros benefícios do aleitamento materno, este contribui para o desenvolvimento motor-oral adequado e previne alterações fonoaudiológicas, no que se refere ao sistema motor-oral.

O mecanismo de sucção ao seio é muito diferente da sucção em bicos artificiais. O ato de amamentar favorece o desenvolvimento motor-oral adequado, desenvolvendo assim a linguagem oral, o crescimento ósseo e craniofacial, o padrão respiratório adequado e melhor adaptação à evolução nutricional da criança (Neiva *et al* 2003).

A sucção na mamadeira é realizada por movimentos diferentes e envolve outros músculos, podendo levar a alterações anatômicas que repercutem na fala, na alimentação, na respiração e na dentição das crianças.

#### 1.6.6 Infecções Respiratórias e Otites

A curta duração do aleitamento materno é um fator de risco significativo para as infecções respiratórias recorrentes e otite média, conforme demonstrado em análise realizada por Alho, *et al* (1990).

A incidência e a recorrência de secreção no ouvido médio diminuem com o aumento da duração do aleitamento materno (SAES; GOLDBERG; MONTOVANI, 2005).

A proteção conferida pelo aleitamento materno contra a internação por pneumonia foi demonstrada por César *et al* (1999). A chance de hospitalização por pneumonia foi 61 vezes maior nas crianças menores de três meses e, 17 vezes

maior em crianças menores de um ano de idade não amamentadas, em comparação com as amamentadas exclusivamente.

#### 1.6.7 Diarreia:

Uma das principais causas de mortalidade infantil em países subdesenvolvidos é a diarreia aguda, representando um problema de saúde mundial. A proteção conferida pelo leite materno contra diarreia causa um impacto significativo na redução dos percentuais de morbidade e mortalidade. Esta proteção é devida a vários fatores que se somam: propriedades antimicrobianas e imunológicas inerentes à composição do leite materno, a sua capacidade de garantir o adequado estado nutricional do lactente, assim como a isenção de contaminação durante a manipulação de alimentos e utensílios quando o seu uso é exclusivo. A exposição aos patógenos enterointestinais e a inadequada oferta alimentar oriundas do desmame precoce favorecem infecções gastrointestinais e o déficit nutricional. Essa associação tem sido frequentemente demonstrada por diferentes pesquisadores em várias regiões do mundo (LINS; MOTTA e SILVA, 2003).

Mesmo em países desenvolvidos onde supostamente as condições de higiene e o acesso à água de boa qualidade não representam fatores de risco, crianças alimentadas com fórmulas infantis são hospitalizadas, até cinco vezes mais, do que crianças amamentadas (ZOYSA; REA e MARTINES, 1991).

#### 1.6.8 Mortalidade Infantil

A redução da mortalidade Infantil é uma das 8 metas para o milênio, assinada por 191 países da Organização das Nações Unidas (ONU). A realidade atual da situação das crianças em países em desenvolvimento, segundo relatório do UNICEF (2008a), é de mais de 26.000 crianças menores de 5 anos morrendo diariamente por causas evitáveis. Outro relatório afirma que o aumento dos índices de aleitamento materno é uma das medidas que permite evitar pelo menos 13 por cento de todas as mortes de menores de cinco anos nos países em desenvolvimento (UNICEF, 2007).

No Estado de São Paulo, as diarreias e as pneumonias continuam sendo as principais causas de óbito pós-neonatal e a estimativa é que o aleitamento materno é a estratégia mais exequível para se alcançar menores índices de mortalidade infantil (ESCUDEI; VENÂNCIO e PEREIRA, 2003).



A análise da influência do aleitamento materno na mortalidade infantil em crianças de 16 países da América Latina concluiu que a baixa prevalência e duração da amamentação aumentam o risco de morbidade e mortalidade infantil tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento, sendo que este risco é maior para diarreia e infecções respiratórias agudas (BETRÁN *et al*, 2001).

Uma meta-análise baseada em seis conjuntos de dados provenientes de 3 continentes (Brasil, Filipinas, Gâmbia, Gana, Paquistão e Senegal), mostrou uma mortalidade por doenças infecciosas 5,8 vezes maior em crianças menores de 2 meses não amamentadas, quando comparadas com crianças alimentadas no peito. Na mesma meta-análise evidenciou-se que as crianças que não são amamentadas no segundo ano de vida têm chance quase duas vezes maior de morrer por doenças infecciosas quando comparadas às crianças amamentadas (WHO, 2000b).

No Brasil, as crianças menores de 1 ano não amamentadas tiveram um risco 14,2 e 3,6 vezes maior de morrer por diarreia e doença respiratória, respectivamente, quando comparadas com crianças alimentadas exclusivamente ao seio (VICTORA *ET AL*,1987, apud GIUGLIANI e VICTORA,1997).

Em relação aos recém-nascidos, sabe-se que a enterocolite necrotizante é uma patologia de alta mortalidade que incide em 1% a 5% de todas as admissões em unidades de terapia intensiva neonatais, sendo 62% a 94% em prematuros (LIMA, BRAGA e MENESES, 2004). Em recém-nascidos alimentados por fórmulas a incidência desta patologia foi 6 a 10 vezes mais comum do que naqueles alimentados por leite materno (LUCAS e COLE,1990).

Considerando-se outros fatores que afetam a mortalidade, um bebê tem 4 vezes mais chance de morrer se a mãe cessar a amamentação aos 2 ou 3 meses de idade do que se a mãe continuar a amamentação. A amamentação protege também a vida de crianças mais velhas. Por exemplo, os bebês que cessam de amamentar entre 9 e 12 meses têm 2,3 vezes mais chance de morrer do que os que continuam a amamentação (POPULATION REPORTS, 2002).

#### 1.6.9 Benefícios para a Mulher que Amamenta:

A amamentação também traz benefícios importantes para a vida de uma mulher, tanto no âmbito social-econômico como na sua saúde. A vivência da amamentação deve representar uma experiência gratificante e ímpar na vida de um

casal. Para isso, é importante que seja parte de uma decisão apoiada e compartilhada.

Amamentar representa economia significativa indo além do custo com leites artificiais, bicos, mamadeiras, água, gás, e outros, que somam um total de aproximadamente 40% de um salário mínimo por mês (ARAÚJO *et al*, 2004). Esta economia também é percebida na menor incidência de doenças no bebê, o que obviamente leva a menos gasto com transporte aos serviços de saúde, compra de medicamentos e dias afastados de suas atividades.

Em ampla revisão da literatura sobre os benefícios da amamentação para a saúde da mulher, Rea (2004) descreve as evidências científicas dos benefícios para a saúde da mulher que amamenta, destacando: diminuição da incidência de doenças como o câncer de mama, certos cânceres ovarianos e certas fraturas ósseas, especialmente, coxo-femoral por osteoporose. O efeito protetor da amamentação no menor risco de morte por artrite reumatóide também está sendo estudado. Outros benefícios para a mulher que amamenta são: a menor incidência de anemia pós-parto; involução uterina mais rápida - devido ao efeito da liberação de ocitocina - e aumento do consumo calórico, levando à recuperação do peso pré-gestacional mais rapidamente.

No Brasil, o câncer que mais causa a morte de mulheres é o de mama e esta mortalidade vem aumentando ao longo dos anos. Em nosso país, 60% dos casos são diagnosticados em estágios avançados da doença (PINHO e COUTINHO, 2007). Diante de uma patologia com incidências altas, de um desfecho tão desfavorável e das dificuldades do rastreamento eficiente e eficaz em nosso meio, torna-se necessário conhecer os fatores de risco da doença, dentre eles, a ausência ou pouco tempo de aleitamento materno.

O risco relativo de ter câncer de mama decresce 4,3% para cada ano de amamentação, portanto o efeito protetor é diretamente proporcional à duração do aleitamento materno (WHO, 2002).

Em relação ao câncer de ovário, existem evidências de que a amamentação represente um fator de proteção contra este câncer, que é um dos tumores invasivos mais letais para a mulher, sendo que o risco de desenvolvê-lo durante a vida é de 1,48% (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2007).

A amamentação é o único método natural de anticoncepção, denominado Lactância Amenorreia Método (LAM). Este método consiste na coexistência de três

situações conjuntas: a amenorreia pós-parto decorrente da amamentação, associado a amamentação exclusiva e no período até 6 meses após o parto. Segundo o manual de critério médicos de elegibilidade para o uso de métodos anticoncepcionais sua eficácia é de 98% (WHO,2004).

A associação entre diabetes melito tipo 2 e a mulher que amamenta foi recentemente relatada em um estudo envolvendo 150 mil mulheres norte-americanas. Foi observada uma redução se 15% na incidência de diabete tipo 2 para cada ano de lactação (GIUGLIANI, 2006).

A ocitocina, hormônio responsável pela liberação do leite que tem sua produção estimulada pela sucção, causa uma sensação de relaxamento que diminui a ansiedade materna e ajuda a integração mãe-bebê. Existe um retardo no aparecimento da depressão pós-parto em mulheres que amamentam. A sensação de poder alimentar, acalmar e cuidar de seu filho, sem a necessidade de mais nada e a qualquer hora e lugar, traz muita satisfação para as mulheres, além de ser uma maneira íntima e especial de comunicação com seu bebê (RUBIO, 2004).

### 1.7 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM AMAMENTAÇÃO: SOBRE ESTRATÉGIAS E RESULTADOS:

A partir da década de 70, os índices elevados de mortalidade infantil e o despertar do mundo para as consequências desastrosas do desmame levaram serviços de saúde, organismos nacionais e internacionais e a academia a estimular o aleitamento materno.

Os principais marcos referenciais das ações das políticas públicas a favor do aleitamento materno são apresentados a seguir, baseados nas análises realizadas por Rea (2003), Maia (2006) e Moreira e Lopez (2007) destacando-se por década:

- Década de 60 a 70:

Não existem estudos encontrados sobre os índices de amamentação na década de 60. Um marco importante em 1966 foi a licença-maternidade de doze semanas definida pelo governo brasileiro.

Na década de 70, a mediana de amamentação era de 2,5 meses (VENÂNCIO e MONTEIRO, 1998). Em 1974 foi oficializado o Programa Nacional de Saúde Materno-infantil - PNSMI, que tinha como função principal o incentivo à amamentação. Posteriormente foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e

Nutrição – INAN, visando à implantação de políticas para a população, especialmente, de baixa renda. Por meio de parcerias com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e com o UNICEF, o INAN inicia campanhas na mídia de grande alcance. Neste contexto é criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM. Este programa conseguiu articular vários segmentos da sociedade, mesmo tendo sido criado por interesses políticos de diminuir a mortalidade infantil sem promover mudanças no país e focalizasse apenas a criança, sem a visão da mulher neste processo ( ALMEIDA, 2002).

- Década de 80

Em 1981, na 34ª Assembléia Mundial de saúde, foi divulgado o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. A partir de 1983, a *Internacional Baby Food Atém Network* (IBFAN) começa a atuar no Brasil, com ações a favor do código internacional de comercialização dos alimentos, pressionando as indústrias de alimentos em relação ao *marketing* não ético e que induzia ao desmame.

Nesta década, mudanças estratégicas importantes ocorreram nos Bancos de Leite Humano. Com o apoio do PNIAM houve uma grande expansão destas unidades no país. Criou-se também Centro de Referência Nacional em Bancos de Leite Humano, um projeto de parceria entre a área da criança do Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Inicia-se o processo de recomendações técnicas, publicadas como portaria do Ministério da Saúde.

Em 1985 a licença maternidade foi ampliada para 120 dias e a constituição de 1988 contempla os direitos da mulher trabalhadora vigentes até os nossos dias.

- Décadas de 90 e 2000.

Em 1990 o Brasil foi um dos países que assinou a Declaração de *Innocenti*, em Florença, Itália. Este documento tem como meta fortalecer a mulher na sua decisão de amamentar exclusivamente até os 4 ou 6 meses de vida e continuar amamentando, com alimentos complementares, até o segundo ano de vida ou mais. Quatro ações foram listadas como fundamentais para que isso ocorra: (1) ter uma coordenação e um comitê pró-amamentação; (2) assegurar que as maternidades cumpram os dez passos para o sucesso do aleitamento materno; (3) implementar todo o código e resoluções subsequentes relevantes da Assembléia Mundial de Saúde e (4) implantar uma legislação de proteção aos direitos da mulher

trabalhadora lactante. Os dez passos consistem no conjunto de medidas para atingir as metas da Declaração de *Inocenti*, (LAMOUNIER, MARANHÃO E ARAÚJO, 2001) e foram apresentados pela OMS (1989), conforme transcrição abaixo:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde;
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno;
4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto;
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico;
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda; Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio; e
9. Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após a alta do hospital ou ambulatório.

Ao assinar a Declaração de *Inocente*, o Brasil, um dos 12 países escolhidos para dar partida à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), formalizou-se o compromisso de fazer dos Dez Passos uma realidade nos hospitais do País. Em março de 1992, o Ministério da Saúde e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio do UNICEF e da OPAS consolidaram a IHAC. Esta iniciativa é voltada para toda a equipe de saúde das unidades hospitalares, mobilizando mudanças em condutas e rotinas que favoreciam o desmame precoce e padronizando-as, representando um esforço mundial visando à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. A IHAM compreende estratégias de mudanças administrativas dos serviços materno-infantis e capacitação de toda a equipe de saúde a fim de diminuir e eliminar nestes estabelecimentos hospitalares condutas negativas ao aleitamento (UNICEF, 2008b).

A Aliança Mundial de Ações Pró-amamentação (WABA) é criada em 1992, por meio de parcerias de várias instituições e profissionais independentes. A partir de então, anualmente é comemorada a Semana Mundial de Amamentação, oportunidade para os municípios realizarem ações em favor do aleitamento materno, a cada ano com um tema diferente, abordando vários aspectos relacionados à amamentação.

Em 1992, consolida-se a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes – NBCAL, como resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 31/92. Esta importante resolução é fiscalizada pelo Ministério da Saúde, o IBFAN, Ministério Público e o órgão de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON).

Como parte das transformações ocorridas ao longo destes anos, valorizando a mulher e humanizando o atendimento, importantes iniciativas como o Programa de Treinamento “Aconselhamento em Amamentação”, idealizado em 1995 pelo UNICEF e OMS e a portaria Nº 693 de 05/07/00 que define a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso consolidaram-se.

A ESF como uma estratégia de promoção à saúde, tendo objetivos como a diminuição da mortalidade infantil, vem em 1994 somar ações de promoção à amamentação.

Em 1997, ocorre a extinção do PNIAM/INAN. Assim, as ações de aleitamento, incluindo as de BLH por, aproximadamente um ano, não estavam inseridas no organograma das políticas públicas brasileiras (BRASIL, 2008b).

Um importante marco histórico no Brasil é a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (RNBLH, atual rede brasileira de BLH) criada em 1998, após um processo de construção ao longo da década de 80 e 90. A rede é uma parceria entre o centro de referência nacional (Rio de Janeiro) e o Ministério da saúde (BRASIL, 2008a).

Em maio de 2001, na 54ª Assembleia Mundial de Saúde na Suíça o Brasil obteve uma importante vitória internacional com a aprovação da proposta sobre nutrição infantil, com recomendação de aleitamento materno exclusivo por 6 meses. Nessa mesma assembléia, o presidente da RedeBLH-BR, Dr. João Aprígio Guerra de Almeida foi o ganhador do prêmio Sasakawa da OMS pelo trabalho que desenvolve como coordenador da Rede de Bancos de Leite Humano do Brasil – hoje a maior do mundo (Ibidem).

Em toda a Federação existem Centros de Referência Estaduais que compartilham com os bancos de leites de cada município as decisões articuladas com o Centro de Referência Nacional. Em 2001 a Rede BLH-BR é reconhecida internacionalmente e em 2003 amplia sua atuação para além das fronteiras.

No II Congresso Internacional de Bancos de Leite Humano (2005), um grupo de trabalho elaborou um protocolo denominado Carta de Brasília. Com a assinatura deste documento foi materializada a política de expansão pela criação da Rede Latino Americana de Bancos de Leite Humano. Este projeto é fundamentado na experiência de implantação e validação do modelo brasileiro em outros países - Venezuela, Uruguai, Argentina, Equador e Cuba.

Em novembro de 2007 foi aprovado o Programa *Cumbre de Red de Bancos de Leche Humana* com base no modelo Brasileiro coordenado pela FIOCRUZ (BRASIL, 2008a).

#### 1.7.1 Papel do BLH na Promoção da Amamentação:

Pensar as políticas públicas em favor da amamentação remete-nos ao Banco de Leite Humano, que hoje representa uma das mais importantes estratégias no Brasil. Conforme definição do Manual Técnico do Ministério da Saúde:

Banco de Leite Humano é um serviço especializado vinculado a um hospital de atenção materna e/ou infantil. O BLH é responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz, seleção, classificação, processamento, controle de qualidade e distribuição, sendo proibida a comercialização dos produtos por ele distribuídos (BRASIL, 2008b p. 19).

Contudo, historicamente os BLHs não nasceram com esta definição.

Os Bancos de Leite têm sido um dos mais importantes elementos estratégicos da política estatal em favor da amamentação, no decurso das duas últimas décadas no Brasil. Contudo, as percepções e construções sociais acerca destas unidades de serviço estiveram sujeitas a uma série de flutuações ao longo da história. (ALMEIDA 2002, p. 91).

No Brasil, o primeiro BLH foi implantado em 1943, no atual Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz. A criação de um Banco de Leite Humano, na época, estava voltada para atender às necessidades nutricionais de crianças que não eram amamentadas, principalmente, aquelas com patologias

como intolerância e alergias ao leite de vaca. A única função destas unidades era a coleta e distribuição do leite humano, atuando como um órgão de proteção social.

Da década de 40 até os dias atuais, os BLHs sofreram mudanças significativas, acompanhando as mudanças socioculturais e tecnológicas ocorridas em toda a área da saúde, como parte das políticas em favor da amamentação que aconteciam no Brasil, deixando de atuar como “uma unidade destinada à distribuição de alimentos farmacológicos”, “pronto-socorro dietético” e “substitutos das amas de leite” (Ibidem). Na década de 80, este novo pensar culminou em profundas modificações no paradigma dos BLHs, transformados em centros de proteção, apoio e promoção do aleitamento materno. Nesta década, a Fundação Legião Brasileira de Assistência Social (LBA) foi um grande parceiro para a implementação de BLHs no Brasil, sendo o BLH de Anápolis, um exemplo desta parceria. A partir de 1985, houve um grande aumento no número de BLH no Brasil, totalizando 104 em 1988 e, atualmente, 187.

O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno e organismos internacionais como o Unicef e a Fundação Kellogg, também foram grandes colaboradores para a reestruturação e desenvolvimento de novos BLHs. EM 1998, nasce a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano como fruto de um processo histórico desenvolvido ao longo destes anos de transformações. A RedeBLH-BR é considerada pela OMS como a maior e melhor do mundo.

A Rede Nacional de Bancos de Leite Humano é uma iniciativa do Ministério da Saúde, desenvolvida através da Secretaria de Políticas de saúde (Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno) e da Fundação Oswaldo Cruz (Instituto Fernandes Figueira), cuja missão é promover a saúde da mulher e da criança mediante a integração e a construção de parcerias com órgãos federais, as unidades da federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, no âmbito de atuação dos Bancos de Leite Humano (ALMEIDA e NOVAK, 2001, p.322)

Os índices de mortalidade infantil em locais onde os BLHs estão fortemente atuantes, são os menores do país.

As tecnologias em banco de leite têm permitido o acesso do leite humano aos bebês prematuros ou incapacitados de sugar.

São indicações do Leite Humano Processado, segundo o manual técnico de Bancos de Leite Humano (BRASIL, 2008b, p.147):

- Recém-nascido prematuro ou de baixo peso que não suga;



- Recém-nascido infectado, especialmente, com enteroinfecções;
- Recém-nascido em nutrição trófica;
- Recém-nascido portador de imunodeficiência;
- Recém-nascido portador de alergia a proteínas heterólogas;
- Casos excepcionais, a critério médico.

Almeida e Novak (2001) relatam que os investimentos em pesquisa permitiram que o centro de referência nacional da FioCruz desenvolvesse metodologias de controle de qualidade tipicamente adaptadas às necessidades nacionais, seguras e sensíveis o suficiente para serem praticadas na rotina. O custo de análises por amostras ficou a razão de poucos centavos de dólar e as técnicas de processamento foram adaptadas a modelos seguros e também de baixo custo.

O conhecimento das propriedades físico-químicas do leite humano e as técnicas de seleção e classificação, pasteurização do leite (tratamento térmico aplicável ao leite humano observando-se o binômio temperatura-tempo que visa à eliminação de 100% dos microorganismos patogênicos e 99,9% da microbiota saprófita ou normal), seguidas do controle de qualidade microbiológica, permitem a garantia da qualidade nutricional, imunológica e microbiológica do leite fornecido pelos bancos de leite humano (Ibidem).

Almeida (2002, p. 113) afirma:

A grande perspectiva para essas unidades de serviço na virada do milênio é o desenvolvimento de competências para se gerar uma nova forma de pensar as questões relacionadas à amamentação. Para tanto, três níveis de investimento podem ser propostos: a construção de vias que facilitem o acesso dos profissionais aos novos saberes constituídos sobre o leite humano, buscando interligar as propriedades ímpares à perspectiva ecológica do desenvolvimento humano; a definição de caminhos que possibilitem o desenvolvimento de uma competência cientificamente embasada, capaz de contrapor à vanguarda científica intuída pelo marketing dos leites modificados; e a necessária substituição do discurso dogmático e ideológico da amamentação por posições cientificamente fundamentadas pelos diferentes campos do saber.

Em 2003, a RedeBLH-BR é ampliada e inicia um processo de apoio a outros países, participando de iniciativas internacionais, como no Equador e Uruguai. “Esse evento caracterizou-se, no cenário internacional, como momento de afirmação da posição de vanguarda do Brasil na geração de conhecimento na área” (MAIA *et al*, 2006).

Os crescentes números de doadoras cadastradas, do volume de leite processado e distribuído levaram a um reconhecimento nacional da importante colaboração da RedeBLH-BR na saúde das crianças no Brasil (ALMEIDA *et al*, 2006).

No ano de 2007 os dados em todo o Brasil, segundo informações da RedeBLH-BR (BRASIL, 2008a) são:

Doadoras: 88.874 lactantes;  
Receptores: 128.801 recém-nascidos;  
Leite coletado 119.265,0 litros;  
Distribuído: 91.574,3 litros;  
Número de BLHs : 187;  
Postos de coleta: 27.

A RedeBLH-BR é um marco no desenvolvimento de tecnologias em bancos de leite e produção científica sobre aleitamento materno e políticas públicas a favor da amamentação, gerando possibilidades de produção e distribuição social do conhecimento, possibilitando que gestores, provedores e toda a comunidade beneficiem-se.

A trajetória do BLH em Anápolis inicia-se em 1987, quando foi fundado pela Secretaria de Ações Sociais, conforme informação da Secretaria Municipal de Saúde. Em Novembro de 1990, foi aprovada pela Câmara Municipal de Anápolis e sancionada a lei Número 1799/90, denominando o BLH como “Banco de Leite Humano Elaine Mirian de Oliveira”, em homenagem à sua primeira bioquímica.

Em 1998, o BLH Elaine Mirian de Oliveira, foi incorporado ao Centro Integrado da Mulher (CIM), no contexto da saúde sexual e reprodutiva, sendo parte de um Projeto da OMS e se integra à Rede BLH-BR, passando a ser coordenado por profissional da área da saúde, capacitada pela rede, trazendo capacitações para toda a equipe e iniciando um longo processo de mudança, deixando o modelo assistencialista anterior e enquadrando-se ao contexto da RedeBLH-BR.

Com a aquisição de um veículo, implantou-se a coleta domiciliar de leite humano, o que proporcionou um grande aumento das doações. O BLH incrementou suas ações na promoção e apoio ao aleitamento materno, atendendo a todos os hospitais materno-infantis, maternidades do município e recém-nascidos com indicações para receber leite humano em seus domicílios. Iniciou-se a aquisição

de equipamentos e materiais para implantação do laboratório de microbiologia para o controle de qualidade do leite humano.

Em 2001, o CIM foi desestruturado e o BLH, após meses de indefinição, foi levado para dentro do Hospital Municipal Jamel Cecílio, locado em instalações impróprias com redução acentuada da equipe, com falta de profissionais essenciais para o funcionamento, culminando com a interdição pela Vigilância Sanitária Estadual.

Em Julho de 2004, acontece a nova inauguração do BLH de Anápolis, vinculado ao Hospital Municipal Jamel Cecílio e, totalmente, equipado e estruturado para atuar dentro das normas técnicas da vigilância sanitária e da Rede BLH-BR.

O BLH Elaine Mirian Oliveira realiza as seguintes ações para a promoção, apoio e proteção ao aleitamento materno, segundo a SEMUSA:

1. Ações educativas, orientações individuais e consultas para gestantes, lactantes e seus acompanhantes, visando ao empoderamento das pessoas para fortalecer seus mecanismos de tomada de decisão livre e informada no processo da amamentação;

2. Realiza atendimento as lactantes com intercorrências mamárias, tais como: ingurgitamento mamário, mastite, fissuras mamilares, obstrução ductal, técnica incorreta de amamentação;

3. Estímulo à lactação para as mães de recém-nascidos prematuros e de lactentes internados em unidades hospitalares;

4. Relactação em RNs com aleitamento misto, ou alimentação artificial;

5. Atendimento via telefone, com ligação gratuita, com orientações e esclarecimento de dúvidas;

6. Orientações a gestantes sobre amamentação;

7. Capacitação em Aleitamento Materno a outras unidades e instituições;

8. Acompanhamento pediátrico aos filhos das doadoras e lactentes com baixo ganho de peso e/ou dificuldades na amamentação;

9. Executa atividades de coleta, processamento e controle de qualidade do leite humano ordenhado (LHO) e,

10. Distribuição do leite humano processado (LHP), mediante receita médica ou de nutricionista.

O Banco de Leite Humano Elaine Míriam Oliveira é uma unidade de saúde de pequeno porte, que atende a toda a rede hospitalar do município e a

comunidade em geral. Possui: 01 recepção, 01 consultório médico, 01 sala de recepção e estocagem do leite humano cru, 01 vestiário, 01 sala de processamento do leite, 01 laboratório de análise microbiológica, 01 sala de reuniões, 01 berçário, 01 sala de higienização, 01 sala de ordenha, 01 expurgo, 01 copa, 01 DML, 03 banheiros. Contém todos os equipamentos padronizados segundo a RedeBLH-BR, inclusive os opcionais, que foram, recentemente, adquiridos. Na parte de recursos humanos, conta com 8 servidores, sendo 01 Pediatra, 01 Bioquímica ( não exclusiva da unidade), 01 Coordenadora Administrativa, 01 Técnica de Enfermagem, 02 Técnicas de Laboratório e 02 Serviços Gerais.

Considerando-se a crescente dimensão que os Bancos de Leite Humano assumem no cenário da saúde pública no Brasil, o Banco de Leite Humano Elaine Miriam de Oliveira mesmo sendo uma unidade de pequeno porte, representa grande importância no município de Anápolis.

No ano de 2008, conforme o relatório anual do BLH Elaine Miriam de Oliveira, as atividades realizadas pelo BLH foram em média, mensalmente: 8,2 ações educativas com gestantes; 13,4 consultas maternas; 20,16 orientações por telefone e 73,4 orientações individuais. Estes números demonstram uma subutilização da unidade no que se refere à principal função de um BLH: promoção, proteção e apoio à amamentação.

Por outro lado, mesmo com reduzido número de mulheres que doam o leite humano (média de 50,5 por mês), o número de recém-nascidos beneficiados no ano foi de 1.247 (média 103,9 por mês) abrangendo todos os hospitais do município.

Atualmente em Goiás, existem cinco BLH: dois em Goiânia, um no entorno de Brasília, pertencente à Fundação Hospitalar de DF em Planaltina, e dois em Anápolis, sendo 01 ligado a Secretaria Municipal de Saúde e outro a Santa Casa.

### 1.7.2 ESF no Brasil e a Promoção do Aleitamento Materno

O desafio de implantar-se novas práticas de atenção à saúde, garantindo os princípios do SUS numa rede de serviços resolutivos levou à criação em 1994 do Programa de Saúde da Família (PSF), nome com que foi consagrado, passando em 1998 a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), por ser considerada

uma estratégia para mudança do modelo de atenção à saúde (SCHERER, MARINO e RAMOS, 2005). Em fevereiro de 2008 o Brasil alcançou o número de 27.900 unidades de ESF, abrangendo 5.564 municípios (Brasil,2008c).

A ESF é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua e tem sido definida como uma estratégia de consolidação do SUS, fazendo parte de um processo de planejamento estratégico com implicações na ampliação da oferta de trabalho nos cuidados básicos, bem como uma ação potencialmente hegemônica na organização e na prática sanitária (CORDEIRO, 1996), reafirmando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Está estruturada em uma Unidade de Saúde da Família, no primeiro nível de ações e serviços dentro de uma rede de atenção à saúde, garantindo atenção integral com referência e contra-referência (BRASIL, 2001).

Esta proposta de mudança tem como um de seus pilares a promoção à saúde, conforme concebida pela carta de Ottawa para a promoção da saúde,1986.

A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida. (BRASIL, 2002c).

A reflexão do conceito de saúde como um ir além do mero cuidado com a mesma, resgata sua visão holística, distanciando do modelo cartesiano-flexneriano da medicina.

A saúde vive e se cria na vida cotidiana: nos centros educacionais, no trabalho, no lazer. A saúde é o resultado dos cuidados que cada um dispensa a si mesmo e aos demais, é a capacidade de tomar decisões e controlar a própria vida e assegurar que a sociedade em que vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de ser saudável.

Os cuidados com o próximo, assim como o planejamento holístico e ecológico da vida, são essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde. Assim os responsáveis pela prática e avaliação das atividades promotoras da saúde devem ter sempre presente o princípio da igualdade entre os sexos em cada uma das fases do planejamento. (BRASIL, 2002c).

A ESF tem como característica o caráter interdisciplinar e multiprofissional, com a composição mínima de cada equipe com um Médico (a), um (a) Enfermeiro(a), um (a) Auxiliar de Enfermagem, 5 a 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Recentemente foram incorporadas à ESF as Equipes de Saúde Bucal (ESB), composta por um (a) Odontólogo (a), um (a) Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e um (a) Técnico (a) em Higiene Dental.

Em Anápolis, segundo Almeida, Machado e Torquato (2007), a idealização da ESF iniciou-se em 1999. O projeto Piloto foi implantado pelo então Secretário Estadual da Saúde, Dr. Henrique Santillo. Três equipes com propostas similares ao "Programa Saúde da Família" coordenadas pela Secretaria Estadual da Saúde atuaram nos seguintes bairros periféricos de Anápolis: Recanto do Sol (Parque Residencial das Flores e Vila Norte), Jandaia (Adriana Parque) e Bairro Novo Paraíso. Essa primeira experiência mostrou a viabilidade dessa nova ideia no Município. Porém, posteriormente, estas equipes foram extintas, pois dentro das normas Federais a gestão do ESF deveria ser municipal.

As primeiras equipes foram iniciadas em pontos estratégicos, onde a população vivia em situações precárias, áreas vulneráveis, de invasões e de riscos. Em novembro de 2001, foram implantadas mais cinco equipes, totalizando 12 equipes no final do ano 2002.

Em 2004 inicia-se uma rápida expansão no número de equipes que hoje somam o total 45, compostas por 41 médicos(as), 45 enfermeiros(as), 196 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 34 equipes de saúde bucal, no momento da pesquisa, perfazendo uma cobertura de 49% da população.

Becker (2001), ao analisar a promoção da amamentação em ESF de cinco municípios, relata que a participação dos médicos e enfermeiros das equipes é de grande importância e as equipes conseguem resultados razoáveis na promoção da amamentação, sendo que os dados indicam aumento dos índices de amamentação nos locais onde as equipes atuam.

A importância do trabalho em equipe foi demonstrada em um estudo que evidenciou que os resultados referentes às taxas de amamentação foram semelhantes quando comparados com o trabalho de um pediatra motivado e com treinamento para a promoção do aleitamento materno (SANTIAGO *et al* 2003).

A equipe de saúde, em todas as oportunidades, deve atuar como agente promotor do aleitamento materno. Vários estudos mostram a importância do

conhecimento materno na decisão da mãe em amamentar e na duração do aleitamento materno (PRIMO e CAETANO 1999).

Informações sobre os benefícios do aleitamento materno, o risco do desmame precoce, a técnica da amamentação, a prevenção das intercorrências da mama puerperal são importantes fatores de proteção ao aleitamento materno. Após o parto, a importante atuação da equipe se faz no acompanhamento da dupla mãe-bebê observando a mamada, apoiando a mulher e fortalecendo seus mecanismos de ajustamento nesta nova condição de mulher-mãe, seja em sua primeira experiência ou na chegada de mais um filho, tão único e especial quanto o primeiro.

### 1.7.3 Situação do Aleitamento Materno no Brasil: Resultados destas Políticas.

Como resultado destas políticas, encontramos no decorrer das décadas, aumento gradativo nos índices de aleitamento materno no Brasil. Contudo, este aumento não foi uniforme, variando conforme o local e as características da população.

Um levantamento realizado no Brasil em 1996 evidenciou a mediana da amamentação exclusiva de um mês, sendo que apenas 40,8% das crianças continuavam sendo amamentadas ao final do primeiro ano (KUMMER *et al*,2000).

Alguns estudos comparam os achados das pesquisas nacionais realizadas nos últimos 25 anos. Venâncio e Monteiro (1998) compararam duas pesquisas nacionais: a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição - PNSN (realizada em 1989 pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição) e o Estudo Nacional da Despesa Familiar - ENDEF (realizado em 1974-1975, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE). A mediana da amamentação passou de 2,5 meses a 5,5 meses (mais que duplicou). Os achados estão comparados na tabela1, que mostra um evidente aumento nas práticas do aleitamento materno em todas as idades e tanto nas áreas urbanas como nas áreas rurais, sendo que nas áreas urbanas o aumento foi mais significativo, diminuindo a diferença existente entre as áreas urbanas em relação às áreas rurais. No entanto, as mulheres das áreas rurais continuam amamentando por mais tempo. No geral, foi encontrado aumento da mediana de 75 dias para 167 dias no período de 14 anos, conforme ilustra a tabela I.

Tabela 1 - Percentagens de crianças amamentadas em diferentes idades (e respectivos intervalos de confiança). Brasil áreas urbanas e rural, 1975 e 1989

% de crianças amamentadas	Brasil		Urbano		Rural	
	1975	1989	1975	1989	1975	1989
1 mês	66 (61-70)	79 (66-88)	57 (53-62)	79 (66-89)	74 (67-80)	87 (81-92)
2 meses	53 (50-56)	68 (59-77)	43 (40-46)	68 (58-77)	64 (59-69)	77 (72-82)
3 meses	46 (43-48)	62 (54-69)	35 (32-37)	61 (52-69)	57 (53-61)	70 (65-74)
4 meses	40 (38-43)	57 (50-63)	29 (27-31)	55 (48-63)	52 (49-56)	64 (60-68)
6 meses	33 (31-36)	49 (42-56)	22 (20-24)	47 (40-55)	46 (42-49)	56 (52-60)
12 meses	23 (20-25)	37 (28-47)	13 (11-15)	34 (25-45)	34 (29-40)	41 (35-47)
Duração mediana (dias)	74 (63-85)	167 (110-266)	45 (37-53)	150 (101-227)	133 (108-163)	227 (190-283)

Fonte: Venâncio e Monteiro 1998

Outro estudo foi realizado por Sena, Silva e Pereira (2007), utilizando-se das informações obtidas pelo trabalho acima citado e associando novos dados referentes à pesquisa nacional nas capitais e Distrito Federal de 1999. Esta pesquisa também evidenciou que em todas as idades ocorreu aumento no percentual de crianças amamentadas. O aumento da frequência da amamentação correspondeu a 40% no grupo de crianças com um mês de vida; a 150% no quarto mês; a 200% no sexto mês e a 240% aos 12 meses, no período de 25 anos entre a primeira e a última pesquisa.

A última pesquisa realizada em todo o território Nacional foi a de 1999, envolvendo 25 capitais brasileiras e o Distrito Federal, tendo como um dos objetivos estimar para a área urbana a prevalência e duração mediana do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo; a prevalência do aleitamento materno predominante e da alimentação complementar oportuna e a prevalência do uso de chupetas e mamadeira.

O resultado encontrado em relação à prevalência do aleitamento materno exclusivo na faixa etária de 0 a 4 meses no Brasil foi de 35,6% e na região centro-oeste foi 33,2%, conforme mostrado no gráfico 2



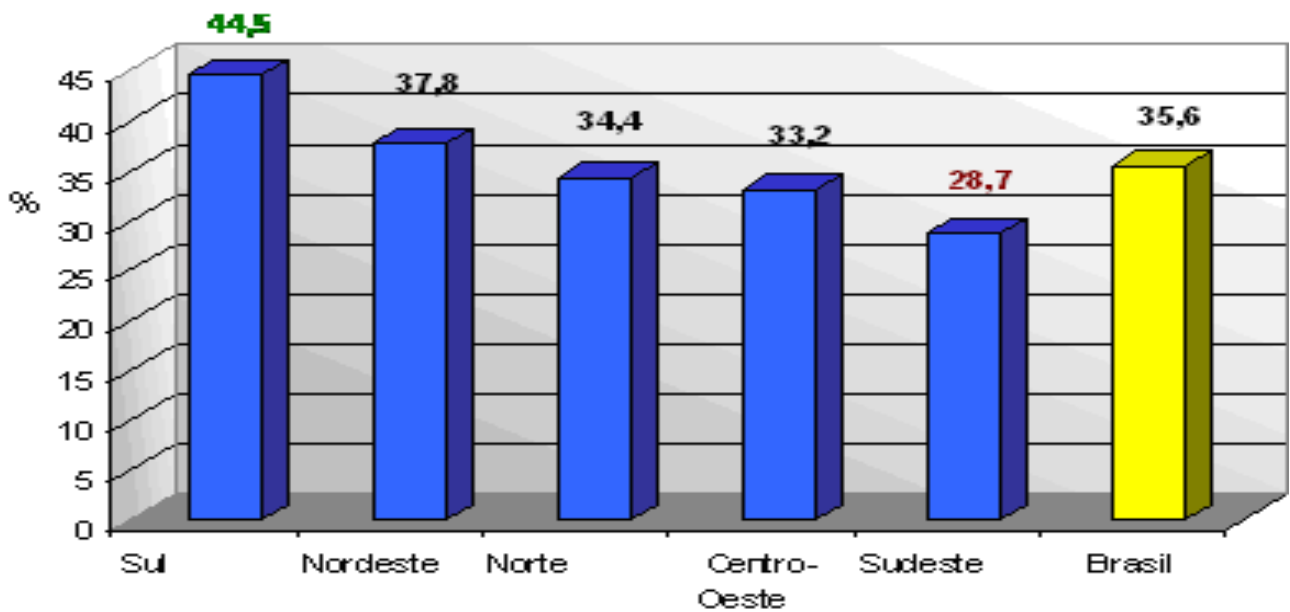


Gráfico 2 - Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo na faixa etária de 0 a 4 meses - Brasil e regiões.

Fonte: BRASIL, MS, 1999.

O encontrado nas capitais mostrou em Goiás uma prevalência de 24%, ficando o Ceará com a maior prevalência encontrada (57%), conforme gráfico 3

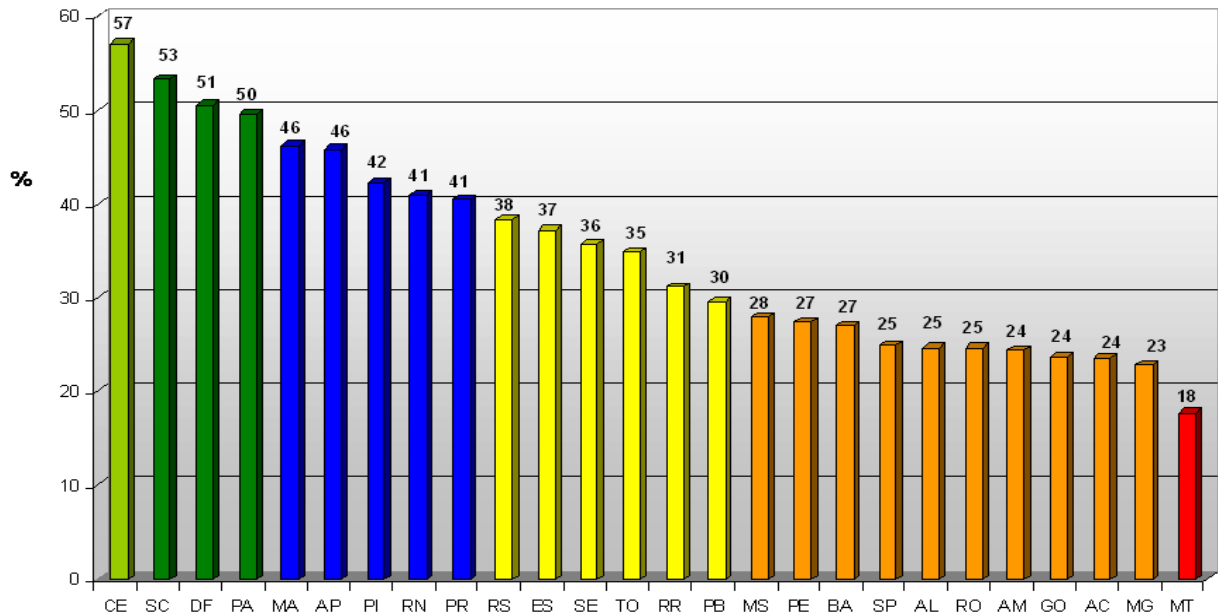


Gráfico 3 - Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo nas capitais brasileiras – Faixa etária de 0 a 4 meses.

Fonte: MS, 1999

A duração mediana em dias encontrada de aleitamento materno exclusivo no Brasil foi de 23,4 e no centro-oeste foi de 19,5, conforme mostrado no gráfico 4.

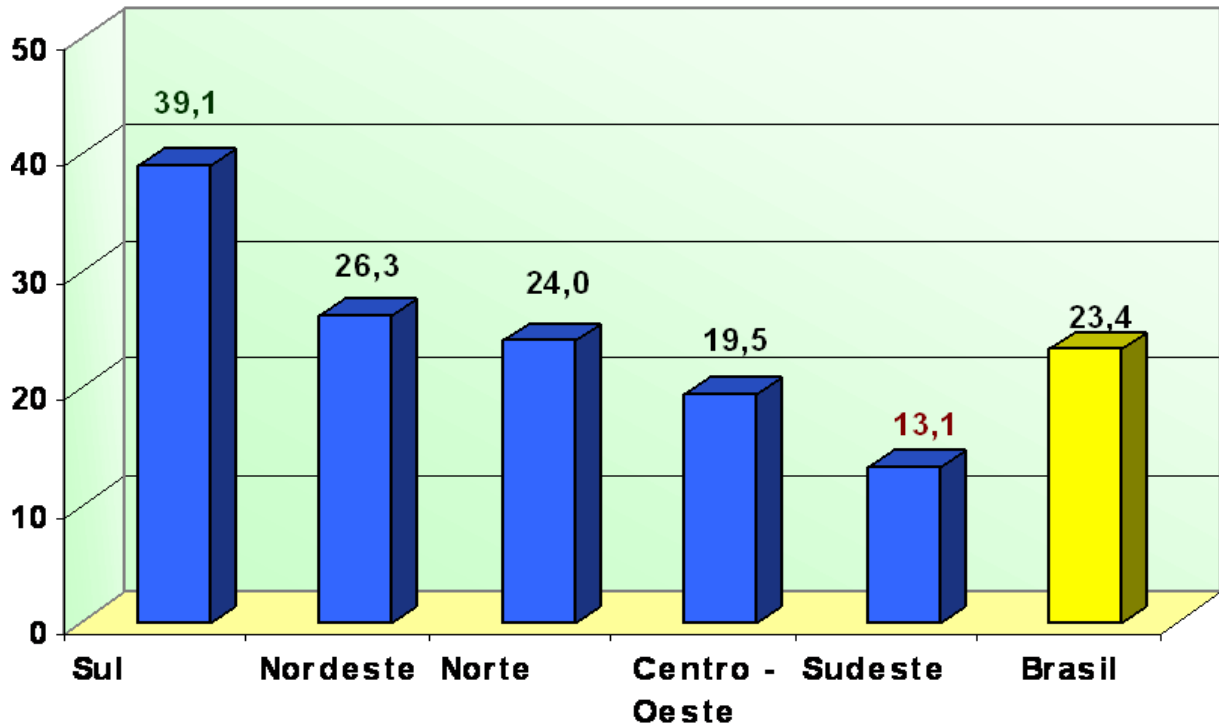


Gráfico 4 - Duração mediana (em dias) de Aleitamento materno exclusivo no Brasil e regiões, 1999.  
Fonte: BRASIL, MS 1999.

Em relação às capitais, no Ceará encontrou-se a mediana de 64 dias; no Distrito Federal a mediana de 45 dias e em Goiás a mediana de apenas 9 dias, conforme gráfico 5.

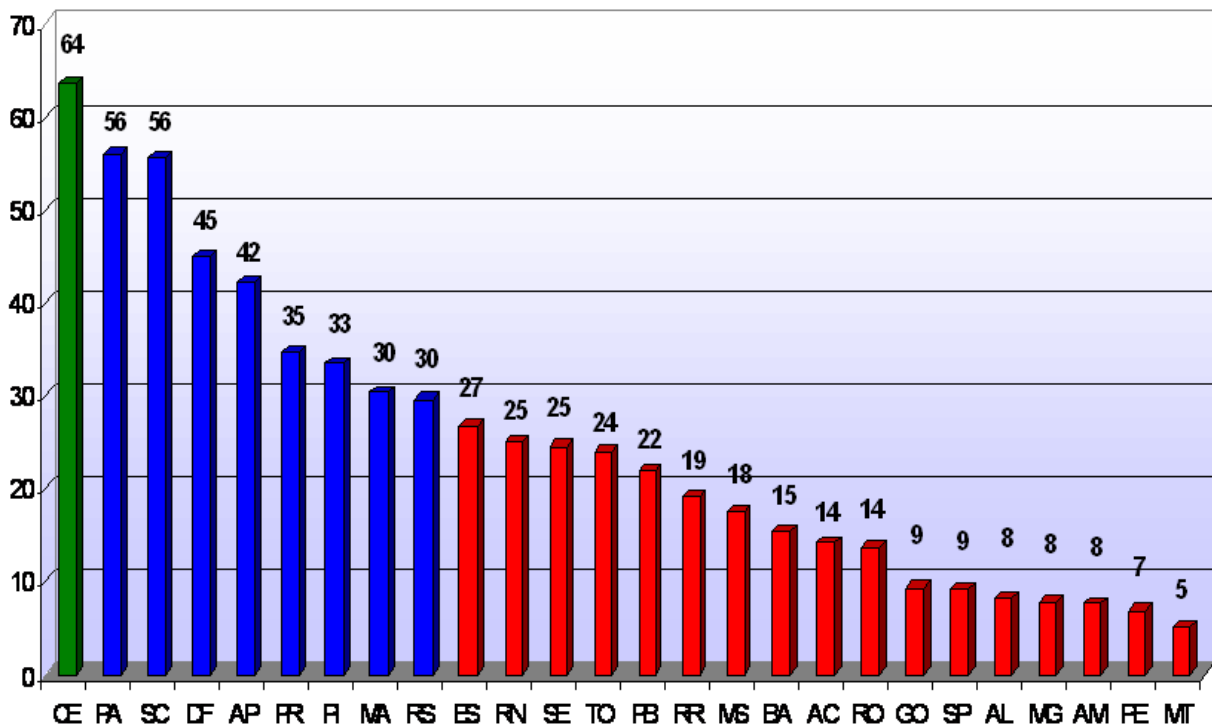


Gráfico 5 - Duração mediana (em dias) de Aleitamento materno exclusivo nas capitais brasileiras, 1999.  
Fonte: BRASIL, 1999.

Os gráficos 6 e 7 demonstram a duração do aleitamento materno sem exclusividade no Brasil ( 9 meses e 9 dias), na região centro-oeste (11 meses), e em Goiás especificamente ( de 8 meses e 7 dias).

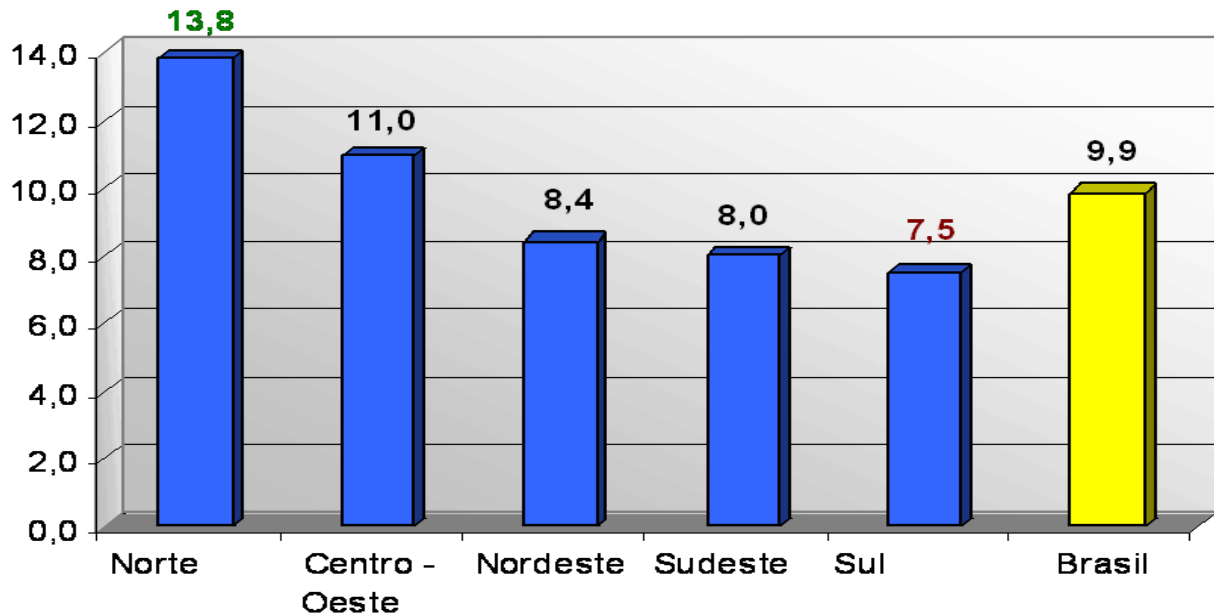


Gráfico 6 - Duração mediana (em meses) de Aleitamento materno no Brasil e regiões, 1999.  
Fonte: BRASIL,1999

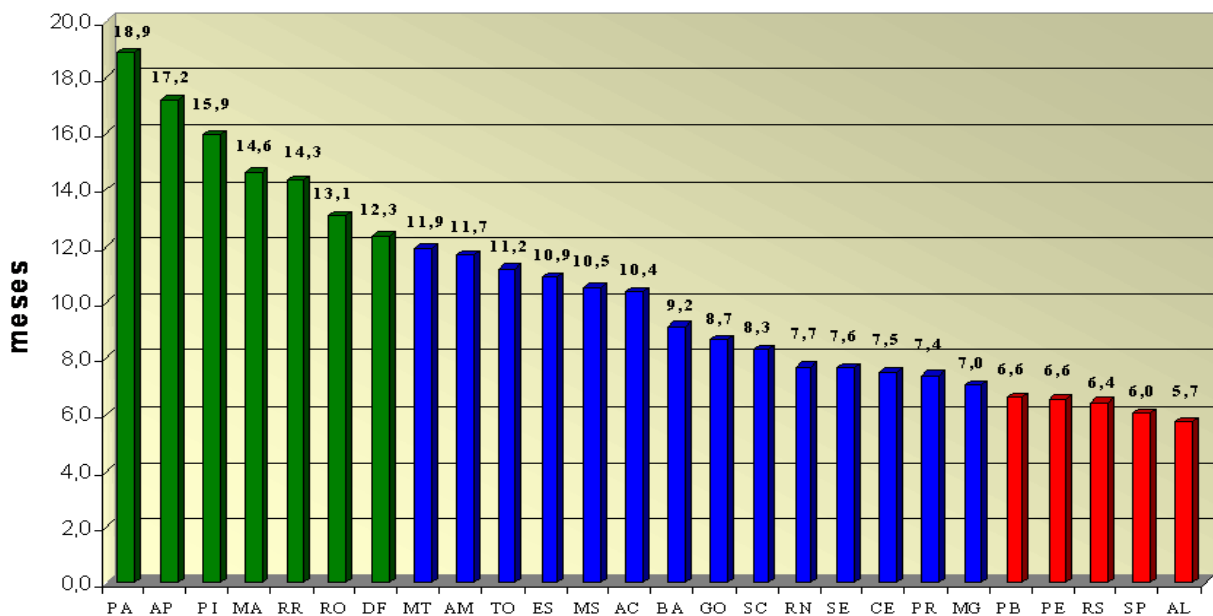


Gráfico 7 - Duração mediana (em meses) de Aleitamento materno nas capitais brasileiras, 1999.  
Fonte: BRASIL, 1999.

A prevalência do uso de mamadeira na faixa etária de 0 a 12 meses foi de 62,8% no Brasil. Em relação às capitais, o DF apresentou a menor prevalência encontrada. Em Goiás, o encontrado foi uma prevalência de 62%.

Em relação ao uso de chupeta foram encontradas altas prevalências na faixa etária de 0 a 12 meses. No Brasil, a maior prevalência foi encontrada na região sul. Quando analisadas as capitais, Goiás teve a prevalência de 55%.

Esta pesquisa mostra a evolução da prevalência do AME na faixa etária de 0 a 4 meses em 1986 (área urbana e rural) de 3,5 para 35,6 (área urbana) em 1999. A duração mediana em meses evoluiu de 2,5 em 1975 (Estudo Nacional da Despesa Familiar - ENDEF, realizado em 1974-1975, pelo IBGE), para 5,5 em 1989 (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN), evoluindo para 7 em 1996 (Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde- PNDS) e chegando em 9,9 em 1999 (Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal PPAM-CDF), conforme evidenciado no gráfico 8.

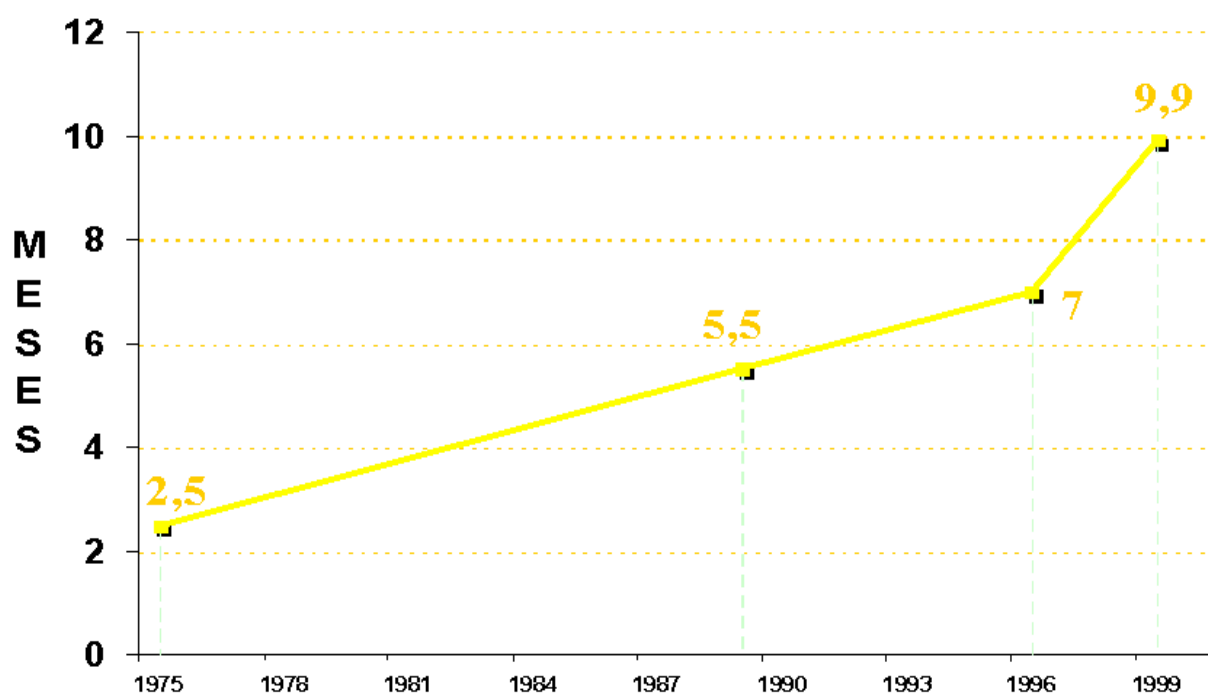


Gráfico 8 – Evolução na duração mediana de aleitamento materno no Brasil, 1999.  
Fonte: BRASIL, 1999.

Em 2006 a Pesquisa Nacional de Desenvolvimento e Saúde da Criança e da Mulher encontrou nas crianças menores de 36 meses pesquisadas, a duração mediana do AME no Brasil de 2,23 meses e na região centro-oeste 2,46. Nesta pesquisa, o percentual encontrado de AME nas crianças de 4-6 meses, no Brasil, foi de 15,3% (BRASIL, 2008d).

A análise da evolução da situação do aleitamento materno no Brasil nestas últimas décadas nos leva a reflexões:

se em 1975 uma em cada duas mulheres amamentava apenas até o segundo ou terceiro mês no Brasil, no último inquérito de 1999, uma em cada duas mulheres amamenta até cerca de dez meses. Esse aumento em 25 anos pode tanto ser pensado como um sucesso, como pode ser visto como algo que poderia estar muito melhor se todas as atividades que se realizaram no país tivessem sido mantidas, avaliadas, corrigidas, bem coordenadas, melhoradas (REA, 2003, p. 37).

O avanço do Brasil ao longo dos últimos 25 anos é inegável. Porém, diante da análise deste histórico e da situação ainda vigente do “leite fraco” como “ator social”, superando todas as alegações maternas de causas do desmame, quando elas realmente são ouvidas, Almeida nos indaga: “...uma pergunta pertinente continua sem resposta: se não existe leite fraco e a hipogalactia não passa de retórica, visão parcial ou estratégia textual, o que de fato é fraco?” (ALMEIDA, 2002 p. 28 grifo nosso).

A realidade revelada nas capitais expressa a situação em todo o país. Em Anápolis, onde há 20 anos existe um BLH e a ESF vêm expandindo e ampliando suas ações, a pergunta de partida que ecoa como proposta deste estudo em respondê-la é: “Quais são os saberes e as práticas dos profissionais da saúde da ESF de Anápolis sobre aleitamento materno?”

Este trabalho propõe-se a descrever e analisar os fatores relacionados à esta pergunta e pretende respondê-la por meio da análise e descrição do nível de conhecimento sobre amamentação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família em Anápolis; do nível de conhecimento destes profissionais sobre o Banco de leite Humano de Anápolis; dos saberes e práticas destes profissionais em aleitamento materno; de quais as atividades, os recursos físicos, tecnológicos e materiais de apoio oferecidos às unidades de saúde da Estratégia Saúde da Família, a favor do aleitamento materno na rede municipal de saúde de Anápolis, assim como propor ações para implementação de programas e ações em favor da amamentação na rede municipal de saúde.

As hipóteses que respondem à pergunta de partida são:

- Os profissionais de saúde detêm conhecimento insuficiente sobre os fatores biológicos e culturais envolvidos nas práticas da amamentação e a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e continuado até os dois anos ou mais;

- Os profissionais de saúde não reconhecem o BLH de Anápolis como centro de promoção, proteção e apoio à amamentação e tampouco conhecem as ações desenvolvidas e suas funções;
- Os profissionais de saúde não vivenciam o aleitamento materno em suas vidas privadas e praticam hábitos que podem prejudicar o processo da amamentação;
- A capacitação ou atualização permanente de profissionais de saúde referente ao aleitamento materno dá-se de forma descontínua e assistemática;
- As ações de educação em saúde referente à promoção, proteção e apoio à amamentação às famílias atendidas na ESF de Anápolis são feitas de forma descontínua pelos profissionais;
- A estrutura das unidades de ESF não comporta, em seus espaços, áreas físicas e não possuem material de apoio para a realização de ações educativas e orientações individuais em amamentação.

Responder estas questões possibilitará desvendar o que de fato é fraco, possibilitando por meio do fortalecimento de sujeitos e de estruturas, a concretização da promoção, da proteção e do apoio à amamentação no município.

## **CAPÍTULO 2 ASPECTOS METODOLÓGICOS**

### **2.1 INTRODUÇÃO**

No atual capítulo serão apresentadas as bases metodológicas empregadas na realização deste estudo, que são os caminhos e os instrumentos utilizados para se investigar o objeto e verificar as hipóteses questionadas.

Os princípios que norteiam este estudo compreendem a pesquisa como uma atitude política, indo além da busca do conhecimento (DEMO, 1992), entendendo a saúde como um bem social compartilhado, de responsabilidade tanto coletiva como individual, o que exige a compreensão dos problemas biológicos e psicosociais. Para tanto, necessita da análise quantitativa aliada à qualitativa, o que na visão de muitos autores não podem ser separadas, pois, segundo Kant (1980 apud MINAYO 2007, p. 43): “a quantidade é em si mesma, uma qualidade do objeto, assim como a qualidade é um dos elementos da quantidade”. Esta tarefa, segundo Minayo (2007) torna-se um desafio na prática científica contemporânea.

Sabe-se que o método de pesquisa que utiliza questionários e entrevistas padronizadas leva a uma soma de diferentes opiniões, incorrendo no risco de uma atomização do sujeito e enquadrando-se na perspectiva positivista do método de *survey* (BERNARDES, 2007). Porém, segundo Minayo (2007), ao falarmos de saúde ou doença trazemos nestas categorias uma carga histórica, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico. A articulação das abordagens quantitativas e qualitativas permite ampliar as possibilidades de apreensão da realidade, aliando os dados estatísticos com a análise de conteúdo. Esta análise qualitativa, indo além da palavra, permite a leitura do que se apresenta por trás do imaginário e do simbólico, ultrapassando os significados manifestos para a compreensão da realidade.

De natureza descritivo-analítica e baseada nas referências citadas sobre a importância da atuação dos profissionais de saúde no resultado das políticas públicas da amamentação, este estudo busca identificar os fatores que facilitam ou dificultam a execução destas práticas, permitindo assim a indicação de possíveis alternativas às deficiências encontradas.

Partindo do princípio de que as práticas revelam além do conhecimento, representando significados culturais construídos socialmente, busca desvendar as práticas realizadas pelos profissionais de saúde, enquanto pais e mães, em suas

vivências individuais. Neste contexto, reporta-se a Santos (1987) segundo o qual o conhecimento científico pós-moderno só se realiza enquanto tal na medida em que se converte em senso comum. O autor convida à reflexão:

Estamos de novo regressados à necessidade de perguntar pelas relações entre a ciência e a virtude, pelo valor do conhecimento dito ordinário ou vulgar que nós, sujeitos individuais ou coletivos, criamos e usamos para dar sentido às nossas práticas e que a ciência teima em considerar irrelevante, ilusório e falso... (SANTOS, p.8).

## 2.2 ESTRATÉGIA DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA E LOCAL

A pesquisa foi realizada na cidade de Anápolis, Goiás, onde foram coletados dados de profissionais que trabalham nas Unidades de Saúde (U.S) da ESF que oferecem atendimento às gestantes, puérperas e crianças inseridas na comunidade de abrangência. A escolha dessas U.S fundamentou-se na premissa de que estas têm entre as suas atribuições a promoção do aleitamento materno, pertinente ao rol de procedimentos desenvolvidos neste nível de atenção (Atenção Primária em Saúde - APS).

O município de Anápolis foi escolhido por ser o local de atuação profissional da autora, na secretaria municipal da saúde.

Anápolis é uma cidade com 325.544 habitantes com 5.389 nascidos vivos em 2007 (BRASIL, 2009a). Na época da pesquisa o município contava com 45 Unidades da ESF

Anteriormente à realização da pesquisa, foi realizada uma reunião com o então secretário de saúde do município, apresentado o projeto de pesquisa, esclarecidos os objetivos e métodos empregados e reforçado o caráter sigiloso da pesquisa em relação aos profissionais que participaram. Obtido o consentimento, foi firmado o compromisso de apresentar os dados coletados na pesquisa, juntamente com propostas que possam colaborar para a melhoria da qualidade de atenção às famílias de Anápolis.

A coleta dos questionários foi realizada por meio de visitas às US da ESF e em dois encontros realizados pela secretaria municipal de saúde com profissionais médicos e enfermeiros em capacitação sobre planejamento familiar.

Antes do início da capacitação, a pesquisadora solicitou permissão ao facilitador da capacitação e com sua anuência realizou uma exposição dos objetivos da pesquisa e convidou os(as) interessados(as) a ler o consentimento livre e



esclarecido, assinar (caso concordassem em participar) e responder o questionário. Foi enfatizado o caráter facultativo da participação, o não envolvimento da secretaria de saúde na pesquisa e o rigor de não haver identificação de qualquer caráter (nome, local de trabalho), a não ser a categoria profissional dos(as) participantes, o que não permite que sejam identificados, pelo número existente de profissionais de cada categoria. Ressaltamos que 86% dos médicos/as e 93% dos enfermeiros/as que participaram desta pesquisa, responderam ao questionário nestes encontros.

Em relação às outras categorias profissionais (odontólogos e agente comunitários de saúde), foram realizadas visitas às unidades, com a execução de uma tarefa nada fácil de conseguir de volta os questionários fornecidos para o preenchimento (após assinatura do termo de consentimento), àqueles que concordaram após minuciosa explicação sobre a pesquisa e sua finalidade.

As entrevistas foram realizadas com os/as coordenadores (as) das U.S de ESF que aceitaram participar em sua totalidade, com 100% de adesão. Foram realizadas pela pesquisadora na secretaria municipal de saúde (local de trabalho). Não houve identificação de nenhum caráter que possa expor os(as) coordenadores(as) a riscos trabalhistas ou pessoais.

Os dados coletados ficarão disponíveis única e exclusivamente para a pesquisadora e seu orientador, que são também os únicos responsáveis pela guarda destes documentos e manutenção do sigilo. A identidade dos(as) participantes será preservada, não havendo qualquer identificação nas entrevistas e não havendo em nenhum momento da pesquisa, citação das unidades por nome que possa identificar o local ou o profissional envolvido na pesquisa.

O espaço de tempo aproximado para a coleta de dados foi de aproximadamente quatro meses.

## 2.3 SUJEITOS DA PESQUISA

O estudo foi realizado junto a profissionais de saúde residentes em Anápolis que trabalham nas 45 Unidades de Saúde (U.S) da ESF, exercendo as funções de médico, cirurgião dentista, enfermagem ou agente comunitário de saúde. Não houve cálculo amostral para seleção do número de profissionais, pois o interesse era de estabelecer um diagnóstico universal. Portanto, a população universo da pesquisa foi de 41 médicos(as), 45 enfermeiros(as), 34 odontólogos(as), 196 ACS e 4 coordenadores(as) do programa, que representam o quadro atual de profissionais

atuantes na ESF. Observa-se que em algumas unidades faltam alguns profissionais que estão afastados por motivo de doença ou em fase de transição de contratação, segundo informações da SEMUSA.

Foi obtida a adesão de 100% das unidades da ESF do município, porém, embora os questionários tenham sido distribuídos para 100% dos profissionais, muitos não devolveram, mesmo após o retorno da autora até 5 vezes em determinadas unidades.

Optou-se por 100% das unidades na tentativa de assim diminuir-se as chances de vieses ocasionados pela impossibilidade de executar a aplicação do questionário em um único momento e na presença da pesquisadora, o que foi tentado, mostrando-se, porém, inviável por parte dos sujeitos da pesquisa.

Aceitaram participar da pesquisa 94 (78,3% do total) profissionais de nível superior, 106 (54% do total) ACS e 4 (100%) técnicos de nível superior, perfazendo um total de 204 (63,7% do total) profissionais que aceitaram participar da pesquisa. A distribuição dos profissionais de nível superior foi 45 enfermeiros/as, 29 médicos/as e 20 cirurgiões dentistas.

## 2.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para este estudo foram utilizados como critério de inclusão, todos(as) os(as) profissionais listados como sujeitos na população, que aceitaram participar da pesquisa. Como critério de exclusão entende-se todos os profissionais da saúde que não se enquadram nos critérios de inclusão.

## 2.5 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS

A coleta de dados foi realizada por meio de:

- Questionários, contendo perguntas abertas e fechadas, aplicados aos profissionais enfermeiros(as), médicos(as), e cirurgiões dentistas da ESF do município de Anápolis.
- Questionários, contendo perguntas abertas e fechadas, aplicados aos profissionais agentes comunitários de saúde, com conteúdo bastante semelhante, omitindo-se apenas as questões relacionadas à conhecimento específicos da equipe de nível superior de ensino.
- Entrevista semi-estruturada para os coordenadores das unidades de saúde (U.S) da ESF.

Os questionários foram formulados baseados nos utilizados pela IHAC para auto-avaliação dos hospitais amigos da criança (BRASIL, 1993) e em uma pesquisa realizada por Becker (2001), cujo caráter aproxima-se do presente estudo (BECKER, 2001).

O conteúdo abordado nos questionários foi definido baseado nas evidências científicas apresentadas no referencial teórico desta pesquisa e que permitem avaliar o grau de conhecimento, atualização, participação em capacitações, práticas em aleitamento materno, tanto no caráter da vida privada em família dos/das profissionais como das práticas realizadas por estes profissionais nas unidades de saúde da ESF referentes à promoção do aleitamento materno. As questões avaliam também a rotatividade dos profissionais nas USF e a auto-avaliação da USF em relação às ações a favor do AM.

Em relação ao conhecimento sobre o BLH e suas funções, elaboraram-se 5 perguntas abertas e 2 fechadas, que procuraram revelar a utilização desta unidade pelos profissionais da pesquisa. Para avaliar o conhecimento atualizado sobre aleitamento materno no seu caráter biológico, cultural e social, elaboraram-se 17 perguntas fechadas e 5 abertas. Foram elaborados 2 tipos de questionários: um englobando profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas, levando-se em consideração o caráter multiprofissional/interdisciplinar das equipes; outro questionário similar foi elaborado, respeitando-se o nível de conhecimento exigido para a realização das funções da categoria agente comunitário de saúde. Ambos os questionários contêm perguntas que visam a identificar: as características individuais como faixa etária e sexo; o perfil dos sujeitos relacionado à prática em aleitamento materno na vivência de cada um (número de filhos, se receberam AME, uso de chupetas e mamadeiras); o nível de capacitação realizada, como número e carga horária e a rotatividade destes profissionais na ESF e os conhecimentos específicos na área de AM e BLH.

A entrevista visa a conhecer as potencialidades e as dificuldades vivenciadas pela coordenação da ESF, no programa de promoção à amamentação, de caráter estrutural no que se refere a materiais disponíveis, área física para realizar ações educativas e a capacitação dos profissionais atuantes.

## 2.6 VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Estes instrumentos foram validados por profissionais da saúde que atendem no Municipal de Anápolis e em clínicas particulares do município. Depois de analisados, algumas alterações e correções apontadas foram realizadas.

## 2.7 ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta dos dados, os mesmos foram tabulados, agrupados e submetidos a análises, discussões e interpretação. No que se refere aos dados quantitativos obtidos pelo questionário, foram processados pelo programa EPI-INFO e utilizado frequência simples. Os dados qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo, que se constitui em um “conjunto de instrumentos metodológicos que asseguram a objetividade, sistematização e influências aplicadas aos discursos diversos” (BARROS e LEHFELD, 1999, p.70) e pode ser entendida como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 1997, p. 42).

Assim, o presente estudo utiliza-se da análise do sistema de categorias (Quadro 1), que é “a operação de classificação dos elementos segundo determinados critérios” (RICHARDSON, 1999), fundamentadas na finalidade, propósito e objetivo do mesmo, e foram definidas para facilitar a interpretação da mensagem dos participantes. Estas categorias possibilitam avaliar os conceitos significativos para o estudo, pois se dedica a analisar o processo de desenvolvimento da promoção do AM na ESF do município. Desta forma são estudadas as atividades desenvolvidas e a participação da equipe na promoção do AM, bem como informações relevantes dessa qualidade proferidas pelos entrevistados. Também investiga-se qual a relação das unidades de saúde, que consiste em 45 equipes de ESF, e o Banco de Leite Humano. Sua interpretação será fundamentada na exploração dos autores citados para a análise quanti-qualitativa na busca de acumular a frequência de presença ou ausência das características encontradas e suas correlações.

Para análise das questões abertas dos questionários foram criados parâmetros baseados na literatura atual, classificando as respostas com os

conceitos: satisfatório (S), parcialmente satisfatório (PS), e insatisfatório (I), para a aferição da frequência de cada conceito. Ao mesmo tempo estas questões foram analisadas no aspecto qualitativo, buscando a interpretação dos conhecimentos relacionados aos temas estudados, compartilhando com Minayo a conclusão de que “o rigor matemático pode ser uma meta e vir junto com outras formas de validação, mas nunca substituir a intuição e a busca do sentido das falas” (MINAYO, 2007).

Os caminhos seguidos para a análise de conteúdo foram os da análise temática, onde primeiramente elaboram-se indicadores que orientem na compreensão e na interpretação final, seguido da exploração do material na busca de alcançar o núcleo de compreensão do texto, visando à organização das categorias. Finalmente, os resultados foram submetidos a operações estatísticas simples e expressos em forma de porcentagens. Utilizamos ainda da análise da enunciação para tratamento das entrevistas, que foram analisadas cada uma individualmente, buscando-se a lógica que estrutura cada uma delas e correlacionando com os dados estatísticos (MINAYO, 2007).

Os dados coletados foram agrupados em categorias de análise e avaliados segundo os indicadores, por meio dos parâmetros estabelecidos no quadro 1.

CATEGORIAS ANALÍTICAS	INDICADORES	PARÂMETROS
1. Perfil dos profissionais da ESF de Anápolis	A. Faixa etária B. Distribuição por sexo C. Tempo de atuação na ESF D. Número de filhos E. Especialização	Definição do desempenho baseado nas respostas:
1. Conhecimento dos profissionais sobre o BLH	A. Conhecimento sobre o BLH; D. Indicações adequadas para RN receber leite pasteurizado; E. Orientações para mães cujos RN recebem o leite do BLH.	Bom – maior que 70% dos profissionais acertaram as questões;  Regular – entre 50 e 70% dos profissionais acertaram as questões;  Insuficiente- menor que 50% dos profissionais acertaram as questões;

2. Conhecimento dos profissionais sobre Amamentação	Nível de conhecimento sobre: A. Composição do leite materno; B. Manejo da lactação; C. Enfoque sócio-cultural da amamentação; E. Benefícios da amamentação para a mulher; F. Benefícios da amamentação para a criança	Bom – maior que 70%  Regular – entre 50 e 70%  Insuficiente- menor que 50%
3. Práticas pessoais em aleitamento materno entre profissionais da ESF	Prática de AM e uso de chupeta e mamadeira nos filhos(as) dos profissionais;	Bom: 70% ou mais praticaram o AM e não fizeram uso de chupeta;  Regular: entre 50% e 70% praticaram o AM e não usaram de chupeta; e  Insuficiente: menos que 50% praticaram o AM e não usaram chupeta.
4. Práticas relacionadas ao BLH e à amamentação	A. Porcentagem de profissionais que realizam promoção da amamentação na consulta de puerpério; nas consultas e grupos de puericultura; nas visitas domiciliares B. Encaminhamento oportuno de mães ou RNs ao BLH; D. Rotina de avaliar a mamada;	Bom: 90 a 100% dos profissionais realizam;  Regular: entre 70 a 89 dos profissionais realizam;  Insuficiente: Menos que 70% dos profissionais realizam.
5. Recursos de estrutura física das USF e materiais educativos disponíveis.	A. ESF com estrutura física para realizar ações educativas; B. Materiais educativos disponíveis.	Bom: mais que 70% das USF;  Regular: entre 50 e 70% das USF;  Insuficiente: menos que 50% das USF.
6. Auto-avaliação da ESF pelos profissionais	Avaliação das atividades de educação em amamentação realizadas nas unidades	Bom: 70% ou mais dos profissionais consideram bom;  Regular: entre 50 e 70% dos profissionais consideram bom;

		Insuficiente: menos de 50% dos profissionais consideram bom
7. Estruturação do processo de capacitação sobre AME entre profissionais da ESF	Número de profissionais que receberam capacitação em aleitamento materno nos últimos 3 anos;	Bom: maior que 70% dos profissionais; Regular: entre 50 e 70%; dos profissionais; Insuficiente: menos que 50% dos profissionais;

Quadro 1 - Apresentação das categorias, indicadores e parâmetros de frequências.

## 2.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo os seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96 (BRASIL, 2003). O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética da UniEVANGÉLICA, com parecer favorável, conforme protocolo n. 209/2007.

Todos os sujeitos que aceitaram livremente participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecimento (Apêndice 1). Os sujeitos tiveram o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento. O anonimato dos sujeitos é garantido bem como as instituições pesquisadas. Os dados serão somente para uso científico.

Os sujeitos foram informados detalhadamente de todo o procedimento durante a entrevista e questionário. Mesmo com seu consentimento e autorização para as publicações, caso o pesquisador julgue que a divulgação será prejudicial, o anonimato será resguardado.

## 2.9 RISCOS BENEFÍCIOS

Não haverá riscos ou prejuízos à integridade física ou moral, a não ser o risco de desconforto de se responder a um questionário.

Quanto aos benefícios, estes serão de grande importância para o meio científico e também para a população de Anápolis, visto que os resultados encontrados servirão para direcionar melhorias nas ações de promoção, apoio e proteção à amamentação no município.

## 2.10 UTILIZAÇÃO DOS RESULTADOS

Espera-se que os resultados encontrados nesta pesquisa, evidenciando as potencialidades e as limitações da atuação dos profissionais de saúde na ESF de Anápolis em relação à promoção do aleitamento materno, seja o primeiro passo de um novo processo.

A renovação do conhecimento, a aprendizagem contínua, os investimentos necessários e, principalmente, a formação de uma rede entre o banco de leite e a Estratégia Saúde da Família são partes fundamentais deste processo.

Ao se evidenciar os conhecimentos e as práticas dos profissionais da saúde em relação ao AM, mitos, preconceitos, falsos conceitos e deficiências emergirão, revelando os aspectos que podem ser mudados por meio do acesso ao conhecimento e à reflexão de sua aplicabilidade, condições essenciais para mudança de paradigmas, buscando alcançar o sentido de fazer ciência, conforme exposto por Demo (1992, p.260):

“Faz sentido, isto sim, fazer ciência para conseguirmos condições objetivas e subjetivas mais favoráveis de uma história sempre mais humana”.



## **CAPÍTULO 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO:**

### **3.1 INTRODUÇÃO**

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos nos questionários aplicados aos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) e das entrevistas aplicadas aos técnicos de nível central da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis (SEMUSA).

O total de profissionais que responderam ao questionário foi de 200 (94 de nível superior, incluindo médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas e 106 agentes comunitários de saúde - ACS). As entrevistas somam um total de quatro, englobando todos os profissionais envolvidos com a coordenação direta da ESF.

Os resultados serão apresentados em forma de tabelas, com percentuais de acertos das questões; o tópico “outros” relaciona-se às respostas em branco e às anuladas por algum motivo que possa interferir na fidedignidade da resposta, como interpretação dúbia ou não compreensão do texto.

O capítulo está estruturado em 7 tópicos, subdivididos de acordo com as categorias de análise deste estudo, onde se buscou analisar o perfil da força de trabalho da ESF e extrair dos questionários e entrevistas as principais informações relativas ao conhecimento e às práticas destes profissionais, conforme exposto abaixo:

### **3.2 PERFIL DOS PROFISSIONAIS:**

Esta primeira categoria apresenta a caracterização da força de trabalho com variáveis como sexo, idade, número de filhos, grau de instrução/especialização e tempo de trabalho em equipe.

Os achados revelaram uma população bastante jovem (predomínio da faixa etária de 20-39 anos), na maioria do sexo feminino.

Este perfil está em concordância com dados da pesquisa realizada em âmbito nacional sobre o perfil dos médicos e enfermeiros da ESF que revelou uma população na maioria feminina (MACHADO, 2000) e com a pesquisa realizada sobre profissionais que ingressaram em cursos de especialização e residência multidisciplinar financiados pelo MS (GIL, 2005), que encontrou o mesmo predomínio de faixa etária do presente estudo.

O percentual de profissionais de nível superior que possuem filhos é de 37,2% (com média de 1,6 filhos por profissional) e de ACS de 89,6% (média 1,9 filhos por ACS).

O tempo de trabalho em equipe de saúde da família encontrado, na maioria dos profissionais de nível superior (53,2%), foi menor que 3 anos (22,3% menor de um ano e 30,9% entre 1 e 3 anos) e 34% entre 3 e 5 anos. Destaca-se que 22,3% dos profissionais de nível superior e 10,4% dos ACS estão na estratégia há menos de um ano. As categorias com maior tempo de ESF encontrada foram a enfermagem e os ACS (44,4% e 44,3% entre 3 e 5 anos), e a de menor tempo foram os médicos, com 31% entre 1 e 3 anos e 37,9% menos que um ano. A tabela 2 mostra algumas características dos profissionais por categoria pesquisada.

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais de saúde considerando faixa etária, sexo, tempo de equipe e percentual com filhos.

<b>Característica</b>	<b>Profissional de nível superior N: 94</b>	<b>ACSN: 106</b>
Sexo	F: 75,5% M: 24,5%	F: 92,5% M: 6,6%
Faixa etária	< 20 anos: 0% 20-29 anos: 56,4% 30-39 anos: 20,2% 40-49 anos: 6,4% 50-59 anos: 3,2% >60 anos: 5,3% Outros: 8,3%	< 20 anos: 1,9% 20-29 anos: 31,1% 30-39 anos: 25,5% 40-49 anos: 18,9% 50-59 anos: 2,8% >60 anos: 0% Outros: 19,8%
Percentual com filhos	37,2%	89,6%
Tempo de equipe em anos:	< 1 ano: 22,3% 1-3 anos: 30,9% 3-5anos: 34,0% >ou igual a 5 anos: 10,6% Outros: 2,1%	< 1 ano: 10,4% 1-3 anos: 32,1% 3-5 anos: 44,3% >ou igual a 5 anos: 12,3% Outros: 0,9%

O curto tempo atuando na ESF evidenciado pode dificultar o processo de capacitação destes profissionais, conforme informações obtidas na secretaria

municipal da saúde. Estes profissionais foram contratados através de contratos especiais, prática que ocorre em muitos municípios do Brasil. Este tipo de contrato não estatutário, não celetista, sem direitos trabalhistas garantidos por lei caracteriza vínculo precário. Esta forma de contratação tem sido apontada como uma importante causa da alta rotatividade dos profissionais na ESF (MEDEIROS *et al*, 2007; MACHADO, 2000), suscitando inúmeros debates em instâncias sindicais e órgãos como Associação Médica e conselhos das respectivas profissões.

Contudo, este pouco tempo de atuação na equipe está em consonância com outras pesquisas, como no interior de São Paulo, onde encontrou-se uma média de 1 ano e meio de atuação dos profissionais na ESF (CICONE, VENANCIO e ESCUDER, 2004) e o estudo de Becker (2001) envolvendo 5 municípios de 3 Estados (Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais), encontrou as médias de aproximadamente 1 ano e meio para ACS (16,8 meses) e para profissionais de nível superior (19,5 meses).

Em relação à especialização médica, a pergunta relacionada à pós-graduação não foi respondida pela grande maioria dos médicos. Atribui-se este viés ao fato dos médicos em geral não usarem o termo pós-graduação e sim residência médica ou simplesmente especialização para designarem sua especialidade realizada após a graduação. Dos 27,6% que responderam afirmativamente, 25% possuem especialização em saúde da família; 25% em ginecologia-obstetrícia; 12,5% em clínica médica e 12,5% em geriatria. Concernente aos enfermeiros constatou-se especialização em 51,1% sendo: 26% em enfermagem do trabalho; 26% em saúde da família; e 26% em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e 8,6% em saúde pública e outras em menor porcentagem. Dos cirurgiões dentistas que afirmaram possuir especialização, 11,11% são em saúde da família. Portanto, do total dos profissionais de nível superior, apenas 5% possui especialização em saúde da família.

Verifica-se que 76,4% dos ACS possuem ensino médio completo e 5,7% possuem ensino superior completo, demonstrando bom nível de escolaridade, o que pode facilitar o desempenho de suas funções. A tabela 3 demonstra a distribuição do grau de instrução entre os ACS.

Tabela 3 - Grau de instrução dos ACS.

<b>Grau de instrução</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Ensino fundamental completo	4	3,8%
Ensino Médio Incompleto	9	8,5%
Ensino Médio Completo	81	76,4%
Ensino Superior Completo	6	5,7%
Respostas em Branco	6	5,7%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Em comparação com um estudo realizado no Ceará (COELHO e MACHADO, 2004), que evidenciou 10% dos ACS com ensino médio, 33% com ensino fundamental completo e 8% com nível superior, em Anápolis o nível dos ACS está sensivelmente melhor.

Baseados nos resultados apontados acima pode-se concluir que o perfil da população estudada é de jovens, a maioria feminina, com média de 1,2 filhos, com bom nível de instrução para os ACS e, relativamente, poucos de nível superior com especialização em saúde da família. A média de atuação destes profissionais na ESF é menor que 5 anos.

### 3.3 PRÁTICAS PESSOAIS RELACIONADAS COM A AMAMENTAÇÃO

A equipe de saúde atuante na ESF é responsável pela concretização das ações idealizadas para a promoção da saúde. A proximidade com a comunidade, o conhecimento de seus hábitos e costumes e a vinculação destes profissionais com as famílias caracterizam a ESF como uma nova proposta em saúde. Este vínculo fortalecido em consultas, ações educativas e visitas domiciliares favorece a confiança que a população deposita nestes profissionais. Assim, não raro estes são tomados como exemplos e espera-se que realizem os cuidados e práticas em saúde que oferecem aos usuários.

Buscou-se nesta pesquisa identificar as práticas dos profissionais em aleitamento materno (AM) como: amamentar os filhos, duração do aleitamento materno exclusivo (AME) e uso de chupetas e mamadeiras.

Contrariando as expectativas iniciais desta pesquisa, o índice de aleitamento materno dos filhos dos profissionais de nível superior foi de 77,1%, e

nos filhos dos ACS foi 91,5% que nesta categoria pode ser um fator que favoreça a promoção do AM devido às vivências desses profissionais.

Contudo, a prática do AME por 6 meses encontrada em apenas 20% dos profissionais de nível superior e 31,9% dos ACS indica desmame precoce em ambas as categorias. Estes dados estão abaixo de outra pesquisa realizada em Montes Claros (MG), onde foram encontrados índices ainda baixos de 37,5% de AME entre 5-6 meses nos filhos de médicos e enfermeiros e 44,7% nos filhos dos ACS (CALDEIRA *et al*, 2007).

OS índices de AME encontrados estão demonstrados na tabela 4.

Tabela 4 - Índices de AME nos filhos dos profissionais de nível superior e dos ACS, em relação à duração em meses.

<b>Tempo de amamentação exclusiva</b>	<b>Profissionais de nível superior (total de filhos: 58)</b>	<b>ACS (total de filhos: 178)</b>
Não amamentaram	13,7%	3,3%
Menor ou igual a 1 mês	6%	11%
2m	6%	5,2%
3m	16%	12,2%
4M	16%	10,4%
5M	8%	4%
6M	20%	31,9%
Outros	14,3%	22%
TOTAL	100%	100%

Salienta-se que nesta questão encontrou-se porcentagem significativa de respostas em branco ou anuladas.

O hábito de uso da chupeta e mamadeira nos filhos foi relatado pelos profissionais de nível superior em 60% e 80% respectivamente e pelos ACS em 57,8% e 78,9%, conforme demonstrado na tabela 4. Em estudo envolvendo profissionais da ESF realizado em Recife foi encontrado o uso de chupeta e mamadeira em 38% e 64,7% respectivamente (CAMINHA *et al*, 2008)

Existe consenso na literatura sobre a associação destes hábitos com o desmame, conforme já citado neste estudo, cabendo ressaltar que o uso da mamadeira também não é recomendado em nenhuma circunstância devida à associação com a incidência de diarreia. Estudos mostram que a bactéria *E. Coli* é

frequentemente encontrada em bicos e mamadeiras que mesmo “esterilizados”, contêm mais bactérias que copos e colheres não esterilizados (Brasil, 2002a).

Tabela 5 - Práticas pessoais dos profissionais de saúde da ESF relacionadas com a amamentação

<b>Prática aplicada aos filhos</b>	<b>Profissionais de nível superior (número de profissionais com filhos 35)</b>	<b>ACS (número de profissionais com filhos 95)</b>
Amamentação	77,1%	91,5%
Uso de chupeta	60%	57,8%
Uso de mamadeira	80%	78,9%

Esses achados, por um lado, podem favorecer a promoção do AM pelas práticas vivenciadas em AM nos seus filhos (77,1% dos profissionais de nível superior e 91,5% dos ACS referiram ter amamentado seus filhos), conforme tabela 5.

Por outro lado, em se tratando de práticas que podem prejudicar o AM, é importante que os ACS utilizem das mesmas informações fornecidas às mães, pois esses profissionais caracterizam-se como elo entre o serviço e a comunidade.

Nota-se que a maioria dos profissionais conhece a indicação de AME até os 6 meses e as interferências negativas do uso da chupeta e da mamadeira, conforme será demonstrado abaixo no tópico referente aos conhecimentos em AM, nas tabelas 9 e 10. No entanto, as práticas destoantes dos conhecimentos, reforçam a hipótese da necessidade de apoio, muito mais que informação.

Em consonância com as hipóteses desta pesquisa, as práticas pessoais em AM dos profissionais que atuam na ESF de Anápolis contribuem com os baixos índices de AME encontrado em Goiás e no Brasil e seus hábitos destoam dos conhecimentos revelados. Estes achados reforçam a necessidade de reavaliar valores e atitudes, oportunidade que deve ser oferecida em processos estruturados de capacitação.

### 3.4 CONHECIMENTOS E PRÁTICAS RELACIONADAS AO BANCO DE LEITE HUMANO (BLH):

A atenção primária à saúde constitui-se em uma rede, significando a interligação dos serviços e a soma de recursos humanos e tecnológicos a serviço da

comunidade. Para o funcionamento integrado desta rede, faz-se necessário o trabalho conjunto e complementar dessas unidades de atendimento, com o sistema de referência e contra-referência, a exemplo do funcionamento entre a rede primária, secundária e terciária.

O BLH propõe-se a atender a demanda de famílias com necessidades específicas na área da amamentação e deve ser a referência para o processo de capacitação de toda a rede do município.

Confirmando as expectativas iniciais deste estudo, a maioria dos profissionais da ESF desconhece o BLH como unidade de atendimento a serviço da amamentação. A maioria das respostas obtidas refere-se ao BLH como órgão responsável pela captação e distribuição do leite humano, não mencionando sua principal função, que o caracteriza como centro de promoção do AM. Na tabela 6 encontra-se que 48,9% dos profissionais de nível superior e 72,6% dos ACS conceituam o BLH como um local destinado à doação e processamento do leite para distribuição; 43,6% dos profissionais de nível superior e 16% referiram-se a ambas as funções: doação e processamento do leite para distribuição e promoção do AM e 2,1% dos profissionais de nível superior e 3,8% dos ACS conceituou o BLH como unidade promotora do AM.

Tabela 6 - Conhecimento dos profissionais sobre as atividades desenvolvidas no BLH.

<b>Funções do BLH</b>	<b>Profissionais de nível superior (n: 94)</b>	<b>ACS (n: 106)</b>
Processamento de leite	48,9%	72,6%
Processamento de leite e promoção do AM	43,6%	16%
Promoção do AM	2,1%	3,8%
Outros	5,4%	7,6%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

As mães que recebem leite humano pasteurizado (LHP) para seus filhos que não conseguem sugar (especialmente prematuros) ou por outra indicação clínica devem receber orientações específicas. Estas orientações são de duas naturezas: uma relacionada ao adequado manuseio que garanta a qualidade do leite que chega até a criança, conforme estabelecido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2008b) e, principalmente orientações que visam a manter ou

estimular a lactação por meio de ordenhas manuais frequentes e não uso de mamadeiras, cumprindo o terceiro, quinto e nono passos dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (OMS, 1989), já transcritos neste estudo.

O simples fornecimento do leite pasteurizado sem estas orientações, na visão da autora, é inaceitável e paradoxal. Por um lado, um serviço público que “capta” doadoras, realiza o processamento e controle de qualidade do leite para a distribuição, justifica-se pelos inúmeros benefícios aos receptores; por outro lado, nada justifica o risco da não manutenção do aleitamento materno que frequentemente ocorre quando estas orientações não são realizadas.

Nesta pesquisa constatou-se que apenas 31,9% dos profissionais de nível superior e 10,4% dos ACS souberam fornecer ao menos duas destas orientações. Portanto, pode-se dizer que o não conhecimento destas informações são resultantes do desconhecimento das competências do BLH.

Este desconhecimento dos profissionais a respeito do BLH se traduz na porcentagem significativa dos profissionais que nunca realizaram encaminhando ao serviço (57,4% dos profissionais de nível superior e 62,3% dos ACS). Isto parece poder explicar o reduzido número de atendimento mensal de mulheres para orientações ou tratamentos relacionados à lactação obtido no relatório anual da unidade. Apenas 13,8% dos profissionais de nível superior e 8,4% dos ACS realizaram algum encaminhamento para esta finalidade. No que se refere à doação/recepção de leite humano, 24,4% dos profissionais de nível superior e 27,3% dos ACS referiram ter realizado encaminhamento.

Apesar das constantes mudanças de local do BLH que aconteceram em Anápolis, a fixação no Hospital Municipal, há aproximadamente 5 anos, parece ter contribuído para a divulgação do serviço, pois dos profissionais de nível superior, 72,3% acertaram a localização do BLH e dos ACS, 78,3% conhece o local da unidade.

Este estudo evidenciou desconhecimento das indicações para o uso de LHP. Um número bastante reduzido de profissionais de nível superior (11,7%) e de ACS (7,5%) soube especificar 3 indicações para um recém-nascido receber LHP. Encaminhamentos ao BLH com o propósito de obter leite em casos onde não existe esta indicação parece ocasionar descrédito nos serviços oferecidos pelo BLH, conforme retratado na expressão de cinco sujeitos, com respostas do tipo: “encaminhei para receber leite e não foi atendido”.



Essas observações em todas essas amostras vieram junto com indicações errôneas de uso do LHP. Estes depoimentos não surpreendem a autora, que atuando há 11 anos no BLH municipal de Anápolis, vivencia diariamente estes equívocos. Nesses casos elucidados não há indicação de LHP, mas sim, de apoio à mulher e uso de técnicas específicas quando existe o desejo de amamentar.

Os resultados obtidos nas questões que avaliam as práticas relacionadas ao BLH como: a associação de BLH a local destinado à doação e fornecimento de leite humano, o desconhecimento das indicações clínicas do uso do LHP e os escassos encaminhamentos de mulheres lactantes para receber orientações, apoio e tratamentos específicos confirmam que o antigo paradigma de BLH descrito por Almeida (2002) ainda não se extinguiu. Infelizmente, apesar de esforços e mudanças importantes ocorridas em Anápolis, mormente após a implantação da RNBLH, permanece para a maioria dos envolvidos nesta pesquisa o significado de “substituto de ama-de-leite”.

### 3.5 CONHECIMENTOS E PRÁTICAS SOBRE AMAMENTAÇÃO:

Anápolis é um município que conta com dois hospitais filantrópicos amigos da criança (Maternidade Dr. Adalberto e Santa Casa de Misericórdia) e 4 hospitais conveniados com o SUS, o que parece canalizar as consultas de pré-natal e puericultura, que são pouco realizadas na ESF (atendimento de apenas 1 a 2 gestantes e 2 a 3 crianças abaixo de 6 meses por dia). Contudo, a promoção do AM não se limita ao pré-natal, devendo ser realizada em caráter educativo em toda e qualquer oportunidade de contato com gestantes ou lactentes e, principalmente, em atividades de promoção à saúde, voltadas para esta população.

A ESF ao alcance de todo indivíduo e família representa o modelo de atenção primária à saúde e, no contexto de promotora da saúde, a promoção do AM é elemento fundamental, preenchendo todas as condições traçadoras para a promoção da saúde, e utilizada como um dos indicadores para avaliação do programa (BECKER, 2001).

As entrevistas realizadas com os técnicos de nível central da SEMUSA mostraram unanimidade em afirmar que são realizadas as visitas domiciliares às puérperas, sendo esta uma função de toda a equipe, ressaltando-se principalmente as enfermeiras para esta realização; a avaliação dos questionários mostrou que

89,6% dos ACS realizam a visita domiciliar pós-parto. São exemplos de fala das entrevistas aos técnicos de nível central:

“Nós orientamos as enfermeiras para que realizem...”

“As enfermeiras fazem as visitas e ajudam as puerperas nas dúvidas que podem surgir”

A orientação em amamentação é realizada por 97,9% dos profissionais de nível superior, que responderam realizar as orientações em visitas domiciliares, em consultas de pré-natal, de puericultura, em vacinações e apenas 15% destes profissionais relataram realizar em ações educativas; 94,3% dos ACS responderam que realizam as orientações em visitas domiciliares.

Conforme já mencionado no item sobre prevenção e tratamento dos fatores que interferem na amamentação, a verificação da mamada ocupa lugar central no manejo da lactação devendo ser realizada em todo contato dos profissionais da saúde com a díade mãe-bebê. Neste estudo encontrou-se apenas 21,3% dos profissionais de nível superior e 28,3% dos ACS que verificam sempre a mamada, conforme demonstrado na tabela 7. No estudo de Becker (2001) estes índices foram maiores (33,9% e 65,5% respectivamente afirmaram verificar as mamadas na maioria das vezes).

Tabela 7 - Frequência de verificação da mamada nos atendimentos às duplas mãe-filho.

<b>Frequência de verificação das mamadas</b>	<b>Profissionais de nível superior</b>	<b>ACS</b>
Sempre	21,3%	28,3%
Às vezes	47,9%	52,8%
Raramente	17,0%	10,4%
Nunca	13,8%	5,7%
Outros	0%	2,8%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Contudo, a avaliação da mamada segue padronização que deveria ser conhecida por todos os profissionais que atuam em atendimento às famílias.

Visando a avaliar este conhecimento, foram formulados padrões para a mensuração das respostas obtidas na questão que perguntava “Cite o que você considera importante avaliar em uma mamada”. Consideraram-se satisfatórias (S) as respostas que mencionaram observação da posição do bebê e da pega na mama; pouco satisfatória (PS) a citação apenas de avaliação da posição ou da pega, porém sem conteúdos incorretos e, insatisfatória (I) a citação de verificação da posição e/ou pega, porém, com algum conteúdo explicativo incorreto; considerou-se como erradas as questões cujas respostas estavam totalmente incorretas.

Nesse sentido 50% dos profissionais de nível superior e 32,1% dos ACS responderam que se deve avaliar a posição do bebê e a pega (classificados com resposta satisfatória) e, desses, a avaliação das falas evidenciou que, em geral, os profissionais não demonstraram domínio da técnica correta, não citando os sinais da boa pega. Estes achados demonstrados na tabela 8 podem significar necessidade de aprofundamento nos conhecimentos específicos, como técnica da amamentação e a detecção de duplas mães-bebê que necessitam de uma abordagem mais aprofundada e, muitas vezes, merecendo encaminhamento ao serviço do BLH.

Tabela 8 - Classificação das respostas referentes à verificação da mamada.

<b>Parâmetros de avaliação</b>	<b>Profissionais de nível superior</b>	<b>ACS</b>
Satisfatória	50%	32,1%
Pouco satisfatória	23,4%	19,8%
Insatisfatória	10,6%	28,3%
Errado	13,8%	15,1%
Outros	2,2%	4,7%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

No teste de conhecimento visando ao manejo da lactação, de 11 questões do tipo verdadeiro ou falso e uma de múltipla escolha contidas nos

questionários, o índice geral de acerto foi de **72,5 %** (classificado como BOM) para profissionais de nível superior e **62,2%** (classificado como REGULAR) para os ACS. Estas questões foram agregadas pela especificidade do tema e estão demonstradas em tabelas distintas (tabelas 9, 10 e 11).

Estudos realizados em outros municípios encontraram índices baixos de conhecimento sobre a técnica da amamentação e manejo dos principais problemas relacionados, destacando-se a atuação de médicos e ACS que ficou abaixo de 50%. Nos Estados Unidos uma pesquisa demonstrou a limitada capacitação dos médicos para a promoção da prática do AM (CALDEIRA *et al* 2007).

Algumas questões surpreenderam pela a unanimidade de acerto em todas as profissões. Todas as categorias profissionais revelam bom conhecimento dos aspectos biológicos do leite humano e sobre a recomendação da duração do AME. O conhecimento da duração do AME até 6 meses sem uso de complemento é a base da promoção do AM e tanto os profissionais de nível superior como os ACS obtiveram acertos acima de 70% nesta questão. De modo geral, não houve grande diferença entre o índice de acerto dos profissionais de nível superior e os ACS, demonstrando que é possível uma equipe com conhecimentos importantes para a promoção do AM e a capacidade de absorção de conhecimento dos ACS.

Encontrou-se conhecimento satisfatório em algumas questões que avaliam os conhecimentos básicos sobre o manejo da lactação. Esses acertos demonstram que as orientações realizadas não possuem alguns dos erros graves que podem contribuir para o desmame, como uso de complemento, de chupetas e chás.

Por outro lado, o hábito de lavar os mamilos antes ou após as mamadas pode aumentar os riscos de fissuras, por remover a proteção natural da mama; a limitação de horários e da duração das mamadas muito freqüentemente é prejudicial para as mães e para os bebês, podendo ocasionar ingurgitamento mamário e ser causa de diminuição da produção de leite por diminuir a estimulação da produção dos hormônios relacionados com a lactação (GIUGLIANI, 2006). Este modelo, fruto da medicina higienista do século XIX infelizmente, ainda sobrevive não só no conhecimento popular, mas, também nos profissionais de saúde, incluindo os participantes desta pesquisa.

A questão que afirmava: “Se houver diminuição da produção de leite, e o bebê der mostras de que está com fome, deve-se começar a complementação

imediatamente” obteve acertos significativos entre as duas categorias. Esse bom índice de acerto é muito importante, pois a crença de “pouco leite” pode levar ao uso incorreto de complemento, principalmente quando esse argumento retrata um atraso na apojadura, caso onde a mulher necessita de apoio e não de complemento (ALMEIDA, 2002; BECKER, 2001).

A Tabela 9 apresenta o desempenho dos profissionais nos testes de conhecimento sobre aleitamento materno em 6 áreas temáticas.

Tabela 9 - Porcentagem de acertos das questões relacionadas ao manejo da lactação em profissionais de nível superior e ACS.

<b>Áreas temáticas</b>	<b>Profissionais de nível superior</b>	<b>ACS</b>
Necessidade de lavar as mamas após as mamadas	60,6%	48,1%
Limitação da duração da mamada	66,0%	45,3%
Horário para amamentar	48,9%	34,0%
Uso de complemento	80,9%	63,2%
Composição do leite	87,2%	77,4%
Duração AME	84,0%	77,4%

Um número significativo conhece os efeitos deletérios da chupeta e do uso de chás na criança em aleitamento, destoando com as informações obtidas sobre as práticas pessoais de uso de chupeta e mamadeira, já discutido acima e ilustradas abaixo na tabela 10. Este fato demonstra que estas práticas são tão arraigadas na nossa cultura, que ocorrem mesmo em população com conhecimento de suas consequências, conforme também demonstrado em estudo sobre o aleitamento materno em profissionais da ESF (CAMINHA *et al*, 2008). Estas práticas pessoais podem influenciar às pessoas com quem estabelecem contato profissional, que os enxergam como exemplo.

Tabela 10 - Comparação entre as informações dos profissionais de nível superior e dos agentes comunitários de saúde em relação ao uso de chupetas e mamadeiras em seus filhos e às informações obtidas nas respostas das questões teóricas sobre estes hábitos.

<b>Conhecimento</b>	<b>% de respostas corretas - Profissionais de nível superior</b>	<b>ACS</b>	<b>Prática</b>	<b>% de respostas corretas - Profissionais de nível superior</b>	<b>ACS</b>
Uso de chupeta pode prejudicar a amamentação	89,4%	87,7%	Percentual de filhos que usaram chupeta	60%	57,8%
Uso de chá pode ser prejudicial á amamentação	87,7%	79,2%	Percentual de filhos que usaram mamadeira ou chucha	80%	78,9%

As principais intercorrências decorrentes da amamentação são as fissuras ou traumas mamilares, o ingurgitamento mamário e a mastite puerperal. Estas condições frequentemente levam a significação da amamentação como fase difícil, dolorosa, sofrida e até mesmo heróica na vida de uma mulher e, como já salientamos anteriormente, são causas importantes de desmame precoce, segundo os estudos referenciados.

Atuar preventivamente, orientar sobre fatores agravantes e, sobretudo, avaliar o momento de encaminhar esta mãe ao BLH são de importância fundamental e fazem parte das atribuições da equipe da ESF. No entanto, estes conhecimentos apesar de bem explicitados na literatura, apresentam controvérsias e mudanças ao longo do tempo. Neste sentido, para avaliar o conhecimento atualizado dos participantes da pesquisa, a questão “O tratamento das fissuras mamárias deve ser: secador de cabelo ou banho de sol, associado a ordenha pré-mamada” traz

conceitos que embora controversos, não são indicados pelos maiores estudiosos sobre aleitamento materno no Brasil, como Elza Giugliani. A autora que é referência nacional e internacional em AM ressalta que o calor pode ser utilizado de forma preventiva, porém, para o tratamento, refere que a tendência atual é de tratamento úmido (GIUGLIANI, 2003a, GIUGLIANI, 2004).

As respostas encontradas indicam a tendência dos profissionais a indicarem o uso de calor para o tratamento das fissuras, evidenciando necessidade de atualização destes profissionais. Este dado confirma os encontrados por outros autores como Montrone *et al* (2006), onde 42% das mulheres investigadas em relação ao trauma mamilar referiram receber estas orientações dos profissionais de saúde. A ordenha deve ser realizada antes das mamadas em caso de fissuras para ajudar no estabelecimento da boa pega e na prevenção e tratamento da mastite e do ingurgitamento mamário, devendo ser realizada manualmente, conforme discutido abaixo.

Em relação à mastite, a literatura apresenta consenso entre especialistas da área da pediatria e da ginecologia-obstetrícia, conforme já citados (GIUGLIANI, 2003a, GIUGLIANI, 2004; VIEIRA e GIUGLIANI, 2006; SALES *et al*, 2000; WHO, 2000a), contra-indicando a suspensão do AM na mastite. Contudo, na prática clínica, ainda encontramos esta conduta que além de infundada na literatura, pode servir de obstáculo à amamentação. No entanto, os profissionais estudados nesta pesquisa demonstraram conduta adequada e conhecimento em relação a não suspensão do AM na vigência desta infecção. A tabela 11 demonstra este relato.

O uso de bombas de ordenha de leite não é recomendável para o alívio em caso de ingurgitamento, pois pode ser causa de piora ou surgimento de fissuras, dor e desconforto. Para retirada de leite para doação ou uso para o próprio filho, o uso de bombas também não é indicado, pelos motivos acima e também por serem prováveis fonte de contaminação bacteriana (BRASIL, 2008b). No entanto, obtivemos 48,9% e 56,6% (dos profissionais de nível superior e ACS respectivamente) que consideraram correto o uso de bombas para alívio do ingurgitamento mamário, conforme demonstrado na tabela 11.

Tabela 11 - Porcentagem de acertos dos profissionais de nível superior e dos ACS nas questões relacionadas à atualização na prevenção e tratamento da mastite e das fissuras mamárias e orientação de ordenha.

<b>Conhecimento atualizado relacionado às mastites, fissuras e ordenha de leite.</b>	<b>Profissionais de nível superior</b>	<b>ACS</b>
Tratamento das mastite	78,7%	68,9%
Tratamento das fissuras	50%	34,9%
Causa da fissura	80,9%	84,9%
Ordenha com bombas	46,8%	40,6%

O ingurgitamento mamário, condição frequentemente encontrada em mulheres primíparas nos primeiros dias pós-parto, conforme citado acima no capítulo I, necessita de uma abordagem eficaz para evitar transtornos como fissuras, mastites e, muitas vezes, o desmame. No entanto, nesta questão específica, o desempenho dos profissionais em orientar as mulheres expostas a estas intercorrências foi pouco satisfatório, conforme demonstra a tabela 12.

Os parâmetros utilizados para avaliar este desempenho foram: satisfatório (S) quando foram citadas a massagem e a ordenha; pouco satisfatório (PS) quando foi citado apenas ordenha ou apenas massagem (uma orientação correta), sem conteúdos incorretos; insatisfatório (I) quando citou uma orientação correta, porém contendo algum conteúdo explicativo incorreto; errado quando as informações estavam incorretas. Vale ressaltar que o uso de compressas não entrou nesses parâmetros, sendo avaliado separadamente.

Tabela 12 - Avaliação das respostas dos profissionais em relação a orientações em caso de ingurgitamento mamário.

<b>Parâmetros de avaliação</b>	<b>Profissionais de nível superior</b>	<b>ACS</b>
Satisfatória	26,6%	13,2%
Pouco satisfatória	36,2%	21,7%
Insatisfatória	10,6%	31,2%
Errada	22,3%	24,5%
Outros	4,3%	9,4%
TOTAL	100%	100%



Na análise das respostas referentes a orientações em caso de ingurgitamento, o relato de indicação de compressa fria ou quente também permite avaliar a atualização destes profissionais. A compressa quente foi bastante usada, sendo ainda bastante popular. Porém, seu uso atualmente é restrito, não sendo mais indicada rotineiramente e, quando usada, deve sempre ser seguida de ordenha manual imediatamente após. A compressa fria, que não era difundida, atualmente é utilizada criteriosamente e em casos selecionados, conforme discutido na exposição teórica. Na tabela 13, nota-se que 38,2% dos profissionais de nível superior e 54,7% dos ACS orientam o uso de compressa quente rotineiramente.

Tabela 13 - Uso de compressas no tratamento do ingurgitamento mamário.

<b>Indicação de compressas nas mamas</b>	<b>Profissionais de nível superior</b>	<b>ACS</b>
Compressas quentes	38,2%	54,7%
Compressas frias	5,3%	2,8%

Os benefícios do AM para criança e para a mãe, assim como para toda a família e sociedade foram discutidos baseados em várias referências bibliográficas no capítulo I. Contudo, menos de 70% dos profissionais de nível superior conseguiram citar 3 benefícios do AM para a criança (60,6%) e para a mãe (66,0%). Dos ACS apenas 22,6% citaram 3 benefícios para criança e 45,3% citaram 3 benefícios para a mãe (tabelas 14 e 15). Estas questões são bastante difundidas e esperava-se melhor desempenho dos profissionais de ambas as categorias.

Tabela 14 - Índices de acertos sobre os benefícios do AM para a criança

<b>Benefícios do AM para a criança</b>	<b>Profissionais de nível superior</b>	<b>ACS</b>
3 certas	60,6%	22,7%
2 certas	29,8%	50,9%
1 certa	8,5%	23,6%
Branco	1,1%	2,8%
TOTAL	100%	100%

Tabela 15 - Índices de acertos sobre os benefícios do AM para a mulher

<b>Benefícios do AM para a mulher</b>	<b>Profissionais de nível superior</b>	<b>ACS</b>
3 certas	66,0%	45,3%
2 certas	22,3%	31,1%
1 certa	9,6%	16,0%
Branco	2,1%	5,7%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Exemplificam-se abaixo algumas falas referentes aos benefícios que mais frequentemente foram lembrados:

- Agentes comunitários de saúde referentes aos benefícios para a criança:
  - “Criança mais saudável e dentição mais forte”
  - “imunização contra infecções”
  - “evita doenças”
  - “É de fácil digestão, contêm todos os nutrientes que o bebê precisa e não tem substâncias tóxicas”
- Agentes comunitários de saúde referentes aos benefícios para a mãe:
  - “perda de peso ganhada durante a gestação”
  - “contato direto com a mãe.”
  - “evita câncer”
  - “gasta menos dinheiro”
  - “Previne uma nova gravidez e reduz a chance de câncer de mama”
- Os profissionais de nível superior aprofundaram as respostas, relacionando os benefícios aos componentes do leite humano e especificando os benefícios citados, como exemplificado abaixo:
  - Para criança
    - “Imunização (IgA secretora) presente no leite materno”
    - “Atende as necessidades nutricionais e metabólicas do RN até os 6 meses”
    - “ Menor risco de doença respiratória”
    - “Ajuda no desenvolvimento físico e mental”
  - Para a mãe:
    - “Método anticoncepcional; diminui o sangramento vaginal”
    - “Favorece a dequitação placentária”

“Diminui o risco de câncer de mama”

“Involução uterina com mais rapidez”

Sabe-se que um dos benefícios do AM é o espaçamento intergestacional. No entanto, o método da lactância amenorreia (LAM), apesar de sua alta eficácia (98%) é pouco conhecido. Embora na sabedoria popular exista a relação entre amamentação e anticoncepção, o método LAM é bastante desconhecido. Os critérios para o seu uso são três, que necessariamente precisam acontecer simultaneamente para que se caracterize como método: a mulher precisa estar em amenorreia; o bebê precisa ter menos de 6 meses e a amamentação deve ser exclusiva, dia e noite. Se um destes critérios faltar, caracteriza-se o uso incorreto do método e conseqüentemente corre-se o risco de gravidez (WHO, 2004).

O conhecimento deste método, que é o único método contraceptivo natural, pode colaborar de forma importante para o planejamento familiar, sendo um direito das mulheres conhecer todos os métodos disponíveis e escolher qual deles deseja usar, dentro dos critérios médicos de elegibilidade (HATCHER *et al*, 2001). O desconhecimento destes critérios pode trazer como consequência gravidez indesejada e descrédito no método, ocasionado pelo uso incorreto, portanto, não seguro.

Ao investigarmos os profissionais de nível superior sobre os critérios para o LAM e sua eficácia, obtivemos os resultados demonstrados nas tabelas 16 e 17, constatando que não só a população geral desconhece este método, mas também os profissionais de saúde desconhecem o método e sua eficácia. Esta desinformação pode levar a orientações errôneas ou omissão do método por descrédito ocasionado pelo desconhecimento de sua alta eficácia (98%).

Tabela 16 - Índices de acertos dos critérios para o uso do método contraceptivo da lactância amenorreia – LAM

<b>Crítérios para o LAM</b>	<b>% Acerto</b>
3 critérios corretos	16%
2 critérios corretos	24,5%
1 critérios corretos	22,3%
Nenhum critério certo	23,4%
Outros	13,8%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Tabela 17 - Acertos referentes à eficácia do método LAM

<b>Eficácia do LAM</b>	<b>% Acerto</b>
Certo	8,5%
Errada	46,8%
Branco	44,7%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

No que concerne especialmente aos aspectos sócio-culturais da amamentação, reafirma-se a importância desta reflexão, buscando desvendar se os profissionais das equipes de saúde da família reconhecem os mitos associados à amamentação (hipogalactia - pouco leite e leite fraco - que não sustenta). Arraigados neste princípio, buscou-se avaliar o processo reflexivo necessário à abordagem da mulher no contexto de gênero e na sua subjetividade. As questões expostas abaixo, retiradas do questionário aplicado aos profissionais, buscam o reconhecimento desta dimensão do AM:

“Nas campanhas e palestras, informar a mulher sobre os benefícios da amamentação é tão importante quanto apoiá-la caso encontre dificuldades em amamentar”.

Nesta questão o índice de acerto encontrado foi de 90,6% para ACS e 94,7% entre os profissionais de nível superior. Apesar de se tratar de uma questão que pode induzir ao acerto por ser uma afirmação bastante óbvia, consideramos importante sua inclusão para ressaltar a importância desta dimensão do AM.

As questões abaixo complementam a investigação dos aspectos culturais e sociais da amamentação:

“O sucesso da amamentação depende da relação mãe-bebê, não sendo influenciada pela participação dos familiares ou por valores culturais”.

“Amamentar é um ato natural e instintivo. Portanto, toda mulher pode amamentar. Basta colocar o bebê no peito que o leite desce”.

“O trabalho fora do lar é o principal motivo do desmame precoce”.

“A hipogalactia (baixa produção de leite) é uma patologia mais comum em primíparas”.

Todas estas afirmações são incorretas, porém, os índices de acerto ficaram abaixo de 50% em ambas as categorias, com exceção da questão sobre relação mãe-bebê onde os profissionais de nível superior acertaram em 64,9% e da questão sobre hipogalactia, onde 58,5% dos ACS acertaram. Estes índices de acerto confirmam o predomínio da perspectiva biológica da amamentação, a não focalização da mulher neste processo e o desconhecimento da realidade em relação ao desmame precoce.

Ressalta-se que o trabalho fora do lar é frequentemente citado como causa de desmame precoce. Porém, muitas pesquisas demonstram que o fato de trabalhar, *per si* não constitui causa principal de desmame. Conforme já citamos, Almeida (2002) refere que quando a mulher é, realmente, ouvida e compreendida, a principal causa de desmame é realmente a cultura do leite fraco, a insegurança em relação à amamentação e a falta de suporte da comunidade e da família para amamentar. Mesmo pesquisas que encontraram maior frequência de amamentação em mulheres que não trabalham fora do lar, concluíram que este não é um fator que poderia garantir o AME, pois, das mulheres que não trabalham apenas uma em cada quatro praticavam o AME (DAMIÃO, 2008).

Nas questões específicas sobre o manejo da lactação, o índice de acerto entre profissionais de nível superior ficou acima de 70%, portanto, considerado BOM pelos parâmetros estabelecidos nesta pesquisa. Os ACS tiveram acerto acima de 50%, porém, abaixo de 70% e assim classificados como REGULAR.

As respostas às questões abertas, que avaliam melhor o conhecimento por eliminação da possibilidade de acerto aleatório, demonstram que os profissionais não estão preparados para verificar a mamada, condição básica para prevenção e tratamento das principais intercorrências mamárias.

Essas questões também avaliaram a atuação destes profissionais frente ao ingurgitamento mamário e o resultado encontrado e demonstrado acima (apenas 26,6% de respostas satisfatórias nos profissionais de nível superior e de 13,2% nos ACS) revela despreparo para esta atuação. Outras questões abertas solicitaram a citação de 3 benefícios do AM para a saúde da criança e 3 para a saúde da mulher e surpreendentemente, apenas reduzido número de profissionais responderam a estes itens. Esses benefícios são constantemente divulgados pelo ministério da saúde e pela mídia, especialmente durante a semana mundial do aleitamento materno,

ocasião onde anualmente o município participa principalmente com ações educativas divulgando estes benefícios entre outros aspectos da amamentação.

Pode-se, assim, concluir em relação às práticas da promoção da amamentação que pequeno número de pessoas são beneficiadas com as orientações individuais, conforme números de atendimento diário verificado; em consonância às hipóteses iniciais deste estudo, as ações educativas não são realizadas sistematicamente, o que se percebe pelas respostas das entrevistas e pelos questionários. Os profissionais de nível superior e principalmente os ACS demonstraram conhecimento insuficiente sobre os benefícios da amamentação e em relação a aspectos importantes que necessitam ser reforçados para a manutenção do AME e para as mães amamentarem seus filhos com segurança, apoio e motivação.

### 3.6 ESTRUTURAÇÃO DAS UNIDADES E MATERIAL DE APOIO

Contrariando as expectativas iniciais deste estudo, as entrevistas com técnicos de nível central da SMS evidenciaram que uma porcentagem grande de unidades conta com sala de ações educativas, e que a ausência de um lugar específico para reuniões em algumas unidades não é fator restritivo para que estas ações aconteçam. São exemplos de falas contidas nestas entrevistas:

“Algumas unidades têm salas de reunião...as que não têm usam escolas ou, às vezes, igrejas para realizar as ações...”

“Quase todas as unidades realizam ações educativas em aleitamento materno”

Todas as entrevistas expressam a importância das ações educativas; em duas entrevistas (50%) houve a percepção da importância destas ações para a participação da comunidade e para o autocuidado:

“Muito importantes também para diminuir a resistência da comunidade”

“A importância é a informação às gestantes se elas são nulíparas e para que possa ter troca de experiência entre o grupo. Isso pode abrir a visão das gestantes e aí elas compreendem e podem ter cuidados corretos com os bebês e também o autocuidado”

Houve unanimidade também nas entrevistas ao informarem que existem folhetos e folders à disposição e expressarem a necessidade de mais material educativo, como vídeos e álbuns seriados.

Justificando a não realização por algumas unidades, as falas expressam, principalmente, a dificuldade de adesão por parte da população e algumas se referem também à falta de empenho da equipe:

“Existe dificuldade de adesão das gestantes e de formação de grupos....também existe falta de interesse das equipes em formar estes grupos”

“Talvez falta de empenho da equipe em formar grupos de gestantes e puérperas. É difícil também formar os grupos pelo desinteresse das usuárias”

“Algumas unidades não realizam por falta de interesse por parte das usuárias”

O modelo de saúde proposto pela ESF, reafirmando os princípios do SUS inclui a participação da comunidade em todas as instâncias e a carta de Ottawa reafirma que “a saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida...” (BRASIL, 2002 b).

Porém, para o exercício da autonomia, é necessário acesso às informações, ações de educação em saúde e conhecimento do significado de cidadania. Não só o setor saúde, mas todos os segmentos da sociedade e todos os setores sociais são responsáveis pela mudança no paradigma da saúde. Consideramos esse item merecedor de pesquisas aprofundadas nas comunidades atendidas por estas unidades à que se referem às entrevistas, visando ao entendimento das escolhas conscientes ou inconscientes das pessoas no cuidado de sua saúde.

A hipótese de falta de estrutura física das unidades para realizar ações educativas não foi confirmada na integridade. Porém, a falta de material educativo citada nas entrevistas pode ser um fator relativo que pode vir afetar a qualidade dessas ações, mas não inviabilizá-las, sobretudo, quando se sabe que o BLH possui material educativo e folders que podem ser compartilhados com unidades que, realmente, empenhem-se em realizar a promoção do AM. Ao longo dos anos de atuação no BLH, a autora já presenciou a confecção de modelos de mamas em 2 unidades que solicitaram os moldes do BLH, após parcerias em ações educativas para gestantes .

### 3.7 AUTO-AVALIAÇÃO DA ESF PELOS PROFISSIONAIS

A questão que procurou avaliar a concepção da qualidade das ações de promoção ao aleitamento materno nas unidades, evidenciou que a maioria considera o parâmetro BOM, como demonstrado na tabela 18.

Tabela 18 - Auto-Avaliação quanto às ações de promoção do AM desenvolvidas na equipe.

<b>Parâmetros de avaliação</b>	<b>Profissionais de nível superior (94)</b>	<b>ACS (106)</b>
Bom	58,5%	65,1%
Regular	28,7%	27,4%
Insuficiente	10,6%	4,7%
Outros	2,1%	2,8%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Esta auto-avaliação necessita de confrontação com a percepção dessas ações pela comunidade e pode sugerir boa qualidade de promoção da amamentação, com equipe empenhada em atuar da melhor maneira possível, buscando melhorias e capacitações ou representar a não apreensão do aleitamento materno como a melhor estratégia para diminuição da mortalidade infantil e parte fundamental na promoção da saúde.

### 3.8 ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO DE CAPACITAÇÃO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO ENTRE PROFISSIONAIS DA ESF

As entrevistas revelaram que nos últimos 3 anos, houve uma capacitação em AM para médicos e enfermeiras e 3 para cirurgiões dentistas. Nenhuma referiu-se aos ACS e quando arguidas a respeito, disseram que em geral, as enfermeiras repassam a capacitação para as ACS. A duração dessas capacitações foi em média de um dia.

Os técnicos de nível central alegaram que nem todos foram capacitados, pela alta rotatividade dos profissionais. Os principais pontos levantados nas entrevistas foram: a importância das capacitações, principalmente, pela alta rotatividade dos profissionais; a necessidade de integração dos programas; a extensão das capacitações para outros profissionais; a importância de outras capacitações relacionadas ao atendimento às crianças.

Os profissionais de nível superior em 63,8% e os ACS em 51,9% referiram ter participado de capacitações em AM. Procurou-se avaliar a duração, a quantidade e



há quanto tempo estes profissionais realizaram estas capacitações. No entanto, 80% dos ACS e, aproximadamente, 50% dos profissionais de nível superior deixaram este item em branco, frustrando as expectativas iniciais desta pesquisa em relação à sistematização e adequação da carga horária destas capacitações.

Contudo, a análise dos dados obtidos nesta pesquisa sugere que capacitações realizadas não foram suficientes, pois muitos aspectos importantes relacionados ao BLH como função da unidade, indicação de uso de LHP e orientação às mães receptoras de leite ficaram abaixo da expectativa para uma equipe devidamente capacitada. Em relação ao manejo da lactação, que inclui: orientações sobre a técnica correta de amamentação; tópicos que devem ser observados rotineiramente em atendimento às duplas mãe-bebê; tratamento das intercorrências na mama puerperal - como fissuras e ingurgitamento mamário- e ordenha manual da mama, também foram detectados conhecimento insuficiente.

Aspectos relacionados ao AM que são bastante divulgados, como os benefícios do AM para as crianças e para as mães e a necessidade da amamentação em livre demanda são relativamente pouco conhecidos pelos profissionais desta pesquisa, principalmente, considerando-se que receberam capacitação.

O desconhecimento do método da lactância amenorreia demonstra necessidade de capacitações sistematizadas e contínuas, por tratar-se de conhecimentos mais específicos e de importância que extrapolam as questões do AM e se refletem no planejamento familiar, outro aspecto de grande importância no contexto da saúde sexual e reprodutiva.

O desempenho inferior dos ACS em, praticamente, todos os temas reflete a falta de capacitação para esta categoria, que representa um elo entre a equipe e a população local, atuando não apenas na condição de profissional da saúde, mas também como parte integrante desta comunidade.

Evidenciou-se também, conforme já ressaltado, mas cuja importância justifica o retorno da discussão, a necessidade de reflexão sobre os aspectos sócio-culturais que permeiam o processo da amamentação. O desconhecimento desta dimensão reduz as ações desenvolvidas apenas a conteúdos baseados no conhecimento da biologia dos mamíferos, sendo que estas reflexões devem fazer parte da estruturação de toda capacitação visando à promoção do AM.

### 3.9 CONCLUSÃO

As principais dificuldades encontradas para execução desta pesquisa foram sentidas na coleta dos dados e a expectativa inicial de abranger 100% dos profissionais atuantes na ESF de Anápolis, infelizmente, não se concretizou. Contudo, a amostragem conseguida, graças, principalmente, ao interesse demonstrado pela secretaria municipal de saúde nesta pesquisa, tornaram possível uma amostragem significativa.

Outra limitação observada à análise dos resultados foram questões anuladas, que pode ser atribuído a não compreensão ou à extensão do questionário que pode tornar cansativa a tarefa de respondê-lo, mesmo que estes aspectos não tenham sido sentidos previamente na validação realizada.

O perfil dos profissionais que de maneira geral não é diferente de outros estudos, mostra peculiaridades que podem facilitar o processo de capacitação e evidenciam possibilidade de mudança tanto em conhecimento como em atitudes pessoais e profissionais. A grande maioria constitui-se de jovens que certamente terão possibilidade de praticar o aleitamento materno e refletir sobre as singularidades da mulher e a importância de apoiá-las.

O bom grau de instrução dos ACS também é fato revelado na pesquisa que pode favorecer a atuação destes profissionais se, devidamente, capacitados.

A análise do conjunto dos dados coletados permitiu que fosse respondida a pergunta de partida deste estudo que, buscou identificar se o profissional de saúde que presta atendimento às famílias, tem conhecimento atualizado e realiza práticas que contribuam para a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno e de que forma são realizadas as ações de promoção do AM na ESF.

Observa-se que as práticas destes profissionais em suas vidas pessoais, como pais e mães, não são diferentes das práticas em AM encontradas no Brasil, inclusive entre profissionais de saúde. Entretanto, acredita-se que tais práticas refletem as percepções dos profissionais em relação ao AM.

O desempenho dos profissionais nas questões relativas ao manejo da lactação foi classificado como BOM para profissionais de nível superior, e REGULAR para os ACS; porém as questões que exigiram conhecimento aprofundado e atualizado tiveram acerto de 50% ou menos, assim como as questões que abordaram a dimensão social da amamentação.

Esse baixo desempenho, oriundo de uma população, na maioria jovem, portanto, saídos da graduação há pouco tempo, pode demonstrar além da falta de capacitações, que as práticas da amamentação na graduação médica, de enfermagem e de odontologia não estão recebendo a necessária abordagem.

Não se pode dizer que esses profissionais desconhecem os fatores biológicos e culturais envolvidos nas práticas da amamentação e a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e continuado até os dois anos ou mais, entretanto, os índices de acerto evidenciam conhecimento insuficiente, confirmando a primeira hipótese deste estudo.

Tanto a análise do relatório anual do BLH como as respostas obtidas nos questionários confirmam a hipótese de desconhecimento das atividades desenvolvidas pela unidade e revela que a divulgação, a parceria e, sobretudo, o trabalho em rede podem incrementar a atuação desta unidade no município.

Embora sejam realizadas capacitações em AM oferecidos pela SEMUSA, existe a evidente necessidade de realizá-las de forma sistematizada e contínua. A pequena duração destas capacitações é um fator importante para explicar os baixos resultados.

As práticas relacionadas à promoção do AM podem estar ocasionando pouco impacto na comunidade, visto que o número de atendimentos às gestantes e crianças é pequeno. Nota-se nas respostas relativas às ações educativas que apesar de contarem com espaço físico e alguns materiais de apoio, são realizadas eventualmente, tendo como justificativa o desinteresse da comunidade e dos profissionais em relação a estas ações. Isto, possivelmente, denota a forma descontínua destas atividades e deficiência de informação à comunidade da sua importância. A hipótese inicial desta pesquisa em relação à estrutura física e material de apoio não se confirmou, portanto, não representando barreira para realização da promoção do AM; porém, confirma-se a hipótese da realização de ações educativas de maneira aleatória, com prejuízo na qualidade de atenção às usuárias.

Conclui-se que os objetivos deste estudo foram concretizados e as hipóteses, na maioria, confirmadas. A importância de mudar esta realidade é pautada nas evidências apresentadas ao longo deste estudo e na incontestável necessidade da busca incessante da qualidade de atenção às/aos usuários/as da rede pública de saúde.

## **CAPÍTULO 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A motivação maior deste estudo reside no impacto que o aleitamento materno pode ocasionar na saúde das crianças e das mulheres, além de contribuir com toda a sociedade nos aspectos econômicos e ecológicos.

A expansão e reformulação do modelo dos BLHs no Brasil na década de 80 e a nova proposta de reforma assistencial representada pela ESF na década de 90 são estratégias que podem mudar o cenário da amamentação, priorizando a promoção do AM.

Os dados levantados na literatura confirmam a importância do conhecimento materno e, acima de tudo, do suporte oferecido às mulheres, como fatores que podem modificar os baixos índices de aleitamento materno no Brasil.

Considerando que o conhecimento atualizado e as percepções dos profissionais de saúde sobre o AM constroem a qualidade de suas ações, revela-se a importância desta pesquisa no sentido de que seus resultados venham nortear intervenções necessárias.

A análise dos dados deste estudo, aliada à análise da literatura médica concernente, demonstrou a relativa incapacidade dos profissionais estudados no atendimento das questões relacionadas à amamentação e à necessidade de estruturação do processo de capacitação dos profissionais de todas as categorias, principalmente, para os ACS, com carga horária adequada e que permita a reflexão da amamentação em sua dimensão sócio-cultural.

A importância da divulgação do BLH como unidade a serviço do aleitamento materno e a parceria entre esta importante unidade e a ESF, certamente, permitirão que o município incremente a promoção do AM utilizando-se de tão valiosos recursos disponíveis, conforme os resultados apontados neste estudo.

Certamente, o primeiro passo para melhoria na atenção à saúde é conhecer a realidade com a que convivemos, as potencialidades e as formas de quebrar as resistências encontradas.

Em Anápolis, as potencialidades identificadas foram boa cobertura da ESF, estrutura física das unidades e a possibilidade de capacitar os profissionais AM por meio da Rede Brasileira de Banco de Leite, da qual o BLH municipal é integrante.

Com o objetivo de quebrar as resistências encontradas, tanto em relação à comunidade pouco participativa como por parte da equipe, muitas vezes, não

motivada para realizar a promoção do AM e com conhecimento insuficiente sobre a amamentação, propõem-se:

1. Incorporar na ESF os componentes da educação:
  - Informação à comunidade sobre a programação das atividades (horário, data, local) e manter a regularidade destas realizações; conscientizar as pessoas da comunidade e os provedores dos serviços sobre a importância da promoção do AM; motivar as pessoas e provedores para que participem destas ações, informando sobre a importância do autocuidado e da promoção da saúde;
  - Ações educativas, fornecendo informações atualizadas, desfazendo mitos e facilitando a reconstrução de significados sobre o manejo da lactação, os benefícios do AM para a criança, para a mulher e para toda a sociedade; informar os direitos da mulher trabalhadora; apoiar a mulher em suas decisões, focalizando a dimensão sócio-cultural do AM;
  - Realizar orientação individual em visitas domiciliares, em consultas e em toda oportunidade de contato com as mulheres principalmente, nas fases de gestação e amamentação.
  - Incluir a família, em especial o pai nestas ações, motivando sua participação, fornecendo informação e orientação, visando o apoio integral às mulheres e seus filhos.
2. Efetivar uma rede entre o BLH e a ESF, com sistema de referência e contra-referência, encaminhamento de usuárias com intercorrências na mama no período da lactação ou com indicação médica para receber o leite humano pasteurizado, assim como para a doação de leite materno;
3. Transformação do ambulatório do BLH em “consultório de aleitamento materno” para o atendimento de bebês que amamentam e necessitam de acompanhamento especializado para suporte à amamentação, como baixo ganho de peso, prematuridade, insegurança materna e outros;

4. Sistematizar o processo de capacitação e educação continuada em AM para todos os profissionais da equipe, com carga horária adequada (mínimo de 18h, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde);
5. Avaliação contínua das ações realizadas e,
6. Analisar as ações de toda equipe segundo os fundamentos norteadores da ESF: equipe interdisciplinar solidária e com conhecimento e compromissos compartilhados.

Acredita-se que com mudanças nas percepções do AM e incorporação do apoio nas ações de sua promoção, as práticas destes profissionais certamente contribuirão para o aumento dos índices do AM no Brasil, possibilitando que eles próprios vivenciem este apoio.

A ampliação da análise estatística dos questionários desta pesquisa servirá de base para novos estudos com objetos variados e almeja-se que novas pesquisas complementem a atual, buscando mais informações junto aos profissionais, à comunidade e também ao banco de leite, revelando dados que complementem esta pesquisa e permitam melhor planejamento para as mudanças necessárias.

Espera-se que este estudo possa contribuir para a reflexão da promoção do AM e estenda-se a toda promoção da saúde na ESF. Que os princípios de educação e liberdade aliados ao enfoque holístico, incorporando a dimensão sócio-cultural da amamentação permitam à mulher ocupar seu espaço de autora e protagonista de suas vivências.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABRÃO, A.C.F.V.; BARROS, S.M.O.; ALMEIDA, A.M. Desmame precoce: estudos das causas em crianças de 0 a 6 meses de idade: Dourados-MS. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 30-39, 1997

ALBERNAZ, E; VICTORA,C.G. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão. **Revista Panamericana de Salud Publica** v.14, n.1, p. 17-24, 2003.

ALBUQUERQUE,R.M.A. Aleitamento Materno: um ato ecológico. In REGO, J. D. (org). **Aleitamento Materno**. São Paulo e Belo Horizonte : Editora Atheneu, 2001.

ALENCAR, S. M.; REGO, J. D. As Sociedades Médicas e o Incentivo ao Aleitamento Materno. In: REGO, J. D. (org). **Aleitamento Materno**. São Paulo e Belo Horizonte : Editora Atheneu, 2001.

ALHO, O.P. *et al.* Risk factors for recurrent acute otitis media and respiratory infection in infancy. **International journal of pediatric otorhinolaryngology**, v. 19, n. 2, p. 151-161, 1990.

ALMEIDA, J. A.G. **Bancos de Leite humano**: fundamentos e técnicas. In Congresso Brasileiro de Nutrição e Metabolismo Infantil. Porto Alegre, p. 177-192, 1994.

\_\_\_\_\_  
GOMES, R.. Amamentação um híbrido natureza-cultura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 71-76, Jul. 1998.

\_\_\_\_\_  
**Amamentação um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

\_\_\_\_\_  
NOVAK, F. O papel dos bancos de leite humanos no incentivo ao aleitamento materno. In: REGO, J. D. (org). **Aleitamento Materno**. São Paulo e Belo Horizonte : Editora Atheneu, 2001

\_\_\_\_\_  
NOVAK, F. Amamentação um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**. v.80, n. 5 (suplemento), p. 119-125, 2004.

\_\_\_\_\_  
*Bancos de leche humana y promoción de políticas públicas favorables a la salud materno-infantil.* **Revista Cubana de Salud Pública**. v.32, n.3 Ciudad de La Habana, jul.-sep. 2006. Disponível em: <[http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_3\\_06/spu12306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu12306.htm)>. Acesso em: 23 jun.2008.

ALMEIDA, M.G.; MACHADO, A.; TORQUATO, V. **Ensaio teórico a respeito da motivação dos profissionais do PSF em Anápolis**. 2006. 32f. Monografia (Pós-graduação) UniEvangélica, Anápolis.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Work Group on Breastfeeding. *Breastfeeding and the use of human milk.* **Pediatrics**, v.100, n.6, p.1035-10399, 1997.

ANDERSON, J.W.; JOHNSTONE, B.M.; REMLEY, D.T. *Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis*. **America Journal of Clinical Nutrition** v.70, n.4, p. 525–535, 1997.

ARAÚJO *et al.* Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Revista brasileira de saúde materno-infantil**, v.4, n.2, p. 135-141, 2004.

Associação brasileira de normas técnicas. **NBR 14724**: informação e documentação trabalhos acadêmicos- Apresentação. Rio de Janeiro, 2005.

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

BALABAN, G.; SILVA, G. A.P. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.1, p.7–14, 2004.

BANCO DE LEITE HUMANO ELAINE MIRIAM DE OLIVEIRA. **Relatório das atividades**. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edição 70 LDA, 1997.

BARROS, A.; FEHFELD, N. **Projeto de Pesquisa**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1990.

BARROS, F. C. *et al.* Promoção da amamentação em localidade urbana da região sul do Brasil: estudo de intervenção randomizado. **Revista de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 277-283, 1994

BECKER, D. **No seio da família**: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. 2001. 117f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

BERNARDES, G.D'Arc. Aula expositiva **Mestrado UniEvangélica**. 2007.

BETRÁN, A.P. *et al.* *Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America*. **BMJ** v.323, p.303-306, aug. 2001. Disponível em: <<http://www.bmj.com/cgi/content/full/323/7308/303>>. Acesso em: 02 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Saúde Materno-Infantil/ms/grupo de defesa da saúde da criança, iniciativa “hospital amigo da criança”- **Questionário de auto- avaliação de hospitais**, 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. 1999. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/gotadeleite>> Acesso em: 15. jun.2006.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. São Paulo:Editora saraiva, 2000.



\_\_\_\_\_  
Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Programa Saúde da Família**, 2001.

\_\_\_\_\_  
Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde & Organização Pan Americana da Saúde. Representação do Brasil. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**, 2002a.

\_\_\_\_\_  
Ministério da saúde. **Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde**. 2002b  
Disponível em:  
<<http://www.saudeemmovimento.com.br/profissionais/legislation/index.htm>>. Acesso em: 12 fev. 2007.

\_\_\_\_\_  
Ministério da Saúde. ANVISA. **Norma Brasileira de Comercialização de Substitutos do Leite Materno**, 2002c. Disponível em:  
<[http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/221\\_02rdc.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/221_02rdc.htm)>  
Acesso em: 10 out. 2007.

\_\_\_\_\_  
Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. 2.<sup>a</sup> edição ampliada 1.<sup>a</sup> reimpressão Série E. Legislação de Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_  
**CLT Acadêmica**, Obra coletiva de autoria da Editora saraiva. São Paulo. Editora saraiva, 2004

\_\_\_\_\_  
Ministério da Saúde. **Passos para ser Amigo da Criança**, 2005.  
Disponível em:  
<<http://www.bvsam.cict.fiocruz.br/conteudos/hospitalamigodacrianca.pdf>>. Acesso em: 15 jul.2007.

\_\_\_\_\_  
Ministério da Saúde-FioCruz. **Rede brasileira de Banco de Leite humano**, 2008a.  
Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=271>>.  
Acesso em: 20 fev.2008.

\_\_\_\_\_  
Ministério da Saúde. **Manual de normas técnicas Banco de Leite Humano**, 2008b

\_\_\_\_\_  
Ministério da Saúde. Atenção Básica. **Saúde da Família**, Departamento de Atenção Básica – DAB, 2008c. Disponível em:  
<<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>>. Acesso em: 15 abr. 2008.

\_\_\_\_\_  
Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. 2008d. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/saude\\_nutricional.php](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/saude_nutricional.php)>. Acesso em: 12. out. 2008.

\_\_\_\_\_  
Tribunal Regional do Trabalho, 18<sup>a</sup> Região – GO. Diretoria de Legislação e Jurisprudência. **Licença maternidade- Esforço histórico**, 2009a.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão- **IBGE**, 2009b. Disponível no site < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 02 jan. 2009.

**BRASIL DE FATO.** Lula sanciona lei que amplia a licença-maternidade, 11. set. 2008. Disponível no site < <http://www.brasildefato.com.br/v01/agencia/lula-sanciona-lei-que-amplia-a-licenca-maternidade>>. Acesso em :13 set. 2009.

BRESOLIN,A.M.B. *et al.* Alimentação da criança, in Marcondes, E, *et al* **Pediatria Básica**, EDITORA Sarvier, São Paulo, 2002.

BUCHKO, B.L. *Comfort measures in breastfeeding, primiparous women.* **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.** v.23, n.1, p.46-52, jan 1994. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost>.> Acesso em: 20 set. 2007.

CALDEIRA, A.P. *et al.* Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 8, p.1965-1970, 2007.

CAMINHA, M.F.C. *et al.* Aleitamento materno exclusivo entre profissionais de um Programa Saúde da Família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva para a Sociedade**, 116/2008.

CEDAW - *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women-* **O Brasil e o cumprimento da CEDAW**, 2007. Disponível em: [http://www.agende.org.br/home/Cedaw ContralInforme 13julho se.pdf](http://www.agende.org.br/home/Cedaw%20ContralInforme%2013julho%20se.pdf). Acesso em 23.set..2008.

CÉSAR, J.A. *et al.* *Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study.* **BMJ (Clinical Research Ed.)**. v. 318, n. 7194, p. 1326-1320, may, 1999. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=6&sid=f5f89e0e-7c07-4da2-a200-db0c1c030679%40sessionmgr3>> Acesso em: 20 abr. 2007.

CHAVES, R; LAMOUNIER, J.Á; CÉSAR,CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v 83, n. 3, p.241-246, 2007.

CICONE, R.C.V.; VENANCIO, S.I.; ESCUDER, M.M.L. Avaliação dos conhecimentos dos profissionais da equipe do Programa de Saúde da família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 2, p. 193-202, 2004.

COELHO, I. J. S. C.; MACHADO, M.M.T. Conhecimentos e atitudes dos agentes comunitários de saúde na promoção do aleitamento materno. **Revista de Pediatria do Ceará**, v. 5, n. 2, p. 19-25, 2004.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Caderno de Saúde da Família**, v.1, n.1, p. 10-15, Ministério da saúde, Brasília, 1996.

COSTA, C. G. A. O papel do pai na amamentação. **Revista Nutriweb**, v.3, n. 3, 2001. Disponível em: <<http://www.nutriweb.org.br/index.html>>. Acesso em: 20 de jul. 2008.

DAMIÃO, J.J. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.11, n.3, p. 442-52, 2008.

DEMO, P. **Pesquisa - princípio científico e educativo**. São Paulo: Cortez Editora/Editora Autores Associados. 1992.

DÍAZ, M. et al Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C.; CAMPUS, M.T.A. (ed.). **Afinal, que paz queremos?** Lavras: Editora UFLA, 2005.

EMBRAPA, 2008. **Agronegócio de leite**. Disponível em: <<http://www.cnpqgl.embrapa.br/jornaleite/destaque.php?id=11>>. Acesso em: 12 mar. 2008

ESCOBAR, A.M.U. *et al*. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v.2, n.3, 2002

ESCUDE, M.M.L.; VENÂNCIO,S.I.; PEREIRA,J.C.R. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Rev. Saúde Pública** v.37, n.3, p. 319-325. São Paulo, jun. 2003.

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

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 12. ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1996.

FROMM, E. **A arte de amar**.Belo Horizonte: Editora Itatiaia, 1988.

GALVÃO, L. e DÍAZ, J. (org.). **Saúde Sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Editora Hucites Population Council, 1999.

GIL, C.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.2 p. 490-498, 2005

GIMENO,S.G.; SOUZA,J.M.P. Amamentação ao seio, amamentação com leite de vaca e o Diabetes mellitus tipo 1: examinando as evidências. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 1, n. 1, p. 4-13, 1998.

GIUGLIANI, E. R. J. *et al* Conhecimento materno em amamentação e fatores associados. **Jornal de Pediatria**. Vol. 71, p. 77-81, 1995.

\_\_\_\_\_. VICTORA, C.G.. **Normas Alimentares Para Crianças Brasileiras Menores De Dois Anos Embasamento Científico**. Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde,1997.

\_\_\_\_\_ O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**. Vol.76. Suplemento 3, p.238-252, dezembro de 2000

\_\_\_\_\_ Falta embasamento científico no tratamento dos traumas mamilares. **Jornal de Pediatria**. V. 79, n. 3, p. 197-198, 2003a.

\_\_\_\_\_ Aleitamento materno e desenvolvimento cognitivo. **Jornal de Pediatria**. v.79, n.1 Jan./Fev. Carta ao editor, p.98-99, 2003b.

\_\_\_\_\_ Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, v.80. n.5 (suplemento), p.147-154, 2004.

\_\_\_\_\_ LAMOUNIER, J.A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **Jornal de pediatria**, v.80, n.5 (suplemento), p. 117-118, 2004.

\_\_\_\_\_ Tópicos básicos em aleitamento materno. In JÚNIOR, D.C.; LOPEZ, F.A. **Tratado de Pediatria**. Sociedade Brasileira de pediatria, Rio de Janeiro: Editora Manole, 2006

HALPERN, R. *et al* Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor . **Rev. Chil. Pediatr**. v.73 , n.5, p. 529-539, 2002.

HATCHER, R.A. *et al*. **Pontos Essenciais da Tecnologia de Anticoncepção**. Johns Hopkins for Communications Programs, 2001.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Presidência da República. **Núcleos de assuntos estratégicos**. 2008. Disponível em <[http://www.ipea.gov.br/003/00301009.jsp?ttCD\\_CHAVE=3691](http://www.ipea.gov.br/003/00301009.jsp?ttCD_CHAVE=3691)>. Acesso em: 29 fev. 2008.

JÚNIOR,W.S.; MARTINEZ,F.E. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento materno nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso. **Jornal de Pediatria**. v.83 n.6, p. 541-546, 2007

KENT, M L. HIV/AIDS. **Infant Nutrition and Humanan Rights**, 2000. Disponível em <<http://www2.hawaii.edu/~kent/publications.html>> Acesso em: 15 maio 2006

KRAMER, M.S., KAKUMA, R. **The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review**, 2002. Disponível em < <http://www.who.int/nutrition/publications/>> Acesso em: 12 jun.2007.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. 6.ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

KUMMER, S.C, *et al*. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.2, p. 143-148, Abril 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>>. Acesso em: 14 jun.2007.

LAMOUNIER, J.A.; MARANHÃO, A.G.K.; ARAÚJO, M.F.M.A. A iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. In REGO, J.D. (org.) **Aleitamento Materno**. Editora Atheneu, São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, 2001.

LAMOUNIER, J.A. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**. v.79, n. 4, p. 284-286, 2003.

LATOURE, B. **Jamais fomos modernos**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

LEE, M.L. *et al.* *Breastfeeding and ecology*. **Breastfeeding Update**. v.2, n.2 jun. 2002. Disponível em: < <http://www.breastfeeding.org/pdf/newsletter6.PDF>>. Acesso em 12.jul.2007.

LIMA, G.S.; BRAGA, T.D.A. e MENESES, J.A. **Neonatologia**. Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP): Editora Guanabara Koogan, 2004.

LINS, M.G.; MOTTA, M.E.F.A. e SILVA, G.A.P. Fatores de risco para diarreia persistente em lactentes, **Arquivos de Gastroenterologia**. v.40, n.4, p. 239-246, São Paulo, 2003.

LITTMAN, H.; MEDENDORP, S.V.; GOLDFARB, J. *The Decision to Breastfeed*. **Clinical Pediatrics**, v. 33, n. 4, p. 214-219, 1994.

LUCAS, A. e COLE, T.J. Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis.. **Lancet**, 22-29; v. 336, n.8730, p. 1519-1523, dec 1990. Disponível em: <<http://www.unievangelica.edu.br/medline/>>. Acesso em: 12 fev. 2007.

LUCAS, *et al.* *Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm*. **Lancet**. v. 339, n.8788, p.261-264, feb. 1992. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=5&sid=29506bdb-37ef-46e6-bbfc-433bb03fd0c9%40SRCMS2>>. acesso em: 19 maio 2007.

MAIA, P.R.S., *et al.* Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. **Rev. Bras. de Saúde Mate. Infant.** v.6 n.3, p. 285-292. Recife, jul./set. 2006.

MACHADO, M.H. (org.) **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/DAB-MS, 2000.

MARQUES, M.B. **Discursos Médicos sobre Seres Frágeis**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2001.

MARQUES, R. F. V.; LOPEZ, F. A. ; BRAGA, J. A. P. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **Jornal de pediatria**, v. 80, n. 2, p.99-104, 2004.

MATUHARA, A.M.; NAGANUMA, M. Manual instrucional para aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo. **Pediatria**, São Paulo v.28, n.2, p.81-90, 2006.

MEDEIROS, C.R.G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e Saúde coletiva para**

a **sociedade**. ABRASCO, 2007. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2639](http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2639)>. Acesso em: 13 out.2008.

MINAYO, M. C.de S. O Desafio do Conhecimento. In: MINAYO, M. C.de S. (org.) **Pesquisa Social: teoria e criatividade**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONTE, C.M.G.; GIUGLIANI, E.R.J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n.5 (Supl), p.131-141, 2004

MONTEIRO, JCS *et al*, 2006. Amamentação e o seio feminino: uma análise sob a ótica da sexualidade e dos direitos sexuais e reprodutivos. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v.15, n.1, 2006. Disponível em: <<http://www.textoecontexto.ufsc.br/include/getdoc.pdf>> Acesso em: 16 nov.2007.

MONTRONE, A.V.G. Trauma mamilar e a prática de amamentar: estudo com mulheres no início da lactação. **Revista de APS**, v. 9, p. 168-174, 2006.

MOREIRA, M.A.; LOPEZ, R.L.M. Amamentação: aspectos históricos das políticas públicas brasileiras. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 2, 2007. Disponível em <http://www.uff.br/ojs-2.1.1/index.php/nursing/article/viewArticle/j.1676-4285.2007.842/204>. Acesso em: 10 fev. 2.008.

MÜLLER, M. **O matador de bebês**. Campinas: CEMICAMP, 1981.

MÜLLER, A. C. **Econologia do aleitamento materno**. Aspectos ecológicos e econômicos do aleitamento. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Pró-Reitoria Comunitária e de Extensão. 2003. Disponível em: <[http://www.pucpr.br/servicos/programas\\_saude/palma/arquivos/aleitamenteeconomico.pdf](http://www.pucpr.br/servicos/programas_saude/palma/arquivos/aleitamenteeconomico.pdf)> Acesso em: 02 dez. 2007.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (*homepage on the Internet*). University of Bonn, Medical Center. **Prevention of ovarian cancer**, dec, 2007. Disponível em <<http://www.meb.uni-bonn.de/cancer.gov/CDR0000062771.htm>>| Acesso em: 10 jan. 2008.

NEIVA, F. C. B. *et al* Desmame Precoce: Implicações para o desenvolvimento motor-oral. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n.1, p. 7-11, 2003.

NESTLÉ, 2007. **Good food-good life**. Disponível em <<http://www.nestle.com:80/MediaCenter/PressReleases/AllPressReleases/Fullyearresults2007.htm>>.

Acesso em: 12 fev.2008.

NETO, C.M. **Aleitamento materno**. Educação médica, 2008. Disponível em: <<http://www.educacaomedica.com.br/site/aulasedebatesmedicos/index.php?id=4333>>. Acesso em: 12. Fev.2009.

NOVAK, F.R.; ALMEIDA, J.A.G. e SILVA, R..S. Casca de banana: uma possível fonte de infecção no tratamento de fissuras mamilares. **Jornal de Pediatria**, v.79. n.3, p.221-226, 2003.

ODDY, W.H. *et al.* Association between breast feeding and asthma in 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study. **BMJ (Clinical Research Ed.)**, v. 319, p. 815-819, sep.1999. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=6&hid=22&sid=67195838-db1a-4a52-a907-b237b219706d%40sessionmgr2>>. Acesso em: 14 dez 2007.

OLIVA, A. **Filosofia da Ciência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

OLIVEIRA, M. I. C., *et al* Avaliação do apoio recebido para amamentar: significados de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde do estado do Rio de Janeiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**. v. 301, 2006. Disponível em : <[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=266](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=266)>. Acesso em: 14 jun. 2007.

OLIVEIRA, R.L.; SILVA, A.N. Aspectos legais do aleitamento materno: cumprimento da lei por hospitais de médio e de grande porte de Maceió. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, v. 3, n. 1, p. 43-48, jan. - mar., 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**: o papel especial dos serviços materno-infantis. Declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra; 1989.

PEREIRA, M.J.B . *et al.* Indicadores do aleitamento materno no município de Ribeirão Preto. **Rev. Bras. Epidemiologia**. v. 7, n. 1, p. 36-43, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n1/05.pdf>>. Acesso em: 02.maio 2007.

PINHEIRO, S. **Núcleo de Ecojornalistas do Rio Grande do Sul**. A "tragédia das áreas comuns", o eucalipto no Cone Sul. 2005. Disponível em <<http://www.ecoagencia.com.br/index.php?option=content&task=view&id=1160&Itemid=62>>. Acesso em: 16 mar. 2008.

PINHO, V.F.S.; COUTINHO, E.S.F.C. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 5, p.1061-1069, maio de 2007.

PISACANE, A.; *et al.* A Controlled Trial of the Father's Role in Breastfeeding Promotion. **Pediatrics**, v. 116 n.4, p. 494-498, 2005.

PRIMO, C.; CAETANO, L. **Jornal de Pediatria**, v.75 n.6, p. 449-455, nov/dez, 1999.

**POPULATION REPORTS, 2002 - Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins School of Public Health**. Disponível em <[http://www.aleitamento.com/a\\_artigos.asp?id=1&id\\_artigo=1217&id\\_subcategoria=1](http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=1&id_artigo=1217&id_subcategoria=1)>. Acesso em: 16 out. 2007.

RADFORD, A. *The ecological impact of bottle feeding*. **Baby Milk Action**, 1991. Disponível em: <<http://www.reducepackaging.com/article.html>>. Acesso em: 02 dez. 2007.

REA, M.F. *et al.* Possibilidades e limitações entre mulheres trabalhadoras formais. **Revista de Saúde Pública**, n.31, v.2, p. 149-156, 1997.

REA, M.F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**, v. 80 n. 5 (suplemento), p. 142-146, 2004.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Caderno de Saúde Pública**, v.19 supl.1, p.37-45. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.org/scielo> > . Acesso em: 08 abr. 2007.

REPROLATINA. **Manual para Capacitadores/as**. Otimizando a qualidade e humanizando a atenção no planejamento familiar e outros componentes da saúde sexual e reprodutiva. Capacitação básica para profissionais de saúde, 2006.

REZENDE, M.A.; SAWAIA, B.B.; PADILHA, K.G. “Mãe boa amamenta” ou A força da ideologia. **Família, Saúde e Desenvolvimento**. Curitiba, v.4, n.2, p.154-162, jul./dez. 2003. Disponível em <<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/5065>>. acesso em: 20 mar.2007.

RIBEIRO E. M.*et al.* O conhecimento das mães sobre aleitamento materno no hospital São Lucas-Juazeiro do Norte (CE)- **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Universidade de Fortaleza, Brasil, v. 17, n.4, p. 170-176, 2004.

RICHARDSON, J. R. **Pesquisa Social Métodos e Técnicas**. 3ª edição, Editora Atlas, São Paulo, 1999.

RUBIO, A.M. *Ventajas de la lactancia materna para la madre, in Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografías de la A.E.P..Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría*, 2004. Disponível em: <[http://www.aeped.es/monografias/pdf/monografia\\_5\\_lactancia\\_materna.pdf](http://www.aeped.es/monografias/pdf/monografia_5_lactancia_materna.pdf)> Acesso em: 08 jul. 2007.

SAARINEN, U.M.; KAJOSAARI, M. *Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old*. **Lancet**, v. 346, n.898, p.1065-1069, oct. 1995. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=22&sid=67195838-db1a-4a52-a907-b237b219706d%40sessionmgr>>. Acesso em: 06 jan. 2008.

SAES, S.O.; GOLDBERG, T.B.L.; MONTOVANI, J.C. Secreção na orelha média em lactentes – ocorrência, recorrência e aspectos relacionados. **Jornal de pediatria**, v.81, n.2, p. 133-1388, 2005.



SALES, A.N. *et al.* Mastite Puerperal: Estudo de Fatores Predisponentes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.22 n.10, p. 627-632, nov./dez. 2000.

SANCHES, M.T.C. Manejo clínico da disfunções orais na amamentação. **Jornal de pediatria**, v.80, n° 5 (suplemento), p. 155-162, novembro 2004

SANCHES, S. e GEBRIM, V.L.M. O trabalho da mulher e as negociações coletivas. **Estudos avançados**, n. 17, v.49, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v17n49/18399.pdf>>. Acesso em: 23.mar.2008.

SANTIAGO, L.B. *et al.* Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra motivado com treinamento específico. **Jornal de Pediatria**, v.79 n. 6. p. 504-512, 2003.

SANTOS, B. S. **Um Discurso sobre as Ciências**. Edições Afrontamento. 1987

SCHERER, M.D.A.; MARINO, S.R.A; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v.9 n.16. p. 53-66, 2005.

SCHNEIDER, A. P.; STEIN, R. T. e FRITSCHER, C.C.F. O papel do aleitamento materno, da dieta e do estado nutricional no desenvolvimento de asma e atopia. Artigo de Revisão. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 33, n. 4, p. 454-462, 2007.

SCOPENHAUER. **As Dores do Mundo**. Editora Tecnoprint LTDA- Ediouro.

SENA, M.C.; SILVA, E.F. e PEREIRA, M.G. Tendência do aleitamento materno no Brasil no último quarto do século XX . **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.10 n.4, São Paulo, dez. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2007000400008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000400008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jan. 2008.

SILVA, I.A. Reflexões sobre a prática do aleitamento materno. **Revista de Enfermagem da USP**, v. 30, n.1, p. 58-72, 1998.

SILVEIRA, F.J.F; LAMOUNIER, J.A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.1 Rio de Janeiro, p. 69-77, 2006

SIQUEIRA, J.E. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. **Bioética**. v.8, n.1, p. 55-64, 2000.

SIQUEIRA, R.S.; MONTEIRO, C.A. Amamentação na infância e obesidade na idade escolar em famílias de alto nível socioeconômico. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.1, São Paulo, fev.2007. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000100002&lng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100002&lng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2007.

SOARES, M. E. M. *et al.* Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 4, p. 309-316, 2003.

SOLIS-PONTON, L. Ser pai-ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.

SOUZA, L. M.B.M. “**Promoção, Proteção E Apoio.**” **Apoio?** Representações Sociais em Aleitamento Materno. Dissertação (mestrado). Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 1996.

SOUZA, S.L. O papel do pai. In :TEDESCO, J.J. A. **A grávida-** Sua Indagações e as Dúvidas do Obstetra. São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte: Editora Atheneu, 2000.

SOUZA, L.M. ; ALMEIDA, J. A. **História da alimentação do lactente no Brasil-** Do Leite Fraco à Biologia da Excepcionalidade. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2005.

TESK, M.J.S. **Riscos ocupacionais que influenciam no desmame precoce de filhos de trabalhadoras que retornam ao trabalho após licença maternidade.** 2003. 73f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina.

TERUYA, K.; COUTINHO, S. B. Sobrevivência Infantil e Aleitamento Materno. In: REGO, J. D. (Org). **Aleitamento Materno.** São Paulo e Belo Horizonte: Editora Atheneu, 2001.

THOMSON, Z. Problemas Precoces e Tardios das Mamas: Prevenção. Diagnóstico e Tratamento. In REGO, J.D. (org.). **Aleitamento Materno.** São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte: Editora Atheneu, 2001

UAUY, R.; PEIRANO, P. *Breast is best: human milk is the optimal food for brain development* . **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 70, n. 4, p. 433-434, *october* 1999.

UNICEF, 1993a. **Manual do curso de aconselhamento em Aleitamento Materno.** Brasília: Ministério da Saúde, 1993

UNICEF, 1993b. **Manejo e promoção do aleitamento materno.** Curso de 18 horas para equipes de maternidades. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

UNICEF, 2007. **Progress for Children.** Disponível em: <<http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101114&m=5&sid=1810111414&cid=3088>>. Acesso em: 31 jan. 2008.

UNICEF, 2008a. **The State of the World's Children 2008: Child Survival.** Disponível em <<http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101114&m=5&sid=1810111414&cid=30>> Acesso em: 31 jan. 2008.

UNICEF BRASIL, 2008b. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. 2008. Disponível em <[http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9994.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm).> Acesso em: 02 mar. 2008.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Manual de Procedimentos: Prevenção e Tratamento das Intercorrências Mamárias na Amamentação**, 1998.46p.

VALDÉS, V.; SANCHEZ, A.P.; LABBOK, M. **Manejo clínico da amamentação**. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 1996.

VENÂNCIO, S.I.; MONTEIRO, C.A. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Rev. Bras. epidemiologia**. v.1 n.1, São Paulo, abril 1998. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>.> Acesso em: 03 abr. 2007.

VICTORA, C.G. *et al.*: *Anthropometry and body composition of 18 year old men according to duration of breast feeding: birth cohort study from Brazil*. **BMJ**, v. 327, n.901, 2003. Disponível em: <<http://www.bmj.com/cgi/content/full/327/7420/901>>. Acesso em: 21 set. 2007.

VIEIRA, O.G. *et al.* Mastite lactacional e a iniciativa Hospital Amigo da Criança, Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22 n. 6, p.1193-1200, jun, 2006.

VIEIRA, G.O.V.; GIUGLIANI, E.R.J. Problemas com a Mama Puerperal e seu Manejo. Tópicos básicos em aleitamento materno. In JÚNIOR, D.C.; LOPEZ, F.A. **Tratado de Pediatria**. Sociedade Brasileira de pediatria, Rio de Janeiro: Editora Manole, 2006

VINHA, V.H.P. **Projeto aleitamento materno: auto-cuidado com a mama puerperal**. 1a ed. São Paulo: Sarvier, 1994.

VIRTANEN, SM *et al.* 1993. *Early introduction of dairy products associated with increased risk of IDDM in Finnish children. The Childhood in Diabetes in Finland Study Group*. **Diabetes**, v.42, n. 12, p.1786-1790, 1993.

Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&uid=8243824&cmd=showdetailview&indexed=google>>. Acesso em: 17 jan.2008.

VON KRIES, R. *et al* Breast feeding and obesity: cross sectional study. **BMJ**, v. 319, p.147-150, july, 1999.

Disponível em: <<http://www.bmj.com/cgi/content/full/319/7203/147>> . Acesso em: 18 jun. 2007.

WABA. Folheto educativo: **Amamentar é um ato ecológico**, 1997.

WEIGERT, E.M.L. *et al.* Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria**, v.81, n. 4, p.310-315, 2005.

WHO/UNICEF. **Breastfeeding Counselling**: a training course. Geneva; 1993.

WHO- World Health Organization. **Mastitis Causes and Management**. Department of Child And Adolescent Health and Development. Geneva, 2000. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_FCH\\_CAH\\_00.13.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2007

\_\_\_\_\_ Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. How much does breastfeeding protect against infant and child mortality due to infectious diseases? A pooled analysis of six studies from less developed countries. **Lancet** 2000a, v. 15, n.355 p. 451-455.

\_\_\_\_\_ Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. **Lancet**. 2002b, n.360 p.187-195.

\_\_\_\_\_ **Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use**. Third edition, 2004.

ZOYSA, I. ; REA, M.; MARTINES, J. Why promote breastfeeding in diarrhoeal disease control programmes? **Health Policy Plan**, v.6, 371-379, dec. 1991. Disponível em: <[http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/search?session\\_query\\_ref=rbs.queryref\\_1201460821272&COLLECTIONS=hw1&JC=heapol&FULLTEXT.>](http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/search?session_query_ref=rbs.queryref_1201460821272&COLLECTIONS=hw1&JC=heapol&FULLTEXT.>). Acesso em: 04 jul.2007.

## **APÊNDICE 1.**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS DA SAÚDE.**

TÍTULO DO PROJETO: Aleitamento materno no município de Anápolis: saberes e práticas na estratégia saúde da família.

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: Universidade Evangélica de Anápolis

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do estudo científico que tem como finalidade conhecer os fatores que condicionam o processo de implementação das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na rede municipal de saúde de Anápolis.

Serão investigados os conhecimentos e práticas dos profissionais da saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre amamentação e banco de leite humano, assim como as ações desenvolvidas nestas unidades em prol do aleitamento materno no município.

A participação nesse estudo não causa nenhum tipo de dano à integridade física e psíquica dos participantes, podendo, contudo, haver algum tipo de desconforto pelo fato de responder a um questionário. O Sr.(a) poderá não responder ou desistir de continuar no momento que julgar oportuno.

Será utilizado questionário com perguntas abertas e fechadas como instrumento de coleta de dados. A identidade do entrevistado será preservada, sendo nomeado apenas a categoria profissional.

Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e publicações de modo geral.

Os benefícios desta pesquisa serão, por intermédio de sua colaboração, contribuir para as ações de promoção ao aleitamento materno no município e identificar quais os aspectos teóricos e práticos que necessitam de suporte técnico, de materiais educativos e de apoio, visando ao aprimoramento dos conhecimentos e práticas dos/das profissionais da ESF de Anápolis.

Estes questionários serão guardados pela pesquisadora por 5 (cinco) anos e depois queimados.

**Continuação TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS DA SAÚDE.** PESQUISA ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS: SABERES E PRÁTICAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Qualquer esclarecimento que necessite poderá entrar em contato com:

Marluce Martins Machado da Silveira, autora do estudo, pelo endereço: Banco de Leite Humano de Anápolis, Hospital Municipal de Anápolis, av Jamel Cecílio s/n, vila Jussara. Fone 08006463223, e-mail [marluce.machado@gmail.com](mailto:marluce.machado@gmail.com), ou

Nelson Barbosa, orientador da pesquisa, pelo telefone (62) 3545 7174, ou e-mail: [nbbarbosa@cultura.com.br](mailto:nbbarbosa@cultura.com.br); [nelsonbbarbosa@gmail.com](mailto:nelsonbbarbosa@gmail.com).

Minha participação é voluntária e está formalizada através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora. Poderei deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo à minha pessoa.

**Pesquisador** \_\_\_\_\_

**Marluce Martins Machado da Silveira.**

**Participante** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/200

## **APÊNDICE 2.**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – COORDENADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE ANÁPOLIS-GO.**

TÍTULO DO PROJETO: ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS: SABERES E PRÁTICAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: Universidade Evangélica de Anápolis

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do estudo científico que tem como finalidade conhecer os fatores que condicionam o processo de implementação das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na rede municipal de saúde de Anápolis. Serão investigados os conhecimentos e práticas dos profissionais da saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre amamentação e banco de leite humano, assim como as ações desenvolvidas nestas unidades em prol do aleitamento materno no município.

A participação nesse estudo não causa nenhum tipo de dano à integridade física e psíquica dos participantes, podendo, contudo, haver algum tipo de desconforto pelo fato de responder a uma entrevista. O Sr.(a) poderá não responder ou desistir de continuar no momento que julgar oportuno.

Será utilizada entrevista semi-estruturada com perguntas abertas como instrumento de coleta de dados. A identidade do(a) entrevistado(a) será preservada, sendo apenas o cargo que ocupa. A entrevista será gravada, sendo que esta gravação ficará guardada sob cuidados única mente da pesquisadora e de seu orientador por 5 (cinco) anos e então destruídas.

Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral. Os benefícios desta pesquisa serão, por intermédio de sua colaboração, contribuir para as ações de promoção ao aleitamento materno no município e o aperfeiçoamento do conhecimento relativo à amamentação.

Qualquer esclarecimento que necessite poderá entrar em contato com:

Marluce Martins Machado da Silveira, autora do estudo, pelo endereço: Banco de Leite Humano de Anápolis, Hospital Municipal de Anápolis, av. Jamel Cecílio s/n, vila Jussara. Fone 08006463223, e-mail [marluce.machado@gmail.com](mailto:marluce.machado@gmail.com), ou

Nelson Barbosa, orientador da pesquisa, pelo telefone (62) 3545 7174, ou e-mail: [nbbarbosa@cultura.com.br](mailto:nbbarbosa@cultura.com.br); [nelsonbbarbosa@gmail.com](mailto:nelsonbbarbosa@gmail.com).

**Continuação TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –  
COORDENADORES(AS) DAS UNIDADES DA ESF.**

TÍTULO DO PROJETO: Aleitamento materno no município de Anápolis: saberes e práticas na estratégia saúde da família.

Minha participação é voluntária e está formalizada através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora. Poderei deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo à minha pessoa.

**Pesquisador** \_\_\_\_\_

**Marluce Martins Machado da Silveira**

**Participante:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/200



### APÊNDICE 3.

Prezado Secretário de Saúde,

Vimos por meio desta comunicar a realização do estudo científico: “Aleitamento materno no município de Anápolis: saberes e práticas na estratégia saúde da família”.

O referido estudo faz parte da dissertação de mestrado em Sociedade, Meio Ambiente, Políticas Públicas e Tecnologia que desenvolvemos na UniEVANGÉLICA de Anápolis, sob a orientação do professor Nelson Barbosa.

Para prosseguir com a investigação, solicitamos o acesso e a disposição de dados e informações concernentes ao programa de promoção ao aleitamento materno no município de Anápolis. Solicito também a oportunidade de participarmos de capacitações oferecidas pela secretaria municipal de saúde aos médicos(a), odontólogos(as) e enfermeiros(a) da Estratégia Saúde da Família de Anápolis, em quantos encontros forem necessários, previamente agendados por esta secretaria. Nestas oportunidades, antes do início das capacitações pretendemos aplicar um questionário àqueles que se dispuserem a colaborar com a pesquisa, nas oportunidades que nos forem oferecidas pelos(as) facilitadores.

Agradecemos antecipadamente sua atenção e contribuição para a realização desta pesquisa, sendo que pretendemos em breve oferecer os resultados, na esperança que colaborem para as estratégias de promoção do aleitamento materno no município.

---

(Secretário de Saúde do Distrito Federal)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /2008.

Marluce Martins Machado da Silveira

Mestranda em Sociedade, Meio Ambiente, Políticas Públicas e Tecnologia

Universidade Evangélica de Anápolis

## APÊNDICE 4

### MODELO DE QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE:

Caro/a colega:

Este questionário é parte de uma pesquisa sobre amamentação e banco de leite humano, para a dissertação de mestrado que estou realizando na UniEvangélica. Seu preenchimento não é obrigatório, mas poderá ser muito útil e espero em breve ter os resultados apresentados para a equipe e poder contribuir para a promoção da amamentação no município de Anápolis.

Não haverá identificação e não é o seu trabalho que estará sendo avaliado, mas a promoção da amamentação.

Muito obrigada.

Marluce Martins Machado da Silveira.

- 1- Profissão: ( ) Médico/a ; ( ) Enfermeira/o; ( ) Odontólogo/a
- 2- Pós-graduação: ( ) sim ( ) não
- 3- Se sim, qual:
- 4- Idade:
- 5- Sexo ( ) feminino ( ) masculino
- 6- Tem filhos? ( ) sim ( ) não
- 7- Seus/suas filhos/as foram amamentados no peito? ( ) sim ( ) não
- 8- Se sim, por quanto tempo cada um dos seus filhos recebeu aleitamento materno exclusivo? (só leite materno, sem nenhum outro alimento sólido ou líquido, nem água, nem chá) :
  - A. 1º filho \_\_\_\_\_
  - B. 2º filho \_\_\_\_\_
  - C. 3º filho \_\_\_\_\_
  - D. Mais de 3 filhos \_\_\_\_\_
- 9- Seus/suas filhos/as usaram chupeta? (bico) ( ) Sim ( ) Não
- 10- Seus/suas filhos/as usaram chucha ou mamadeira? ( ) Sim ( ) Não

11- No seu entendimento, o que é um banco de leite humano e quais são as atividades exercidas nele?

---



---



---

12- O Sr/Sra sabe onde está localizado o banco de leite humano de Anápolis?

( ) sim ( ) não

13- Se sim, onde?

---

14- O Sr/Sra já realizou algum encaminhamento de pacientes ao banco de leite humano de Anápolis?

( ) sim ( ) não

15- Se sim, por qual ou quais motivos? \_\_\_\_\_

---



---

16- Como o Sr. (Sra.) avalia as ações de educação em amamentação em sua unidade?

- A. ( ) Bom  
 B. ( ) Regular  
 C. ( ) Insuficiente.

17- Já participou de alguma capacitação em aleitamento materno?

( ) sim ( ) não

Se sim, quantas, quando, onde e qual a foi a maior carga horária \_\_\_\_\_

18- Há quanto tempo trabalha no PSF? \_\_\_\_\_

19- Quantas pessoas em média você atende por dia:

- gestante \_\_\_\_\_
- crianças com menos de 6 meses \_\_\_\_\_
- crianças entre 6 meses e 1 ano \_\_\_\_\_

20- O Sr/Sra faz orientação em amamentação? ( ) sim ( ) não

Se sim, em quais ocasiões:

A ( ) consulta pré-natal

- B ( ) consulta de puericultura  
C ( ) consulta pediátrica em geral  
D ( ) vacinação  
E ( ) outras ( ) favor especificar \_\_\_\_\_

QUESTÕES NÚMERO 21 e 22:

Quando atende mulheres ou crianças amamentando, o Sr/Sra:

21- Pergunta sobre a amamentação

( ) sempre ( ) as vezes ( ) raramente ( ) nunca

22- Verifica a mamada

( ) sempre ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca

23- Cite o que o Sr/Sra considera importante avaliar em uma mamada.

---

---

---

---

---

24- Com o Sr/Sra orienta uma mulher com ingurgitamento mamário?

---

---

---

---

25- Qual é o período que deve durar uma amamentação exclusiva, ou seja, sem uso de qualquer complemento líquido ou sólido ?

( ) 4 meses ( ) 6 meses ( ) entre 4 a 6 meses ( ) mais que 6 meses

26- Cite 3 benefícios do aleitamento materno para a mãe

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

27- Cite 3 benefícios do aleitamento materno para a criança

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

28- Cite 3 indicações para um bebê receber leite humano de um banco de leite:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

29- Cite 2 orientações que você daria para uma mãe cujo bebê esteja recebendo leite do banco de leite por impossibilidade de sugar.

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

30- O LAM (Método da Lactância Amenorréia) é um método contraceptivo que requer 3 fatores ocorrendo simultaneamente para seu uso. Cite estes 3 fatores e a sua eficácia.

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Eficácia: \_\_\_\_\_

QUESTÕES DE NÚMERO 31 a 46:

• Assinale com V para verdadeiro ou F para falso:

31- ( ) É importante lavar a mama e o mamilo com água e sabão após cada mamada

32- ( ) É importante trocar de mama após cerca de 10 minutos de início da mamada, para que o bebê mame os dois seios

33- ( ) O uso de chupetas pode prejudicar a amamentação

34- ( ) Em caso de mastite deve-se suspender a amamentação e usar antibióticos;

35- ( ) Uma das causas de fissuras é a longa duração de uma mamada

36- ( ) O tratamento das fissuras mamárias deve ser: secador de cabelo ou banho de sol, associado a ordenha pré-mamada.

- 37- ( ) Em caso de ingurgitamento mamário, deve-se realizar ordenha com bombinhas até o alívio das mamas.
- 38- ( ) O bebê deve ser amamentado com regularidade: de 2 em 2 horas na primeira semana e de 3 em 3 horas daí em diante.
- 39- ( ) Se houver diminuição da produção de leite, e o bebê der mostras de que está com fome, deve-se começar a complementação imediatamente.
- 40- ( ) A composição do leite varia ao longo da mamada em um seio, isto é, o leite inicial é diferente do leite final.
- 41- ( ) O sucesso da amamentação depende da relação mãe-bebê, não sendo influenciada pela participação dos familiares ou por valores culturais.
- 42- ( ) O uso de chá é inofensivo à amamentação.
- 43- ( ) Amamentar é um ato natural e instintivo. Portanto, toda mulher pode amamentar. Basta colocar o bebê no peito que o leite desce.
- 44- ( ) A hipogalactia (baixa produção de leite) é uma patologia mais comum em primíparas.
- 45- ( ) Nas campanhas e palestras, informar a mulher sobre os benefícios da amamentação é tão importante quanto apoiá-la caso encontre dificuldades em amamentar.
- 46- ( ) O trabalho fora do lar é o principal motivo do desmame precoce;

**APÊNDICE 5****MODELO DE QUESTIONÁRIO PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE-  
ACS**

Caro/a colega:

Este questionário é parte de uma pesquisa sobre amamentação e banco de leite humano, para a dissertação de mestrado que estou realizando na UniEvangélica. Seu preenchimento não é obrigatório, mas poderá ser muito útil e espero em breve ter os resultados apresentados para a equipe e poder contribuir para a promoção da amamentação no município de Anápolis.

Não haverá identificação e não é o seu trabalho que estará sendo avaliado, mas a promoção da amamentação.

Muito obrigada.

Marluce Martins Machado da Silveira.

1. Grau de instrução: Ensino fundamental incompleto(  );  
                                Ensino fundamental completo (  )  
                                Ensino médio incompleto (  )  
                                Ensino médio completo (  )  
                                OUTRO \_\_\_\_\_
2. IDADE: \_\_\_\_\_
3. SEXO: (  ) Feminino  
          (  ) Masculino
4. Tem filhos? (  ) sim   (  ) não
5. Seus/suas filhos/as foram amamentados no peito? (  ) sim (  ) não
6. Se sim, por quanto tempo cada um dos seus filhos recebeu aleitamento materno exclusivo? (só leite materno, sem nenhum outro alimento sólido ou líquido, nem água, nem chá) :  
A. 1º filho \_\_\_\_\_  
B. 2º filho \_\_\_\_\_

C. 3º filho \_\_\_\_\_

D. Mais de 3 filhos \_\_\_\_\_

7. Seus/suas filhos/as usaram chupeta? (bico) ( ) Sim ( ) Não

8. Seus/suas filhos/as usaram chucha ou mamadeira? ( ) Sim ( ) Não

9. No seu entendimento, o que é um banco de leite humano e quais são as atividades exercidas nele?

---

---

---

---

10. O Sr/Sra sabe onde está localizado o banco de leite humano de Anápolis?  
( ) sim ( ) não

Se sim, onde?

---

11. O Sr/Sra já realizou algum encaminhamento de pacientes ao banco de leite humano de Anápolis?

( ) sim ( ) não

12. Se sim, por qual ou quais motivos?

---

---

---

13. Já participou de alguma capacitação em aleitamento materno?

( ) sim ( ) não

Se sim, quantas, quando, onde e qual foi a maior carga horária?

---

---

14. Há quanto tempo trabalha no PSF?



15. Quantas pessoas em média o Sr/Sra atende por dia:
- Gestante:\_\_\_\_\_
  - Crianças com menos de 6 meses\_\_\_\_\_
  - Crianças entre 6 meses e 2 anos\_\_\_\_\_
16. O Sr/Sra realiza visitas domiciliares pós-parto?  
( ) sim ( ) não
17. O Sr/Sra realiza orientação em amamentação nas visitas domiciliares?  
( ) sim ( ) não
18. Como o Sr/Sra avalia as ações de promoção ao aleitamento materno em sua unidade de saúde
- A. Bom ( )
  - B. Regular ( )
  - C. Insuficiente ( )

#### QUESTÕES NÚMERO 19 E 20:

Quando atende mulheres ou crianças em aleitamento materno, o Sr/Sra:

19. Pergunta sobre a mamada:  
( ) sempre ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
20. Verifica a mamada:  
( ) sempre ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
21. Cite o que o Sr/Sra considera importante avaliar em uma mamada:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
22. Como o Sr/Sra orienta uma mulher com ingurgitamento mamário?

---

---

---

23. Qual o período que deve durar uma amamentação exclusiva, ou seja, sem uso de qualquer complemento líquido ou sólido ?

( ) 4 meses ( ) 6 meses ( ) entre 4 a 6 meses ( ) mais que 6 meses

24. Cite 3 benefícios do aleitamento materno para a mãe

- ---
- ---
- ---

25. Cite 3 benefícios do aleitamento materno para a criança

- ---
- ---
- ---

26. Cite 3 indicações para um bebê receber leite humano de um banco de leite:

- ---
- ---
- ---

27. Cite 2 orientações que você daria para uma mãe cujo bebê esteja recebendo leite do banco de leite por impossibilidade de sugar.

- ---
- ---

QUESTÕES DE NÚMERO 28 a 43:

• Assinale com V para verdadeiro ou F para falso:

28. ( ) É importante lavar a mama e o mamilo com água e sabão após cada mamada.

29. ( ) É importante trocar de mama após cerca de 10 minutos de início da mamada, para que o bebê mame os dois seios.
30. ( ) O uso de chupetas pode prejudicar a amamentação,
31. ( ) Em caso de mastite deve-se suspender a amamentação e usar antibióticos.
32. ( ) Uma das causas de fissuras é a longa duração de uma mamada.
33. ( ) O tratamento das fissuras mamárias deve ser: secador de cabelo ou banho de sol, associado a ordenha pré-mamada.
34. ( ) Em caso de ingurgitamento mamário, deve-se realizar ordenha com bombinhas até o alívio das mamas.
35. ( ) O bebê deve ser amamentado com regularidade: de 2 em 2 horas na primeira semana e de 3 em 3 horas daí em diante.
36. ( ) Se houver diminuição da produção de leite, e o bebê der mostras de que está com fome, deve-se começar a complementação imediatamente.
37. ( ) A composição do leite varia ao longo da mamada em um seio, isto é, o leite inicial é diferente do leite final.
38. ( ) O sucesso da amamentação depende da relação mãe-bebê, não sendo influenciada pela participação dos familiares ou por valores culturais.
39. ( ) O uso de chá é inofensivo à amamentação.
40. ( ) Amamentar é um ato natural e instintivo. Portanto, toda mulher pode amamentar. Basta colocar o bebê no peito que o leite desce.
41. ( ) A hipogalactia (baixa produção de leite) é uma patologia mais comum em primíparas.
42. ( ) Nas campanhas e palestras, informar a mulher sobre os benefícios da amamentação é tão importante quanto apoiá-la caso encontre dificuldades em amamentar.
43. ( ) O trabalho fora do lar é o principal motivo do desmame precoce;

## APÊNDICE 6

### ENTREVISTA PARA COORDENADORES/AS DO PROGRAMA ESF:

1. Nas unidades de saúde sob sua coordenação, existe um local destinado a realização de ações educativas?
2. São realizadas ações educativas em aleitamento materno?
3. Se não, qual o principal motivo?
4. Se sim, com qual frequência?
5. Em sua opinião, qual a importância de se realizar estas ações?
6. Quais profissionais são responsáveis por estas ações?
7. Existem materiais educativos específicos para estas ações educativas?
8. Se sim, quais?
9. São realizadas visitas domiciliares as puérperas?
10. Se sim, quais profissionais realizam estas visitas?
11. Os profissionais da ESF possuem capacitação em aleitamento materno?
12. Quantas capacitações em aleitamento materno foram realizadas para estes profissionais nos últimos 3 anos?
13. Gostaria de expressar alguma observação?

