



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



“Conhecimento sobre aleitamento materno de parturientes e prática de aleitamento cruzado na Unidade Hospitalar e Maternidade Venâncio Raimundo de Souza - Horizonte - Ceará”

por

Cibele Mary Ramos Nogueira

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt

Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Inês Couto de Oliveira

Rio de Janeiro, dezembro de 2008

Esta dissertação, intitulada

**“CONHECIMENTO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO DE PARTURIENTES E
PRÁTICA DE ALEITAMENTO CRUZADO NA UNIDADE HOSPITALARE
MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA - HORIZONTE – CEARÁ”**

apresentada por

Cibele Mary Ramos Nogueira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. André Reynaldo Santos Périssé

Profa. Dra. Gilza Sandre-Pereira

Profa. Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt

Dissertação defendida e aprovada em 18 de dezembro de 2008

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

N778 Nogueira, Cibele Mary Ramos
Conhecimento sobre aleitamento materno de parturientes e
prática de aleitamento cruzado na Unidade Hospitalar e
Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa – Horizonte - Ceará.
/ Cibele Mary Ramos Nogueira. Rio de Janeiro: s.n., 2009.
58 f., tab.

Orientador: Bittencourt, Sonia Duarte de Azevedo
Oliveira, Maria Inês Couto de
Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Aleitamento Materno. 2. Desmame. 3. Metodologia. 4.
Coleta de Dados. 5. Análise de Dados. I. Título.

CDD - 22.ed. – 613.26098131

A meus filhos, Ana Júlia, que junto com Hugo, Thiago e Diego sofreram com minha ausência.

Ao meu marido, que contribuiu com sua presença em casa para suprir minhas faltas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar a permissão de realizar mais este feito em minha vida, pois tudo ocorre em nossas vidas somente com o seu consentimento.

À minha Orientadora, Prof^ª. Dra. Sônia Bittencourt, pelo acompanhamento intensivo a este trabalho.

À minha Co-orientadora, Prof^ª. Dra. Maria Inês Couto de Oliveira, pelos conhecimentos compartilhados.

Aos meus pais, que sempre me incentivaram a estudar e ser a reconhecida como profissional.

As amigas do ‘fundão’ que sempre deram apoio uma as outras nas horas das dificuldades.

À Prefeitura Municipal de Horizonte que, na pessoa do prefeito e amigo Francisco César de Sousa, me ajudou sendo tolerante ao longo destes dois anos de estudo.



O seio materno é a imagem da opulência e da fragmentação do corpo. Ao mesmo tempo em que esbanja, paradoxalmente, é objeto parcial. É o muito e o pouco da contradição. O leite escoa entre o sagrado e o profano, assombrando a linguagem e a natureza.

Ana Santana Souza

RESUMO

OBJETIVOS: Avaliar o nível de conhecimento e as práticas de aleitamento materno e de aleitamento cruzado de parturientes internadas em um Hospital e Maternidade da região nordeste brasileira, com vistas ao desenvolvimento futuro de projetos educacionais de encorajamento à amamentação em Horizonte, Ceará. **SUJEITOS E MÉTODO:** Foi realizado um estudo transversal em uma amostra de 120 mães internadas em alojamento conjunto na Unidade Hospitalar e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa, Horizonte, Ceará, no período de janeiro a abril de 2008. Foi aplicado um questionário estruturado às mães nas primeiras 24 horas após o parto contendo perguntas sobre características sócio-econômicas, assistência pré-natal, conhecimentos e práticas em aleitamento materno e em aleitamento cruzado. **RESULTADOS:** A maior parte das mães (86%) vivia com o companheiro, 25% eram adolescentes e 20% exerciam trabalho remunerado, a renda mediana encontrando-se entre um e dois salários mínimos. Embora todas tenham realizado consultas de pré-natal, 56% não tiveram as mamas examinadas e 30% não receberam qualquer orientação sobre aleitamento materno. Quanto aos conhecimentos das puérperas sobre a amamentação exclusiva, 89% das mulheres informaram que sua duração deveria ser até os seis meses, enquanto 14% achavam que deveria ser administrada água e chá e 4% que deveria ser oferecido suco. A maioria (81%) afirmou ser necessário oferecer os dois seios a cada mamada ao lactente. Dentre as mulheres multíparas, 88% já tiveram a vivência da amamentação, sendo a duração mediana de aleitamento materno do último filho de nove meses. A maior parte dos companheiros (75%) e dos familiares (70%) considerou que amamentar é importante. O aleitamento cruzado foi praticado por 32% das multíparas, predominantemente com parentes. **CONCLUSÕES:** O estudo mostrou a necessidade de instrumentalização da rede básica de saúde em procedimentos de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno nos serviços de pré-natal com o intuito de melhorar o conhecimento e as práticas maternas em amamentação.

Palavras-chave: Aleitamento materno, maternidade, conhecimento materno e práticas em aleitamento materno, aleitamento cruzado.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The purpose of this study was to assess the level of knowledge and the practice on breastfeeding and cross-nursing among parturient women at a maternity-hospital in Northeast Brazil. The goal was to show the importance of developing educational projects to encourage breastfeeding in the city of Horizonte, Ceará. **METHODS:** A cross-sectional study was conducted at the Venâncio Raimundo de Sousa Maternity Hospital, located in Horizonte, Ceará, Brazil. A sample of 120 rooming-in mothers were interviewed between January and April, 2008. A structured questionnaire was applied during the first day after labor. Mother's social economic conditions, reproductive history, prenatal care, level of knowledge and practice on breastfeeding and cross-nursing were investigated. **RESULTS:** Most mothers (86%) lived with their partners and 25% were adolescents. Only 20% were working mothers, the median payment being from one to two minimum wages. All of them had prenatal care, but 56% did not have their breasts examined and 30% did not receive any advice on breastfeeding during prenatal care. Most mothers (89%) affirmed that exclusive breastfeeding should last for 6 months, 14% considered that babies should be offered water or tea and 4% juices. Most mothers (81%) considered that both breasts should be offered each time to the baby. Among the multiparous women, 88% had already breastfed. The median duration of previous breastfeeding was of 9 months. Most part of mother's partners (75%) and relatives (70%) considered that breastfeeding is important. Cross-nursing had been practiced by 32% of them, mainly with a kin. **CONCLUSIONS:** The research has shown the need of implementing breastfeeding promotion, protection and support in prenatal units, in order to improve mothers knowledge and practices on breastfeeding.

Wordskey: Breastfeeding, Maternity hospital, Mother's knowledge and practices on breastfeeding, Cross-nursing.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. LACTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO	11
3. ALEITAMENTO MATERNO: BREVE HISTÓRIA	14
4. ÍNDICES DE ALEITAMENTO MATERNO: BRASIL E CEARÁ	16
5. CAUSAS ALEGADAS DO DESMAME	19
6. ALEITAMENTO CRUZADO	21
7. ALGUMAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO	22
8. OBJETIVOS	24
6.1. Objetivo geral	24
6.2. Objetivos específicos	24
9. SUJEITOS E MÉTODOS	25
9.1. Local da realização do estudo	25
9.2. Tipo e população de estudo	25
9.3. Instrumento de coleta de dados	26
9.4. Coleta de dados	26
9.5. Análise dos dados	26
9.6. Aspectos éticos	27
10. RESULTADOS	28
9. DISCUSSÃO	35
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	48

1 INTRODUÇÃO

Muitas são as vantagens que a amamentação pode trazer para o bebê, para a mãe, para a família e para o planeta (1). O leite materno contém todos os nutrientes de que a criança precisa nos primeiros seis meses de vida: água, proteína, gordura e vitaminas, em quantidades suficientes. Embora não possua grande quantidade de ferro, a quantidade nele contida é bem absorvida no intestino da criança. O leite materno também contém, em quantidade suficiente sais, cálcio e fósforo (2).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (3) e Ministério da Saúde do Brasil (MS) (4) recomendam o leite materno como alimento exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança.

Reconhecendo a relevância do aleitamento materno, como alimento sumamente importante para a saúde e desenvolvimento saudável das crianças, bem como a necessidade em melhorar os índices de aleitamento materno no país, o presente trabalho tem como objetivo avaliar o nível de conhecimento sobre a prática de aleitamento materno de parturientes e relatos de aleitamento cruzado, em um município do interior do estado do Ceará, em 2008.

Nessa perspectiva, tomaram-se como *lócus* da pesquisa a Unidade Hospitalar e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa, situada em Horizonte – Ceará, onde foi levantado o perfil das condições socioeconômicas, a história reprodutiva e o nível de conhecimento sobre a prática de aleitamento materno das parturientes internadas. Ao mesmo tempo, procurou-se identificar experiências familiares que pudessem interferir na prática da amamentação. Também se pesquisou a ocorrência e as razões da prática de aleitamento cruzado.

A dissertação começa apresentando as vantagens da prática do aleitamento materno em seguida, traça uma breve retrospectiva dos esforços, incentivos a campanhas e programas voltados ao estímulo à prática de aleitamento materno tanto no plano internacional, como no Brasil e no Ceará. Ao descrever a prevalência de aleitamento materno no Brasil e no Ceará, é evidente que apesar dos avanços alcançados, o índice de aleitamento materno ainda pode ser melhorado.

Neste contexto, analisam-se as causas do desmame precoce alegadas pelas mulheres, e observa-se que a falta de conhecimento por parte das mães tem sido apontada como importante na redução do tempo de aleitamento materno. Em seguida é feito um breve levantamento bibliográfico sobre a prática de aleitamento cruzado.

No capítulo seguinte apresentam-se os objetivos geral e específicos da dissertação.

A partir disso, descreve-se o trajeto metodológico percorrido durante a pesquisa, definindo-se os sujeitos e os métodos, o local da realização do estudo, o tipo e a população do estudo, os instrumentos de coleta de dados utilizados, o processamento e análise dos dados, os recursos utilizados e os aspectos éticos da pesquisa.

Em seguida apresentam-se e discutem-se os resultados encontrados entre as puérperas estudadas na Unidade Hospitalar e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa.

Ao final apresentam-se as considerações finais e as recomendações.

2. LACTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO

A lactação é uma função fisiológica única e essencial dos mamíferos. Amamentar o bebê, logo nas primeiras horas após o nascimento, facilita a liberação de mecônio (as primeiras fezes do bebê), diminuindo o risco de icterícia e protegendo contra constipação (prisão de ventre). O leite materno promove o crescimento no intestino da criança de microrganismos (*lactobacillus*) que fermentam a lactose tornando as fezes mais frequentes e menos consistentes, principalmente, nas duas primeiras semanas de vida. Esses microrganismos impedem que outras bactérias se instalem e causem diarreia (5).

O leite materno contém endorfina, substância química que ajuda a suprimir a dor (5). O leite materno protege o bebê de infecções, especialmente diarreias e pneumonias (6). 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 (6) e 10 vezes menor de morrer por pneumonia do que os bebês alimentados com leite de vaca ou artificiais (7). A criança que mama tem menor exposição a proteínas estranhas, criando tolerâncias ao invés de respostas alérgicas. (8) O leite materno contém nutrientes como o zinco e ácidos graxos poliinsaturadas de cadeia longa que auxiliam no desenvolvimento da resposta imune do bebê (9).

O leite de cada mãe possui anticorpos que protegem seu bebê de doenças às quais elas tenham sido expostas, além disso, fatores de crescimento acentuam o desenvolvimento do bebê e a maturação do seu sistema imunológico, nervoso central e de órgãos como a pele. (9)

Nos bebês, o ato de sugar o seio é importante para o desenvolvimento da mandíbula, dentição e músculos da face (10), contribuindo também para outros benefícios, como o bom desenvolvimento da fala. O ato de sugar é inato, toda criança sadia ao nascer tem o reflexo de busca da região mamilo-areolar, daí porque deve ser colocado junto à mãe, o mais cedo possível, imediatamente após o parto, para realizar a sua primeira sucção. O momento da primeira mamada geralmente acontece de 20 a 50 minutos após o nascimento (11) (12). Estudos têm demonstrado que o contato do bebê com peito e o estímulo da amamentação na primeira hora após o parto, favorece o êxito da amamentação, prolongando o seu tempo e diminuindo o risco de abandono de crianças (13). O leite materno só flui plenamente alguns dias depois do nascimento do bebê. Nos primeiros dias a mãe produz o colostro, que é uma

substância, espessa e amarelada, cheia de anticorpos e proteínas, que irá alimentar e funcionar como a sua primeira vacina (13).

As primeiras tentativas podem não corresponder à expectativa da mãe (14). A amamentação é um ato natural, mas é uma experiência nova tanto para a mãe como para o bebê (15) e que também sofre influência da sociedade e condições de vida da mulher (16). É um processo de adaptação, por isso, o bebê mama em intervalos muito curtos, daí porque a recomendação que o bebê deve ser amamentado dia e noite, sempre que tiver vontade (17) e que os intervalos entre as mamadas devem ser delimitados, exclusivamente, pela demanda do bebê. Assim, sempre que ele chorar, o peito pode ser oferecido até que esteja saciado com a sucção constante e após quatro dias aproximadamente o leite materno começará a fluir e o bebê se ajustará a essa mudança passando a espaçar mais as mamadas, em intervalos de duas ou três horas (18). Antigamente, os profissionais de saúde orientavam as mães a trocar de peito durante a mamada, oferecendo 15 minutos de cada lado, mas, a regra, atualmente é que o bebê deve sugar o peito até largar espontaneamente, depois, a mãe pode oferecer o outro peito. Segundo Teruya (19), não é uma prática adequada oferecer um peito por apenas 15 minutos, porque a criança mama apenas o leite anterior, que não é gorduroso e rico como o leite final.

Na amamentação, o contato físico proporciona à mãe e ao bebê um momento de proximidade e essa ligação emocional facilita o desenvolvimento da criança e seu relacionamento com outras pessoas. Inúmeras pesquisas mostram que este contato físico direto com a mãe diminui os riscos morbimortalidade dos lactentes (20).

Ainda podemos destacar outras vantagens para o bebê a menor incidência de morte súbita no berço (síndrome da morte súbita); menor risco de diabete, obesidade, câncer, otite e infecção urinária, artrite juvenil, cegueira noturna (21) (22) e melhor resposta a vacinações e capacidade de combater doenças mais rapidamente (23).

As vantagens para a mãe podem ser descritas a seguir, como a diminuição do tempo de sangramento pós-parto, pois quando a criança suga, a hipófise posterior da mãe é estimulada a produzir um hormônio (ocitocina) que contrai o útero diminuindo o sangramento e favorecendo que o útero volte mais rapidamente ao volume normal e, por conseguinte reduzindo a ocorrência de hemorragia no pós-parto, que é uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil (23). A amenorréia gestacional protege contra as perdas de

ferro e, por conseguinte da anemia. A amamentação também estabiliza o progresso de endometriose materna (23).

A mulher que amamenta apresenta menor incidência de depressão pós-parto (24), tem menor risco de ter câncer de ovário, endométrio e mama na menopausa (24) (25). Exerce ainda proteção, em longo prazo, da densidade óssea da mãe, contribuindo para prevenção da osteoporose e para. Segundo pesquisas de Freudenheim *et al* (25), se todas as mulheres que não amamentaram ou amamentaram menos de três meses tivessem amamentado por 4 a 12 meses, o câncer de mama entre mulheres na pré-menopausa poderia ser reduzido em 11%. Se todas as mulheres amamentassem por 24 meses ou mais, essa incidência seria reduzida em quase 25%.

A amamentação ajuda a mãe a voltar mais rápido ao seu peso pré-gestacional uma vez que gasta as quilocalorias acumuladas (5). Durante o último trimestre da gestação a mulher acumula energia sob a forma de gordura para cobrir os gastos calóricos com a amamentação. Calcula-se que a mulher que amamenta exclusivamente gasta 704 Kcal/dia (5)

O aleitamento materno exclusivo em sistema de livre demanda, inclusive durante a noite, nos seis primeiros meses após o parto, desde que não surja menstruação, é um bom método de planejamento familiar, com falha estimada inferior a 1,8% (26).

O leite materno é prático, está sempre na temperatura ideal, não precisa; ferver misturar, coar, dissolver ou esfriar. Está sempre pronto, a qualquer hora ou lugar, não se erra no preparo, nem há risco de contaminação (27).

Para a família temos como benefícios que a amamentação é mais econômica, pois, no Brasil, alimentar um bebê sem ser com o leite materno pode custar metade de um salário mínimo por mês (incluindo mamadeiras, bicos, leites infantis, complemento, gás, remédios e outros). Além disso, os bebês amamentados adoecem menos, os pais desses bebês têm menos problemas cuidando de crianças doentes, além dos gastos com medicamentos. Os gastos com hospitalizações são reduzidos, pois crianças que mamam no peito adoecem menos. Amamentando o bebê, ele será mais saudável e isso significa trará mais tranquilidade e menos despesas para toda a família, principalmente para o bebê que terá uma melhor qualidade de vida (28).

Ainda podemos enumerar as vantagens em amamentar para o planeta isto porque, amamentar também é um ato ecológico O leite materno é um dos poucos alimentos

produzidos e liberados para consumo sem nenhuma poluição, embalagem desnecessária ou desperdício (1). Se cada mulher dos EUA oferecesse mamadeira ao seu bebê, seriam necessárias quase 86.000 toneladas de alumínio para produzir 550 milhões de latas de leite por ano. Se cada mulher da Inglaterra amamentasse, seriam economizadas 3000 toneladas de papel para os rótulos dos leites infantis, reduzindo resíduos e desmatamento (1). Mas o leite em si não é o único problema, mamadeiras e bicos são feitos de plástico, vidro, borracha e silicone (29). A produção desses materiais é cara e constantemente não são reaproveitados. Todos esses produtos usam recursos naturais, causam poluição na sua produção e distribuição, e também criam um lixo no seu empacotamento, promoção e exposição (28).

Por todas as evidências das vantagens do aleitamento materno, em 2001, a OMS adotou a recomendação da amamentação exclusiva por seis meses, após uma revisão sistemática da literatura sobre os benefícios para mãe e filho (30). Ainda segundo a OMS, os bebês deveriam ser amamentados, com complementos, até os dois anos de vida ou mais. O leite materno oferece melhor nutrição e crescimento do bebê além de proteger contra doenças. Ele é o alimento mais completo que existe para o bebê. Por isso, não é preciso complementar com outros leites, mingaus ou sucos. Os benefícios da amamentação continuam mesmo para crianças maiores (30).

3. ALEITAMENTO MATERNO: BREVE HISTÓRIA

A consolidação da prática de aleitamento materno como o melhor e mais seguro método para alimentar lactente percorreu um longo processo, no qual o papel dos movimentos sociais, das organizações governamentais e não governamentais internacionais e do Brasil ocupam lugar de destaque.

No plano internacional, o marco foi a aprovação, em 1981, na 34^a Assembléia Mundial de Saúde da OMS, do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite materno, e da criação da Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN). Em 1986, na 39^a Assembléia Mundial da Saúde da OMS (AMS), as políticas passam a ser mais focadas e instituiu-se a proibição do fornecimento gratuito e subsidiado de substitutos do leite materno e declarado que o uso de leites chamados "leites de segmento" era desnecessário (31).

Na esteira deste processo, o Ministério da Saúde do Brasil preocupado com as altas taxas de desmame precoce, evidenciada nos resultados dos estudos científicos realizados no

país (32), (33), iniciou investimentos em programas e políticas voltados para incentivar a amamentação (34). E no início da década de 80 foi lançado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno.

Em 1990 na Reunião de Cúpula em Favor da Infância, em Nova York, 150 países, entre eles o Brasil, foram signatários da Declaração Mundial sobre Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança. Neste mesmo ano é assinada Declaração de Innocenti, documento produzido e adotado por representantes de organizações governamentais e não governamentais e defensores da amamentação de vários países. Nesta foram estabelecidas uma série de recomendações, como criação de comitê nacional de coordenação da amamentação, a implementação dos "Dez passos para o sucesso da amamentação" em maternidades, o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno e de adoção de legislação que proteja a mulher que amamenta no trabalho. Em 1991 a OMS cria o "Aconselhamento em Amamentação" para apoiar as mulheres durante a amamentação. Foi ainda fundada a WABA - Aliança Mundial de Ação pró-Amamentação, e no ano seguinte foi instituída a Semana Mundial da Amamentação, com o objetivo inicial de promover as metas da Declaração de Innocenti (35) (36).

Em 1992, o Brasil formalizou o compromisso dos "Dez Passos", lançando a Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC, como uma das estratégias de promoção da amamentação (36).

Em 1994 na 47^a Assembléia Mundial da Saúde se resolve sobre o fim de abastecimento gratuitos e subsidiados de leite em todo sistema de saúde (17).

O início do terceiro milênio foi marcado pela aprovação na 54^a Assembléia Mundial de Saúde da recomendação brasileira de aleitamento materno exclusivo durante seis meses. (17) (36).

O balanço da experiência internacional e nacional no que se refere à prática de aleitamento materno apresenta, sem dúvida, conquistas e avanços. Contudo, o desmame precoce ainda é expressivo, como pode ser observado no breve diagnóstico da prática de aleitamento materno no Brasil e no Ceará apresentado, a seguir.

4. ÍNDICES DE ALEITAMENTO MATERNO: BRASIL E CEARÁ

No Brasil, segundo dado estatístico de 1975, uma em cada duas mulheres amamentava até cerca de um mês e meio (33). Um estudo de demanda realizado em Belo Horizonte verificou que a proporção de crianças que foram amamentadas pelo menos seis meses, apesar de ter apresentado um aumento considerável de 39% em 1980 para 53,4% em 1986, ainda era muito baixo (37). Em 1996, a Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde (PNDS), encontrou que a mediana da amamentação exclusiva era de cerca de um mês e variava conforme o nível educacional das mães (38). Em estudo realizado neste mesmo ano em Salvador observou-se que 96,7% das crianças iniciaram a amamentação ao peito, a duração mediana do aleitamento materno exclusivo entre as crianças foi de 30,6 dias. Portanto, 50% delas foram amamentadas ao peito exclusivamente por cerca de um mês e ao completar 120 dias de vida, 6,9% delas estavam em uso de leite materno exclusivo e, aos 180 dias, 0,9% delas praticavam esse regime alimentar. A duração mediana do aleitamento materno exclusivo diminuiu à medida que as condições de vida se tornaram mais precárias (39).

Informações do estudo de Uchimura *et al* (40) em um hospital Universitário de Maringá, realizado em 1997, constataram uma taxa de desmame precoce em puérperas de até 12 semanas de 29,9% muito acima dos esperados para países de primeiro mundo que é de 20%.

A prevalência de aleitamento materno exclusivo ainda é baixa no Brasil. Dados do Ministério da Saúde (3) evidenciaram que, em 1999, 88% dos lactentes de 0 a 30 dias de vida eram amamentados, mas apenas 53,1% o faziam de forma exclusiva. Na Região Nordeste, a porcentagem de crianças amamentadas foi ainda menor (86,7%), embora a porcentagem de aleitamento exclusivo tenha sido mais elevada (55,4%). Esse mesmo estudo demonstrou que, em Salvador, Bahia, 85,5% dos lactentes de 0 a 30 dias de idade eram amamentados, mas apenas 43% estavam em aleitamento materno exclusivo (41).

Conforme apresentado na seção anterior, esforços nacionais, incentivos a campanhas e programas voltados ao estímulo à prática de aleitamento materno exclusivo vêm sendo realizados para reverter esta situação. Apesar disso, ainda hoje os avanços não têm sido tão grandes quanto os desejados, como pode ser observado, a seguir.

Um quadro mais atualizado sobre a prática de aleitamento materno no país é apontado pela PNDS, realizada em 2006 (PNDS 2006 (42)), que embora 96% das crianças menores de 60 meses tenham sido amamentadas alguma vez, ainda falta muito para se alcançar, no Brasil, o padrão de aleitamento materno recomendado pelos organismos de saúde internacionais e nacionais. Entre as mães entrevistadas, 43% relataram ter amamentado seus filhos na primeira hora após o parto. A prevalência de aleitamento materno exclusivo entre crianças de 0 a 3 meses foi baixa (45%), ainda que discretamente mais alta do que na PNDS 1996 (40%). Com relação à faixa etária de 4 a 6 meses, o aleitamento exclusivo caiu para 11% em 2006. O aleitamento materno complementado ocorreu para 32% na faixa de 0 a 3 meses e 56% entre 4 a 6 meses, em 2006, sendo que 23% estavam completamente desmamadas na faixa de 0 a 3 meses e 33% na faixa de 4 a 6 meses. Nessa última faixa etária, 35% das crianças já consumiam ‘comida de sal’, evidenciando uma dieta inadequada para a idade. (42)

Especificamente no Ceará, em 1995, a secretaria de saúde estimava que em torno de 96% de mulheres iniciam a amamentação, porém apenas 14,7% continuavam amamentando. (43)

Nos anos 80, pesquisas apontaram que a prevalência de aleitamento materno exclusivo no Ceará, continuava muito baixa; 9,8% nas crianças com até um mês; 2,4% em até 3 meses e 0,6% em até 6 meses. Na época, o estado tinha um dos mais altos índices de mortalidade infantil do país, alcançando em alguns municípios uma taxa de 75 mortes por mil nascidos vivos. (44) (45)

Na década de 90, o governo cearense desenvolveu várias ações e reforma no setor saúde que levaram a redução significativa na taxa de mortalidade infantil, alcançando em 2005, 18,3 mortes por 1000 nascidos vivos, valor inferior à média da região Nordeste, 21,7 óbitos por mil nascidos vivos, porém superior a do Brasil que era de 17, 9 óbitos por mil nascidos vivos. (45) Um dos principais fatores apontados para referida redução da mortalidade infantil foi a melhoria nos indicadores de amamentação.

Durante as últimas décadas, inúmeras ações de promoção do aleitamento materno foram implementadas pela secretaria de saúde do estado do Ceará (SESA) entre elas: cursos para profissionais de saúde; técnica continuada para os hospitais amigos da criança; seminários sobre alimentação complementar e regional; monitoramento das normas e comercialização de alimentos para lactentes e elaboração de material institucional (45).

Atualmente o Ceará conta com 36 Hospitais Amigo da Criança, o que torna o Estado com maior número de hospitais com este perfil no país (45).

Tudo isso contribuiu para o aumento expressivo da prática do aleitamento materno exclusivo em menores de quatro meses atualmente estimado em 70% (45).

Embora os resultados apresentados sobre os índices de aleitamento materno não revelem todas as possíveis variações sociais, geográficas e temporais que podem existir no Brasil e no Ceará, é evidente, que de modo geral, estes resultados venham melhorando.

5. CAUSAS ALEGADAS DO DESMAME

O desmame é definido como sendo a introdução de qualquer tipo de alimento na dieta de uma criança que, até então, se encontrava em aleitamento materno exclusivo. Conseqüentemente, o período de desmame é aquele compreendido entre a introdução de um novo alimento até a supressão completa do aleitamento materno (46).

As conseqüências da introdução de alimentos complementares ou qualquer substituto do leite materno antes do quarto mês de vida da criança são graves para a saúde de crianças de países em desenvolvimento, aumentando o risco de morbidade e mortalidade (47). À medida que se conhecem os motivos que possam contribuir com o desmame precoce, pode-se atuar de forma mais direcionada e, portanto, mais eficaz.

Os principais fatores relacionados ao desmame precoce são: idade, baixo nível socioeconômico e de escolaridade da mãe (48), estrutura familiar, trabalho materno seja doméstico ou fora do lar (43), percepção do corpo feminino (49), a intenção da mãe de amamentar, desde o início do pré-natal, a falta de incentivo por parte do cônjuge e de parentes (49) (50), e a ausência de suporte dado no dia a dia da nutriz. (51)

Dos vários trabalhos que vêm sendo realizados no Brasil, com objetivo de nortear as ações de promoção ao aleitamento materno exclusivo (49)(50)(51)(52)(53)(54), a falta de conhecimento sobre a prática de aleitamento por parte das mães tem sido apontada como tendo um papel importante na redução do tempo de aleitamento materno (53)(54),(55),(56),(57). Os estudos revelaram que as mulheres justificavam a introdução de complementos do leite materno por meio de falas muito comuns: ‘meu leite é pouco’, ‘meu leite secou’ e ‘a criança não quis o peito’(58). Porém, os índices de hipogaláctia primária não ultrapassam 1,5% da população, e já foi comprovado que as nutrizes, do ponto de vista fisiológico, conseguem produzir quantidades suficientes de leite materno para assegurar um crescimento adequado para as crianças (6). Em estudo realizado na Suécia, com 51 pares de mãe-filho, verificou-se que, apesar de todas as mulheres apresentarem condições favoráveis para um processo de lactação bem sucedido (alto nível de escolaridade, estímulo para amamentar exclusivamente até o sexto mês, chance de amamentar seu bebê na primeira hora pós-parto e acesso ao alojamento conjunto), 54,9% apresentou a opinião de insuficiência de

leite pelo menos uma vez ao longo da amamentação (59). Foram avaliadas mulheres de baixa renda no México e encontrou-se uma associação positiva entre ter percepção de insuficiência de leite em algum momento da lactação e introduzir alimentos complementares precocemente. Apenas 30% das mães que aleitaram exclusivamente até o quarto mês tiveram a percepção de insuficiência de leite, ao passo que, aproximadamente, 70% das mães que desmamaram seus filhos antes do quarto mês pós-parto, referiram, em algum momento, a percepção de que não tinham leite suficiente (60).

A opinião materna de leite insuficiente parece ser então, o reflexo de uma interpretação advinda do processo avaliativo que a mãe inicia logo no período pós-parto sobre a sua capacidade de aleitar. A mulher conduzirá a amamentação de acordo com os resultados vindos de sua avaliação, quando observa, dentre outros aspectos, o volume do leite materno produzido (61). Caso a mulher conclua que a sua produção de leite materno está diminuída, ela poderá optar pela introdução de outros tipos de leite na alimentação da criança.

Outro fato que merece atenção são as descrições maternas em relação à quantidade de leite consumido pela criança. Muitas mães acham que seus filhos estão ingerindo muito leite materno, atribuindo-lhes adjetivos como ‘guloso’, ‘voraz’ e ‘fominha’ que foram usados tanto para qualificar crianças que consumiam uma quantidade normal de leite humano quanto para aquelas que consumiam uma grande quantidade de leite (58). Este fato parece que, no imaginário materno, o apetite de um lactente é exagerado, e essa intensidade é esperada. Assim, a criança é vista como gulosa e, por isso, precisa realmente de um leite ‘mais forte’, em qualidade e quantidade, para dar conta de tal demanda, surgindo, então, a idéia de oferecer outro tipo de leite com a intenção de saciar o bebê, principalmente, à noite, para que ele durma a noite toda e deixe a mãe dormir também (61).

6. ALEITAMENTO CRUZADO

O aleitamento cruzado é a prática de lactação, na qual a criança recebe um leite que não é produzido por sua mãe (62).

Podemos encontrar na Bíblia (63), em Êxodo cap.2, entre os versículos 7 a 9, uma citação que fala de uma mulher que amamentava em troca de um salário.

No século XIII na França há o reconhecimento da mulher denominada 'ama-de-leite' que atuava como membro da família, fazendo da prática uma fonte de renda, eram então conhecidas como amas-de-leite mercenárias (64).

Já no Brasil, a ama-de-leite era geralmente uma escrava, cujos lucros eram para o seu senhor (62). Na atualidade, a prática de amas-de-leite pagas não é culturalmente aceita e é proibida pelo Ministério da Saúde, portaria nº 2.415,1996, isso porque por meio do leite materno as crianças podem ser contaminadas, como por exemplo, pelo vírus da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)(65).

Um trabalho recente realizado em uma maternidade do interior paulista para estudar conhecimento e opiniões quanto ao aleitamento cruzado entre puérperas, mostrou que apesar de todas desconhecerem o termo aleitamento cruzado, das dezessete puérperas entrevistadas, quinze concordaram em amamentar outro bebê e dezesseis concordaram que seu bebê fosse amamentado por outra mulher o que mostra que o aleitamento cruzado é uma prática cultural e há o desconhecimento quanto ao risco do recém nascido contrair uma infecção. (66)

Com fatores que indiretamente levam a um incremento na prática do aleitamento cruzado como; o aumento do número de mulheres no mercado de trabalho sem licença maternidade, a realização de cirurgias mamárias para aumentar ou diminuir os seios, bem como a ausência de vínculo com o bebê e a omissão do Estado em não divulgar os perigos do aleitamento recíproco a prática do aleitamento cruzado os riscos ficam em descaso trazendo mais problemas para a saúde pública e assim deve ser repensado o que deve ser colocado em

prioridade na capacitação dos profissionais de saúde e nas mensagens levadas as gestantes sobre os cuidados relativos a prática do aleitamento cruzado.

7. ALGUMAS AÇÕES DE PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

Com a falta de conhecimento e os conceitos inadequados sobre a prática do aleitamento materno varias ações foram propostas pela OMS (30), dentre as principais e, parcialmente, implantadas no Brasil no início da década de 1980, compreendem-se o acompanhamento seqüencial durante o pré-natal e formação de grupos de gestantes; alojamento conjunto, orientação e estímulo à amamentação nas maternidades; controle seqüencial do lactente; divulgação na comunidade das vantagens do leite humano; treinamento de pessoas para atuarem junto às mães; reformulação dos conceitos ensinados nos cursos de profissionalização; controle estatal das formas de propaganda da indústria alimentícia; construção de creches e respeito às leis de proteção a nutriz. (29)

No desenvolvimento das ações de incentivo ao aleitamento materno, o profissional de saúde assume importante papel, através de apoio e orientação à mulher (4) e a eficácia vai depender do empenho destes profissionais. O trabalho de orientação inicia-se, com o obstetra, durante o pré-natal, pelo fornecimento às gestantes de informações sobre o aleitamento materno e sobre o tempo que deve amamentar uma criança, de forma exclusiva. (67), (68), (69)

É importante orientar as mulheres sobre os parâmetros adequados de produção láctea e o que se espera do comportamento de crianças pequenas, como o intervalo entre as mamadas e a presença do choro por inúmeras razões, além da fome (68), (70). São informações que podem contribuir para a postergação da introdução de alimentos diferentes do leite materno antes do quarto ao sexto mês de vida da criança e, conseqüentemente, aumentar o período de amamentação exclusiva (71), (72).

É preciso que a mãe tenha disponibilidade para amamentar seu filho recém-nascido, mas, geralmente, elas são responsáveis por todo o trabalho doméstico e não contam com a

participação de nenhuma outra pessoa que possa, ou queira ajudá-la na execução dessas tarefas. Para as mulheres inseridas no mercado informal de trabalho, ficam claros os obstáculos ao sucesso da amamentação, visto que elas não têm qualquer tipo de benefício social e retornaram precocemente ao trabalho, às vezes até antes do 30º dia após o parto. Além disso, algumas mulheres formalmente empregadas relatam grande ansiedade em adaptar a criança a outro tipo de alimento, muito antes do término da licença-maternidade. Nesse sentido, foi aprovado por unanimidade no Senado Federal, no dia 13 de agosto de 2008, o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº. 281 (73), que permite ampliar licença-maternidade de 4 para 6 meses sendo, contudo, válido somente para empresas que aderirem ao Programa Empresa Cidadã. Esta foi uma conquista muito significativa para a criança, para a mulher, mesmo para as mães adotivas e para a sociedade. Porém abre-se um parêntese para o trabalho informal que ainda continua sem cobertura legal e afasta as mães de seus bebês.

O diagnóstico em nível local sobre o nível de conhecimento acerca da prática do aleitamento materno pode contribuir para o direcionamento dos programas educativos e posicionamento dos profissionais de saúde, pois estes exercem importante papel no incentivo ao aleitamento materno ao apoiar e esclarecer à gestante e a nutriz. O propósito é buscar subsídios para melhorar as taxas de aleitamento materno bem como recursos de conhecimento de pontos que possam impedir ou dificultar esta prática de forma satisfatória. Através dos resultados obtidos podem-se levantar pontos positivos e negativos, possíveis falhas no tipo de serviço oferecido no acompanhamento pré-natal, bem como o conhecimento das mães. Poderemos ainda traçar políticas locais mais efetivas no sentido de melhorar os resultados relativos aos índices de aleitamento materno exclusivo do município em questão.

8. OBJETIVO

8.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o nível de conhecimento e as práticas de aleitamento materno de mães internadas em um hospital maternidade da região nordeste brasileira.

8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as características sócio-econômicas de mães internadas em um hospital maternidade da região nordeste brasileira.

Descrever características da assistência pré-natal prestada a mães internadas em um hospital maternidade da região nordeste brasileira.

Avaliar o nível de conhecimento sobre as práticas de aleitamento materno de mães internadas em um hospital maternidade da região nordeste brasileira.

Descrever os motivos alegados para o aleitamento cruzado dentre as mães multíparas internadas em um hospital maternidade da região nordeste brasileira.

9 SUJEITOS E MÉTODO

9.1 Local da realização do estudo

O presente estudo foi realizado no Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa, localizado no Município de Horizonte, Ceará. Este é um hospital de nível secundário, que realiza apenas partos normais. Oferece, também, hospitalização para pediatria e clínica médica. Em média, são realizados entre 20 e 30 partos normais por mês. Segundo dados registrados no município no ano de 2006, foram contabilizados 277 partos. A demanda é quase exclusivamente de população de baixa renda.

O município de Horizonte, distante 45 km de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, tem uma população de aproximadamente 50 mil habitantes e é reconhecido como importante pólo industrial do Estado, e sua administração estão entre as dez melhores do Ceará. É um município com 100% de cobertura pelo Programa da Saúde da Família (PSF), contando com 12 postos de saúde que atendem a uma população de aproximadamente 15.200 famílias às quais são oferecidos serviços rotineiros de saúde em diversas áreas e atenção no pré-natal.

Os únicos dados disponíveis sobre os índices de aleitamento materno exclusivo em Horizonte são os do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (74) (75). Em 2007, o município apresentou índices de aleitamento materno exclusivo entre 66% e 75% na faixa etária de zero a três meses e vinte e nove dias.

9.2 Tipo de estudo e população

Este estudo é do tipo observacional descritivo transversal.

A amostra foi do tipo intencional e compreendeu o total de 120 parturientes que estiveram internadas para realizar seu parto na referida unidade, no período de janeiro a abril de 2008.

As puérperas foram identificadas a partir do livro de registro da maternidade, e foram incluídas as que preenchiam os seguintes critérios: residir no município de Horizonte, não ter apresentado complicações obstétricas e o produto da gestação sadio.

9.3 Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado, como instrumento de coleta de dados, um questionário padronizado (anexo 1) com questões fechadas envolvendo aspectos socioeconômicos, história reprodutiva, gravidez atual e assistência pré-natal e, ainda, com perguntas específicas sobre o conhecimento e prática do aleitamento materno e influências familiares. Este instrumento foi adaptado de uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro no de 2000(75).

9.4 Coleta de dados

Os questionários foram aplicados nas primeiras 24 horas após o parto através de entrevista pessoal, por três estagiárias universitárias do Município, previamente treinadas e supervisionadas pela pesquisadora.

Logo no início do mês de janeiro, foi realizado o estudo piloto, com a finalidade de testar o instrumento de pesquisa e o desempenho das entrevistadoras e, logo após, no final de mês de janeiro, iniciou-se a aplicação desse instrumento, que se prolongou até o final do mês de abril.

9.5 Análises dos dados

Foi realizada a distribuição de frequência absoluta e relativa das seguintes variáveis selecionadas abaixo e após revisão dos questionários foram digitados no pacote estatístico do SPSS (Versão 11) e, posteriormente, foi realizada a limpeza de dados.

1- Socioeconômicas: idade da puérpera categorizada por faixa etária (10 a 19; 20 a 34; 35 anos e mais), escolaridade (analfabeta/semi-analfabeta, até o Ensino Fundamental, até o Ensino Médio), situação conjugal (vive com companheiro; tem companheiro, mas não vive com ele; não tem companheiro), trabalho remunerado (sim e não), renda familiar (nenhuma; menos de 1 salário mínimo; entre 1 a 2 salários mínimos; acima de 2 salários mínimos), tipo de trabalho (servidora pública, empregadas não servidoras públicas, autônomas), conhecimento do direito à licença maternidade (sim; não); e carteira assinada (sim; não);

2- Assistência pré-natal: número de consultas de pré-natal (1 a 3; 4 a 6 e mais), exames das mamas (sim; não), orientação sobre aleitamento (sim; não);

3- Conhecimentos sobre aleitamento materno: vantagem em amamentar (sim; não); considerar que a criança que mama deve tomar outros líquidos - água, chá, suco (sim; não); considerar que devem ser oferecidos os dois seios a cada mamada (sim, somente um, depende da fome do bebê);

4- Características reprodutivas: paridade (1; 2 a 3; 4 e mais), amamentação anterior (sim, não), duração da última amamentação (em meses);

5- aleitamento cruzado: amamentação de outras crianças além dos filhos (sim; não), relação com as crianças amamentadas (filho de parente; filho de amiga; pessoa que não conhecia bem; outro), motivos dessa amamentação (a mãe tinha pouco leite; a mãe não podia amamentar; outro), amamentou o último filho (sim; não).

6- Opinião sobre amamentação: dos companheiros e dos membros da família, amigos e vizinhos (importante/não diz nada a respeito).

9.7 Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Antes da aplicação do questionário cada mulher foi informada sobre a finalidade do estudo e, as que aceitaram participar, assinaram um termo de conhecimento livre e esclarecido (anexo 2).

10 RESULTADOS

Conforme pode ser observado na Tabela 1, das 120 mães participantes da pesquisa, 30 (25%) eram adolescentes, 69 (65,8 %) tinham entre 20 e 34 anos e 9,2% com 35 anos e mais. Muitas das puérperas apresentaram escolaridade, correspondente às séries do Ensino Fundamental (70,8%), enquanto 7,5% eram analfabetas ou sabiam ler muito pouco.

A grande maioria (85,9%) vivia em regime de união consensual estável com seus companheiros. Das demais pesquisadas, 8,3% não tinha companheiro e 5,8% tinha companheiro, mas não morava com ele.

Apenas 26 mães (20%) desempenhavam trabalho remunerado. Destas, 8,3% eram servidoras públicas, 62,5% trabalhavam em indústria, comércio, ou em casa de família e 29,2% eram autônomas. Quanto ao conhecimento das mulheres com vínculo empregatício a respeito da licença maternidade, duas (20,8%) disseram não saber o que significava, desconhecendo, portanto, esse direito assegurado pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Das 26 mães trabalhadoras 16 (61,5%) tinham carteira assinada e as restantes não.

Ainda na Tabela 1 observa-se que as mães entrevistadas viviam, em sua maioria (62,5%), com uma renda de um a dois salários mínimos. Duas mulheres (1,7%) não tinham renda familiar e viviam com a ajuda de familiares ou outras pessoas.

Tabela 1 – Distribuição das puérperas do Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa segundo variáveis sócio-econômicas e conhecimento da legislação de proteção à maternidade. Ceará, 2008

Variáveis	N	%
Faixa etária (anos)		
10 a 19	30	25,0
20 a 34	79	65,8
35 e mais	11	9,2
Escolaridade		
Analfabeta ou sabe ler pouco	9	7,5
Até o Ensino Fundamental Completo	85	70,8
Até o Ensino Médio Completo	26	21,7
Situação conjugal		
Vive com companheiro	101	85,9
Tem companheiro, mas não vive com ele	8	5,8
Não tem companheiro	11	8,3
Trabalho remunerado		
Sim	26	20,0
Não	94	80,0
Tipo de trabalho		
Servidora pública	2	8,3
Empregada não de serviço público	17	62,5
Autônoma	7	29,2
Conhecimento do direito à licença maternidade		
Sim	17	79,2
Não	2	20,8
Tem carteira assinada		
Sim	16	61,5
Não	10	38,5
Renda familiar		
Nenhuma	2	1,7
Menos de 1 salário mínimo	31	25,8
Entre 1 a 2 salários mínimos	75	62,5
Acima de 2 salários mínimos	12	10,0

Embora todas as mães participantes da pesquisa tenham recebido acompanhamento pré-natal, 38,3% realizaram até 5 consultas ou seja ;não realizaram o número mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde que é de 7 consultas. A Tabela 2 mostra também que a maioria das mães pesquisadas (55,8%) não se submeteu a qualquer exame das mamas e 30% não receberam orientação sobre a amamentação.

Tabela 2 – Distribuição das puérperas do Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa segundo número de consultas de pré-natal, realização de exames de mamas e orientação sobre aleitamento materno no pré-natal. Ceará, 2008

Variáveis	N	%
Número de consultas de pré-natal		
1 a 3	6	5,0
4 a 5	40	33,3
6 e mais	74	61,7
Exame de mamas		
Sim	53	44,2
Não	67	55,8
Orientação sobre aleitamento materno		
Sim	84	70,0
Não	36	30,0

Quanto ao conhecimento das puérperas sobre o tempo de duração da amamentação exclusiva, como pode ser observado na Tabela 3, 89,2% das mulheres informaram que deveria ser até os seis meses, entretanto 10,8% (n=13) desconheciam. Quanto à introdução de água, chá e suco ao bebê que amamenta, em torno de 14% concordaram em dar água ou chá, percentual que se reduz para 4,2% com respeito ao suco. Três quartos das mulheres afirmaram que a amamentação traz alguma vantagem para a mulher. A maior parte das mães (80,8%) considerava ser necessário oferecer os dois peitos a cada mamada, 14,2% acreditava ser necessário oferecer somente um peito a cada mamada e seis mães (5,0%) disseram que dependia da fome do bebê.

Tabela 3 – Conhecimentos das puérperas sobre aleitamento materno do Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa Ceará, 2008

Variáveis	N	%
Até quando o bebê deve mamar só no peito		
6 meses	107	89,2
Não sabe	13	10,8
O bebê que mama deve tomar água		
Sim	16	13,3
Não	104	86,7
O bebê que mama deve tomar chá		
Sim	17	14,2
Não	103	85,8
O bebê que mama deve tomar suco		
Sim	5	4,2
Não	115	95,8
Existe alguma vantagem para a mulher em amamentar		
Sim	90	75,0
Não	27	22,5
Não sabe	3	2,5
Como deve se oferecer os seios a cada mamada		
Um peito a cada mamada	17	14,2
Os dois peitos a cada mamada	97	80,8
Depende da fome do bebê	6	5,0

Nota-se na Tabela 4 que dentre as 120 participantes da pesquisa, 39 (32,5%) estão vivenciando a experiência de amamentar pela primeira vez. Sendo que destas primíparas, 25(64,1%) são mães adolescentes.

Das 81 mulheres que já tiveram filho, 87,7% relataram ter amamentado. Das que não amamentaram, uma não amamentou o seu último filho por motivo do falecimento deste. Das 71 mulheres que amamentaram seus filhos, 22 (32%) amamentaram de 1 a 5 meses, 21 (31%) de 6 a 12 meses e 13 (18,5%) de 13 a 24 meses, sendo o tempo mediano de 9 meses. Houve casos de mães que amamentaram por três anos (4,1%) e quatro anos (4,1%), tendo ocorrido até o caso de uma mãe que amamentou seu filho por quase oito anos.

Tabela 4 - Distribuição das puérperas do Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa segundo número de gestações e amamentação anterior. Ceará, 2008

Variáveis	N	%
Número de gestações		
1	39	32,5
2 -3	51	42,5
4 ou mais	30	25,0
Já amamentaram anteriormente (múltiparas)		
Sim	71	87,7
Não	10	12,3
Duração da última amamentação (meses)		
1 - 5	22	32,0
6 -12	21	31,0
13 - 24	13	18,5
25 e mais	13	18,5

❖ Duas mães múltiparas não amamentaram por falecimento do filho

Como pode ser verificado na Tabela 5, das mulheres que já amamentaram 20 (28,2%) disseram já ter amamentado outras crianças além de seus filhos, sendo predominantemente (80%) filhos de pessoas próximas (amigas) e, sobretudo de parentes. As principais razões alegadas para amamentar outra criança compreenderam o impedimento da mãe (75%) por doença ou distância física do filho.

Tabela 5 - Distribuição da relação da mãe pesquisada com a criança que amamentou, e motivos de amamentação da criança por outra pessoa que não a mãe entre as puérperas do Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa. Ceará, 2008

Variáveis	N	%
Amamentou outra criança que não o filho		
Sim	20	28,2
Não	51	71,8
Relação da mãe pesquisada com a criança que amamentou		
Filho de parente	11	55,0
Filho de amiga	5	25,0
Pessoa que não conhecia bem	4	20,0
Motivos de amamentação da criança por outra pessoa que não a mãe		
A mãe tinha / pouco leite	3	15,0
A mãe não podia amamentar (doente, longe do bebê)	15	75,0
Outro	2	10,0

Já na Tabela 6, dentre as mães que já tinha filhos, 11 (13,6%) disseram que, diante da impossibilidade de amamentar seus filhos recorreram a outras pessoas para amamentá-los, sendo que dessas, cinco (45,5%) solicitaram a familiares (irmãs e primas) que também estavam amamentando, enquanto três (27,5%) pediram a amigas e as restantes (27,5%) tiveram a ajuda de outras pessoas.

O motivo das referidas mães recorrerem a outras pessoas para amamentar seus filhos decorreu da impossibilidade delas amamentarem, por causa de doenças, afastamento do bebê (54,5%) ou por considerar que não tinham leite (45,5%).

Tabela 6 - Mães pesquisadas que recorreram a outras pessoas para amamentar seu filho entre as puérperas do Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa. Ceará, 2008

Variáveis	N	%
Recorreram a outra pessoa para amamentar seu filho		
Sim	11	13,6
Não	70	86,4
Quem amamentou		
Uma parente	5	45,0
Uma amiga	3	27,5
Pessoa não conhecida	3	27,5
Motivos de recorrer a outra pessoa		
Tinha pouco leite	5	45,5
Não podia amamentar (doente, longe bebê, etc)	6	54,5

De acordo com a tabela 7, entre as puérperas que tem companheiro (n=109), 75,2% destes companheiros acham importante a amamentação e querem que o bebê seja amamentado, enquanto que 24,8% (n=27) não têm opinião a respeito do assunto.

Tabela 7 – Opinião dos companheiros das puérperas do Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa sobre amamentação do filho. Ceará, 2008

Opinião	N	%
Importante, quer que eu amamente	82	75,2
Não diz nada a respeito/Nunca falou sobre este assunto	27	24,8
Total	109	100,0

Quanto à opinião da família, observa-se na Tabela 8 que em 70% dos casos a opinião é positiva, 2,5% não querem que amamente e 27,5% nunca falaram nada a este respeito.

Tabela 8 – Opinião da família das puérperas do Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa Ceará, 2008 sobre amamentação do filho que irá nascer.

Opinião	N	%
Importante, quer que eu amamente	84	70,0
Não diz nada a respeito/Nunca falou sobre este assunto	33	27,5
Não quer que amamente	3	2,5
Total	120	100,0

11 DISCUSSÃO

Como observado em estudos realizados no Brasil (76) (77) as adolescentes representam uma parcela importante das puérperas.

Quanto ao nível educacional das puérperas, há um percentual elevado de mulheres com baixo grau de instrução, devido até a clientela assistida que é de baixa renda. Embora os estudos de Issler (77) e Caldeira (78) não tenham evidenciado associação, os de Escobar *et al* (79) revelam uma associação direta entre o nível de escolaridade da mãe e o tempo de aleitamento materno.

O fato de 14,1% das puérperas não morarem com o pai do recém-nascido, pode contribuir para o desmame precoce, pois estudo realizado por Bassette (80) com 450 famílias, concluiu que se o pai não mora na mesma casa que o bebê, a chance de a criança parar de mamar antes dos seis meses é o dobro daquelas que moram com o pai e a mãe. Uma das explicações é que a presença do pai dá mais segurança para a mulher.

No presente estudo, 20% das mães desempenhavam tarefas remuneradas. Escobar *et al* (79) encontraram que 31,2% das crianças mamaram mais de quatro meses no grupo em que as mães não trabalhavam e 39,5% no grupo das mães trabalhavam ($p < 0,043$), ou seja, também se vê que o trabalho formal pode proteger a criança do desmame precoce. Vianna (81) identificou resultado similar em 11.076 crianças menores de um ano, a prevalência de amamentação exclusiva foi de 22,4% entre os menores de quatro meses e foi significativamente maior entre as mães que trabalhavam fora e que tiveram licença maternidade, pois tinham emprego formal. Entre as mulheres que trabalhavam, pode ser motivo de preocupação as autônomas (29,2%), pois não tem a proteção legal da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o que pode implicar no retorno ao trabalho precocemente, interferindo assim no tempo de aleitamento materno. É importante destacar que dentre as mulheres com vínculo empregatício, 20,8% disseram não saber o que significa Licença Maternidade e, por isso, presume-se que desconhecem esse direito assegurado pela CLT.

Ainda que a renda familiar dessas mães tenha sido baixa, as pesquisas de Candeias (82) e Issler e cols (77) mostraram que a renda familiar não foi uma variável estatisticamente significativa associada com o tempo do aleitamento materno.

Todas as mães participantes da pesquisa receberam acompanhamento pré-natal. No entanto uma parcela significativa de mulheres realizou menos de sete consultas de pré-natal, como preconizado pelo Ministério da Saúde (83). No pré-natal, mais da metade delas não tiveram as mamas examinadas. São resultados semelhantes ao observado por Gonçalves (84) durante o acompanhamento pré-natal na cidade do Rio Grande, onde foi encontrada uma baixa prevalência (40,2%) de realização do exame clínico das mamas. No pré-natal, 30% das mulheres não receberam orientações sobre como amamentar seus filhos. Estes dados são indicativos que as atividades de promoção do aleitamento materno realizadas durante o pré-natal ainda são deficientes, o que pode contribuir para os altos níveis de desmame precoce (75).

Entre as puérperas multíparas, 87,7% haviam amamentado seus filhos. Esse resultado foi próximo ao obtido no estudo Caldeira e Goulart (78) no qual a proporção de mães que iniciaram o aleitamento materno foi superior a 90%. Porém foi inferior aos resultados da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (38) (42), onde foi observada uma prevalência de 96,4% de crianças alguma vez amamentadas no Brasil e de 96,3% na Região Nordeste.

O tempo mediano do aleitamento materno, entre as mães desta pesquisa, foi de 9 meses, semelhante ao encontrado pela Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais e no Distrito Federal (PPAMCDF), de 9,9 meses, e pela PNDS 2006, de 9,4 meses (42).

Em relação ao conhecimento das puérperas sobre aleitamento materno, em torno de 90% destas indicaram que a duração do aleitamento materno exclusivo deveria ser de seis meses. No entanto, esta resposta não garante a condução de uma prática adequada por estas mães, pois cerca de 14 % disseram que deveria ser oferecido chá ou água aos bebês. Deve-se estar atento também à influência de familiares na alimentação dos bebês (85). Estudo feito por Susin em 2005 (86) sobre a influência de avós mostra que em torno da metade aconselhou o uso de água e/ou chás já no primeiro mês, e que essa atitude pode contribuir para o abandono da amamentação exclusiva. Por outro lado, estudo de Sandre-Pereira (75) aponta para o desejo da mulher em prolongar a amamentação exclusiva até o sexto mês e de não introduzir água, chá ou suco.

Quanto ao conhecimento mais prático sobre o ato de amamentar, os resultados foram semelhantes aos observados em uma maternidade-escola localizada no município do Rio de

Janeiro (75), que demonstraram que um percentual importante das mulheres conhece as informações corretas sobre o oferecimento dos dois peitos, ou de um só, dependendo da fome do bebê.

Foi encontrada uma prevalência elevada de aleitamento cruzado, pois das 81 mães que já tinham filhos, 13,6% (n=11) recorreram a outra mãe e 28,2% (n=20) amamentaram outra criança e o praticaram, principalmente com parentes. Em cinco casos, tanto a mãe amamentou outra criança, como teve um filho seu amamentado por outra mulher. Em quinze casos a mãe amamentou alguma criança que não fosse seu filho, e em seis casos a mãe teve algum filho seu amamentado por outra mulher. O aleitamento cruzado é uma prática culturalmente aceita no Brasil, considerada inclusive como um ato de solidariedade, como observado nesta pesquisa. No entanto, esta prática é desestimulada e contra-indicada pelo Ministério da Saúde (87), pois o aleitamento cruzado representa um risco adicional de transmissão vertical do HIV por mulheres soropositivas. Em trabalho realizado a respeito do conhecimento sobre aleitamento cruzado, constatou-se que 100% das puérperas entrevistadas desconhecem e não receberam orientação acerca deste tema no pré-natal. A deficiência dessa informação faz com que as puérperas desconheçam os perigos desta prática e reafirmem a idéia de que amamentar outra criança ou deixar sua criança ser amamentada, seja uma forma de salvar sua vida (66). O aleitamento cruzado é um tema pouco estudado pela literatura internacional (88) (89), e merece ser fruto de novas investigações, com amostras mais significativas de mães.

Embora 75,2% das puérperas que têm companheiro, relatem que o pai da criança acha importante a amamentação e querem que o bebê seja amamentado, assim como 70% das famílias tenham a mesma opinião, cerca de um quarto dos companheiros e familiares não têm opinião a respeito do assunto. Isso é preocupante, pois segundo Faleiros (90), a situação conjugal, o papel do pai e de outras pessoas da família exercem influência tanto na motivação e na capacidade da mãe para amamentar, como na duração do aleitamento materno. Em estudo sobre a amamentação e sexualidade há relato da influencia de decisão de desmamar mais cedo do que previsto por questões da própria sexualidade entre o casal. (91)

Estudo feito por Susin (86) mostrou uma associação significativa, com interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês devida, quando avós maternas e paternas aconselham o uso de água, chá e outro leite. Concluiu que as avós podem influenciar negativamente na amamentação, tanto na sua duração quanto na sua exclusividade. Essa informação pode ser útil no planejamento de estratégias de promoção do aleitamento materno,

pois é importante envolver os companheiros e as avós desde o pré-natal no apoio à amamentação (92).

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa foram encontradas mães adolescentes, na sua maioria primíparas, o que mostra a necessidade da equipe multiprofissional do município oferecer um acompanhamento especial a essas gestantes muito jovens, desenvolvendo uma ação voltada à orientação sobre o manejo da amamentação e os cuidados com o bebê, ressaltando, sobretudo, a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses.

A grande incidência de mães adolescentes nos dias atuais tem gerado preocupações quanto à sua orientação sobre a gravidez, o preparo para a maternidade, os cuidados com o recém-nascido e a amamentação. O acompanhamento pré-natal a essas gestantes adolescentes também deve envolver uma ação multiprofissional, incluindo rotinas de grupo de gestantes e acompanhamento de alterações psicossociais, visando também o contexto familiar, buscando assim que essa experiência nova não seja traumatizante (93).

O trabalho apontou ainda que um percentual expressivo de mulheres não tivesse, durante o pré-natal, orientações sobre aleitamento materno. Muitos estudos têm mostrado que as maiores taxas de adesão à amamentação se devem à intervenção de profissionais de saúde ainda durante o pré-natal, e também no puerpério e no período de lactação, revelando que as mães adolescentes e primíparas foram as que mais se beneficiaram com a atividade educativa de promoção à amamentação (93) (94) (95).

Portanto, é importante destacar que resultados bastante positivos foram observados no estado do Rio de Janeiro em consequência da implantação recente da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação. Esta iniciativa visa à instrumentalização da rede básica de saúde em procedimentos de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno nos serviços de pré-natal e de pediatria (93). Este modelo poderia ser implantado no município em estudo, em busca de melhores resultados.

Foi observado que apesar das mães já conhecerem a importância do aleitamento materno e muitas o terem praticado, ainda há desconhecimento do valor do aleitamento materno exclusivo, pois várias delas persistem em concordar em oferecer outros líquidos, além do leite materno, aos seus filhos, nos primeiros meses de vida.

A prevalência de aleitamento materno exclusivo esta aumentando de forma ainda insatisfatória no Brasil (41) (42), apesar das recomendações da Organização Mundial da Saúde (3), de o leite materno ser o único e exclusivo alimento dos bebês até seis meses de idade.

Outra prática que foi observada na pesquisa foi o aleitamento cruzado, com uma prevalência alta. Apesar de contra-indicada pelo Ministério da Saúde (65), ainda vem sendo bastante praticada, e ainda é um comportamento culturalmente aceito em algumas regiões do país, à medida que é considerado um ato de solidariedade entre as mães. No entanto, as mães devem ser alertadas quanto aos possíveis riscos que esta prática pode acarretar à saúde da mãe e do bebê.

REFERÊNCIAS

- (1) Radford A. O impacto Ecológico da Alimentação por Mamadeira. Documento do mês sobre amamentação nº 04/97. Baby milk action breastfeeding review 2(5): 204-208, may 1992.
- (2) Giugliani ERJ, Victora CG. Normas alimentares para crianças brasileiras menores de 2 anos. Bases Científicas. Brasília: OPAS/OMS; 1997.
- (3) OMS. Organização Mundial da Saúde. UNICEF (Fundação das Nações Unidas para a Infância) Proteção, Promoção e apoio ao aleitamento Materno. O papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra: Organização Pan-Americana de Saúde, 1989.
- (4) Brasil, Ministério da Saúde. (MS) Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Dez passos para uma alimentação saudável para crianças menores de dois anos. Brasília – DF, 2002.
- (5) Akre J. Alimentação infantil: bases fisiológicas. Genebra: OMS; 1994
- (6) Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Flieger W. Breast-feeding and diarrheal morbidity. Pediatrics 86(6): p. 874-882, 1990.
- (7) César JÁ, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impacto of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. British Medical Journal 318(7194): p.1316-1320, 1999.
- (8) Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AMB at al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infection diseases in Brazil. The Lancet 8: p. 319-322, 1987.
- (9) Riscos de se alimentar um bebê com fórmulas. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/documentos>>. Acessado em 26 de agosto de 2008.
- (10) Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLA, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. J. Pediatr. (Rio de Janeiro.), vol.79, nº.1, Porto Alegre, Jan./Feb., 2003.
- (11) Thompson ME, Hartsock TG, Larson C. The importance of immediate postnatal contact: its effect on breastfeeding. Can Family Physician, 25: p. 1374-1378, 1979.
- (12) Righard L, Alade M. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. The Lancet. 336: p.1105-1107, 1990.
- (13) Alves AKL. A Importância da Amamentação. Revista NutriWeb. NIB/UNICAMP. Disponível em www.nutriweb.org.br/n0101/amament.htm - 22k -Acesso em 23.jul.2008.

- (14) Giugliani, ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *Jornal de Pediatria* - Vol. 80, Nº5(supl), 2004.
- (15) Ichisato SMT, Shimo AKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002, julho-agosto; 10(4):578-85
- (16) Vinagre RD, Diniz EDA, Vaz FAC. Leite humano: um pouco de sua história. *Pediatria (São Paulo)* 2001;23(4):340-5.
- (17) OMS. Organização Mundial da Saúde. Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/documentos>>. Acesso em: 10 set.2008.
- (18) Salariya EM, Easton PM, Cater JI. Duration of breast-feeding after initiation and frequent feeding. *The Lancet*, p.1141-1143, 25 nov.1978.
- (19) Teruya K. Ritmo das mamadas. Entrevista a Dráuzio Varella. Disponível em: <drauziovarella.ig.com.br/entrevistas/aleitamento_keiko.asp-15k>. Acesso em: 20 maio. 2008.
- (20) Burby; Leslie. 101 Reasons to breastfeed your child . brought to you by ProMoM.© 1998-2007 ProMoM, Inc. All rights reserved. Revised May, 2005.
- (21) ABOUT TRIGR. Trial to reduce IDDM in genetically risk. <<http://trigr.epi.usf.edu/about.html>>. Acesso em: 10 out.2008
- (22) Rezende J, Montenegro CAB. Mamas. Lactação. In: Rezende J, organizador. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.400-403.
- (23) Heinig MJ, Dewey KG. Health effects of breast feeding for mothers: a critical review. *Nutrition Research Reviews*. 10: p.35-56. 1997.
- (24) Blaauw R. *et al*. Risk factors for development of osteoporosis. In A South African population *SAMJ*; 84, p.328-332, 1994.
- (25) Freudenheim, J. *et al*. Exposure to breast milk in infancy and the risk of breast cancer. *Epidemiology*. 5:p.324-331, 1994.
- (26) Family Health International. Consensus statement: breastfeeding as a family planning method. *The Lancet*, ii, p.1204-1205, 1988.
- (27) Palma D, Nóbrega FJ. Alimentação da criança nos primeiros anos de vida. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 16: p.112-117, 1998.
- (28) Araújo MFM, Fiaco AD, Pimentel LS, Schimtz BAS. Custo e economia da pratica do aleitamento materno para a família. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife,4(2):135-141,abr./jun.,2004.
- (29) Müller AC. Econologia do aleitamento materno. *Pucpr Campus Curitiba*, outubro, 2003.

- (30) WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Results of a WHO systematic review. Geneva: World Health Organization, 2001.
- (31) Bossi MLM., Machado MT, Amamentação; um resgate histórico. Cadernos ESP - Escola de Saúde Pública do Ceará- V. 1, n. 1, jul-dez, 2005.
- (32) Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin OL, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ, Santos L. Caetano MB. Evolução do padrão do aleitamento materno. Rev. Saúde Pública, v.34, n.2 São Paulo, abr.2000.
- (33) Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. Cad. Saúde Pública, v.19, supl.1, Rio de Janeiro 2003.
- (34) Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno .Revisão e avaliação das ações Nacionais para a implementação dos princípios e objetivos do Código Internacional de comercialização dos substitutos do leite materno. Brasília –DF , junho 1991.
- (35) Atualidades em Amamentação. Disponível em www.ibfan.org.br. Acessado em janeiro de 2007.
- (36) O Cenário Nacional e sua Influência na política Nacional. Disponível em www.bvsam.ict.fiocruz. Gota de leite. Acessado em dezembro de 2007.
- (37) Alves CRLE, Andrade EM, Colosimo GEA, Horta LM ,Goulart F. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004 Cad. Saúde Pública, vol.24, no.6, Rio de Janeiro -June, 2008.
- (38) Brasil. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança – PNDS, Ministério da Saúde, 1996.
- (39) De Oliveira LPM, Assis AMO, Gomes GSS, Prado MS, Barreto ML. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, v.21, n.5, Rio de Janeiro, set./out. 2005.
- (40) Uchimura SU, Gomes CA, Uchimura TT, Yamamoto AE, Miyazato P, Rocha SF. Estudos dos fatores de risco para desmame precoce. Acta Scientiarum. Maringá, v.23, n.3, p.713-718, 2001.
- (41) Ministério da Saúde. Pesquisa da prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- (42) Brasil. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança – PNDS,

- Ministério da Saúde, 2006.
- (43) Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto aborto e puerpério: assistência humanizada á mulher. Brasília, DF, 2001.
- (44) Boletim Nacional Da Iniciativa Hospital Amigo Da Criança – Amigo Da Criança –nº30 e 31 – janeiro a setembro 2000.
- (45) Ceará, Secretaria Da Saúde Do Estado Do Ceará (SESA) 2003-2006. A Saúde no Ceará – Uma Construção de Todos. Relatório da Gestão 2003-2006, editora omhi, Fortaleza-ceará –2006
- (46) Palma D, Nóbrega FJ. Alimentação da criança nos primeiros anos de vida. Revista Paulista de Pediatria, v. 16: p.112-117, 1998
- (47) Jelliffe DB, Jelliffe EFP. Human milk in the modern world. 2. ed. Oxford: Oxford University Press; 1978.
- (48) Ribeiro ME, Said RA, Vieira MPG, Rocha ILF, Gomes DM. O conhecimento das mães sobre aleitamento materno no Hospital São Lucas – Juazeiro do Norte (CE).Rev. de Nutrição. Campinas, 15(1): p.29-35, jan/abr.2002.
- (49) Montrone VG, Rose JC. Uma experiência educacional de incentivo ao aleitamento materno e estimulação do bebê, para mães de nível sócio-econômico baixo: estudo preliminar. Cad. Saúde Pública.vol.12-n.1-Rio de Janeiro: Jan./Mar,1996.
- (50) Giugliani ERJ, Issler RMS, Justo EB *at al.* Risk factors for early termination of breast feeding in Brazil. Acta Paediatrica 81: p.484-487,1992.
- (51) Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. Rev. Saúde Publica. 36(3): p.313-318, 2002.
- (52) Machado MMT. A conquista da amamentação: o olhar da mulher. Dissertação do Curso de Mestrado em Saúde Pública,Universidade federal do Ceará,Fortaleza: 1999.
- (53) Giugliani ERJ, Issler RMS, Justo, EB *at al.* Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v.71, n.2, p.77-81, 1995.
- (54) Melo AMCA, Cabral PC, Albino E, Moura LMD, Menezes AEB, Wanderley LG. Conhecimento e atitudes sobre aleitamento materno em primíparas da cidade do Recife, Pernambuco. Rev. Brás. Saúde Matern. Infant. Recife, 2(2): p.137-142, maio.ago.2002.
- (55) Percegoni N, Araújo RMA, Silva MMS, Euclides MP, Tinoco ALA.Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. Revista de Nutrição. Campinas: v.15, n.1 Jan/2002.
- (56) Pereira MA. Aleitamento Materno: Estabelecimento e prolongamento da. amamentação.

intervenções para o seu sucesso. Porto: ICBAS-UP, 2004.

- (57) Souza LSF, Souza ELS, Barretto MRR, Ramos RTT, Macedo JJB, Serra CR et al. Determinantes do êxito do aleitamento natural. *J Pediatr.* 67: p. 42-50, 1991
- (58) Borges ALV, Philippi ST. Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido. *Revista Latino-Americana de Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem* v.11, n.3. Ribeirão Preto maio/jun.2003.
- (59) Hillervik-Lindquist C, Hofvander Y, Sjölin S. Studies on perceived breast milk insufficiency. III. Consequences for breast milk consumption and growth. *Acta Paediatr Scand.* 1991; 80:297-303.
- (60) Segura-Millan S, Dewey KG, Perez-Escamilla R. Factors associated with perceived insufficient milk in a low-income urban population in Mexico. *J Nutr.* 124, p. 202-212, 1994.
- (61) Silva IA. Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1994
- (62) Aleitamento Cruzado. Disponível em www.saude.df.gov.br. Acessado em 20 de novembro de 2008.
- (63) A Bíblia da mulher. Êxodo, capítulo 2, versículos 7 a 9, p. 82.
- (64) Badinter, E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Trad. Waltensir Dutra. 5. ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.
- (65) Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.415, de 12 de dezembro de 1996. DO 246, de 19/12/96.
- (66) Vieira ACJ, Amaral DF, Pedrosa KJ., Ichisato SMT. Conhecimento Das Puérperas Sobre Aleitamento Cruzado. *Revista do Centro Universitário Barão de Mauá*, V.1, N.2, Jul/Dez 2001.
- (67) Bueno LGS, Teruya KM. The practice of breastfeeding counseling. *J. Pediatr.* (Rio J.) vol.80 no.5 suppl. Porto Alegre Nov.2004.
- (68) Villa TCS, Pela NTR, Lima CMG. Lactação e contracepção. *In: Anais do 42º Congresso Brasileiro de Enfermagem.* p. 94-94 Natal: Programa
- (69) Narchi NZ, Fernandes RAQ, Gomes MMF, Queiroz ML, Higasa DN. Análise da efetividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em comunidade carente na cidade de São Paulo. *Rev. Brás. Saúde Mater. Infant.* 5 (1), p. 87-92 .2005.
- (70) Becker Daniel. No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde

Pública; 2001. 117 p.

- (71) Santiago LB, Bettiol MA, Barbieri MA, Gutierrez MRP, Ciampo LAD. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.79, n.6 nov./dez. 2003.
- (72) Brasil. Projeto de Lei do Senado - PLS nº. 281/85. Brasília: Senado Federal, 2005.
- (73) Ceará. Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. Saúde Materno-Infantil no Ceará- Resultados das PESMICs 1,2 e 3. Fortaleza, Dez. 1995.
- (74) Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/siabsdescr.htm>. Acessado em setembro de 2008.
- (75) Sandre-Pereira G, Colares LGT, do Carmo MGT, Soares EA. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. *Cad. Saúde Pública*, vol.16 n.2, Rio de Janeiro, Apr./June, 2000
- (76) Costa COM, Santos CAS, Teles T, Sobrinho C N, Moura MSQM, Souza KEP, Assis DRG. Gravidez na adolescência: associação de variáveis sociodemográficas e biomédicas materna com resultado neonatal. *Feira de Santana – Bahia Revista Baiana de Saúde Pública* v.29 n.2, p.300-312 jul./dez. 2005.
- (77) Issler H, Lione C, Quintal V. Duração do aleitamento materno em uma área urbana de SP, Brasil. *Bol Ofic Sanit Panam.* 106: p.513-522 1989.
- (78) Caldeira AP, Goulart EM. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. *J Pediatr.* 76: p. 65-72 Rio de Janeiro: 2000.
- (79) Escobar AMU. *at al.* Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* v.2, nº.3, Recife, Sept./Dec, 2002.
- (80) Bassette F. Presença do pai adia o fim da amamentação do bebê. *Folha de São Paulo, Cotidiano*, 24/7/2006.
- (81) Vianna RPT, Rea MF, Venancio SI, Escuder MM. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. *Cad. Saúde Pública.* Vol.23.no.10. Rio de Janeiro, out.2007.
- (82) Candeias NMF. Educação em saúde na prevenção do risco de desmame precoce. *Rev Saúde Pública.* 17: p.71-82, 1983
- (83) Brasil. Assistência pré-natal. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- (84) Gonçalves CV, Dias-Da-Costa JS, Duarte G, Marcolin AC, Garlet G, Sakai AF, Bianchi MS. Exame clínico das mamas em consultas de pré-natal: análise da cobertura e de

fatores associados em município do Rio Grande do Sul, Brasil Cadernos de Saúde Pública-vol.24-nº.8. Rio de Janeiro: Aug,2008.

- (85) De Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro: uma política de saúde pública baseada em evidência. Cadernos de Saúde Pública. 21(6): p.1901-1910, 2005.
- (86) Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influência das avós na prática do aleitamento materno. Rev. Saúde Pública, vol.39, nº. 2, São Paulo: abr.2005.
- (87) Brasil. Portaria 2415 de 12 de dezembro de 1996. Dispõe sobre medidas para prevenção da contaminação pelo HIV pelo aleitamento materno. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- (88) Krantz JZ, Kupper NS. Cross-nursing: wet nursing in a contemporary context. Pediatrics 67(5): p.715-717, 1981.
- (89) Thorley, V. Sharing breastmilk: wet nursing, cross feeding, and milk donations. Breastfeeding Rev. 16(1): p. 25-29, 2008.
- (90) Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração Rev. Nutr-v.19-n.5-Campinas.set./out-2006Fildes V. Breast-feeding in London. J. Biosoc. Sci.. 24 (1): p.53-70. 1992.
- (91) Sandre-Pereira G. Amamentação e sexualidade. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, 11(2): p.467-491, jul./dez.2003
- (92) De Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone, A.E. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. Journal of Human Lactation 17(4): p.326-343, 2001.
- (93) Rezende MA, Sigaud CHS, Veríssimo MOR, Chiesa AM, Bertolozz MR. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Vol.10.nº. 2. Ribeirão Preto, Mar./Abr.2002.
- (94) Bracco Neto H, Taddei JAAC. Mudança de conhecimento de gestantes em aleitamento materno através de atividade educacional. Rev.Paul Ped. 18:7-14, 2000
- (95) Cardoso LO et al. Impacto da implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação nas prevalências de aleitamento materno e nos motivos de consulta em uma unidade básica de saúde. J. Pediatr. (Rio J). 2008; 84(2): p. 147.

ANEXOS

III. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Agora vou fazer algumas perguntas sobre gravidezes anteriores.

44. Quantas vezes você já esteve grávida, contando com esta gravidez e algum aborto que você tenha tido? (Se 01, vá para questão 47)	(Se 01, vá para questão	<input type="text"/>
45. Algum bebê seu nasceu vivo e morreu antes de ter um mês de vida? 0.Não Sim, quantos?		<input type="text"/>
46. Qual foi a data do seu último parto (bebê vivo ou morto), antes desta gravidez?		<input type="text"/>
IV. GRAVIDEZ ATUAL		
Agora vou fazer algumas perguntas sobre o pré-natal desta gravidez.		
47. Você fez pré-natal na gravidez desse bebê? 0.Não (vá para 53) 1.Sim		<input type="text"/>
48. Em qual unidade de saúde? _____		<input type="text"/>
49. Quem é a agente de saúde da sua área? _____		<input type="text"/>
50. Quantas consultas você teve durante o pré-natal?		<input type="text"/>
51. Em alguma consulta deste pré-natal foi feito o exame das mamas? 0.Não 1.Sim		<input type="text"/>
52. No posto do acompanhamento pré-natal, falaram com você sobre amamentação? 0.Não 1.Sim		<input type="text"/>
V. INFORMAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO		
Agora vou fazer algumas perguntas sobre amamentação.		
53. Você já amamentou antes? 0. Não (vá para 59) 1.Sim		<input type="text"/>
54. Quantos filhos você já amamentou?		<input type="text"/>
55. Todos seus filhos foram amamentados? 0.Não, porque? _____ 1.Sim		<input type="text"/>
56. Você já amamentou alguma criança que não fosse seu filho? 0.Não (vá para 59) 1.Sim		<input type="text"/>
57. Esta criança era filha de quem? 1. De uma parente (irmã, prima, etc) 2. De uma amiga 3. De uma pessoa que não conhecia bem (estava comigo no alojamento conjunto, etc) 4. Outra _____		<input type="text"/> <input type="text"/>

58. Por que você amamentou esta criança? 1. A mãe não tinha/tinha pouco leite 2. A mãe não podia amamentar (doente, longe do bebê, etc) 3. Outro _____		_ _
59. Algum (a) filho (a) seu já foi amamentado por outra mulher? 0. Não (vá para 62) 1. Sim		_ _
60. Quem era esta mulher que amamentou seu (sua) filho (a)? 1. Uma parente (irmã, prima, etc) 2. Uma amiga 3. uma pessoa que não conhecia bem (estava comigo no alojamento conjunto, etc) 4. Outra _____		_ _ _ _
61. Por que esta mulher amamentou seu (sua) filho (a)? (não ler as alternativas) 1. Eu não tinha/tinha pouco leite 2. Eu não podia amamentar (doente, longe do bebê,etc.) 3. Outro _____		_ _
62. Você amamentou seu último (a) filho (a)? 0. Não (vá para 71) 1. Sim		_ _
63. Por quanto tempo você amamentou seu último(a) filho(a)?	_ _ _ anos _ _ _ meses _ _ _ dias	
64. O que você achou de amamentar este último filho? _____ _____		
65. Você teve alguma dificuldade para amamentar este último filho? 0. Não 1. Sim, qual? _____ _____		_ _
66. Você tinha bastante leite?	0. Não 1. Sim	_ _
67. Você fazia alguma coisa para aumentar a produção de seu leite? 0. Não (vá para 69) 1. Sim		_ _
68. O que? (não ler as alternativas) 1. Comia muito 2. Bebia muita água 3. Tomava garapa 4. Tomava suco 5. Comia rapadura 6 . Outros _____		_ _ _ _
69. Você deu <u>só</u> leite materno para seu último(a) filho(a) até que idade?	_ _ _ meses _ _ _ dias	
70. Qual outro alimento você ofereceu primeiro para seu (sua) último(a) filho(a)? (ler as alternativas) 1. água 2. chá 3. outro leite 4. suco/fruta 5. sopa 6. comida 7. Outro _____		_ _
71. Alguém na sua casa já amamentou?	0. Não 1. Sim (vá para 73)	_ _
72. Você conhece alguém próximo seu que já tenha amamentado?	0. Não 1. Sim	_ _
73. Qual a informação mais importante que você já recebeu sobre aleitamento materno? _____ _____		_ _

<p>74. Quem informou?</p> <p>1.Médico 2. Nutricionista, enfermeiro ou outro profissional de saúde 3. Agente de saúde</p> <p>4.Mãe, sogra ou outro parente 5.Vizinha ou amiga 6.Meios de comunicação (TV, rádio, jornal)</p> <p>7.Outro _____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>75. Você acha que o primeiro leite que desce (coloostro) é importante? 0.Não (vá para 77) 1.Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>76. E você poderia me dizer qual a importância desse 1º leite? (coloostro) (não ler as alternativas)</p> <p>1. Protege contra doenças 2.É nutritivo 3. Não tem 4. Outras _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>77. Quanto tempo após o parto você acha que o bebê deve mamar pela primeira vez? (não ler as alternativas)</p> <p>1.Logo após o parto 2.Quando chega na enfermaria 3. No dia seguinte ao parto</p> <p>4.Outros _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>78. Quanto tempo o leite demora em descer pela primeira vez? (não ler as alternativas)</p> <p>1. 1 –2 Dias 2.3-4 Dias 3.5-7 Dias 3. Mais _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>79. O bebê deve mamar de quanto em quanto tempo? (não ler as alternativas)</p> <p>1.De hora em hora 2.De duas em duas horas 3.De três em três horas 4.De quatro em quatro horas</p> <p>5. Quando o bebê “pedir” 6. Outro _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>80. Você acha que deve ser feita limpeza das mamas antes do bebê mamar? 0.Não 1.Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>81. Você acha que se deve ter algum cuidado antes de iniciar a amamentação? 0.Não 1.Sim,</p>	<input type="checkbox"/>
<p>82. Como você acha que devem ser oferecidos os seios a cada mamada? (não ler as alternativas)</p> <p>1. Oferecer um peito a cada mamada (vá para 84) 2.Oferecer os dois peitos a cada mamada</p> <p>3.Depende da fome do bebê, se ele se fartar com um é só um, se ele quiser os dois oferece um depois o outro (vá para 84)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>83. Por que você acha que se devem oferecer os dois peitos? (não ler as alternativas)</p> <p>1.Para o leite não empedrar 2.Para não cansar 3. Porque alimenta melhor 4. Outros _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>84. Você acha que o bebê que mama no peito deve tomar água? 0. Não 1.Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>85. Você acha que o bebê que mama no peito deve tomar chá? 0. Não 1.Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>86. Você acha que o bebê que mama no peito deve tomar suco? 0. Não 1.Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>87. Já explicaram para você como colocar o bebê no peito para mamar? 0.Não (vá para 89) 1.Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>88. Quem explicou?</p> <p>1.Médico 2. Nutricionista, enfermeiro ou outro profissional de saúde 3. Agente de saúde 4.Mãe,sogra ou outro parente 5.Vizinha ou amiga 6.Outro _____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

89. Já explicaram como tirar o leite do peito com as mãos, depois do parto, se precisar? 0.Não (vá para 91) 1.Sim	<input type="checkbox"/>
90. Quem explicou? 1.Médico 2. Nutricionista, enfermeiro ou outro profissional de saúde 3. Agente de saúde 4.Mãe,sogra ou outro parente 5.Vizinha ou amiga 6.Outro_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
91. Você sabe até quando o bebê deve mamar <u>só</u> no peito? 0. Não 1.Sim. Até quantos meses?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
92. Existe alguma vantagem, para a mulher, em amamentar? 0. Não (vá para 94) 1.Sim	<input type="checkbox"/>
93. Qual (ais) a(s) vantagens? (não ler as alternativas) 1. É prático 2. É barato 3. Ajuda o útero a voltar ao normal 4. Ajuda a emagrecer 5. Evita o câncer de mama 6. Outra_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
94. Você acha que tem alguma coisa que não deve ser feita durante o período de amamentação? 0. Não (vá para 96) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
95. O que? (não ler as alternativas) 1. Sexo 2. Esporte 3. Trabalho pesado 4. Uso de medicamentos 5. Brigas/nervosismo 6. Outros_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
96. Existe alguma situação em que a mãe não deve amamentar? 0. Não 1. Sim, qual (is)?_____	<input type="checkbox"/>
97. Você acha que o posto de saúde no pré-natal apoiou você para poder amamentar o seu bebê? 0.Não 1. Sim 2. Mais ou menos	<input type="checkbox"/>
98. Você acha que seu agente de saúde apoiou você para poder amamentar o seu bebê? 0.Não 1. Sim 2. Mais ou menos	<input type="checkbox"/>
VI- INFORMAÇÕES SOBRE O PARTO E PÓS-PARTO	
<i>Agora vou fazer algumas perguntas sobre o parto e sobre a maternidade.</i>	
99. Qual o nome do bebê? _____ Sexo: 1. Masculino 2.Feminino	<input type="checkbox"/>
100. Qual a data do parto? _ _ / _ _ / _ _	
101. Com que peso o (nome do bebê) nasceu ? _____ gramas	
102. O (nome do bebê) mamou no peito na sala de parto? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
103. Aqui no hospital você recebeu orientações sobre amamentação? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
104. Mostraram a você como colocar o bebê no peito para mamar? 0. Não 1.Sim.	<input type="checkbox"/>

105. Explicaram que o bebê deve mamar o quanto quiser?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>	
106. Explicaram como tirar o leite com as mãos, se precisar?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>	
107. Falaram que não se deve dar mamadeira ao bebê?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>	
108. Disseram até quando o bebê deve mamar só no peito?	0. Não	Sim, até ____ meses	<input type="checkbox"/>	
109. Você tem alguma dúvida sobre a amamentação?	0. Não (vá para 111)	1. Sim	<input type="checkbox"/>	
110. Qual a sua dúvida sobre a amamentação? _____ _____			<input type="checkbox"/>	
111. O que o seu companheiro acha de você amamentar o seu filho? (não ler as alternativas) 1. Importante, quer que eu amamente (vá para 113) 2. Não quer que amamente 3. Não diz nada a respeito/Nunca falou sobre este assunto 4. Outro _____			<input type="checkbox"/>	
112. Por que ele não quer que você amamente? _____ _____			<input type="checkbox"/>	
113. O que a sua família (mãe, pai, irmãos, etc) acha da amamentação? 1. Importante, quer que eu amamente 2. Não quer que amamente 3. Não diz nada a respeito/Nunca falou sobre este assunto 4. Outro _____			<input type="checkbox"/>	
114. Você pretende amamentar seu bebê? pouco	0. Não	1. Sim	2. Mais ou menos/Um	<input type="checkbox"/>
115. Por que? _____ _____			<input type="checkbox"/>	

VII. OPINIÃO DA ENTREVISTADA

116. Você gostaria de dizer mais alguma coisa? **0.** Não **1.** Sim. (escrever o que for relatado)

Obrigada pela sua colaboração!

VIII. Para ser preenchido pelo entrevistador ao final da entrevista:

117. A cooperação da entrevistada foi:

1. Excelente **2.** Muito boa **3.** Boa **4.** Razoável **5.** Fraca

|

118. Observações:

Horário de término |__|__| : |__|__|

Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada

Estamos convidando você a participar do projeto de pesquisa: “Conhecimento sobre aleitamento materno de parturientes e prática de aleitamento cruzado na unidade hospitalar e maternidade Venâncio Raimundo de Sousa - Horizonte – Ceará” de responsabilidade do Mestrado Profissional de Saúde Pública/ENSP/FIOCRUZ.

O estudo pretende avaliar o conhecimento e vivência das mães do município sobre aleitamento materno.

A sua participação irá contribuir para a melhoria da qualidade do serviço oferecido, não havendo qualquer risco envolvido.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer uma entrevista, quando serão feitas perguntas sobre você, seu pré-natal e como você foi atendida nesta unidade de saúde.

Suas respostas serão anotadas em um formulário. Gostaríamos também de pedir o seu consentimento para consultar o seu cartão gestante.

Suas respostas ficarão em segredo, e o seu nome não será divulgado. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar.

Eu declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

Assinatura da entrevistada _____

Horizonte, _____ / _____ / _____

Entrevistador _____|____|____|____|

Para esclarecimentos, entrar em contato com: Cibele Nogueira

Endereço: Rua Luiza Noronha, 45, Zumbi. Tel: 33366105 ou 3336 6060.

Endereço do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública:

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314 Manguinhos -Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-21

Tel.Fax-(21)2598-2863 e-mail:cep@ensp.fiocruz.br <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>