



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
LUCIA VANDA TEIXEIRA DE FREITAS CAVALCANTE

**PRÁTICAS DO ALEITAMENTO MATERNO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO
DE IGUATU-CEARÁ**

IGUATU-CEARÁ

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

LÚCIA VANDA TEIXEIRA DE FREITAS CAVALCANTE

PRÁTICAS DO ALEITAMENTO MATERNO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO MUNICÍPIO DE IGUATU-CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Dafne Paiva Rodrigues

IGUATU-CERÁ

2009.

LUCIA VANDA TEIXEIRA DE FREITAS CAVALCANTE

PRÁTICAS DO ALEITAMENTO MATERNO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO MUNICÍPIO DE IGUATU-CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para obtenção do Grau de Mestre.

Aprovada em: 27/05/2009

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Dafne Paiva Rodrigues (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto
Universidade Estadual do Ceará

Prof.^a Dr.^a Maria Veraci Oliveira Queiroz
Universidade Estadual do Ceará

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Júlio César e Vanda Lúcia, onde encontrei incentivo para superar minhas limitações. Aprendi com vocês o significado da dignidade, honestidade, respeito e sobretudo, a importância de sonhar e mais que isso: de realizar os meus sonhos.

A meu esposo Israel, pela compreensão da ausência, paciência dispensada, nos momentos dos meus estudos e principalmente pelo apoio demonstrado em favor do meu crescimento pessoal e profissional.

Às minhas filhas Isabelle e Isadora, que doaram-se em silêncio e aceitaram a minha ausência, mesmo sendo motivo de saudades, deixo como exemplo a valorização pelo conhecimento e aprendizado.

A todos vocês, razão maior da minha vida, esta vitória!

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de inspiração, a quem estou para agradecer pela vida, sabedoria e oportunidade de conquistar e concluir mais esta etapa.

À Tia Lúcia Vanda Benevides Costa e Família, por me acolherem na sua residência durante o período do Mestrado.

À Minha amiga e colega de profissão, Wanderleya Lavor, pelo apoio, estímulo e em especial pelo suporte técnico.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Dafne Paiva Rodrigues, por me ajudar na construção do trabalho.

Ao Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto, pela valiosa contribuição na construção da metodologia do estudo.

À Prefeitura Municipal de Iguatu pela liberação das atividades durante os períodos de aula.

À Organização Panamericana de Saúde (OPAS), pelo apoio financeiro, concedido para a realização do Mestrado.

Ao Médico Antônio Carlile Holanda Lavor, pelo financiamento junto à Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

À Universidade Estadual do Ceará, por conceder-me esta oportunidade grandiosa de aprimorar meus conhecimentos.

Às mães, aos agentes comunitários de saúde e aos profissionais de nível superior do Programa Saúde da Família, que participaram da pesquisa, contribuindo para a realização deste trabalho, meu muito Obrigada.

RESUMO

O Aleitamento materno exclusivo é considerado uma das mais importantes medidas para a redução da morbi-mortalidade infantil e estratégia para a promoção da saúde da criança, em todos os aspectos bio-psiosociais. O estudo teve como objetivo geral analisar as práticas do aleitamento materno exclusivo na Estratégia Saúde de Família no município de Iguatu-CE. Utilizou-se como método de estudo, um desenho transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, por meio da aplicação de três instrumentos de coleta de dados, sendo um formulário para as mães de crianças menores de seis meses, um questionário auto-preenchido para agentes comunitários de saúde e outro questionário para profissionais de nível superior atuantes na Estratégia Saúde da Família. Os participantes do estudo se constituíram por 402 mães, 146 agentes comunitários de saúde e 36 profissionais de nível superior. Após coletados, os dados foram digitados em três bancos de dados no Programa SPSS 15.0, sendo analisados descritivamente e por meio de testes estatísticos de associação. Quanto à prevalência de aleitamento materno aos seis meses, foi encontrada uma taxa de 85,32% e de aleitamento materno exclusivo 37,31%. Evidenciou-se carência de informações indispensáveis para o sucesso da amamentação, tendo em vista que 25% dos profissionais de nível superior e 45,89% dos Agentes Comunitários de Saúde acreditavam na necessidade de lavar os mamilos com água e sabão após as mamadas, 38,89% dos profissionais de nível superior e 65,75% dos Agentes Comunitários de Saúde afirmaram que o leite materno deveria ser ofertado sob livre demanda e 52,78% dos profissionais de nível superior e 36,30% dos agentes comunitários afirmaram ser necessária a complementação caso a amamentação não acontecesse em até 3 dias após o parto, além de déficit de estratégias de educação em saúde em grupos, abordando o tema. O estudo mostra que não há iniciativas de grupos comunitários de apoio à amamentação, sendo recomendado o incentivo à criação de grupos locais, compostos por membros da comunidade que apoiem e tenham conhecimento técnico para abordagem dos fatores que influem negativamente na prática da amamentação.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Saúde da Família; Saúde da Criança.

ABSTRACT

Exclusive breastfeeding is considered one of the most important measures in order to decrease children's morbidity and mortality and is also a strategy in promoting children's health in every aspects. This study's objective was the assessing of the practice of exclusive breastfeeding in the context of a strategy within a Family's Health Program from the city of Iguatu-CE. The method of study used was a descriptive transverse study with a quantitative approach by means of applying three instruments for collecting data: a questionnaire for mothers of children less than 06 months; another questionnaire for the health community agents that they fill in by themselves; and another questionnaire for the graduated professionals that work with the strategy of the Family's Health Program. The participants for the study were 402 mothers, 146 health community agents and 36 graduated professionals. The data collected were inserted in three database of the SPSS 15.0 program and have been analyzed through description and statistic associative tests. The prevalence of breastfeeding for 06 months was found to be of 85,32% and the prevalence of exclusive breastfeeding was 37,31%. There was evidence of the lack of information necessary for a successful rate of breastfeeding having in mind that 25% of the graduated professionals and 45,89% of the health community agents believed that it is necessary to wash the nipples with water and soap after the breastfeeding; 38,89% of the graduated professionals and 65,75% of the health community agents asserted that breast milk should be offered on a free-demand basis; and 52,78% of the graduated professional and 36,30% of the health community agents asserted the necessity of complementary nutrition in case there was no outflow of milk from the breasts after 03 days from birth, as well as there was evidence of a deficit of strategies for health education approaching breastfeeding within community groups. The study shows that there is no initiative from community groups that support breastfeeding and recommends a stimulus for the creation of local groups made up of members of the community that are willing to support and provide technical knowledge approaching the factors that influence negatively the practice of breastfeeding.

Key words: Breastfeeding; Family's Health; Children's Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
ENDEF	Estudo Nacional da Defesa Familiar
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amigos da Amamentação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	PNSN- Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
PSF	Programa Saúde da Família
RN	Recém Nascido
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil Global
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

1	Proporção de crianças até 4 meses com aleitamento materno exclusivo nas áreas cobertas por agentes comunitários de saúde/ Programa Saúde da Família, Brasil e Regiões, 2005.....	16
2	Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) Global nas áreas cobertas por Saúde da Família, Brasil e Regiões, 2005.....	17
3	Localização do Município de Iguatu.....	41
4	Divisões Sanitárias do município de Iguatu.....	42

LISTA DE TABELAS

1	Distribuição de acordo com o aleitamento materno realizado pelas mães. Iguatu-CE, 2008.....	48
2	Descrição do outro tipo de alimento ingerido pelo bebê além do leite materno. Iguatu-CE, 2008.....	49
3	Distribuição de acordo com os motivos responsáveis pela introdução de outros alimentos na dieta do lactente. Iguatu-CE, 2008.....	50
4	Distribuição de acordo com a realização da visita domiciliar puerperal. Iguatu-CE, 2008.....	51
5	Distribuição de acordo com qual profissional de saúde realizou a visita e idade do bebê. Iguatu-CE, 2008.....	51
6	Distribuição de acordo com o tipo de orientação recebida durante a visita. Iguatu-CE, 2008.....	52
7	Distribuição de acordo com dificuldades na amamentação. Iguatu-CE, 2008.....	52
8	Distribuição de acordo com qual o profissional ajudou para superar essa dificuldade. Iguatu-CE, 2008.....	53
9	Distribuição de acordo com a participação dos profissionais de nível superior e ACS em treinamentos sobre amamentação. Iguatu-CE, 2008.....	53
10	Distribuição de acordo com a orientação sobre amamentação dada à mãe na primeira visita. Iguatu-CE, 2008.....	54
11	Distribuição de acordo com a orientação dada às gestantes sobre as vantagens e importância da amamentação. Iguatu-CE, 2008.....	54
12	Distribuição de acordo com a orientação dada as mães sobre a amamentação. Iguatu-CE, 2008.....	55
13	Distribuição de acordo com a capacidade dos profissionais de nível superior e ACS em corrigir possíveis erros na mamada e orientar a mãe para melhorar a técnica. Iguatu-CE, 2008.....	55

14	Distribuição de acordo com a orientação do ACS para ensinar as mães a prevenir fissuras, dores ou ingurgitamento. Iguatu-CE, 2008.....	56
15	Distribuição de acordo com o desenvolvimento de atividades educativas em grupo com as gestantes pelos ACS. Iguatu-CE, 2008.....	56
16	Distribuição de acordo com o desenvolvimento de atividades educativas em grupo com as mães pelos profissionais de nível superior e ACS. Iguatu-CE, 2008.....	56
17	Distribuição de acordo com as orientações às mães e gestantes sobre amamentação durante as atividades em grupo. Iguatu-CE, 2008.....	57
18	Distribuição de acordo com a existência na área de grupo comunitário de apoio à amamentação. Iguatu-CE, 2008.....	57
19	Distribuição de acordo com o profissional a quem encaminha as mães com problemas na amamentação. Iguatu-CE, 2008.....	57
20	Distribuição de acordo com as condutas realizadas pelos profissionais de nível superior nas consultas de pré-natal. Iguatu-CE, 2008.....	58
21	Distribuição de acordo com a realização de consulta de puericultura pelos profissionais de nível superior. Iguatu-CE, 2008.....	58
22	Distribuição de acordo com informações dadas nas consultas de puericultura pelos profissionais de nível superior. Iguatu-CE, 2008.....	59
23	Distribuição de acordo com a verificação da mamada do bebê, observando a pega e posição pelos profissionais de nível superior. Iguatu-CE, 2008.....	59
24	Distribuição de acordo com a orientação dada às mães sobre a prevenção de problemas mamários. Iguatu-CE, 2008.....	59
25	Distribuição de acordo com as orientações feitas à mãe com problemas de ingurgitamento ou com fissura de bico. Iguatu-CE, 2008.....	60
26	Distribuição de acordo com a orientação sobre amamentação dada às mães e gestantes durante as atividades em grupo pelos profissionais de nível superior. Iguatu-CE, 2008.....	60

27	Distribuição de acordo com a realização de visitas domiciliares a puerperas. Iguatu-CE, 2008.....	61
28	Distribuição de acordo com a verificação da mamada e correção de possíveis erros durante as visitas. Iguatu-CE, 2008.....	61
29	Tabela 29 – Distribuição dos profissionais de nível superior de acordo com o desenvolvimento de outras atividades que estimulem a amamentação na área em que atua. Iguatu-CE, 2008.	61
30	Distribuição de acordo com as atitudes dos funcionários em orientar sobre a amamentação. Iguatu-CE, 2008.....	62
31	Distribuição de acordo com o funcionário responsável pela orientação dada às mães na equipe de saúde. Iguatu-CE, 2008.....	62
32	Distribuição de acordo com a informação dada pelo funcionário da equipe. Iguatu-CE, 2008.....	63
33	Distribuição dos conhecimentos dos profissionais de nível superior e ACS sobre situações em que as mães podem se encontrar no período da amamentação . Iguatu-CE, 2008.....	33
34	Conhecimentos sobre as vantagens da amamentação para a mulher, segundo mãe, profissionais de nível superior e agentes comunitários de saúde. Iguatu-CE, 2008.....	67
35	Conhecimentos sobre as vantagens da amamentação para o bebê, segundo mães, profissionais de nível superior e agentes comunitários de saúde. Iguatu-CE, 2008.....	68
36	Idade na primeira visita após o nascimento do bebê, segundo mães, profissionais de nível superior e agentes comunitários de saúde. Iguatu-CE, 2008.....	69
37	Informações sobre amamentação nas atividades de supervisão sob a visão dos agentes comunitários de saúde e profissionais de nível superior. Iguatu-CE, 2008.....	69
38	Orientação para a mãe com problemas para a amamentação, por agentes comunitários de saúde e profissionais de nível superior. Iguatu-CE, 2008.....	70
39	Relação entre renda familiar materna e amamentação. Iguatu-CE, 2008.....	71
40	Relação do local de residência materna e a amamentação dada. Iguatu-CE, 2008.....	71

41	Relação entre o número de consultas pré-natais realizadas pelas mães e a amamentação. Iguatu-CE, 2008.....	72
42	Relação entre a dificuldade para amamentar e as orientações recebidas por profissionais do PSF. Iguatu-CE, 2008.....	72
43	Relação entre a dificuldade para amamentar e o apoio recebido pelos profissionais de saúde. Iguatu-CE, 2008.....	73
44	Relação entre a orientação dada pelos profissionais às mães sobre as vantagens e desvantagens da amamentação nas consultas pré-natais e a participação dos mesmos em algum treinamento sobre aleitamento materno. Iguatu-CE, 2008.....	74

SUMÁRIO

RESUMO	5
ABSTRACT.....	6
LISTA DE ABREVIATURAS.....	7
LISTA DE FIGURAS.....	8
LISTA DE TABELAS.....	9
1.INTRODUÇÃO.....	15
2.OBJETIVOS.....	23
2.1 Geral.....	23
2.2 Específicos.....	23
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	25
3.1 Aleitamento materno ao longo da história.....	25
3.2 Aleitamento materno: suas crenças e tabus.....	28
3.3 Políticas de Saúde sobre Aleitamento Materno.....	30
3.3.1 Iniciativa Hospital Amigo da Criança.....	30
3.3.2 Técnica Mãe Canguru X aleitamento materno.....	32
3.3.3 Programa Saúde da Família.....	34
3.4 O profissional de saúde e o processo de amamentação.....	35
4. METODOLOGIA.....	40
4.1 Tipo de estudo.....	40
4.2 Local e período da pesquisa.....	41
4.3 Variáveis do estudo.....	43
4.4 Participantes do estudo.....	44
4.5 Técnica e instrumentos de coleta de dados.....	45
4.6 Análise de dados.....	46
4.7 Aspectos éticos da pesquisa.....	46
5. RESULTADOS.....	48
6. DISCUSSÃO	76
7. CONCLUSÃO.....	92
REFERÊNCIAS.....	96
APÊNDICE A - Carta de explicação aos profissionais de saúde.....	102
APÊNDICE B - Formulário para as mães com filhos menores de 6 meses de idade.....	103
APÊNDICE C - Questionário para profissionais de saúde de nível superior.....	113
APÊNDICE D - Questionário para Agentes Comunitários de Saúde.....	123
ANEXO A - Solicitação para autorização da pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde.....	132
ANEXO B - Autorização para realização da pesquisa.....	133
ANEXO C - Ofício de encaminhamento para o Comitê de Ética e Pesquisa da UECE.....	134
ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	135
ANEXO E - Declaração de Concordância.....	137

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a política de saúde da criança no Brasil tem priorizado as ações de promoção, proteção à saúde incluindo o apoio ao aleitamento natural. Esta é uma estratégia fundamental para reduzir a mortalidade infantil no país e melhorar a saúde das crianças brasileiras. O leite materno desempenha papel importante no desenvolvimento intelectual e no relacionamento afetivo das mães com os seus bebês. (VOLPINI, 2005)

Incentivar o aleitamento materno é, atualmente, objetivo de campanhas mundiais, pois é sabido que o leite materno e a estimulação adequada do bebê constituem fatores fundamentais para o desenvolvimento nutricional, motor, cognitivo e psicossocial dos mesmos, principalmente nos primeiros meses de vida.

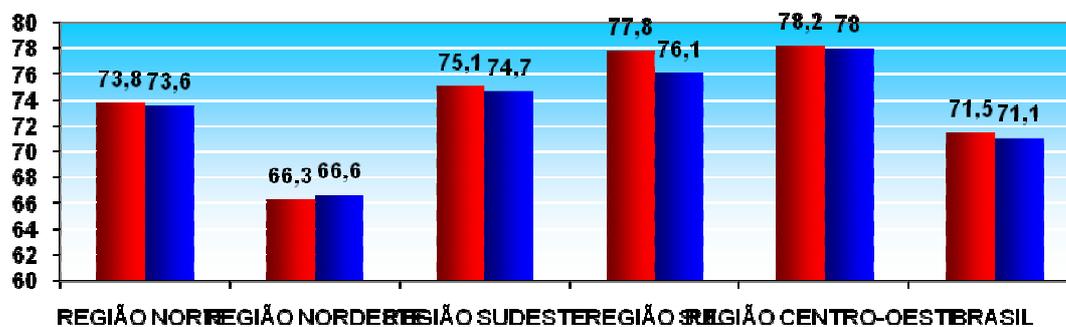
O leite materno é sem dúvida, um alimento básico e essencial para um melhor crescimento e desenvolvimento da criança. Além de ser o mais completo alimento para o bebê, está sempre pronto na temperatura ideal e não precisa ser misturado, esterilizado ou se quer acondicionado de nenhuma forma. Ele possui um alto grau de nutrientes e todos os carboidratos, vitaminas e minerais de que o bebê necessita. É facilmente digerível pelo bebê e possui anticorpos que protegem contra doenças (KING, 2001). Apesar da aparência acinzentada do leite materno, este contém todos os nutrientes essenciais para que a criança tenha um desenvolvimento saudável (BURROUGHS, 1995).

A forma mais segura, eficaz e completa de alcançar crescimento adequado de uma criança até o sexto mês de vida pós-natal, é garantir o alimento materno exclusivo desde a primeira meia hora de vida extra-uterina, sendo este prático alimento, fundamental para o lactente nesta faixa etária (OMS, 1994).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1994), a estimativa é que, a cada ano, um milhão e meio de mortes poderiam ser evitadas por meio da prática do aleitamento materno.

Por conseguinte, Wright (2001) afirma que, apesar dos grandes esforços desenvolvidos visando a promoção do aleitamento materno, o ganho em termos de aumento da prevalência do aleitamento materno não tem sido o esperado.

De acordo com Araújo (2002), a prevalência do aleitamento materno exclusivo está bem abaixo do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pelo governo brasileiro. As pesquisas realizadas por esses órgãos mostram que na faixa etária de 0 a 30 dias, 5,1% dos bebês são amamentados exclusivamente no peito, ocorrendo, ao passar dos dias, uma brusca redução nos índices de aleitamento, sendo de 21,6% a prevalência de aleitamento materno exclusivo na faixa etária de 91 a 120 dias, e de 9,7% na faixa etária entre 151 e 180 dias. A duração média de aleitamento materno no Brasil foi de 23 dias, e de aleitamento materno predominante foi de 296 dias. Comparando os dados obtidos entre as capitais, destacam-se dentro de índices na faixa etária de 91 a 120 dias: Florianópolis (37,03%), Belém (37,0%), Fortaleza (36,4%), São Luis (32,5%) e Brasília (30,9%).



FONTE: SIAB – indicadores 2005.

FIGURA 1 – Proporção de crianças até quatro meses com aleitamento materno exclusivo nas áreas cobertas por agentes comunitários de saúde/ Programa Saúde da Família, Brasil e Regiões, 2005.

Foi apontada no Ceará a necessidade de incentivar a amamentação como principal fator para redução dos índices de mortalidade infantil no estado, o qual no ano de 2005, foi de 18,5 mortes por mil nascidos vivos. A taxa apresentada é inferior à média da região nordeste, 21,7%, porém superior a do Brasil, de 17,9% segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).



FONTE: SIAB – indicadores 2005.

FIGURA 2 – Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) Global nas áreas cobertas por Saúde da Família, Brasil e Regiões, 2005.

A taxa de mortalidade infantil teve redução, devido ao crescimento do índice de aleitamento materno, que em 2005 foi de 70% no Estado do Ceará e no município de Iguatu foi de 66%, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (BRASIL, 2005).

Estes índices estão sendo reduzidos entre mães de todas as faixas etárias, no entanto, são cada vez menores entre mães adolescentes, as quais apresentam mais resistências à manutenção exclusiva, além de se mostrarem mais inseguras quanto ao seu papel de mãe.

A amamentação se mostra à mulher de forma diferente em diferentes momentos, revelando um duplo sentir, pois a mulher pode vivenciar uma experiência boa, bonita e agradável, mas também como uma experiência ruim, difícil e estressante. Tais sentimentos dependem de vários contextos psicossociais e emocionantes (ARANTES, 1995).

A ligação emocional na qual as mulheres se referem, está relacionada ao vínculo existente entre a amamentação e o amor da mãe pelo filho. Afinal, a criança

que é alimentada muito próxima à pele da mãe pode ouvir o ritmo de seu coração, sentir o calor de seu corpo e sentir segurança (WHANLEY, 1989).

O alimento materno proporciona ao binômio mãe, filho e a sociedade importantes benefícios (VALDES *et al.*, 1993), além de estabelecer um vínculo afetivo, facilita uma maior união entre ambos. Essa ligação emocional muito forte e precoce pode facilitar o desenvolvimento da criança e seu relacionamento com outras pessoas (KING, 2001).

A decisão materna de amamentar ou não e, por quanto tempo, parece ser baseada em diversos fatores, tais como a motivação, o apoio familiar, a educação, o acesso, a informação sobre as vantagens do aleitamento materno e treinamento adequado sobre as técnicas de amamentação.

Está cientificamente comprovado que a amamentação traz inúmeros benefícios à criança. O leite materno tem características que proporcionam digestão rápida e fácil absorção (CICONI; VENÂNCIO; ESCUDER, 2004) e contém substâncias necessárias à nutrição que ajudam o bebê a crescer forte, evitando a desnutrição infantil.

A lactância natural constitui a melhor opção para as crianças menores de seis meses de vida, pela sua superioridade nutricional, defesa imunológica e ausência e agressão físico-química (CARVALHO; TAMEZ, 2002). Por esse motivo, a introdução de outros alimentos, durante essa faixa etária, podem acentuar a morbimortalidade das crianças menores de um ano de idade.

As crianças amamentadas têm menor risco de morrer de enfermidades, infecciosas e apresentam menor incidência e severidade de infecções, qualidade relevante nos países em desenvolvimento, onde a diarreia, com suas seqüelas, como a desnutrição e mortalidade, é freqüente nos lactentes com alimentação artificial (VALDES *et al.*, 1993).

Apesar de a lactação ser um processo natural, o aleitamento materno requer um cuidado que deve ser apreendido tanto pela nutriz como pelo lactante. O papel dos profissionais de saúde (agente comunitário de saúde, médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas, psicólogos, dentre outros) está voltado a

facilitar este processo. Para isso, devem compreender a anatomia e a fisiologia da glândula mamária e da boca do lactante, conhecer a técnica da amamentação e saber prevenir e tratar os problemas que podem complicar esse processo (VALDES et al, 1993). Essa prática deve ser exercitada junto às mulheres que solicitem ajuda, ou que são identificadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) através de visitas domiciliares que apresentam algum problema ou dúvidas sobre essa prática.

É necessário que os profissionais compreendam essa faceta da amamentação, para que possam tratar a questão de maneira aberta com a mulher, contemplando-a como sujeito de experiência (ARANTES, 1995) e não como um ser que não pensa, não sente e não apresenta seus conflitos.

É de responsabilidade de todos os profissionais de saúde evitar a introdução de novos alimentos antes do sexto mês de vida da criança, incentivando o aleitamento materno durante a assistência do pré-natal e no pós-parto.

Com o programa de saúde da família, criado pelo Ministério da Saúde no ano de 1994, chegou ao fim do ano de 2005 com mais de 24 mil equipes, das quais 12 mil contando com equipe de saúde bucal, presentes em 90% dos municípios brasileiros, atendendo 44% da população (DUNCAN, 2005).

A estratégia saúde da família é um modelo de Organização dos serviços de atenção Primária à saúde peculiar do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado em equipes multiprofissionais compostas por no mínimo, um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis a doze agentes comunitários de saúde, responsáveis pela atenção integral e contínua a saúde de cerca de 800 famílias ou em média 3,000 habitantes, residente em território definido. As Equipes de Saúde da Família podem ser complementadas por Equipe de saúde bucal composta pela equipe mínima de um odontólogo, um auxiliar de consultório dentário e/ou técnico de higiene dental (BRASIL, 2006).

No Iguatu, a implantação do Programa Saúde da Família ocorreu no ano de 1994 com implantação de quatro equipes localizadas em zona rural do município. Atualmente, o município conta com 25 (vinte e cinco) Equipes de Saúde da Família, estruturadas quatorze na Zona Urbana e 11 na Zona Rural, atendendo em média cerca de 1.100 famílias por equipe, numero superior estipulado pelo ministério da Saúde.

O interesse pelo estudo da temática sobre aleitamento materno surgiu em 1999, como requisito para conclusão do curso de Especialização em Saúde Pública, em que pesquisei sobre os fatores que contribuíam para o desmame precoce no Distrito Sanitário Barreiras - Iguatu- CE, onde a nossa equipe fez a implantação do Programa Saúde da Família sendo, portanto os primeiros profissionais de Enfermagem a atuar na área. De início, já trabalhada e implantada a territorialização da área de abrangência, observando e enumerando os vários problemas de saúde pública, nos quais a equipe teria que intervir. Priorizaram-se os mais graves problemas encontrados, tais como: crianças, tendo em vista que a maioria encontrava-se com seu calendário de vacinas atrasado, a cobertura de pré-natal era de apenas 46,15%. Dentre estas, observou-se que a taxa de aleitamento materno era de 48% na faixa etária de 0 a 3 meses, deixando muito a desejar, assim ficou definido que a equipe iria atuar junto aos principais grupos e especialmente a promoção e incentivo ao aleitamento materno.

Após alguns meses na área conseguimos atualizar todos os cartões de vacina, bem como, mostrar as gestantes a importância da consulta de pré-natal, com ocorrência de pelo menos uma consulta ao mês, situação que não foi possível com relação a taxa de aleitamento materno. Com o resultado da pesquisa observou-se que de 30 mães entrevistadas apenas 02 receberam orientação sobre a prática de aleitamento materno pelo profissional médico e 15 mães relataram ter sido orientada pelo profissional de enfermagem. Nenhuma criança foi amamentada exclusivamente após o quarto mês de vida. O leite insuficiente foi a justificativa principal para a introdução de novos alimentos e 50% das mães foram influenciadas por algum membro da família para introdução de outras substâncias na alimentação de seus bebês. (CAVALCANTE, 2000).

Hoje, com pouco mais de 15 anos de implantação do Programa Saúde da Família no município de Iguatu, há interesse em pesquisar: Até que ponto os profissionais de saúde da família podem interferir na prática do aleitamento materno, seja no aspecto positivo ou negativo e quais as ações diretas que tem contribuído na adesão da mãe em amamentar?

Torna-se relevante pesquisar esse objeto, tendo em vista que os resultados encontrados na pesquisa proporcionarão estratégias e ações, que possibilitem a elaboração de um plano de trabalho e, conseqüentemente, facilite o desenvolvimento das equipes relacionadas com as atividades de incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME). O objetivo desse plano de ação é oferecer uma melhor qualidade de vida para o binômio mãe-filho, independente das condições socioeconômicas em que estão inclusos.

Acredita-se que as ações de saúde pública para promoção, proteção e apoio à amamentação contribuem para melhorar os índices de aleitamento materno, na perspectiva de novos ajustes no modelo ora vigente, privilegiando ações que contemplem a integração de novos valores culturais em favor da amamentação, valores esses que sejam aprendidos pela mulher, compreendido pelos profissionais e protegido pela sociedade.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar as práticas do Aleitamento Materno na Estratégia Saúde de Família no município de Iguatu-CE.

2.2 Específicos

- Descrever os indicadores relacionados ao tempo dispensado pelas mães, ao Aleitamento Materno Exclusivo;
- identificar as ações do Programa de Saúde da Família, que contribuem para melhorar a prática do aleitamento materno;
- averiguar as informações recebidas pelas mães sobre o aleitamento materno;
- verificar o conhecimento dos profissionais e agentes comunitários de saúde sobre os cuidados com a mama, técnica de amamentação e intercorrências;
- relacionar as informações obtidas entre mães, profissionais de nível superior e Agentes Comunitários de Saúde.

REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Aleitamento materno ao longo da história

A amamentação compreende um conjunto complexo de ações resultantes de um processo estimativo e avaliativo, vivenciado pela mulher que amamenta, no decorrer de sua experiência concreta de amamentação.

A Bíblia, conhecida por muitos como “Livro sagrado” também faz referência ao ato de amamentar. “[...] teve por isso compaixão dele, embora dissesse: “Este é um dos meninos dos Hebreus”. A irmã dele disse então à filha do Faraó. “Devo ir e chamar especialmente para ti uma ama entre as mulheres hebréias, a fim de que amamente para ti! De modo que a filha do Faraó lhe disse: “Vai!” [...]. Êxodo 2,6-8. “[...] Pois, deveras, embora devesses ser instrutores, em vista do tempo, precisais novamente que alguém vos ensine desde o principio as coisas elementares das proclamações sagradas de Deus e vos tornastes tais que precisais de leite e não de alimentos sólidos (HEBREUS, 5:12)”.

Em outra passagem podemos observar o aleitamento como o alimento adequado para o bebê. “[...] Eu vos alimentei com leite, não com algo para comer, pois não éreis ainda bastantes fortes” (CORINTIOS 3:2).

A Grécia Antiga também reverenciou o aleitamento em Esparta as mulheres sempre amamentaram seus filhos e mesmo a esposa do Rei era requisitada a amamentar seu filho mais velho. Plutarco cita um episódio no qual o segundo filho do rei Themistes herdou o reino porque foi amamentado pela própria mãe, o que não aconteceu com o primogênito, que foi nutrido por outra mulher (TUDISCO, 1984).

Na Inglaterra observou-se uma queda importante na taxa de aleitamento materno, por volta do século XVI e XVIII, pois as mulheres acreditavam que a amamentação envelhecia seus corpos e suas silhuetas, deterioravam-se mais rapidamente. Este fato só foi revertido a partir do fim do século XVIII, quando os médicos

da época observaram que as crianças alimentadas artificialmente em instituições de caridade apresentaram uma taxa de mortalidade altíssima (TUDISCO, 1984).

Acredita-se que aleitamento artificial seja tão antigo quanto a história da civilização humana. Em várias ocasiões foram encontrados recipientes ao lado de corpos de lactantes em escavações arqueológicas. Deduz-se a partir disto que talvez os problemas relacionados à amamentação sejam tão velhos quanto o próprio ato de amamentar (ICHISATO, 2001).

Descrições detalhadas sobre aleitamento materno, seja do próprio filho, sejam de outras crianças, já eram descritas no código de Hamurabi, datado cerca de 1800 a.C. Naquela época, nutrir lactantes que não fossem seus filhos próprios era prática de aluguel (SHMIDT, 2000).

Outra grande potência científica do século XVIII e XIX da época, a França também experimentou os dissabores das conseqüências do desmame precoce de suas crianças. A alimentação era à base de leite de animais e de um alimento denominado “panade”, feito à base de pão (farinha) e água. A alegação das mães da época era a mesma das inglesas: manter a silhueta. É de se ressaltar, contudo, uma lei presente na Constituição Francesa de 1793, que visava proteger crianças nascidas de famílias ditas indigentes: “amas de leite” não poderiam amamentar mais do que duas crianças além da própria e que cada criança deveria ter um berço a fim de que não corresse o risco de ser levado à cama pela mãe e morresse sufocado durante o sono (TUDISCO, 1984).

No Brasil e em outros países em desenvolvimento, diversos trabalhos têm mostrado a importância de se fazer a prevenção à desnutrição infantil por meio da promoção à saúde, incentivando o aleitamento materno, a necessidade e a importância de promover o aleitamento materno. A Organização Mundial de Saúde (OMS), a Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e vários estudos destacam a necessidade e a importância de promover o aleitamento materno exclusivo, como forma eficaz de prevenir doenças infecciosas, enterocolite necrotizante, reto colite ulcerativa, Doenças de Crohn, proteger contra alergias tardias, diabetes mellitus, sobrepeso e disfunções cognitivas, e favorecer o crescimento e o desenvolvimento infantil. A Declaração Inocente em 1990

preconizou a amamentação exclusiva nos primeiros quatro a seis meses de vida, como objetivo ideal de saúde e nutrição infantil. Atualmente, a OMS recomenda: amamentação exclusiva durante os seis primeiros meses de vida, alimentação complementar oportuna e adequada e manutenção do aleitamento materno complementado até os dois anos de idade ou mais (LEITE; SILVA; SCOCHI, 2004).

No artigo nove do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o aleitamento materno é tratado como uma questão de direito à vida e à saúde, como instrumento de direito humano universalmente aceito. Foi ratificado 191 vezes (REA, 2003) segundo o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF).

A prevalência do alimento materno varia entre países, regiões e populações urbanas e rurais. Estudos revelam que em Toronto, 83% das mães amamentam seus filhos após o nascimento até o quinto mês de vida, 35% dos lactantes mamavam exclusivamente. Entre crianças chilenas, a prevalência do alimento exclusivo aos três meses de idade era de 59%, encontrando-se uma frequência do aleitamento materno parcial de 31% aos doze meses de idade, a frequência da amamentação variou de 77% no México a 94% na Colômbia e Guatemala (GIUGLIANI, 2006).

A trajetória do aleitamento materno nas décadas de 70 a 80 no Brasil confirmou um aumento na frequência e na duração da amamentação utilizando dados do Estudo Nacional da Defesa Familiar (ENDEF) e da pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), cuja duração mediana da amamentação passou de 2,5 meses para 5,5 meses entre 1975 e 1989. A Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) encontrou uma duração do aleitamento materno predominante no país de 72 dias, sendo de 74 dias na Zona Urbana e 64 dias na Zona Rural. A maior duração ocorreu na região Centro Oeste (92 dias) e a menor na região Nordeste (41 dias), com relação ao aleitamento misto, o Brasil apresentou uma duração mediana de 134 dias, sendo 123 dias para a Zona Rural. Entretanto, essa duração permaneceu inferior àquela observada em outros países latino-americanos, mesmo considerando as possíveis diferenças metodológicas entre os estados (REA, 2003; GIUGLIANI, 2000; LANA, 2004).

As questões relacionadas ao aleitamento materno têm-se configurado objeto de interesse para diferentes sociedades ao longo da história. A alimentação do lactante tem servido a propósitos que extrapolam às vezes as questões ligadas à saúde, demonstrando que existem os interesses relacionados ao comportamento social e a busca incessante de lucros. A amamentação além de ser determinada como um ato biológico é também um ato condicionado por questões sócio culturais, tratando-se de um ato composto por ideologias e determinantes resultantes de condições concretas de vida (FALEIROS, 2005).

No Ceará, a prevalência média de aleitamento materno exclusivo em crianças em crianças menores de quatro meses, foi de 71,48% no ano de 2008. (BRASIL, 2008).

No município de Iguatu, a prevalência foi de 68,86% no mesmo período (BRASIL, 2008), indicando a necessidade de estratégias que aumentem este relevante indicador.

3.2 Aleitamento materno: suas crenças e tabus

O aleitamento materno, não é somente um ato biológico, mas também histórico, social e psicológico e neste sentido a cultura, a crença e os tabus têm influenciado de forma crucial a sua prática, interferindo na construção de uma herança sociocultural e determinando diferentes significados ao aleitamento materno para a mulher (ICHISATO, 2001).

A fim de entender como a questão cultural influencia no modo de agir do ser humano, em especial no ato de amamentar, buscamos fundamentação nos conceitos culturais de crença, fé, mito e tradição para compreender a transmissão cultural das crenças alimentares.

Crença é “convicção íntima; opinião adotada com fé e convicção”. Fé, sinônimo de “confiança”, mitos são “representações de fatos ou personagens reais, exagerada pela imaginação popular, pela tradição, etc”. Tradição, quer dizer “Transmissão oral de lendas, fatos, etc, de idade em idade, geração em geração.

conhecimento ou pratica resultante de transmissão oral ou de hábitos inveterados” (FERREIRA, 1988).

O homem recebe dois tipos de herança ao nascer: a herança cultural e a genética. A cultural transmite costumes, hábitos, valores e idéias, enquanto que a genética as características físicas (ALBERTI, 1989).

Um fator presente nas crenças são os alimentos considerados lactogogos. “O uso de galego *officinalis* e vitaminas natenapia são considerados lactogogos”. Há relatos que na antiguidade as folhas do algodoeiro eram empregadas sob forma de chá pelos pretos americanos. Neste período coincidentemente os criadores de vacas leiteiras utilizavam torta de caroços de algodão, a forragem para aumentar a produção de leite. Esta foi a primeira revelação encontrada entre os animais (BITAR, 1995, p 59).

Os chineses se utilizavam de uma “mistura de gordura de porco, grão de bico, sopa de lulas e cabeças de camarão com vinho doce feito de arroz glutinoso adicionado de insetos” (BITAR, 1995 p 62) enquanto que lactogol ou galega *officinalis*, lactífero, galactogeno, vinho biogolênico e a cerveja Gruness eram mencionados, como produtos lactogênicos, sem, contudo explicar como seria a ação dos elementos acima citados” (BITAR, 1995, p 62).

A metoclopramida tem sido usada quando ocorre a inibição da lactação. Esse medicamento é tido como um potente estimulador para a liberação da prolactina e conseqüentemente promove a produção do leite (ICHISATO, 2001).

O autor Ichisato, (2001), lembra em um dos seus trabalhos que cada ser humano tem sua subjetividade, sua tradição cultural, os seus hábitos, tabus e crenças herdadas dos seus antepassados e que devem ser respeitados, porém os programas educativos de diversas naturezas tem importância no aleitamento materno. Portanto é importante que os profissionais de saúde ofereçam orientação educacional às mulheres e sejam capazes de identificar mulheres com risco de apresentar dificuldades no processo de amamentação.

3.3 Políticas de Saúde sobre Aleitamento Materno

3.3.1 Iniciativa Hospital Amigo da Criança

No ano 1981, foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, com a finalidade de melhorar os indicadores no Brasil. Os índices alcançados ainda estão distantes do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) que recomenda o aleitamento materno exclusivo por 6 meses e aleitamento materno complementado pelos alimentos da família até os dois anos ou mais, (OLIVEIRA, 2005) prática ainda não muito comum na nossa realidade.

Em 1991 foi lançado a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), chegando ao Brasil em 1992 com o objetivo de mudar as rotinas hospitalares seguindo o cumprimento dos “dez passos para o sucesso de amamentação” e também não aceitar nos hospitais doações de substitutos do leite humano. Esta iniciativa internacional criou pela primeira vez um referencial de avaliação única para os hospitais (REA, 2003).

A iniciativa Hospital Amigo da Criança tem contribuído para aumentar a incidência e a duração de amamentação, mas mesmo assim não tem alcançado os parâmetros desejados, devido às limitações que o programa apresenta, pois as ações de incentivo ao aleitamento materno são desenvolvidas dentro dos hospitais e poucas são as gestantes que realizam consultas de pré-natal nos hospitais e a alta da maternidade costuma ocorrer no primeiro ou segundo dia após o parto, antes mesmo da amamentação estar estabelecida (OLIVEIRA, 2005).

Levando em conta as limitações da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e a necessidade de melhorar os índices de amamentação no país é proposto pelo Ministério da Saúde intensificar e implantar a Iniciativa Unidade Básica Amigos da Amamentação (IUBAAM) nos ambulatórios que fazem atenção primária para melhor acompanhar a gestante para a sustentação do aleitamento materno (REA, 2003).

Conforme enfatiza Oliveira (2005, p.2) “A gestação é uma etapa chave para a promoção do aleitamento materno, pois é nesse período que a maioria das mulheres define os padrões de alimentação que espera para seus filhos”.

O autor na sua citação refere que constitui a rede de assistência primária a saúde o principal responsável por acompanhar as gestantes durante o pré-natal, tendo em vista que a maioria das mulheres é assistida pela rede pública e conseqüentemente pela atenção primária.

As atividades da Iniciativa Unidades Básicas Amigas da Amamentação (IUBAAM) se baseiam em informar sobre as vantagens do aleitamento materno precoce, exclusivo, sob livre demanda e continuado, escutar as dúvidas das mães quanto à amamentação, prestando ajuda no manejo quando necessário, alertar quanto aos riscos do uso de chupetas durante as consultas de pré-natal, em grupos ou individuais, visitas domiciliares, acompanhamento pós-natal, através da consulta de puericultura proporcionando apoio face a face, a amamentação e envolvendo os familiares nesse apoio (OLIVEIRA, 2005).

A lista de “dez passos” é dirigida essencialmente para serviços de maternidade, porém os passos quatro (pré-natal) e dez (apoio à puérpera) envolvem atividades típicas de serviços de Atenção Primária como o Programa Saúde da Família.

Nakamura (2003) propõe que as políticas de incentivo ao aleitamento materno de ardente importância devem considerar que a decisão materna de amamentar ou não, e por quanto tempo amamentar, é influenciada por vários componentes, tais como motivação, apoio familiar, apoio cultural, educação pré e pós-natal, assim como treinamento adequado sobre a técnica de aleitamento materno. Uma forma de implementação de diversos componentes é através da educação.

3.3.2 Técnica Mãe Canguru X aleitamento materno

A técnica Mãe Canguru é uma alternativa para o manejo de recém-nascido de baixo peso desenvolvida em 1979 em Bogotá, capital da Colômbia (BRITO, 1999).

A técnica consiste em manter o recém-nascido pré-termo junto e em contato pele-a-pele no colo materno, retirando-o da incubadora logo que possível (CARVALHO, 1999) foi denominado “Mãe Canguru” devido à maneira pelos quais as mães carregam seus bebês após o nascimento de forma semelhante aos marsupiais.

O pediatra Dr. Edgar Rey Sambaria instituiu a técnica em uma cultura predominante indígena, ele transformou mães de bebês prematuros em incubadoras, por ausência de recursos financeiros, tecnológicos, desmame precoce, altas taxas de mortalidade neonatal e abandono materno (CARVALHO, 1999).

Este novo paradigma de atenção vem sendo adotado em diversos países desenvolvidos e em desenvolvimento, podendo ser aplicado em diferentes contextos de acesso à tecnologia na assistência neonatal. A técnica baseia-se ainda na alimentação com leite materno e na alta precoce que favorece a redução da incidência de infecções, uma das maiores causas de morbi-mortalidade do período neonatal (BRITO, 1999).

No Brasil os primeiros serviços que aplicaram a técnica foram os Hospitais Guilherme Álvaro, em São Paulo e o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, em 1997, o modelo adotado em Pernambuco foi reconhecido pela Fundação Getulio Vargas na Premiação “Gestão Pública e Cidadania” e pelo Banco Nacional de desenvolvimento Econômico e Social. A partir desse momento, houve uma considerável expansão do método Mãe Canguru no país, inclusive no Ceará, tendo como pioneiro o Hospital e Maternidade Dr. César Calls, o que contribuiu para a sua definição como política pública. (TOMA, 2001).

Em janeiro de 1999 o IMIP sediou o 1º Encontro Nacional Mãe Canguru, no qual participaram representantes dos hospitais que já realizavam a metodologia, como Cesar Calls (Fortaleza), Frei Damião (Paraíba), Alexandre Fleming (Rio de

Janeiro), Sofia Feldman (Minas Gerais) e Guilherme Álvaro (São Paulo) e componentes da Área Técnica de Saúde da Criança do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2009).

No ano 2000, o Ministério da Saúde aprovou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de baixo peso. A norma propõe a aplicação do método em três etapas: iniciando nas unidades neonatais com estímulo precoce de amamentação e participação da mãe nos cuidados com o bebê passando para o alojamento conjunto canguru, mãe e bebê permanecendo em enfermaria conjunta, e posição canguru mantida por mais tempo, com a capacidade materna de reconhecer as situações de risco do recém nascido, e após a alta nos ambulatórios de seguimento “Canguru Domiciliar”, com os critérios de: segurança materna quanto aos cuidados com o bebê, compromisso para realização do método 24 horas, garantindo o retorno a unidade de saúde, peso mínimo de 1500g e criança com sucção exclusiva ao seio (BRASIL, 2001).

Um grande pilar do cuidado Mãe Canguru é o estímulo à amamentação. Apesar de as evidências apontarem para inúmeros benefícios do aleitamento materno para o bebê prematuro, a prevalência da amamentação nesse grupo ainda é muito baixa. (VENÂNCIO, 2004)

Estudo descrito sobre aleitamento materno em bebês nascidos com peso igual ou inferior a 2.500g no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, verificou que 13,5% nunca haviam recebido leite humano e que apenas 38,5% estavam sendo amamentados aos seis meses de vida (XAVIER, 1991).

Estudos realizados em serviços que praticam o método mãe canguru mostram que mães que realizam o contato pele a pele com seu bebê prematuro apresentam uma produção de leite significativamente maior quando comparadas com um grupo controle. Além disso, observam que o abandono de lactação foi mais freqüente entre as mães que não fizeram uso do método (VENÂNCIO, 2004).

Para Venâncio (2004) há evidências de impacto positivo do método Mãe Canguru sobre a efetividade, aplicabilidade e aceitabilidade do método em nosso meio.

3.3.3 Programa Saúde da Família

A constituição Federal de 1988, no artigo 196. Afirma:

... a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Essa constituição constrói o Sistema Único de Saúde que se norteia pelos princípios éticos: universalidade, integralidade, equidade e pelos princípios da descentralização, hierarquização e participação popular (CICONI, 2004).

Em 1990 o Sistema Único de Saúde passou a ser regulamentado pela Lei Orgânica 8080/ 90, que através da municipalização, provocou um avanço no processo de consolidação do SUS, mas ainda não de forma ideal, e sim necessitando de algumas mudanças (CICONI, 2004).

Essa necessidade de mudança nas praticas de atendimento fez com que novos programas fossem criados, dentre eles o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994, em virtude do êxito do PACS nas regiões Norte e Nordeste (CICONI, 2004).

No final do ano de 2002 o país contava com mais de 16 mil equipes multiprofissionais presentes em 90% dos municípios brasileiros atendendo cerca de 55 milhões de pessoas (DUNCAN, 2005).

O Programa Saúde da Família é responsável por no máximo, quatro mil habitantes e a equipe é composta por no mínimo, medico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006)

A Estratégia é o modelo que serve de base para mudanças do sistema de saúde visando essencialmente à organização de sua área básica, norteada por uma série de princípios e estratégias constantes nos documentos ministeriais. Entre eles destacam-se: “a definição de um território de atuação, a integralidade, a ênfase nas

ações de promoção da saúde, a responsabilização para com a saúde da população adscrita, o planejamento local por problemas, a atuação intersetorial e a humanização do atendimento” (BECKER, 2001, p 17).

Segundo Borba (2007) o programa embora implantado em meio as mudanças no sistema de saúde, ainda está fortemente identificado como modelo flexneriano e devido a isso enfrenta algumas dificuldades no que diz respeito à lógica da organização do serviço, pois as unidades básicas, em geral, funcionam como ambulatórios descentralizados, predominando o atendimento à demanda espontânea e os grupos populacionais considerados de maior importância: crianças menores de dois anos, gestantes, portadores de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase.

Dentre as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde se destaca a assistência materno-infantil que envolve além de outras ações, a promoção e o manejo do aleitamento materno (CICONI, 2004).

3.4 O Profissional de saúde e o processo de amamentação

Apesar de a lactação ser um processo natural, o aleitamento materno requer um cuidado que deve ser aprendido tanto pela nutriz como pelo lactante. O papel dos profissionais de saúde (agente de saúde, médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos...) deve ser orientado a facilitar este processo. Para isso eles devem compreender a anatomia e fisiologia da glândula mamaria e da boca do lactante, conhecer a técnica da amamentação e saber prevenir e tratar os problemas que podem complicar este processo que deveria ser natural (VALDES et al, 1993).

É necessário que os profissionais compreendam todos os aspectos da amamentação para que possam de maneira aberta com a mulher, contemplá-la como sujeito de experiência (ARANTES, 1995).

Alguns serviços têm incentivado o aleitamento materno através de criação de equipes multiprofissionais de apoio a amamentação (SANTIAGO, 2003). No estudo realizado pelo autor recém-citado observou-se que a falta de um serviço com

orientação em amamentação implicou que muitas crianças foram desmamadas já antes da primeira consulta.

De acordo com Rossi (2004) a gestação é uma etapa chave para promoção do aleitamento materno, que através das orientações que devem ser feitas desde a primeira consulta de pré-natal pelos profissionais de saúde, pode definir a conduta da mulher em amamentar ou não seu filho, deixando-as mais tranqüilas e facilitando a comunicação entre as gestantes e os profissionais durante a assistência.

Oliveira (2005) acredita que a capacitação de profissionais de saúde, seu envolvimento enquanto membro da equipe pode levar um melhor aproveitamento do potencial já existente nos serviços de saúde, gerando um bom desempenho na promoção, proteção e apoio à amamentação.

Faleiros (2005) evidenciou que o apoio profissional é importante na duração da amamentação e especialmente na redução da interrupção do aleitamento exclusivo antes dos seis meses de vida do bebê.

Lana (2004) declara que é importante o incentivo ao aleitamento materno pelos profissionais, durante o pré-natal, sem esquecer o apoio emocional e técnico que devem ser oferecidos às mães nas consultas de controle no pós-parto, pois muitas mães interrompem precocemente a amamentação mesmo com o desejo de amamentar e quando não conseguem sentem-se frustradas. E completa dizendo: “o incentivo ao aleitamento materno sem que se dêem condições para que ele se efetive pode causar sentimentos de culpa nas mães, importantes para remover tantos obstáculos colocados no caminho da amamentação” (LANA, 2004, p. 8).

Um estudo realizado por Ciconi, (2004) em um município do estado de São Paulo com os profissionais de saúde do Programa Saúde da Família observou que os profissionais de saúde reconhecem a importância e as vantagens do aleitamento materno para a saúde da mãe e bebê, entretanto, faltam conhecimentos sobre o manejo clínico da amamentação para melhor orientar e apoiar as mães.

Para que o aleitamento materno tenha êxito entre as mães é necessário que as mesmas tenham apoio ativo durante a gravidez e após o parto, não só dos

familiares e comunidade, mas também de todo o sistema de saúde. Idealmente, todos os profissionais de saúde que entrassem em contato com gestantes, puérperas deviam ser comprometidos com a promoção do aleitamento materno, e ser capaz de fornecer informações e demonstrar habilidade prática no manejo do aleitamento.

Ciconi, (2004) chama atenção que os profissionais das Equipes de Saúde da Família não são capacitados de maneira uniforme em relação aos conhecimentos em aleitamento materno e a função exercida pela equipe e que a formação desses profissionais de saúde, principalmente o médico é mais voltado para a mamadeira, do que para preparar as mães com vistas a um bom aleitamento. A respeito dos pediatras, Santiago *et al.* (2003) observaram em seu estudo uma baixa procura de cursos e treinamento sobre aleitamento materno.

Leite; Silva e Scochi (2004) consideram que os profissionais devem ser agentes significantes na transformação dos signos e experiência de amamentar da mulher, pois os mesmos devem ser capazes de compreender o universo da mulher oferecendo subsídios para elaboração de uma assistência em amamentação, considerando as diferenças emocionais e sociais da mulher durante esse período.

Dessa forma, o profissional deve colocar-se disponível em ajudar a mulher a compartilhar das inúmeras situações vividas que envolvem a experiência de amamentar.

É necessário que os profissionais sejam capazes de observar e avaliar os elementos gestuais e posturais manifestados pela nutriz durante a comunicação, que podem sugerir sentimentos de submissão da mulher em relação ao profissional (LEITE; SILVA; SCOCHI, 2004)

... as principais falhas na atenção pré-natal em relação ao preparo para a futura amamentação, se relacionaram com a pouca efetividade na comunicação estabelecida entre as gestantes e os profissionais de saúde... a principal questão levantada pelas mulheres se encerra na necessidade de serem ouvidas. (Ramos *et al.*, 2003 p. 8).

Bueno (2004) reconhece que durante a gestação, a mulher encontra-se em situação diferente do habitual, com suas dúvidas, insegurança e medo, e esses sentimentos tornam a mulher mais sensível e susceptível frente às pressões de familiares, profissionais de saúde, e quanto à capacidade de amamentar. A dinâmica de grupo durante o acompanhamento pré-natal antes das consultas oferece as mães informações relevantes, melhor aproveitamento do potencial já existente nos serviços de saúde, gerando um bom desempenho a promoção, proteção e apoio à amamentação.

METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa.

Os estudos transversais mensuram causa e efeito em um mesmo período, são apropriados para descrever fatos e fenômenos e realizar inferências. Podem ainda ter um potencial analítico, quando grupos são comparados. (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

A pesquisa descritiva é o tipo de pesquisa que registra, analisa e correlacionam fatos e fenômenos sem que haja manipulação ou interferências por parte do pesquisador, buscando descobrir a freqüência com que a variável ocorre, a relação com as demais, natureza e características. Procura classificar, explicar e interpretar os fenômenos que ocorrem, trabalhando sobre dados ou fatos colhidos da própria realidade (BRARBOSA; PARENTE, 2001).

A pesquisa quantitativa busca descrever significado definido objetivamente e, tem como característica uma abordagem focalizada, pontual e estruturada, utilizando dados quantitativos e respostas estruturadas. É utilizada através de um instrumento de medida validado, assegurando a objetividade e credibilidade dos achados sem colocar em risco a vida dos indivíduos (LEOPARDI, 2002).

4.2 Local e período da pesquisa



FIGURA 3- Localização do Município de Iguatu-CE

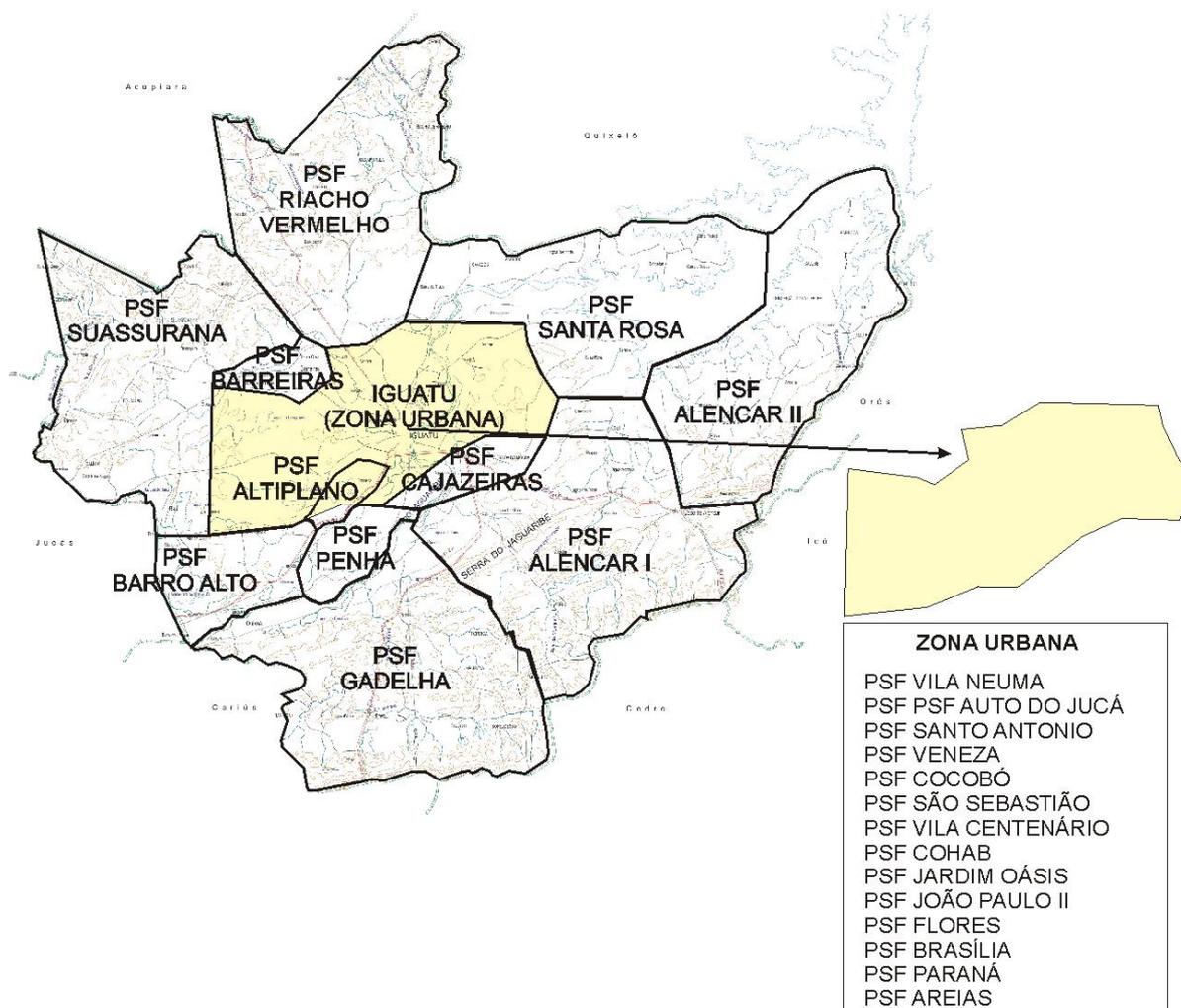


FIGURA 4 - Divisões Sanitárias do município de Iguatu-CE

A Atenção Básica tem se estruturado no município de Iguatu, através da implantação das equipes do Programa Saúde da Família. O município conta com vinte e cinco equipes de PSF, cadastradas e, em pleno funcionamento, distribuídas em: 14 equipes na Zona Urbana (Vila Neuma, Santo Antonio, Veneza, Cocobó, Cohab, Brasília, São Sebastião, Flores, Paraná, Jardim Oásis, João Paulo II, Areias, Vila Centenário e Alto do Jucá) e Onze, na Zona Rural (Alencar I, Alencar II, Gadelha, Barro Alto, Suassurana, Riacho Vermelho, Barreiras, Santa Rosa, Penha, Cajazeiras e Altiplano).

A cobertura do PSF, no Município de Iguatu corresponde em média, a um acompanhamento em torno de 1.100 famílias por equipe. Isso representa um número superior ao estipulado pelo Ministério da Saúde. Segundo a portaria Nº

648/2006, do Ministério da Saúde, a cobertura atual do PSF no município corresponde a 95,5% (SIAB, 2009).

A pesquisa foi realizada no período de julho a dezembro de 2008.

O município de Iguatu, está localizado na Região Centro-Sul do Estado do Ceará, ocupando uma área de 728 Km², distante da capital do estado 378 Km. Conforme Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007) a população iguatense é de 92.260 habitantes, predominantemente urbana.

4.3 Variáveis do estudo

Atendem ao primeiro objetivo, as seguintes variáveis: identificação da duração do aleitamento exclusivo; identificação da realização e frequência das consultas de pré-natal; identificação de consultas de puericultura; realização de visitas domiciliares; e identificação da idade da criança que as mães costumam introduzir novos alimentos.

De acordo com o segundo objetivo, as variáveis são: identificação do perfil do profissional quanto à amamentação; identificação do grau de conhecimento técnico para a promoção da amamentação; treinamento em aleitamento materno; realização de grupos tanto de gestantes quanto de mães; orientações quanto a aleitamento materno exclusivo, vantagens da amamentação, manejo clínico, técnica e prevenção de problemas com as mamas, durante as consultas de pré-natal e/ ou puericultura; realização de visitas domiciliares à puérpera com orientação sobre amamentação.

E de acordo com o terceiro objetivo específico, as variáveis são: identificação dos alimentos mais comuns, introduzidos na dieta do bebê; capacidade de informação sobre aleitamento materno; identificação dos motivos que levam as mães a introduzir outra alimentação antes do sexto mês de vida do bebê.

Em relação ao quarto objetivo abordam-se os conhecimentos dos profissionais e agentes comunitários de saúde sobre os cuidados com a mama, técnica de amamentação e intercorrências.

Quanto ao quinto objetivo, faz-se uma comparação entre os três tipos de públicos envolvidos contemplando as variáveis expostas.

4.4 Participantes do estudo

O universo foi constituído por 656 mães de crianças menores de seis meses, 58 profissionais de nível superior e 222 Agentes Comunitários de Saúde, totalizando 936 participantes.

A amostra foi constituída de 420 mães, 36 profissionais de nível superior do Programa de Saúde da Família (médicos, enfermeiros e dentistas) e 146 Agentes Comunitários de Saúde, totalizando 602 participantes.

Critérios de inclusão

Foram incluídas neste estudo, de forma não probabilística e por conveniência todas as mães, com filhos até 6 meses de idade, que realizaram consultas de pré-natal, nas Unidades Básicas de Saúde. Participaram ainda, os profissionais de nível superior e Agentes Comunitários de Saúde, que prestam serviços a estas comunidades, por mais de um ano, no momento da pesquisa.

Critérios de exclusão

Foram excluídas da pesquisa, as mães adotivas, as que realizaram consultas de pré-natal em consultórios particulares. Em relação aos profissionais de nível superior do Programa de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, foram excluídos, aqueles que trabalhavam nas Unidades Básicas de Saúde, há menos de um ano.

Fizeram parte da amostra, todas as mães, com filhos na faixa etária, até seis meses de idade, que realizaram consultas de pré-natal, nas Unidades Básicas de Saúde, as quais apenas 420 atenderam aos critérios de inclusão. Dentre os profissionais de nível superior, preencheram o instrumento de coleta de dados,

somente 36 que satisfizeram o critério de inclusão da pesquisa. Dentre os 222 Agentes Comunitários de Saúde que prestam serviços no município, somente 146 atenderam aos critérios de inclusão.

4.5 Técnica e instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados dois questionários semi-estruturados e diferentes, para os profissionais de saúde de nível superior (Apêndice C) e Agentes Comunitários de Saúde (Apêndice D). Os questionários foram entregues simultaneamente, a todos os componentes da amostra, para serem respondidos e entregues posteriormente. Com as mães foi utilizado o formulário (Apêndice B), devido ao fato de não se ter conhecimento sobre suas capacidades intelectuais, de entendimento e preenchimento.

Os instrumentos, tanto os questionários quanto o formulários, foram adaptados de acordo com Becker (2001).

Segundo Leopardi (2002), o questionário consiste em um instrumento entregue ao participante da pesquisa, como um meio de obter respostas às perguntas que o próprio informante preenche, contendo um conjunto de questões relacionadas com o problema central podendo conter questões abertas ou fechadas, ou questões de múltipla escolha. Geralmente o termo “questionário” é usado para designar qualquer instrumento de coleta de informação

O formulário é um instrumento onde o investigador está presente junto ao informante e formula questões relativas ao tema (LEOPARDI, 2002). Tomado no sentido amplo de comunicação verbal, é um instrumento mais usado no processo de trabalho de campo (MYNAYO, 2004).

Neste instrumento, foi utilizada a técnica de entrevista, a qual tem como definição, uma conversa orientada para atingir um objetivo definido, envolve um contato face a face, onde um formula questões e o outro responde, devendo o entrevistador planejar com antecedência (BARBOSA; PARENTE, 2001).

4.6 Análise de dados

Os instrumentos após preenchidos tiveram os dados digitados em um banco de dados no Programa SPSS 16.0, sendo posteriormente organizados em tabelas para apresentação dos resultados, de forma descritiva e analítica.

Os dados foram analisados descritivamente em termos frequenciais (absolutos e percentuais). A abordagem analítica deu-se através de Testes de Hipótese, envolvendo o Teste Não Paramétrico Qui-Quadrado.

4.7 Aspectos éticos da pesquisa

Foi mantida com os participantes uma conversa visando obter um consentimento livre e esclarecido (Apêndice E) antes do início da pesquisa orientando-os a termo de livre participação de caráter voluntário de acordo com a resolução 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 1996).

Os valores culturais, sociais, hábitos e costumes foram respeitados como também uma possível desistência dos participantes em qualquer momento do estudo.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com o parecer de N° 08133792-2.

Os resultados da pesquisa serão informados aos participantes e divulgados para os gestores e interessados com o objetivo de contribuir para a assistência à saúde materno-infantil no município.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

Com base nos questionários e formulário aplicados, foram encontrados os resultados do estudo, que serão expostos em tabelas para melhor apreciação do leitor.

TABELA 1 - Distribuição de acordo com o aleitamento materno realizado pelas mães. Iguatu-CE, 2008.

Amamenta?	F	%
Sim	343	85,32
Não	59	14,68
Além da amamentação, seu filho ingere outro alimento?		
Sim	252	62,69
Não	150	37,31
TOTAL	402	100,00

Na tabela 1, dentre as mães entrevistadas, 343 (85,32%) referiu que amamentava seus bebês.

Quando interrogadas sobre o fato da criança ingerir algum outro alimento além do leite materno, 252 (60,95%) responderam que sim, verificando-se uma prevalência ainda baixa de aleitamento materno exclusivo, 150 (37,31%).

TABELA 2 – Descrição do outro tipo de alimento ingerido pelo bebê além do leite materno. Iguatu-CE, 2008.

Tipo de alimento ingerido pelo bebê	F	%
Água	23	9,13
Chás	21	8,33
Outro Leite	78	30,95
Mingau	72	28,57
Mingau + outro alimento	58	23,02
Quem recomendou?		
Médico	23	9,13
Enfermeiro	8	3,17
Por conta própria	158	62,70
Indicação de familiares e vizinhos	63	25,00
Total	252	100,00

Na tabela 2, nas mães que referiram que a criança fazia uso de outros alimentos, as maiores freqüências encontradas foram: outro leite 78 (30,95%), Mingau 72 (28,57%) e o mingau associado a outros alimentos 58 (23,02%). A maior parte das mães ofereceu outros tipos de alimentos ao lactente quando os mesmos possuíam menos de três meses de vida (79,06%). Destaca-se ainda, o percentual de mães que afirmam oferecer outro tipo de alimento a seus bebês quando eles possuíam menos de sete dias de vida (16,21%).

A maioria das mães afirmou oferecer outro alimento ao seu bebê por conta própria 158 (62,70%), seguido daquelas que seguem a indicação de familiares e vizinhos 63 (25,00%). É relevante destacar que apesar dos conhecimentos sobre os benefícios do aleitamento materno, 31 (12,3%) dos profissionais de saúde indicaram a oferta de outros alimentos antes dos seis meses de vida.

TABELA 3 - Distribuição de acordo com os motivos responsáveis pela introdução de outros alimentos na dieta do lactente. Iguatu-CE, 2008.

Motivo que introduziu outro alimento na alimentação do seu filho	f	%
Pouco leite / Leite insuficiente	58	23,02
Bebê chorava muito	44	17,46
Teve que trabalhar / estudar	29	11,51
Sentia-se fraca	6	2,38
Precisou sair e deixar o bebê	5	1,98
A criança não dormia	3	1,19
O leite não saia	14	5,56
Usou chá para aliviar dores do RN	16	6,35
Aftas na boca	1	0,40
Problemas emocionais	3	1,19
Dificuldades na pega	11	4,37
Porque quis	5	1,98
Problemas mamários	8	3,17
Não contrariar familiares	4	1,59
Indicação do Pediatra para refluxo	2	0,79
Para acostumar com a mamadeira	6	2,38
Para saciar a sede	17	6,75
A criança tinha constipação	1	0,40
Uso de medicamentos	7	2,78
Acredita que o mingau auxilia no desenvolvimento infantil	4	1,59
O bebê já ia completar 6 meses	5	1,98
O bebê não estava ganhando peso	3	1,19
TOTAL	252	100,00

Na tabela 3, os motivos citados pelas mães como responsáveis pela introdução de outro alimento na dieta do lactente foram pouco leite/ leite insuficiente 58 (23,02%), seguido daquelas que afirmaram ter introduzido outro alimento porque o seu filho chorava muito, 44 (17,46%).

Além destes principais motivos, aparecem outros, tais como a saída da mãe para trabalhar ou estudar, dificuldades na pega, problemas de saúde maternos e do lactente, dentre outros, indicando que um possível apoio no seio familiar ou pela equipe de saúde poderiam minimizá-los, aumentando a duração do aleitamento materno exclusivo.

TABELA 4 - Distribuição de acordo com a realização da visita domiciliar puerperal. Iguatu-CE, 2008.

Você foi visitada em casa depois que seu bebê nasceu?	f	%
Sim	370	92,04
Não	32	7,96
TOTAL	402	100,00

Na tabela 4, as mães afirmaram que receberam a visita puerperal 370 (92,04%), entretanto 32 (7,96%) relataram não terem recebido a visita da equipe de saúde neste período.

TABELA 5 - Distribuição de acordo com qual profissional de saúde realizou a visita e idade do bebê. Iguatu-CE, 2008.

Profissional que realizou a visita domiciliar	F	%
Médico	3	0,81
Enfermeiro	47	12,70
Agente de Saúde	71	19,19
Dentista	1	0,27
Auxiliar de Enfermagem	1	0,27
Enfermeiro + Agente de Saúde	227	61,35
Médico + Enfermeiro + Agente de Saúde	8	2,16
Enfermeiro + Auxiliar de Enfermagem + Agente de Saúde	12	3,24
Idade do bebê na primeira visita		
Até 7 dias	207	55,95
Até 15 dias	113	30,54
Até 1 mês	39	10,54
Mais de 1 mês	11	2,97
TOTAL	370	100,00

Na tabela 5, a maioria das visitas domiciliares recebidas pelas mães foi realizada pelo enfermeiro acompanhado do agente de saúde 227 (61,35%).

A maioria das mães afirmou receber a visita domiciliar até o 7º dia depois do nascimento do bebê 207 (55,95%). Em seguida vieram aquelas que afirmaram receber a visita até o 15ª dia após o nascimento 113 (30,54%).

TABELA 6 - Distribuição de acordo com o tipo de orientação recebida durante a visita. Iguatu-CE, 2008.

Quais orientações foram recebidas?	F	%
Amamentação	212	62,72
Cuidados com a criança	93	27,51
Prescrição de sulfato ferroso	6	1,78
Alimentação da mãe	4	1,18
Malefícios das chupetas e mamadeiras	1	0,30
Sinais de alerta para doenças	3	0,89
Cuidados com a ferida cirúrgica	2	0,59
Cuidados com o ambiente	3	0,89
Planejamento familiar	3	0,89
Não lembra	11	3,25
TOTAL	338	100,00

Na tabela 6, quanto ao tipo de orientação recebida pelas mães durante a visita puerperal, a maioria afirmou ter recebido orientações sobre amamentação 212 (62,72%), seguido pelos cuidados com a criança 93 (27,51%). Outras orientações citadas foram à suplementação com sulfato ferroso, malefícios das chupetas e mamadeiras, cuidados com o ambiente, planejamento familiar.

TABELA 7 - Distribuição de acordo com dificuldades na amamentação. Iguatu-CE, 2008.

Você teve alguma dificuldade para amamentar?	F	%
Sim	134	33,33
Não	268	66,67
TOTAL	402	100,00

Na tabela 7, quando interrogadas sobre a existência de dificuldades para amamentar, a maioria afirmou não ter encontrado dificuldades 268 (66,67%).

TABELA 8 - Distribuição de acordo com qual o profissional ajudou para superar essa dificuldade. Iguatu-CE, 2008.

Qual o profissional	f	%
Médico	12	13,33
Enfermeiro	56	62,22
Agente de Saúde	22	24,44
TOTAL	90	100,00

Na tabela 8, o enfermeiro foi citado pela maioria das mães como o profissional que procurou ajudá-las quanto às dificuldades em amamentar seu bebê 56 (62,66%).

TABELA 9 – Distribuição de acordo com a participação dos profissionais de nível superior e ACS em treinamentos sobre amamentação. Iguatu-CE, 2008.

Você já fez treinamento sobre amamentação	PROFISSIONAIS		ACS	
	f	%	f	%
Nunca	18	50,0	13	8,90
1 vez	9	25,00	21	14,38
2 vezes	3	8,33	26	17,81
Mais de 3 vezes	6	16,67	86	58,90
TOTAL	36	100,00	146	100,00

Na tabela 9, a maioria dos ACS afirmou já terem sido treinados sobre amamentação mais de três vezes 86 (58,90%), sendo que apenas 13 (8,90%) relataram que nunca realizaram treinamento sobre amamentação.

Quando interrogados sobre a participação em algum treinamento sobre amamentação, a metade dos profissionais de nível superior afirma nunca ter participado desse tipo de treinamento 18 (50,00%), seguido daqueles que afirmam ter participado de treinamento apenas uma vez nove (25,00%), mostrando a necessidade de maior capacitação com estes profissionais para o manejo adequado e resolução das dificuldades no processo da amamentação.

TABELA 10 – Distribuição de acordo com a orientação sobre amamentação dada à mãe na primeira visita. Iguatu-CE, 2008.

Nesta primeira visita você orienta a mãe do R. N. sobre amamentação?	PROFISSIONAIS		ACS	
	f	%	f	%
Em todas as visitas	23	63,89	145	99,32
Em algumas visitas	1	2,78	1	0,68
Não realiza	12	33,33	0	0
TOTAL	36	100,00	146	100,00

Na tabela 10, quando interrogados sobre o fato de orientarem às mães do RN sobre a amamentação, 23 (63,89%) dos profissionais de nível superior relataram que orientam sobre amamentação em todas as visitas e 145 (99,32%) dos ACS, afirmaram que em todas as visitas realizam esta ação.

TABELA 11 – Distribuição de acordo com a orientação dada às gestantes sobre as vantagens e importância da amamentação. Iguatu-CE, 2008.

Vantagens e importância da amamentação	f	%
Sempre	141	96,58
Às vezes	5	3,42
TOTAL	146	100,00

Na tabela 11, os ACS afirmaram, em sua grande maioria, que falam com as gestantes sobre as vantagens e desvantagens da amamentação 141 (96,58%).

TABELA 12 – Distribuição de acordo com a orientação dada as mães sobre a amamentação. Iguatu-CE, 2008.

Você orienta a gestante prestes a dar a luz sobre a amamentação?	F	%
Sempre	135	92,47
Às vezes	10	6,85
Raramente	1	0,68
Pergunta a mãe se ela tem dúvida sobre a amamentação		
Sempre	130	89,04
Às vezes	15	10,27
Nunca	1	0,68
Observa a amamentação do bebê durante a visita		
Sempre	142	97,26
Às vezes	4	2,74
TOTAL	146	100,00

Na tabela 12, a maioria dos ACS afirmou que orientava as gestantes prestes a dar à luz sobre a amamentação 135 (92,47%), perguntavam se as mães tinham dúvidas sobre a amamentação 130 (89,04%) e observavam a amamentação durante a visita 142 (97,26%).

TABELA 13 – Distribuição de acordo com a capacidade dos profissionais de nível superior e ACS em corrigir possíveis erros na mamada e orientar a mãe para melhorar a técnica. Iguatu-CE, 2008.

Você é capaz de corrigir possíveis erros na mamada e corrigir a mãe para melhorar a técnica?	PROFISSIONAIS		ACS	
	f	%	f	%
Sim	29	80,56	145	99,32
Não	7	19,44	1	0,68
TOTAL	36	100,00	146	100,00

Na tabela 13, a maioria dos profissionais considera-se capacitado para observar uma mamada e orientar a mãe sobre a melhor técnica, 29 (80,56%).

Com relação aos ACS, 145 (99,32%) afirmaram serem capazes de corrigir possíveis erros na mamada, orientando às mães quanto às medidas de prevenção a serem tomadas.

TABELA 14 – Distribuição de acordo com a orientação do ACS para ensinar as mães a prevenir fissuras, dores ou ingurgitamento. Iguatu-CE, 2008.

Orienta a prevenção de fissuras e ingurgitamento	f	%
Sempre	135	92,47
Às vezes	11	7,53
TOTAL	146	100,00

Na tabela 14, em relação à orientação sobre a prevenção de fissuras, dores ou ingurgitamento, 135 (92,47%) dos ACS afirmaram que sempre oferecem esse tipo de informação às mães.

TABELA 15 – Distribuição de acordo com o desenvolvimento de atividades educativas em grupo com as gestantes pelos ACS. Iguatu-CE, 2008.

Você desenvolve atividades educativas em grupo com gestantes?	PROFISSIONAIS		ACS	
	f	%	f	%
Sim	17	47,22	48	32,88
Não	19	52,78	98	67,12
TOTAL	36	100,00	146	100,00

Na tabela 15, a maioria dos profissionais de nível superior e ACS afirma não desenvolver atividades educativas em grupo com gestantes, 19 (52,78%) e 98 (67,12%), respectivamente.

TABELA 16 – Distribuição de acordo com o desenvolvimento de atividades educativas em grupo com as mães pelos profissionais de nível superior e ACS. Iguatu-CE, 2008.

Você desenvolve atividades educativas em grupo (puericultura)?	PROFISSIONAIS		ACS	
	f	%	f	%
Sim	10	27,78	18	12,33
Não	26	72,22	128	87,67
TOTAL	36	100,00	146	100,00

Na tabela 16, dos profissionais de nível superior entrevistados, 26 (72,22%) responderam não realizar esta atividade.

Quando interrogadas sobre o fato de desenvolverem atividades educativas na puericultura, a maioria afirmou não desenvolvê-las 128 (87,67%).

TABELA 17 – Distribuição de acordo com as orientações às mães e gestantes sobre amamentação durante as atividades em grupo. Iguatu-CE, 2008.

Durante as atividades em grupos, as mães e as gestantes são orientadas sobre a amamentação.	f	%
Na maioria dos encontros	47	32,19
Não orienta	99	67,81
TOTAL	146	100,00

Na tabela 17, os ACS afirmaram que não orientam as gestantes sobre amamentação durante as atividades em grupo 99 (67,81%).

TABELA 18 – Distribuição de acordo com a existência na área de grupo comunitário de apoio à amamentação. Iguatu-CE, 2008.

Na sua área existe grupo comunitário de apoio a amamentação?	PROFISSIONAIS		ACS	
	f	%	f	%
Sim	0	0	0	0
Não	36	100	146	100
TOTAL	36	100,00	146	100,00

Na tabela 18, todos os profissionais e ACS afirmaram que não existe grupo comunitário de apoio à amamentação na área que atuam 36 (100,00%) e 146 (100%).

TABELA 19 – Distribuição de acordo com o profissional a quem encaminha as mães com problemas na amamentação. Iguatu-CE, 2008.

Para quem você encaminha a mãe com problema na amamentação?	f	%
Não encaminho a ninguém	3	2,05
Enfermeiro do PSF	125	85,62
Médico do PSF	7	4,79
Médico e Enfermeiro do PSF	11	7,53
TOTAL	146	100,00

Na tabela 19, os casos de mães com problemas na amamentação são encaminhados aos enfermeiros do PSF por 125(85,62%) dos ACS. Ressalta-se ainda que 3 agentes comunitários de saúde não encaminham as puérperas com problemas mamários para nenhum profissional, podendo revelar a capacidade adequada do ACS em manejar tais problemas ou ainda uma falta de assistência.

TABELA 20 – Distribuição de acordo com as condutas realizadas pelos profissionais de nível superior nas consultas de pré-natal. Iguatu-CE, 2008.

Realiza consulta de pré-natal?	f	%
Sim	25	69,44
Não	11	30,56
Em suas consultas de pré-natal, você fala sobre vantagens ou importância da amamentação?		
Em quase todas as consultas	18	50,00
Em algumas consultas	6	16,67
Muito raramente	1	2,78
Não realiza	11	30,56
Você orienta a gestante na última consulta de pré-natal sobre amamentação?		
Em quase todas as consultas	17	47,22
Em algumas consultas	8	22,22
Não realiza	11	30,56
TOTAL	36	100,00

Na tabela 20, a maioria dos profissionais afirma realizar consultas de pré-natal 25 (69,44%), sendo que a parcela restante que não realiza 11 (30,56%) é composta pelos dentistas das equipes.

Nas consultas pré-natais fala sobre as vantagens e importância da amamentação 18 (50,00%).

No que se refere às orientações sobre amamentação na última consulta, 17(47,22%) dos profissionais de nível superior realizam este tipo de orientação.

TABELA 21 – Distribuição de acordo com a realização de consulta de puericultura pelos profissionais de nível superior. Iguatu-CE, 2008.

Você realiza consulta de puericultura	f	%
Sim	25	69,44
Não	11	30,56
TOTAL	36	100,00

Na tabela 21, 25 (69,44%) dos profissionais afirmaram realizar consultas de puericultura.

TABELA 22 – Distribuição de acordo com informações dadas nas consultas de puericultura pelos profissionais de nível superior. Iguatu-CE, 2008.

Em suas consultas de puericultura você fala sobre as vantagens e importância de amamentação	F	%
Na maioria das consultas	24	96,00
Nunca ou raramente	1	4,00
TOTAL	25	100,00

Na tabela 22, quando interrogados sobre as informações fornecidas nas consultas de puericultura sobre as vantagens e importância da amamentação, a maior parte afirma que na maioria das consultas dá esse tipo de orientação 24 (96,00%).

TABELA 23 – Distribuição de acordo com a verificação da mamada do bebê, observando a pega e posição pelos profissionais de nível superior. Iguatu-CE, 2008.

Você verifica uma mamada do bebê, observando pega e posição?	f	%
Na maioria das consultas	14	56,00
Eventualmente	9	36,00
Nunca ou raramente	2	8,00
TOTAL	25	100,00

Na tabela 23, 14 (56%) dos profissionais afirma verificar a mamada do bebê, observando pega e posição.

TABELA 24 – Distribuição de acordo com a orientação dada às mães sobre a prevenção de problemas mamários. Iguatu-CE, 2008.

Você ensina a prevenir ou lidar com problema. Nas na mama como: fissuras, dor ou ingurgitamento?	f	%
Na maioria das consultas	18	72,00
Eventualmente	4	16,00
Nunca ou raramente	3	12,00
TOTAL	25	100,00

Na tabela 24, os profissionais, em sua maioria, afirma ensinar a prevenir ou lidar com problemas na mama na maioria das consultas 18 (72,00%).

TABELA 25 – Distribuição de acordo com as orientações feitas à mãe com problemas de ingurgitamento ou com fissura de bico. Iguatu-CE, 2008.

Que orientação você daria para uma mãe com problema de ingurgitamento ou com fissura no bico?	f	%
Continuar amamentando	2	5,56
Banho de sol	6	16,67
Orientar pega e posição	3	8,33
Massagem e compressas	8	22,22
Usar pomadas e massagens	3	8,33
Orientar com mais frequência das mamadas	2	5,56
Ordenha manual	3	8,33
Hidratação da pele	1	2,78
Compressas quentes	1	2,78
Não Respondeu / Não Sabe	7	19,44
TOTAL	36	100,00

Na tabela 25, os profissionais citam como orientação dada a uma mãe com problema de ingurgitamento ou com fissura no bico massagem e compressas oito (22,22%), não responderam /não sabem sete (19,44%), banho de sol seis (16,67%), dentre outras.

Chama atenção o alto percentual de profissionais que não sabem como lidar com problemas de fissuras mamárias e ingurgitamento, indicando que mulheres com estas dificuldades poderão estar sendo prejudicadas pela falta de conhecimento técnico dos profissionais que as assistem.

TABELA 26 – Distribuição de acordo com a orientação sobre amamentação dada às mães e gestantes durante as atividades em grupo pelos profissionais de nível superior. Iguatu-CE, 2008.

Durante as atividades em grupos, as mães e as gestantes são orientadas sobre a amamentação.	F	%
Na maioria dos encontros	13	36,11
Em alguns encontros	2	5,56
Muito raramente	1	2,78
Não realiza	20	55,56
TOTAL	36	100,00

Na tabela 26, quando interrogados sobre as orientações sobre amamentação dada às mães, uma significativa maioria afirmou não realizar esta atividade 20 (55,56%), sendo pequena a parcela que refere orientar sobre o tema em todos os encontros 13 (36,11%).

TABELA 27 – Distribuição de acordo com a realização de visitas domiciliares a puérperas. Iguatu-CE, 2008.

Você realiza visitas domiciliares a puérperas	f	%
Não realizo	12	33,33
Freqüentemente	17	47,22
Eventualmente	5	13,89
Raramente	2	5,56
TOTAL	36	100,00

Na tabela 27, a maior parte dos profissionais afirmou realizar visitas domiciliares a puérperas freqüentemente 17 (47,22%).

TABELA 28 – Distribuição de acordo com a verificação da mamada e correção de possíveis erros durante as visitas. Iguatu-CE, 2008.

Nas visitas você costuma verificar a mamada e corrigir os possíveis erros?	f	%
Em quase todas as visitas	15	62,50
Em algumas visitas	7	29,17
Raramente	2	8,33
TOTAL	24	100,00

Na tabela 28, os profissionais afirmaram que nas visitas costumam verificar a mamada e corrigir os possíveis erros em quase todas as vezes, 15 (62,50%).

TABELA 29 – Distribuição dos profissionais de nível superior de acordo com o desenvolvimento de outras atividades que estimulem a amamentação na área em que atua. Iguatu-CE, 2008.

Desenvolvem na sua área algumas outras atividades que estimulem amamentação?	f	%
Sim	3	8,33
Não	33	91,67
TOTAL	36	100,00

Na tabela 29, os profissionais afirmaram que não desenvolvem, na sua área de atuação, outras atividades que estimulem a amamentação 33 (91,67%).

TABELA 30 – Distribuição das mães de acordo com as atitudes dos funcionários em orientar sobre a amamentação. Iguatu-CE, 2008.

Algum funcionário do posto já conversou com você sobre a amamentação	f	%
Sim	307	76,37
Não	95	23,63
TOTAL	402	100,00

Na tabela 30, a maioria das mães afirmou que algum funcionário do posto já conversou com elas sobre amamentação 307 (76,37%).

TABELA 31 – Distribuição de acordo com o funcionário responsável pela orientação dada às mães na equipe de saúde. Iguatu-CE, 2008.

Quem	f	%
Médico	12	3,91
Enfermeiro	146	47,56
Agente de Saúde	41	13,35
Dentista	5	1,63
Médico e Enfermeiro	47	15,31
Enfermeiro e Agente de Saúde	56	18,24
TOTAL	307	100,00

Na tabela 31, em relação ao principal funcionário do posto responsável pela orientação dada às mães sobre amamentação, estas relataram ter sido o enfermeiro 146 (47,56%).

TABELA 32 – Distribuição das mães de acordo com a informação dada pelo funcionário da equipe. Iguatu-CE, 2008.

Qual a informação dada	f	%
Não lembra	18	5,84
Protege a criança de doenças	13	4,22
Benéfico para o bebê	12	3,90
Cuidados com a mama	1	0,32
AME até 6 meses	165	53,57
Alimento mais saudável	7	2,27
Alimento completo	9	2,92
Bom para o nascimento dos dentes	2	0,65
Bom para o crescimento	8	2,60
Posição de amamentar	19	6,17
Importância da amamentação	49	15,91
Colocar o bebê para arrotar	1	0,32
Alimento até 4 meses	1	0,32
Prevenir doenças na fase adulta	3	0,97
TOTAL	308	100,00

Na tabela 32, a principal informação dada às mães pelos profissionais do serviço de saúde foi a amamentação até os seis meses 165 (53,57%), seguido da importância da amamentação 49 (15,91%). Chama atenção o fato de 18 mães (5,84%) não lembrarem do tipo de orientação dispensada.

TABELA 33 – Distribuição dos conhecimentos dos profissionais de nível superior e ACS sobre situações em que as mães podem se encontrar no período da amamentação . Iguatu-CE, 2008

SITUAÇÃO:	ACS		PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR	
	f	%	f	%
É necessário lavar o bico dos seios com água e sabão após cada mamada?				
Sim	67	45,89	9	25,00
Não	79	54,11	27	75,00
É importante trocar de seios após 10 minutos de início da mamada para que o bebê mame os 2 seios ?				
Sim	104	71,23	19	52,78
Não	42	28,77	17	47,22
O uso de chupeta pode prejudicar a amamentação?				
Sim	133	91,10	35	97,22
Não	13	8,90	1	2,78
Em caso de ingurgitamento é importante massagear o seio antes da mamada, e fazer compressas geladas após?				
Sim	134	91,78	26	72,22
Não	12	8,22	10	27,78
Se não houver apoio até 3 dias após o parto, é necessário iniciar complementação ?				
Sim	53	36,30	19	52,78
Não	93	63,70	17	47,22
A exposição a luz solar é benéfica para o seio ?				
Sim	142	97,26	34	94,44
Não	4	2,74	2	5,56
O bebê deve ser amamentado com regularidade: de 2 em 2 horas na primeira semana e nas semanas seguintes de 3 em 3 horas ?				
Sim	96	65,75	22	61,11
Não	50	34,25	14	38,89
Se houver diminuição da produção de leite, e o bebê demonstrar de que está com fome, deve-se começar imediatamente a complementação?				
Sim	35	23,97	6	16,67
Não	111	76,03	30	83,33
A composição do leite varia ao longo da mamada, isto é, o leite inicial é diferente do leite final.				
Sim	128	87,67	32	88,89
Não	18	12,33	4	11,11
O sucesso da amamentação depende apenas da relação mãe-bebê				
Sim	50	34,25	1	2,78
Não	96	65,75	35	97,22
TOTAL	146	100,00	36	100,00

Na tabela 33, as perguntas que evidenciam os conhecimentos dos agentes comunitários de saúde sobre o manejo da amamentação foram extraídas de

documentos oficiais do Ministério da Saúde e centram-se sobre as principais situações ou problemas vivenciados na prática do aleitamento materno pelas mães.

Quando foram indagados se há necessidade da limpeza dos mamilos após as mamadas 79 (54,11%) dos profissionais responderam que não, enquanto 67 (45,89%) responderam que sim.

Em relação à troca de seios após 10 minutos de início da mamada 104 (71,23%) responderam sim e 42 (28,77%) disseram que não.

Quanto à interrogação “Se o uso de chupetas pode prejudicar a amamentação?” 133(91,10%) disseram que sim e 13 (8,90%) respondeu que não.

No caso de ingurgitamento mamário e a importância de massagem e utilização de compressas geladas após, 134 (91,78%) responderam que sim e 12(8,22%) responderam que não.

No caso da não descida do leite até o 3º dia, 53(36,30%) acreditavam na necessidade de iniciar a complementação e 93 (63,70%) acreditavam que não há esta necessidade.

Quando se perguntou sobre o benefício da exposição à luz solar para o seio, 142 (97,26%) achavam que era benéfica e quatro (2,74%) achavam que não.

No que se refere à regularidade das mamadas em horários fixos, a maioria de 96 (65,75%) acreditava que esta prática é necessária, enquanto 50 (34,25%) acreditavam que não.

No caso da diminuição da produção de leite e o bebê demonstrar que está com fome, se há necessidade de iniciar a complementação, 111 (76,03%) não vêem esta prática como necessária, mas 35 (23,97%) acreditam na necessidade de complementação.

Quando se perguntou sobre a variabilidade da composição do leite ao longo da mamada, 128 (87,67%) responderam que sim e 18 (12,33%) responderam que não há esta diferença de composição ao longo da mamada.

Indagados se o sucesso da amamentação depende apenas da interação mãe-bebê, 96 (65,75%) acham que não, ou seja, existem outros fatores intervenientes na amamentação, além da interação entre o binômio mãe-criança, entretanto 50 (34,25%) acreditavam que o sucesso da amamentação dependia apenas deste fator.

As perguntas que evidenciam os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o manejo da amamentação foram extraídas de documentos oficiais do Ministério da Saúde e centram-se sobre as principais situações ou problemas vivenciados na prática do aleitamento materno pelas mães.

Quando foram indagados se há necessidade da limpeza dos mamilos após as mamadas 27 (75%) dos profissionais responderam que não, enquanto 9 (25%) responderam que sim.

Em relação à troca de seios após 10 minutos de início da mamada, 19 (25,78%) responderam sim e 17 (47,22%) disseram que não.

Quanto à interrogação “Se o uso de chupetas pode prejudicar a amamentação?” 35 (97,22%) disseram que sim e um (2,78%) respondeu que não.

No caso de ingurgitamento mamário e a importância de massagem e utilização de compressas geladas após, 26 (72,22%) responderam que sim e 10 (27,78%) responderam que não.

No caso da não descida do leite até o 3º dia, 19 (52,78%) acreditava na necessidade de iniciar a complementação e 17 (47,22%) acreditavam que não há esta necessidade.

Quando se perguntou sobre o benefício da exposição à luz solar para o seio, 34 (94,44%) achavam que era benéfica e dois (5,56%) achavam que não.

No que se refere à regularidade das mamadas em horários fixos, a maioria de 22(61,11%) acreditava que esta prática é necessária, enquanto 14 (38,89%) acreditavam que não.

No caso da diminuição da produção de leite e o bebê demonstrar que está com fome, se há necessidade de iniciar a complementação, 30 (83,33%) não vêem esta prática como necessária, mas 6 (16,67%) acreditam na necessidade de complementação.

Quando se perguntou sobre a variabilidade da composição do leite ao longo da mamada, 32 profissionais (88,89%) responderam que sim e quatro (11,11%) responderam que não há esta diferença de composição ao longo da mamada.

Indagados se o sucesso da amamentação depende apenas da interação mãe-bebê, 35 profissionais (97,22%) achavam que não, ou seja, existem outros fatores intervenientes na amamentação, além da interação entre o binômio mãe-criança, entretanto 1 profissional (2,78%) acreditava que o sucesso da amamentação depende apenas deste fator.

TABELA 34 – Conhecimentos sobre as vantagens da amamentação para a mulher, segundo mãe, profissionais de nível superior e agentes comunitários de saúde. Iguatu-CE, 2008.

Qual a principal vantagem da amamentação para as mães:	PROFISSIONAIS		ACS		MÃES	
	f	%	f	%	f	%
Contraceptivo natural	2	5,56	13	8,90	-	-
Afetividade Mãe e Filho	9	25,00	16	10,96	16	3,98
Diminui o sangramento	3	8,33	4	2,74	-	-
Involução uterina	8	22,22	44	30,14	26	6,47
Previne câncer de mama	7	19,44	37	25,34	57	14,18
Economia	1	2,78	6	4,11	4	1,00
Aumento da auto-estima	1	2,78	-	-	-	-
Satisfação pessoal	-	-	1	0,68	13	3,23
Recupera a forma física mais rápido	-	-	11	7,53	26	6,47
Mais prático	-	-	5	3,42	6	1,49
Evita displasias	-	-	-	-	1	0,25
Faz bem para a saúde	-	-	-	-	16	3,98
Previne anemias	-	-	-	-	1	0,25
Não Respondeu / Não Sabe	5	13,89	9	6,16	236	58,71
TOTAL	36	100,00	146	100,00	402	100,00

Na tabela 34, a principal vantagem da amamentação citada pelos profissionais de nível superior, foi à afetividade mãe e filho foi a mais citada nove (25,00%), seguida da involução uterina oito (22,22%), deve-se ressaltar, também, que existem profissionais de saúde que não sabem ou não responderam ao item,

cinco (13,89%). Entre os ACS a involução uterina foi a mais citada 44 (30,14%), seguida da prevenção do câncer 37 (25,34%), destaca-se que ainda existem ACS que não sabiam ou não responderam a pergunta nove (6,16%). Para mães, a principal vantagem foi a prevenção do câncer de mama 57 (14,18%), dentre as mesmas a maioria afirma não saber ou não respondeu ao item 236 (58,71%).

TABELA 35 – Conhecimentos sobre as vantagens da amamentação para o bebê, segundo mães, profissionais de nível superior e agentes comunitários de saúde. Iguatu-CE, 2008.

Qual a principal vantagem da amamentação para os bebês:	PROFISSIONAL		ACS		MÃES	
	f	%	f	%	f	%
Proteção contra doenças	11	30,56	73	50,00	122	30,35
Favorece o crescimento e o desenvolvimento	1	2,78	29	19,86	17	4,23
Leite esterilizado	1	2,78	1	0,68	-	-
Alimento completo	8	22,22	10	6,85	-	-
Fácil digestão	3	8,33	-	-	40	9,95
Aumento do vínculo afetivo filho – mãe	2	5,56	10	6,85	3	0,75
Estimulação orofacial	4	11,11	-	-	-	-
Menor incidência de morte súbita	1	2,78	-	-	-	-
Leite pronto na temperatura certa	1	2,78	4	2,74	-	-
Auxilia a dentição	-	-	14	9,59	59	14,68
Auxilia na nutrição	-	-	3	2,05	48	11,94
Cresce saudável	-	-	-	-	62	15,42
Ganho de peso	-	-	-	-	13	3,23
Não Respondeu / Não Sabe	4	11,11	2	1,37	38	9,45
TOTAL	36	100,00	146	100,00	402	100,00

Na tabela 35, entre todos os entrevistados, profissionais, ACS e mães a proteção contra as doenças foi a mais citada entre as vantagens da amamentação para o bebê, 11 (30,56%), 73 (50,00%) e 122 (30,35%), respectivamente.

TABELA 36 – Idade na primeira visita após o nascimento do bebê, segundo mães, profissionais de nível superior e agentes comunitários de saúde. Iguatu-CE, 2008.

Em geral com que idade estava o bebê na primeira visita	PROFISSIONAIS		ACS		MÃES	
	f	%	f	%	f	%
Até 3 dias	1	2,78	125	85,62	-	-
Até 7 dias	16	44,44	21	14,38	207	56,10
Até 15 dias	5	13,89	-	-	112	30,35
Até 30 dias	1	2,78	-	-	39	10,57
Após 30 dias	1	2,78	-	-	11	2,98
Não Sabe / NS	12	33,33	-	-	-	-
TOTAL	36	100,00	146	100,00	369	100,00

Na tabela 36, embora a maioria das mães afirme receber visitas após o nascimento do bebe, até 7º dia 207 (56,10%), a maioria dos ACS afirmam que até o 3º dia de nascimento realizam a visita 125 (85,62%), os profissionais deram respostas compatíveis com as fornecidas pelas mães, a maior parte afirma realizar a visita até o 7º dia-16 (44,44%).

TABELA 37 – Informações sobre amamentação nas atividades de supervisão sob a visão dos agentes comunitários de saúde e profissionais de nível superior. Iguatu-CE, 2008.

	Você costuma receber orientação sobre amamentação do enfermeiro ou outro membro da sua equipe do PSF?	f	%
ACS	Sim	129	88,36
	Não	17	11,64
	TOTAL	146	100,00
	Em suas atividades de supervisão com os Agentes Comunitários de Saúde, você costuma orientar sobre amamentação?	f	%
PROFISSIONAIS	Não participo desta atividade	12	33,33
	Quase sempre	4	11,11
	Algumas vezes	12	33,33
	Raramente	8	22,22
	TOTAL	36	100,00
		Que questão você aborda nesta ocasião?	f
PROFISSIONAIS	Importância e vantagens da amamentação	5	13,89
	Técnicas de amamentação, importância e vantagens da amamentação, prevenção e soluções para dificuldades na amamentação	14	38,89
	Assuntos odontológicos	5	13,89
	Não participo desta atividade	12	33,33
	TOTAL	36	100,00

A tabela 37 mostra que nas atividades de supervisão, a maioria- 129 (88,36%) dos agentes comunitários de saúde recebem informações sobre aleitamento materno, contudo, 17 (11,64%) afirmam não receberem este tipo de informação.

Verifica-se que apesar da maioria dos ACS receber informações sobre aleitamento materno, esta atividade pode não está sendo incorporada em todas as Unidades.

Nas atividades de supervisão com os agentes comunitários, apenas quatro profissionais afirmaram realizarem orientações aos ACS sobre aleitamento materno.

Esta discrepância entre as informações dos agentes comunitários e os profissionais de nível superior poderá estar relacionada à compreensão diferenciada do mesmo questionamento.

TABELA 38 – Orientação para a mãe com problemas para a amamentação, por agentes comunitários de saúde e profissionais de nível superior. Iguatu-CE, 2008.

Que orientação você faria para uma mãe com problema de ingurgitamento ou com fissura no bico.	ACS		PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR	
	f	%	f	%
Continuar amamentando	3	2,05	2	5,56
Banho de sol	49	33,56	6	16,67
Orientar pega e posição	3	2,05	3	8,33
Massagem e compressas	28	19,18	8	22,22
Usar pomadas e massagens	1	0,68	3	8,33
Higiene (lavar o bico do peito) ACS	8	5,48		
Secar os mamilos	2	1,37		
Orientar com mais freqüência das mamadas	1	0,68	2	5,56
Ordenha manual	1	0,68	3	8,33
Passar leite materno na fissura	2	1,37		
Desmame	1	0,68		
Encaminhamento da mãe para o PSF	3	2,05		
Não Respondeu / Não Sabe	44	30,14	7	19,44
Hidratação da pele			1	2,78
Compressas quentes			1	2,78
TOTAL	146	100,00	36	100,00

Na tabela 38, a orientação a ser dada para uma mãe com problema de ingurgitamento ou com fissura no bico mais citada entre os ACS foi o banho de sol 49 (33,56%), seguido da massagem e compressas 28 (19,18%). Entre os profissionais a massagem e compressas foi a orientação mais citada oito (22,22%), seguido do banho de sol seis (16,67%).

TABELA 39 – Relação entre renda familiar materna e amamentação. Iguatu-CE, 2008.

Quanto sua família recebe por mês (em salários mínimos)?		Você amamenta		Total
		Sim	Não	
Menos de um SM	f	167	27	194
	%	48,69	45,76	48,26
De um a dois SM	f	136	28	164
	%	39,65	47,46	40,80
De dois a três SM	f	20	4	24
	%	5,831	6,780	5,970
Mais de três SM	f	20	0	20
	%	5,83	0,00	4,98
Total	f	343	59	402
	%	100,00	100,00	100,00

Na tabela 39, entre as mães que afirmaram amamentar seus bebês, a maior parte possui renda familiar inferior a um salário mínimo, 167 (48,69%).

TABELA 40 – Relação do local de residência materna e a amamentação dada. Iguatu-CE, 2008.

Local de Residência		Você amamenta		Total
		Sim	Não	
Zona Urbana	f	211	37	248
	%	61,52	62,71	61,69
Zona Rural	f	132	22	154
	%	38,48	37,29	38,31
Total	f	343	59	402
	%	100,00	100,00	100,00

Na tabela 40, dentre as mães que amamentavam, a maioria reside na zona urbana 211(61,52%), entre as mães que não amamentavam a maioria também reside na zona urbana 37 (62,71%). A maior parte das mães na zona urbana, 211 dentre as 248, e rural afirmou amamentar seus bebês. A fim de se verificar uma

possível associação entre o local de residência das mães e a realização da amamentação, realizou-se o Teste χ^2 de Independência, através do mesmo, constatou-se que não existe uma associação entre as variáveis citadas, a um nível de significância de 5%. ($p=0,861$; $\chi^2=0,030$). Ou seja, a amamentação independe do local de residência das mães.

TABELA 41 – Relação entre o número de consultas pré-natais realizadas pelas mães e a amamentação. Iguatu-CE, 2008.

Nº de consultas		Você amamenta		Total
		Sim	Não	
Até 3	f	13	2	15
	%	3,79	3,39	3,73
De 4 a 6	f	119	20	139
	%	34,69	33,90	34,58
7 ou mais consultas	f	211	37	248
	%	61,52	62,71	61,69
Total	f	343	59	402
	%	100,00	100,00	100,00

Na tabela 41, tanto entre as mães que amamentavam como entre as mães que não amamentavam a maioria das mães afirma ter realizado sete ou mais consultas pré-natais, 211 (61,52%) e 37 (62,71%), respectivamente.

TABELA 42 – Relação entre a dificuldade para amamentar e as orientações recebidas por profissionais do PSF. Iguatu-CE, 2008.

Você teve alguma dificuldade para amamentar?		Alguma pessoa aqui no posto já falou com você sobre amamentação?		Total
		Sim	Não	
Sim	f	99	35	134
	%	32,25	36,84	33,33
Não	f	208	60	268
	%	67,75	63,16	66,67
Total	f	307	95	402
	%	100,00	100,00	100,00

Na tabela 42, dentre as mães que afirmaram que alguma pessoa no posto já falou sobre amamentação a maioria afirma não ter dificuldade para amamentar, 208(67,75%), o mesmo ocorreu entre as que não receberam informações sobre

amamentação de alguém no posto, a maioria afirma não ter dificuldade para amamentar, 60 (63,16%). A fim de se verificar uma possível associação entre alguma dificuldade sentida pela mãe para amamentar e alguma pessoa no posto ter falado sobre amamentação, realizou-se o Teste χ^2 de Independência, através do mesmo constatou-se que não existe uma associação entre as variáveis citadas, a um nível de significância de 5%. ($p=0,406$; $\chi^2=0,689$). O fato de ter recebido orientação de algum funcionário da equipe não influenciou em ter dificuldade com a amamentação.

TABELA 43 – Relação entre a dificuldade para amamentar e o apoio recebido pelos profissionais de saúde. Iguatu-CE, 2008.

Você teve alguma dificuldade para amamentar?	Você se sente apoiada pelos profissionais para amamentar o seu filho?		Total	
	Sim	Não		
Sim	F	101	33	134
	%	32,27	37,08	33,33
Não	F	212	56	268
	%	67,73	62,92	66,67
Total	F	313	89	402
	%	100,00	100,00	100,00

Na tabela 43, dentre as mães que se sentem apoiadas pelos profissionais para amamentar seus bebês, a maioria afirma não ter apresentado dificuldade para amamentar 212 (67,73%), o mesmo ocorreu entre as mães que não se sentem apoiadas pelos profissionais, a maioria também não apresentou dificuldades para amamentar 56 (62,96%). A fim de se verificar uma possível associação entre alguma dificuldade sentida pela mãe para amamentar e o fato de se sentirem apoiadas pelos profissionais para amamentar seus bebês, realizou-se o Teste χ^2 de Independência, através do mesmo constatou-se que não existe uma associação entre as variáveis citadas, a um nível de significância de 5%. ($p=0,396$; $\chi^2=0,722^b$).

TABELA 44 – Relação entre a orientação dada pelos profissionais às mães sobre as vantagens e desvantagens da amamentação nas consultas pré-natais e a participação dos mesmos em algum treinamento sobre aleitamento materno. Iguatu-CE, 2008.

Em suas consultas de pré-natal, você fala sobre vantagens ou importância da amamentação?		Você já fez algum treinamento sobre aleitamento materno?				Total
		Nunca	1 vez	2 vezes	3 vezes ou mais	
Em quase todas as consultas	F	8	5	1	4	18
	%	44,44	55,56	33,33	66,67	50,00
Em algumas consultas	F	2	1	1	2	6
	%	11,11	11,11	33,33	33,33	16,67
Muito raramente	F	0	0	1	0	1
	%	0,00	0,00	33,33	0,00	2,78
Não realiza	F	8	3	0	0	11
	%	44,44	33,33	0,00	0,00	30,56
Total	F	18	9	3	6	36
	%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Na tabela 44, entre os profissionais que afirmaram nunca ter participado de treinamentos sobre amamentação, tem-se uma distribuição proporcional entre os que orientam sobre as vantagens e desvantagens da amamentação em quase todas as consultas de pré-natal oito (44,44%), e os que não realizam essa orientação oito (44,44%). Dentre os que participaram uma vez de treinamento sobre amamentação, a maioria afirma fornecer orientações sobre amamentação em quase todas as consultas cinco (55,56%). Os que participaram de dois treinamentos sobre amamentação obteve - uma igual distribuição entre os que dão orientação em quase todas as consultas, os que dão em algumas consultas e os que muito raramente dão esse tipo de orientação, todos com um (33,33%). A maioria dos que afirma ter participado de três treinamentos ou mais sobre amamentação afirma dar orientações sobre amamentação em quase todas as consultas pré-natais quatro (66,67%).

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Encontrou-se uma prevalência de aleitamento materno (leite materno e /ou associado a outros alimentos) aos seis meses de idade de 85,32%, entretanto, quando verificou-se o percentual de aleitamento materno exclusivo foi de 37,31%.

Estudo de Neto, Oliveira e Zandonade (2007) refere que a prevalência de aleitamento materno exclusivo aos três meses de idade foi de 39,5%. Dentre os fatores de risco encontrados pelos autores destacaram-se a instabilidade conjugal e o uso de chupetas. Outros resultados semelhantes foram encontrados também por Mascarenhas *et al.* (2006) que constataram uma prevalência de 39% de AME nos primeiros três meses de vida, e Bueno *et al.* (2003), que acompanharam longitudinalmente o declínio progressivo da prevalência de AME, cerca de 60% nos primeiros 15 dias pós-parto, 40% aos 30 dias, 20% aos 60 dias e aproximadamente 15% aos 90 dias de vida.

No estudo, encontrou-se que a prevalência de crianças em aleitamento misto era de 62,69% e entre aquelas que haviam iniciado o processo de desmame, a inserção de alimentos complementares ocorreu antes dos três meses de idade (79,06%), fase em que o lactente ainda não possui maturidade fisiológica para ingerir leites artificiais, nem tampouco alimentos semi-sólidos. Os principais alimentos relatados pelas mães como componentes da dieta dos lactentes com menos de seis meses foram principalmente outro tipo de leite (30,95%), mingau (28,57%) e mingau associado a outros alimentos semi-sólidos (23,02%).

Em estudo realizado por Oliveira, Assis e Gomes (2005) em Salvador, o oferecimento precoce de alimentos diferentes do leite materno antes dos seis meses de idade foi referido para 83,3% das crianças estudadas.

Assim, fica evidente que a inserção de alimentos complementares além de estar acontecendo em um momento inapropriado, pode ainda está apresentando componentes inadequados, tais como a exclusividade de leites artificiais e mingaus

em períodos nos quais a alimentação semi-sólida poderia estar sendo implementada.

As principais influências para a inserção de outros alimentos diferentes do leite materno foram a vontade própria da mãe, associada à influência de familiares e vizinhos (87,70%), assemelhando-se ao estudo de Neto, Oliveira e Zandonade (2007) os quais alertaram que fatores ligados à instabilidade conjugal materna, insegurança e falta de suporte familiar podem influenciar negativamente na prática do aleitamento materno exclusivo.

Dentre os motivos citados pela cuidadora, os principais foram o leite fraco/leite insuficiente/o bebê chorava muito (40,48%), o qual pode estar relacionado a possíveis problemas técnicos, tais como pega e posição (esvaziamento incompleto das mamas, ansiedade materna, frequência das mamadas não adequadas).

No que se refere às ações do Programa de Saúde da Família que contribuem para a prática do aleitamento materno, verificou-se que 61,69% das mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. Quanto à realização da visita domiciliar no pós-parto 91,54% foram visitadas pela Equipe de saúde da Família. Destas que receberam a visita domiciliar, 56,10% receberam a visita na primeira semana de vida do recém-nascido. O profissional da equipe de saúde que mais participou deste processo foi o enfermeiro e o agente comunitário de saúde (61,35%).

Estudo realizado por Dubeux, Frias e Vidal (2004) sobre uma avaliação das equipes de saúde da família no que se refere ao incentivo ao aleitamento materno na cidade de Olinda-PE destaca como atividades diferenciadas das equipes a orientação no pré-natal sobre técnicas e fortalecimento da auto-confiança na gestante, visitas domiciliares, as quais são imprescindíveis para o enfrentamento de dificuldades na amamentação.

Em relação às orientações dispensadas na visita puerperal, encontrou-se com maior frequência as orientações sobre amamentação (62,72%), aparecendo em seguida os cuidados com o recém-nascido (27,51%). As frequências de dificuldades com a manutenção da amamentação foi de 33,33.

No que se refere à capacitação dos agentes comunitários de saúde, 91,1% relatam que tiveram capacitações sobre aleitamento materno. Entretanto, quando se pesquisou a realização de treinamentos com profissionais de nível superior, 50% nunca realizaram treinamentos voltados para esta temática e 25% só realizaram treinamentos uma vez, apontando a necessidade de cursos ou treinamentos de curta duração que possam assegurar mais informações e segurança para o manejo da amamentação de forma efetiva.

A realização da visita puerperal pós-parto é referida por 95,89% dos agentes comunitários de saúde, sendo que 85,62% afirmam realizarem esta visita em até três dias após o nascimento, dado incompatível com as informações fornecidas pelas mães, pois apenas 56,10% destas relataram serem visitadas por algum membro da equipe de saúde na primeira semana de puerpério.

A realização das consultas puerperais por profissionais de nível superior é feita por 69,44% dos profissionais, sendo que apenas 11 (30,56%) não realizam. Estes profissionais que não realizam as consultas puerperais são os dentistas das equipes. O período de realização destas visitas é executado pela maioria dos profissionais com até sete dias pós-parto (55,95%).

Quanto às orientações fornecidas pelos ACS às mães, durante as visitas puerperais, 99,32% afirmam ter prestado orientações sobre aleitamento materno.

De acordo com os profissionais de nível superior, 95,83% realizam orientações a cerca da amamentação e apenas um (4,17%) não fornece orientações sobre este tema nas suas visitas puerperais. Dentre os assuntos abordados durante a visita, os mais citados foram a amamentação (62,72%) e os cuidados com o recém-nascido (27,51%).

A prática de visita domiciliar pós-parto direcionada para a promoção do aleitamento materno não representa uma idéia nova. Neste momento, as mães encontram dificuldades para amamentar e não podem contar com a ajuda dos profissionais do hospital, o que leva muitas vezes ao desmame precoce devido à falta de informação e orientação adequada.

Estudo realizado no sul do Brasil com visitadoras domiciliares mostrou que visitas domiciliares pós-parto podem ter efeito positivo mensurável nos padrões de aleitamento materno nos primeiros meses de vida. (BARROS; HALPERN; VICTORA *et al.*, 1994)

Ainda no período pré-natal, 92,47% dos ACS afirmam prestarem informações à mulher prestes a dar a luz sobre aleitamento materno, 89,04% relatam perguntarem às mães se elas têm dúvidas sobre amamentação, visando melhor esclarecê-las, 97,26% afirmam observarem a posição e pega do recém-nascido, visando corrigir possíveis erros na mamada.

A atuação no período pré-natal por profissionais de nível superior é realizada principalmente por meio das consultas pré-natais, sendo que todos os médicos e enfermeiros das equipes realizam esta atividade e apenas os dentistas não realizam a consulta pré-natal. Durante as consultas, apenas 50% dos profissionais da Estratégia Saúde da Família informam sobre as vantagens e importância da amamentação em quase todas as consultas. Na última consulta pré-natal, um percentual menor orienta sobre amamentação em quase todas as consultas (47,22%) e 56% dos profissionais médicos e enfermeiros verificam a mamada do bebê.

Quanto ao aspecto da capacidade de correção de eventuais erros na pega e posição do RN, 99,32% dos ACS afirmaram serem capazes de solucionar tal problema, porém, apenas 92,47% relatam fornecerem orientações para prevenir ingurgitamentos, fissuras e dores, sendo possível observar que algumas apenas conhecem o tema, mas não orientam às mães.

Enquanto isso, 72% dos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família ensinam a prevenção de problemas mamários e a correção de possíveis erros durante as visitas, 62,50% afirmaram verificar e corrigir estes erros.

As principais orientações feitas pelos profissionais de saúde de nível superior para uma mãe com problema de ingurgitamento mamário foram a realização de massagens e compressas (22,22%). Outras orientações citadas foram: continuar amamentando (5,56%), banho de sol (16,67%), pega e posição (8,33%), uso de pomadas (8,33%), aumento da frequência das mamadas (5,56%), ordenha

manual (8,33%), hidratação da pele (2,78%), compressas quentes (2,78%), não responderam/não sabem (19,44%).

Os resultados evidenciam ainda um escasso conhecimento quanto às medidas de manejo dos problemas mamários, por parte dos profissionais de saúde, tendo em vista o alto percentual de profissionais que não sabem/não conhecem (19,44%), o uso de medidas inadequadas, tais como a aplicação de pomadas, o uso de compressas quentes e a hidratação da pele.

O ingurgitamento mamário costuma ocorrer com mais freqüência em torno do 3º ao 5º dia pós-parto e geralmente associa-se aos seguintes fatores: início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, restrição e duração da frequência das mamadas, uso de suplementos e sucção ineficaz do bebê. As principais recomendações são iniciar a amamentação o mais cedo possível, em livre demanda, com técnica correta, ordenha manual, uso de compressas e evitar o uso de suplementos alimentares. (GIUGLIANI, 2004).

Os primeiros dias após o parto são cruciais para o aleitamento materno bem sucedido, pois é nesse período que a lactação se estabelece, além de ser um período de intenso aprendizado para a mãe e adaptação do recém-nascido. Daí a importância do acompanhamento intensivo no pós-parto e através de visitas domiciliares após a alta hospitalar, pois várias dúvidas e problemas podem surgir e tornar a mulher vulnerável e insegura. Nesta etapa de adaptação às modificações puerperais, a mulher necessita conhecer sobre o auto-cuidado, o aleitamento, o planejamento familiar e os cuidados com o recém-nascido. (ALMEIDA; FERNANDES; ARAÚJO, 2004).

Em relação à orientação dos ACS para os principais problemas mamários (dores, fissuras, ingurgitamento mamário), foi relatado pela maioria dos ACS que as orientações para prevenir estes problemas são oferecidas às mães (92,47%).

Quanto à realização de ações educativas nos grupos de gestantes e nos grupos de puericultura, verifica-se que esta prática é incipiente e a maioria dos ACS não realiza a Educação em Saúde para o incentivo ao aleitamento materno 67,12% e 87,67%, respectivamente, não realizam este importante mecanismo para o

incentivo e apoio à amamentação. Fato importante é que 67,81% das ACS não realizam orientações nas atividades em grupo.

Quanto à realização das consultas de puericultura, todos os médicos e enfermeiros das equipes realizam esta importante ação no âmbito da saúde da criança e apenas os dentistas não realizam esta atividade de promoção à saúde da criança.

As informações sobre amamentação durante estas consultas são fornecidas por 96% dos profissionais na maioria das consultas e apenas 1 (4%) nunca ou raramente orienta sobre amamentação nas consultas de puericultura.

Nos grupos de gestantes ou de puericultura, o assunto amamentação aparece nas informações de 36,11% profissionais, enquanto isso 55,56% não realizam estas atividades em grupo.

Identificou-se a existência de grupos de puericultura por apenas 15 profissionais de saúde.

Os profissionais de nível superior (8,33%) afirmam existirem outras atividades de estímulo ao aleitamento materno, tais como: entrega de certificados às mães que amamentam exclusivamente até o 6º mês e festa de aniversário do 1º ano de vida.

A inexistência de encontrar grupos comunitários de apoio à amamentação aponta a necessidade de mecanismos de apoio à amamentação que transcendem o setor saúde. Nesta perspectiva, vale atentar para a necessidade de reformulações do modelo assistencial ora vigente, no sentido de considerar a amamentação como um ato que precisa ser aprendido pela mulher e protegido pela sociedade e não meramente como um ato biológico e natural. (RAMOS; ALMEIDA, 2003)

Estudo de intervenção realizado em Montes Claros- MG com profissionais de nível superior e médio, incluindo agentes comunitários de saúde mostrou que a participação dos agentes comunitários de saúde parece ter sido fundamental no sucesso da iniciativa, pois estes são mais envolvidos com a comunidade e com atividades de promoção do aleitamento materno em suas funções habituais, enquanto médicos e enfermeiros referem menos oportunidades para práticas de

intervenção. A participação de pessoas leigas, como os agentes comunitários, no processo de aconselhamento parece ser mais efetiva para aumentar a duração do aleitamento materno exclusivo, enquanto os profissionais de saúde parecem ser mais efetivos em estender a duração do aleitamento materno em geral. (CALDEIRA; FAGUNDES; AGUIAR, 2008).

Quando se indagou aos ACS sobre o encaminhamento de problemas na amamentação, a maioria (85,62%) afirmou encaminharem para o enfermeiro, ressaltando com isto, tanto a necessidade de capacitação mais aprofundada com os ACS para o manejo dos possíveis problemas que poderão surgir, bem como a necessidade da capacitação de outros membros da equipe de saúde e em específico, enfermeiro.

Foi pesquisado no estudo, se durante as atividades de supervisão das atividades dos agentes comunitários de saúde, estes são orientados quanto a questões relacionadas à amamentação, apenas quatro profissionais (11,11%) afirmam realizarem quase sempre estas orientações na supervisão, 12 profissionais (33,33%) afirmam não participarem desta atividade e 20 (55,55%) orientam algumas vezes ou raramente. Durante a atividade de supervisão, os principais tópicos abordados são as técnicas de amamentação, importância e vantagens da amamentação, prevenção e soluções para dificuldades na amamentação (47,78%).

Verifica-se que no escopo de atividades da Estratégia Saúde da Família, as funções de planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções, são atividades específicas do profissional enfermeiro. (BRASIL, 2006).

Os conhecimentos maternos quanto à amamentação, bem como os principais profissionais de saúde envolvidos na aquisição destes conhecimentos foi outro tópico pesquisado no presente estudo.

Observou-se que na rotina dos serviços de saúde não há a incorporação do incentivo ao aleitamento materno por todos os profissionais da equipe de saúde da família. A maioria das mães informou que as informações relacionadas ao tema tinham sido prestadas pelo enfermeiro do serviço.

A principal informação fornecida pelos profissionais dos serviços de saúde foi a amamentação até o 6º mês (53,57%), seguido da importância da amamentação (15,91%). Chama atenção o fato de 18 mães (5,84%) não se lembrarem do tipo de orientação dispensada, indicando a possível desatenção e desinteresse ou ainda uma metodologia inadequada na troca de tais informações.

Os principais conhecimentos fornecidos às mães pelos profissionais de saúde são escassos quanto às técnicas de amamentação, principais problemas mamários e sua prevenção, demonstrando que alguns aspectos relevantes podem não estar sendo lembrados pela equipe.

O estudo demonstra também que o tipo de orientação poderá estar tendo interpretação diferenciada pelas mães, por não haver uma interação efetiva e de compartilhamento entre profissional de saúde e usuárias. A afirmação das mães em dizerem que a principal informação recebida é “amamentar até os seis meses”, poderá indicar que na concepção materna, ao chegar esta idade, a criança terá a amamentação interrompida, daí a necessidade de um *feedback* entre usuário-profissional na troca de orientações.

Estudo realizado em Florianópolis sobre a Educação em Saúde na concepção dos profissionais de nível superior aponta que na formação dos profissionais de saúde, eles demonstram não estar preparados para o trabalho na lógica da Promoção da Saúde requerida pela ESF. Ao contrário, a maioria dos discursos é permeada por uma educação voltada para as doenças e para a tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos, com relação vertical e impositiva. Por essa razão, reitera-se a relevância da Educação Permanente e da reestruturação da Educação em Saúde como prática social. (BESEN *et al.*, 2007).

Quanto aos conhecimentos adquiridos sobre o tema aleitamento materno, uma parcela significativa das mães não conhecia os benefícios para a saúde materna (58,71%), seguido daquelas que citam a prevenção do câncer (14,18%). Outros benefícios citados foi o vínculo afetivo, o retorno ao peso anterior à gravidez de forma mais rápida e a economia.

Em um estudo de revisão sobre os benefícios da amamentação para a saúde da mulher, são referidos os importantes benefícios para a saúde da mulher,

tais como o menor risco de câncer de mama, os espaçamentos intergestacionais, a proteção contra osteoporose e artrite reumatóide. (REA, 2004)

Quanto aos benefícios do aleitamento materno para o bebê, os mais citados foram a proteção contra doenças, a criança crescer saudável, o aspecto positivo para o nascimento dos dentes, e as qualidades nutritivas da amamentação.

Os principais benefícios comprovados para o bebê são: a proteção contra infecções respiratórias e intestinais, alergias, transferência de anticorpos maternos, menor incidência de morte súbita, menor incidência de diabetes, câncer, otites, infecção urinária, menos problemas ortodônticos, ortopédicos, faciais, dentais e fonoaudiológicos, melhor desenvolvimento neuro-psico-motor, emocional e social, melhor desempenho em testes de coeficiente de inteligência. (BRASIL, 1993)

Um dos objetivos do estudo foi a identificação de conhecimentos dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (profissionais de nível superior e agentes comunitários de saúde) sobre o aleitamento materno, técnicas e manejo dos principais problemas.

A principal vantagem da amamentação para as mães citada pelos profissionais de nível superior foi a afetividade mãe-bebê (25%), seguida da involução uterina (22,22%) e proteção contra câncer de mama (19,44/5). Outras vantagens apareceram em menor proporção, tais como contracepção natural, diminuição do sangramento pós-parto.

Fato relevante foi 5 profissionais que não responderam/não sabiam, indicando a necessidade de um maior conhecimento sobre as vantagens da amamentação para a mulher.

Os ACS afirmaram que a principal vantagem da amamentação para as mães é a involução uterina (30,14%), seguida da prevenção do câncer (25,34%).

O Ministério da Saúde aponta como principais vantagens a diminuição da hemorragia pós-parto, tendo em vista que esta é uma das principais razões pelas quais a amamentação deve ser iniciada imediatamente após o nascimento e mantida sobre livre demanda. Citam-se ainda os benefícios para o planejamento familiar e a proteção contra o câncer de mama e ovário, menor incidência de depressão pós-

parto, mais rápida recuperação pós-parto, estímulo do vínculo afetivo, resultando em menos abandono, abuso e negligência nos cuidados com a criança (BRASIL, 1993).

Outros benefícios, que não são relatados pelos profissionais e que já possuem referências na literatura são a proteção contra fraturas por osteoporose e especula-se a proteção contra artrite reumatóide. (REA, 2004).

Com relação aos benefícios da amamentação para os bebês, os mais citados foram a proteção contra doenças (30,56%), seguida de alimento completo (22,22%). É importante salientar que 4 profissionais (11,11%) não responderam/não sabiam informar as vantagens da amamentação para a criança.

Os agentes comunitários de saúde citaram como principal benefício a proteção contra doenças (50,00%), vindo em seguida a promoção do crescimento e desenvolvimento (19,86%).

O efeito mais dramático da amamentação se dá sobre a mortalidade de crianças pequenas, graças aos inúmeros fatores existentes no leite materno, que protegem contra infecções comuns em crianças como diarreia e doenças respiratórias agudas.

A associação entre mortalidade infantil e ausência de aleitamento materno é modificada por diversos fatores de ordem demográfica, socioeconômica, dietética e ambiental. A proteção conferida pelo leite materno contra mortes infantis é maior em crianças pequenas, exclusivamente amamentadas, residindo em locais onde há pobreza, promiscuidade, água de má qualidade e alimentos contaminados e de baixa densidade energética. Além de diminuir a mortalidade, o leite materno protege contra incidência e gravidade das diarreias, pneumonias, otite média, diversas infecções neonatais e outras infecções. (GIUGLIANI, 2000).

As perguntas que evidenciam os conhecimentos dos profissionais de saúde de nível superior e agentes comunitários de saúde sobre o manejo da amamentação foram extraídas de documentos oficiais do Ministério da Saúde e centram-se sobre as principais situações ou problemas vivenciados na prática do aleitamento materno pelas mães.

Quando foram indagados se há necessidade da limpeza dos mamilos após as mamadas 27(75,00%) dos profissionais de nível superior e 54,11% dos ACS responderam que não, enquanto 9 profissionais de nível superior (25,00%) e 45,89% dos ACS responderam que sim.

As recomendações adequadas são lavar as mamas apenas com água durante o banho. Sabonetes, loções, óleos ou vaselinas interferem na proteção e lubrificação natural da pele. Se os mamilos estiverem doloridos, corrigir a pega e aplicar uma pequena quantidade de leite materno sobre eles após a mamada, mantendo as mamas secas e arejadas para estimular o processo curativo. (BRASIL, 1993).

Verifica-se que apesar da maioria dos profissionais de saúde da família, tanto de nível superior como agentes comunitários de saúde terem respondido ao questionamento adequadamente, uma significativa parcela acredita ser necessária a limpeza freqüente das mamas após as mamadas.

Em relação à troca de seios após 10 minutos de início da mamada, 19 profissionais de nível superior (52,78%) e 71,23% dos ACS responderam sim enquanto 17 profissionais de saúde (47,22%) e 28,77% dos ACS disseram que não.

A conduta apropriada é a criança largar o seio naturalmente e então a mãe oferece a outra mama, caso a criança deseje, não devendo-se interromper a mamada cedo demais, porque isso priva o bebê do leite posterior, rico em gorduras e outros nutrientes, podendo afetar seu crescimento e provocar cólicas. (BRASIL, 1993).

Observa-se que a maioria dos profissionais (nível superior e ACS) não possui o conhecimento adequado quanto ao esvaziamento incompleto das mamas para garantir o aporte adequado de nutrientes para a criança durante a amamentação, sendo necessárias capacitações que enfoquem este aspecto.

Quanto à interrogação “Se o uso de chupetas pode prejudicar a amamentação?” 35 profissionais de nível superior (97,22%) e 91,10% dos ACS disseram que sim e um profissional de nível superior (2,78%) e 8,90% dos ACS responderam que não.

As chupetas são geralmente usadas para acalmar o bebê e não fornecem alimentação; seu uso pode levar à menor frequência de amamentar. Com isto, a estimulação do peito e a retirada do leite da mama podem ficar diminuídas, levando à menor produção do leite, cuja consequência é levar ao desmame. Além disso, as chupetas como os bicos podem ser nocivos por transmitirem infecções, por reduzirem o tempo gasto sugando no peito e interferir na amamentação, levando ao desmame. Podem também prejudicar a função motora oral, exercendo papel importante na síndrome do respirador bucal, e também levar a problemas ortodônticos provocados pela sucção do bico, que não estimula adequadamente os músculos da boca (LAMOUNIER, 2003).

No estudo verificou-se que a maioria dos profissionais da atenção básica reconhece que a chupeta poderá interferir negativamente na amamentação da criança.

Contudo, vale ressaltar que uma pequena parcela dos profissionais da saúde, assim como leigos e mães, acredita que as chupetas são inofensivas, tendo uma atitude indiferente ou permissiva.

No caso de ingurgitamento mamário e a importância de massagem e utilização de compressas geladas após, 26 profissionais de nível superior (72,22%) e 91,78% dos ACS responderam que sim e 10 profissionais de nível superior (27,78%) e 8,22% dos ACS responderam que não.

As compressas geladas podem ser úteis quando se quer reduzir a produção do leite. A hipotermia local provoca vasoconstrição temporária e, conseqüentemente, reduz o fluxo sanguíneo, com conseqüente redução do edema, aumento da drenagem linfática e menor produção do leite. Tais compressas não devem ser utilizadas por mais de 15 a 20 minutos. Por outro lado, compressas mornas promovem vasodilatação, aliviando a compressão local, porém posteriormente aumenta o volume de leite nas mamas, o que pode ser desvantajoso na vigência de ingurgitamento mamário. (GIUGLIANI, 2004).

Verifica-se desta forma que a maioria dos profissionais respondeu corretamente quanto ao uso de compressas geladas após as massagens, apesar de uma pequena parcela necessitar de intervenções quanto a este tópico.

No caso da não descida do leite até o 3º dia, 19 profissionais de nível superior (52,78%) e 36,30% dos ACS acreditam na necessidade de iniciar a complementação e 17 profissionais de nível superior (47,22%) e 63,70% dos ACS acreditam que não há esta necessidade.

O leite não flui espontaneamente, ele só será extraído em resposta ao reflexo de descida do leite pela compressão dos alvéolos e a liberação da ocitocina, nos primeiros cinco dias que se seguem ao parto. Há uma latência entre a sucção e a ejeção do leite de aproximadamente um minuto. Em algumas mulheres, este reflexo poderá estar condicionado e será desencadeado por choro ou lembrança do bebê, não necessitando do estímulo puerpério. O estresse aumenta a produção de adrenalina e pode inibir o reflexo de descida do leite. Após o parto, fatores endócrinos irão influenciar a inervação sensitiva da auréola e do mamilo. Deve-se retardar ao máximo a introdução de novos alimentos, pois o leite materno é o alimento ideal nos primeiros meses de vida, suprimindo as necessidades de nutrição e também as imunológicas. (FERNANDES, 2000).

Deve-se esclarecer a mãe que a criança nasce preparada para enfrentar este período pré-lácteo, e que não é necessário dar mamadeira, a não ser que a perda de peso exceda a 10% do peso de nascimento. (ISSLER; MARCONDES, 1980).

Assim, observa-se que os agentes comunitários responderam favoravelmente ao questionamento, contrapondo-se aos profissionais de saúde, os quais na sua maioria acreditam que deve se iniciar a complementação, caso o leite não desça até o 3º dia pós-parto, demandando uma maior necessidade de conhecimentos para manejar esta dificuldade tão prevalente no cenário de vida das usuárias.

Quando se perguntou sobre o benefício da exposição à luz solar para o seio, 34 profissionais de nível superior (94,44%) e 97,26% dos ACS achavam que era benéfica e dois profissionais de nível superior (5,56%) e 2,74% dos ACS achavam que não.

Os traumas mamilares incluem eritema, edema, fissuras, bolhas, .marcas brancas, amarelas ou escuras e equimoses. A causa mais comum de dor para

amamentar se deve a traumas mamilares por posicionamento e pega inadequados. Outras causas incluem mamilos curtos/planos ou invertidos, disfunções orais na criança, freio de língua excessivamente curto, sucção não-nutritiva prolongada, uso impróprio de bombas de extração de leite, não-interrupção da sucção da criança antes de retirá-la do peito, uso de cremes e óleos que causam reações alérgicas nos mamilos, uso de protetores de mamilo (intermediários) e exposição prolongada a forros úmidos. (GIUGLIANI, 2004).

A prevenção das fissuras mamilares é primordial, o que pode ser conseguido com as seguintes medidas: amamentar com técnica correta; manter os mamilos secos, expondo-os ao ar livre ou à luz solar e trocar com frequência os forros utilizados quando há vazamento de leite; não usar produtos que retiram a proteção natural do mamilo, como sabões, álcool ou qualquer produto secante; amamentar em livre demanda ; a criança que é colocada no peito assim que dá sinais de que quer mamar vai ao peito com menos fome, com menos chance de sugar com força excessiva; ordenhar manualmente a aréola antes da mamada se ela estiver ingurgitada, o que aumenta sua flexibilidade, permitindo uma pega adequada; se for preciso interromper a mamada, introduzir o dedo indicador ou mínimo pela comissura labial da boca do bebê, de maneira que a sucção seja interrompida antes de a criança ser retirada do seio; evitar o uso de protetores (intermediários) de mamilo.(GIUGLIANI, 2004).

No que se refere à regularidade das mamadas em horários fixos, a maioria de 22 profissionais de nível superior (61,11%) e 65,75% dos ACS acreditava que esta prática é necessária, enquanto 14 profissionais de nível superior (38,89%) e 34,25% dos ACS acreditavam que não.

Assim, a maioria dos profissionais, tanto os de nível superior como os agentes comunitários não conhecem as questões relacionadas à amamentação sob livre demanda, um dos fatores decisivos para o estabelecimento da amamentação de forma adequada.

As mamadas do lactente não devem ser limitadas a horários fixos de forma alguma, os bebês devem ser deixados para mamar sempre que quiserem.

Este procedimento satisfaz as necessidades do bebê, se ele estiver com fome e sede e da mãe, se suas mamas estiverem cheias (BRASIL, 1993).

No caso da diminuição da produção de leite e o bebê demonstrar que está com fome, se há necessidade de iniciar a complementação, 30(83,33%) não vêem esta prática como necessária, mas 6 (16,67%) acreditam na necessidade de complementação.

Quando se perguntou sobre a variabilidade da composição do leite ao longo da mamada, 32 profissionais de nível superior (88,89%) e 87,77% dos ACS responderam que sim e 4 profissionais de nível superior(11,11%) e 12,33% dos ACS responderam que não há esta diferença de composição ao longo da mamada.

O colostro e o leite materno são adequados à idade gestacional e mudam durante uma mesma mamada, de mamada a mamada, dia a dia e mês a mês para satisfazer as necessidades específicas do bebê (BRASIL, 1993).

Indagados se o sucesso da amamentação depende apenas da interação mãe-bebê, 35 profissionais de nível superior (97,22%) e 65,75% dos ACS acham que não, ou seja, existem outros fatores intervenientes na amamentação, além da interação entre o binômio mãe-criança, entretanto 1 profissional (2,78%) e 34,25% dos ACS acreditavam que o sucesso da amamentação dependia apenas deste fator.

Percebe-se desta forma que a maior parcela dos profissionais de saúde ver a questão da amamentação de uma forma complexa, ligada a muitos fatores, nos quais se inclui a afetividade entre mãe-criança, a motivação materna, a técnica adequada, o manejo correto dos principais problemas, além de um suporte por parte da família e dos profissionais de saúde que a assistem.

Compreender desta forma a cadeia de eventos que permeiam este processo é fundamental para a realização de intervenções direcionadas a profissionais de saúde, mães, comunidade e segmentos intersetoriais na comunidade, que podem apoiar favoravelmente o sucesso da promoção do aleitamento materno.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

A partir dos resultados do presente estudo, o qual enfoca as práticas e conhecimentos sobre aleitamento materno no município de Iguatu-CE, algumas considerações fazem-se pertinentes.

Os principais conhecimentos sobre amamentação recebidos pelas mães foram à amamentação até o 6º mês e a importância da amamentação, aparecendo com uma frequência expressiva mães que não lembram o tipo de orientação que foi ofertada no PSF.

Os relatos maternos podem indicar que as mães não compreendem a necessidade da amamentação até o 2º ano de vida e de forma exclusiva, sem o uso de chás, água ou qualquer alimento até os 6 meses, representando que poderá estar havendo uma comunicação desfavorável, ou seja, a informação que é cedida pelo profissional e a informação que é recebida pela mãe, sendo necessário investir em recursos educativos adicionais aos que existem atualmente nas rotinas de atendimento das Unidades Básicas de Saúde da Família.

A partir dos conhecimentos da mulher, deverá ser dada maior ênfase nos benefícios da amamentação para a mulher e criança, manejo dos principais problemas que podem dificultar a amamentação e apoio integral às necessidades do binômio mãe-criança.

A realização de visitas domiciliares pós-parto, período crítico para o estabelecimento da amamentação e realização de cuidados com o recém-nascido, precisa ser melhor abordada, principalmente por meio das atividades do agente comunitário de saúde.

A qualidade das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde no município poderá estar tendo uma qualidade duvidosa, tendo em vista que estudos demonstram que a visita domiciliar contínua, com orientações sistematizadas para a mãe, repercute em índices superiores de aleitamento materno e numa melhor qualidade da assistência materno-infantil.

A avaliação dos conhecimentos dos profissionais de saúde (Nível Superior e Agentes Comunitários de Saúde) no trabalho com os principais problemas mamários foi insatisfatória, sendo necessária a realização de mais capacitações, principalmente para os profissionais de nível superior, tendo em vista que uma significativa parcela nunca participou de treinamentos.

Observou-se que a realização das consultas de puericultura é feita somente pelos profissionais médicos e enfermeiros das equipes, inexistindo a consulta de puericultura pelos dentistas.

Faz-se pertinente engajar e encorajar estes profissionais dentistas nas consultas de puericultura, orientando as mães sobre aleitamento materno, higiene oral, malefícios das chupetas e mamadeiras, fornecendo recursos educacionais adicionais para o trabalho entre equipes de saúde da família e usuárias.

As consultas de puericultura estão sendo realizadas principalmente de forma individualizada e nos grupos existentes, as mães não tem tido oportunidade de trocar experiências com as demais mães, que enfrentam problemas semelhantes.

Percebe-se a necessidade de um maior desenvolvimento de atividades educativas com gestantes e principalmente com mães, para o incentivo ao aleitamento materno, e em especial por agentes comunitários de saúde, tendo em vista a escassa participação destes profissionais na realização de ações educativas de promoção ao aleitamento materno.

O estudo mostra que não há iniciativas de grupos comunitários de apoio à amamentação, sendo recomendado o incentivo à criação de grupos locais, compostos por membros da comunidade que apoiem e tenham conhecimento técnico para abordagem dos fatores que influem negativamente na prática da amamentação.

Com estes achados, propõe-se a formação de grupos comunitários pelas Equipes de Saúde da Família, a criação do Comitê de incentivo ao Aleitamento Materno, a realização do Plano Municipal para a Criança e o Adolescente, com ênfase na Iniciativa Hospital Amigo da Criança e na Iniciativa Unidade Básica

Amigos da Amamentação, com treinamentos e aplicação dos pressupostos de tais Políticas de Saúde.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. **Historia Oral**: a experiência do CPDOC. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1989.

ALMEIDA, N.A.M.; FERNANDES, A.G.; ARAÚJO, C.G. Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, p.358-367, 2004. Disponível em: <http://fen.ufg.br>. Acesso em: 9 mar. 2009.

ARANTES, C.I.S. Amamentação - visão das mulheres que amamentam. **J. Pediatr. (Rio de J.)**, v.71 4, n. 4, p.195-202, 1995.

ARAÚJO, G. **Saúde de todos, para todos e por todos**. Disponível em: <<http://dietanet.hpg.ig.com.br/incentivo.htm>>. Acesso em: 19 set. 2002.

BARBOSA, L.; PARENTE, A. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UECE, 2001.

BARROS, F.C.; HALPERN, R.; VICTORA, C.G.; et al. Promoção da amamentação em localidade urbana da região sul do Brasil: estudo de intervenção randomizado. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.4, p.277-83, 1994.

BECKER, D; PORTELA, M.C. **No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família**. Rio de Janeiro, 2001. 116f. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde pública, 2001.

BESEN, C.B.; NETO, M.S.; ROS, M.A. et al. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.1, p.57-68, 2007.

BÍBLIA SAGRADA. São Paulo: DCL, 2006.

BITAR, M.A.F. **Aleitamento materno**: um estudo etnográfico sobre os costumes, crenças e tabus ligados a esta prática. Belém, 1995. 202f. Dissertação de Mestrado. Belém: Universidade Federal do Pará, 1995.

BRASIL. **Constituição** (1988). Da saúde. ART. 196 Título VIII cap. II Seção II 24 ed. Brasília (DF) casa 2001.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação da Atenção Básica**: SIAB: Indicadores 2005/ Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a

organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. Programa Nacional de incentivo ao aleitamento materno. **Manejo e promoção do aleitamento materno**: curso de 18 horas para equipes de maternidade. Brasília: OMS/OPAS/UNICEF, 1993.

_____. **Manual do Curso**: Atenção Humanizada ao Recem- Nascido de Baixo Peso, Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Política Nacional de Atenção básica**. Brasília. Diário oficial da União, 28 de março de 2006

_____. Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSCE.def>>. Acesso em: 1 jul.2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém -nascido de baixo peso: Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BORBA, P. A; OLIVEIRA, R.S; CORREIA, Y.P. **O PSF na prática**: organizando o serviço. Juazeiro do Norte: FMJ, 2007.

BRITO, M.H.A. Projeto Canguru. **Boletim científico**. HGCC. Fortaleza, Ano III Agosto 1999.

BUENO, L.G.S; Teruya, K. M. Aconselhamento em amamentação e sua pratica. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 80, n.5, p.126-130, 2004. (Supl).

BUENO, M.B; SOUZA, J.M.P; SOUZA, S.B. et al. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p.1453-60, 2003.

BURROUGHS. A. **Uma introdução a enfermagem materna**. 6. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

CALDEIRA, A.P.; FAGUNDES, G.C.; AGUIAR, G.N. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.42, n.6, p. 1027, 2008.

CARVALHO, M. R. (Coord.) **Método mãe canguru de assistência ao prematuro**. Disponível em: < www.aleitamento.med.br>. Acesso em: 9 setembro 1999.

CARVALHO, T. **O aleitamento materno no Brasil e no mundo**. Disponível em: <<http://www.aleitamento.med.br/aartigos.asp?id=7&idartigo=62&idsubcategoria=4>> Acesso em: 28 dez. 2002.

CAVALCANTE, L.V.T.F. **Aleitamento materno**: fatores que contribuem para o desmame precoce. [Monografia]. Especialização em Saúde Pública. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2000.

CICONI, R.C.V; VENANCIO, S.I; ESCUDER, M.M.L. Avaliação dos conhecimentos de equipes do programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno e um município da região metropolitana de São Paulo. . **Rev. Bras. Mater. Infant.**, Recife v.. 4, n. 2, p.193-202, 2004.

DUBEUX, L.S.; FRIAS, P.G.; VIDAL S.A.; et al. Incentivo ao aleitamento materno: uma avaliação das equipes de saúde da família do município de Olinda, Pernambuco. **Rev. Bras. Mater. Infant.**, Recife, v.4, n.4, p.399-404, 2004.

DUNCAN, B. B. SCHMIDT M. I; GIUGLIANI E.R.J. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primário baseado em evidencias 3. ed. Porto Alegre Artmed.2005.

FALEIROS, J.J; Kalil, G; Casarin, D.P et al. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, p.482-48, 2005.

FERNANDES, F.B.U. **Pensando no bebê**: benefícios, técnicas e dificuldades no aleitamento materno. [Monografia]. CEFAC-Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica Motricidade oral. Rio e Janeiro, 2000.45p.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio Básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. Crença, p. 186. 1988, Mitos p. 436, 1988, Tradição p. 643 1988.

GIUGLIANI, E.R.J. O aleitamento materno na prática clínica. **J. pediatr.** Rio de Janeiro, v.76 (Supl.3) p. 238-52, 2000.

GIUGLIANI, E.R.J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro, v.80, (Supl. 5), S. 147-154, 2004.

GIUGLIANI, E.R.J. Alojamento conjunto e amamentação In. Freitas, F. **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006 p. 312-322 .

IBGE Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico Iguatu 2007**. Disponível em: <www.ibge.org>. Acesso em: 22 jan. 2008.

ICHISATO, S.M.T; Shimo, A.K.K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n.5, p.70-76, 2001.

ISSLER, H.; MARCONDES, E. Técnica do aleitamento materno. **Pediatr.** São Paulo, v.2, p.13-20, 1980.

KING. F. S. Tradução de THOMSON, Z; Gordon, O.N **Como ajudar as mães a amamentar**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

LAMOUNIER, J.A. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro, v.79, n.4. p.284-6, 2003.

LANA, A. P.B; LAMOUNIER, J. A; CESAR C. C. Impacto de um programa para promoção da amamentação em um centro de saúde. **J Pediatr.** Rio de Janeiro, v. 80, n.3, p.235-240, 2004.

LEITE, A.M.; SILVA, I.A.; SCOCHI, C.G.S. Comunicação não-verbal: uma contribuição para o aconselhamento em amamentação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.12, n.2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br /scielo.php?pid=s0104-11692004000200016&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 5 maio 2008.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde.** 2. ed. São Paulo. Florianópolis: UFSC/Pós Graduação em Enfermagem, 2002.

MASCARENHAS, M.L.; ALBERNAZ, E.P; SILVA, M.B. et al. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of life in the South of Brazil. **J Pediatr.** Rio de Janeiro, v. 82, p.289-94, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde.** 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NAKAMURA, SS; VEIGA KF; FERRARESE, SRB; et al. Percepção e conhecimento de meninas escolares sobre o aleitamento materno. **J Pediatr.** Rio de Janeiro, v.79, n.2, p.181-188, 2003.

NETO, E.T.S; OLIVEIRA,A.E; Zandonade, E. O aleitamento materno exclusivo nos primeiros três meses de vida. **Pediatria** São Paulo, v.29, n.2, p.89-98, 2007

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

OLIVEIRA, L.P.M.; Assis, A.M.O.; Gomes, G.S.S. et al. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1519-1530, 2005.

OMS (Organização Mundial de Saúde), UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a infância). **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno:** o papel especial dos serviços materno-infantil. Genebra 1989.

_____. Fatores de Saúde que podem interferir na amamentação. In: Organização Mundial de Saude (OMS). **Alimentação infantil bases fisiológicas.** São Paulo: IBFAN Brasil e instituto de saúde. OMS, OPAS, UNICEF Brasil, 1996. p 39-48.

_____. Lactação In: Organização Mundial de Saúde **Alimentação infantil, bases fisiológicas.** São Paulo: IBFAN. Brasil, Instituto de Saúde, OMS, OPAS e UNICEF, Brasil, 1994, p. 17-35.

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

REA, M.F: Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos 10 meses de duração. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19(Sup. 1): S37-S45, 2003.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde.** 3 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

ROSSI, P.H., LIPSEY, M.W., FREEMAN H.E. **Evaluation: a systematic approach.** 7 ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2004.

SCHMIDT, D. **História da civilização** São Paulo: Scipione, 2000.

SANTIAGO, L.B.; BETTIOL, H.; BARBIERI, M.A. et al. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. **J.Pediatr.** Rio de Janeiro, v.79, n.6, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>

SILVA, A. M. **Trabalhos científicos: organização, redação e apresentação.** 2. ed. Revisada e ampliada Fortaleza: EDUECE, 2006.

TOMA, T. Cuidado Mãe Canguru, Tecnologia Perinatal Humana. In: TAMEZ, R.N; CARVALHO, M.R(editores). **Amamentação: bases científicas para a prática profissional** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

TUDISCO, E.S.; MANUEL, N.D.E.J.; GOLDEMBERG, P.; NOVO, N.F.; SIGULLEN, D.M. Avaliação do Estado Nutricional Materno e Duração do Aleitamento Natural. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 18, p 313-322, 1984.

VALDES, V et al. **Manejo Clínico da lactação: assistência à nutriz e ao lactente.** Revinter: Mediterraneo, 1993.

VENANCIO, S.I.; ALMEIDA H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **J Pediatr.** Rio de Janeiro, v. 80, (Supl 5), S.173-180, 2004.

VOLPINI, C.C.; MOURA, E.C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Rev.Nutr.** Campinas, v.18, n.3, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-5273200500300003&ln=pt. Acesso em: 4 out. 2006.

WHALEY, Lucille F. et al. **Elementos essenciais à interação efetiva.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 1989.

WRIGHT, A.L. **The rise breast feeding in United States. Pediatr Clin North Am.** v. 48. p. 1-12, 2001.

XAVIER C.C.; JORGE, S.M.; GONÇALVES, A.C. Prevalência de aleitamento materno em recém-nascido de baixo peso. **Revista Saúde Publica**, São Paulo, v. 25, n.5, p.381-387, 1991.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Prezado Colega.

Você está recebendo um questionário referente à dissertação do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, cujo título é: **Impacto da Estratégia Saúde da Família no Manejo do Aleitamento Materno**, o qual tem o objetivo de investigar o impacto do PSF em relação ao aleitamento materno exclusivo no município de Iguatu-CE, levantando os indicadores e descrevendo as ações do PSF que contribuem para melhorar a prática do aleitamento, averiguando as informações recebidas pelas mães e identificando o período dispensado pelas mães ao aleitamento.

Esse questionário não pretende avaliar o seu trabalho pessoal, pois ele é anônimo. Não é obrigatório que o preencha, mas suas respostas são extremamente importantes para que esse estudo possa ser realizado. Pedimos que seja sincero e objetivo nas respostas.

Esperamos em breve poder divulgar o resultado da pesquisa, contribuindo assim, para a assistência em nosso município, no que se refere à saúde da criança e especificamente em relação ao aleitamento materno.

Com meus sinceros agradecimentos,

Lúcia Vanda Teixeira de Freitas Cavalcante

Telefone para contato: (88) 3581-4831

(88) 8815-4035

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO PARA AS MÃES COM FILHOS ATÉ 6 MESES DE IDADE

Questionário N° _____

1 - Local de residência?

1 () Zona Urbana;

2 () Zona Rural.

2 - Qual a sua escolaridade?

1 () Ensino Fundamental Incompleto;

2 () Ensino Fundamental Completo;

3 () Ensino Médio Incompleto;

4 () Ensino Médio Completo;

5 () Ensino Superior;

6 () Analfabeto.

3 - Quanto sua família recebe por mês (em salários mínimos)?

1 () Menos de um salário mínimo;

2 () De um à dois salários mínimos;

3 () De dois à três salários mínimos;

4 () Mais de três salários mínimos.

4 - Quantos meses têm o seu bebê.

0 () < 1 mês;

1 () 1 mês;

2 () 2 meses;

3 () 3 meses;

4 () 4 meses;

5 () 5 meses;

6 () 6 meses.

5 - Você amamenta?

1 () Sim;

2 () Não.

6 - O bebê está tomando algum outro alimento? (Se não passe para a questão de nº 8)

1 () Sim;

2 () Não.

7 - O quê?

1 () Água;

2 () Chás;

3 () Outro leite;

4 () Mingau;

5 () Mingau + outro alimento;

6 () Não se aplica.

8 - Você fez consultas de pré-natal nesta unidade de saúde?

1 () Sim;

2 () Não.

9 - Quantas consultas?

1 () Até 3;

2 () De 4 a 6 ;

3 () 7 ou mais consultas.

10 - Alguma pessoa aqui no posto já falou com você sobre amamentação? (Se não passe para a questão nº13)

1 () Sim;

2 () Não.

11 - Quem?

1 () Médico;

2 () Enfermeiro;

3 () Agente de Saúde;

4 () Dentista;

5 () Médico e Enfermeiro;

6 () Enfermeiro e Agente de Saúde;

7 () Não se aplica.

12 - O que lhe informaram?

1 () Não lembra;

2 () Protege a criança de doenças;

3 () Benéfico para o bebê;

4 () Cuidados com a mama;

5 () AME (Amamentação Exclusiva) até 6 meses;

6 () Alimento mais saudável;

- 7 () Alimento completo;
- 8 () Bom para o nascimento dos dentes;
- 9 () Bom para o crescimento;
- 10 () Posição de amamentar;
- 11 () Importância da amamentação;
- 12 () Colocar o bebê para arrotar;
- 13 () Alimento até 4 meses;
- 14 () Prevenir doenças na fase adulta;
- 15 () Não se aplica.

13 – Você sabe informar vantagens da amamentação para a mulher?

- 1 () Útero volta ao tamanho mais rápido;
- 2 () Previne câncer;
- 3 () Vínculo afetivo;
- 4 () Evita displasias;
- 5 () Faz bem para a saúde;
- 6 () Previne anemias;
- 7 () Retorna ao peso mais rápido;
- 8 () Dar menos trabalho;
- 9 () Prazer de amamentar o bebê;
- 10 () Mais econômico;
- 11 () Não sabe;

14 - Você sabe informar vantagens de amamentação para o bebê?

- 1 () Evita doenças;

- 2 () Cresce saudável;
- 3 () Bom para o nascimento dos dentes;
- 4 () Ganho de peso;
- 5 () Vínculo afetivo;
- 6 () Importante para o crescimento e desenvolvimento;
- 7 () Alimento mais nutritivo;
- 8 () Organiza o intestino;
- 9 () Não sabe.

15 - Você foi visitada em casa depois que seu bebê nasceu? (Se não passe para a questão nº 20)

- 1 () Sim;
- 2 () Não.

16 - Por quem?

- 1 () Médico;
- 2 () Enfermeiro;
- 3 () Agente de Saúde;
- 4 () Dentista;
- 5 () Aux. de Enfermagem;
- 6 () Enfermeiro + Agente de Saúde;
- 7 () Médico + Enfermeiro + Agente de Saúde;
- 8 () Enfermeiro + Aux. de Enfermagem;
- 9 () Não se aplica.

17 - Que idade tinha o bebê na primeira visita?

- 1 () Até 7 dias;
- 2 () Até 15 dias;
- 3 () Até 1 mês;
- 4 () Mais de 1 mês;
- 5 () Não se aplica.

18 - Você recebeu orientação nesta visita?

- 1 () Sim;
- 2 () Não;
- 3 () Não se aplica.

19 - Quais orientações?

- 1 () Amamentação;
- 2 () Cuidados com a criança;
- 3 () Prescrição de Sulfato Ferroso;
- 4 () Alimentação da mãe;
- 5 () Malefícios das chupetas e mamadeiras;
- 6 () Importância do crescimento e desenvolvimento;
- 7 () Sinais de alertas para doenças;
- 8 () Cuidados com a ferida cirúrgica;
- 9 () Cuidados com o ambiente;
- 10 () Planejamento familiar;
- 11 () Não lembra;
- 12 () Não se aplica;

20 - Você teve alguma dificuldade para amamentar? (Se não passe para a questão nº 23)

1 () Sim;

2 () Não.

21 - A equipe procurou ajudá-la?

1 () Sim;

2 () Não;

3 () Não se aplica.

22 – Qual o Profissional ?

1 () Médico;

2 () Enfermeiro;

3 () Dentista;

4 () Agente de Saúde;

5 () Não se aplica.

23 - Você se sente apoiada pelos profissionais para amamentar o seu filho?

1 () Sim;

2 () Não.

24 - Quantos dias tinham o seu bebê quando ofereceu outro alimento? (Se não, terminar o formulário)

1 () Menos de 7 dias;

2 () Menos de 15 dias;

3 () Menos de 1 mês;

4 () Menos de 2 meses;

5 () Menos de 3 meses;

6 () Menos de 4 meses;

7 () Menos de 5 meses;

8 () Menos de 6 meses;

9 () Não se aplica.

25 - Quem recomendou?

1 () Médico;

2 () Enfermeiro;

3 () Agente de saúde;

4 () Por conta própria;

5 () Indicação de familiares e vizinhos;

6 () Não se Aplica.

26 - Qual o motivo que introduziu outro alimento na alimentação do seu filho?

1 () Pouco leite / Leite insuficiente;

2 () Bebê chorava muito;

3 () Teve que trabalhar / estudar;

4 () Sentia-se fraca;

5 () Precisou sair e deixar o bebê;

6 () A criança não dormia;

7 () O leite não saia;

8 () Usou chá para aliviar dores do RN;

9 () Aftas na boca;

10 () Problemas emocionais;

- 11 () Dificuldades na pega;
- 12 () Porque quis;
- 13 () Problemas mamários;
- 14 () Não contrariar familiares;
- 15 () Indicação do Pediatra para refluxo;
- 16 () Para acostumar com a mamadeira;
- 17 () Para saciar a sede;
- 18 () A criança tinha constipação;
- 19 () Uso de medicamentos;
- 20 () Acredita que o mingau auxilia no desenvolvimento infantil;
- 21 () O bebê já ia completar os 6 meses;
- 22 () O bebê não estava ganhando peso;
- 23 () Não se Aplica.

Muito obrigado pela sua colaboração!

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR.

Questionário N° _____

1 - O seu PSF é localizado na:

1 () Zona Urbana;

2 () Zona Rural.

2 – Sexo:

1 () Masculino;

2 () Feminino.

3 - Profissão de origem:

1 () Enfermeiro;

2 () Médico;

3 () Dentista.

4- Há quanto tempo trabalha na equipe? (especifique o número de meses ou ano)

1 () 1 ano;

2 () 2 anos;

3 () 3 anos;

4 () 4 anos;

5 () 5 anos;

6 () 6 anos;

7 () 7 anos;

8 () 8 anos;

9 () 9 anos;

10 () 10 anos;

11 () 11 anos;

12 () 12 anos;

13 () 13 anos.

5 - Você já fez algum treinamento sobre aleitamento materno?

1 () Nunca;

2 () 1 vez;

3 () 2 vezes;

4 () 3 vezes ou mais.

6 - Realiza consulta de pré-natal (Se não, passe para a questão nº 09)

1 () Sim;

2 () Não.

7 - Em suas consultas de pré-natal, você fala sobre vantagens ou importância da amamentação?

1 () Em quase todas as consultas;

2 () Em algumas consultas;

3 () Muito raramente;

4 () Não realiza;

5 () Não se Aplica.

8 - Você orienta a gestante na última consulta de pré-natal sobre amamentação?

- 1 () Em quase todas as consultas;
- 2 () Em algumas consultas;
- 3 () Muito raramente;
- 4 () Não realiza;
- 5 () Não se Aplica.

9 - Você realiza consulta de puericultura (se não, passe para questão nº 13)

- 1 () Sim;
- 2 () Não.

10 - Em suas consultas de puericultura você fala sobre as vantagens e importâncias de amamentação?

- 1 () Na maioria das consultas;
- 2 () Eventualmente ;
- 3 () Nunca ou raramente;
- 4 () Não se Aplica.

11 - Você verifica uma mamada do bebê, observando pega e posição?

- 1 () Na maioria das consultas;
- 2 () Eventualmente ;
- 3 () Nunca ou raramente;
- 4 () Não se Aplica.

12 - Você ensina prevenir ou lidar com problemas na mama como: fissuras, dor ou ingurgitamento?

1 () Na maioria das consultas;

2 () Eventualmente ;

3 () Nunca ou raramente;

4 () Não se Aplica.

13 – Qual a principal vantagem da amamentação para as mães?

1 () Contraceptivo natural;

2 () Previne anemia;

3 () Afetividade mãe e filho;

4 () Satisfação pessoal;

5 () Diminui o sangramento;

6 () Involução uterina;

7 () Previne câncer de mama;

8 () Economia;

9 () Recupera a forma física mais rápido;

10 () Mais prático;

11 () Aumento da auto-estima;

12 () Não respondeu / Não Sabe.

14 – Qual a principal vantagem da amamentação para os bebês?

- 1 () Proteção contra doenças;
- 2 () Favorece o crescimento e desenvolvimento;
- 3 () Leite esterilizado;
- 4 () Alimento completo;
- 5 () Econômico;
- 6 () Fácil digestão;
- 7 () Aumento do vínculo afetivo mãe-filho;
- 8 () Estimulação oro-facial;
- 9 () Respiração correta;
- 10 () Mais comodidade;
- 11 () Menor incidência de morte súbita;
- 12 () Leite pronto na temperatura certa;
- 13 () Auxilia na nutrição;
- 14 () Não respondeu / Não Sabe.

15 – Que orientação você faria para uma mãe com problema de ingurgitamento ou com fissuras no bico?

- 1 () Continuar amamentando;
- 2 () Demanda livre;
- 3 () Banho de sol;
- 4 () Orientar pega e posição;
- 5 () Massagem e compressas;
- 6 () Usar pomadas e massagens;
- 7 () Higiene (lavar o bico do peito);
- 8 () Secar os mamilos;

- 9 () Orientar com mais freqüência das mamadas;
- 10 () Ordenha manual;
- 11 () Uso de sutiã com boa sustentação;
- 12 () Passar leite materno na fissura;
- 13 () Colocar o dedo para retirar o mamilo da boca;
- 14 () Hidratação da pele;
- 15 () Evitar lavar os mamilos após as mamadas;
- 16 () Compressas quentes;
- 17 () Desmame;
- 18 () Começar a mamada pela mama mais saudável;
- 19 () Não Respondeu / Não Sabe.

16 - É necessário lavar o bico dos seios com água e sabão após cada mamada?

- 1 () Sim;
- 2 () Não.

17 - É importante trocar de seios após 10 minutos de início de mamada, para que o bebê mame os dois seios?

- 1 () Sim;
- 2 () Não.

18 - O uso de chupetas pode prejudicar a amamentação?

- 1 () Sim;
- 2 () Não.

19 - Em caso de ingurgitamento, é importante massagear o seio antes da mamada, e fazer compressas geladas após?

1 () Sim;

2 () Não.

20 - Se não houver apoiadura até 3 dias após o parto, é necessário iniciar complementação?

1 () Sim;

2 () Não.

21 - A exposição a luz solar é benéfica para o seio?

1 () Sim;

2 () Não.

22 - O bebê deve ser amamentado com regularidade: de 2 em 2 horas na primeira e nas semanas seguintes de 3 em 3 horas?

1 () Sim;

2 () Não.

23 - Se houver diminuição da produção de leite, e o bebê demonstrar de que está com fome, deve-se começar imediatamente a complementação?

1 () Sim;

2 () Não.

24 - A composição do leite varia ao longo da mamada isto é, o leite inicial é diferente do leite final?

1 () Sim;

2 () Não.

25 - O sucesso da amamentação depende apenas da relação mãe-bebê?

1 () Sim;

2 () Não.

26 - Você desenvolve atividades educativas em grupo com gestantes?

1 () Sim;

2 () Não.

27 - Você desenvolve atividades educativas em grupo (puericultura)?

1 () Sim;

2 () Não.

28 - Durante as atividades em grupos as mães e gestantes são orientados sobre amamentação?

1 () Na maioria dos encontros;

2 () Em alguns encontros;

3 () Muito raramente;

4 () Não realiza;

5 () Não se Aplica.

29 - As gestantes que deram a luz voltam ao segundo grupo com os bebês?

1 () Algumas;

2 () Quase todas;

3 () Quase nenhuma;

4 () Nenhuma;

5 () Não se Aplica.

30 - As mães que estão amamentando trocam informações e dicas entre si sobre o assunto?

1 () Em quase todos os encontros;

2 () Em alguns encontros;

3 () Muito raramente;

4 () Não se Aplica.

31 - Você realiza visitas domiciliares a puérperas? (se não, passe para a questão 34.)

1 () Não realizo;

2 () Frequentemente;

3 () Eventualmente;

4 () Raramente;

5 () Não se Aplica.

32 - Durante as visitas as mães elas são orientadas sobre amamentação?

1 () Em quase todas as visitas;

2 () Em algumas visitas;

3 () Raramente;

4 () Não se Aplica.

33 - Em geral, com que idades estão os bebês quando você faz a primeira visita domiciliar após o nascimento?

1 () Até 3 dias;

2 () Até 7 dias;

3 () Até 15 dias;

4 () Até 30 dias;

5 () Após 30 dias;

6 () Não Sabe / Não se Aplica.

34 - Nas visitas você costuma verificar a mamada e corrigir os possíveis erros?

1 () Em quase todas as visitas;

2 () Em algumas visitas;

3 () Raramente;

4 () Não verifica;

5 () Não se Aplica.

35 - Você se considera capacitado para observar uma mamada e orientar a mãe a melhor técnica?

1 () Sim;

2 () Não.

36 - Em suas atividades de supervisão com os Agentes Comunitários de Saúde, você costuma orientar sobre amamentação?

1 () Não participo desta atividade;

2 () Quase sempre;

3 () Algumas vezes;

4 () Raramente.

37 - Que questão você aborda nesta ocasião?

1 () Técnicas da amamentação;

2 () Importância e vantagens da amamentação;

3 () Prevenção e solução para dificuldades na amamentação;

4 () Técnicas de amamentação, importância e vantagens da amamentação, prevenção e soluções para dificuldades na amamentação;

5 () Assuntos odontológicos;

6 () Não participo desta atividade.

38 - Desenvolve na sua área algumas outras atividades que estimule a amamentação?

1 () Sim;

2 () Não.

39 - Na sua área existe grupo comunitário de apoio a amamentação?

1 () Sim;

2 () Não.

40 - Você encaminha mães que amamentam para esse grupo?

1 () Sim;

2 () Não.

Muito obrigado pela sua colaboração!

APÊNDICE D

QUESTIONÁRIO PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Questionário N° _____

1 - O seu PSF é localizado na:

1 () Zona Urbana;

2 () Zona Rural.

2 – Sexo:

1 () Masculino;

2 () Feminino.

3 - Há quanto tempo trabalha na equipe ?

1 () 1 a 5 anos;

2 () 6 a 10 anos;

3 () Há mais de 10 anos.

4 - Você já fez algum treinamento sobre amamentação?

1 () Nunca;

2 () 1 vez;

3 () 2 vezes;

4 () Mais de 3 vezes.

5 - Como você faz para descobrir uma mulher grávida na comunidade?

1 () Espero que ela procure a unidade de saúde;

2 () Pergunto em suas visitas domiciliares a vizinhança;

3 () Conversar com a mulher sobre o suspeito.

6 - Você faz visita domiciliares a puérpera que retornou da maternidade?

1 () Todas;

2 () Na maioria das vezes;

3 () Às vezes;

4 () Raramente;

5 () Não realiza.

7 - Em geral, com que idade estão os bebês quando você faz a primeira visita domiciliar após o nascimento?

1 () Até 3 dias;

2 () Até 7 dias;

3 () Até 15 dias;

4 () Até 30 dias;

5 () Mais de 30 dias;

6 () Não se Aplica.

8 - Nesta primeira visita, você orienta a mãe do R.N sobre amamentação?

1 () Em todas as visitas;

2 () Em algumas visitas;

3 () Raramente;

4 () Não orienta.

9 - Em suas conversas com as gestantes, você fala sobre vantagens e importância da amamentação?

1 () Sempre;

2 () Às vezes;

3 () Raramente;

4 () Não fala sobre este assunto.

10 - Você orienta a gestante sobre a dar a luz sobre a amamentação?

1 () Sempre;

2 () Às vezes;

3 () Raramente;

4 () Não orienta.

11 - Pergunta a mãe se ela teve dúvidas sobre a amamentação?

1 () Sempre;

2 () Às vezes;

3 () Nunca.

12 - Observa a amamentação do bebê durante a visita?

1 () Sempre;

2 () Às vezes;

3 () Nunca.

13 - Você é capaz de corrigir possíveis erros na mamada e orientar a mãe para melhorar a técnica?

1 () Sim;

2 () Não.

14 - Ensina como prevenir as fissuras, dores ou ingurgitamento?

1 () Sempre;

2 () Às vezes;

3 () Nunca.

15 - Cite vantagens da amamentação para mãe:

1 () Contraceptivo natural;

2 () Previne anemia;

3 () Afetividade mãe e filho;

4 () Satisfação pessoal;

5 () Diminui o sangramento;

6 () Involução uterina;

7 () Previne câncer de mama;

8 () Economia;

9 () Recupera a forma física mais rápido;

10 () Mais prático;

11 () Aumento da auto-estima;

12 () Não respondeu / Não Sabe.

16 - Cite vantagens da amamentação para o bebê:

1 () Proteção contra doenças;

2 () Favorece o crescimento e desenvolvimento;

3 () Leite esterilizado;

4 () Alimento completo;

5 () Econômico;

6 () Fácil digestão;

7 () Aumento do vínculo afetivo mãe-filho;

8 () Estimulação oro-facial;

9 () Respiração correta;

10 () Mais comodidade;

11 () Menor incidência de morte súbita;

12 () Leite pronto na temperatura certa;

13 () Auxilia na nutrição;

14 () Não respondeu / Não Sabe.

17 - É necessário lavar o bico dos seios com água e sabão após cada mamada ?

1 () Sim;

2 () Não.

18 - É importante trocar de seios após 10 minutos de início de mamada, para que o bebê mame os dois seios ?

1 () Sim;

2 () Não.

19 - O uso de chupetas pode prejudicar a amamentação ?

1 () Sim;

2 () Não.

20 - Em caso de ingurgitamento, é importante massagear o seio antes da mamada, e fazer compressas geladas após ?

1 () Sim;

2 () Não.

21 - Se não houver apoadura até 3 dias após o parto, é necessário iniciar complementação ?

1 () Sim;

2 () Não.

22 - A exposição a luz solar é benéfica para o seio ?

1 () Sim;

2 () Não.

23 - O bebê deve ser amamentado com regularidade: de 2 em 2 horas na primeira e nas semanas seguintes de 3 em 3 horas ?

1 () Sim;

2 () Não.

24 - Se houver diminuição da produção de leite, e o bebê demonstrar de que está com fome, deve-se começar imediatamente a complementação ?

1 () Sim;

2 () Não.

25 - A composição do leite varia ao longo da mamada isto é, o leite inicial é diferente do leite final ?

1 () Sim;

2 () Não.

26 - O sucesso da amamentação depende apenas da relação mãe-bebê ?

1 () Sim;

2 () Não.

27 - Você desenvolve atividades educativas em grupo com gestantes ?

1 () Sim;

2 () Não.

28 - Você desenvolve atividades educativas em grupo (puericultura) ?

1 () Sim;

2 () Não.

29 - Durante as atividades em grupos as mães e gestantes são orientados sobre amamentação.

1 () Na maioria dos encontros;

2 () Em alguns encontros;

3 () Muito raramente;

4 () Não realiza;

5 () Não se Aplica.

30 - Que orientação você faria para uma mãe com problema de ingurgitamento ou com fissuras no bico ?

1 () Continuar amamentando;

2 () Demanda livre;

3 () Banho de sol;

4 () Orientar pega e posição;

5 () Massagem e compressas;

6 () Usar pomadas e massagens;

7 () Higiene (lavar o bico do peito);

- 8 () Secar os mamilos;
- 9 () Orientar com mais freqüência das mamadas;
- 10 () Ordenha manual;
- 11 () Uso de sutiã com boa sustentação;
- 12 () Passar leite materno na fissura;
- 13 () Colocar o dedo para retirar o mamilo da boca;
- 14 () Hidratação da pele;
- 15 () Evitar lavar os mamilos após as mamadas;
- 16 () Compressas quentes;
- 17 () Desmame;
- 18 () Encaminhamento da mãe para o PSF;
- 19 () Não Respondeu / Não Sabe.

31 - Você costuma receber orientação sobre amamentação do enfermeiro ou outro membro da sua equipe do PSF?

- 1 () Sim;
- 2 () Não.

32 - Na sua área existe grupo comunitário de apoio a amamentação?

- 1 () Sim;
- 2 () Não.

33 - Para quem você encaminhou a mãe com problema na amamentação?

- 1 () Não encaminho a ninguém;
- 2 () Enfermeiro do PSF;
- 3 () Médico do PSF;
- 4 () Médico e Enfermeiro do PSF.

ANEXOS

ANEXO A

Iguatu, 09/ abril/ 2008.

Excelentíssima Sra.

Maria Marlene Sena Custódio da Costa

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Vimos solicitar de V.S.^a autorização para proceder, junto às Equipes do Programa Saúde da Família (PSF), neste município, pesquisa em titulado **“PRATICAS DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NA EXTRATÉGIA SAÚDE DA FAMILIA NO MUNICIPIO DE IGUATU – CE**, de minha autoria, a qual se destina subsidiar Projeto para obtenção de Título de Mestre Profissional de Saúde da Criança e do Adolescente, junto à Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Sendo só para o momento, aproveito o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.

Lúcia Vanda Teixeira de Freitas Cavalcante

ENFERMEIRA/ MESTRANDA

ANEXO B



PREFEITURA MUNICIPAL DE IGUATU

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

GABINETE DO SECRETÁRIO

Ofício Nº ____/ 2008

Iguatu, 10/ abril/ 2008.

Ilustríssima Sra.

Lúcia Vanda Teixeira de Freitas Cavalcante

ENFERMEIRA/ MESTRANDA

Em resposta à solicitação de V.S.^a venho informar que a mesma está autorizada sem qualquer restrição para proceder, junto às Equipes do Programa Saúde da Família (PSF), neste município, pesquisa em titulado **“PRATICAS DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NA EXTRATÉGIA SAÚDE DA FAMILIA NO MUNICIPIO DE IGUATU – CE**, de vossa autoria, a qual se destina subsidiar Projeto para obtenção de Título de Mestre Profissional de Saúde da Criança e do Adolescente, junto à Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Sem mais para o momento, reitero votos de elevada estima.

Cordialmente,

Maria Marlene Sena Custódio da Costa

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO C

OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO

Fortaleza, ____ / ____ /2008.

Ilustríssima Sra.

Professora Doutora

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE

Estou enviando o projeto de pesquisa em titulado “*PRATICAS DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NA EXTRATÉGIA SAÚDE DA FAMILIA NO MUNICIPIO DE IGUATU – CE*”, de autoria da mestranda Lucia Vanda Teixeira de Freitas Cavalcante, sob minha orientação para análise desse Comitê.

Sendo só para o momento, aproveito o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.

Prof.^a Dr.^a Dafne Paiva Rodrigues

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, _____ declaro que é de livre e espontânea vontade que concordo em participar da pesquisa “PRATICAS DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NA EXTRATÉGIA SAÚDE DA FAMILIA NO MUNICIPIO DE IGUATU – CE”, que tem como objetivo geral Analisar as práticas do Aleitamento Materno Exclusivo na Estratégia Saúde da Família no Município de Iguatu Ceara, tendo como objetivos específicos:

- Identificar os indicadores do período dispensado pelas mães, ao Aleitamento Materno Exclusivo;
- Descrever as ações do Programa de Saúde da Família, que contribuem para melhorar a prática do aleitamento materno;
- Averiguar as informações recebidas pelas mães sobre o aleitamento materno;
- Relacionar as informações obtidas entre mães, profissionais de nível superior e Agentes Comunitários de Saúde.

Ressalto que estou ciente dos direitos a mim garantidos, dentre outros assegurados, pela resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde de:

1. Receber esclarecimento sobre qualquer dúvida acerca da pesquisa e do caráter da minha participação.
2. Não receber qualquer gratificação ou bônus pra participar da pesquisa.
3. Retirar meu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso ocorra em penalidade de qualquer espécie.
4. Receber garantias de que não vai haver divulgação do meu nome ou de qualquer informação que ponha em risco minha privacidade e anonimato.
5. Todas as informações obtidas serão guardadas de forma sigilosa de acordo com os princípios éticos que norteiam a preservação da cliente no caso de publicação do trabalho.
6. Ter acesso às informações sobre os resultados do estudo.

Iguatu, _____ de _____ de 2008.

Assinatura

Pesquisador responsável: Lucia Vanda Teixeira de Freitas Cavalcante
End. Rua Ary Alexandre Brasil nº 18 Bairro: Centro
Iguatu – Ce
Fone: (088) 3581-4831 / 8815-4035 / 9614-3970

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Nós, pesquisadores do projeto intitulado “*PRATICAS DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NA EXTRATÉGIA SAÚDE DA FAMILIA NO MUNICIPIO DE IGUATU – CE*”, que tem por objetivo analisar as práticas do Aleitamento Materno Exclusivo na Estratégia Saúde da Família no Município de Iguatu – CE, no período de março a maio de 2008, estamos cientes do encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UECE e concordamos em participar do mesmo.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Lucia Vanda Teixeira de Freitas Cavalcante

Prof^ª. Dr^ª. Dafne Paiva Rodrigues

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)