

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JOSÉ DE RIBAMAR TAVARES DA SILVA FILHO
LIVIA DE SOUSA LEITE SIQUEIRA
NERIZY NAYARA DE MESQUITA SILVA
VERONICA BARROS GRANGEIRO DE CARVALHO

CONHECIMENTO DA GESTANTE SOBRE ALEITAMENTO MATERNO EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PEDREIRAS-MA

São Luís

2008

JOSÉ DE RIBAMAR TAVARES DA SILVA FILHO
LIVIA DE SOUSA LEITE SIQUEIRA
NERIZY NAYARA DE MESQUITA SILVA
VERONICA BARROS GRANGEIRO DE CARVALHO

**CONHECIMENTO DA GESTANTE SOBRE ALEITAMENTO MATERNO EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PEDREIRAS-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO - Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Mestre Dourivan Camara Silva de Jesus

São Luís

2008

JOSÉ DE RIBAMAR TAVARES DA SILVA FILHO
LIVIA DE SOUSA LEITE SIQUEIRA
NERIZY NAYARA DE MESQUITA SILVA
VERONICA BARROS GRANGEIRO DE CARVALHO

**CONHECIMENTO DA GESTANTE SOBRE ALEITAMENTO MATERNO EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PEDREIRAS-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO - Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em: / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dourivan Camara Silva de Jesus (Orientadora)

Mestre Pedagogia Profissional

Universidade de Havana

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo - USP

A nossos pais, pela confiança que depositaram em nós, e a Deus, fonte da vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradecer a Deus por nos dá força, coragem e pelo que somos, fomos e seremos.

Aos nossos pais, pelo incentivo, carinho, conseguindo projetar nossas alegrias como suas, além de permitir que nossos êxitos pulsem tão veementemente nos seus corações.

À professora e orientadora Dourivan Camara Silva de Jesus pelos ensinamentos que enriqueceram o nosso trabalho.

Ao amigo Fábio, por toda a paciência, dedicação e incentivo na elaboração de um novo trabalho.

“Através da amamentação, nutrem-se seres em seus primeiros estágios de desenvolvimento e solidificam-se relações interpessoais que facilitam a sobrevivência e a caminhada em direção à maturidade.”

Romeu Gomes

RESUMO

Durante a história da humanidade, o processo de aleitamento materno se tornou menos presente. Numerosas políticas têm sido introduzidas ao redor do mundo para impedir essa tendência desfavorável. Os benefícios da amamentação estão bem estabelecidos. No entanto, apesar desse fato, as taxas de aleitamento materno exclusivo continuam baixas. O conhecimento das mães sobre aleitamento materno influencia o início e a duração da lactação. Esse estudo teve como objetivo estudar o conhecimento sobre aleitamento materno entre todas as gestantes cadastradas em uma Unidade de Saúde, bem como as orientações recebidas durante o pré-natal. A pesquisa foi realizada, envolvendo 35 gestantes, de uma Unidade de Saúde do Município de Pedreiras-MA. As gestantes responderam a um questionário para averiguar seus conhecimentos acerca da amamentação, 43% eram adolescentes e 55% tinham o ensino fundamental incompleto, 71% receberam orientação no pré-natal sobre amamentação, 80% das gestantes sabiam que a duração ideal da amamentação exclusiva é seis meses, porém somente 66% pretendem amamentar até os seis meses. Inferiu-se que a maioria das gestantes respondeu corretamente às questões sobre amamentação, no entanto ainda se observa informações baseadas em conceitos ultrapassados. Uma educação continuada sobre aleitamento materno para futuras mães é necessária.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Conhecimento. Educação em saúde.

ABSTRACT

During the history of humanity, the process of breastfeeding has become less present. Many policies have been introduced around the world to prevent this unfavourable trend. The benefits of breastfeeding are well established. However, despite this fact, the rates of exclusive breastfeeding remains low. The knowledge of mothers about breastfeeding influences the onset and duration of lactation. This study aimed to explore the knowledge about breastfeeding among all pregnant women registered in a Unit of Health, as well as the guidelines received during prenatal care. The survey was carried out, involving 35 women, a Health Unit of the city of Pedreiras-MA. The women answered a questionnaire to determine their knowledge about breastfeeding, 43% were adolescents and 55% had the incomplete primary education, 71% received no prenatal care guidance on breastfeeding, 80% of the women knew that the optimal duration of exclusive breastfeeding it is six months, but only 66% want to breastfeed up to six months. Inferiu is that the majority of women correctly answered the questions about breastfeeding, but still observes information based on outdated concepts. A continuing education on breastfeeding for future mothers is needed.

Key-words: Breastfeeding. Knowledge. Health education.

LISTA DE TABELAS

| | p. |
|---|----|
| Tabela 1 - Distribuição percentual das gestantes segundo a idade. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008..... | 25 |
| Tabela 2 - Distribuição percentual das gestantes de acordo com a grau de instrução. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008..... | 26 |
| Tabela 3 - Distribuição percentual das gestantes de acordo com a profissão. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008..... | 26 |
| Tabela 4 - Distribuição percentual das gestantes segundo a situação conjugal. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008..... | 27 |
| Tabela 5 - Distribuição percentual das gestantes segundo o número de filhos. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008..... | 27 |
| Tabela 6 - Distribuição percentual das gestantes segundo renda familiar. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008..... | 28 |
| Tabela 7 - Distribuição percentual das gestantes conforme os obstáculos mais freqüentes na amamentação. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008..... | 37 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | | p. |
|------------|--|----|
| Gráfico 1 | Distribuição percentual das gestantes segundo a idade dos filhos. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008..... | 28 |
| Gráfico 2 | Distribuição percentual das gestantes com base no número de gestas. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008..... | 29 |
| Gráfico 3 | Distribuição percentual das gestantes com base no número de partos. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008..... | 30 |
| Gráfico 4 | Distribuição percentual das gestantes com base no número de abortos. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008..... | 30 |
| Gráfico 5 | Distribuição percentual das gestantes de acordo com ato de haver amamentado. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008..... | 31 |
| Gráfico 6 | Distribuição percentual das gestantes conforme as dificuldades conhecidas na amamentação. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008..... | 32 |
| Gráfico 7 | Distribuição percentual das gestantes segundo as orientações recebidas acerca da amamentação no pré-natal atual. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008..... | 32 |
| Gráfico 8 | Distribuição percentual das gestantes de acordo com o profissional que as orientou sobre amamentação no pré-natal atual. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008..... | 33 |
| Gráfico 9 | Distribuição percentual das gestantes conforme o conhecimento sobre o tempo de amamentação exclusiva. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008..... | 34 |
| Gráfico 10 | Distribuição percentual das gestantes quanto ao tempo que pretendem amamentar de forma exclusiva. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008..... | 35 |

| | | |
|------------|---|----|
| Gráfico 11 | Distribuição percentual das gestantes com base no conhecimento acerca da composição do leite materno. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008..... | 35 |
| Gráfico 12 | Distribuição percentual das gestantes segundo a forma de amamentar para o bebê ficar satisfeito. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008..... | 36 |
| Gráfico 13 | Distribuição percentual das gestantes quanto à técnica ideal para uma boa mamada. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008..... | 38 |
| Gráfico 14 | Distribuição percentual das gestantes de acordo com a pretensão de oferecer mamadeira ou chupeta para seu bebê. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008 | 39 |

SUMÁRIO

| | p. |
|--------------------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2 OBJETIVOS..... | 22 |
| 2.1 Geral..... | 22 |
| 2.2 Específicos..... | 22 |
| 3 METODOLOGIA..... | 23 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 25 |
| 5 CONCLUSÃO..... | 40 |
| REFERÊNCIAS..... | 42 |
| APÊNDICES..... | 45 |
| ANEXO..... | 50 |

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho visa relatar a orientação recebida pela gestante acerca da amamentação onde será realizado em uma unidade básica de saúde no município de Pedreiras-MA.

Séculos antes de Cristo, a prática do aleitamento materno já era uma preocupação da humanidade (VILLA, 1989).

O ser humano, como todos os mamíferos, possui uma característica peculiar, a lactação, que é a capacidade de produzir o aleitamento ideal para seus filhos (REGO, 2001).

O aleitamento artificial talvez seja tão antigo quanto a civilização humana. Tal fato se evidencia pelos registros de recipientes de barro encontrados em vários sítios ao lado de corpos de lactentes em escavações arqueológicas (séc. V e VII), sugerindo que os gregos recebiam alimentos de outras fontes além do leite. Esses achados nos possibilitam afirmar que a substituição do aleitamento materno diretamente ao peito por outras formas de alimentação constitui uma prática muito antiga. Os mistérios e tabus relacionados ao tema, ao que parece, também datam do começo da civilização (SILVA, 1997; BADINTER, 1985).

Hipócrates, escrevendo sobre o objetivo da amamentação, declara que: “somente o leite da própria mãe é benéfico, (sendo) o de outras perigoso” (LAWRENCE, 1994). O Pai da Medicina foi um dos primeiros a reconhecer e a escrever sobre os benefícios da amamentação como dieta higiênica, pois já observara a maior mortalidade entre bebês que não eram amamentados (CRESPIN, 1992).

Posteriormente, Sorano se interessou pelo aspecto da cor, odor, sabor e densidade do leite humano, e Galeno foi o primeiro a orientar que a alimentação infantil deveria ser feita sob a supervisão de um médico (CRESPIN, 1992).

Com a chegada das mulheres e crianças européias ao Brasil (no início da exploração econômica do açúcar no Nordeste) no século XVI, e o começo do tráfico negreiro na mesma época, surgem as primeiras amas-de-leite. A história das negras que serviram de amas-de-leite é obscura. A escravidão não deixou registros escritos sobre a situação da maternidade entre as negras. No século XIX, com o declínio das atividades rurais, os escravos vieram para as cidades, vendidos ou acompanhando seus donos. Os senhores começaram a investir em uma nova fonte de renda: alugar a nutriz escrava negra. Os proprietários de escravos obrigavam-nas a se desfazer de seus filhos, deixando-os anonimamente em orfanatos, porque a escrava lactante sem o filho valia mais (SILVA, 1990).

Conforme Almeida (1999), Portugal transmitiu ao Brasil o costume das mães ricas de não amamentarem seus filhos. Por imitação, as famílias brancas brasileiras adotaram também outros modismos e crenças: que a amamentação enfraquecia a mulher e trazia prejuízos à sua beleza física, que as relações sexuais corrompiam o leite etc. Em suma, a aristocracia não considerava a amamentação uma prática elegante e, na falta de uma consciência social crítica sobre o desmame, as classes subalternas copiavam esse valor, buscando distinguir-se socialmente (COSTA, 1983).

Em Lisboa, a amamentação mercenária era uma prática socialmente instituída, e cabiam às *saloias*, camponesas da periferia, o aleitamento dos filhos das classes sociais dominantes (ALMEIDA, 1999).

As índias cunhas constituíram a primeira versão de *saloias* brasileiras; porém, em razão da rejeição cultural que apresentavam, foram substituídas pelas escravas africanas (ALMEIDA, 1999), que amamentavam e cuidavam das crianças brancas, tratadas como um acessório. Segundo Costa (1983), ao pai proprietário só interessava o filho adulto, capaz de herdar seus bens, levar adiante seus trabalhos e enriquecer a família.

O aleitamento materno entre os índios tupinambás era a regra geral até a chegada dos descobridores europeus, que trouxeram, em sua bagagem cultural, o hábito do desmame (BADINTER, 1985).

Existem relatos dos séculos XVI e XVII sobre os artigos Tupinambás confirmando que os filhos das indígenas eram amamentados durante um ano e meio. Instintivamente, nutriam e defendiam seus filhos de todos os perigos. Conforme Raminelli (1997), se soubessem que o bebê tinha mamado em outra mulher, não sossegavam enquanto a criança não colocasse para fora todo o leite estranho.

As meninas, chamadas *kugnantin-myri*, levavam mais tempo se alimentando com leite materno do que os meninos. Muitas vezes, seu período de amamentação se prolonga e um ano ou mais em relação às crianças do sexo masculino. Em certos casos, as meninas mamavam até os seis anos (RAMINELLI, 1997).

Seria, no entanto, desastrosa a influência européia sobre as sociedades indígenas, radicadas no litoral do Brasil.

Raminelli (1997) enfatiza que havia uma cultura indígena no Brasil colonial, mas os viajantes adotavam uma visão típica da tradição cristã, estando pouco preocupados com os habitantes do Novo Mundo. A chegada das caravelas trouxe muitas doenças para as tribos, contaminando os índios, que não possuíam qualquer defesa imunológica.

A resistência da população indígena adulta em relação à colonização dirigiu, desde o início, a prática catequizadora dos padres às crianças indígenas, consideradas como uma cera, na qual se poderia moldar o que se bem quisesse (PEREIRA, 1988) e torná-las via de acesso à dominação dos índios adultos. Tais missionários, no entanto, admitiam o afeto e a atenção que as famílias indígenas davam às suas crianças.

O jesuíta Fernão Cardim, em 1583, na carta-relatório da missão do Padre Visitador ao Brasil, referiu-se ao cuidado especial e constante que as mães tinham com os filhos, amamentando-os até um ano e meio sem lhes dar qualquer outra coisa para comer e os carregavam em uma *tipóia* por onde fossem, “as roças e a todo gênero de serviço, às costas por fios e calmas, e trazem-nos como ciganas escanchadas nos quadris, e não lhes dão nenhum gênero de castigo” (CARDIM, 1980).

A *tipóia* era uma faixa tecida em fibra de algodão bastante útil para as mães, que podiam trabalhar e amamentar sem prejuízo de uma coisa ou de outra. Silva (1990) confirma que entre as índias Tupinambás o trabalho materno não consistia em fator de desmame, embora a sociedade indígena imputasse uma carga de trabalho para a mulher superior à do homem. Com o auxílio da *tipóia*, a índia conseguia harmonizar seu duplo papel de mãe-nutriz e mulher trabalhadora.

Ressalta-se ainda que os relatos sobre desnutrição entre lactentes indígenas brasileiros só passaram a existir a partir do momento em que se ampliou a convivência com o branco (ALMEIDA, 1999), o que se significa um indicador positivo para o regime alimentar praticado ancestralmente pelos nativos.

O regime alimentar do lactente nos idos de 1500 acompanhava o desenvolvimento da marcha. Na fase de colo, a criança tinha sua alimentação basicamente restrita ao seio materno; eventualmente, uma pasta de milho pré-mastigada pela mãe era colocada nas mãos do bebê, que decidia levar ou não à boca o alimento ao seu alcance. Uma vez desenvolvida a marcha, passa a valer-se da comida dos adultos, sem abandonar o peito da mãe (SILVA, 1990).

Destaca-se o fato de o desmame obedecer à dieta dos pais, respeitando o hábito alimentar da família (ALMEIDA, 1999), baseado em farinha de mandioca, milho, frutas e outros vegetais, além de peixes e carnes frescas de animais, sem a utilização de sal ou açúcar.

A ocorrência de desmame precoce entre indígenas restringia-se a três situações: morte materna, doença grave da mãe ou nos casos interditados pela cultura. A cultura impedia a amamentação nas situações em que o rebento era considerado indesejável, ou seja, quando

se tratava de filhos de inimigos com mulheres da tribo ou filhos de índias que mantinham relações sexuais com mais de um parceiro (SILVA, 1990).

Conforme foi ressaltado anteriormente, devido à rejeição de sua cultura e costumes, as mulheres indígenas, depois de terem constituído a primeira versão de saloias ou amas brasileiras, foram substituídas pelas escravas africanas, que passaram a amamentar e cuidar dos filhos das famílias abastadas.

Para que fosse atendida a demanda cultural da família branca, a maternidade foi negada à mulher negra, para tornar-se possível a apropriação da sua capacidade de reprodução e amamentação (COSTA, 1983). Passa então a receber a denominação de *mãe-de-leite*, *ama-de-leite* ou ainda *mãe-preta* dos filhos das sinhás.

Independente da situação socioeconômica e cultural, a amamentação é sempre a forma mais perfeita de suprir as necessidades nutricionais dos bebês, proporcionando melhor qualidade de vida, bem como protegendo a saúde da mãe. Além disso, o aconchego da amamentação cria laços afetivos mais fortes entre mãe e filho, de crucial importância para a formação de uma personalidade ajustada socialmente e feliz consigo (REGO, 2001).

Um fato que vem se tornando cada vez mais evidente é o descompasso entre o avanço do conhecimento científico, que descobre e correlaciona as especificidades do leite humano às peculiaridades fisiológicas do metabolismo do lactente, e a amamentação como prática socialmente instituída. Todas as vantagens da amamentação descobertas pela ciência e difundidas na sociedade não têm sido suficientes para garantir a introjeção de valores culturais capazes de reverter a sempre presente tendência ao desmame. Para tentar responder a esse paradoxal descompasso, várias pesquisas foram desenvolvidas no Brasil, particularmente, a partir dos anos 80 (BUENO; TERUYA, 2004).

A amamentação era uma prática comum entre as mulheres. Contudo, houve um acentuado declínio do ato de amamentar, devido à urbanização, ao avanço tecnológico da medicina, à industrialização, acarretando mudanças de valores sociais que levaram a substituição do leite materno pelo leite de vaca, com sérias conseqüências para a saúde da mãe e da criança (KAWAMOTO, 1995).

Ao largo dos modernos paradigmas, sobrevivem antigos costumes, mitos, superstições, tabus e crenças acerca da nutrição infantil, estimulando o desmame precoce. Dietas à base de chás (ervas, folhas, raízes), mingaus e angus à base de fubás de milho e farinha de mandioca resistem como heranças culturais da miscigenação afro-indígena no interior do Brasil e mesmo nos centros urbanos.

Segundo Bitar (2006), há mulheres que evitam certos alimentos por acreditarem que esses diminuem a produção do leite: ‘Às vezes dão ênfase na ingestão de alimentos que consideram lactogênicos, como a canjica, a sopa de fubá, a água inglesa, a cerveja preta, o arroz doce, a canja, a água e o leite’. Algumas mães chegam a utilizar como lactogogos produtos comerciais, tais como cerveja Malzebeer, Plasil, Chá Mate e goiabada em lata. Existem vários tabus enumerados por Almeida *apud* França (2003) sobre o aleitamento materno:

- Seios pequenos produzem pouco leite.
- Leite materno é fraco e deixa o bebê com fome.
- Canjica, cerveja preta, água inglesa e outros alimentos aumentam a produção do leite.
- A mulher que faz cesariana não pode amamentar.
- Seios inflamados impedem a amamentação.
- Mãe com alguma infecção não pode amamentar.
- Quando a mãe não tem leite o bebê pode mamar em outra mulher.

Nada disso é verdade. Os profissionais de saúde, no entanto, “necessitam adentrar na comunidade estudando sua cultura, comportamentos, pensamentos e atos arraigados, para obter dados que possam ser utilizados para a criação de políticas de saúde na área materno-infantil voltadas para a real dimensão dos problemas da mulher e da criança”(BITAR, 1995).

De modo geral, fatores biológicos, psicossomáticos e sócio-culturais têm contribuído para o desmame precoce. Conforme Souza et al *apud* Almendra (1981) estes fatores podem ser:

- **Biológicos:** fissuras do mamilo, ingurgitamento mamário, mastite, abscesso mamário, gravidez, anovulatórios impróprios, desnutrição materna grave, episistomia, síndrome do leite fraco.
- **Psicossomáticos:** inibição do reflexo de sucção ou da descida do leite por emoções ou por jejum prolongado do recém-nascido.
- **Sócio-Culturais:** hospitalização da mãe, propaganda de alimentos infantis, hospitalização da criança longe da mãe, falta de orientação por parte dos profissionais de saúde, trabalho materno, crenças, busca de

modernismo pelas mães de um pseudo-status social com o uso de mamadeira.

A história do aleitamento materno, seus problemas e as lutas pela preservação no Brasil e em outros países têm deixado lições. Já no século XVIII, devido ao desmame precoce, a mortalidade alcançou a cifra de 99,6% das crianças em Dublin, onde não havia a opção da ama de leite. Em Paris e em Londres este índice chegou a 80% e 56%, respectivamente, mesmo com amamentação feita pelas amas de leite (SHORT, 1997).

O modo como uma região em particular responde à influência das nações industrializadas e das companhias multinacionais que fabricam fórmulas infantis depende de vários fatores sociais, políticos e econômicos diferentes. Isto torna difícil prever como a transição na alimentação infantil se comportará em uma região específica, ou qual duração do estágio de aleitamento com mamadeira (DETTWYLER, 2007).

A partir da década de 1980, o Ministério da Saúde investiu em programas a favor da amamentação, através do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), interagindo com órgãos internacionais como o Unicef, a OMS, algumas organizações não-governamentais e sociedades de classe, como a Sociedade Brasileira de Pediatria. Mais recentemente, o governo brasileiro, por meio do Sistema Único de Saúde e da Secretaria de Políticas de Saúde, tem adotado a estratégia de substituir um modelo centrado na assistência hospitalar pelo Programa de Saúde da Família (PSF), no qual as ações preventivas e a promoção da saúde constituem ênfases principais (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

No entanto, a implementação do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil, a partir de 1992, trouxe um novo fôlego para o aleitamento materno no circuito das políticas públicas (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

O Hospital Amigo da Criança tem o objetivo de difundir o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida. Para que uma instituição receba o título de “Hospital Amigo da Criança”, deve seguir, criteriosamente, dez passos estipulados pelos seus idealizadores, a exemplo: a proibição do uso de bicos artificiais ou chupetas e de alimentos artificiais ou líquidos que não sejam o leite materno, a não ser por ordem médica (LAMOUNIER, 1998).

O Conselho Nacional de Saúde-CNS, em 1992, através da Resolução nº 32, estabeleceu normas para a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e, recentemente, em agosto de 2002, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA as aperfeiçoou. Entre as várias normas, ficam os fabricantes de leite artificial

proibidos de utilizar denominações ou frases como “leite humanizado”, leite maternizado”, “substituto do leite materno” ou similares, com o intuito de sugerir forte semelhança do produto com o leite materno. Outra proibição é a de utilizar frases ou expressões que possam por em dúvida a capacidade das mães de amamentar seus filhos (ANVISA, 2002).

Apesar das restrições ao modelo, entre as quais a inobservância à hierarquização da rede de saúde no país, há de se ressaltar o fato dessa iniciativa ter incorporado o significado de proteção e apoio à amamentação, superando as formulações que anteriormente só contemplavam aspectos relativos à promoção. Ao se focalizar a amamentação com as lentes da relação promoção-proteção-apoio, tornam-se visíveis os contornos que a caracterizam como um fato social, cuja historicidade revela o equívoco das formulações políticas que a contemplaram como uma prática natural (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Bebês amamentados ficam menos doentes e são mais bem nutridos que aqueles que ingerem outro tipo de alimento. Se todos os bebês fossem exclusivamente amamentados durante os seis primeiros meses de vida, aproximadamente 1,3 milhões de crianças teriam sua vida salva a cada ano, enquanto a saúde e o desenvolvimento de outros milhares apresentariam significativas melhoras (AMAMENTAÇÃO, 2007).

Os indicadores de morbidade e fatores de risco de dados básicos do Ministério da Saúde do Brasil mostram a redução da prevalência do aleitamento materno exclusivo das crianças brasileiras por região e por capital. No Nordeste, há uma grande queda de 55,4% para 10,7%, respectivamente do primeiro ao sexto mês de vida da criança (BRASIL, 2001).

A lactação refere-se à secreção e à ejeção de leite pelas glândulas mamárias. O hormônio mais importante na promoção da lactação é a prolactina da adeno-hipófise. Mesmo havendo aumento do nível de prolactina à medida que progride a gestação, não há secreção láctea devido à inibição causada pelos estrógenos e pela progesterona sobre a prolactina. Após o parto e a eliminação da placenta, os níveis sanguíneos maternos de estrógeno e progesterona diminuem (TORTORA, 2000).

Segundo Rego (2001), quanto maior a frequência em um dado intervalo de tempo, maior será o aumento do volume de leite produzido. A sucção do bebê no peito estimula as terminações nervosas do mamilo e aréola, enviando impulsos via neuronal reflexa aferente para o hipotálamo, estimulando a hipófise anterior a secretar o hormônio prolactina e a hipófise posterior, o hormônio ocitocina.

A ocitocina promove a ejeção láctea, que é o processo pelo qual o leite passa dos alvéolos das glândulas mamárias para o interior dos ductos lactíferos, de onde pode ser sugado pelo bebê. Durante a fase final da gestação e os primeiros dias após o nascimento, as

glândulas mamárias secretam um fluido leitoso chamado colostro (primeiro leite). Este não é tão nutritivo como o leite verdadeiro, porque ele contém menos lactose e virtualmente nenhuma gordura. O leite verdadeiro aparece, aproximadamente, no quarto dia. O colostro e o leite materno contêm anticorpos para proteção do bebê durante os primeiros meses de vida (TORTORA, 2000).

O mesmo autor relata ainda, se em algum momento, o processo de liberação da prolactina for bloqueado pela interrupção da amamentação, as glândulas mamárias perdem sua habilidade de secretar leite em poucos dias, uma vez que o nível de prolactina começa a diminuir, após o nascimento.

Segundo Alves (1999), muitas são as vantagens que a amamentação pode trazer para o bebê, para a mãe, para a família e para o planeta. Pois o leite materno contém todos os nutrientes de que a criança precisa nos primeiros seis meses de vida, além das vantagens nos planos psicológico, afetivo e fisiológico:

- Tem água em quantidade suficiente; mesmo em clima quente e seco o bebê que apenas mama no seio não precisa nem mesmo de água;
- Contém proteína e gordura mais adequadas para a criança;
- Vitaminas em quantidades suficientes. Não há necessidade de suplementos vitamínicos;
- Embora não possua grande quantidade de ferro, este é bem absorvido no intestino da criança;
- Quantidades adequadas de sais, cálcio e fósforo;
- É de fácil digestibilidade, sendo portanto mais facilmente absorvido pelo bebê o qual mama com maior frequência do que aquele que toma mamadeira;
- De forma geral, as crianças que mamam no peito são mais inteligentes;
- Aumenta o laço afetivo mãe-filho, fazendo o bebê sentir-se amado e seguro: crianças que mamam no peito tendem a ser mais tranquilas e mais fáceis de socializar-se durante a infância;
- Facilita a liberação de mecônio (as primeiras fezes do bebê), diminuindo o risco de icterícia e protegendo contra obstipação (prisão de ventre);
- Promove o crescimento no intestino da criança de microrganismos (*lactobacillus*) que fermentam o açúcar do leite (lactose) tornando as fezes

mais freqüentes e menos consistentes, principalmente nas duas primeiras semanas de vida. Estes microrganismos impedem que outras bactérias se instalem e causem diarreia;

- Leite materno contém endorfina, substância química que ajuda a suprimir a dor;
- Crianças que tomam mamadeira têm maior risco de obesidade na vida adulta;
- O leite materno protege o bebê de infecções (especialmente diarreias e pneumonias). Possui anticorpos, leucócitos e outros fatores anti-infecciosos, que protegem contra a maioria das bactérias e vírus. Portanto, crianças que mamam no peito têm risco 11 vezes menor de morrer por diarreia e 4 vezes menor de morrer por pneumonia do que os bebês alimentados com leite de vaca ou artificiais;
- Nos bebês, o ato de sugar o seio é importante para o desenvolvimento da mandíbula, dentição e músculos da face, contribuindo também para outros benefícios, como o bom desenvolvimento da fala;
- O leite materno protege a criança contra alergias.

A amamentação não traz benefícios somente para as crianças, mas também para as mães que amamentam. Sabe-se que há uma relação positiva entre amamentar e apresentar menos doenças como câncer de mama e cânceres ovarianos. A amamentação também se relaciona à amenorréia pós-parto e ao maior espaçamento intergestacional. Outros benefícios para a mulher que amamenta são os retornos ao peso pré-gestacional mais rápido e o menor sangramento pós-parto, em virtude da involução uterina rápida, provocada pela maior liberação de ocitocina, resultando em redução da anemia ferropriva (LABBOK, 2001).

Com a amamentação sendo vista de uma nova forma, além de mais abrangente, exige que se estabeleça um novo foco sobre a mulher, que não pode continuar a ser tratada como sinônimo de mãe-nutriz, responsável pelo êxito da amamentação e culpada pelo desmame. O desafio da construção de um modelo que possa responder a essa demanda, contextualizando as questões da amamentação às circunstâncias decorrentes da pós-modernidade, passa obrigatoriamente pela capacidade de compatibilizar os determinantes biológicos com os condicionantes socioculturais, os quais configuram a amamentação como uma categoria híbrida entre a natureza e a cultura (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

O mundo feminino é cheio de detalhes próprios, que precisam ser analisados de maneira sensível, com um olhar de mulher. Muitas famílias hoje são chefiadas por mulheres, que possuem uma dupla jornada de trabalho, pois, além de trabalhar fora, dão conta de todas as tarefas domésticas. Em busca de reconhecimento e valorização do seu trabalho, de suas necessidades de saúde, as mulheres, de forma organizada, através do chamado Movimento de Mulheres, vêm participando da formulação das políticas públicas, cobrando ações que sejam coerentes com o que precisam para sua saúde (BRASIL, 2001).

Caso se volte um pouco à década de 70, irão se encontrar propostas de programas para dar assistência à saúde da mulher, destinadas à mulher-mãe, obedecendo a uma tradicional visão em que a maternidade era a única forma da mulher ser reconhecida socialmente e receber benefícios. Daí vem a definição da área materno-infantil, que se preocupava com a mãe e a criança, não havendo uma igual preocupação com outros problemas relacionados à mulher. Só em 1983, com a influência do movimento das mulheres, foi formulado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2001).

O PAISM propõe novas formas de relacionamento entre profissionais de saúde e as usuárias dos serviços, sendo baseado no respeito mútuo. Esse programa objetiva reconhecer a mulher como cidadã dotada de direitos e como uma pessoa inteira, cuja história do seu corpo e de sua vida tem importância fundamental para expressar o que sente e, a partir desse fundamento, possa ser ouvida e compreendida nas suas necessidades.

Silva (1997) alerta que a prática real de amamentação não depende, exclusivamente, de uma decisão prévia da mulher ou, ainda, de conhecimentos sobre o assunto por parte da mulher. É, sim, uma experiência que implica no envolvimento de uma série de fatores maternos e outros relacionados ao recém-nascido. Essa prática tem sua trajetória determinada pelo conjunto de interações vivenciadas pela mulher dentro do contexto no qual essa experiência se dá.

O aleitamento materno é sinônimo de sobrevivência para o recém-nascido; logo é um direito inato (ICHISATO; SHIMO, 2002). É uma das maneiras mais eficientes de atender os aspectos nutricionais, imunológicos da criança em seu primeiro ano de vida (ICHISATO; SHIMO, 2001).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estudar o conhecimento sobre aleitamento materno entre todas as gestantes cadastradas em uma Unidade de Saúde, bem como as orientações recebidas durante o pré-natal.

2.2 Específicos

- Definir o perfil socioeconômico das gestantes;
- Identificar características obstétricas, historia pregressa de amamentação, conhecimentos referentes à técnica de amamentar, bem como os obstáculos, composição do leite materno e expectativas;
- Relatar as orientações recebidas sobre aleitamento materno durante o pré-natal;
- Identificar os profissionais que atenderam as gestantes em estudo.

3 METODOLOGIA

- **Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com abordagem quantitativa.

- **Caracterização da Unidade em estudo**

A Unidade de Saúde da Família Drº João Alberto, foi fundada em abril de 2005, esta localizada na Rua José Sarney, nº 68, Nova Pedreiras. Essa unidade conta com uma equipe de Saúde da Família composta por 1 enfermeira; 1 médico; 9 agentes comunitário de saúde e 1 auxiliar de enfermagem, além do pessoal administrativo.

- **População**

A população foi constituída por 35 gestantes cadastradas no Programa de Saúde da Família – PSF da Unidade de Saúde da Família Dr. João Alberto em Pedreiras e que concordaram em participar da pesquisa. (Apêndice A e B).

- **Instrumento de coleta de dados**

Para alcançar os objetivos propostos foi aplicado um questionário com perguntas abertas e fechadas (Apêndice B). Sendo utilizado um bebê(boneco) para demonstração da técnica de amamentar e por meio de prontuário das gestante que aderiram a pesquisa.

- **Coleta de dados**

Os dados foram coletados pelos próprios autores da pesquisa na Unidade de Saúde, após solicitação à diretora da Unidade de Saúde via ofício da Laboro, a fim de que concedesse a autorização para realização da pesquisa.

Autorização concedida, iniciou-se a coleta de dados na unidade durante as consultas de pré-natal, de acordo com a rotina dessa unidade de atendimento. A princípio,

pensou-se em coletar dados com as gestantes somente na unidade. Entretanto, os agentes de saúde sugeriram que se fosse até as gestantes, em vez de aguardá-las no local referido. Acatou-se essa possibilidade por se acreditar que tal atitude facilitaria a coleta e os dados relativos ao perfil socioeconômico foram coletados nos prontuários das mesmas.

Os encontros aconteceram no período de dezembro de 2007 a fevereiro de 2008.

- **Análise dos dados**

Realizou-se a análise descritiva, com sua posterior digitação no programa Microsoft Word e dados estatísticos no Excel.

- **Aspectos éticos**

O presente estudo desenvolveu-se, respeitando-se os aspectos éticos, conferidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

O Projeto foi enviado ao Comitê de Ética da UFMA para análise e aprovação (protocolo em anexo).

Nesse sentido, durante a pesquisa, as gestantes envolvidas foram prestadas informações sobre o estudo. A aplicação do questionário foi efetivada após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) pelas gestantes, sendo que nenhuma se recusou a participar das entrevistas. Foram eticamente respeitadas as normas estabelecidas para pesquisa envolvendo seres humanos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O leite materno é o único alimento que um bebê precisa durante os seus seis primeiros meses de vida. Nesse contexto, a presente pesquisa avaliou o conhecimento das gestantes cadastradas Programa de Saúde da Família em uma Unidade de Saúde no município de Pedreiras no período de dezembro de 2007 a fevereiro de 2008, que determinaram os seguintes resultados, analisados com dados estatísticos através do programa Excel:

Tabela 1 – Distribuição percentual das gestantes segundo a idade. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008.

| IDADE | QUANTIDADE | % |
|--------------------|-------------------|------------|
| Entre 15 e 17 anos | 07 | 20 |
| Entre 18 e 20 anos | 08 | 23 |
| Entre 21 e 23 anos | 10 | 28 |
| Entre 24 e 26 anos | 06 | 17 |
| Entre 27 e 31 anos | 04 | 12 |
| TOTAL | 35 | 100 |

Das gestantes entrevistadas, observou-se que a idade predominante desse corpus foi de 28% entre 21 e 23 anos; seguida de 23% para aquelas entre 18 e 20 anos; e 20% para 15 e 17 anos. Verifica-se que os dois últimos dados residem na gravidez na adolescência, evidenciando que a gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade dessa faixa etária, com sérias conseqüências para a vida dos adolescentes envolvidos, dos filhos que nascerão e de suas famílias.

Tabela 2 – Distribuição percentual das gestantes de acordo com o grau de instrução. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008.

| GRAU DE INSTRUÇÃO | QUANTIDADE | % |
|-------------------------------|-------------------|------------|
| Ensino fundamental completo | 03 | 8 |
| Ensino fundamental incompleto | 19 | 55 |
| Ensino médio completo | 06 | 17 |
| Ensino médio incompleto | 07 | 20 |
| TOTAL | 35 | 100 |

Ao analisar o grau de instrução relacionado com a idade, notou-se que é significativo o número de gestantes que não concluíram os estudos. Isso demonstra que, quanto maior o nível de escolaridade, maior é o nível de conhecimento acerca dos fatores que envolvem o processo de gestação (BRASIL, 2004).

Tabela 3 – Distribuição percentual das gestantes de acordo com a profissão. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008.

| PROFISSÃO | QUANTIDADE | % |
|-----------------------------|-------------------|------------|
| Do lar | 26 | 74 |
| Estudante | 08 | 23 |
| Agente comunitária de saúde | 01 | 3 |
| TOTAL | 35 | 100 |

Sobre a profissão, 74% são do lar não realizam trabalho remunerado o que deveria ser um fator de grande relevância, motivando-as a fazer o uso exclusivo do aleitamento materno.

Tabela 4 – Distribuição percentual das gestantes segundo a situação conjugal. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008.

| SITUAÇÃO CONJUGAL | QUANTIDADE | % |
|--------------------------|-------------------|------------|
| Mora junto | 16 | 46 |
| Solteira | 12 | 34 |
| Casada | 07 | 20 |
| TOTAL | 35 | 100 |

Referente, à situação conjugal, 46% afirmaram que somente moram juntas com seus companheiros, não possuindo nenhuma legalidade jurídica da relação. É interessante destacar que os dados relativos às solteiras correspondem às gestantes que estão entre 15 e 20 anos, ou seja, adolescentes.

Tabela 5 – Distribuição percentual das gestantes segundo número de filhos. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008.

| NÚMERO DE FILHOS | QUANTIDADE | % |
|-------------------------|-------------------|------------|
| Nenhum filho | 12 | 34 |
| 01 filho | 07 | 20 |
| 02 filhos | 11 | 31 |
| 03 filhos | 03 | 9 |
| 04 filhos | 02 | 6 |
| TOTAL | 35 | 100 |

No tocante ao número de filhos, obteve-se o seguinte resultado: 34%, para aquelas que não possuem nenhum filho, e 31% para aquelas que possuem 2 filhos.

Referente à idade dos filhos conforme pode ser observado no gráfico 1, 43%, para as crianças que têm entre 1 e 5 anos, demonstrando falta de planejamento familiar e ênfase ao número significativo de adolescentes grávidas.

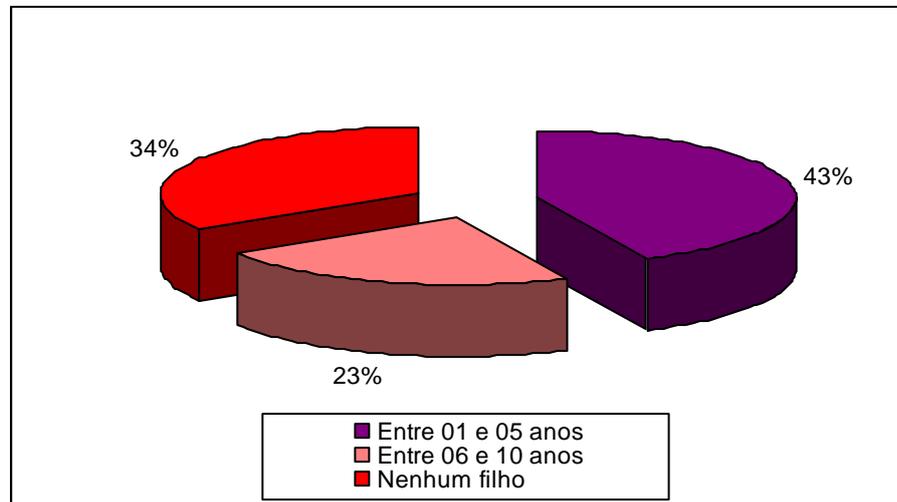


Gráfico 1 – Distribuição percentual das gestantes segundo a idade dos filhos. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008.

Tabela 6 – Distribuição percentual das gestantes segundo renda familiar. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008.

| RENDA FAMILIAR | QUANTIDADE | % |
|---------------------------|------------|------------|
| Menos de 1 salário mínimo | 05 | 14 |
| 1 salário mínimo | 25 | 71 |
| Mais de 1 salário mínimo | 02 | 6 |
| Mais de 2 salário mínimo | 01 | 3 |
| Não sabe | 02 | 6 |
| TOTAL | 35 | 100 |

Na renda familiar, foram observados valores variados, predominando em 71% para aqueles que recebem R\$ 380, 00, ou seja, um salário mínimo.

Os dados foram relevantes para que se pudesse traçar um perfil sócio econômico das entrevistadas.

Conforme informações do Ministério da Saúde, no período de 1970 a 2000, as taxas específicas de fecundidade, por grupos de idade das mulheres no período reprodutivo, diminuiriam acentuadamente, especialmente nas faixas etárias a partir de 30 anos, com queda

de mais de 70%. No entanto, adolescentes, entre 15 e 19 anos de idade, apresentaram aumento da taxa de fecundidade. Nesse grupo, a gravidez constitui situação de maior risco, decorrente de complicações inerentes à gravidez na adolescência. A proporção de nascidos vivos de mulheres da faixa etária de 10 a 19 anos, em 2001, foi de 23,3% no Brasil, alcançando 31,9% no Maranhão.

A gravidez precoce merece destaque por suas implicações tanto nas questões relacionadas à saúde, pelo maior risco na gravidez, quanto em relação aos fatores sociais e econômicos haja visto interferir no processo educacional, na qualificação e na inserção no mercado de trabalho (BRASIL, 2004).

Na análise sobre a distribuição das gestantes de acordo com as gestações, observou-se que 31% tiveram 3 gestações; e igual percentual para 4 gestações.

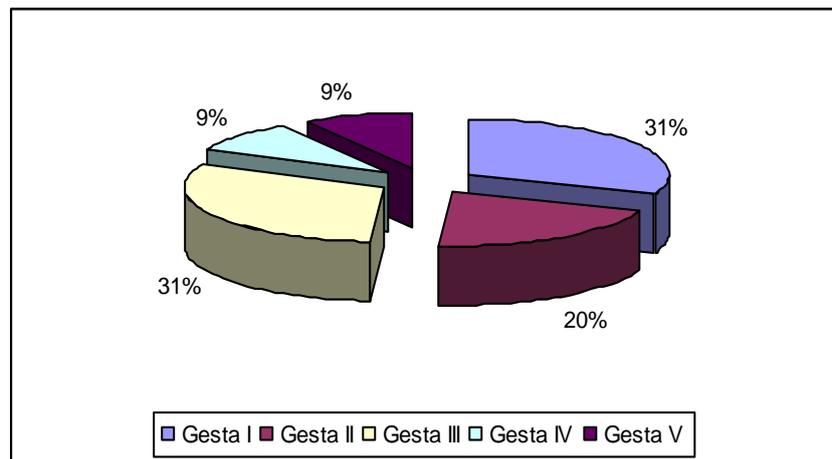


Gráfico 2 – Distribuição percentual das gestantes com base no número de gestas.
Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008.

Quanto ao número de partos de acordo com os dados do gráfico 3, 51% tiveram entre 1 e 2 partos e 34% nenhum parto.

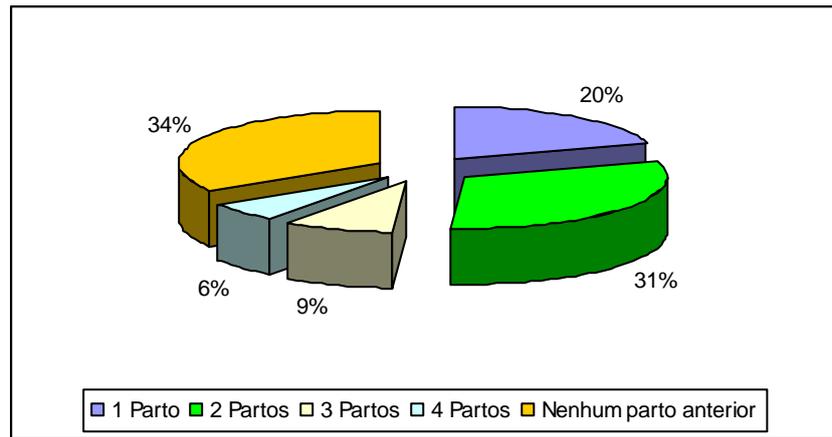


Gráfico 3 – Distribuição percentual das gestantes com base no número de partos.
Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008.

Em se tratando de percentual de abortamento, somente 11% já sofreram aborto.

Segundo dados do Ministério da Saúde, a taxa de fecundidade total, em 2002, no Brasil, o número médio de nascidos vivos por mulher é 2,2; no Nordeste, é 2,5; e, no Maranhão, é 2,8 (BRASIL, 2004). Tais dados são similares aos dados da pesquisa, sendo que % já tiveram 3 filhos e 31% engravidaram pela primeira vez. É mister destacar que 43% da população em estudo são adolescentes.

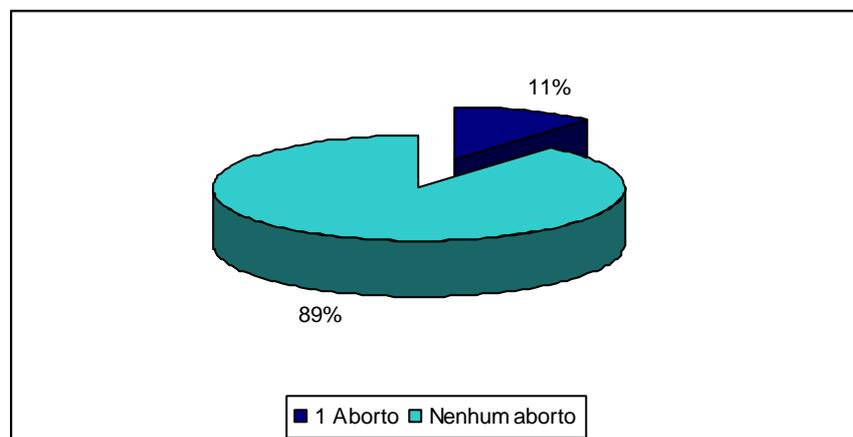


Gráfico 4 – Distribuição percentual das gestantes com base no número de abortos.
Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008.

Na avaliação da amamentação, constatou-se que 66% das entrevistadas afirmaram que já amamentaram antes e apenas 34%, nunca. Ressalta-se que, ao primeiro grupo, deve-se reforçar a importância de adotar essa prática novamente e, para aquelas que não tiveram tal experiência, faz-se necessário intervenções significativas dos profissionais de saúde envolvidos na assistência às gestantes (REGO, 2001).

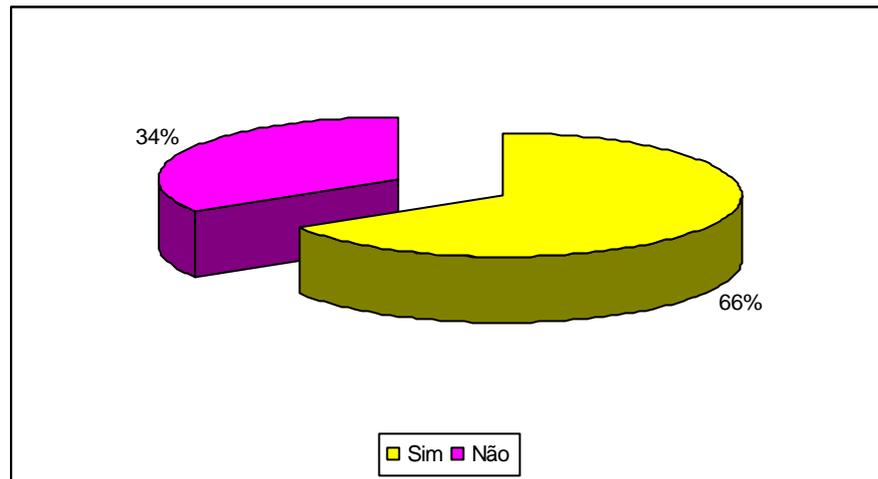


Gráfico 5 – Distribuição percentual das gestantes de acordo com o ato de já haver amamentado. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008.

A respeito das dificuldades conhecidas para a amamentação, tem-se as seguintes respostas: “feridas no bico do seio”, “pouco leite” e “seio duro” com um índice de 37%; entretanto 63% expressaram não conhecer nenhum problema para a amamentação, demonstrando que quase todas as mães conseguem amamentar com sucesso. No entanto, o desconhecimento das gestantes sobre problemas relacionados à lactação poderão levar ao desmame. As dificuldades referentes à amamentação ao seio são de fácil solução, desde que consultada a pessoa adequada (REGO, 2001).

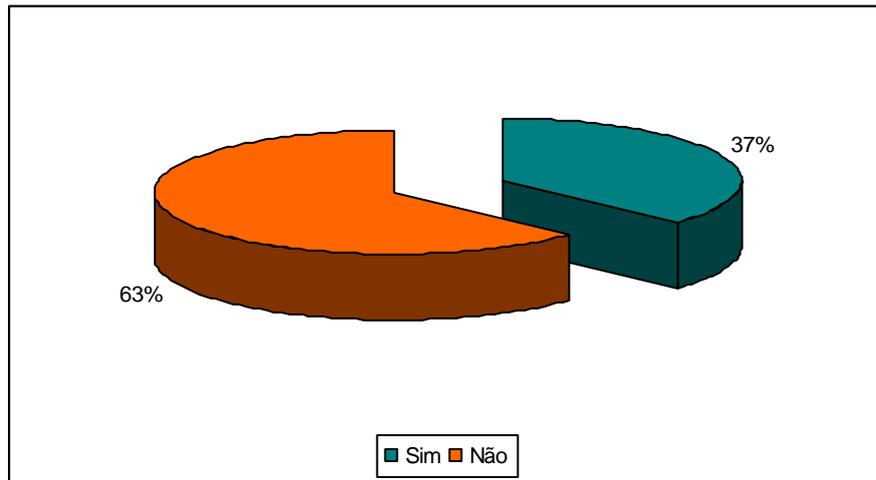


Gráfico 6 – Distribuição percentual das gestantes conforme as dificuldades conhecidas na amamentação. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008.

Concernente à orientação sobre amamentação no pré-natal, 71% confirmaram ter sido orientadas e apenas 29% disseram não, considerando que algumas encontravam-se no início da gestação, além de cadastradas no Programa Saúde da Família (PSF). Entende-se, dessa forma, que é possível e imprescindível estimular, ajudar e ensinar a mãe a amamentar desde os primeiros meses da gravidez, para que tanto ela quanto a criança possam gozar do benefício da amamentação.

Nesse sentido, Ventura (2001, p.101) comenta que “[...] o pré-natal é o momento ideal para uma abordagem adequada do incentivo ao aleitamento materno.”

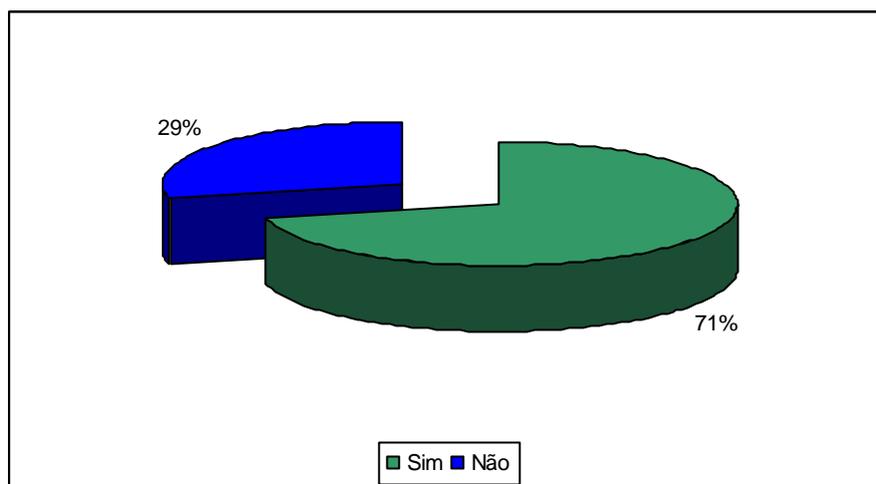


Gráfico 7 – Distribuição percentual das gestantes segundo orientações recebidas acerca da amamentação no pré-natal atual. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008.

Relacionando esse item à questão anterior, indagou-se sobre quem é o profissional responsável pela orientação sobre amamentação. 57% responderam ser as enfermeiras e 9%, o médico. Isso indica que os profissionais de saúde devem apoiar as mães no que se refere à ajuda oferecida durante as intercorrências vivenciadas e o modo de saná-las, assim como para o manejo da lactação. Os familiares precisam também ser envolvidos nessa prática nesse momento delicado da vida dessas mulheres.

É interessante ressaltar que a presença permanente da enfermeira, nas instituições de saúde, é básica para início e continuidade da amamentação. Em colaboração com uma equipe multidisciplinar, essa profissional pode desenvolver significativas ações de promoção ao aleitamento materno. Com base nos Indicadores e Dados Básicos para a Saúde, o enfermeiro no Brasil tem uma prevalência de 0,6 para cada mil habitantes; enquanto no Nordeste, isso equivale a 0,5 e, no Maranhão, é de 0,3 (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, nos programas de aleitamento materno, a enfermeira tem condições de exercitar todas as suas funções como: administrativa, avaliadora, docente e assistencial.

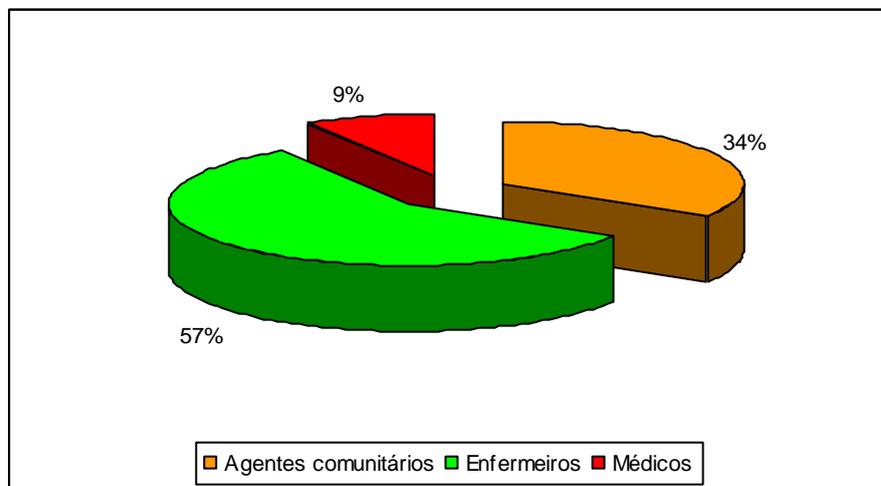


Gráfico 8 – Distribuição percentual das gestantes de acordo com o profissional que as orientou sobre amamentação no pré-natal. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008.

Quanto à amamentação exclusiva, 80% afirmaram conhecer o tempo de amamentação exclusiva até os seis meses de vida e que irão amamentar apenas durante esse tempo. Os dados revelam que as mães entendem ser o leite materno um alimento nutricionalmente adequado para o bebê, desempenhando importante papel no desenvolvimento da criança, proporcionando proteção imunológica contra as doenças infecciosas. Por esses motivos, a amamentação exclusiva nos seis meses de vida é atualmente recomendada pelo Ministério da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância.

Levando em conta as informações contidas nos Indicadores e Dados Básicos para Saúde, o Brasil possui um índice de 21,6% para a prevalência do aleitamento materno exclusivo de crianças com 120 dias de idade; ao passo que, no Nordeste, esse índice chega a 23,4%; e o Maranhão apresenta 32,5%, ocupando o 4º lugar no aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 2004).

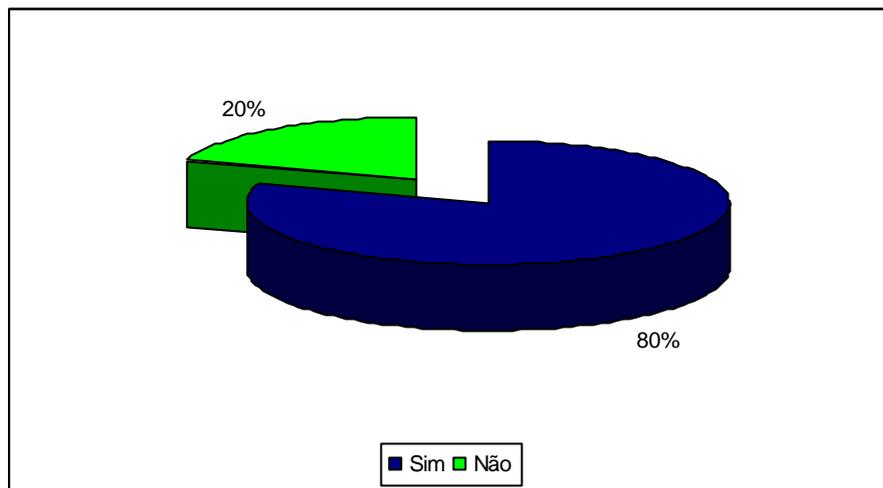


Gráfico 9 – Distribuição percentual das gestantes conforme o conhecimento sobre o tempo de amamentação exclusiva. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008.

Em relação ao período que irão amamentar, 66% das mães entrevistadas disseram que amamentarão durante seis meses; e 17%, apenas no decorrer dos dois primeiros meses de vida. Percebe-se, portanto, que essas mães estão conscientes de que o leite materno é o mais completo alimento para o bebê até o 6º mês de vida, tendo em vista que ele é constituído de nutrientes em concentrações adequadas de enzimas, hormônios e fatores de crescimento (NÓBREGA, 2001).

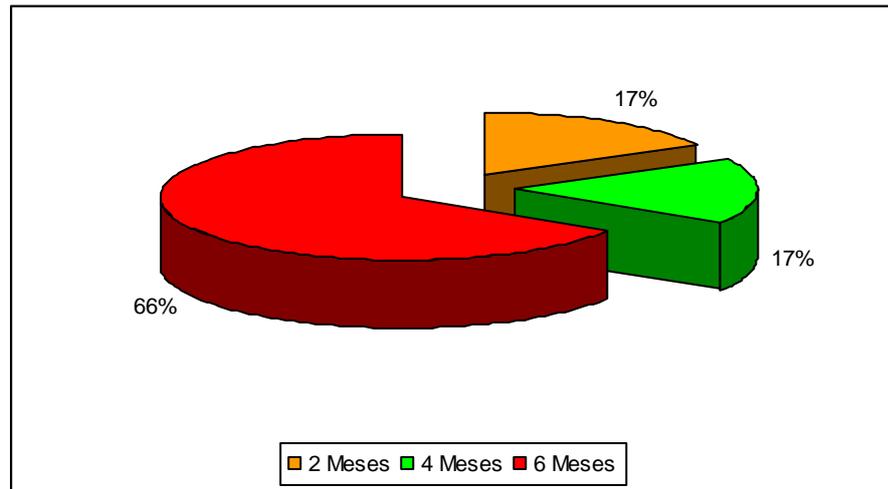


Gráfico 10 – Distribuição percentual das gestantes quanto ao tempo que pretendem amamentar de forma exclusiva. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008.

Perguntou-se à população em estudo se tinham conhecimento da composição do leite materno. 29% responderam que não sabiam. Observa-se, nessa resposta, que isso pode dificultar a amamentação, levando a mãe a acreditar que o leite é fraco, pois desconhecem o leite anterior e posterior. 43%, no entanto, afirmaram ser o leite rico em vitaminas, demonstrando que conseguiram apreender as informações recebidas. O aporte de substâncias anti-infecciosas como as imunoglobulinas é o complemento ideal para as deficiências imunológicas do bebê nos primeiros anos de vida. A forma química em que se encontram o ferro e o zinco é a forma ideal para seu melhor aproveitamento (SAVAGE, 1994).

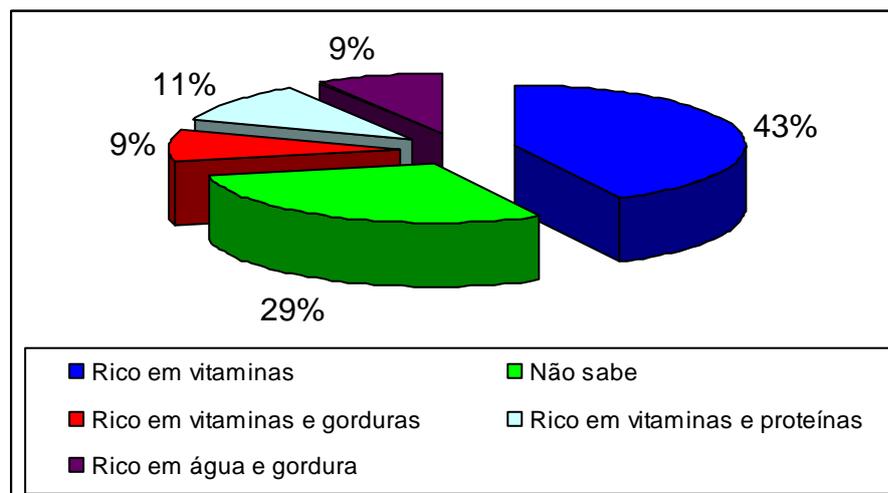


Gráfico 11 – Distribuição percentual das gestantes com base no conhecimento acerca da composição do leite materno. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008.

Sobre as maneiras de amamentar para o bebê ficar satisfeito, 14% destacaram que devem amamentar na hora em que o bebê quiser e, 43%, um pouco de cada vez. Evidencia-se, assim, que é preciso reconhecer que as crianças têm ritmos diferentes de mamar, assim como os adultos se alimentam em velocidades diferentes. Aumentar a duração das mamadas pode permitir que um bebê mais tranquilo, para mamar, consiga retirar todo o leite do seio, o que aquele mais ávido faz num tempo bem menor.

Rego (2001, p. 134) assevera que “[...] para um início de amamentação bem-sucedido é primordial que o profissional de saúde observe a mamada, percebendo se a nutriz necessita ou não de ajuda”, assim como uma orientação correta do tempo ideal de amamentação. Vê-se que o percentual de 40%, referente à opção “um pouco em cada seio”, é uma concepção errônea. Isso porque pode levar a mãe a entender que a criança não está satisfeita, visto que esse processo evita o bebê chegar ao final da mamada, momento em que o leite concentra o maior teor de gordura. Como consequência, a lactante tende a acreditar que o leite é fraco, desencadeando assim o desmame.

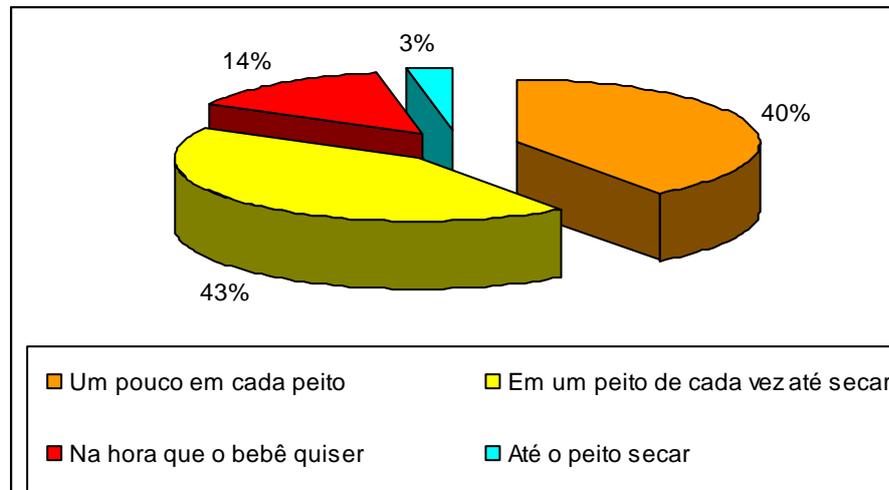


Gráfico 12 – Distribuição percentual das gestantes segundo a forma de amamentação para o bebê ficar satisfeito. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008.

Tabela 7 – Distribuição percentual das gestantes conforme os obstáculos mais freqüentes na amamentação.
Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008.

| RESULTADOS | QUANTIDADE | % |
|---|-------------------|------------|
| Fissura ou rachadura e leite fraco | 06 | 17 |
| Leite fraco e interferência de outras pessoas | 01 | 3 |
| Trabalho/estudo e fissura ou rachadura | 15 | 43 |
| Não sabem | 03 | 9 |
| Fissura ou rachadura | 02 | 6 |
| Leite fraco e trabalho/estudo | 05 | 14 |
| Leite fraco | 02 | 6 |
| Leite empedrado | 01 | 3 |
| TOTAL | 35 | 100 |

Perguntou-se às entrevistadas quais os maiores obstáculos encontrados na amamentação, sendo ressaltadas as seguintes alternativas: 43% para fissura e rachadura e trabalho /estudo; 9% não sabem. É relevante que as mães recebam apoio para vencer as dificuldades de amamentar seu filho, pois, além dos benefícios que trazem à saúde física do binômio mãe-filho, a amamentação também é uma forma muito especial e fortalecedora do relacionamento entre ambos, por transmitir segurança, carinho e amor ao bebê. Aliado a isso, ela favorece o acúmulo afetivo, culminando com um bom desenvolvimento físico e mental da criança e, conseqüentemente, estabilidade emocional e maior adaptação nas etapas da vida (LANA, 2001).

Quando indagadas sobre qual a técnica ideal para amamentar, com pedido de demonstração com o boneco, as mães fizeram as seguintes escolhas: 69%, para lactente deitado de lado, apoiado pelo braço materno e de frente para sua mãe e a mãe sustenta o seio com quatro dedos por baixo e o polegar por cima, atrás da aréola.

De acordo com Cordeiro (2001, p. 132), “[...] a boa postura ao amamentar é que vai proporcionar ou não conforto ao bebê tornando-se fator importante com a primeira experiência alimentar.” O desempenho da função motora oral depende não só dos atributos do bebê, mas também dos processos interativos deste com sua mãe.

Observa-se que o apoio à mulher lactante é essencial para o sucesso do aleitamento, ressaltando-se a influência da intervenção desde o período gestacional. Esse auxílio, cujo objetivo é de diminuir a possibilidade do desmame precoce, tem como foco principal os conhecimentos a ela repassados pelos enfermeiros no que tange à promoção do aleitamento.

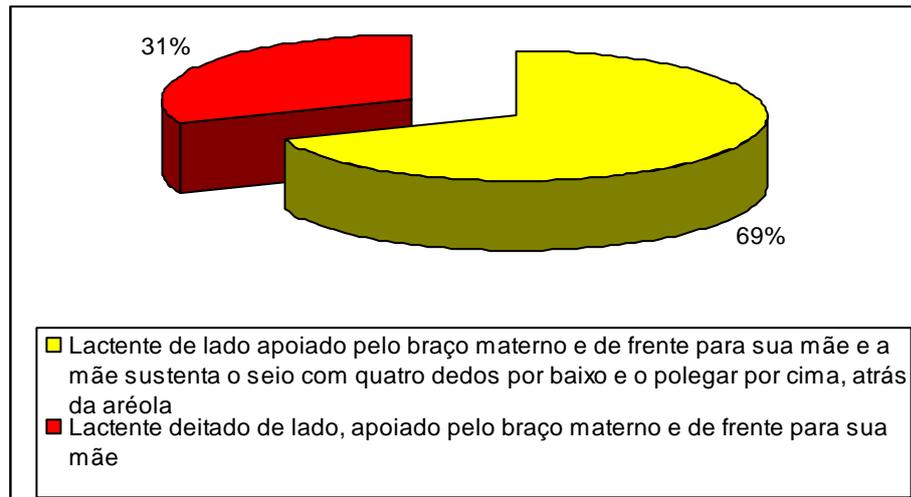


Gráfico 13 – Distribuição percentual das gestantes quanto à técnica ideal para uma boa mamada.
Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008.

Sobre a inserção da mamadeira e da chupeta para a criança durante o período da amamentação, 71% disseram que irão utilizá-las, sob o argumento de “acharem bonito a criança usá-los” e “para o bebê parar de chorar”. Já 29% ressaltaram que não farão uso de tais objetos.

Para Figueiredo (2001, p. 256), diversos trabalhos “[...] têm demonstrado que o uso precoce de bicos artificiais ou protetores de mamilo têm contribuído para a existência de um problema de resistência ao aleitamento.” Isso evidencia a existência de muitas dúvidas das mães em relação ao aleitamento materno, parecendo desconhecem que bebês amamentados ficam menos doentes e são mais bem nutridos que aqueles que ingerem outro tipo de alimento.

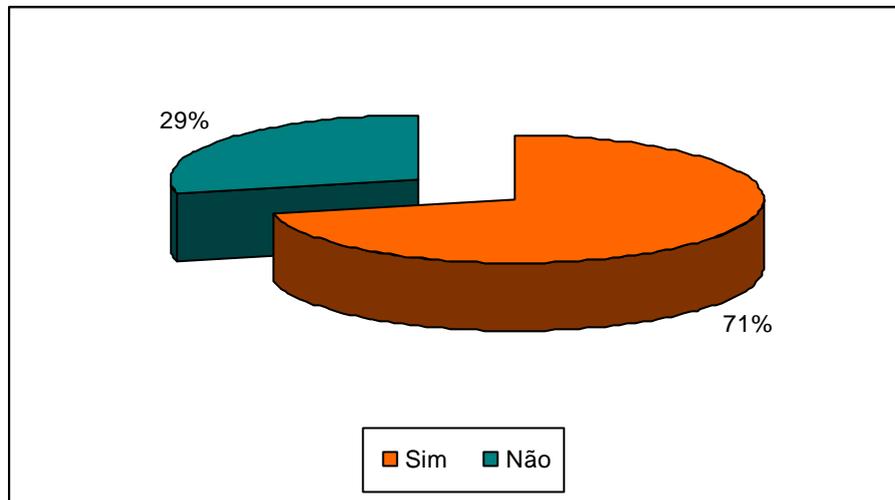


Gráfico 14 – Distribuição percentual das gestantes de acordo com a pretensão de oferecer mamadeira ou chupeta para seu bebê. Centro de Saúde Dr. João Alberto, Pedreiras/MA, 2008.

5 CONCLUSÃO

O perfil da população estudada destaca que são gestantes jovens a maioria entre 15 a 20 anos, com ensino fundamental incompleto, do lar, moram juntos ou são casados, menos da metade não possuem nenhum filho. Quanto ao número de filhos a grande maioria tem crianças entre 1 a 5 anos. Na renda familiar, foi observado que 71% recebem R\$ 380,00, ou seja, um salário mínimo. No que se refere ao número de partos, (34%) ainda não tiveram nenhum e 51% já tiveram entre 1 e 2 partos. 66% das entrevistadas afirmaram ter amamentado antes. 63% responderam que não conhecem nenhuma dificuldade para a amamentação. 71% foram orientadas no pré-natal, sendo que 57% das orientações foram dadas pela enfermeira. 80% conhecem o tempo de amamentação exclusiva, mas só 66% disseram que irão amamentar durante os primeiros seis meses de vida.

Quanto à composição do leite 29% revelaram desconhecer. A respeito de qual a técnica ideal para amamentar e solicitado demonstração com um boneco, 69% demonstraram o lactente deitado de lado, apoiado pelo braço materno e de frente para sua mãe e a mãe sustenta o seio com quatro dedos por baixo e o polegar por cima, atrás da aréola. Acerca da pretensão de oferecer mamadeira ou chupeta para o bebê, 71% afirmaram que farão uso desses objetos, por razão de “acharem bonito a criança usá-los” e “para o bebê parar de chorar”.

Baseando-se na pesquisa realizada, o presente estudo verificou que a maioria das gestantes entrevistadas tinha informação básica sobre o aleitamento materno, a exemplo, a importância de amamentar, para o adequado crescimento e desenvolvimento da criança. No entanto, desconheciam questões simples sobre a prática da amamentação, como propriedades e funções do leite e até mesmo benefício do aleitamento materno para a mãe. Observou-se, ainda, que já existe uma possibilidade de mudança no paradigma da amamentação, pois conhecimentos antes restritos às academias, hoje já se difundem nas classes menos favorecidas.

Apesar das gestantes entrevistadas neste trabalho terem baixo nível socioeconômico, esse fator não foi suficiente para interferir no conhecimento sobre o aleitamento materno. Isso é resultado dos profissionais que atuam na área, principalmente, a enfermeira que desempenha papel essencial, o de educar a comunidade sobre assuntos relevantes como esse.

É mister, a manutenção deste trabalho com as mulheres, no sentido de promover, apoiar e proteger o aleitamento materno, reforçando nas mães o conceito de que o leite

materno é o alimento ideal para a criança nos primeiros anos de vida. Por ser um alimento completo, contém todos os nutrientes de que o bebê necessita nos primeiros meses de vida. Além disso, apresenta vantagens econômicas à mãe, já que amamentar é muito mais barato que alimentar a criança com leite artificial. O custo da alimentação extra que a mãe precisa para produzir leite é insignificante em comparação com o das fórmulas lácteas.

A realização de novos estudos se faz pertinente, com vistas a demonstrar quais os fatores que estão comprometendo o êxito do aleitamento materno.

Recomenda-se, também, manter as ações educativas na área para aumentar as taxas do aleitamento, contribuindo para a redução da morbi-mortalidade das crianças, bem como para promoção do desenvolvimento físico e mental da população jovem, em especial as gestantes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.A.G.de; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza cultura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, Suplemento, 2004.

_____. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

ALMENDRA, Dinalva Sepúlveda. **O desmame precoce em crianças residentes em área favelada: estudo realizado em menores de um ano de uma favela da cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Néri; UFRJ, 1981. 199p.

ALVES, André K. de Lima. A importância do aleitamento. **Revista NUTRIWEB**, Campinas, v.1, n.1, set./out. 1999.

AMAMENTAÇÃO garante saúde ao bebê e à mãe: aleitamento materno. Disponível em: <www.unicef.org/brazil/aleitamento.htm>. Acesso em: 16 out. 2007.

ANVISA. Resolução RDC nº 222 de 05 ago. 2002. **Aprova o Regulamento Técnico para Promoção Comercial de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância**. Disponível em: <www.aleitamento.med.br/ibfan/artigos>. Acesso em: 6 set. 2007.

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

BITAR, M. A. F. **Aleitamento materno: um estudo etnográfico sobre os costumes crenças e tabus ligados a esta prática** 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Pará – Belém, PA 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 1996. **Integra ao ordenamento jurídico brasileiro os princípios bioéticos internacionalmente consagrados: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/propesq/res19696.htm>>. Acesso em: 12 agos. 2007.

_____. **Indicadores e dados básicos para a saúde**. 2004a.

_____. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem: caderno do aluno: saúde do adulto: assistência clínica: ética profissional**/ Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Uma análise da situação de saúde**. 2004b.

BUENO, L.G.S.; TERUYA, K.M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 80, Suplemento, 2004.

CARDIM, F. **Tratados da terra e gente do Brasil**. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: EDUSP,1980.

CORDEIRO, Míriam Torres. Postura, posição e pega adequadas: um bom início para a amamentação. In: REGO, J. Dias. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2001.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

CRESPIN, J. **Puericultura: ciência, arte e amor**. São Paulo: Fundação Byk, 1992. 921p.

DETTWYLER, Katherine. **Uma visão antropológica**. clínica interdisciplinar de apoio à amamentação. S. Paulo, 2003. Disponível em: <www.aleitamento.com>. Acesso em: 9 set. 2007.

FIGUEIREDO, Ana Lúcia Martins. Bebês que recusam o peito. In: REGO, J. Dias. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2001.

FRANÇA, Sérgio. **Mitos e verdades sobre a amamentação**. Rio de Janeiro: Clínica Interdisciplinar de Apoio à Amamentação, 2003.

KAWAMOTO, Emilia Emi; SANTOS, Maria Cristina Honório do; MATTOS, Thalita Maia de. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

ICHISATO, S.M.T.; SHIMA, A.K.K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.9, n.5, p. 70-6, 2001.

_____. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**,v.10, n. 4, p. 578-85, 2002.

LABBOK, M.H. Effectos of breastfeeding on the mother. **Pediatr Clin North Am**. n. 48, p. 143-158. 2001.

LAWRENCE, R. A. **Breastfeeding: a guide for the medical profession**.St. Louis: Mosby, 1994.

LAMOUNIER, J.A. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Rev. Assoc. Med. Bras**. v.44, n. 4, p.319-324, out./dez. 1998.

NÓBREGA, Fernando José de. A Importância nutricional do leite materno. In: REGO, J. Dias. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2001.

PEREIRA, R. Carta do padre Ruy Pereira aos parires e irmãos da Campanha na Província de Portugal, da Bahia a 15 de setembro de 1560. In: **CARTAS avulsas, 1550-1568**: Azpilcueta Navaro e outros. Belo Horizonte, Itália; São Paulo: EDUSP, 1988, p.281-299.

RAMINELLI, R. Eva Tupinambá. In: PRIORE, M. D; BASSANEZI, C. **História das mulheres no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Contexto, 1997.

REGO, J. Dias. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SAVAGE, King F. **Como ajudar as mães a amamentar**. Programa Nacional ao Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

SHORT, R. **Amamentação, fertilidade e crescimento populacional**. São Paulo: UNICEF; IBFAN, 1997.

SILVA, A. A. M. **Amamentação**: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

SILVA, I.A. **Amamentar**: uma questão assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe, 1997. 257p.

TORTORA, Gerard J. **Corpo humano**: fundamentos de anatomia e fisiologia. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

VENTURA, Walter Palis. Promovendo o aleitamento materno no pré-natal, pré-parto e nascimento. In: REGO, J. Dias. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2001.

VILLA, T.C.S.; PELÁ, N.T. Aleitamento materno e suplementação alimentar. **Bol Of Sanit Panam**. n. 106, p. 108-116. 1989.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

QUESTIONÁRIO

1.IDENTIFICAÇÃO

1.1. Nome.....

1.2. Idade:.....

2.DADOS SOCIOECONÔMICOS

2.1. Grau de instrução:.....

2.2. Profissão:.....

2.3. Situação conjugal:

2.4. Número de filhos:, Idade dos dependentes:.....

2.5. Renda familiar:

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

QUESTIONÁRIO

1. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

1.1. Gestas: Partos: Abortos:

2. Você já amamentou? () Sim () Não

3. Sentiu alguma dificuldade? () Sim () Não Qual:.....

4. Você recebeu orientações sobre amamentação durante o pré – natal? () Sim () Não

5. As orientações foram dadas por quem?

6. Você sabe quanto tempo deve amamentar de forma exclusiva? () Sim () Não

7. Até quanto tempo você pretende amamentar de forma exclusiva?

() 4 meses

() 5 meses

() 6 meses

() Outros

8. Qual a composição do leite materno?

9. Como amamentar para o bebê ficar satisfeito?

10. Quais os obstáculos mais frequentes na amamentação?

a. () Bico achatado ou invertido

b. () Fissura ou rachadura

c. () Leite empedrado

d. () Leite fraco

e. () Não sabe

f. () Interferência de outras pessoas

g. () Trabalho/estudo

h. () Outros

11. Qual a técnica ideal para uma boa mamada?

a. () Sentada com as costas apoiadas para amamentar

b. () Lactente deitado em posição ventral sobre a mãe

- c. () De lado com a cabeça apoiada sobre o travesseiro dobrado
 - d. () Lactente deitado de lado, apoiado pelo braço materno e de frente para sua mãe
 - e. () A boca deverá abocanhar toda a aréola
 - f. () A mãe sustenta o seio com quatro dedos por baixo e o polegar por cima, atrás da aréola
12. Você pretende oferecer mamadeira e chupeta para seu bebê? () Sim () Não Por quê?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientador (a): Prof^a Mestre Dourivan Camara Silva de Jesus

E-mail: dourivan@ufma.com

End: Rua Calisto, 13- Recanto dos Vinhais CEP: 65.070-140

Pesquisadores: José de Ribamar Tavares da Silva Filho, Livia de Sousa Leite Siqueira, Nerizy Nayara de Mesquita Silva, Veronica Barros Grangeiro de Carvalho.

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa – UFMA: Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira. End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, s/n. Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB-Velho, Bloco C, sala 7, CEP: 65080-040.

**CONHECIMENTO DA GESTANTE SOBRE ALEITAMENTO MATERNO EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PEDREIRAS-MA**

Prezada Senhora, estamos realizando uma pesquisa acerca do conhecimento da gestante sobre aleitamento materno na Unidade de Saúde da Família Dr. João Alberto em Pedreiras/MA. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para a senhora.

A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se a senhora quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. A senhora poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Agradecemos muito a sua colaboração.

Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Fui esclarecida e entendi as explicações que me foram dadas; darei informações sobre aleitamento materno. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Pedreiras / /

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Sujeito da Pesquisa

End: Unidade de Saúde da Família Dr^o João Alberto.

Rua José Sarney, n^o 68, Nova Pedreiras.

ANEXO

