CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE PESSOAL
DE SAÚDE SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

Ø

25
MARIA LÚCIA FERRARI CAVALCANTI

Tese de Doutorado apresentada
à Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, Depar-
tamento de Prática de Saúde Pú-
blica, para obtenção do título
de *Doutor em Saúde Pública*.

Orientador: *Profa. Dra. Ruth Sandoval Marcondes*

SÃO PAULO
1982

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

DEDICATÓRIA

A meus filhos, *Rita de Cássia e Arnaldo*

A meus netos, *Tatiana e Thiago*

EM MEMÓRIA

De **ARNALDO**, saudoso marido, o maior incentivador de minhas atividades profissionais e que tanto desejou ver concluído este estudo.

AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra. *Ruth Sandoval Marcondes*, pela orientação segura, estímulo contínuo e interesse demonstrado.

Ao Prof. Dr. *Yaro Ribeiro Gandra*, pelas sugestões oferecidas.

Ao Prof. Dr. *Donald Wilson*, pelo apoio emprestado e versão do resumo para o inglês.

A Profa. Dra. *Maria José Roncada*, pela cuidadosa revisão deste trabalho e sugestões que contribuíram para sua apresentação.

A Profa. Dra. *Maria Helena Prado de Mello Jorge* pelas valiosas críticas e oportunas sugestões, organização das Tabelas e, principalmente, pelo incentivo propiciado.

A Profa. Dra. *Sophia Cornblüth Szarfarc*, pela boa vontade e dedicação na revisão do texto.

As autoridades da Secretaria de Estado da Saúde, pela autorização concedida e interesse revelado durante a realização do estudo.

Ao pessoal de saúde das Unidades Sanitárias do Distrito Sanitário do Butantã, pela cordial acolhida e efetiva colaboração no fornecimento das informações.

A *Daisy Pires Noronha*, pela sistematização das referências bibliográficas.

Aos meus familiares, pela compreensão demonstrada durante a elaboração deste trabalho, que reduziu nosso costumeiro convívio.

Í N D I C E

	pág.
ÍNDICE DE TABELAS	x
RESUMO.	xxii
SUMMARY	xxiii
1. INTRODUÇÃO	1
2. ALEITAMENTO MATERNO E EDUCAÇÃO	7
2.1 Importância do aleitamento materno	8
2.2 Declínio do aleitamento materno.	12
2.3 Causas do declínio do aleitamento materno.	21
2.4 Educação em Saúde e Educação para o Aleitamen- to Materno	25
2.5 Responsabilidades educativas do pessoal de saú- de em prol do aleitamento materno.	36
2.6 Conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de saúde sobre aleitamento materno, segundo a literatura especializada	39
3. METODOLOGIA.	49
3.1 Características da área do estudo.	50
3.2 Características da população estudada.	51
3.2.1 Médicos.	53
3.2.2 Enfermeiras.	55
3.2.3 Auxiliares	56
3.3 Instrumento para coleta dos dados.	58
3.4 Método utilizado na coleta dos dados	59
3.5 Análise dos dados.	61

4. RESULTADOS E COMENTÁRIOS.	64
4.1 Conhecimentos	66
TEMA I - Conceito de lactação e amamentação .	
A.Fundamentação teórica	66
- Conceito de lactação e amamentação. . . .	68
B.Avaliação	
. Médicos	69
. Enfermeiras	71
. Auxiliares.	72
. Pessoal de Saúde.	74
TEMA II - Psicofisiologia da lactação	
A.Fundamentação teórica	76
B.Avaliação	
. Médicos	79
. Enfermeiras	85
. Auxiliares.	87
. Pessoal de Saúde.	91
TEMA III - Controle do aleitamento materno.	
A.Fundamentação teórica	93
- Estímulo para a produção de leite . . .	100
- Analgesia e anestesia	101
- Preparo pré-natal para o aleitamento ma terno	102
- Início da amamentação	110
- Minистраção de solução de glicose . . .	112
- Complementação.	113
- Amamentação sob demanda	115
- Amamentação noturna	118

- Expressão manual dos seios após as mamadas	120
- Higiene e cuidados com os seios.	121
- Amamentação em ambos os seios.	122
- Pesagem antes e depois das mamadas	124
- Alimentação da nutriz.	126
- Uso de contraceptivos orais.	131
B.Avaliação	
. Médicos.	134
. Enfermeiras.	169
. Auxiliares	185
. Pessoal de Saúde	203
TEMA IV - Vantagens do aleitamento materno	
A.Fundamentação teórica.	205
- Vantagens do aleitamento materno para a criança.	208
- Vantagens do aleitamento materno para a mãe	209
- Colostro	210
B.Avaliação	
. Médicos.	211
. Enfermeiras.	218
. Auxiliares	223
. Pessoal de Saúde	232
TEMA V - Aspectos práticos do aleitamento ma terno	
A.Fundamentação teórica.	234
- Como ajudar o recém-nascido a encontrar o mamilo	236
- Mecânica da mamada e colocação da criança ao seio.	237

- Interrupção da mamada.	238
- Sinais clínicos do reflexo de ejeção. .	239
B.Avaliação	
. Médicos.	241
. Enfermeiras.	245
. Auxiliares	248
. Pessoal de Saúde	252
TEMA VI - Problemas no aleitamento materno	
A.Fundamentação teórica.	253
- Inversão e pseudo-inversão do mamilo . .	255
- Ingurgitamento mamário	255
- Fissuras mamilares.	258
B.Avaliação	
. Médicos.	260
. Enfermeiras.	268
. Auxiliares	272
. Pessoal de Saúde	275
TEMA VII - Conhecimentos gerais sobre aleitamento materno	
A.Fundamentação teórica.	276
- Amamentação e educação	276
- Capacidade da mulher para lactar	277
- Aleitamento materno e deformação nos seios.	278
- Restrição de alimentos e amamentação . .	279
- Aparência do leite materno	281
- Reflexos do recém-nascido e aleitamento materno.	283

- Relactação	284
- Duração do aleitamento materno exclusivo	285
- Exoneração intestinal do recém-nascido e aleitamento materno.	286
B. Avaliação	
. Médicos.	287
. Enfermeiras.	295
. Auxiliares	299
. Pessoal de Saúde	305
AVALIAÇÃO GLOBAL	306
4.2 Atitudes	312
. Médicos.	312
. Enfermeiras.	319
. Auxiliares	321
. Pessoal de Saúde	324
4.3 Práticas	328
. Médicos.	328
. Enfermeiras.	347
. Auxiliares	351
. Pessoal de Saúde	355
4.4 Informações adicionais	356
5. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO.	364
6. CONCLUSÕES	370
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	375
ANEXOS	399

ÍNDICE DE TABELAS

Nº	pág.
1. Distribuição dos médicos dos CS do Distrito Sanitário do Butantã, segundo a especialidade. São Paulo, 1980	54
2. Distribuição das auxiliares dos CS do Distrito Sanitário do Butantã, segundo o cargo. São Paulo, 1980	56
3. Distribuição das auxiliares dos CS do Distrito Sanitário do Butantã, segundo o serviço onde atuam. São Paulo, 1980.	57
4. Distribuição do conhecimento dos médicos sobre conceito de lactação e amamentação. . .	69
5. Distribuição do conhecimento das enfermeiras sobre conceito de lactação e amamentação. .	71
6. Distribuição do conhecimento das auxiliares sobre conceito de lactação e amamentação. .	72
7. Significado de "lactação" para 64 auxiliares com conhecimento classificado como errôneo.	73
8. Distribuição do conhecimento do pessoal de saúde sobre o TEMA I - Conceito de lactação e amamentação	75
9. Distribuição do conhecimento dos médicos sobre psicofisiologia da lactação	79
10. Fatores emocionais que favorecem a ejeção do leite materno indicados por 66 médicos.	83
11. Fatores emocionais que inibem a ejeção do leite materno indicados por 72 médicos . .	84

12. Distribuição do conhecimento das enfermeiras sobre psicofisiologia da lactação.	85
13. Distribuição do conhecimento das auxiliares sobre psicofisiologia da lactação.	88
14. Fatores que favorecem a ejeção do leite materno indicados por 31 auxiliares com conhecimento classificado como errôneo.	90
15. Distribuição do conhecimento do pessoal de saúde sobre o TEMA II - Psicofisiologia da lactação	91
16. Distribuição do conhecimento dos médicos nas questões sobre controle do aleitamento materno	135
17. Melhores estímulos para a produção de leite materno indicados por 79 médicos.	136
18. Finalidades do exame pré-natal dos seios, tendo em vista o aleitamento materno, apontadas por 29 médicos com conhecimento errôneo. . .	141
19. Informações de 79 médicos sobre o que a gestante deve fazer para favorecer o aleitamento materno.	142
20. Informações de 79 médicos sobre o que a gestante deve fazer em relação à higiene e cuidados com os seios para favorecer o aleitamento materno.	144
21. Informações de 79 médicos sobre o momento para iniciar a amamentação	146

22.	Razões apontadas por 18 médicos para início da amamentação na sala de parto.	147
23.	Razões apontadas por 17 médicos para início da amamentação entre 3 e 11 horas após o parto	148
24.	Razões apontadas por 40 médicos para início da amamentação 12 horas e mais depois do parto	149
25.	Justificativas apontadas por 48 médicos para ministração de solução de glicose ao recém-nascido antes do início da amamentação . . .	153
26.	Justificativas de 40 médicos para recomendar a amamentação sob demanda no primeiro mês de vida	155
27.	Motivos apontados por 63 médicos para considerar desnecessária a expressão manual dos seios após as mamadas durante as primeiras semanas de lactação.	158
28.	Razões apontadas por 73 médicos para considerar inconveniente a complementação do seio com mamadeira nos primeiros dias de vida . .	161
29.	Razões apontadas por 59 médicos para a utilização de ambos os seios em cada mamada durante os primeiros meses.	163
30.	Razões apontadas por 61 médicos para desaconselhar a pesagem do bebê antes e depois das mamadas.	165

31. Distribuição do conhecimento das enfermeiras nas questões sobre controle do aleitamento materno.	170
32. Informações de 12 enfermeiras sobre o que a gestante deve fazer para favorecer o aleitamento materno.	172
33. Razões apontadas por 10 enfermeiras para início da amamentação 12 horas e mais depois do parto.	176
34. Justificativas de 8 enfermeiras para recomendar amamentação por horário no primeiro mês de vida.	178
35. Motivos apontados por 9 enfermeiras para considerar desnecessária a expressão manual dos seios após as mamadas, durante as primeiras semanas de lactação.	180
36. Medidas apontadas por 10 enfermeiras para a higiene e cuidados com os seios das mães que amamentam.	182
37. Distribuição do conhecimento das auxiliares nas questões sobre controle do aleitamento materno.	186
38. Melhores estímulos para a produção de leite materno indicados por 69 auxiliares	187
39. Finalidades do exame pré-natal dos seios, tendo em vista o aleitamento materno, apontadas por 20 auxiliares com conhecimento errôneo.	189

40.	Razões apresentadas por 22 auxiliares que consideram desnecessário o exame pré-natal dos seios, tendo em vista o aleitamento materno.	190
41.	Informações de 69 auxiliares sobre o que a gestante deve fazer para favorecer o aleitamento materno.	192
42.	Razões apontadas por 51 auxiliares para início da amamentação 12 horas e mais depois do parto.	195
43.	Razões apontadas por 17 auxiliares para considerar conveniente a complementação do seio com mamadeira, nos primeiros dias de vida.	196
44.	Razões apontadas por 61 auxiliares para recomendar a amamentação por horário no primeiro mês de vida.	198
45.	Razões apontadas por 60 auxiliares para justificar a utilização de ambos os seios em cada mamada, durante os primeiros meses.	199
46.	Alimentação da mãe que amamenta, indicada por 29 auxiliares com conhecimento errôneo	202
47.	Distribuição do conhecimento do pessoal de saúde sobre o TEMA III - Controle do aleitamento materno.	204
48.	Distribuição do conhecimento dos médicos nas questões sobre vantagens do aleitamento materno.	212

49.	Vantagens do aleitamento materno para a <u>cri</u> an <u>ça</u> indicadas por 79 médicos	214
50.	Vantagens do aleitamento materno para a mãe indicadas por 79 médicos	217
51.	Distribuição do conhecimento das enfermeiras nas questões sobre vantagens do aleitamento materno.	218
52.	Funções do colostro para o recém-nascido <u>a</u> pontadas por 12 enfermeiras.	219
53.	Vantagens do aleitamento materno para a <u>crian</u> ça apontadas por 12 enfermeiras	220
54.	Vantagens do aleitamento materno para a mãe apontadas por 12 enfermeiras	222
55.	Distribuição do conhecimento das 69 <u>auxilia</u> res nas questões sobre vantagens do <u>aleita</u> mento materno.	224
56.	Vantagens do aleitamento materno para a mãe apontadas por 44 auxiliares com conhecimento insatisfatório	226
57.	Informações de 69 auxiliares sobre o que é o colostro	228
58.	Justificativas de 11 auxiliares para contra- indicar a ingestão do colostro pelo recém- nascido.	230
59.	Distribuição do conhecimento do pessoal de saúde sobre o TEMA IV - Vantagens do <u>aleita</u> mento materno.	233

60.	Distribuição do conhecimento dos médicos nas questões sobre Aspectos práticos do <u>alei</u> ta <u>mento</u> materno.	241
61.	Informações de 79 médicos sobre como a mãe percebe a ejeção do leite	243
62.	Distribuição do conhecimento das enfermeiras nas questões sobre Aspectos práticos do <u>alei</u> tamento materno.	245
63.	Informações de 12 enfermeiras sobre como a mãe percebe a ejeção do leite	247
64.	Distribuição do conhecimento das auxiliares nas questões sobre Aspectos práticos do <u>alei</u> tamento materno.	249
65.	Informações de 69 auxiliares sobre como a mãe percebe a descida do leite	250
66.	Distribuição do conhecimento do pessoal de saúde sobre o TEMA V - Aspectos práticos do aleitamento materno.	252
67.	Distribuição do conhecimento dos médicos nas questões sobre Problemas no aleitamento <u>ma</u> terno.	261
68.	Informações de 79 médicos sobre como <u>preve</u> nir fissuras mamilares em mães que amamentam	263
69.	Informações de 79 médicos sobre como o <u>ingur</u> glitamento mamário prejudica o aleitamento <u>ma</u> terno.	265

70. Informações de 79 médicos sobre medidas para prevenção do ingurgitamento dos seios em mães que amamentam.	267
71. Distribuição do conhecimento das enfermeiras nas questões sobre Problemas no aleitamento materno.	269
72. Informações de 12 enfermeiras sobre como o ingurgitamento mamário prejudica o aleitamento materno	271
73. Distribuição do conhecimento das auxiliares nas questões sobre Problemas no aleitamento materno.	272
74. Informações de 69 auxiliares sobre como prevenir fissuras mamilares em mães que amamentam.	274
75. Distribuição do conhecimento do pessoal de saúde sobre o TEMA VI - Problemas no aleitamento materno.	275
76. Distribuição do conhecimento dos médicos nas questões referentes a Conhecimentos gerais sobre o aleitamento materno.	288
77. Informações de 79 médicos sobre reflexos do recém-nascido que atuam na alimentação ao seio	289
78. Significado da palavra "relactação" para 79 médicos.	290

79.	Respostas e justificativas de 79 médicos à questão: "deve-se suspender o aleitamento ma- terno quando o recém-nascido apresenta fezes diarréicas, esverdeadas, explosivas, imediata- mente após as mamadas"?.	293
80.	Informações de 79 médicos sobre a duração do aleitamento materno exclusivo.	294
81.	Distribuição do conhecimento das enfermeiras nas questões referentes a Conhecimentos ge- rais sobre aleitamento materno	296
82.	Distribuição do conhecimento das auxiliares nas questões referentes a Conhecimentos ge- rais sobre aleitamento materno	300
83.	Alimentos ingeridos pela mãe que prejudicam a criança por meio do leite materno indica- dos por 50 auxiliares com conhecimento errô- neo.	302
84.	Danos causados à criança por alimentos da dieta da nutriz indicados por 50 auxiliares	303
85.	Distribuição do conhecimento do pessoal de saúde no TEMA VII - Conhecimentos gerais so- bre aleitamento materno.	305
86.	Distribuição do conhecimento dos médicos nos Temas sobre aleitamento materno.	307
87.	Distribuição do conhecimento das enfermeiras nos Temas de aleitamento materno	308

88.	Distribuição do conhecimento das auxiliares nos Temas de aleitamento materno	309
89.	Distribuição do conhecimento do pessoal de saúde nos Temas de aleitamento materno . . .	310
90.	Distribuição das atitudes de 79 médicos em relação ao aleitamento materno	312
91.	Distribuição das respostas de 79 médicos às proposições utilizadas para avaliação de atitudes em relação ao aleitamento materno. . .	314
92.	Opinião de 79 médicos sobre quem deve dar orientação na área do aleitamento materno em Centros de Saúde	316
93.	Distribuição, por sexo, das atitudes de 79 médicos em relação ao aleitamento materno. .	317
94.	Distribuição das atitudes dos 30 residentes em relação ao aleitamento materno.	319
95.	Distribuição das atitudes de 12 enfermeiras em relação ao aleitamento materno.	320
96.	Distribuição das atitudes de 69 auxiliares em relação ao aleitamento materno.	323
97.	Opinião de 69 auxiliares sobre quem deve dar orientação na área do aleitamento materno em Centros de Saúde	325
98.	Distribuição das atitudes do pessoal de saúde em relação ao aleitamento materno	326

99.	Finalidades do exame pré-natal dos seios, <u>in</u> dicadas por 18 médicos que realizam o exame, tendo em vista o aleitamento materno	329
100.	Razões apontadas por 24 médicos para não <u>fa</u> zer o exame pré-natal dos seios, tendo em vista o aleitamento materno.	330
101.	Razões apontadas por 25 médicos para não <u>ori</u> entar gestantes sobre aleitamento materno. .	332
102.	Informações de 61 médicos sobre até que <u>ida</u> de prescrevem aleitamento materno exclusivo para a criança	334
103.	Razões apontadas por 52 médicos para não <u>ori</u> entar nutrízes sobre higiene e cuidados com os seios.	337
104.	Conduta e justificativas apontadas por 79 <u>mé</u> dicos quanto à orientação de nutrízes sobre a amamentação noturna nos primeiros meses. .	339
105.	Informações de 79 médicos sobre o <u>comporta</u> mento adotado quando mães que amamentam se queixam de fissuras mamílares.	341
106.	Razões apontadas por 61 médicos para não <u>ori</u> entar nutrízes sobre a técnica de <u>amamenta</u> <u>ção</u>	343
107.	Conduta de 79 médicos quando a nutríz refere que seu leite é insuficiente	345

108.	Comportamento de 79 médicos com mães que, à primeira consulta pós-parto, complementam o seio com mamadeira	346
109.	Orientação sobre aleitamento materno ministrada por 40 auxiliares a gestantes,	351
110.	Orientação ministrada por 59 auxiliares às mães que complementam o seio com mamadeira . . .	355
111.	Fontes dos conhecimentos sobre aleitamento materno apontadas por 79 médicos.	357
112.	Fontes dos conhecimentos sobre aleitamento materno apontadas por 12 enfermeiras. . . .	358
113.	Fontes dos conhecimentos sobre aleitamento materno apontadas por 69 auxiliares,	359
114.	Opinião de 159 informantes que compõem o pessoal de saúde sobre as causas do declínio do aleitamento materno no Brasil,	362

R E S U M O

Este trabalho investiga conhecimentos, atitudes e práticas de pessoal de Unidades da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, referentes ao aleitamento materno. Foram entrevistados 79 médicos, 12 enfermeiras e 69 auxiliares que dão atendimento a gestantes e mães.

Os resultados mostram que o pessoal de saúde está despreparado para promover o aleitamento materno.

Apresentam-se sugestões sobre conteúdo programático a ser focalizado na preparação de recursos humanos que atuam na área de atenção materno-infantil.

S U M M A R Y

The present survey studies knowledge, attitudes and practices of Health Unit personnel from Health Units of the Secretariate of Health of the State of São Paulo regarding breast feeding. Seventy-nine physicians, twelve nurses and sixty-nine auxiliary personnel attending on pregnant women and mothers were interviewed.

Results show that the members of the Public Health team are not prepared to promote breast feeding.

Suggestions are presented regarding program content for preparation of human resources that are involved in mother and child care.

1. INTRODUÇÃO

O declínio do aleitamento materno, fenômeno do século XX, vem constituindo sério problema no mundo por suas implicações para a saúde, economia e mesmo desenvolvimento de comunidades. Em certas áreas a importância do aleitamento materno é tão grande que o abandono dessa prática representa grave problema de Saúde Pública.

Países industrializados e em desenvolvimento sofrem as conseq^uências da substituição do aleitamento materno pela alimentação artificial, durante os primeiros meses de vida da criança. Essas conseq^uências, embora diferentes, são sempre desfavoráveis.

Nos países desenvolvidos o abandono da alimentação ao seio acarreta prejuízos imediatos à saúde infantil. A criança deixa de receber a proteção específica conferida pelo aleitamento materno contra infecções, sujeita-se ao risco de doenças que se associam à alimentação artificial e tem menores oportunidades de interação psico-social com a mãe.

Informações científicas recentes revelam que certos agravos à saúde da criança, associados com a alimentação artificial, podem ter repercussão na saúde do adulto. É o caso, por exemplo, da obesidade infantil, cuja prevalência parece estar aumentando em países industrializados. Nesses países, onde a obesidade é um dos mais sérios problemas nutricionais, as investigações sobre o tema sugerem que a alimentação artificial pode bem constituir uma das causas do problema. Alguns estudos mostram que proporção elevada de adultos obesos foram também escolares obesos; outras pesquisas evidenciam que importante percentagem de escolares obesos ti

veram obesidade na infância, e foram alimentados artificialmente nessa fase da vida.

Nos países em desenvolvimento os efeitos nefastos da adoção do aleitamento artificial, ao invés do aleitamento materno, são muito mais extensos e dramáticos. Atingem especialmente famílias de baixa renda, que representam parcela bastante expressiva da população, entre as quais o número de nascimentos é maior, mais baixa é a escolaridade e piores são as condições de habitação, saneamento básico e higiene.

No Brasil, como em países de semelhante grau de desenvolvimento, optar pela alimentação artificial em detrimento da alimentação ao seio, de modo generalizado, é prejudicar um grande número de mães, crianças e a própria comunidade. O exame resumido das consequências prejudiciais ocasionadas pelo abandono do aleitamento materno permite ressaltar a importância de que se reveste o problema. Abandonar a alimentação ao seio, nas áreas em desenvolvimento, significa simultaneamente: a) desnutrir, elevar a morbidade e aumentar a mortalidade infantil; b) limitar a realização do potencial genético de muitas crianças que, carregando consigo as sequelas da desnutrição precoce, se transformam em adultos incapazes de dar contribuição útil ao meio social onde vivem; c) desperdiçar o leite materno, inigualável por suas propriedades singulares, e ao mesmo tempo investir, obrigatoriamente, proporção elevada do minguado orçamento doméstico na aquisição de outros leites, fato comum em numerosas famílias; d) aumentar o trabalho e os gastos com gêneros alimentícios, utensílios e combustível, exigências próprias da alimentação artificial; e) acarretar ao país evasão de divisas para a

importação de leite em pó, o que constitui pesado encargo e econômico, e f) entavar, indiretamente, o desenvolvimento nacional.

Ante as dimensões e conseq^uências do declínio do aleitamento materno no mundo, bem como face às novas descobertas das múltiplas vantagens que essa prática de alimentação infantil propicia, agências internacionais, governos, especialistas das mais diversas áreas e grupos de leigos empenham-se em deter a queda e conseguir o retorno ao aleitamento natural; recomendam sua adoção, estudam as causas do problema e aconselham que sejam intensificadas as pesquisas a elas referentes. No Brasil, envidam-se os mesmos esforços e são feitas idênticas recomendações, uma vez que o declínio do aleitamento materno é acentuado, tanto na freq^uência, quanto na duração.

A Educação em Saúde, na qual se inclui a educação visando ao aleitamento materno, de há muito é reconhecida como o meio mais promissor para promover e reabilitar essa prática nas áreas onde ela declinou. Ultimamente organismos internacionais e nacionais de saúde vêm enfatizando a importância e necessidade imprescindível da educação de crianças, mães, pessoal de saúde e público em geral para favorecer a adoção do aleitamento materno.

Refletindo sobre o problema e conseq^uências do declínio do aleitamento natural em nosso meio, decidimos realizar este estudo, levando em conta especialmente os aspectos seguintes:

- a) no Município de São Paulo o problema existe e é relevante;
- b) a alimentação ao seio é necessidade imperiosa para lactentes de baixo nível sócio-econômico, particularmente por razões de sobrevivência,saúde e economia;
- c) as Unidades Sanitárias do Governo é que dão atendimento à parcela mais carente da população;
- d) o Governo de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, decidiu implantar o Projeto de Incentivo ao Aleitamento Materno, como parte integrante do Programa de Assistência Materno-Infantil em vigor nas Unidades Sanitárias estaduais;
- e) compete ao pessoal de saúde desses Serviços a responsabilidade de desenvolver a educação para o aleitamento materno com gestantes, puérperas e lactantes;
- f) para desempenho de função educativa na área do aleitamento materno o pessoal de saúde precisa estar devidamente capacitado;
- g) não foram encontradas investigações que avaliassem, especificamente e com certa profundidade, modos de pensar, sentir e agir do pessoal de saúde que atua em Unidades Sanitárias, no que con

cerne ao aleitamento materno.

O desejo de colaborar para que se consiga o retorno do aleitamento natural entre nós constituiu motivação bastante para a realização deste trabalho, tendo em vista, sobretudo, os benefícios que essa prática de alimentação pode conferir às nossas crianças e mães menos privilegiadas.

Este estudo teve por objetivo geral incentivar o aleitamento materno mediante contribuição para o planejamento de intervenção educativa destinada ao pessoal de saúde. Para consecução desse objetivo pretendemos especificamente:

1. Avaliar conhecimentos de pessoal de saúde sobre a alimentação natural.
2. Identificar atitudes de pessoal de saúde relativas à alimentação ao seio.
3. Caracterizar práticas de pessoal de saúde quanto ao aleitamento materno.
4. Oferecer subsídios referentes ao aleitamento materno para a preparação de recursos humanos que atuam em serviços e programas de atenção materno-infantil.

O trabalho inicia apresentando considerações sobre o aleitamento natural e a Educação, onde são analisadas as responsabilidades educativas do pessoal de saúde em prol da alimentação ao seio. Em continuação, descreve a metodologia empregada e mostra os resultados obtidos. Ao final, expõe as sugestões propostas e as conclusões do estudo, completando-se com as referências bibliográficas e anexos.

2. ALEITAMENTO MATERNO E EDUCAÇÃO

2.1 IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

Desde o aparecimento do *Homo erectus*, que data de muitos milhões de anos, o homem tem criado sua prole nos estágios iniciais da vida extra-uterina quase que exclusivamente com leite humano. Apenas há dez mil anos a domesticação do gado permitiu fossem usados outros leites¹¹². O aleitamento ao seio constituiu universalmente, até o século XX, o modo principal de alimentar o infante nos primeiros meses de vida⁸⁴. Somente nos últimos 50 anos generalizou-se na alimentação infantil o emprego do leite de vaca ministrado por mamadeira, em substituição ao leite materno. Esta prática é referida por HAMBRAEUS⁸⁴ como "o mais amplo experimento biológico ocorrido sem uma série controle".

O comportamento humano observado em comunidades tradicionais, que dá primazia ao aleitamento materno na alimentação infantil, é prática correta, conforme demonstram estudos recentes sobre as características do leite humano e do ato de amamentar. Tem sido admirável nos últimos anos o fluxo de pesquisas multidisciplinares em todo o mundo, revelando novos fatos científicos que atestam as singulares vantagens da alimentação natural. O aleitamento materno pode propiciar benefícios tanto ao binômio mãe-criança, quanto à comunidade.

O valor do leite humano e da amamentação para a nutrição e saúde da criança tem sido evidenciado por diversos investigadores.

HARFOUCHE⁸⁸, analisando a importância do aleitamento

materno, apresenta uma série de pesquisas que demonstram ser satisfatório, durante os seis primeiros meses de vida, o ganho de peso de crianças alimentadas exclusivamente ao seio. Segundo PETROS-BARVAZIAN¹⁸⁰, alguns estudos sugerem que, nos países industrializados, a criança em aleitamento natural cresce melhor do que a criança alimentada artificialmente.

JELLIFFE e JELLIFFE¹²², em 1972, resumindo as propriedades únicas do leite humano quanto aos aspectos bioquímicos, referem-se ao excelente crescimento e estado nutricional do lactente que recebe apenas leite materno durante os primeiros 4 a 6 meses de idade; esses especialistas assinalam ainda a facilidade de digestão e assimilação do leite de peito, alimento especificamente elaborado e ajustado às necessidades nutricionais e às características fisiológicas da criança nos estágios iniciais de sua existência.

Crianças alimentadas ao seio têm maior resistência às infecções, pela proteção imunológica que lhes é atribuída por anticorpos específicos e fatores antimicrobianos presentes no colostro e leite materno, como demonstram MATA e WYATT¹⁴⁶, HANSON e WINBERG⁸⁶, GOLDMAN e SMITH⁷⁰, GERRARD⁶⁸, HANSON e colaboradores⁸⁷, GOTHEFORS e WINBERG⁷², BEZKOROVAINY²², REDDY e colaboradores¹⁹⁰, CUNNINGHAM⁵⁰, e JELLIFFE e JELLIFFE¹¹⁹.

Entre nós, REGO FILHO¹⁹² verificou que crianças amamentadas durante mais de 2 meses apresentam menor incidência de diarréia e número menor de internações por essa causa. MARTINS FILHO e colaboradores¹⁴⁵ estudaram com

parativamente a morbidade no 1º ano de vida de crianças alimentadas ao seio e artificialmente, por intermédio de histórias da amamentação obtidas de 855 mães. Concluíram que a incidência de processos infecciosos (otites, gastroenterites, infecções das vias aéreas superiores e infecções próprias da infância) foi sempre menor, em percentagem, nas crianças amamentadas do que nas crianças que recebiam alimentação artificial nos quatro períodos considerados: neo-natal precoce, neo-natal tardio, 1 a 6 meses e de 6 meses a 1 ano.

SIGULEM e colaboradores²¹⁷, em estudo de seguimento de lactentes, avaliaram a influência da prática do aleitamento materno na morbidade, usando como indicador o número de internações hospitalares ocorridas durante a pesquisa. Seus resultados mostram que a mamadeira tinha sido introduzida para 42 crianças internadas. Destas, 40 estavam desmamadas e apenas 2 recebiam aleitamento misto. Os autores enfatizam que "não ocorreu nenhum caso de internação entre as 11 crianças que tiveram aleitamento natural exclusivo até o sexto mês".

As vantagens psicológicas do aleitamento materno para a mãe e a criança têm sido ressaltadas por NEWTON e NEWTON¹⁶⁹, SOSA e colaboradores²²⁴ e JELLIFFE e JELLIFFE¹¹⁹, entre outros especialistas, ante os sugestivos resultados de estudos científicos. A amamentação propicia melhor interação mãe-criança, estreita o vínculo materno-infantil, satisfaz necessidades emocionais e, segundo NEWTON e NEWTON¹⁶⁷, interfere positivamente na atividade, aprendizagem, personalidade e capacidade de adaptação

do ser humano.

No que diz respeito à mãe, HARFOUCHE⁸⁸ refere que o aleitamento natural confere pelo menos 5 vantagens à mulher que amamenta: a) simplicidade e conveniência, pela pronta disponibilidade do leite e facilidade de ministração; b) custo exigido para a fabricação do leite pela glândula mamária, que é compatível com o poder de compra mesmo de mães de baixa renda; c) espaçamento das gestações; d) baixa incidência de câncer mamário; e e) satisfação emocional.

Quanto à comunidade, são múltiplos os benefícios do aleitamento materno. Sobre esse aspecto JELLIFFE e JELLIFFE¹¹⁹ procedem a minuciosa e profunda análise para comprovar quão vantajosa é a amamentação. Os autores demonstram a significação do leite materno na economia familiar e nacional e a poupança que resulta de seu emprego; calculam o montante de recursos financeiros que os serviços de saúde são obrigados a investir para atendimento das crianças privadas da função protetora do aleitamento ao seio; alertam para as possíveis implicações negativas, conseqüentes à alimentação desequilibrada no 1º ano de vida, com sérias repercussões no desempenho escolar e vida adulta, e salientam os aspectos positivos do aleitamento materno e seu impacto sobre a saúde nas suas dimensões física, mental e social.

Todavia, apesar da superioridade do aleitamento ma

terno, que sempre foi admitida pelos especialistas em Nutrição e Saúde, e que os modernos conhecimentos científicos atestam à saciedade, vem ocorrendo declínio progressivo da amamentação no mundo inteiro, ainda que seja desigual sua distribuição geográfica. Esse fenômeno foi qualificado por HENDRICKSE⁹¹ como "a mudança de comportamento mais importante que a história tem registrado".

2.2 DECLÍNIO DO ALEITAMENTO MATERNO

O declínio da alimentação natural iniciou-se nos centros urbanos dos países industrializados e alcançou depois também as áreas rurais. Nos Estados Unidos da América do Norte a amamentação caiu acentuadamente durante o século atual, quer em frequência, quer em duração^{54, 83, 151, 205}. O mesmo ocorreu na Europa, como evidenciam McGEORGE¹⁴⁸, VAHLQUIST²⁴⁸ e SÉNECAL e colaboradores²¹⁵. A queda da alimentação ao seio aconteceu até nos países escandinavos, onde o aleitamento materno sempre foi considerado elemento essencial e prioritário para a saúde materno-infantil e, como diz HELSING⁸⁹, reconhecido pela "moral popular" como boa prática de alimentação e norma socialmente aceita. Entretanto, países industrializados mostram tendência ao retorno do aleitamento materno, segundo informam GUTHRIE e GUTHRIE⁸⁰, HELSING⁸⁹, HOFVANDER e PETROS-BARVAZIAN⁹⁴ e HOFVANDER e SJÖLIN⁹⁵.

Nos países em desenvolvimento a queda da amamentação difundiu-se depois da Segunda Guerra Mundial. É evidente a diminuição do aleitamento materno nas áreas urba

nas e periurbanas, atingindo ainda as zonas rurais^{35,37,73,92,155,163,181,207,208,245}.

No Brasil, embora não haja levantamento sistemático para diagnosticar a situação do aleitamento materno nas diferentes regiões do País, existem estudos isolados e teses acadêmicas recentes que constata o declínio geral da amamentação entre nós^{12,24,100,144,185,186,191,192,210,231,240}.

No Estado de São Paulo, pesquisas realizadas revelam diminuição do aleitamento ao seio, tanto no interior^{37,144,186,194}, quanto na Capital^{20,100,200,217,244,247}.

Diversos especialistas analisam as consequências da mudança de comportamento que ocorreu nas práticas de alimentação infantil.

Para HAMBRAEUS⁸⁴, a evidência disponível indica que os efeitos a curto prazo da alimentação artificial, que substituiu o aleitamento materno em países industrializados, são usualmente bons; nesses países, melhoramentos na tecnologia em geral, no saneamento do meio, no nível sócio-econômico e educacional permitem que o aleitamento artificial seja praticado de modo extenso e satisfatório. Entretanto, ainda que as sociedades desenvolvidas tenham empregado com êxito a alimentação artificial, HAMBRAEUS⁸⁴ adverte que muito pouco se conhece sobre as implicações a longo prazo dessa revolução dietética sobre o desenvolvimento psicológico, econômico, nutricional e de saúde pública da espécie humana. Foi sugerido

por HALL⁸², por exemplo, que a amamentação possibilita ao recém-nascido desenvolver um mecanismo de controle do apetite. Assim, o bebê aleitado naturalmente regula sua alimentação em resposta às mudanças fisiológicas na composição química do leite, que ocorrem ao longo da mama da. Este mecanismo não funciona na alimentação artificial: a concentração e sabor uniformes do alimento impedem que a criança controle sua ingestão. Além disso, no aleitamento artificial quem determina a concentração e quantidade do alimento a ser consumido pelo bebê é a pesoa que prepara e ministra a alimentação. OATES¹⁷³, estudando práticas de alimentação infantil de 100 mães, em Londres, manifesta sua preocupação com dois dos resultados de seu inquérito: a grande proporção de bebês que estão recebendo mamadeiras superconcentradas e a introdução muito precoce de alimentos sólidos e semi-sólidos na dieta de crianças menores de 6 meses (mais comumente entre 3 e 4 semanas de vida), fato já notado por TAITZ²³⁶ anteriormente.

Outra desvantagem a longo prazo do aleitamento artificial relaciona-se com as diferenças bioquímicas de composição do leite humano e leite de vaca. Estudos modernos sugerem que a alimentação artificial de lactentes pode levar à aterosclerose^{2,119,172}, que de per si e por suas conseqüências atualmente é um dos principais problemas de Saúde Pública nos países desenvolvidos.

Diversas afecções que preocupam sobremaneira os pediatras estão também associadas à alimentação artificial: problemas alérgicos, hipocalcemia neonatal, aminoa

cidemia, hipernatremia, enterocolite necrotizante, infecções generalizadas e mesmo morte súbita de lactentes, que é rara em bebês amamentados^{51,52,71,122}.

Nos países em desenvolvimento, particularmente nas camadas menos privilegiadas da população, as consequências do declínio da amamentação são muito mais trágicas. Nesses países o aleitamento materno é impreterível e questão de vida ou morte. MYRES¹⁵⁹ comprova essa afirmação citando WION e GORDON²⁶³. Estes pesquisadores, efetuando estudo longitudinal do aleitamento materno na área rural de Punjab (Índia), onde a mortalidade neonatal era bastante elevada, declaram que "virtualmente, todas as crianças que não foram alimentadas ao seio durante o primeiro mês de vida morreram".

Pesquisa de PLANK e MILANESI¹⁸¹ em 15 comunidades rurais do Chile revelou que houve três vezes mais mortes entre lactentes alimentados artificialmente, do que entre os exclusivamente amamentados.

PUFFER e SERRANO¹⁸⁶ estudaram a mortalidade infantil e o aleitamento materno em 13 Projetos latino-americanos. Das 12.106 crianças que morreram no primeiro ano de vida, apenas 52,5% tinham sido amamentadas por 1 mês ou mais. Esta pesquisa mostrou bem que a alimentação artificial está associada com maior número de mortes por diarreia: das 1.916 crianças mortas entre 28 dias e 5 meses de idade, que não foram alimentadas ao seio, 991 (51,7%) morreram por diarreia.

MONCKEBERG¹⁵⁴ assim descreve as consequências do

declínio do aleitamento materno nos países em desenvolvimento: "na maioria dessas áreas as condições sanitárias, educacionais e culturais são inadequadas, levando a um sério risco para a maior parte dos lactentes que vivem em um meio altamente contaminado. Ainda mais, o alto custo da produção e processamento do leite de vaca coloca-o além da capacidade financeira de grandes segmentos da população nessas comunidades; consequentemente, a desnutrição torna-se prevalente nos períodos precoces da vida e acarreta alta mortalidade".

JELLIFFE¹⁰⁷ e JELLIFFE¹²³ consideram funesto o impacto da alimentação artificial sobre o lactente de baixo nível sócio-econômico de países em desenvolvimento, em razão das precárias condições de higiene, educação e recursos financeiros. Tais condições levam ao uso de mamadeiras muito diluídas e contaminadas^{109, 143, 155, 203, 208}, que resultam em episódios frequentes de diarreia, marasmo nutricional e alta mortalidade no 1º ano de vida. GERRARD⁶⁸ refere que constitui uma tragédia de primeira ordem o abandono do aleitamento materno e sua substituição pela alimentação artificial nos países em desenvolvimento, tendo em vista o papel ímpar do leite humano na proteção de lactentes contra infecções gastrointestinais e outras.

No Brasil também o declínio da alimentação ao seio mostra suas consequências na morbo-mortalidade infantil. Por exemplo, nas três cidades brasileiras incluídas na Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância¹⁸⁶, Recife, Ribeirão Preto e São Paulo, morreram

mais por diarréia as crianças que não foram amamenta
das.

Na Cidade de São Paulo, LAURENTI¹³⁴ observou que a desnutrição foi causa básica ou associada em percenta
gem elevada das mortes de crianças menores de 1 ano. Ao mesmo tempo, salientou a baixa frequêuência do aleitamen
to materno, acentuando a importância desse evento como fator contribuinte para a desnutrição. Das crianças que morreram, somente pequena proporção fora alimentada ao seio por um mês ou mais.

Pesquisa realizada no Município de São Paulo¹⁰⁰ cons
tatou que, das 500 crianças estudadas, somente 23% fo
ram amamentadas até o 6º mês e 46% dos desmames ocorre
ram no 1º mês de vida. Em contrapartida, a quarta parte das crianças examinadas tinha algum grau de desnutri
ção. No grupo de renda mais baixa, 46% das crianças e
ram desnutridas e, praticamente, todos os casos de des
nutrição moderada e severa ocorreram nesse grupo.

Com o abandono do aleitamento materno e dissemina
ção da alimentação artificial nos países em desenvolvi
mento, o padrão de desnutrição vem sofrendo mudança, des
locando-se para idades mais precoces^{19, 120, 154, 193, 197, 200, 203}. Essa ocorrência tem repercussões amplas e gra
ves: aumento da mortalidade infantil e prejuízos, possivelmente irreversíveis, para as crianças que conseguem so
breviver à desnutrição. SADRE e colaboradores²⁰³ assim se expressam ante a mudança mencionada: "na espécie hu
mana, 65% do crescimento extra-uterino do cérebro é al
cançado no 1º ano de vida. Sabe-se que, quanto mais pre

coce a desnutrição, maiores os danos irreparáveis no sistema nervoso. Se a desnutrição se tornar prevalente nesse estágio precoce, as nações em desenvolvimento poderão ter de arcar com a sobrecarga econômica de muitos cidadãos física e mentalmente retardados".

Aspecto do declínio da amamentação nos países em desenvolvimento, nem sempre levado em conta, diz respeito à significação econômica do aleitamento materno, face às grandes necessidades e escassez de recursos neles existentes. Como lembra BERG²¹, "o abandono do aleitamento materno constitui crise econômica comparável à crise do petróleo, pois envolve um recurso natural valioso e perda de milhões de dólares".

Os economistas e outros profissionais vêm demonstrando que o aleitamento natural é um meio econômico de alimentar crianças, sempre de custo mais baixo quando comparado à alimentação artificial^{4, 133, 149}. Durante o Seminário sobre o estímulo do aleitamento natural²¹⁴, realizado no Estado de São Paulo (Campinas), que contou com a participação de autoridades do Governo e especialistas na área da Saúde Pública, Nutrição, Educação, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, foram demonstrados os efeitos econômicos da alimentação ao seio em relação à família, aos serviços de saúde e ao Brasil como um todo. Para o nosso País, a amamentação pode proporcionar poupança muito importante, conforme conclusão do referido Seminário: "Se as 2.500.000 mulheres que dão à luz cada ano amamentassem seus filhos durante um período médio de 3 meses, ainda que fornecessem apenas 400 ml por

dia, estariam produzindo de 90 a 100 milhões de litros de leite. Um aumento da duração média da amamentação a 6, 9 e 12 meses, significaria uma produção adicional de 100, 200 e 300 milhões de litros, respectivamente, de leite da mais alta qualidade para a criança. Para com pensar este desperdício é necessário importar uma quan tidade equivalente de leite de vaca em pó, o que repre senta para o País pesado ônus econômico e acarreta sig nificativa evasão de divisas. Além disso, com o aleita mento natural o País conseguiria indivíduos de melhor saúde e, portanto, com maior produtividade". Confirman do essa conclusão, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN¹⁰¹ refere que, com as práticas atuais de abandono da amamentação, o Brasil perde 180 milhões de possíveis litros de leite humano. O valor dessa per da foi calculado pelo INAN: 7 bilhões e 200 milhões de cruzeiros por ano, perda que esse órgão federal ressal ta ser evitável e cuja soma equivale ao orçamento total, do ano de 1979, do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN). O INAN assinala ainda que o valor cal culado da perda não incluiu o custo necessário para sa nar a desnutrição estabelecida¹⁰².

Dúvida não resta, pois, que o aleitamento materno tem influência positiva no que concerne à sobrevivência de parcela significativa de crianças no 1º ano de vida, nos países em desenvolvimento; interfere favoravelmente na saúde materno-infantil, qualquer que seja o tipo de comunidade considerada, e influi sobre o estado de saú de e qualidade de vida da população em geral. Suas van

tagens foram bem resumidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)¹⁷⁵, em 1980: "a amamentação é parte integrante do processo reprodutivo; é a maneira natural e ideal de alimentar o lactente, constituindo uma base biológica e emocional inigualável para o desenvolvimento da criança. Esse e outros efeitos importantes do aleitamento materno na prevenção de infecções, na saúde e bem-estar da mãe, no intervalo entre partos, na saúde da família, na própria família, na economia nacional e na produção de alimentos fazem com que a amamentação seja um aspecto vital da auto-confiança, dos cuidados primários de saúde e das atuais estratégias de desenvolvimento".

Tendo em vista os efeitos danosos do declínio do aleitamento materno no mundo, agências de saúde, bem como especialistas de Nutrição e Pediatria, têm divulgado em publicações científicas sua posição no que se refere à alimentação natural. Reconhecendo o valor incontestável do leite humano e da amamentação, encorajam e recomendam o retorno dessa prática^{5, 102, 103, 113, 175, 176, 246, 266}.

Entre nós, nota-se o mesmo interesse e preocupação por parte do Governo e de especialistas no sentido de deter a queda do aleitamento natural e de reverter essa tendência^{6, 102, 156, 213, 214}.

1.3 CAUSAS DO DECLÍNIO DO ALEITAMENTO MATERNO

Qualquer plano que pretenda estimular e promover o aleitamento materno, em comunidades onde essa prática declinou, deverá basear-se no conhecimento das causas que levaram a esse declínio.

As causas da diminuição generalizada da amamenta
ção são múltiplas, complexas e interrelacionadas.

NEWTON e NEWTON¹⁶⁹ salientam que a rapidez com que se difunde o declínio da amamentação não permite pensar que esse processo sofra influência de fatores hereditá
rios ou resulte de alterações fisiológicas fundamentais. Para esses pesquisadores a rápida mudança que levou à substituição do seio pela mamadeira na alimentação de lactentes sugere a intervenção de fatores psicológicos. Esses Autores agrupam os fatores psicológicos que vêm atuando no desprestígio e queda da amamentação assim: a) emoções e atitudes individuais; b) emoções e atitu
des derivadas de grupos, e c) mecanismos psicológi
cos mediadores.

DE CASTRO⁵⁴ refere que fatores sociológicos e psi
cológicos se complementam entre si para o fracasso da alimentação ao seio.

LADAS¹³² também não acredita que qualquer mudança na capacidade intrínseca da mulher possa ter levado ao declínio do aleitamento materno. Afirma que essa dimi
nuição é ocasionada por fatores psicológicos: emoções e ati
tudes individuais e, especialmente, o efeito dos senti

mentos de outros. Esses fatores interferem nos mecanismos psicossomáticos envolvidos na produção e disponibilidade do leite materno.

MONCKEBERG¹⁵⁴ declara que, à luz dos conhecimentos atuais, parece que a diminuição do aleitamento materno não está relacionada com nutrição inadequada ou precário estado de saúde da mãe; antes, com a mudança social, efeitos dos serviços de saúde e influência da persuasão comercial. Recentemente, em 1981, na Cidade de São Paulo, TUDISCO²⁴³ verificou que a desnutrição da mãe não interfere no tempo mediano e na duração da amamentação, concluindo que a desnutrição materna não é a variável que possa explicar o desmame precoce.

JELLIFFE e JELLIFFE¹¹⁹ ponderam que a celeridade do abandono da amamentação pela mamadeira, nas áreas em desenvolvimento, é indicação nítida de que alterações biológicas genéticas não são responsáveis por essa mudança. Para eles, entre os principais causadores do declínio do aleitamento materno incluem-se: os vários fatores sócio-psico-culturais associados com a urbanização, os efeitos perniciosos da propaganda comercial de alimentos infantis industrializados e os efeitos dos serviços de saúde, que são inapropriados.

Quando são examinadas as causas do declínio da alimentação natural, muita ênfase tem sido dada à influência desfavorável do pessoal de saúde (médicos, enfermeiras, visitadoras sanitárias, atendentes, auxiliares de enfermagem e outros) em relação ao aleitamento materno.

Esses profissionais e auxiliares têm sido apontados, pelo menos em parte, como responsáveis pela queda da amamentação.

JELLIFFE e JELLIFFE¹¹⁴ assinalam "a influência negativa do pessoal de saúde e as táticas empregadas pela indústria de alimentos infantis para promover a alimentação artificial" como os dois principais fatores que têm levado ao declínio do aleitamento materno.

MYRES¹⁵⁹, apresentando as razões da substituição da alimentação ao seio pela mamadeira, destaca, entre elas, "o involuntário papel negativo do pessoal de saúde".

O CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE⁴⁰ refere que o pessoal de saúde foi e ainda é responsável por uma importante parte do declínio da amamentação.

Em nosso meio, SOUSA e colaboradores²³², sistematizando os fatores que ocasionam o abandono precoce do aleitamento materno, colocam, entre outros, "as ações inapropriadas dos serviços de saúde e a ignorância da mãe e do médico em relação ao aleitamento materno".

VAISMAN e VIEIRA²⁴⁹, efetuando revisão bibliográfica e analisando estudos sobre aleitamento materno, com o objetivo de evidenciar a situação do desmame precoce no Brasil, concluem em seu trabalho que "ironicamente a equipe de saúde tem contribuído para aumentar o desmame precoce".

No Estado de São Paulo o próprio Grupo de Trabalho constituído pelo Secretário de Estado da Saúde, com a finalidade de elaborar Projeto Educativo de Incentivo ao

Aleitamento Materno²¹³, reconhece várias causas relacionadas com o pessoal de saúde entre aquelas mais atuantes no desestímulo à alimentação natural.

O INAN¹⁰¹, em seu Ante-Projeto "Incentivo ao Aleitamento Materno", também assinala ações do pessoal de saúde que decisivamente prejudicam a alimentação ao seio.

É oportuno examinar a função que compete ao pessoal de saúde, em relação ao aleitamento materno, para que possa ter alguma influência na queda dessa prática.

A OMS¹⁷⁶, quando abordou as novas tendências e métodos de assistência materno-infantil nos Serviços de Saúde, deixou bem clara a função educativa do pessoal de saúde. Assim, os especialistas do Comitê de Saúde Materno-Infantil dessa Organização, analisando o aleitamento materno e a saúde da mãe e da criança, referem taxativamente: "o pessoal encarregado dos Serviços de Hospital, de Maternidades ou dos Serviços Gerais de Assistência Materno-Infantil - tanto médicos, quanto enfermeiras, parteras, atendentes sanitários, voluntários da comunidade e outros, terão que desempenhar funções educativas e devem saber como realizá-las".

Recentemente, em 1979, a OMS/UNICEF¹⁷⁵ reafirmaram sua posição quanto à alimentação ao seio e recomendaram, especificamente, que os serviços de saúde em geral propiciem, a todas as mães, educação para o aleitamento materno, por intermédio do pessoal de saúde disponível.

O CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE⁴⁰ acentua: "todos que constituem o pessoal de saúde, até mesmo a equi

pe médica, devem ser educadores em saúde".

No Brasil, o INAN¹⁰¹ destaca a responsabilidade e educativa do pessoal de saúde no incentivo ao aleitamento materno. Igual é o comportamento da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo²¹³, salientando: "todo o pessoal de saúde deve desempenhar a função de educador no estímulo ao aleitamento natural".

Indubitavelmente, portanto, todos os profissionais e auxiliares que atuam na área Materno-Infantil devem de desenvolver atividades de Educação em Saúde com a clientela. Diante de tal responsabilidade, convém analisar o conceito de Educação em Saúde, da qual a Educação para o Aleitamento Materno constitui parte.

2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA O ALEITAMENTO MATERNO

MARCONDES¹⁴¹ conceitua Educação em Saúde como "um processo essencialmente ativo que envolve mudanças no modo de pensar, sentir e agir dos indivíduos e pelo qual eles adquirem, mudam ou reforçam conhecimentos, atitudes e práticas conducentes à saúde".

Tomando como paradigma a conceituação apresentada é oportuno que se assinalem alguns aspectos.

Educação significa mudança de comportamento. Quando o processo se refere à área da saúde, objetiva, especificamente, ajudar as pessoas para que adotem práticas ou realizem ações que beneficiem sua saúde e a dos outros. Por isso mesmo, a Educação em Saúde atua nas três áreas que

integram o comportamento, considerado em seu sentido lato: a cognitiva, a afetiva e a psicomotora ou comportamental propriamente dita.

Agindo na área cognitiva, a Educação em Saúde cuida de propiciar conhecimentos, instruir, dar informações que permitam às pessoas decidir e proceder racionalmente em relação à sua saúde e daqueles sob sua influência. A Educação em Saúde aplica o princípio segundo o qual para "fazer" é preciso antes "saber". Em consonância com esse mesmo princípio, a Educação em Saúde também avalia preliminarmente conhecimentos existentes numa determinada área da saúde, para ser possível realizar intervenção educativa apropriada.

Todavia, os especialistas em Educação reconhecem que só conhecimentos, ainda que imprescindíveis, não bastam; conhecimentos somente não levam à ação. MARCONDES¹⁴¹ ressalta bem este aspecto: "o conhecimento constitui a ferramenta intelectual indispensável para que o indivíduo possa resolver problemas"... "o conhecimento em saúde é uma ferramenta essencial, é certo, mas somente uma ferramenta para ser usada, a fim de se tomarem decisões corretas sobre saúde e praticar medidas corretas de saúde".

Na área afetiva a Educação em Saúde relaciona-se com as atitudes, que constituem fenômeno muito complexo. WESTPHAL²⁵⁹ considera o conceito de atitude de KRECH e colaboradores¹²⁹ como o que mais representa as idéias a respeito. Eles dizem que atitude "é um sistema duradouro de avaliações positivas ou negativas, sentimentos emocionais e tendências para agir pró e contra um objeto so

cial". Esse conceito indica que a atitude é diferente do comportamento observável e o antecede - é uma predisposição para agir; mostra ainda que a atitude é derivada de sentimentos e se baseia em formas de cognição.

As atitudes não são inatas, mas aprendidas durante o "contínuum" da vida. Desde o nascimento, pelo contato direto e continuado com objetos, fatos e situações, com os quais interage, o ser humano faz aquisições de atitudes; ainda mais, interagindo com pessoas, que possuem distintos conhecimentos e atitudes, o indivíduo também pode, indiretamente, adquirir predisposição para agir. Esta aquisição de atitudes, seja de maneira direta ou indireta, sofre decisiva influência de valores, crenças e percepções relacionados com um dado objeto, situação ou fato social.

Considerando-se globalmente os aspectos referentes à atitude e admitindo que o modo de sentir representa um dos múltiplos fatores que influem sobre o comportamento observável dos indivíduos, a Educação em Saúde, na área afetiva, atua visando à formação de valores, crenças, percepções e atitudes favoráveis no que respeita à saúde. Empenha-se em reforçar atitudes positivas existentes e procura mudar predisposições para agir que se mostrem desfavoráveis.

Para a consecução do seu objetivo principal, ou seja, a adoção de práticas corretas, a Educação em Saúde vai mais longe, procurando também controlar atitudes negativas do ambiente que circunda o objeto do processo educativo.

Modernamente, os especialistas na área da Educação em Saúde reconhecem como simplista demais a teoria da seqüência linear para explicar o comportamento humano, conhecida como TEORIA CAP. Conforme tal teoria, o conhecimento cientificamente correto (C) propicia formação de atitude positiva (A) que leva os indivíduos a adotarem práticas (P) corretas de saúde. A insuficiência desse modelo teórico para explicar o comportamento humano vem sendo demonstrada pela inconsistência entre o que as pessoas "sentem" e o que "fazem", situação bastante frequente na área da saúde. Por exemplo, no que se refere ao aleitamento materno, quando se investiga a atitude de mães sobre o leite de peito, a grande maioria "acha" que este é o melhor alimento para o bebê; entretanto, é acentuada a proporção de mães que abandonam precocemente a prática do aleitamento materno. Atitude favorável, então, não se mostra bastante para a adoção do comportamento recomendado.

CANDEIAS e MARCONDES³⁸ examinam com profundidade as teorias que visam a explicar o comportamento humano e apresentam um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública. Mostram que, para eliminar a inconsistência entre o modo de sentir e a ação, é preciso também considerar a situação em que se encontra o objeto de interesse para a saúde pública. As Autoras enfatizam que, para a adoção de comportamentos corretos em saúde, além do conhecimento e de atitude favorável, é preciso que as circunstâncias que rodeiam de terminado objeto ou situação também sejam positivas. Real

çam a influência dos "apoios estruturais", representados pelos grupos de referência dos indivíduos (família, vizinhança, amigos e companheiros de trabalho) e pelos métodos e técnicas de educação empregados. Referem-se e demonstram a importância de que se reveste a coerção social para favorecer ou enfraquecer a adoção de práticas corretas de saúde.

Aplicando-se o trabalho de CANDEIAS e MARCONDES³⁸ ao declínio do aleitamento materno, é fácil concluir que a ação educativa para deter a queda da amamentação e reverter essa tendência envolve tanto conhecimentos e atitudes individuais, quanto modos de pensar, sentir e agir prevalentes no ambiente geral que circunda esse problema de Saúde Pública. Da mesma maneira, pode-se evidenciar quão abrangente é a atuação da Educação em Saúde na área afetiva.

No que concerne à dimensão psicomotora, ou comportamental propriamente dita, que se refere ao comportamento observável, às práticas, a Educação em Saúde visa a que os indivíduos transfiram para sua vida cotidiana os conhecimentos adquiridos; vale dizer, que incorporem os modos de pensar recomendados em saúde, traduzindo-os em ação, em comportamento manifesto.

Fica claro, portanto, que a Educação para o Aleitamento Materno diz respeito à transmissão, reforço ou mudança de conhecimentos; à formação ou reforço de atitudes positivas e à mudança de sentimentos negativos referentes à amamentação e, finalmente, à adoção da prática de amamentar ou de práticas que favoreçam o aleitamento

materno.

As pessoas que exercem função educativa planejada são chamadas "agentes de mudança". Elas ajudam e estimulam os indivíduos na aquisição, reforço ou mudança de conhecimentos, atitudes e práticas. Atentando para a função atribuída ao pessoal de saúde em relação ao aleitamento materno, cabe aos profissionais e auxiliares que exercem atividades na área da saúde o papel de "agentes de mudança".

Reportando-nos ao conceito de Educação em Saúde, convém examinar se existe verdadeiramente necessidade de ação educativa para uma prática tão natural quanto a amamentação.

Nas comunidades urbanizadas e em transição, onde o declínio do aleitamento materno é acentuado, a Educação em Saúde visando ao aleitamento natural é atividade imprescindível e componente essencial para a reabilitação dessa prática. A necessidade e importância da Educação em Saúde para o sucesso da amamentação foram e continuam a ser enfatizadas^{5, 101, 102, 103, 175, 176, 246}.

Para que seja compreendido o papel da Educação em Saúde no restabelecimento da alimentação ao seio há que considerar o significado de "lactação" e "amamentação".

Lactação é um processo fisiológico, enquanto que amamentação constitui uma forma de comportamento.

Amamentar não é ato puramente instintivo. É também comportamento adquirido por intermédio da educação.

Os conhecimentos, as atitudes positivas em relação ao aleitamento natural e as práticas e habilidades referentes ao ato de amamentar, bem como à resolução das dificuldades transitórias que podem ocorrer na alimentação ao seio, têm sido transmitidos durante séculos de mulheres para mulheres: de mãe para filha, de irmã para irmã, de vizinha a vizinha^{90,118}. O processo de educação é informal e efetuado pelo método de observação¹¹². Nas sociedades tradicionais, onde o aleitamento materno é a norma, o conhecimento da arte de amamentar é obtido subconscientemente na infância da menina, pela observação da cena natural e comum que o aleitamento ao seio constitui. Amamentar é o comportamento esperado, motivo de satisfação e orgulho. Nessas sociedades, além do conhecimento anterior, as mães lactantes recebem orientação, ajuda, encorajamento e suporte psicológico. Encaram a amamentação com confiança, que se baseia no apoio social da sua comunidade, já que amamentar é o costumeiro, o normal e a única forma de se comportar no que concerne à alimentação da criança¹¹⁷. A esse respeito, JELLIFFE e JELLIFFE¹¹⁶ citam RAPHAEL, que realizou análise dos costumes em sociedades humanas primitivas, nos períodos de nascimento da criança e neonatal. Tais especialistas chamam a atenção para o fato de que é usual um ou mais indivíduos, geralmente uma mulher, proporcionarem ajuda durante a gravidez, nascimento e puerpério. Este indivíduo, chamado "doula" (do grego, assistente feminino) por RAPHAEL^{188,189}, fornece informação tradicional, dá ajuda física e apoio emocional à mãe nesse período de tran

sição psico-social e fisiológica.

Nas sociedades urbanas e em transição o tradicional "know how" e o apoio para a amamentação foram perdidos^{89,90}; as fontes que deveriam dar informações, orientar e apoiar psicologicamente as jovens mães sem experiência podem ser realmente consideradas 'anti-doula'¹¹⁶. O aleitamento materno nessas sociedades constitui exceção e a alimentação artificial é a regra, tornando-se necessária a educação para a alimentação ao seio e re-descoberta dessa prática.

Nos estudos que investigam as causas dadas pelas mães para o abandono do aleitamento materno, sejam eles antigos ou recentes, estrangeiros ou nacionais, os motivos freqüentemente apontados pelas mães são "falta de leite", "leite insuficiente", "leite secou" e "leite fraco"; quanto às dificuldades que levam as mães a désistirem de alimentar ao seio seus bebês, comumente são mencionadas: "o ingurgitamento dos seios", "mamilos doloridos" e "fissuras nos mamilos"^{13,14,16,24,28,30,37,44,75,79,94,99,144,147,157,184,202,206,210,218,219,222,227,241,244,245}. Tais causas e dificuldades são perfeitamente preveníveis e podem ser superadas por meio da educação para o aleitamento materno.

LADAS^{131,132} verificou, em estudos sociológicos com lactantes, que em sociedades ocidentais onde o padrão do aleitamento materno foi rompido por uma ou mesmo duas gerações a confiança da mãe para amamentar pode ser melhor obtida fornecendo-lhe informação atualizada, preci

sa e relevante; dando-lhe, simultaneamente, informação e apoio individual e de grupo, os resultados são ainda mais positivos em relação à alimentação ao seio.

SJÖLIN e colaboradores²²⁰, em estudo prospectivo sobre o aleitamento materno, referem que em muitos casos o desmame pôde ser evitado simplesmente com orientação e apoio geral. Esses investigadores demonstraram que o aleitamento materno é bem sucedido e continuado quando as mães aprendem as vantagens da alimentação natural em relação à artificial, e quando recebem ajuda prática imediata e eficaz ao surgirem problemas na amamentação.

GUSSLER e BRIESEMEISTER⁷⁸ analisaram minuciosamente a chamada "síndrome do leite insuficiente", que está universalmente associada ao declínio do aleitamento natural em comunidades urbanizadas. Ressaltam que a falta de conhecimento sobre o leite humano e a amamentação, bem como atitudes negativas e práticas desfavoráveis nos serviços de saúde, em conjunto, explicam a "síndrome" mencionada.

Investigações recentes com mães sobre os motivos de desmame precoce revelam que "a falta de informação e apoio", "a insegurança e ansiedade", "a ignorância geral sobre a amamentação" e "a falta de confiança na capacidade de amamentar" são as razões citadas com maior frequência^{58, 215, 220}. Note-se que estas causas, nunca antes declaradas, comprovam a necessidade de educação para o aleitamento materno.

Em 1981, na Cidade de São Paulo, realizou-se pes

quisa exploratória para levantar informações sobre as atitudes e motivações de mães no que se refere ao aleitamento materno¹⁴⁰. Foram estudadas 30 mães, utilizando-se a técnica de entrevista em profundidade. Os resultados dessa pesquisa são muito importantes, pois detectam causas do abandono do aleitamento ao seio, jamais reveladas entre nós. Alguns desses resultados e conclusões merecem ser destacados:

- a) existe uma atitude francamente positiva entre as mães com relação ao aleitamento materno. Elas sentem que amamentar é a maneira mais adequada de alimentar lactentes. Desejam amamentar, tentam (algumas exaustivamente), porém acabam desistindo e optando pela mamadeira;
- b) os entraves iniciais à amamentação resultam de problemas de dois tipos: psico-sociais e falta de apoio e informação. Existe entre as mães falta de conhecimentos sobre como manipular os seios corretamente e como resolver as dificuldades práticas do aleitamento materno. Faltam informações às mães para que consigam superar problemas corriqueiros da amamentação, como o ingurgitamento dos seios, mamilos doloridos e fissurados e a aparente insatisfação da criança. Essa insatisfação dá origem às idêias de leite fraco, insuficiente, aguado (percepção que a mãe tem do leite humano) que, somadas à impossibilidade de resolução das dificuldades encontradas na amamentação, conduzem a mãe a considerar-se

incompetente para desincumbir-se da arte de amamentar. Tal conjunto de situações, criadas pela falta de conhecimentos, aumentam a insegurança da mãe, reforçam a sua idéia de inadequação para o aleitamento materno e acentuam sua ansiedade. Analisando esses aspectos, os Autores enfatizam muito apropriadamente: "a questão básica na falta ou fraqueza do leite é mais do que uma questão simplesmente técnica de aleitamento; a mulher agora carece de reassseguramento e da proteção que a tradição poderia dar-lhe";

- c) à falta da tradição, a mãe procura o médico, autoridade que mais respeita, para dele obter informação e, especialmente, apoio. Entretanto, concluem os investigadores, "os médicos ajudam muito pouco. Falta-lhes uma orientação específica sobre os problemas biológicos citados. Falta uma atitude positiva, confiante e reassseguradora frente aos problemas psicológicos". Os depoimentos das mães que participaram da pesquisa levaram os pesquisadores a admitir que: "parece existir entre os próprios médicos, ainda, alguma ignorância quanto aos processos físicos e psíquicos ligados à amamentação. Não raro, chegam a reafirmar - através de sua atuação ou através de sua omissão - as percepções errôneas e dificuldades já mencionadas, desestimulando mesmo a amamentação com o aparecimento dessas dificuldades".

Como se pode depreender, na situação atual do aleitamento materno em comunidades urbanizadas de países em desenvolvimento, é imperativo que a mulher seja informa-da, orientada e apoiada psicologicamente para desempe-nhar com sucesso seu papel na amamentação. No que con-cerne a gestantes, parturientes, puérperas e lactantes, a responsabilidade educativa em prol da alimentação ao seio é especialmente do pessoal de saúde, que mantém con-tato estreito e freqüente com essa clientela.

Embora a educação em favor do aleitamento materno deva iniciar-se na escola de 1º grau, porquanto a deci-são para amamentar ocorre até antes da concepção, como verificaram GUTHRIE e GUTHRIE⁸⁰, JEFFS¹⁰⁶, bem como JONES e BELSEY¹²⁶, o processo educativo para ser eficaz precisa ser continuado nos serviços de atendimento pré-natal, no hospital e em casa, estendendo-se às clínicas de saúde infantil e ao público em geral^{14,89,95,113,126,175}.

5. RESPONSABILIDADES EDUCATIVAS DO PESSOAL DE SAÚDE EM PROL DO ALEITAMENTO MATERNO

As responsabilidades educativas do pessoal de saú-de, em prol do aleitamento materno, podem ser mais niti-damente visualizadas analisando-se as etapas que inte-gram o processo de alimentação natural, conforme pro-põem NEWTON e NEWTON¹⁶⁵, APPLEBAUM⁸, REPETTO¹⁹³, COOK⁴⁵ e a OMS/UNICEF¹⁷⁵.

Embora o aleitamento ao seio constitua uma unidade

para fins descritivos e, principalmente, de supervisão, o processo global pode ser dividido nos três seguintes períodos ou fases: a) de preparo; b) de início e estabelecimento; e, c) de manutenção da lactação e amamentação.

O preparo para a lactação e ato de amamentar precisa ser feito durante a gravidez, dele se incumbindo o pessoal de saúde^{18,45,93,124,165,193,233,253}. A OMS/UNICEF¹⁷⁵ recomendam expressamente o preparo prê-natal para a amamentação, enfatizando que, com ensino e apoio adequados, praticamente todas as mães são capazes de amamentar e de resolver qualquer problema que possa surgir durante o período de aleitamento natural.

O início e estabelecimento da lactação e amamentação ocorrem, freqüentemente, na fase hospitalar e também nessa etapa cabe ao pessoal de saúde a educação das mães para que o aleitamento ao seio seja bem sucedido. É da competência do pessoal de saúde reforçar conhecimentos, demonstrar seu interesse pelo aleitamento materno, encorajar, criar um clima emocional positivo e, sobretudo, adotar práticas que favoreçam efetivamente a alimentação natural^{8,78,165,175,262}

A responsabilidade educativa no período da manutenção da lactação, que é chamado por COOK⁴⁵ "fase de proteção do aleitamento materno", corre por conta de médicos, enfermeiras, atendentes, visitadoras domiciliares e outros que atuam com mães por ocasião da primeira con

sulta pós-natal e nos meses seguintes^{14, 45, 165, 175, 233}.

Como se pode concluir, o ônus pelo preparo, início e continuação do aleitamento materno recai nos profissionais e auxiliares que exercem atividade de atendimento na área materno-infantil, e deles depende, em grande parte, o sucesso ou fracasso da amamentação^{64, 110, 153, 187, 204, 220, 223, 262}.

HELSING⁹⁰ indica quais são as responsabilidades educativas do pessoal de saúde no que se refere à Educação para o Aleitamento Materno: transmitir conhecimentos científicos práticos sobre o aleitamento ao seio em geral; criar um ambiente o mais favorável possível para o preparo, estabelecimento e manutenção da lactação, e atender às necessidades psicológicas da mãe em uma nova e estranha situação.

WEICHERT²⁵⁷ adverte que, "sem a intervenção apropriada do pessoal de saúde, o declínio do aleitamento materno será ainda maior futuramente", causando sérios prejuízos a mães, crianças e comunidade.

Interessante é citar as recomendação da OMS/UNICEF⁷⁵ a esse respeito: "o corpo de funcionários do serviço de saúde deve desempenhar um papel criterioso na iniciação, estabelecimento e manutenção do aleitamento, garantindo que as mães tenham uma fonte contínua de apoio durante o tempo em que perdurar; por isso, o pessoal de saúde deve estar bem informado e deve fornecer informações coerentes".

Conhecimentos, atitudes e práticas apropriados do

pe^{so}al de saú^{de} conseguem aumentar a proporção de lac^{ten}tes amamentados e o período de duração da alimenta^{ção} ao seio, como mostram os resultados de investigações que avaliaram o efeito de intervenções educativas sobre a amamentação^{23,29,55,83,105,127,195,221,251,265}. Quan^{to} a esse aspecto, WINIKOFF e BAER²⁶², re-examinando os esforços realizados para promoção do aleitamento mater^{no} no mundo, apresentam um valioso sumário comprobató^{rio} dos efeitos positivos dos programas de intervenção educativa sobre a incidência e duração da amamentação.

2.6 CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DO PESSOAL DE SAÚDE SOBRE ALEITAMENTO MATERNO, SEGUNDO A LITERATURA ESPECIALIZADA

Para intervenção apropriada e ação educativa efi^{ca}z o pessoal de saúde deve possuir conhecimentos corre^{tos} e atualizados sobre o leite humano e a amamentação, ter atitudes positivas em relação a ambos e adotar prá^{ticas} que estimulem, facilitem e promovam a alimentação ao seio.

Um vasto número de publicações menciona expressa^{mente}: faltam conhecimentos ao pessoal de saúde sobre o aleitamento materno; portanto, esses profissionais e au^{xiliares} não estão em condições de dar orientação a res^{peito}. Para ilustrar, apresentamos algumas manifesta^{ções} de especialistas sobre esse aspecto.

Para MEYER¹⁵¹, "os médicos ignoram o tema aleita^{ção}

mento materno, daí sua complacência em relação à alimen
tação artificial".

APPLEBAUM⁸ refere que "falta aos médicos o conheci
mento básico dos princípios fundamentais da anatomia do
seio e fisiologia da lactação".

JELLIFFE e JELLIFFE repetidamente clamam contra a
falta de conhecimento do pessoal de saúde sobre aleita
mento materno. Assim, em 1971¹¹⁸, diziam: "a equipe mé
dica e de enfermagem usualmente não tem conhecimento
sobre a alimentação ao seio, embora esses profissionais
sejam considerados os especialistas na área". Mais tar
de¹²⁰, insistem em que "a ignorância do pessoal de saú
de é causa do declínio do aleitamento materno" e, recen
temente^{114, 119}, enfatizam que "o pessoal de saúde é mal
informado sobre as propriedades do leite humano e meca
nismos responsáveis pela lactação".

REGO e colaboradores¹⁹¹, estudando o desmame que
ocorre na fase hospitalar, assinalam que "a ignorância
e apatia do pessoal de saúde participam como responsá
veis pelo desprestígio do aleitamento natural".

ESTOK⁶² demonstra e assinala que "enfermeiras têm
conhecimento deficiente no que diz respeito aos proble
mas com que a mãe pode se defrontar na amamentação".

HELSING⁹⁰ ressalta que "o conhecimento do pessoal
de saúde sobre amamentação é escasso e sua re-educação
constitui atividade fundamental para que dê às mães o
orientação uniforme, simples e baseada em fatos científi
cos".

SOUZA e colaboradores²³² apontam entre os fatores coadjuvantes ou predisponentes ao desmame precoce "a ignorância dos médicos e pessoal paramédico a respeito da lactação e seus problemas".

FREEDMAN⁶⁴, investigando os fatores que interferem na decisão da mãe em amamentar na fase hospitalar e avaliando a atuação do pessoal de enfermagem no pós-parto imediato, comenta: "parece que a difundida ignorância sobre o aleitamento materno do pessoal de saúde está gerando orientação conflitante, que solapa a confiança da mãe e a prejudica emocionalmente".

FAUNDES⁶³ refere que "a grande maioria dos obstetras, pediatras e pessoal de colaboração médica na área materno-infantil não reconhece a importância do aleitamento materno, nem tem sido informada dos procedimentos que favorecem a lactação, respeitando sua fisiologia".

Pesquisa atual, do UNICEF/INAN²⁴⁷, estudou a influência do pessoal de saúde sobre a amamentação. Entre os resultados e conclusões apresentaram-se os seguintes: "o conhecimento científico e atualizado sobre amamentação não faz parte da formação da maioria dos profissionais entrevistados" e "o conhecimento prático sobre como enfrentar as intercorrências da lactação não foi encontrado entre a maior parte dos entrevistados" (o grifo é dos Autores).

Outros trabalhos insinuam apenas o deficiente conhecimento do pessoal de saúde sobre a psico-fisiologia da lactação e a prática da amamentação; sugerem ou recoo

mendam reciclagem referente ao aleitamento materno, e que tal tema seja incluído nos currículos de graduação de profissionais que atuam na área de saúde^{21,56,121,125,131,178,182,245,256,260}. A International Pediatric Association¹⁰³ adota a mesma posição, recomendando que as atividades educativas em favor do aleitamento materno sejam dirigidas "em primeiro lugar aos médicos e pesoal de saúde pública e todas as categorias de pessoal paramédico". O Comitê de Nutrição da Academia Americana de Pediatria¹ declara que "todos os médicos devem ter muito mais conhecimentos sobre Nutrição em geral e, especialmente, sobre alimentação ao seio". DESCHAMPS e colaboradores⁵⁷ também admitem que o pessoal de saúde carece de conhecimentos sobre o aleitamento natural, mas ressaltam que, nesse sentido, não tem sido ajudado pelos documentos elaborados com o fim de informá-lo sobre a matéria. Esses investigadores, na França, analisaram 38 livros textos e artigos na área de Pediatria, Puericultura e alimentação infantil, destinados ao pessoal de saúde, constatando que esses documentos: concedem ênfase à alimentação artificial; tendem a acentuar aspectos negativos relacionados com a alimentação ao seio; são de deficitários quanto a informações referentes à fisiologia da lactação, às vantagens globais do aleitamento materno, às técnicas de amamentação e práticas recomendadas em caso de dificuldades, assim como ao papel e responsabilidade do pessoal de saúde no incentivo ao aleitamento natural.

No que diz respeito às atitudes do pessoal de saú

de sobre o aleitamento materno, têm sido descritas como negativas. Vários são os autores que qualificam o pessoal de saúde como apático, desinteressado, indolente, indiferente, negligente, ambivalente, neutro e descrente em relação ao aleitamento natural, salientando, ao mesmo tempo, que os profissionais e auxiliares dos serviços de saúde têm atitudes permissivas, concordantes, indulgentes e entusiastas em favor da alimentação artificial^{5, 15, 31, 36, 68, 83, 84, 88, 98, 109, 115, 138, 153, 189, 191, 195, 230}.

Quanto às práticas do pessoal de saúde em relação ao aleitamento natural, a imagem oferecida pela literatura consultada é bastante desalentadora.

O pessoal de saúde, de longa data, vem sendo apontado como omissos na orientação de mães para a amamentação^{68, 98, 111, 126, 131, 147, 163, 191, 202, 246}. Quando transmite alguma informação sobre aleitamento natural, esta, em geral, caracteriza-se por ser insatisfatória, extrapolada da alimentação artificial, distorcida, confusa, conflitante e complexa^{15, 30, 64, 90, 106, 116, 128, 158, 212}.

A influência das ações do pessoal de saúde tem sido débil, insignificante e, na maior parte das vezes, negativa na promoção do aleitamento materno, segundo citações e resultados de pesquisas nacionais e estraneiras^{14, 36, 43, 44, 63, 64, 83, 88, 92, 140, 142, 154, 163, 182, 184, 187, 215, 241, 247}.

Convém apresentar o que informam algumas investigações que relacionam a conduta do pessoal de saúde e aleitamento materno, especialmente aquelas que foram rea

lizadas em nosso meio.

BRITO e colaboradores³⁰, realizando estudo com mães e pessoal de saúde em Unidades Sanitárias do Município de São Paulo, concluem que a orientação dada nesses serviços interferiu negativamente na duração do aleitamento materno. Investigação sobre o estado nutricional de crianças de 6 a 60 meses, no mesmo Município¹⁰⁰, mostrou que "o desmame precoce não tem sua causa principal no fato da mãe trabalhar fora, mas sim na orientação que é dada pelos médicos".

CAMPOS JÚNIOR e colaboradores³⁷, efetuando estudo retrospectivo da prática da amamentação, durante 20 anos, em pequena comunidade de hábitos rurais do Estado de São Paulo, constataram o declínio da duração média do aleitamento materno. Analisando o papel de diversos fatores, em relação ao problema, sugerem "haver uma relação de causa e efeito entre exame pré-natal, parto hospitalar e diminuição da prática do aleitamento materno".

MARTINS FILHO e colaboradores¹⁴⁵, investigando as causas do desmame precoce, verificaram que a orientação do pediatra foi apontada pelas mães como o quarto dos cinco principais motivos que levaram ao abandono do aleitamento materno.

SIGULEM e TUDISCO²¹⁸, analisando a influência do pré-natal e da maternidade sobre o tempo de amamentação, concluem: "infelizmente, quanto maior o contato das mães com o pré-natal, menor o tempo de aleitamento, uma vez que a mediana das que amamentaram foi de 2 meses e 1

dia, nas que tiveram de 1 a 3 consultas, caindo para 1 mês e 16 dias para as que tiveram 4 consultas ou mais". Quanto ao parto hospitalar ou no domicílio, da mesma forma a influência do serviço de saúde foi negativa: "as mulheres que tiveram parto domiciliar amamentaram mais freqüentemente e por tempo mais prolongado".

Estudo coordenado por SIGULEM²¹⁷ dedicou uma parte à caracterização dos Serviços de Saúde e do tipo de atendimento propiciado à criança. Verificou-se nessa investigação que "apenas 50% dos médicos que atendem à população de baixa renda de São Paulo mencionam esquemas de alimentação infantil que se iniciam pela amamentação". Isso significa que importante percentagem de médicos omite o aleitamento materno quando orientam mães sobre a alimentação da criança no primeiro ano de vida.

Os profissionais de saúde têm sido considerados um obstáculo ao aleitamento ao seio e mesmo ativos promotores da alimentação artificial^{17,36,44,63,108,154,163,195}. As declarações de MONCKEBERG¹⁵⁵ constituem um exemplo das manifestações nesse sentido: "ainda que pareça um paradoxo, a extensão dos Serviços de Saúde tem sido um dos fatores principais na diminuição do aleitamento materno. Direta ou indiretamente os médicos, parteiras, enfermeiras, visitadoras sociais, têm promovido a alimentação artificial". E continua sua análise sobre a queda da amamentação no Chile: "em estudo recente feito com 3.000 mães atendidas pelo Serviço Nacional de Saúde, quando se perguntou quem lhes havia aconselhado a alimentação artificial, 65% das mães responderam que ha

viam seguido o conselho da parteira, do médico, da enfermeira ou da assistente social".

Apesar de todas as referências desabonadoras, mencionadas na literatura sobre a parcela de responsabilidade do pessoal de saúde no declínio do aleitamento natural, são escassas as investigações que avaliam especificamente os conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais e auxiliares da área da saúde sobre aleitamento materno.

Não encontramos na literatura examinada nenhum estudo exclusivo e mais aprofundado sobre os modos de pensar, sentir e agir do pessoal de saúde quanto ao aleitamento natural. Os que existem, fornecem poucas informações.

ESTOK⁶² avaliou o conhecimento de enfermeiras de hospital apenas em relação a problemas que ocorrem na amamentação durante as primeiras seis semanas após a alta hospitalar.

BAFNA e colaboradores¹⁵ estudaram atitudes de médicos e de internos sobre alimentação infantil, focalizando principalmente as práticas de desmame e a dieta recomendada em caso de doença.

KNAFL¹²⁸ analisou comparativamente atitudes de enfermeiras e mães com respeito às vantagens do aleitamento materno, à amamentação na sala de parto e sob demanda, e ao alojamento conjunto.

VERA e colaboradores²⁵¹ investigaram os conhecimentos, atitudes e comportamentos de dois pediatras, com

relação ao aleitamento natural, objetivando especificamente a analisar a influência de cada um desses profissionais na incidência e duração da amamentação entre lactentes por eles atendidos.

A pesquisa de HUNTINGFORD⁹⁸, que avalia atitudes de médicos, enfermeiras e visitadoras, assim como a de HOLLEN⁹⁶, que estuda atitudes e práticas de clínicos, pediatras e obstetras, oferecem maior número de informações, mas não investigam conhecimentos.

JOHNSTON e SCHWARTZ¹²⁵ avaliaram atitudes e práticas de médicos sobre Nutrição materno-infantil, mas não concederam ênfase à alimentação ao seio.

Entre nós, os modos de pensar, sentir e agir do pessoal de saúde quanto à alimentação natural muito recentemente começam a ser investigados; somente quando realizamos este estudo conseguimos ter acesso às informações de duas pesquisas brasileiras referentes ao assunto^{217, 247}.

Todavia, a avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de saúde sobre aleitamento materno é necessária^{119, 235}. Por um lado, permitirá a obtenção de informações que revelem se o pessoal de saúde está preparado para desenvolver com a clientela a educação para o aleitamento natural, cuja responsabilidade lhe atribuem; que mostrem qual a predisposição do pessoal de saúde para atuar em favor da alimentação ao seio, e que indiquem se há práticas do pessoal de saúde que podem influir negativamente na decisão e comportamento de mães,

no que se refere à amamentação. Por outro lado, uma avaliação preliminar do que o pessoal de saúde pensa, sente e faz sobre aleitamento materno é indispensável para o estabelecimento de diretrizes que visem à preparação de recursos humanos para a área materno-infantil.

Ao final destas considerações desejamos expressar nossa expectativa. Acreditamos que o presente trabalho possa representar contribuição para diminuir o declínio do aleitamento materno entre nós. Resultaram do estudo informações possivelmente úteis para o planejamento de intervenções educativas destinadas ao pessoal de saúde.

3. METODOLOGIA

3.1 CARACTERÍSTICAS DA ÁREA DO ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada no Município de São Paulo, em Unidades Sanitárias da Secretaria de Estado da Saúde, Coordenadoria de Saúde da Comunidade. Tais Unidades integram o Distrito Sanitário do Butantã, que por ocasião do estudo estava vinculado ao Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo - DRS -I, hoje Departamento de Saúde da Grande São Paulo I. A esse Departamento estão também subordinados outros cinco Distritos Sanitários: Santa Cecília, Belenzinho, Vila Mariana, Jabaquara e Vila Prudente.

A seleção do Distrito Sanitário do Butantã como área de investigação não foi casual. Sua escolha resultou de estar esse Distrito localizado em zona menos distante do local de trabalho do investigador, sendo-lhe assim possível realizar todas as etapas do estudo e, ao mesmo tempo, dar cumprimento às suas responsabilidades de docente.

Foram incluídos na pesquisa os doze Centros de Saúde (CS) que pertencem ao Distrito Sanitário do Butantã, situados nos seguintes bairros: Butantã, Cerqueira César, Jardim Rizzo, Pinheiros, Previdência, Real Parque, Rio Pequeno, Vila Borges, Vila Kemel, Vila Madalena e Vila São Luiz. À época em que se realizou o estudo (1980) esses CS assim se distribuíam quanto ao tipo: um CS-I, um CS-II, quatro CS-IV, quatro CS-V e dois Centros de Saúde de Escola (CSE), vinculados à Secretaria de Estado da Saúde por convênio.

Posteriormente, o Decreto nº 16.546, de 26 de janeiro de 1981, que "reestrutura e dispõe sobre as atribuições dos Distritos Sanitários e Centros de Saúde, transformam unidades da Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria da Saúde e dá providências correlatas", modificou a classificação dos CS. De acordo com a nova classificação das Unidades Sanitárias, os CS onde foi realizada a pesquisa apresentam a distribuição seguinte: um CS-I, quatro CS-II, cinco CS-III e dois CSE. Conforme as atribuições legais, a todos esses CS compete, entre diversas atividades, executar ações de Educação em Saúde. Os CSE incluem a Educação em Saúde em sua programação.

Quanto à jurisdição dos CS do estudo, cumpre notar que o CS-I, os CS-II e os CS-III, têm, respectivamente, jurisdição sobre população de 50.000 a 150.000 habitantes, de 30.000 a 50.000 e de 20.000 a 30.000. Um dos CSE tem jurisdição sobre população estimada em 60.000 habitantes e o outro sobre 110.000.

Os CS que constituíram o local de investigação atendem, preponderantemente, a população de baixa renda.

3.2 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

No planejamento da pesquisa estabelecemos critério para definir a população alvo: seria constituída por todas as pessoas que atuam diretamente com gestantes e mães nas Unidades Sanitárias envolvidas no estudo, portanto, pessoas que dão atendimento em saúde Materno-In

fantil.

Para fixar a população do estudo, segundo o critério adotado, foram desenvolvidas as seguintes atividades preliminares:

- a) no Distrito Sanitário do Butantã procedemos ao levantamento geral dos funcionários existentes em cada um dos 10 CS, por meio do exame das folhas de frequêuência mensais remetidas pelas Unidades Sanitárias. Nos CSE esse levantamento foi feito nas próprias Unidades.
- b) efetuamos a verificação do pessoal que não seria incluído na pesquisa: funcionários licenciados para tratamento de saúde, com licenças em prorrogação; pessoal que aguardava a aposentadouria, em licença; funcionários à disposição de órgãos que não os CS pertencentes ao Distrito Sanitário do Butantã;
- c) elaboramos relação nominal dos médicos, enfermeiras, obstetrizes, visitadores sanitários e atendentes lotados nos 10 CS do Distrito Sanitário do Butantã. Da mesma forma procedemos com as informações levantadas no CSE;
- d) nas 12 Unidades Sanitárias constatamos a área de atuação dos médicos e as atividades que cabiam às enfermeiras e obstetrizes; colhemos informações referentes às atribuições dos visitadores sanitários, auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde pública e atendentes, por meio de entrevistas. Pela observação do dia-a-dia nos

CS, assim como por intermédio de entrevista, foram detectados outros funcionários, não incluídos nas relações anteriormente mencionadas, que independentemente do cargo ocupado também davam atendimento materno-infantil, e que participaram da pesquisa.

A metodologia descrita permitiu, então, que fossem identificadas 161 pessoas que desenvolviam atividades diretas com gestantes e mães. Entre elas encontramos um único profissional nutricionista, que foi excluído da pesquisa por ter conhecimento especializado sobre aleitamento materno e incumbir-se de programa para promover a amamentação.

A população estudada, portanto, compreendeu todas as pessoas que atuam diretamente com gestantes e mães nas doze Unidades Sanitárias estaduais do Distrito Sanitário do Butantã, totalizando 160 indivíduos, que foram distribuídos em três grupos: médicos, enfermeiras e auxiliares. O conjunto desses grupos constitui o "pessoal de saúde" do presente estudo, cujas características expomos em continuação.

3.2.1 Médicos

Participaram da investigação 79 médicos, graduados em Faculdades de Medicina do Estado de São Paulo, Capital e interior, de outros estados da Federação e mesmo de outro país.

O ano de formatura dos médicos estudados variou de 1939 a 1979. A maioria, 59 (74,7%), graduou-se na déca da de 70.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos médicos in cluídos na pesquisa por especialidade feita ou em realização.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS DOS CS DO DISTRITO SANITÁRIO DO BUTANTÃ, SE GUNDO A ESPECIALIDADE. SÃO PAULO, 1980.

ESPECIALIDADE (*)	Nº
Pediatria	41
Medicina Preventiva	29
Ginecologia-Obstetrícia	6
Clínica Geral	6
Cirurgia Geral	1
Psiquiatria Infantil	1
Neonatologia	1
TOTAL	85

(*)Alguns médicos têm mais de uma especialidade.

Do total de médicos, 30 (38,0%) fazem Residência em CSE, a maior parte em Pediatria (19).

Conforme sua área de atuação nas Unidades Sanitárias os médicos receberam as seguintes denominações neste estu do: "Pediatras", os que dão atendimento exclusivo em Saúde Infantil e da Criança, totalizando 37 (46,8%); "Prê-natal

listas", os que atendem somente na área de Saúde Materna, representando 22,8%(18) e "Consultantes", os demais, que atuam nas duas áreas anteriormente mencionadas.

Considerando-se o tipo de Unidade onde exercem suas atividades, 57 médicos (72,1%) pertencem a CSE.

Quanto à distribuição por sexo, 40 médicos (50,6%) são do sexo feminino.

3.2.2 *Enfermeiras*

Fazem parte da população estudada 7 enfermeiras e 5 obstetrizes. As primeiras graduaram-se em Escolas de Enfermagem da Capital e interior do Estado de São Paulo e de outros estados do País. O ano de formatura das enfermeiras variou de 1953 a 1978. As obstetrizes formaram-se em Escola de Enfermagem da Capital do Estado de São Paulo, curso anexo, durante o período compreendido entre 1948 e 1961.

Apesar da diferença de título acadêmico de enfermeiras e obstetrizes, como todas mantêm contato com gestantes e mães, dando-lhes atendimento direto e semelhante (embora as enfermeiras exerçam outras atividades, tais como planejamento e supervisão, e se incumbam do treinamento de auxiliares), neste estudo os dois tipos de profissionais foram reunidos. Formam o grupo que daqui por diante será designado "Enfermeiras", abrangendo 12 pessoas.

Dentre as enfermeiras, seis atuam na área Materno-

Infantil, 4 atendem exclusivamente gestantes e as demais exercem atividades somente em Saúde Infantil e da Criança.

Do total de enfermeiras, cinco estão concentradas no único CS-I incluído neste estudo, quatro pertencem a CSE e as restantes atuam em CS-II.

3.2.3 Auxiliares

Completam a população estudada 69 auxiliares, cuja distribuição por cargo consta da Tabela 2.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS AUXILIARES DOS CS DO DISTRITO SANITÁRIO DO BUTANTÃ, SEGUNDO O CARGO. SÃO PAULO, 1980.

C A R G O	Nº
Atendente	30
Visitador Sanitário	25
Auxiliar de Saúde Pública	4
Servente	4
Escriturário	3
Auxiliar de Enfermagem	2
Encarregado de Setor	1
TOTAL	69

No que se refere à função exercida pelas auxiliares, 67 (97,1%) atuam como Atendentes, incumbindo-se da

pré-consulta, pós-consulta ou de ambas, sendo que duas delas também fazem visitaçã domiciliária. As outras desenvolvem apenas atividades de visitadoras. Das Serventes, uma exerce exclusivamente função de Atendente, enquanto as demais, além dessa função, desincumbem-se das tarefas próprias do cargo que ocupam.

Os 2 CSE do estudo absorvem cerca de 45% (31) das auxiliares, distribuindo-se as demais pelos CS de outros tipos.

Apresentamos na Tabela 3 a distribuição das Auxiliares segundo o Serviço onde atuam. Cumpre informar que diversas auxiliares trabalham em sistema de rodízio.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS AUXILIARES DOS CS DO DISTRITO SANITÁRIO DO BUTANTÃ, SEGUNDO O SERVIÇO ONDE ATUAM. SÃO PAULO, 1980.

S E R V I Ç O	Nº
Pediatria	19
Pré-natal	11
Pediatria + Pré-natal	35
Visitação Domiciliária	2
Visitação Domiciliária + Pré-natal	1
Visitação Domiciliária + Pré-natal+Pediatria	1
TOTAL	69

3.3 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

Utilizamos para a coleta dos dados formulários de três tipos, elaborados especificamente para avaliar, em relação ao aleitamento materno, conhecimento, atitudes e práticas de cada um dos grupos que constituem o pesoal de saúde (Anexos, I, II e III). Foram necessários formulários diferentes, em virtude da heterogeneidade da população investigada. Na elaboração dos instrumentos para coleta das informações, procuramos adequá-los aos distintos grupos, segundo o conhecimento, habilidades e práticas que são próprios de seus integrantes. Pode-se notar, entretanto, que muitas das questões são comuns aos três grupos estudados, diferindo na linguagem as que foram propostas às auxiliares.

O formulário aplicado aos médicos (Anexo I) é composto de 64 questões, das quais 40 avaliam conhecimentos, 10 medem atitudes e 12 investigam práticas. As restantes referem-se a informações adicionais, por nós consideradas de interesse para a pesquisa.

Para enfermeiras, o instrumento para coleta de informações compõe-se de 65 perguntas: 44 medem conhecimentos, 10 avaliam atitudes e 8 versam sobre práticas. Dados complementares são objeto das questões que restam (Anexo II).

O formulário empregado com as auxiliares é constituído por 51 perguntas, sendo 30 para avaliar conhecimentos, 10 objetivando medir atitudes e 8 investigando

práticas. As demais foram destinadas à coleta de informações de outra natureza (Anexo III).

Cumprе referir que as questões formuladas à população estudada são abertas e fechadas, predominando as primeiras.

Os instrumentos para coleta dos dados foram pré-testados com pediatras, pré-natalistas, consultantes, enfermeiras e auxiliares, em 2 CS pertencentes a outros Distritos Sanitários do Departamento de Saúde da Grande São Paulo.

No pré-teste verificou-se a compreensão dos vocabúlos empregados, o tempo exigido para a obtenção das informações e a adequação das questões quanto ao número e conteúdo. Certas dificuldades encontradas então pelos informantes e sugestões por eles oferecidas levaram a reformulações, que contribuíram para o aperfeiçoamento dos formulários.

3.4 MÉTODO UTILIZADO NA COLETA DOS DADOS

O levantamento de dados foi efetuado pelo Autor durante o 2º semestre de 1980, após autorização prévia do Coordenador da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, do Diretor do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo, do Diretor-Chefe do Distrito Sanitário do Butantã e dos Chefes das Unidades Sanitárias onde o estudo se efetuou.

Empregou-se para a coleta de informações o método

de entrevista estruturada, cuja escolha se baseou nas seguintes razões:

- a) aplica-se a populações heterogêneas;
- b) oferece oportunidade para estabelecer um bom relacionamento inter-pessoal entre entrevistador e informante;
- c) permite que as questões abertas sejam melhor investigadas;
- d) ensaja ao entrevistador o controle da motivação;
- e) diminui o número de recusas, e
- f) facilita a obtenção de informações mais fidedignas.

Com exceção de sete informantes, os demais foram entrevistados nos próprios CS, antes ou depois de suas atividades normais de atendimento à clientela. Quatro participantes foram entrevistados em outros locais, onde também exercem atividades, dois no domicílio dos informantes, em razão de suas férias, e uma entrevista foi efetuada no local de trabalho do Autor por ser mais conveniente ao entrevistado.

As entrevistas com médicos e enfermeiras tiveram duração média de 55 minutos, e com as auxiliares 30 minutos.

A programação para coleta dos dados, previamente elaborada, sofreu reformulações por diversos motivos, entre eles, faltas ao trabalho, impossibilidade dos informantes nos dias marcados para a entrevista e férias.

Atendendo ao critério estabelecido na etapa de planejamento da pesquisa do entrevistador contatar o informante até 3 vezes, não se apresentou caso algum de recusa no que se refere à participação no estudo.

.5 ANÁLISE DOS DADOS

A apuração dos dados foi manual.

Na avaliação dos conhecimentos de cada grupo de informantes que compõem o pessoal de saúde deste estudo, analisamos os dados por ítems individuais do formulário, por temas sobre o aleitamento materno e em conjunto. Determinamos a percentagem de conhecimento satisfatório, conhecimento insatisfatório, conhecimento errôneo e conhecimento ausente, a partir dos seguintes critérios, estabelecidos arbitrariamente pelo autor:

- conhecimento satisfatório - quando o informante apresenta respostas condizentes com o atual conhecimento científico; descreve um mecanismo ou define um conceito, mencionando os elementos essenciais do mecanismo e do conceito, e responde com pelo menos 70% de acerto a questão proposta e sem nenhum erro;
- conhecimento insatisfatório - quando o informante responde a questão proposta com menos de 70% de acerto, ou simultaneamente, responde com acertos e erros;
- conhecimento errôneo - quando o informante res

ponde diferentemente do atual conhecimento científico disponível;

- conhecimento ausente - quando o informante responde "Não sei".

Para permitir análise conjunta dos dados referentes aos conhecimentos do pessoal de saúde grupamos os ítems dos formulários sob Temas de Aleitamento Materno.

Tema I - Conceito de lactação e amamentação.

Tema II - Psicofisiologia da lactação.

Tema III - Controle do aleitamento materno.

Tema IV - Vantagens do aleitamento materno.

Tema V - Aspectos práticos do aleitamento materno.

Tema VI - Problemas no aleitamento materno.

Tema VII - Conhecimentos gerais sobre aleitamento materno.

A avaliação de atitudes do pessoal de saúde, em relação ao aleitamento natural, limitou-se a estabelecer a valência dessas atitudes: positivas ou negativas. Abrangeu dez questões: do tipo "Concordo-Discordo" e pesquisa de opinião (atitude verbalizada).

Foram estabelecidos "a priori" os seguintes critérios para a avaliação de atitudes do pessoal de saúde, levando-se em conta a proporção de respostas favoráveis obtidas:

- a) muito favorável - 90% e mais
- b) favorável - 80 e 70%
- c) desfavorável - 60 e 50%
- d) muito desfavorável - 40% e menos

As atitudes classificadas como "muito favorável" e "favorável" constituem atitudes positivas, e as categorizadas como "desfavorável" e "muito desfavorável" representam atitudes negativas.

No que concerne às práticas, a análise dos dados consistiu em verificar o apoio, ajuda e orientação dispensados pelo pessoal de saúde do estudo à clientela, quanto ao aleitamento materno. Procuramos também identificar comportamentos que possam favorecer ou desfavorecer a adoção da alimentação ao seio por gestantes e mães.

4. RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Os resultados do estudo serão apresentados na ordem seguinte: inicialmente os que se referem aos conhecimentos, depois os relativos a atitudes e, posteriormente, aqueles com respeito às práticas, expondo-se a situação encontrada em cada um dos grupos que compõem a população que participou da investigação. A seguir serão examinados os resultados das informações adicionais.

Para maior clareza os resultados referentes à área cognitiva serão mostrados e comentados por Temas de aleitamento materno, apresentando-se em seguida a avaliação global.

Levando-se em conta que a informação sobre aleitamento materno é volumosa e se encontra esparsa, principalmente em periódicos, e procurando facilitar ao leitor o acompanhamento da avaliação, fugimos à praxe em trabalhos de tese: antes da apresentação dos resultados da avaliação do conhecimento do pessoal de saúde, reunimos as informações da literatura especializada que constituíram seu embasamento teórico. Isto foi necessário em razão de serem sete os Temas abordados, da profundidade com que foram investigados e da divisão do pessoal de saúde em três grupos.

A ausência das informações aqui colocadas ou sua apresentação em qualquer outra parte deste trabalho tornaria extremamente complexa a análise dos resultados e dificultaria sobremaneira sua compreensão.

Ao final de cada Tema reuniu-se em uma só Tabela os resultados da avaliação do conhecimento de médicos, enfermeiras e auxiliares, visando a permitir apreciação conjunta do conhecimento que tem o pessoal de saúde sobre o Tema exa

minado. Esse procedimento foi possível pelas seguintes razões: trabalhamos com valores relativos; os temas são comuns aos três grupos que compõem o pessoal de saúde, e a maioria das questões é a mesma, adequando-se as outras às atividades próprias dos informantes e à linguagem.

Visto que todas as Tabelas se referem aos resultados obtidos nos doze Centros de Saúde do Distrito Sanitário do Butantã, São Paulo, em 1980, as mesmas serão apresentadas com seus títulos abreviados.

Nas Tabelas que apresentam cálculos de percentagem, sempre que necessário, foram efetuados arredondamentos visando a obter o total de 100,0%.

4.1 CONHECIMENTOS

TEMA I - Conceito de lactação e amamentação

A - *Fundamentação teórica*

O aleitamento materno, teoricamente, pode ser considerado um sistema. Como tal, é um todo constituído por partes interrelacionadas e interdependentes, em interação dinâmica. A natureza das partes que integram o aleitamento materno permite defini-lo como um sistema bio-comportamental, onde o processo de lactação representa o componente biológico e a amamentação retrata a área do comportamento.

O processo fisiológico da lactação humana abrange duas fases distintas: a produção de leite no interior

dos alvéolos mamários e a ejeção ou propulsão láctea, através do sistema de canais, para os reservatórios de leite situados sob a região areolar.

A amamentação é uma forma de comportamento humano que envolve a cooperação da mãe e criança, estabelecendo-se entre esses dois seres uma complexa interação biológica e psico-social¹¹².

A interrelação e interdependência entre o componente biológico do aleitamento materno e o comportamental é absoluta. Um não sobrevive sem o outro. Tudo o que interfere com uma das partes afeta a outra e, portanto, todo o sistema.

Ao contrário do que muitos pensam, nos primatas e no homem a amamentação não é ato puramente instintivo^{76 178}; baseia-se, parcialmente, em comportamento aprendido^{118, 131, 178}. Constitui um fenômeno complexo que sofre a influência de múltiplos fatores.

Embora o sucesso ou fracasso do aleitamento materno dependa essencialmente do tipo de interação entre mãe e criança (que interfere na lactação e amamentação), relaciona-se também com o tipo de influência que a dupla da amamentação recebe do meio familiar e de variáveis ambientais, entre elas o pessoal de saúde²⁰⁴.

Nas comunidades onde o aleitamento natural declinou, cabe ao pessoal de saúde instruir e apoiar as mães para que revalorizem e adotem a amamentação como prática de alimentação infantil.

Diversos especialistas referem que o pessoal de saúde

de está mal informado sobre o processo de lactação humana e ato de amamentar^{40,123,127}, e precisa conhecer os fundamentos do aleitamento materno para poder ensiná-los às mães. Torna-se, portanto, imprescindível que, inicialmente, o pessoal de saúde distinga os componentes do aleitamento materno e os conceitue devidamente.

Um dos modos de identificar conceitos existentes, por exemplo, os de lactação e amamentação, consiste em descobrir o que significam para as pessoas as palavras que a esses conceitos se referem. Conhecer o significado das palavras tem ainda maior alcance: permite o emprego de terminologia apropriada no processo de comunicação, quer se empregue a linguagem falada ou escrita. Esse aspecto merece destaque na transmissão de informações precisas e uniformes sobre aleitamento materno, especialmente no que se refere às mães, facilitando a compreensão dos fatores que podem interferir nas diferentes etapas da lactação e na amamentação.

- Conceito de lactação e amamentação

As palavras "lactação" e "amamentação" constituem vocábulos diferentes que têm significação também diferente^{179,180,238}. O termo "lactação" refere-se à produção e ejeção do leite, enquanto "amamentação" significa o ato da criança obter o leite materno sugando os seios, ou da mãe oferecer à criança os seios e seu leite^{179,180,238}.

B - Avaliação

. Médicos

Aplicando às respostas dos médicos os critérios estabelecidos para classificar seu conhecimento, nas questões do Tema I obtivemos os resultados que apresentamos na Tabela 4.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DOS MÉDICOS SOBRE CONCEITO DE LACTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO.

QUESTÕES	CONHECIMENTO		SATISFATÓRIO		INSATISFATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Significado de "lactação".	4	5,1	52	65,8	22	27,8	1	1,3	79	100,0		
2. Significado de "amamentação".	54	68,3	12	15,2	12	15,2	1	1,3	79	100,0		

Apenas 4 dos 79 médicos estudados explicaram satisfatoriamente o significado da palavra "lactação". O vocábulo lactação indica somente a produção de leite, segundo 47 médicos, ou exclusivamente a ejeção, como disseram 5 médicos, totalizando, assim, 52 (65,8%) profissionais cujo conhecimento foi considerado *insatisfatório*.

Vinte e dois médicos (27,8%) evidenciaram ter conceito errôneo sobre "lactação", que significa para eles: "alimentação láctea da criança, com leite de qualquer

tipo, seja materno, de vaca, na sua forma natural ou em pó" (13); "período em que a criança mama no peito" (7); "período em que a criança se alimenta principalmente com leites" (1) e "período que se refere ao início da amamentação" (1). Um médico respondeu "não sei" à indagação feita.

No que se refere ao conceito de "amamentação", obtivemos de 54 (68,3%) médicos respostas que levaram à classificação do conhecimento como *satisfatório*, pois mencionaram, de diversas maneiras, que a palavra "amamentação" expressa uma forma de comportamento humano. Entretanto, para 24 (30,4%) dos profissionais que compõem o grupo, o termo investigado tem outra significação. Assim, para 12 médicos, cujo conhecimento foi classificado como *insatisfatório*, "amamentação" significa "dar leite materno à criança"; 11 entendem, erroneamente, que "amamentação é sinônimo de lactação", definida por eles como: "alimentação láctea da criança com qualquer tipo de leite" (4); "período em que a criança mama no peito" (6) e "período em que a criança se alimenta principalmente com leites" (1); para 1 dos médicos o termo "amamentação" expressa "o período que vai desde a lactação até o desmame". Do total de entrevistados deste grupo, 1 disse não saber informar o significado exato da palavra "amamentação", que considera "confusa".

.Enfermeiras

A Tabela 5 mostra a distribuição do conhecimento das enfermeiras sobre as questões do Tema I.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DAS ENFERMEIRAS SOBRE CONCEITO DE LACTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO.

QUESTÕES	CONHECIMENTO		SATISFATÓRIO		INSATISFATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Significado de "lactação"	-	-	4	33,3	8	66,7	-	-	-	-	12	100,0
2. Significado de "amamentação"	5	41,7	-	-	7	58,3	-	-	-	-	12	100,0

Dentre as 12 enfermeiras entrevistadas, nenhuma deu à palavra "lactação" significado considerado satisfatório e 4 compreendem que o termo se refere apenas à produção de leite. Para a maior parte das enfermeiras (8), o conhecimento foi classificado como errôneo: "lactação" significa "alimentar a criança com leite" (3) ou "dar à criança leite de qualquer tipo" (3) ou "período em que a criança se alimenta com leite" (2).

Quanto ao conceito de "amamentação", 5 das enfermeiras o explicaram corretamente. Para a maior parte das pessoas deste grupo (7) o termo investigado é sinônimo de "lactação", que definiram assim: "alimentar a crian

ça com leite" (3); "dar à criança leite de qualquer tipo" (2) e "período em que a criança se alimenta de leite" (2).

Auxiliares

Na Tabela 6 apresentamos a distribuição do conhecimento das auxiliares no que concerne às questões do Tema 1.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DAS AUXILIARES SOBRE CONCEITO DE LACTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO.

CONHECIMENTO QUESTÕES	SATISFATÓRIO		INSATISFATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Significado de "lactação"	-	-	1	1,4	64	92,8	4	5,8	69	100,0
2. Significado de "amamentação"	40	58,0	4	5,8	22	31,9	3	4,3	69	100,0

No grupo das 69 auxiliares também não atribuímos conhecimento satisfatório quanto ao conceito de "lactação". Segundo uma auxiliar a palavra expressa exclusivamente a produção de leite e 4 informaram não saber o que dizer.

Surpreendeu-nos bastante as diferentes significações dadas à palavra "lactação" por 64 (92,8%) das in

formantes do grupo de auxiliares, que apresentamos na Tabela 7, na qual mantivemos a forma de expressão empregada.

TABELA 7 - SIGNIFICADO DE "LACTAÇÃO" PARA 64 AUXILIARES COM CONHECIMENTO CLASSIFICADO COMO ERRÔNEO.

S I G N I F I C A D O	Nº
Alimentar a criança com leite de lata (lactação vem de lactário, vem de lata).	24
Alimentar a criança com qualquer leite; de peito, de vaca, em pó.	13
Alimentar a criança com leite em pó na mamadeira.	12
Fase da vida em que a criança recebe apenas leite, qualquer um: de mãe, de vaca, em pó.	4
Dar leite artificial ao bebê: de vaca ou em pó.	4
Preparo de leites em pó.	2
Dar ao nenê alimentação mista: peito e mamadeira.	1
Alimentar o nenê com leites "superficiais" em pó.	1
Orientação para crianças que recebem leite em pó.	1
Distribuição de leite em pó.	1
Obrigação da mãe dar o peito mesmo sem querer.	1
TOTAL	64

Em relação ao conceito de "amamentação", 58% das auxiliares apresentaram-no satisfatoriamente (Tabela 6). Porém, para 4 (5,8%) das pessoas deste grupo "amamentação" significa "dar leite materno à criança" (conhecimento insatisfatório), e 3 (4,3%) responderam que desconhecem o que o vocábulo quer dizer.

Proporção importante das informantes, representando 31,9% (22), deu significado errôneo à palavra "amamentação". Para a maior parte (19), "amamentação" e "lactação" constituem expressões sinônimas. As demais (4,3%) entendem que "amamentação" quer dizer "alimentar a criança com leite de qualquer tipo" (2) e "dar ao bebê alimentação mista: peito e mamadeira" (1).

. PESSOAL DE SAÚDE

Para permitir uma apreciação global reunimos na Tabela 8 os resultados dos três grupos estudados no que concerne ao conhecimento sobre o Tema I (Tabelas 4, 5 e 6). É importante notar que os totais dessa Tabela referem-se ao número de respostas dadas pelos grupos que compõem o pessoal de saúde no tema em questão.

Como se pode observar, é precário o conhecimento do pessoal de saúde deste estudo no que se refere ao conceito de "lactação" e "amamentação". A percentagem do conhecimento *satisfatório* obtida pela população alvo foi inexpressiva e os resultados sugerem que preponderam conhecimentos incorretos sobre os componentes do aleitamento materno entre o pessoal de saúde. Foi no gru

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DO PESSOAL DE SAÚDE SOBRE O TEMA I - CONCEITO DE LACTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO.

CONHECIMENTO PESSOAL DE SAÚDE	SATISFATÓRIO		INSATISFATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL DE RESPOSTAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médicos	58	36,7	64	40,5	34	21,5	2	1,3	158	100,0
Enfermeiras	5	20,8	4	16,7	15	62,5	-	-	24	100,0
Auxiliares	40	29,0	5	3,6	86	62,3	7	5,1	138	100,0
TOTAL	103	32,2	73	22,8	135	42,2	9	2,8	320	100,0

po de médicos que se verificou a maior proporção de conhecimentos *insatisfatórios*, enquanto que enfermeiras e auxiliares respondem pela acentuada presença de conhecimentos *errôneos*, Note-se ainda que dos 160 informantes que constituem a população estudada, 94,4% (151) se quer mencionaram a ejecção ou descida do leite quando definiram a palavra "lactação". Apenas 9 médicos se lembraram dessa fase. Todavia, a ejecção constitui mecanismo de fundamental importância para assegurar a disponibilidade de leite ao lactente e, frequêntemente, se torna prejudicada por interferência de variáveis do meio.

Ante os resultados apresentados, é válido supor que os conhecimentos insatisfatórios e incorretos dificultem a comunicação entre os integrantes do pessoal de saúde que estudamos, e entre eles e a clientela sob sua influência. Se o pessoal de saúde não conceitua com exa

tidão e de modo uniforme o processo de lactação e ama mentação, possivelmente terá mais dificuldade para com preender os fatores que podem interferir na produção e ejecção do leite e no ato de amamentar, assim como para transmitir às mães informações precisas e não conflitantes.

TEMA II - Psicofisiologia da lactação

A. *Fundamentação teórica*

A lactação humana resulta da interação de reflexos próprios da mãe e do recém-nascido. Por parte da criança, o reflexo instintivo da sucção é o desencadeador dos reflexos maternos que regem o processo de lactação. Esses reflexos da mãe são, basicamente, dois: o reflexo da prolactina ou da produção de leite e o reflexo da ocitocina ou da ejecção láctea¹¹⁹.

O reflexo da prolactina, principal fator hormonal na produção de leite, opera da seguinte maneira: a sucção da criança estimula o mamilo e aréola e os impulsos nervosos são conduzidos à hipófise anterior, levando-a a produzir prolactina; esse hormônio carreado pela circulação sangüínea induz os alvéolos mamários a produzirem secreção láctea. Esse é o mecanismo fundamental da produção de leite.

É oportuno assinalar que o reflexo da prolactina é inteiramente somático e fenômeno quantitativo: quanto maior a estimulação do mamilo e região areolar pela suc

ção, tanto maior a produção de prolactina e, consequentemente, de leite.

O reflexo da ocitocina, responsável pela ejeção do leite, também é desencadeado pela sucção. Novamente são transmitidos impulsos nervosos à hipófise, agora posterior, estimulando-a a liberar o hormônio ocitocina na corrente sanguínea. A ocitocina age sobre as células mioepiteliais que circundam os alvéolos mamários, fazendo-as contrair; por essa contração celular o leite é expresso para fora dos alvéolos e impelido para os canais terminais do sistema de drenagem mamário.

O reflexo da ejeção do leite, diferentemente do reflexo da prolactina, é, sobretudo, psicossomático¹¹⁸ e muito sensível às emoções da mãe^{171, 254}. Enquanto sentimentos positivos maternos, como a confiança, a calma e segurança, favorecem o reflexo da ocitocina, sentimentos negativos, tais como, a ansiedade, o medo e a incerteza, inibem o reflexo da ejeção¹¹⁹. O componente psicológico é tão importante na propulsão do leite que o reflexo da ocitocina pode ser induzido pelo simples fato da mãe pensar na criança, ouvir o choro do bebê ou preparar-se para amamentar^{166, 233, 254}.

As características somáticas e psicossomáticas, respectivamente, dos reflexos da prolactina e da ocitocina é que estabelecem na mãe a diferença entre "ter leite" e "dar leite", ou seja, entre a produção de leite nos alvéolos e a disponibilidade desse alimento nos reservatórios lácteos. Esse aspecto, acentuado por KIMBALL¹²⁷

e pelos JELLIFFE¹¹⁹, mostra bem o valor de se fornecer às mães instrução nesse sentido. Em virtude de falta de confiança e incerteza, que influem negativamente no mecanismo de ejeção, mães inexperientes e despreparadas para a arte de amamentar produzem leite nos seios e não conseguem ofertá-lo à criança em quantidade que a satisfaça. O desrespeito à psicofisiologia da lactação tem sido mesmo apontado como responsável pela "falta de leite", "leite insuficiente", "leite secou", razões alegadas por muitas mães para o abandono do aleitamento materno^{78, 119, 184, 218}.

LADAS¹³², em minucioso estudo, demonstrou claramente que a confiança, fator chave para o sucesso do aleitamento ao seio, pode ser melhor engendrada propiciando-se às mães informação e apoio. No que diz respeito à informação, APPLEBAUM⁸ enfatiza que quando se explica à mãe o mecanismo de produção do leite humano e o reflexo de ejeção, tal conhecimento permite aumentar o desejo de amamentar e torna a mãe confiante, tanto no que se refere à sua capacidade de produzir leite, quanto à possibilidade de desempenhar bem seu papel na amamentação.

Segundo referências na literatura, o pessoal de saúde precisa ter conhecimentos relativos ao curso normal da lactação e aos fatores que interferem nesse processo fisiológico^{11, 118, 165, 176, 178, 230}, para poder transmiti-los às mães. Tais conhecimentos são necessários e vantajosos, pois, simultaneamente, permitem eliminar preconceitos e esclarecer as mães sobre medidas que devem ser adotadas para que tenham êxito na amamentação,

e ajudam o pessoal de saúde a detectar, em si ou no serviço, atitudes e práticas que podem abalar a confiança da mãe no aleitamento materno.

B - Avaliação
 . Médicos

A Tabela 9 retrata a distribuição do conhecimento dos médicos sobre a Psicofisiologia da lactação.

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DOS MÉDICOS SO
BRE PSICOFISIOLOGIA DA LACTAÇÃO.

CONHECI MENTO QUESTÕES	SATISFA TÓRIO		INSATIS FATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
3. Mecanismo de produção de leite humano.	14	17,7	5	6,4	14	17,7	46	58,2	79	100,0
4. Mecanismo de ejeção do leite humano.	7	8,9	10	12,7	8	10,1	54	68,3	79	100,0
6. Ejeção do leite humano e fatores emocionais.	74	93,7	-	-	3	3,8	2	2,5	79	100,0
7. Fatores emocionais que favorecem a ejeção do leite.	1	1,3	65	82,2	7	8,9	6	7,6	79	100,0
8. Fatores emocionais que inibem a ejeção do leite.	8	10,1	64	81,0	3	3,8	4	5,1	79	100,0

Na questão nº 3 procuramos verificar se o mecanismo de produção do leite humano era conhecido pelos médicos, solicitando-se sua descrição. Apenas 17,7%(14) dos profissionais entrevistados - Tabela 9 - descreveram corretamente o mecanismo pedido, citando seus elementos essenciais: sucção - hipófise anterior - prolactina - produção de leite. A descrição dada por 5 médicos foi insatisfatória, porquanto assim se manifestaram: "a produção de leite é dada pela sucção" (1); "a sucção estimula a formação de um hormônio que produz o leite" (2); "as glândulas mamárias produzem leite por via hormonal"(1), e "a prolactina é que age na produção do leite" (1).

A proporção de médicos que descreveu erroneamente o mecanismo de produção de leite na mulher atingiu 17,7%, e estas foram as descrições obtidas: "a ocitocina é que estimula a produção de leite" (9); "a queda hormonal pós-parto libera a ocitocina responsável pela produção de leite" (2); "um hormônio faz liberar a ocitocina para a produção de leite" (1); "os receptores da aréola liberam a ocitocina que leva à produção de leite" (1) e "influências psíquicas liberam ocitocina que faz o leite ser fabricado" (1).

Mais da metade dos profissionais respondeu não saber descrever o mecanismo de produção do leite humano (Tabela 9).

O conhecimento sobre o mecanismo de ejeção do leite materno foi examinado por meio da questão nº 4. Desta vez foi menor o número de médicos que descreveu satisfatoriamente como se processa a descida do leite(7),

representando proporção diminuta do grupo estudado (8,9%). Apenas estes referiram-se aos elementos pré-estabelecidos como essenciais na descrição: sucção - ocitocina - contração das células mioepiteliais - ejeção do leite.

Para 10 médicos (12,7%) o mecanismo de ejeção de leite obedece às descrições seguintes: "a sucção da criança faz o leite descer" (5) e "é a ocitocina que faz o leite descer" (5). Tais descrições levaram-nos a considerar *insatisfatório* o conhecimento dos médicos que as apresentaram.

É importante assinalar que 10,1% (8) dos médicos estudados atribuíram a ejeção do leite humano exclusivamente às "contrações da glândula mamária" (2), à "que da hormonal pós-parto" (2), à "força da gravidade" (1), ao "aumento da prolactina" (1) e ao "sistema de vácuo criado pela boca da criança" (2).

A maioria dos médicos, totalizando 54 (68,3%), mencionou que não sabia descrever o mecanismo solicitado.

Do total de profissionais deste grupo, apenas 6 mostraram-se capazes de, simultaneamente, descrever de modo satisfatório os dois mecanismos envolvidos no processo de lactação: o da produção e o da ejeção de leite.

Respondendo à pergunta nº 6, a grande maioria dos médicos, representando 93,7% (74), mostrou conhecer que o reflexo de ejeção do leite humano sofre influência de fatores emocionais, apesar de 3 negarem tal influência e 2 informarem desconhecer que ela existe.

Pedimos a seguir aos médicos que indicassem fatores emocionais que favorecem a descida ou propulsão do leite (questão 7), tendo-se estabelecido como critério para conhecimento *satisfatório* que fossem referidos pelo menos 70% dos fatores mais conhecidos ou divulgados, ou outros de natureza emocional.

Do total de médicos apenas 1 citou 3 fatores emocionais, atendendo ao critério referido: "a confiança, a segurança e a calma". Dos médicos entrevistados, 82,2% (65) apontaram somente um ou dois fatores ligados à emoção que ajudam a ejeção do leite materno. Para 3 profissionais não há fatores emocionais que favoreçam a descida do leite e 4 referiram exclusivamente fatores não emocionais: "conhecimentos sobre aleitamento materno" e "música". Do total, 6 responderam "não sei".

Os fatores emocionais favoráveis à ejeção do leite materno, indicados pelos 66 médicos anteriormente referidos, constam da Tabela 10.

A análise da Tabela 10 evidencia que fatores emocionais notórios, como a confiança e a segurança, parecem ser desconhecidos pela maior parte dos médicos (citados respectivamente 5 e 6 vezes).

Investigamos, por meio da questão nº 8, o conhecimento médico referente a fatores emocionais que inibem a ejeção do leite humano.

Oito profissionais, que representam 10,1% dos médicos deste estudo, apontaram 3 sentimentos da mãe que podem prejudicar a descida do leite, sendo seu conhecimento

TABELA 10 - FATORES EMOCIONAIS QUE FAVORECEM A EJEÇÃO DO LEITE MATERNO INDICADOS POR 66 MÉDICOS.

FATORES EMOCIONAIS	FREQÜÊNCIA (*)
Desejo de amamentar	30
Calma	28
Amor pela criança	8
Satisfação em ser mãe	7
Segurança	6
Confiança	5
Satisfação em amamentar	3
Mãe sentir-se amada	2
Mãe sentir-se apoiada	2
Mãe sentir-se tranqüila	2
Choro do bebê	1
TOTAL	94

(*) Resposta múltipla

to considerado *satisfatório*. Estes médicos citaram mais frequentemente a "ansiedade", a "insegurança" e o "medo", como fatores que influem negativamente sobre o mecanismo pesquisado; atribuímos conhecimento *insatisfatório* a 64 (81,0%) dos informantes médicos, eis que referiram apenas 1 ou 2 dos fatores solicitados, 3 consideraram inexistentes tais fatores e 4 não foram capazes de indicá-los.

Foram obtidas 124 informações relativas a fatores emocionais que inibem a ejeção do leite materno, que mostramos na Tabela 11 (respostas de 72 médicos).

TABELA 11 - FATORES EMOCIONAIS QUE INIBEM A EJEÇÃO DO LEITE MATERNO INDICADOS POR 72 MÉDICOS.

FATORES EMOCIONAIS	FREQUÊNCIA (*)
Ansiedade	33
Stress emocional	23
Rejeição à criança	15
Rejeição à amamentação	11
Insegurança	10
Medo	9
Preocupação com a estética	7
Susto	5
Nervosismo	4
Depressão	2
Falta de confiança	2
Irritação	1
Angústia	1
Infelicidade	1
TOTAL	124

(*) Resposta múltipla

. Enfermeiras

Apresentamos na Tabela 12 a distribuição do conhecimento das enfermeiras nas questões do Tema 11.

A quase totalidade das enfermeiras (11) informou que não sabia descrever o mecanismo de produção do leite humano. Apenas uma respondeu afirmativamente a questão nº 3 do formulário, descrevendo assim o mecanismo solicitado: "a hipófise age sobre as glândulas mamárias e estas fabricam o leite". Como se vê, a sucção e o hormônio responsável pela produção de leite não foram contemplados na descrição apresentada pela informante.

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DAS ENFERMEIRAS SOBRE PSICOFISIOLOGIA DA LACTAÇÃO:

CONHECIMENTO QUESTÕES	SATISFATÓRIO		INSATISFATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº		Nº		Nº	%
3. Mecanismo de produção do leite humano.	-	-	1	8,3	-	-	11	91,7	12	100,0
4. Mecanismo de ejeção do leite humano.	-	-	-	-	1	8,3	11	91,7	12	100,0
6. Reflexo de ejeção X fatores emocionais.	11	91,7	-	-	-	-	1	8,3	12	100,0
7. Fatores emocionais que favorecem a ejeção do leite materno.	1	8,3	7	58,3	1	8,3	3	25,0	12	100,0
8. Fatores emocionais que inibem a ejeção do leite materno.	6	50,0	5	41,7	-	-	1	8,3	12	100,0

A mesma situação foi encontrada quando pedimos às enfermeiras que descrevessem o mecanismo da descida do leite materno (questão nº 4); a única que fez a descrição solicitada apresentou-a erroneamente, dizendo que "a lactina faz o leite descer", e 11 responderam não saber.

Na pergunta nº 6, praticamente todo o grupo de enfermeiras recebeu classificação do conhecimento como satisfatório. Apenas uma informante disse não saber se o reflexo de descida do leite humano sofre influência das emoções da mãe.

Quando solicitamos que indicassem fatores emocionais que favorecem a ejeção do leite (questão nº 7), uma enfermeira mencionou três deles: "segurança, calma e confiança"; metade das informantes indicou apenas 1 fator referente às emoções da mãe ("calma" ou "desejo de amamentar"), uma apontou a "calma" e o "amor pela criança", e uma fez indicação de fator não emocional ("música"). Do total de informantes, 3 referiram não saber.

A questão nº 8, metade do grupo estudado respondeu satisfatoriamente, apresentando três fatores emocionais que podem inibir a ejeção do leite materno. Com exceção de uma, que disse "não sei", as restantes apontaram somente um dos fatores solicitados.

Entre as enfermeiras, o "nervosismo", o "medo" e o "choque emocional" foram os fatores indicados mais frequentemente, respectivamente, 5, 3 e 3 vezes. Apenas 2 informantes deste grupo referiram-se à ansiedade e ne

nhuma mencionou a falta de confiança.

. Auxiliares

Na Tabela 13 mostramos os resultados referentes à avaliação do conhecimento das auxiliares nas questões relativas à Psicofisiologia da lactação.

Perguntamos às auxiliares, na questão nº 3, se sabiam "o que faz o seio fabricar o leite", buscando avaliar o conhecimento desse grupo no que concerne ao mecanismo de produção do leite materno, especialmente quanto à sucção. Assim, a sucção deveria ser mencionada na resposta, para que o conhecimento das auxiliares fosse categorizado como *satisfatório*.

Somente 33,3% (23) das informantes deste grupo atenderam ao critério adotado, referindo: "a criança suga o seio e o ato de sugar faz com que o leite seja fabricado" (12); "a criança chupa o peito e chupando faz produzir o leite" (7); "a chupada do nenê" (2); "a sugação da criança" (1); e "a criança puxa o bico do peito e o puxão faz o peito fabricar leite" (1).

Das 69 auxiliares, 30,4% (21) citaram outros fatores de alguma forma relacionados com a produção de leite, mas não a sucção. Entre as respostas dadas por esse grupo as mais freqüentes foram: "hormônios", "alimentação forte", "leite e proteínas" e "boa alimentação e repouso". Vinte auxiliares (29,0%) não souberam responder a questão feita e 5 (7,3%) deram informações consideradas

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DAS AUXILIARES SOBRE PSICOFISIOLOGIA DA LACTAÇÃO.

CONHECIMENTO QUESTÕES	SATISFATÓRIO		INSATISFATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
3. O que faz o seio da mãe fabricar leite.	23	33,3	21	30,4	5	7,3	20	29,0	69	100,0
4. O que pode fazer o leite não descer.	8	11,6	34	49,3	19	27,5	8	11,6	69	100,0
5. O que ajuda o leite da mãe a descer.	-	-	29	42,0	31	44,9	9	13,1	69	100,0

errôneas: "a natureza da mulher é que faz ter leite"(2); "certas veias que aumentam no peito" (2) e "a própria natureza da mãe, pois quem não tem natureza para fabricar o leite nem o Gestal adianta" (1).

Para investigar se as auxiliares conheciam que a descida do leite materno pode ser inibida por influência de fatores diversos, fizemos ao grupo a questão nº 4. A menção de pelo menos 3 fatores quaisquer, que interferem negativamente na ejeção do leite humano, classificaria como *satisfatório* o conhecimento da informante sobre o assunto pesquisado.

Recebemos resposta satisfatória de apenas 8 auxiliares, que representam 11,6% do grupo, sendo citados

com maior frequência: o "nervosismo", o "susto", a "dor", a "ansiedade" e "más notícias". Ninguém mencionou especificamente a falta de confiança e a insegurança. Ninguém se referiu à limitação da sucção.

Trinta e quatro auxiliares (49,3%) indicaram somente um fator que inibe a descida do leite materno, apontando mais frequentemente o "nervosismo ou nervoso", o "medo" e a "dor" (conhecimento *insatisfatório*). Do total de auxiliares entrevistadas, 27,5% (19) deram as seguintes respostas à pergunta nº 4: "não pode acontecer do leite não descer; se a mãe tem leite, ele desce" (12); "a má alimentação da mãe e a sua fraqueza" (6) e "a falta geral de hormônios no corpo" (1), classificando-se o conhecimento como *errôneo*. Oito auxiliares (11,6%) responderam "não sei".

Na questão nº 5, procuramos detectar o que sabiam as auxiliares sobre fatores que favorecem a ejeção do leite materno.

Nenhuma das auxiliares respondeu satisfatoriamente à pergunta feita e 9 (13,1%) disseram que não sabiam se existe algo que ajude o leite humano a descer; do total de entrevistadas, 42% (29) deram respostas *insatisfatórias*, tendo a maior parte indicado apenas um fator que pode interferir no mecanismo de propulsão do leite. Os fatores mais frequentemente apontados por essas auxiliares foram: "a bombinha", "a calma da mãe" e "a criança chupar o seio", referidos respectivamente 7, 6 e 5 vezes. Uma única auxiliar apontou como favorável à ejeção do

leite materno "a confiança da mãe na sua capacidade de amamentar".

É oportuno apresentar os fatores indicados como favorecedores da ejeção do leite pelas 31 auxiliares (44,9%), cujo conhecimento foi considerado errôneo. Esses fatores e a frequência com que foram mencionados com põem a Tabela 14, onde se pode verificar a carência do conhecimento das informantes sobre variáveis que podem atuar positivamente no mecanismo de descida do leite ma terno.

TABELA 14 - FATORES QUE FAVORECEM A EJEÇÃO DO LEITE MA TERNO INDICADOS POR 31 AUXILIARES COM CO NHECIMENTO CLASSIFICADO COMO ERRÔNEO.

FATORES FAVORÁVEIS A EJEÇÃO DO LEITE	FREQUÊNCIA(*)
Gestál	11
Boa alimentação	9
Vitaminas (remédio)	8
Não existem. Isso vem de família	7
Fortificantes	5
Canjica	3
Chá mate	1
Proteínas	1
Gevral	1
Leite	1
Sopa de fubá	1
TOTAL	48

(*)Resposta múltipla

. PESSOAL DE SAÚDE

Na Tabela 15 reunimos os resultados das Tabelas 9, 12 e 13 e apresentamos a distribuição do conhecimento dos três grupos estudados no que diz respeito à matéria que o Tema II abrange. Os totais referem-se ao número de respostas dadas pelos informantes.

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DO PESSOAL DE SAÚDE SOBRE O TEMA II - PSICOFISIOLOGIA DA LACTAÇÃO.

PESSOAL DE SAÚDE \ CONHECIMENTO	SATISFATÓRIO		INSATISFATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL DE RESPOSTAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médicos	104	26,3	144	36,5	35	8,9	112	28,3	395	100,0
Enfermeiras	18	30,0	13	21,7	2	3,3	27	45,0	60	100,0
Auxiliares	31	15,0	84	40,5	55	26,6	37	17,9	207	100,0
TOTAL	153	23,1	241	36,4	92	13,9	176	26,6	662	100,0

Examinando-se os dados da Tabela 15, parece inquestionável que o conhecimento da população estudada, no que se refere à psicofisiologia da lactação, deixa muito a desejar.

Nossos resultados mostram que, entre os médicos participantes desta investigação, é predominante a proporção de conhecimento *insatisfatório* (36,5%), na totalidade das questões propostas sobre o processo de lactação e fatores que interferem na ejeção do leite *materno*.

no, enquanto que no grupo de enfermeiras prepondera o percentual relativo à ausência de conhecimento nessa área.

A situação do conhecimento das auxiliares parece ainda pior, considerando-se que, ante as perguntas relacionadas com a psicofisiologia da lactação, 85% das respostas dadas pelas informantes desse grupo classificaram o conhecimento como *insatisfatório, errôneo ou ausente*.

Refletindo sobre os resultados obtidos no Tema II é pertinente indagar: se foi tão baixa a proporção de conhecimento *satisfatório* alcançada pelo pessoal de saúde no conjunto das questões que exploraram o que ele sabe sobre a psicofisiologia da lactação (23,1%), como esperar que os profissionais e auxiliares estudados possam desincumbir-se da função educativa que lhes é atribuída? Se a própria população do estudo parece estar tão carente de informação sobre o processo de lactação, como poderão transmitir à clientela ensinamentos atualizados e precisos? E se, como sugerem nossos resultados, estes médicos, enfermeiras e auxiliares desconhecem que a confiança e a segurança são sentimentos que atuam positivamente na disponibilidade de leite no seio materno, como almejar que expliquem esse fato às gestantes e mães, buscando transmitir a elas tais sentimentos?

Por certo, as respostas às indagações sugeridas pelos nossos resultados justificam a preocupação manifestada por especialistas na área do aleitamento materno,

no que concerne ao preparo do pessoal de saúde sobre a matéria.

TEMA III - Controle do aleitamento materno

A - *Fundamentação teórica*

Nas sociedades onde o aleitamento natural declinou, o conhecimento tradicional foi perdido e não existem mais "doulas"^{89,90}. Torna-se então necessária a intervenção educativa planejada, visando restabelecer o aleitamento ao seio, cabendo o papel de "doula" ao pessoal de saúde^{40,178,262}.

O conjunto de ações, o estímulo e o apoio que devem ser propiciados pelo pessoal de saúde para favorecer o êxito do aleitamento natural constituem o que a literatura refere como "controle ou supervisão do aleitamento materno"^{8,18,119,165,206}. Para eficácia desse controle, as ações educativas das que atuam na área materno-infantil devem abranger todas as etapas que o processo global de alimentação ao seio abrange, vale dizer: preparação, início e estabelecimento, e manutenção do aleitamento materno.

A fase de preparo para o aleitamento materno reveste-se de grande importância para que as mães adotem e sejam bem sucedidas na amamentação. BARNES JÚNIOR e colaboradores¹⁸ relatam a forma de atuação conjunta dos integrantes da equipe de saúde (pediatra, obstetra, en

fermeira e auxiliares) no preparo pré-natal da mulher para a amamentação. Ressaltam o valor desse atendimento para a gestante, que oferece a ela oportunidade para discutir sobre aleitamento materno com o pessoal de saúde e esclarecer dúvidas, bem como possibilita à mulher ganhar confiança na sua capacidade de produzir leite e de amamentar; ainda mais, a gestante tem o ensejo de aprender técnicas que preparem o seio e facilitem posteriormente a alimentação natural.

APPLEBAUM⁸ declara-se convencido de que a orientação pré-natal dirigida ao aleitamento materno paga dividendos depois do parto. Salaria, repetidamente, a necessidade e vantagens do preparo da gestante para a amamentação^{8,9,11}. Segundo esse especialista, a instrução e apoio referentes ao aleitamento materno conferidos na gravidez permitem: estimular o desejo de amamentar; dar esclarecimentos sobre a capacidade de lactar, presente em toda mulher; explicar a dinâmica da lactação e a labilidade do reflexo de ejeção; induzir confiança; habilitar a mulher a preparar e cuidar corretamente dos seios; capacitar a gestante na execução de técnicas que previnem dificuldades no aleitamento materno, e dissipar dúvidas, temores e preconceitos sobre a amamentação.

HARFOUCHE⁸⁸ afirma que a qualidade do preparo pré-natal influi decisivamente no sucesso ou fracasso da alimentação ao seio. Nesse sentido FREEDMAN⁶⁴ verificou ser mais elevada a percentagem de mães que tiveram êxito na amamentação entre aquelas que receberam orientação pré-natal para o aleitamento materno.

VORHERR²⁵³ também considera indispensável que se faça o preparo da mulher durante a gravidez para que a alimentação ao seio seja bem sucedida. Para ele, a gestante deve ser levada a criar atitudes favoráveis à amamentação, receber orientação quanto à dieta, tendo em vista a gravidez e o período de lactação, e aprender a manipular os seios, preparando-os para o aleitamento.

A função de "doula", atualmente delegada ao pessoal de saúde, se estende à etapa de início e estabelecimento do aleitamento materno, que comumente ocorre no ambiente hospitalar. WINIKOFF e BAER²⁶² conferem papel de destaque aos obstetras e pessoal de enfermagem, quanto à educação das mães, para que se consiga aumentar a prevalência e duração do aleitamento materno. Todavia, STITT²³³ e KIMBALL¹²⁷ ressaltam como igualmente importante o papel dos pediatras, enfermeiras e pessoal auxiliar para reforçar os esclarecimentos dados por obstetras na área da alimentação natural.

A pesquisa de LADAS¹³² demonstrou que os fatores mais estreitamente relacionados com o sucesso do aleitamento materno são a informação e apoio dispensados às mães; e mais, que os melhores resultados se conseguem quando a orientação e estímulo são recebidos pela mulher antes e depois do nascimento do bebê. Confirmando esses achados, BACON e WYLIE¹⁴ verificaram na Inglaterra que a informação, ajuda prática e suporte emocional às mães devem ser propiciados durante o período pré-natal e mantidos depois do parto (tanto no hospital quando depois da alta), com seguimento da mãe no domicílio. Caso

contrário, referem esses pesquisadores, todo o esforço dispendido no preparo pré-natal da mulher será desperdiçado. Da mesma forma, JELLIFFE¹²⁴ recomenda que o pessoal de saúde faça o preparo da mulher para a amamentação durante a gravidez, e continue a orientá-la no hospital e no ambiente familiar, utilizando para esta última atividade o pessoal incumbido da visita domiciliar. Também PLATA-RUEDA¹⁸² alerta que as mães devem ser orientadas para o aleitamento materno durante o atendimento pré-natal, no período hospitalar e depois da volta ao lar, "ocasião em que numerosos fatores geradores de angústia, medo ou fadiga, tendem a inibir o reflexo de ejeção".

A necessidade do prosseguimento da orientação de mães durante o puerpério imediato, e mesmo após seu término, pode ser visualizada reportando-nos ao trabalho de SOUSA²²⁹ em nosso meio. Esse investigador aponta e descreve 4 períodos vulneráveis da lactação, ocasiões em que, por falta de conhecimento, por influências emocionais e de práticas que prejudicam a produção e ejeção do leite materno, pode ocorrer o desmame precoce. Esses períodos são os primeiros minutos e horas pós-parto, o regresso da mãe e criança ao lar, o término do puerpério e re-início da vida sexual da mãe (6ª semana pós-parto), e o primeiro ciclo menstrual pós-parto.

Como se pode depreender, todos os integrantes da equipe de saúde têm sua parcela de responsabilidade no desenvolvimento de atividades educativas visando ao controle do aleitamento materno, considerado como um pro

cesso global, Assim, os conhecimentos, atitudes e habilidades transmitidos pelo pessoal de saúde às gestantes devem ser favorecidos, estimulados, reforçados e mantidos pela equipe que atua com mães por ocasião do parto, no puerpério imediato e meses seguintes.

Existem diferenças na prática do aleitamento materno entre comunidades onde a alimentação ao seio é a regra e naquelas onde constitui exceção. JELLIFFE e JELLIFFE¹¹⁹, descrevendo como se desenvolve a alimentação natural em comunidades tradicionais, referem que nelas o aleitamento materno é bem sucedido porque é "biológico". Entre as características que esses Autores apontam para assim classificar a alimentação ao seio em tais comunidades, destacam-se: o início da amamentação logo após o parto, o contato estreito e permanente entre mãe e criança, a amamentação sob demanda ao longo do dia e da noite, nos primeiros meses, a introdução de outros alimentos na dieta infantil após os 6 meses de idade e o aleitamento prolongado, isto é, que se continua por 2 anos e mais. Ressalte-se ainda que nessas comunidades o aleitamento materno não encontra obstáculos; pelo contrário, os padrões que caracterizam a alimentação ao seio favorecem a produção e ejeção do leite.

Nas sociedades industrializadas, onde é acentuado o declínio do aleitamento natural, a situação da jovem mãe é bem diferente, como comentam JELLIFFE e JELLIFFE¹¹⁹ "a mãe inexperiente, que não recebeu nenhuma informação sobre a arte de amamentar, especialmente pela observação, e que não foi preparada para o aleitamento materno

no período pré-natal, defronta-se ainda com muitas práticas da rotina hospitalar que contribuem para aumentar sua ansiedade, e prejudicam os reflexos da prolactina e da ocitocina", comprometendo, assim, a produção e disponibilidade do leite materno.

JELLIFFE e JELLIFFE^{113, 119}, GUSSLER e BRIESEMEISTER⁷⁸, WHO-UNICEF²⁶¹, entre outros, apontam várias práticas usadas nos hospitais e adotadas pelo pessoal de saúde que tornam mais difícil o preparo para o aleitamento materno, seu início, estabelecimento e manutenção. Além de outras, é oportuno assinalar as seguintes: o aconselhamento pré-natal ambivalente e deficitário, o uso rotineiro de partos cirúrgicos, do forceps e/ou episiotomia, o emprego de anestésicos e analgésicos por ocasião do parto, a separação da mãe e criança, o retardo da primeira mamada, a ministração ao recém-nascido de alimentação pré-láctea e complementos por mamadeira, o uso de horários rígidos de amamentação (3 a 4 horas), a eliminação de mamadas noturnas, a pesagem antes e depois das mamadas, o emprego de medicamentos que cessam a produção de leite, a prescrição de pílulas anti-concepçionais que inibem a lactação, e a orientação inadequada sobre a alimentação recomendada às nutrizes.

Essas práticas que prejudicam o sucesso do aleitamento materno podem ser anuladas por intermédio do próprio pessoal de saúde. Diversos estudos comprovam tal possibilidade.

SLOPER e colaboradores²²¹ mostram que um único se

minário, destinado a aumentar o interesse e conhecimento da equipe de enfermagem, elevou de 14% para 37% a incidência do aleitamento materno na alta hospitalar e eliminou a rotina estabelecida de dar mamadeiras complementares a recém-nascidos alimentados ao seio. Quando esse estudo foi repetido 2 anos mais tarde²²², a proporção de mães que amamentavam ao saírem do hospital tinha aumentado para 52%, prolongando-se também a duração do aleitamento materno.

Estudo prospectivo em Singapura, realizado por WONG²⁶⁵, demonstrou que 72% das mães iniciaram a amamentação em uma enfermaria onde parteiras e enfermeiras treinadas promoveram entusiasticamente o aleitamento natural e em que foi proibida a complementação do seio com mamadeira. Na enfermaria que serviu de controle, onde a equipe de saúde tinha apenas interesse na obediência à rotina do serviço e o seio era complementado com mamadeira, apenas 47% das mães começaram a amamentar.

DE LA JARA e MERINO⁵⁶, no Chile, comprovaram que um médico convencido do valor do aleitamento materno, e ativo promotor deste, conseguiu que 60% das crianças sob seu controle chegassem aos 6 meses de idade alimentadas exclusivamente ao seio. Esses Autores enfatizam que "a influência do médico e do resto da equipe de saúde, inclusive o pessoal subalterno, é de vital importância para a promoção do aleitamento materno".

No Brasil, SOUSA e SOUSA²²⁶ relataram um aumento de 50% na duração do aleitamento materno quando a

equipe de saúde instituiu a amamentação imediatamente a pós o parto e o alojamento conjunto.

Para o exercício da função educativa em favor do aleitamento natural, entretanto, médicos, enfermeiras, auxiliares e outros que desenvolvem atividades na área materno-infantil precisam, preliminarmente, ter conhecimentos referentes a diversas práticas relacionadas com a alimentação ao seio e identificar que tipo de influência exercem no controle desse processo. Alguns desses conhecimentos foram investigados neste estudo.

- Estímulo para a produção de leite

Existe consenso entre os especialistas em aleitamento materno a respeito dos melhores estímulos para a produção de leite: a sucção ativa e frequente dos seios e seu esvaziamento^{11, 88, 116, 142, 233, 253, 255}. PLATA-RUEDA¹⁸² refere mesmo que, além de melhores estimulantes da lactação, a sucção vigorosa e frequente e o esvaziamento da glândula mamária "possivelmente serão os únicos". Realmente, a secreção de prolactina, principal agente hormonal da produção de leite humano, é proporcional à estimulação do mamilo e aréola, ou seja, à quantidade e vigor da sucção da criança. EGLI e colaboradores⁵⁹ comprovaram o valor da sucção como galactagogo: diminuindo o número de mamadas obtiveram conseqüentemente diminuição da produção de leite. AONO e colaboradores⁷ também verificaram que o início da produção de leite humano está estreitamente relacionado com o aumento dos níveis

de prolactina, induzido por adequada sucção do bebê.

APPLEBAUM⁸ explica que, quando os seios não são bem esvaziados, os resíduos do leite se acumulam no sistema de ductos, os tecidos mamários tornam-se ingurgitados, há estase venosa e linfática e aumento da pressão dentro dos canais do sistema de drenagem do leite. À medida que a pressão intramamária aumenta, ocorrem involução e atrofia das células glandulares secretoras de leite e das células mioepiteliais, resultando diminuição da produção de leite e enfraquecimento do reflexo de ejeção. A estase do leite, sem apropriada drenagem, pode causar ingurgitamento, inflamação e infecção nos seios, que muitas vezes precipitam o abandono do aleitamento materno.

Não resta dúvida que outros fatores, como, por exemplo, a alimentação da mãe que amamenta e seu estado nutricional, estão também relacionados com a quantidade e qualidade do leite produzido, porém, não são os agentes de estimulação básicos e mais importantes para a produção do leite materno. Nesse sentido, a sucção ativa e freqüente dos seios e seu esvaziamento têm primazia, sendo esse o conceito adotado para avaliar o conhecimento da população estudada.

- Analgesia e anestesia

Entre as práticas que prejudicam a produção de leite materno e a amamentação estão a anestesia e analgesia ministradas à parturiente^{9,27,47,88,116,130,209}. Os

estudos de BRAZELTON²⁷ e de KRON e colaboradores¹³⁰ evidenciaram que as drogas usadas para analgesia e anestesia obstétrica cruzam a placenta e rapidamente adentram a circulação fetal. Como não existem mecanismos bem desenvolvidos para a eliminação de barbitúricos, a droga fica armazenada nos tecidos do recém-nascido por muitas horas e dias após o parto. Esses investigadores verificaram que a ação depressora das drogas ministradas à mãe no decurso do parto se faz sentir no sistema nervoso central, causando escassa reação da criança aos estímulos do meio, débil reflexo de sucção e diminuída capacidade para sugar, consequências que podem perdurar por 2 a 4 dias após o parto. Dessa forma, a anestesia e analgesia da mãe interferem negativamente tanto na produção de leite quanto na amamentação.

No que diz respeito à produção de leite, a ministração de anestésicos e analgésicos à mãe prejudicam a sucção da criança¹¹⁶ e comprometem o esvaziamento dos seios¹⁹³. Quanto à amamentação, a sedação materna produz os seguintes efeitos negativos: retardam o início da amamentação⁴⁸, diminuem a habilidade de sucção da criança^{88,223} e abalam a confiança da mãe na capacidade de amamentar, inibindo a ejeção do leite⁸.

- Preparo pré-natal para o aleitamento materno

O preparo da mulher para o aleitamento materno, durante o período pré-natal, envolve várias atividades que devem ser executadas pelo pessoal de saúde. Uma delas é

o exame dos seios, prática que se destina a verificar as condições do mamilo e considerada indispensável no atendimento à gestante^{8, 18, 23, 88, 142, 177, 182, 230, 234, 255, 257, 258}. Como ressalta APPLEBAUM⁸, parte do sucesso da amamentação depende da habilidade mecânica do infante para esticar o mamilo contra o p^álato duro, a fim de iniciar, manter e reforçar a sucção. Quanto mais longo o mamilo, mais efetiva a batida contra o sulco do p^álato e mais forte a sucção e compressão¹¹, favorecendo, por tanto, a lactação e a amamentação. Nem sempre, porém, os mamilos apresentam condição plenamente satisfatória para o ato de amamentar, especialmente nas primíparas. Por isso mesmo o exame dos seios é necessário e deve ser completado pela aplicação do teste preconizado por WALLER²⁵⁵, que permite detectar mamilos em situação imprópria, por exemplo, achatados, com protusão deficiente e retr^âteis ou "pseudo-invertidos", no dizer de APPLEBAUM⁸.

O teste de WALLER²⁵⁵ é rápido e não apresenta dificuldade: consiste em comprimir a aréola, entre o polegar e o indicador, bem atrás da base do mamilo. O mamilo protr^âtil torna-se ainda mais protuso ante a compressão da aréola. Os mamilos "pseudo-invertidos" ou retr^âteis recolhem-se para dentro da aréola quando esta é pressionada. Tais mamilos, indubitavelmente, dificultam o aleitamento materno. A sucção não atinge a aréola, gerando duas consequ^uências: a criança não consegue expressar o leite dos reservatórios l^âcteos e a força da sucção recai sobre a superfície do mamilo, podendo danificá-lo.

Entretanto, os mamilos retráteis ou "pseudo-invertidos" podem ser corrigidos por intermédio de exercício simples praticado pela gestante. O exercício empregado por HOFFMAN⁹³, com excelentes resultados, continua a ser recomendado para romper as aderências situadas sob a pele da aréola e que fazem o mamilo tornar-se retrátil^{7,8} 104,177,209,250,252,264. O exercício de HOFFMAN é simples: a gestante deve "colocar os polegares, um ante o outro, bem junto à base do mamilo. Pressionar com firmeza o tecido do seio e gradualmente ir puxando os dedos para fora da aréola. Este movimento é feito no sentido horizontal e vertical⁹³.

Já não se pode duvidar que a correção dos mamilos é indispensável para favorecer o aleitamento materno. Recentemente, AONO e colaboradores⁷ constataram que mães que produziam pouco leite também tinham mamilos pouco protusos e retráteis, causando baixo incremento de prolactina, por inadequado estímulo de sucção. Esses pesquisadores alertam que é muito importante corrigir os mamilos retráteis durante a gravidez para que seja obtida uma boa resposta de prolactina a partir da sucção.

BARNES JÚNIOR e colaboradores¹⁸ enfatizam a necessidade do exame pré-natal dos seios, tendo em vista o aleitamento materno, pelas seguintes razões, que resumem as argumentações de diversos especialistas: revela problemas anatômicos passíveis de correção, possibilita dar confiança à mãe na capacidade de amamentar e demonstra o interesse do médico pelo aleitamento materno. Estas razões foram por nós utilizadas para avaliar o co

nhecimento do pessoal de saúde estudado, no que concerne ao exame dos seios durante o período pré-natal.

A fase de preparo para a lactação e amamentação exige que o pessoal de saúde, além de dar informações precisas e atualizadas, torne a mãe capaz de executar várias práticas que facilitam a alimentação da criança ao seio. Extraímos da literatura consultada as práticas mais freqüentemente recomendadas e as adotamos para a avaliação de conhecimentos neste estudo, já que cabe à equipe de saúde ensinar à mulher, no período pré-natal, o que ela deve fazer para favorecer o aleitamento materno. Tais práticas são:

1.^a) Massagem nos seios^{8, 18, 23, 165, 209, 230, 234, 253}.

Para BARNES JÚNIOR e colaboradores¹⁸, a massagem, além do preparo dos seios, é útil para concentrar o interesse da gestante no aleitamento materno e proporcionar a ela algo tangível para fazer nessa fase de preparação. APPLEBAUM⁸ refere que a massagem nos seios é conveniente para dilatar os canais e "sinus" galactóforos, pelo estiramento de suas paredes. VORHERR²⁵³ preconiza no período pré-natal a massagem recomendada por BARNES JÚNIOR, e colaboradores¹⁸ e por NEWTON e NEWTON¹⁶⁵, ressaltando que melhora a turgescência do seio e mamilo e revigora a pele deste e da aréola: "massagear com lanolina, de leve mas com firmeza, os seios, aréola e mamilo, usando toalha macia". SANTORO e colaboradores²⁰⁹ descrevem outra técnica de massagem,

geralmente usada juntamente com a expressão ma
nual dos seios: "na massagem, cada seio é tomado
do por ambas as mãos ao mesmo tempo, de modo que
os polegares são colocados na face superior-anter
terior, um em frente ao outro. Os demais dedos
são colocados na parte inferior-posterior. Suave
vemente, exerce-se pressão de cima para baixo
na direção do mamilo". Esta técnica é recomenda
da por APPLEBAUM⁸ e por TAGGART²³⁴, entre outro
s.

2.^a) Exercício para a preparação e protusão do mamilo,
indicado para tornar os mamilos mais flexíve
is e elásticos, assim como mais protráteis²³⁴
135,234,250,252,264. ENDRESEN e HELSING⁶⁰ descre
vem a técnica a ser empregada: "após lavar
as mãos cuidadosamente, use três dedos para pux
ar o mamilo para fora tanto quanto possível,
sem que ele doa. Repita. Este movimento imita
a sucção do bebê. Pode ser útil usar um creme
lubrificante nas pontas dos dedos quando fizer
isto".

3.^a) Higiene e cuidados com os seios, durante a gravi
dez, merecem especial atenção^{9, 60, 104, 135, 165,}
182,234,250,252,253. As recomendações mais menciona
das são as seguintes:

. não usar "soutien" apertado, para evitar compr
essão e achatamento dos mamilos e condutos
lâcteos^{60, 135, 165;}

- . não usar "soutien" com revestimento de plástico ou "nylon"; pode irritar a pele ,impede a aeração e mantém a pele úmida^{60,67,234};
- . lavar os seios somente com água, para proteger o sensível epitélio mamilar^{8,104,135,165,234,250};
- . não usar sabão, sabonete, álcool, benjoim, ácido bórico e outras substâncias nos seios; suprimem a proteção natural da pele, ressecam-na e predispõem à formação de fissuras^{9,60,104,135,168,182,234,250,252,253};
- . expor os mamilos ao ar e sol para revigorar a pele e prevenir rachaduras^{67,182,234};

4.^a) Expressão manual do colostro, nas últimas semanas da gravidez. É prática das mais preconizadas e consideradas muito importante^{9,18,23,67,88,104,135,195,233,234,252,253};

A enumeração das vantagens que a expressão pré-natal do colostro propicia ressalta a importância dessa prática que a gestante deve executar:

- . assegura a desobstrução dos ductos lácteos^{8,18,23,67,135,233};
- . aumenta a protusão e elasticidade dos mamilos^{8,233};
- . familiariza a mãe com a técnica de expressão manual dos seios, que é de considerável ajuda nas primeiras semanas de lactação^{18,23,233,234};

- . facilita à mãe aprender e praticar a expres
são manual dos seios, o que é extremamente
difícil mais tarde, quando os seios es
tão ingurgitados^{10, 88, 233};
- . diminui o ingurgitamento pós- parto^{9, 18, 23,}
^{67, 135, 233};
- . fortalece a produção de leite e o reflexo de
ejeção pós-parto, e melhora o vigor da suc
ção^{8, 11, 165};
- . produz acentuado efeito psicológico positivo
sobre a mãe, induz confiança e supera aver
sões quanto à manipulação dos seios^{8, 148, 233}.

SANTORO e colaboradores²⁰⁹ descrevem a técnica de expressão manual do colostro: "na expressão a mão esquerda segura o seio, estando o polegar na face superior-anterior e os demais dedos na face inferior-posterior. O polegar e o indica
dos da mão direita são colocados na borda areo
lar deslizando em toda a sua extensão, pressio
nando para dentro e para atrás".

- 5.^a) Seleção da alimentação adequada. No período pré-natal a mulher precisa capacitar-se em ou
tra prática essencial: escolher de modo corre
to os alimentos que compõem sua dieta diária, visando atender às suas necessidades nutricio-
nais e do feto, bem como permitir prepara
ção adequada para a lactação^{10, 88, 119, 135, 148, 165,}
²⁵³.

Ainda que o conhecimento por si só não baste para assegurar ingestão apropriada, ante os múltiplos e complexos fatores que influem no comportamento alimentar, é indispensável saber para que sejam possíveis decisões corretas no que respeita à alimentação.

O início e estabelecimento da lactação constitui fase crítica do processo de aleitamento materno. Sua vulnerabilidade é tão grande que, muitas vezes, o tipo de atendimento dispensado nas primeiras horas e dias do puerpério pode determinar o sucesso ou fracasso da alimentação ao seio²³³. Certas práticas e rotinas adotadas no ambiente hospitalar influem negativamente sobre o aleitamento materno. Entretanto, é válido supor que, se a mulher for preparada física e psicologicamente no período pré-natal e dispuser de conhecimentos sobre o que deve fazer para facilitar o processo de lactação e amamentação, poderá opor resistência às influências desfavoráveis ou superar as dificuldades criadas por elas. Assim, terá maior probabilidade de iniciar e manter a alimentação de seu filho ao seio. Essa probabilidade aumentará se os conhecimentos, atitudes e práticas adquiridos forem reforçados durante a primeira consulta pós-parto e nos meses seguintes. Antes de tudo, entretanto, é preciso que a equipe de saúde da área materno-infantil possua conhecimentos corretos sobre as diversas atividades que compõem a técnica do aleitamento para poder transmití-los a gestantes e mães. Parte desses conhecimentos foram por nós investigados.

- Início da amamentação

É extensa a literatura que recomenda seja a amamentação iniciada o mais cedo possível, nas primeiras horas depois do parto, antes das 12 horas pós-parto e mesmo na sala de parto^{6, 10, 18, 56, 60, 67, 76, 104, 118, 124, 136, 158, 165, 182, 187, 233, 234, 250, 253, 264}.

Inexiste evidência científica que justifique qualquer tempo de espera para iniciar a amamentação, se mãe e criança estão bem, adverte COOK⁴⁵. No entanto, SOUSA e colaboradores²³² referem que, ainda hoje, a maioria dos recém-nascidos, tanto no Brasil, quanto em outros países, aguarda a primeira mamada por um longo período de tempo: 24 a 72 horas. Retardar o início da amamentação significa privar mãe e criança de inúmeras vantagens, afirmam os especialistas. A amamentação nos primeiros momentos e horas de vida pós-parto permite:

- 1º) estimular lactação precoce^{8, 18, 49, 56, 67, 104, 165, 187, 234, 250, 253};
- 2º) facilitar o fluxo do leite pela drenagem mais rápida do colostro^{8, 18};
- 3º) propiciar ingestão de colostro com o máximo teor de imunoglobulinas^{8, 49, 67, 136, 187, 234};
- 4º) provocar expulsão precoce do mecônio^{8, 49, 119, 136, 234};
- 5º) controlar o nível de bilirrubina pela evacuação precoce do mecônio⁴⁹;

6º) prevenir hemorragia pós-parto^{8, 36, 60, 67, 118, 136, 165, 233, 234, 250;}

7º) facilitar a involução uterina^{60, 67, 119, 136, 253;}

8º) favorecer o relacionamento mãe-criança^{10, 55, 56, 119, 224;}

9º) estimular afeição materna^{67, 119, 167, 224.}

Convém destacar os resultados de algumas pesquisas relacionadas com o início precoce da amamentação. EPPINK⁶¹, em 1969, comparou recém-nascidos amamentados antes de 8 horas e depois de 24 horas pós-parto; os primeiros mostraram um ajustamento mais fácil e espontâneo à amamentação e menor perda de peso corporal no 3º dia de vida. Outros estudos mostram que o contato imediato entre mãe e filho após o parto contribui decisivamente para incidência e manutenção do aleitamento materno. SOUSA e colaboradores²³² observaram "um aumento significativo na amamentação até os 2 meses de vida, quando a criança é colocada ao seio logo após o nascimento, e permanece sempre junto com a mãe no hospital e recebe uma orientação de estímulo ao aleitamento". DE CHÂTEAU e colaboradores⁵⁵, examinando a influência da amamentação imediatamente após o parto sobre o aleitamento materno, verificaram que essa prática levou a um prolongamento de 2 meses e meio na duração da alimentação ao seio e também influiu positivamente na cooperação mãe-criança durante o ato de amamentar.

A literatura menciona diversos estudos que sugerem existir um curto período após o parto que pode ser crítico para o desenvolvimento de uma fácil, forte e dura

doura ligação afetiva entre a mãe e seu filho, chamado "período sensitivo". As investigações de SOSA e colaboradores²²⁴ demonstraram que o "período sensitivo" materno é menor que 12 horas. Esses Autores concluíram ainda que o estreito contato mãe-criança, durante os primeiros minutos e horas depois do nascimento, pode aumentar significativamente a incidência e duração do aleitamento materno, bem como beneficia a saúde e crescimento da criança no primeiro ano de vida.

Práticas que vêm sendo intensamente criticadas pelos interessados em estimular o aleitamento materno referem-se à ministração de água com glicose ao recém-nascido, antes da amamentação ser iniciada, e de complementos lácteos, por mamadeira.

- Ministração de solução de glicose

Ministrar água edulcorada à criança, antes do início da amamentação, é prática desaconselhada: compromete a produção e ejeção do leite materno, pelo enfraquecimento da sucção e prejuízo que causa no esvaziamento dos seios, além de ser desnecessária do ponto de vista fisiológico^{8,18,49,119,182,193,233,250}; quanto a este último aspecto, o colostro supre as necessidades nutricionais do recém-nascido, que são relativamente baixas, e também a de líquidos. A crença de que a ministração de solução de glicose, antes de iniciar a amamentação, afeta positivamente o controle da icterícia fisiológica do recém-nascido não encontra embasamento científico⁴⁹.

- Complementação

Existe unanimidade entre profissionais de diversas áreas no sentido de contra-indicar o fornecimento de mamadeiras para complementar a alimentação ao seio, especialmente ao período inicial da lactação e amamentação^{6,8,9,45,49,104,118,158,170,187,193,233,234,250}.

A complementação é considerada um dos maiores obstáculos no êxito do aleitamento materno. GUNTHER⁷⁶ refere que existe um "estímulo de sinal" operando no mecanismo de sucção do recém-nascido, que deve ocorrer durante 4 ou 5 dias depois do nascimento, sob pena de ser perdido o efeito total da resposta. O primeiro "estímulo de sinal" propiciado ao bebê intra-oralmente cria uma resposta de sucção automática e típica para esse estímulo.

Convém notar que o "estímulo de sinal" do mamilo e do bico de borracha são diferentes, levando a diferentes respostas de sucção. Se o recém-nascido for sujeito, simultaneamente, ao "estímulo de sinal" do mamilo e do bico de borracha, o mecanismo de sucção ao seio torna-se mais fraco e o "super-estímulo de sinal" do bico de borracha leva a criança a rejeitar o seio^{76,119,223}. Os estudos de DAVIS e colaboradores⁵³ mostraram bem a influência perniciosa da alimentação por mamadeira em relação à sucção do recém-nascido. Esses investigadores, examinando as atividades orais de bebês alimentados por diferentes métodos, durante os 10 primeiros dias de vida, demonstraram que as crianças alimentadas por mama

deiras desenvolveram um reflexo de sucção mais fraco do que as alimentadas exclusivamente ao seio. Por isso mesmo, como aconselham NEWTON e NEWTON¹⁷⁰, é uma imprudência ofertar mamadeira ao recém-nascido, numa ocasião em que o vigor da sucção deve ser suficiente para desencadear o reflexo de ejeção, do qual depende a disponibilidade do leite materno. Alternar os estímulos do seio e da mamadeira serve apenas para confundir a resposta oral do bebê⁸.

Há ainda outros efeitos desfavoráveis da complementação, que induzem ao abandono do aleitamento materno: o menor esforço exigido da criança para obtenção de fluxo satisfatório de leite^{8, 119, 158, 187, 234}; a diminuição do apetite da criança, que prejudica a sucção ao seio e seu esvaziamento^{9, 67}, e os sentimentos negativos que desperta na mãe quanto à sua adequação para amamentar^{8, 119, 167}.

As justificativas apresentadas pelos diversos especialistas que são contrários à complementação das mamas ao seio, mormente durante os primeiros dias de vida, podem ser assim resumidas:

- 1º) sacia o bebê e diminui o vigor da sucção, prejudicando o processo de lactação;
- 2º) leva ao desinteresse pelo seio tendo em vista a obtenção mais fácil do leite por mamadeira;
- 3º) confunde a criança, porque os mecanismos de sucção ao seio e à mamadeira são diferentes;

- 4º) habitua o bebê ao sabor mais doce do complemen
to e leva à rejeição do seio;
- 5º) abala a confiança da mãe, interferindo negati-
vamente na ejeção do leite e no ato de amamentar;
- 6º) é desnecessária, porque a produção da mãe atende
às necessidades nutricionais do bebê.

- Amamentação sob demanda

O conhecimento científico atual, no que se refere ao processo de lactação e à amamentação, indica ser recomendável, sob todos os aspectos, que a frequência da alimentação ao seio seja estabelecida pela demanda da própria criança. Assim se comportam os especialistas que estimulam o aleitamento natural^{6, 18, 47, 56, 60, 88, 104, 118, 148, 152, 158, 170, 182, 213, 233, 234, 250}.

O aleitamento materno sem limitações, típico das comunidades onde a alimentação ao seio é bem sucedida e o desmame é tardio, não restringe a sucção¹⁶⁴: a criança é amamentada sempre que mostra sinal de fome ou se apresenta inquieta. Ao contrário, nas comunidades onde se pratica o aleitamento materno chamado "simbólico"¹⁶⁴, há normas diversas, que entravam o êxito e a duração da alimentação natural, entre elas a restrição do número de mamadas pelo estabelecimento de horários para a amamentação. NEWTON¹⁶⁶ mostra claramente que o fenômeno do declínio do aleitamento materno é simultâneo à adoção, pela Pediatria, de regras que limitam a sucção, aumentando

do o intervalo entre as mamadas. O estudo de EGLI e colaboradores⁵⁹ evidencia que a produção de leite humano é proporcional ao número de mamadas. Esta e outras investigações citadas por McGEORGE¹⁴⁰ e relatadas por HARFOUCHE⁸⁸ comprovam a eficácia da amamentação freqüente e sob demanda para iniciar e manter o aleitamento materno por tempo mais prolongado.

Parecem bastante justas as ponderações feitas por alguns Autores em relação aos horários fixos de amamentação. HELSING⁹⁰ declara que "freqüentemente as práticas de aleitamento materno recomendadas constituem uma espécie de extrapolação das regras e rotinas da alimentação artificial: o horário de amamentação a cada 3 horas, a duração exata e restrita das mamadas, e outras. Essas regras desrespeitam totalmente a *individualidade*, que é uma característica inevitável do aleitamento materno, e, ao invés disso, impõem às mães regularidade e precisão, traço inevitável da alimentação artificial". LA LECHE LEAGUE INTERNATIONAL¹³⁵, em 1978, ao aconselhar às mães que deixem com o bebê a decisão sobre o intervalo entre as mamadas, afirma: "a idéia de um intervalo de 4 horas ficou enraizada na mente do povo, como resultado dos horários das maternidades e da alimentação artificial. Os horários dos hospitais foram estabelecidos assim, porque se ajustam à conveniência dos estabelecimentos e do pessoal de enfermagem, melhor do que à conveniência do bebê. Adota-se esse intervalo na alimentação artificial, porque esta não é tão adaptada ao sistema digestivo do bebê quanto o leite materno e, portanto,

demora mais a ser digerida". ANDRADE E SILVA e colaboradores⁶, apresentando as normas adotadas recentemente por pediatras para profilaxia do desmame precoce, ressaltam, entre elas, a conduta médica ante a queixa da mãe de que a criança não espera 3 horas para mamar: "lembrar que o intervalo de 3 horas é arbitrário. Desfazer a idéia de horários fixos: mamar simplesmente quando tiver fome. Nos primeiros dias até de hora em hora. Já está demonstrado que, quanto mais a criança mamar a intervalos curtos, mais a mãe terá leite. Aos poucos a criança vai fazendo o seu próprio horário regular".

As razões apresentadas pelos promotores do aleitamento materno para recomendar a amamentação sob demanda são as seguintes:

- 1º) estimula o processo de lactação, pela sucção mais vigorosa quando ocorre fome^{18,67,104,148,213,233};
- 2º) permite maior número de mamadas favorecendo a secreção de prolactina e de ocitocina^{59,118,170};
- 3º) previne e diminui a incidência de ingurgitamento mamário, de dor e fissura nos mamilos, pelo esvaziamento freqüente do seio^{18,47,148,158,167,168};
- 4º) ajusta o período de alimentação ao tempo exigido para digestão do leite materno^{8,60,135,182,233,234}.

- Amamentação noturna

A amamentação sob demanda não deve sofrer nenhum tipo de restrição nos primeiros meses, levando-se a criança ao seio sempre que manifestar fome, e mesmo à noite. Essa conduta favorece a manutenção do aleitamento materno. Todavia, existe crença bastante difundida, até entre a classe médica, que as mamadas noturnas geram indisciplina e acostumam mal o bebê. Para ilustrar, transcrevemos o que NETTO e ARAÚJO¹⁶², pediatras, pensam sobre a amamentação durante a noite, embora sejam adeptos do aleitamento materno: "pessoalmente, achamos preferível que o bebê chore alguns dias durante a noite e logo se adapte ao ritmo, do que habituá-lo à mamada noturna que interrompe o sono de toda a família para mais tarde, depois de fixado o hábito, tentar retirá-la. Acreditamos que, se não fosse iniciada, dela não sentiria falta a criança". Muitos profissionais da área da saúde, e mesmo grupos de leigos, que incentivam o aleitamento materno não pensam do mesmo modo: consideram importante que a criança alimentada ao seio mame também durante a noite, recomendam tal prática nos primeiros meses, e não acreditam que possa levar à formação de hábito indesejável^{9,10,49,60,104,135,165,182,195,209,213,234,250}.

Especialmente nos primeiros meses, é comum que os bebês alimentados ao seio acordem durante a noite e reclamem pela mamada⁶⁰. VORHERR²⁵³ informa que 75% dos recém-nascidos choram durante a noite querendo mamar e ressalta que devem ser satisfeitos.

A mamada noturna:

- 1º) permite estimulação e esvaziamento adequados dos seios, indispensáveis à produção e ejeção láctea^{18,119,182,213};
- 2º) favorece o estabelecimento precoce de suprimento satisfatório de leite^{49,119,165};
- 3º) previne a superabundância de leite, que endurece os seios e dificulta ao bebê a primeira mamada matutina^{18,49,135,182};
- 4º) alivia a mãe, pelo esvaziamento das mamas^{135,182};
- 5º) mitiga a fome e acalma a criança¹⁸³.

No que concerne à indisciplina que poderia resultar da amamentação noturna, é conveniente lembrar o que diz PLATA-RUEDA¹⁸³: "não se deve temer o horário livre, pensando que a criança se acostumará à mamada noturna; ao contrário, as crianças cujas necessidades são atendidas adotam um horário bastante regular e deixam as mamadas noturnas antes do que aquelas que são forçadas a jejuar durante a noite. Por outro lado, a mãe terá repouso noturno mais agradável se o bebê esvazia os seios e dorme, do que se o deixa chorar e ela sofre o desconforto da pletora mamária". Outros especialistas também afirmam que as mamadas noturnas não levam à aquisição de maus hábitos: satisfeita a fome, que de início se manifesta irregularmente, a própria criança normaliza seu horário de mamada e espontaneamente deixa de solicitá-la durante a noite, por volta dos 2 meses^{104,182,209,234,253}.

- Expressão manual dos seios após as mamadas

APPLEBAUM⁸ salienta um aspecto fundamental do aleitamento materno: "a produção do leite depende de drenagem adequada que, por sua vez, é condição *sine qua non* para amamentação bem sucedida". Afirma, ainda, que problemas comuns no início e estabelecimento da lactação, como mamilos doloridos e ingurgitamento dos seios, causas freqüentes da desistência da mulher em amamentar, geralmente são iatrogênicos; essas dificuldades podem ser prevenidas e minimizadas pelo emprego de medidas que resultem em melhor drenagem do leite, fortalecimento da ejecção e redução da tensão láctea. Entre essas medidas está a expressão manual dos seios após as mamadas, durante as primeiras semanas de lactação, cuja indicação não é nova. WALLER²⁵⁵ já em 1950 recomendava a referida prãtica, ante os achados de seu estudo. Esse pesquisador mediu a produção de leite em 400 mulheres no 5º e no 10º dia pós-parto. Verificou que no início da lactação não existe na mulher deficiente produção de leite, ocorrendo, porém, esvaziamento insatisfatório dos seios, que impede a manutenção da produção láctea, podendo levar à supressão do aleitamento materno.

Para RICHARDSON¹⁹⁵ a expressão manual dos seios de pois de cada mamada é prática extremamente simples e de grande valia: "assegura um bom esvaziamento dos seios, essencial para produção continuada e satisfatória de leite materno; previne traumas no mamilo, e produz extraordinário efeito psicológico em mães que duvidam de sua

capacidade de lactar".

BLAIKLEY e colaboradores²³ conseguiram, em 1953, que 51% das mães estudadas alimentassem seus filhos exclusivamente ao seio até os 6 meses de idade, por meio de estreita supervisão do aleitamento materno durante a fase hospitalar e emprego da expressão manual dos seios após as mamadas para prevenir o ingurgitamento. A mesma prática também foi utilizada por esses investigadores para aumentar a produção de leite em mães cujo suprimento era escasso.

Outros especialistas também recomendam e consideram necessária a expressão manual dos seios depois das mamadas, no início da lactação^{8,59,88,104,158,182,234,250}, apontando como vantagens dessa prática:

- 1º) promoção de esvaziamento adequado do seio, que mantém e aumenta a produção de leite;
- 2º) prevenção do ingurgitamento dos seios, e
- 3º) aumento da confiança da mãe.

- Higiene e cuidados com os seios

Outro fator importante no controle do aleitamento natural diz respeito à higiene e cuidados com os seios. Nesse sentido, há diversas medidas que, tanto proporcionam aos seios melhores condições para a amamentação, quanto previnem situações prejudiciais ao aleitamento materno.

Diversos Autores fazem recomendações sobre como a

mãe deve proceder a respeito da higiene e cuidados dispensados aos seios^{47,48,60,67,127,135,165,183,233,234,253}. As medidas mais frequentemente indicadas abrangem, além daquelas citadas no preparo pré-natal para o aleitamento materno, as seguintes: limpar os seios e mamilos somente com água fervida, antes e depois das mamadas^{60,127,135,183,233,253,264}; enxugar e manter os mamilos secos^{127,233,234} e proteger os mamilos com pano limpo ou gaze, nos intervalos entre as mamadas, substituindo-os quando úmidos^{47,135,253}.

O uso de cremes no seio é desnecessário: as glândulas de Montgomery da aréola produzem óleos naturais que protegem a pele e conservam a região areolar e os mamilos macios e lubrificados, durante o período da amamentação^{47,49,119}. Mas, para isso, é necessário abolir o emprego de sabão e álcool nos seios, que removem os óleos naturais⁴⁹.

- Amamentação em ambos os seios

Uma pergunta frequente, relacionada à técnica de amamentação é a seguinte: deve o bebê mamar em 1 ou nos 2 seios em cada mamada? APPLEBAUM⁸ e os JELLIFFE¹¹⁸ afirmam que só existe uma resposta, do ponto de vista fisiológico e nutricional, para essa indagação: a criança deve mamar nos 2 seios, alternando o que inicia a mamada. Essa resposta está alicerçada no conhecimento do proceso de lactação. Quando o bebê começa a mamar, ingere o "primeiro leite" ou "leite anterior", que se acumulou

nos reservatórios lácteos no período entre as mamadas, pelo trabalho contínuo e ininterrupto dos alvéolos. Como informa APPLEBAUM⁸, esse leite "é um tanto aguado, de baixo teor de gorduras e proteínas e constitui cerca de 1/3 do volume total de leite ingerido pelo bebê". O estímulo da sucção induz os alvéolos a ativarem a produ-
ção de leite, por intermédio da prolactina; essa mesma estimulação, minutos depois, libera a ocitocina, que é responsável pelo mecanismo de ejeção láctea. É ainda APPLEBAUM⁸ que explica: "as células mioepiteliais se contraem, rompendo a membrana celular da célula secretória, de tal forma que glóbulos gordurosos maiores e mais concentrados e partículas de proteínas *explodem* no interior do sistema de canais". O leite gorduroso altamente calórico (4 a 7 por cento de gordura) produzido neste momento denomina-se "último leite" ou "leite posterior" e constitui os dois terços restantes do volume de leite disponível ao bebê⁸. Quando a criança passa a mamar no segundo seio, ingere um leite mais rico em calorias e nutrientes, que resulta da mistura do "primeiro" e "último" leite, já efetuada pelo estímulo da sucção no seio que iniciou a mamada. Confirmando as afirmações de APPLEBAUM⁸, HALL⁸² observa que o leite, no final da mamada, contém 4 a 5 vezes mais lipídios e 1 vez e meia mais proteína do que no seu início.

Na mamada seguinte, a mãe começa a amamentar no seio que finalizou a sessão anterior, que freqüentemente não é esvaziado de modo adequado. Assim, pelo menos um dos seios é apropriadamente esvaziado em cada mamada,

favorecendo a produção de leite¹¹⁸.

Reunindo e resumindo as informações de APPLEBAUM⁸,¹⁰, de JELLIFFE e JELLIFFE¹¹⁸ e de VARELA²⁵⁰, a mãe deve amamentar o bebê nos 2 seios em cada mamada, pelas seguintes razões:

- 1.^a) assegura o esvaziamento apropriado de, pelo menos, 1 seio em cada mamada;
- 2.^a) estimula a produção de leite nos 2 seios, e
- 3.^a) permite à criança receber alimentação de valor calórico mais alto e com o máximo de nutrientes.

Parece de todo necessário que o pessoal de saúde explique às mães os motivos pelos quais devem utilizar ambos os seios em cada mamada, alternando o que inicia a amamentação.

- Pesagem antes e depois das mamadas

A pesagem do bebê, antes e depois das mamadas, que faz parte da rotina hospitalar e por vezes é praticada no lar, vem sendo desaconselhada e mesmo proibida há bastante tempo, e sua contra-indicação ainda persiste¹⁸, 68, 124, 135, 183, 195, 250.

ANDRADE E SILVA e colaboradores⁶ advertem que "pesadas isoladas não têm valor e sim a curva ponderal". PLATA-RUEDA¹⁸³ considera a pesagem antes e depois da mamada falaciosa. E ressalta: "uma preocupação excessiva com o peso do bebê, tanto por parte da mãe, quanto do

médico, freqüentemente conduz à prescrição prematura de alimentação artificial. O aumento de 30 g diárias é uma média calculada e, portanto, não é raro se verificar que, em alguns dias, a criança não aumenta nada e em outros aumenta menos de 30 g ou mais de 30g".

LA LECHE LEAGUE¹³⁵ pondera muito bem que "a quantidade de leite que a criança consome varia consideravelmente de uma mamada para outra".

DE CHÂTEAU e colaboradores⁵⁵ salientam que a pesagem do bebê antes e depois da mamada é apenas um hábito que se difundiu, sem contar com fundamento científico algum, pois "inexiste estudo que demonstre a necessidade de tal prática para o controle de bebês sadios".

Todavia, a razão mais forte contra a pesagem do bebê antes e após as mamadas, e mais mencionada na literatura, refere-se à influência da pesagem sobre o aleitamento materno: causa ansiedade, que inibe o reflexo de ejeção e reduz a quantidade de leite disponível, e interfere negativamente na atitude e comportamento da mãe em relação à alimentação ao seio^{18, 124, 135, 183, 195, 250}.

Existem estudos que comprovam os efeitos deletérios da pesagem antes e depois da mamada, sobre o aleitamento materno. DE CHÂTEAU e colaboradores⁵⁵ demonstraram que, quando se aboliu no hospital a pesagem rotineira e sistemática dos bebês, houve acentuada diminuição do número de mães que abandonaram o aleitamento natural e se conseguiu também um aumento de 53 dias na sua duração. HOFVANDER e SJÖLIN⁹⁵, analisando os fatores e medi

das que contribuíram para elevar a incidência e duração do aleitamento materno na Suécia, referem: "a maior melhoria conseguida nas rotinas dos hospitais foi parar de pesar as crianças antes e depois das mamadas, processo anti-fisiológico, que torna muitas mães tensas e causa stress emocional". Os principais argumentos referidos na literatura para desaconselhar essa prática são os seguintes: gera ansiedade na mãe; pode levar à complementação desnecessária; o consumo da criança não é sempre igual, e pesadas isoladas não têm valor.

- Alimentação da nutriz

A alimentação da mulher que amamenta reclama cuidado, para que sejam atendidas, simultaneamente, as necessidades nutricionais do organismo materno e as exigências globais do processo de lactação (nutrientes e calorias, respectivamente, para a composição do leite e demandas metabólicas de sua fabricação).

Analisando algumas das recomendações nutricionais diárias para a nutriz, estabelecidas pelo "National Research Council" dos Estados Unidos (National Academy of Sciences)¹⁶¹, pode-se aquilatar o que significa a amamentação em termos de necessidades nutricionais e como estas se elevam durante o período de lactação. Em relação à mulher não lactante, por exemplo, a mãe que amamenta precisa receber por meio da sua dieta diária 500 calorias adicionais (se ganhou peso satisfatório na gravidez) e 20 g a mais de proteínas, além de quantidades

aumentadas de vitamina A e de ácido ascórbico. Ante as recomendações nutricionais mencionadas, é evidente a necessidade de seleção apropriada dos constituintes que integram a dieta da mãe que amamenta.

Embora a sucção e o esvaziamento dos seios sejam os melhores estimulantes da lactação, a dieta materna também está relacionada com amamentação bem sucedida.

NEWTON e NEWTON¹⁶⁵ salientam que a mãe bem nutrida tem menor propensão ao cansaço e maior estabilidade emocional, apresentando, portanto, melhores condições físicas e psicológicas para amamentar.

COOK⁴⁵ considera extremamente indesejável que o organismo da mãe se deplete com a amamentação e declara ser da maior importância enfatizar-se a necessidade de alimentação adequada para a nutriz.

JELLIFFE e JELLIFFE¹¹⁹, revisando os estudos que relacionam a dieta da mãe com o leite que produz, concluem que o volume e composição do leite em mulheres sub-nutridas são surpreendentemente bons, embora o leite não alcance a excelência em quantidade e qualidade. Esses especialistas acentuam que, alimentando-se adequadamente a mulher na gravidez e durante o período de lactação, seu leite poderá atingir nível ótimo, tanto em volume quanto em seus constituintes. Tal possibilidade foi comprovada pelos estudos de SOSA e colaboradores²²⁵ na Guatemala: suplementando caloricamente a dieta de uma nutriz, cuja produção de leite era insuficiente para alimentar seu filho recém-nascido, conseguiram rápido au

mento na quantidade de leite produzido e no peso da criança.

Sendo indiscutível a necessidade de alimentação adequada durante o período de lactação, a mãe deve receber orientação que lhe permita compor corretamente sua dieta e que seja ajustada às suas características sócio-econômicas e psico-culturais.

A composição das dietas preconizadas para lactantes vem sendo objeto de críticas ultimamente.

McKIGNEY¹⁴⁹ comenta que a alimentação diária recomendada para nutrízes, em muitos livros de Nutrição e de Obstetrícia, é exagerada, e cita seus componentes: 1 litro de leite, duas porções de carne, 1 ou 2 ovos, além de hortaliças, frutas, cereais e manteiga.

JELLIFFE e JELLIFFE¹¹⁹ também não concordam com o tipo de dieta diária geralmente indicada para mães que amamentam. Dizem esses Autores que a alimentação preconizada é constituída, desnecessariamente, de grande quantidade de alimentos protéicos e de origem animal, quando, de modo geral, é possível satisfazer-se as necessidades de proteínas com mistura de alimentos de origem vegetal.

TAGGART²³⁴ ressalta que a nutriz precisa de dieta variada e equilibrada, mas adverte: "não se deve provocar ansiedade nas mães com uma série de recomendações dietéticas, que as deixarão inertes face ao aleitamento materno".

No Brasil, SOUSA e SOUSA²²⁶ mencionam que "as die

tas preconizadas para lactantes, de há muito compõem-se de quantidades desnecessárias de custosos produtos ani mais".

A orientação proposta por JELLIFFE e JELLIFFE¹¹⁹, no que se refere à alimentação da mãe que amamenta, pa rece bastante apropriada para países em desenvolvimento: pode-se explicar às mães que elas precisam de mais calo rias e proteínas durante o período de amamentação; toda via, o mais importante é ensinar às nutrizes como com por uma dieta adequada, utilizando um conjunto de alimentos mais baratos e de disponibilidade local, dando-se ênfase à combinação de alimentos de origem vegetal. Para es ses Autores, um aumento na quantidade das porções de ali mentos habitualmente consumidos no dia-a-dia pela mãe poderá fornecer-lhe as calorias adicionais reclamadas pela lactação (e provavelmente a maior parte dos nutri entes), sem exigir elevados gastos. Essa prática, para os JELLIFFE¹¹⁹, é muito mais correta do que se recomendar às mães a ingestão de grandes volumes de leite e de ou tros produtos de origem animal.

É oportuno apresentar alguns resultados de recente pesquisa realizada em São Paulo. TUDISCO²⁴³, caracterizando o padrão alimentar de 190 puérperas de baixa ren da, no pós-parto e no pós-desmame, concluiu: "a dieta mostrou-se satisfatória em termos qualitativos, indican do que a população de baixa renda é bastante racional na escolha de seus alimentos". Constatando a existência de um déficit calórico-protéico, com predominância do calórico, na dieta consumida pelas mães durante os dois

momentos estudados, a Autora indica qual a alternativa apropriada para corrigir a situação: "aumento da dieta habitual a níveis que satisfaçam suas necessidades calóricas e, portanto, as protéicas". Em seguida, sugere suplementação alimentar "constituída basicamente de ce reais-leguminosas, pois os alimentos que constituem es tes dois grupos são consumidos com muita frequência pe la amostra analisada e fazem parte do seu hábito alimen tar".

No que se refere à necessidade da mãe que amamenta aumentar sua ingestão de líquidos para favorecer a pro dução de leite, prática disseminada, unanimemente acei ta e recomendada, vale a pena fazerem-se alguns comentá rios. JELLIFFE e JELLIFFE¹¹⁹ informam que "numerosas in vestigações mostram que a variação na ingestão de á gua pela mãe, dentro de amplos limites, não tem efeito fi siológico sobre o volume de leite secretado". Entretanto, "a crença comum de que a ingestão de líquidos afeta a produção de leite, possivelmente opera mais através de um efeito *mágico favorável* sobre a confiança da mulher (líquido entra = líquido sai) e, conseqüentemente, favo rece o reflexo psicossomático da ejecção"¹¹⁹. Por isso, é válido indicar-se às nutrizes que consumam mais líqui dos.

Uma orientação apropriada para mães que amamentam, no que concerne à alimentação, será, portanto: comer de tudo o que consome habitualmente, aumentando as quanti dades e os líquidos. Adotando essa linha de pensamento, procuramos apurar neste estudo o conhecimento do pes

soal de saúde sobre a alimentação da nutriz.

- Uso de contraceptivos orais

Prática considerada prejudicial ao aleitamento materno é o uso de contraceptivos orais durante o período de lactação.

BORGLIN e SANDHOLM²⁶, na Suécia, estudando o efeito de anti-concepcionais orais em mulheres com lactação bem estabelecida, durante uma semana empregaram pílulas contendo estrógenos e verificaram que ocorreu inibição na produção de leite. Esses Autores advertem que contraceptivos do tipo estudado podem diminuir severamente e mesmo cessar a produção de leite materno.

JELLIFFE e JELLIFFE¹²¹ ressaltam que os anti-concepcionais orais que contêm estrógenos e progesterona combinados têm efeito deletério sobre a produção de leite humano, especialmente se iniciados logo depois do parto. Muitas vezes, dizem eles, tais contraceptivos tormam impossível a amamentação.

VORHERR²⁵³ esclarece que pílulas anti-concepcionais constituídas somente de progesterona não prejudicam a produção de leite na mulher.

GUPTA e colaboradores⁷⁷, na Índia, investigaram o efeito de contraceptivos orais na lactação já estabelecida (6 semanas depois do parto), durante quatro meses e meio. As mães estudadas receberam anti-concepcionais de três tipos: com estrógeno e progesterona combinados, ape

nas com estrôgeno e somente com progesterona. Os dois grupos de mães que usaram anti-concepcionais com estrôgenos apresentaram acentuada diminuição na quantidade de leite produzido, enquanto que não houve diminuição na produção láctea entre as mães que empregaram apenas a progesterona. Os Autores concluem que contraceptivos orais compostos por estrôgenos inibem a secreção de leite humano.

GRAY⁷⁴ informa que os efeitos adversos dos anti-concepcionais combinados, ministrados oralmente, podem estar relacionados com a dose de estrôgenos, porém resalta que mesmo as formulações com baixa dosagem podem diminuir a lactação. Por essa razão declara que os anti-concepcionais orais contendo estrôgenos e progesterona não devem ser prescritos para mães que amamentam.

YUNES e RONCHEZEL²⁶⁷, estudando a lactação em mulheres do Distrito de São Paulo, apresentam esta conclusão, entre outras: "as mães que não usam contraceptivos amamentam durante um período mais prolongado do que as que usam".

THOMSON e colaboradores²³⁹, analisando os estudos feitos sobre contraceptivos e produção de leite, concluem que anti-concepcionais combinados, dados cíclica ou sequencialmente, têm efeito prejudicial sobre a lactação. Referem que são os estrôgenos os responsáveis pela diminuição da lactação, e não a progesterona.

Esclarecem ainda ROSA¹⁹⁹ e JELLIFFE e JELLIFFE¹¹⁹ que os anti-concepcionais que contêm estrôgenos e pro

gesterona, ou os primeiros em altas doses, têm efeito danoso sobre a produção de leite materno, especialmente quando iniciados nas primeiras semanas depois do parto. Podem diminuir, e mesmo cessar, a lactação. Nos estudos onde a produção de leite foi medida, a diminuição da quantidade causada pelos contraceptivos variou de 15 a 80% do volume. Além disso, os anti-concepcionais constituídos apenas por progesterona não interferem na produção de leite e, possivelmente, até aumentam o volume produzido. Entretanto, como há excreção de progesterona no leite, são necessárias investigações que constatem não haver possibilidade de risco algum para o recém-nascido.

Neste estudo avaliamos o conhecimento médico no que se refere aos efeitos dos contraceptivos orais na lactação humana. Interessava-nos verificar apenas dois aspectos: se os médicos sabiam que certos anti-concepcionais orais diminuem, e mesmo suprimem, a produção de leite materno e se conheciam que esses efeitos adversos podem resultar, tanto de contraceptivos orais com elevada dosagem de estrógenos, quanto de pílulas que contêm estrógenos e progesterona combinados. Se os médicos indicassem o efeito prejudicial e nomeassem pelo menos um tipo de contraceptivo, seria satisfatório.

B - Avaliação

Médicos

A Tabela 16 mostra a distribuição do conhecimento dos médicos nas questões sobre Controle do aleitamento materno.

Indagamos dos 79 médicos quais estímulos pensavam ser os melhores para a produção de leite humano (questão nº 9): 3 (3,8%) mencionaram "a sucção ativa, a sucção frequente e o esvaziamento dos seios", obtendo conhecimento *satisfatório*; 54 (68,3%) revelaram conhecimento incompleto: 28 médicos (35,4%) não indicaram o esvaziamento dos seios, referindo "a sucção" (19), "a sucção e o desejo de amamentar" (6), "a sucção e conhecimentos sobre aleitamento materno" (2) e "a sucção e a ingestão de líquidos" (1); os outros 26 (32,9%) sequer apontaram a sucção ou o esvaziamento dos seios, mencionando "alimentação correta, equilibrada", ou isoladamente, ou acompanhada de um outro agente considerado estimulador da produção láctea.

Excluindo-se 1 dos profissionais, que respondeu "Não sei", 20 (25,3%) citaram fatores emocionais e outros que favorecem a ejeção do leite humano, e 1 médico se manifestou assim: "não há estímulo algum para a produção de leite materno, porque esse é um evento da natureza da pessoa: umas mulheres têm leite e outras não". O conhecimento desses 21 médicos foi considerado *errôneo*.

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DOS MEDICOS NAS QUESTÕES SOBRE CONTROLE DO ALEITAMENTO MATERNO.

CONHECIMENTO QUESTÕES	SATISFATÓRIO		INSATISFATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
9. Melhores estímulos à produção de leite	3	3,8	54	68,3	21	26,6	1	1,3	79	100,0
12. Analgesia e anestesia e produção de leite	-	-	2	2,5	46	58,3	31	39,2	79	100,0
13. Analgesia e anestesia e amamentação	-	-	16	20,2	42	53,2	21	26,6	79	100,0
18. Exame pré-natal dos seios	2	2,5	38	48,1	32	40,5	7	8,9	79	100,0
20. O que a gestante deve fazer para favorecer o aleitamento materno	9	11,4	52	65,8	7	8,9	11	13,9	79	100,0
21. Higiene dos seios na gravidez e aleitamento materno	-	-	27	34,2	40	50,6	12	15,2	79	100,0
22. Início da amamentação	35	44,3	-	-	40	50,6	4	5,1	79	100,0
23. Alimentação pré-láctea	1	1,3	27	34,2	50	63,2	1	1,3	79	100,0
24. Intervalo entre as mamadas ao seio	40	50,6	-	-	39	49,4	-	-	79	100,0
25. Expressão dos seios após as mamadas	2	2,5	8	10,1	63	79,8	6	7,6	79	100,0
26. Uso de complementos	-	-	73	92,4	5	6,3	1	1,3	79	100,0
30. Amamentação nos dois seios	2	2,5	59	74,7	15	19,0	3	3,8	79	100,0
32. Pesagem antes e depois das mamadas	-	-	61	77,2	16	20,3	2	2,5	79	100,0
34. Anti-concepcionais orais e lactação	11	13,9	14	17,7	14	17,7	40	50,7	79	100,0
39. Amamentação noturna	62	78,5	-	-	17	21,5	-	-	79	100,0
40. Alimentação da nutriz	7	8,9	30	38,0	1	1,3	41	51,8	79	100,0

Na Tabela 17 apresentamos as informações fornecidas pelos 79 médicos sobre os melhores estímulos para a produção de leite materno.

TABELA 17 - MELHORES ESTÍMULOS PARA A PRODUÇÃO DE LEITE MATERNO INDICADOS POR 79 MÉDICOS.

MELHORES ESTÍMULOS	FREQÜÊNCIA (*)
Sucção	28
Alimentação correta, equilibrada	26
Calma da mãe	13
Desejo de amamentar	10
Conhecimento sobre aleitamento materno	10
Bom estado emocional	8
Bom estado nutricional	4
Ingestão de líquidos	3
Sucção ativa	3
Sucção frequente	3
Esvaziamento dos seios	3
Bom funcionamento endócrino	2
Saúde da mãe	2
Tranquilidade da mãe	2
Consciência do dever de amamentar	2
Orientação pré-natal	2
Preparo psicológico	2
Repouso	1
Apoio	1
Confiança	1
Não há nenhum	1
Não sei	1
TOTAL	128

(*) Resposta múltipla

Analisando-se a Tabela 17 são pertinentes estes comentários: embora a sucção tenha sido o estímulo mais indicado pelos médicos, quase não mencionaram a frequência e vigor da estimulação ao seio, nem seu esvaziamento; a alimentação equilibrada, como agente estimulador da produção de leite materno, parece ser muito mais importante para os médicos do que o esvaziamento das mamas, e as informações relacionadas com as emoções da mãe, consideradas em conjunto, atingem frequência expressiva; isto sugere que os médicos estudados confundem os fatores que favorecem a ejeção do leite materno com aqueles que estimulam sua produção.

Estudamos o conhecimento médico em relação à influência da anestesia e analgesia da parturiente na produção de leite - questão nº 12 - e na amamentação - questão nº 13 (Tabela 16). Nenhum dos médicos soube explicar satisfatoriamente os efeitos negativos da analgesia e anestesia da parturiente sobre a produção de leite materno. Dois profissionais tiveram conhecimento classificado como *insatisfatório*, tendo informado que os anestésicos "diminuem a quantidade de leite". Do grupo total de médicos, 46 (58,3%) evidenciaram conhecimento *errôneo*: 42 (53,2%) disseram que a analgesia e anestesia não influem sobre a produção de leite materno, e 4 referiram que os anestésicos e analgésicos "por serem drogas, impedem, bloqueiam a produção de leite a nível bioquímico".

Trinta e um (39,2%) dos informantes explicaram que não sabiam se existe alguma relação entre a produção

de leite humano e o emprego de anestesia e analgesia por ocasião do parto. É oportuno notar que nenhum dos médicos mencionou que os analgésicos e anestésicos podem prejudicar a produção do leite materno por sua interferência negativa na sucção do recém-nascido e no esvaziamento dos seios.

No que concerne à influência da anestesia e analgesia da parturiente sobre a amamentação (questão nº 13), novamente médico algum atendeu ao critério estabelecido para que o conhecimento fosse considerado satisfatório. Nenhum dos informantes ofereceu pelo menos duas razões que demonstrassem os efeitos negativos da anestesia e analgesia sobre a amamentação.

Atribuímos conhecimento *insatisfatório* a 16 médicos (20,2%), que deram estas informações: os analgésicos podem prejudicar a amamentação, pois têm efeito psicológico negativo sobre a mãe" (2), "diminuem a confiança da mãe" (2), "prejudicam a interação mãe-filho" (1) e "atrasam a amamentação" (11). Do total de profissionais, 42 (53,2%) tiveram conhecimento categorizado como *errôneo*: 40 (50,6%) responderam que não existe influência alguma da sedação da mãe sobre a amamentação e 2 explicaram que a anestesia e analgesia "causam relaxamento muscular geral que dificulta a fabricação de leite" e que "por serem medicamentos, impedem a produção de leite". Os restantes, que representam 26,6% (21) dos médicos estudados, responderam "não sei" ao que foi perguntado.

Cabe notar que importantes consequências desfavoráveis da anestesia e analgesia da parturiente, no que respeita à amamentação, parecem ser desconhecidas entre os médicos: apenas 13,9 (11) dos profissionais reconhecem que analgésicos e anestésicos ministrados à mulher durante o parto retardam o início da amamentação; somente 2 médicos pensam que a sedação abala a confiança da mãe e, dessa forma, inibe a ejeção do leite, e nenhum dos profissionais mencionou o efeito debilitante dos analgésicos e anestésicos na sucção da criança.

Perguntamos aos médicos sobre a necessidade do exame pré-natal dos seios, tendo em vista o aleitamento materno, pedindo que justificassem suas respostas (questão nº. 18). Sete dos entrevistados, representando 8,9% do grupo, responderam "não sei". Dois (2,5%) obtiveram conhecimento classificado como *satisfatório*, ambos apresentando estas razões para justificar a necessidade do exame dos seios de gestantes, visando ao aleitamento materno: "descobrir problemas no mamilo, que podem ser corrigidos, e dar à mãe confiança na sua capacidade de amamentar".

Classificamos como *insatisfatório* o conhecimento de 38 médicos (48,1%), pois ofereceram apenas uma razão para considerarem necessário o exame dos seios durante a gravidez, levando-se em conta a alimentação natural: "para descobrir problemas no mamilo" (37) e "para dar confiança à mãe" (1). Trinta e dois (40,5%) dos profissionais deste grupo responderam à questão nº 18 de forma que levou à classificação do conhecimento como *errôneo*: 29

(36,7%) disseram ser necessário o exame pré-natal dos seios, mas não se justificaram corretamente, e 3 (3,8%) referiram que tal prática é desnecessária, explicando: "o exame dos seios no período pré-natal sô é necessário para a prevenção de câncer"; "esse exame sô constrange o médico e a mulher, e não há como possa contribuir para o aleitamento materno", e "há centenas de mães que amamentam e nunca passaram por exame pré-natal dos seios, portanto, não é necessário". As finalidades do exame pré-natal dos seios, tendo em vista o aleitamento materno, indicadas pelos 29 médicos que admitem a necessidade dessa prática, mas cujo conhecimento foi considerado *errôneo*, constam da Tabela nº 18, na forma de expressão usada pelos informantes.

Para nós foi inquietante constatar que quase a totalidade dos médicos deste estudo revelou conhecimento *insatisfatório*, *errôneo* ou *ausente* em relação a uma prática considerada indispensável e tão recomendada para facilitar a alimentação ao seio (Tabela 16).

Pedimos aos médicos que indicassem o que a mulher deve fazer durante a gravidez para favorecer a produção de leite e a amamentação (questão nº 20): nove (11,4%) evidenciaram conhecimento *satisfatório* referindo três ações: "ingerir alimentação correta" (9); "fazer exercícios para a preparação ou protusão do mamilo" (9); "fazer massagem nos seios" (4); "expor os mamilos ao sol" (3) e "fazer a expressão manual do colostro" (2).

Onze médicos (13,9%) disseram não saber o que a mu

TABELA 18 - FINALIDADES DO EXAME PRÉ-NATAL DOS SEIOS, TEN
DO EM VISTA O ALEITAMENTO MATERNO, APONTADAS
POR 29 MÉDICOS COM CONHECIMENTO ERRÔNEO.

F I N A L I D A D E S	Nº
Ver se há higiene, se a limpeza é boa	7
Ver se a glândula mamária se desenvolveu	6
Ver se há colostro	6
Ver se há inflamação ou infecção na mama	2
Palpando, ver se haverá produção de leite ou não	2
Ver se a aréola mudou de cor; se escureceu, terá leite	1
Descobrir se a mulher tem câncer, que impede a produção de leite	1
Ver se há doença de pele	1
Conhecer o tamanho da mama	1
Descobrir se há abscesso por estase do colostro	1
Ver se há dilatação das veias do seio: se houver, a mulher tem condições de produzir leite	1
TOTAL	29

lher deve fazer durante a gravidez para favorecer o aleitamento materno. Atribuímos conhecimento *errôneo* a 7 dos profissionais (8,9%), por informarem que a gestante não precisa fazer "nada de especial" em prol da ali mentação ao seio. Entre esses médicos, um completou sua resposta, comentando: "é cedo para pensar na amamenta- ção; o que interessa no período pré-natal é a gravidez e não a amamentação".

A Tabela 19 apresenta as informações dadas pelos 79 médicos sobre o que a gestante deve fazer em favor do aleitamento natural (total de 116 respostas). Como se pode observar, a maior ênfase recai na alimentação. Outras práticas parecem não ter para os médicos a importância devida, levando-se em conta o número de vezes que foram indicadas.

TABELA 19 - INFORMAÇÕES DE 79 MÉDICOS SOBRE O QUE A GESTANTE DEVE FAZER PARA FAVORECER O ALEITAMENTO MATERNO.

O QUE A GESTANTE DEVE FAZER	FREQUÊNCIA(*)
Ingerir alimentação correta	38
Fazer exercício para preparação do mamilo	22
Fazer massagem nos seios	15
Ter orientação sobre aleitamento materno	5
Ter preparo psicológico	3
Fazer expressão manual do colostro	3
Fazer corretamento a higiene dos seios	3
Expor os mamilos ao sol	3
Zelar pela saúde	2
Sustentar as mamas	1
Evitar sobrecarga de trabalho físico	1
Ter vida calma	1
Convencer-se de que deve amamentar	1
Nada de especial	7
Não sei	11
TOTAL	116

(*) Resposta múltipla

Procuramos examinar um pouco mais o conhecimento médico, indagando como a gestante deve agir em relação à higiene e cuidados com os seios, tendo em vista a amamentação (questão nº 21).

Do total de médicos, nenhum atendeu ao critério estabelecido para que o conhecimento fosse considerado satisfatório, isto é, nenhum indicou no mínimo 3 ações corretas que a gestante deve executar quanto à higiene e cuidados com os seios; 27 (34,2%) revelaram conhecimento insatisfatório e, destes, apenas 10 (12,7%) citaram corretamente, uma entre três: "lubrificar o mamilo"(5), "não usar sabão, sabonete ou álcool nos seios"(2), "usar sutiã firme e elevado" (2) e "não usar sutiã apertado" (1). Os outros apontaram, simultaneamente, práticas corretas e errôneas, sendo mais freqüente entre as últimas "lavar os seios com água e sabão".

Quarenta médicos (50,6%) não responderam com acerto a questão nº 21, manifestando-se assim: "nada de especial" (22), "basta lavar diariamente os seios com água e sabão" (16) e "apenas passar pomada Massê"(2); 12 (15,2%) responderam "não sei".

Na Tabela 20 apresentamos as informações fornecidas pelos 79 médicos, num total de 100 respostas, sobre o que a gestante deve fazer em relação à higiene e cuidados com os seios para favorecer o aleitamento natural.

A análise da Tabela 20 mostra que a prática indicada com maior freqüência pelos médicos é desaconselhada e influi negativamente na alimentação ao seio. Note-se,

TABELA 20 - INFORMAÇÕES DE 79 MÉDICOS SOBRE O QUE A GESTANTE DEVE FAZER EM RELAÇÃO À HIGIENE E CUIDADOS COM OS SEIOS PARA FAVORECER O ALEITAMENTO MATERNO.

O QUE A GESTANTE DEVE FAZER	FREQUÊNCIA(*)
Lavar diariamente os seios com água e sabão	29
Lubrificar o mamilo	10
Usar "soutien" firme e elevado	8
Lavar os seios com água boricada	4
Passar pomada Massê nos seios	3
Usar cremes hidratantes	3
Não usar nos seios sabão, sabonete ou álcool	2
Não traumatizar o mamilo	2
Lavar os seios com sabão de côco para não ressecar	1
Desinfetar os seios com álcool	1
Usar "soutien" diariamente	1
Não usar "soutien" apertado	1
Não usar "soutien" de "nylon"	1
Nada de especial	22
Não sei	12
TOTAL	100

(*) Resposta múltipla

também, como são conflitantes certas ações referidas pelos médicos: "lavar com água e sabão" e "não usar sabão nos seios", "desinfetar os seios com álcool e "não usar álcool". Modo de pensar conflitante pode gerar orientação contraditória, que torna a mãe ansiosa, confusa e

diminuí sua confiança na fonte orientadora. Alguns médicos consideraram que no período pré-natal a mulher deve aplicar nos seios "pomada Massê". Entretanto, dois esclarecimentos tornam-se indispensáveis: a pomada em questão é indicada na terapêutica de irritações e fissuras do mamilo e aréola e, além disso, sua fabricação foi desativada desde 1.976 (informação escrita do Laboratório produtor).

Pela diminuta frequência com que foram indicadas práticas realmente importantes na higiene e cuidados com os seios durante a gravidez para favorecer o aleitamento materno, parece que os médicos as desconhecem.

As questões nºs 22, 23, 24, 25, 26, 30, 32 e 39 visaram identificar conhecimentos relativos à técnica de amamentação.

Perguntamos aos médicos quando o bebê deve mamar pela primeira vez, pedindo ainda que oferecessem razões para suas respostas (questão nº 22). Segundo a Tabela 16, apenas 4 (5,1%) responderam "não sei", Os 75 restantes distribuíram-se entre os que tiveram conhecimento classificado como *satisfatório* (35) e *errôneo* (40).

A Tabela 21 contém, para os 79 médicos, a informação relativa ao momento do início da amamentação. Como se vê, atendendo ao critério estabelecido, 44,3% (35) dos médicos demonstraram conhecimento *satisfatório*, referindo que o bebê deve mamar pela primeira vez "na sala de parto" ou durante as 12 horas pós-parto.

TABELA 21 - INFORMAÇÕES DE 79 MÉDICOS SOBRE O MOMENTO PARA INICIAR A AMAMENTAÇÃO.

M O M E N T O	Nº	%
Na sala de parto	18	22,8
Entre 3 e 11 horas pós-parto	17	21,5
12 horas pós-parto	24	30,4
Entre 12 e 24 horas pós-parto	2	2,5
24 horas pós-parto	11	13,9
Entre 24 e 36 horas pós-parto	2	2,5
36 horas pós-parto	1	1,3
Não sei	4	5,1
TOTAL	79	100,0

Na Tabela 22 estão as razões dadas pelos médicos para que a amamentação seja iniciada na sala de parto, e nas Tabelas 23 e 24, respectivamente, entre 3 e 11 horas depois do parto e 12 horas e mais.

Os dados que constam da Tabela 22 sugerem que os 18 médicos que preconizaram a amamentação já na sala de parto justificam-na mais por favorecer o relacionamento mãe-criança e estimular a lactação precoce, do que por outras razões igualmente importantes, que foram pouco ou nem citadas. A estimulação à afeição materna, propiciada pela amamentação logo em seguida ao parto, bem como a prevenção de hemorragia, foram mencionadas poucas vezes. Embora um médico apontasse a drenagem do colostro como uma vantagem da amamentação imediatamente após o parto,

TABELA 22 - RAZÕES APONTADAS POR 18 MÉDICOS PARA INÍCIO DA AMAMENTAÇÃO NA SALA DE PARTO.

R A Z Õ E S	FREQÜÊNCIA(*)
Favorece a interação mãe-criança	14
Estimula produção precoce de leite	11
Estimula o sentimento materno	2
Facilita a drenagem do colostro	1
Previne hemorragia pós-parto	1
A criança já está apta para mamar	1
É mais natural	1
TOTAL	31

(*) Resposta múltipla

esse fato não foi relacionado com a facilitação do fluxo do leite materno. A oferta de colostro com o máximo de anti-corpos para conferir imunidade ao recém-nascido, a expulsão precoce do mecônio, que induz fome e sucção vigorosa, outras razões que ressaltam o valor da amamentação em seguida ao parto, parecem não fazer parte do rol de conhecimentos desses médicos.

Examinando-se a Tabela 23 verifica-se que apenas três das razões apresentadas pelos médicos para início da amamentação entre 3 e 11 horas após o parto estão em basadas no conhecimento científico atual: "estimular a produção de leite mais cedo", "estimular a sucção da criança" e "para a criança aproveitar o colostro". Possivelmente, então, os 17 médicos que forneceram as in

TABELA 23 - RAZÕES APONTADAS POR 17 MÉDICOS PARA INÍCIO DA AMAMENTAÇÃO ENTRE 3 E 11 HORAS APÓS O PARTO.

R A Z Õ E S	FREQÜÊNCIA(*)
<i>I - Relativas à criança</i>	
Dar tempo para examinar, observar e testar a criança	7
Dar tempo para retirar o líquido amniótico engolido	4
Esperar a criança se recuperar do parto	2
Dar tempo para a criança treinar a sucção	1
A criança está hipotérmica	1
A criança não tem força para sugar antes	1
Dar tempo da criança receber soro glicosado	1
A criança tem dificuldade respiratória pela hipotonia fisiológica que ocorre no pós-parto imediato	1
Como a criança não sente fome até 8 horas pós-parto, falta-lhe estímulo para sugar	1
Como todo recém-nascido se alimenta a cada 3 horas, deve-se esperar 3 horas depois do parto para começar a amamentá-lo. Isso é o lógico	1
Para estimular a sucção da criança	1
Para a criança aproveitar o colostro	1
<i>II - Relativas à mãe</i>	
Deixar a mãe descansar do parto	1
<i>III- Relativas à mãe e criança</i>	
Dar tempo para a mãe e criança descansarem	2
<i>IV - Relativas ao leite</i>	
Para estimular a produção de leite mais cedo	1
<i>V - Outras</i>	
Porque essas são as normas do hospital	1
Aprendi assim, sem qualquer justificativa	1
TOTAL	28

(*) Resposta múltipla

TABELA 24 - RAZÕES APONTADAS POR 40 MÉDICOS PARA INÍCIO DA AMAMENTAÇÃO 12 HORAS E MAIS DEPOIS DO PARTO.

RAZÕES	FREQUÊNCIA (*)
<i>I - Relativas à criança</i>	
Dar tempo para examinar, observar, testar a criança	9
Dar tempo para retirar o líquido amniótico engolido	6
A criança não precisa de alimento antes de 12 horas	6
Dar tempo da criança se recuperar do "stress" do parto	3
Fazer pausa gástrica para prevenir vômitos	2
Dar tempo para a criança eliminar o mecônio	2
Dar tempo para adaptação da criança ao mundo externo	2
O reflexo de sucção não está bem pronunciado antes de 12 horas	2
A criança não está apta para mamar antes de 12 horas	2
Dar tempo para normalizar a função respiratória	1
Para profilaxia de complicações	1
Dar tempo para a criança receber glicose	1
Para esperar normalizar a secreção gástrica da criança	1
<i>II - Relativas à mãe</i>	
Dar tempo para a mãe descansar e se recuperar do parto	7
A mãe não pode amamentar antes por causa da anestesia	2
Para eliminação dos anestésicos, senão passam para o leite	1
Antes de 12 horas a mãe não tem disposição nem para ver o filho	1
Só depois de 24 horas a mãe pode produzir leite porque se desidratou muito no parto	1
<i>III- Relativas à mãe e criança</i>	
Para a mãe e criança descansarem do "stress" do parto	3
<i>IV - Relativas ao leite</i>	
Dar tempo para esperar a descida do leite	4
Dar tempo para começar a produção de leite	1
Só depois de 36 horas a composição do leite está adequada	1
<i>V - Outras</i>	
É o tempo de espera mais usado, sempre usado	3
É convenção adotada pelos médicos e hospitais	1
Doze horas é o tempo necessário para criar situação favorável à amamentação	1
Espera-se somente 12 horas para evitar a alimentação artificial	1
TOTAL	65

(*) Resposta múltipla

formações da Tabela 23 não conhecem as vantagens da amamentação precoce.

As razões expostas na Tabela 24, referidas por 50,6% (40) dos médicos estudados, totalizando 65 respostas, sugerem falta de conhecimento do processo de lactação, do mecanismo da sucção e do significado global do aleitamento materno. Alguns médicos, por exemplo, alegaram que a amamentação deve ser iniciada depois de 12 horas pós-parto porque "o reflexo de sucção não está bem pronunciado" ou porque "a criança não está apta para mamar". Essas afirmações não são verdadeiras. O reflexo de sucção começa a se desenvolver na 17ª semana de vida fetal e sua maturação ocorre entre a 32ª e 36ª semanas de gravidez¹¹⁹. Retardar o início da amamentação, a fim de "dar tempo para a criança eliminar o mecônio", também não é razão válida. Pelo contrário, a amamentação iniciada logo após o parto constitui exatamente um estímulo para a expulsão precoce do mecônio, por meio da ação laxante do colostro¹¹⁹. Dizer que o recém-nascido "não precisa de alimento antes de 12 horas" e por isso atrasar o início da amamentação, significa desconhecer que o aleitamento materno é muito mais do que uma simples fonte de calorias e nutrientes.

Algumas razões apresentadas na Tabela 24 levam a crer que o parto natural já não existe e outras sugerem o desconhecimento do mecanismo da lactação e do valor do colostro por parte dos médicos.

Convém destacar que o aproveitamento do colostro pelo recém-nascido, razão importante para que a amamen

tação seja iniciada o quanto antes possível, foi mencionada por somente um médico deste estudo. Entretanto, esse aspecto deve ser reconhecido e enfatizado pela classe médica, já que o teor de anti-corpos do colostro alcança seu valor máximo durante as primeiras 12 horas pós-parto^{49,234} e as concentrações de imunoglobulinas, especialmente IgA, declinam acentuadamente depois do primeiro dia que se segue ao parto^{22,41,66,86,174}.

Investigamos o conhecimento dos médicos sobre a ministrarção de solução glicosada ao recém-nascido, antes da amamentação ser iniciada, procurando verificar se identificavam o efeito perniciosos da alimentação pré-láctea em relação ao aleitamento materno (questão nº 23). Dos 79 médicos, o único que revelou conhecimento *satisfatório* (Tabela 16) contra-indicou a oferta de solução glicosada ao bebê, apresentando duas justificativas para seu modo de pensar: "diminui o apetite da criança, enfraquecendo a sucção ao seio, e não há necessidade fisiológica".

Vinte e sete médicos (34,2%), apesar de contrários à prática em exame, justificaram suas respostas de modo *insatisfatório*, expressando-se assim: "diminui o apetite, prejudicando a sucção ao seio" (9): "não há necessidade fisiológica" (14): "as necessidades calóricas da criança são baixas"(1); "a criança nasce com reservas e pode esperar 12 horas" (1): "não há necessidade e esse é mais um meio de contaminar a criança" (1), e "além de não haver necessidade fisiológica, há o risco de vômito e aspição" (1).

Cincoenta profissionais (63,2%) evidenciaram conhecimento classificado como *errôneo*: 48 consideraram conveniente que o recém-nascido receba solução de glicose antes de ser levado ao seio pela primeira vez; 2 apresentaram argumentos incorretos para suas respostas, dizendo que não se deve dar solução glicosada ao bebê antes da amamentação ser iniciada, porque "o recém-nascido só digere lactose e não tem capacidade para digerir glicose", e porque "a glicose fermenta, dá cólica e faz mal à criança".

Reunimos na Tabela 25 as justificativas apresentadas pelos 48 médicos que pensam ser conveniente a oferta de solução de glicose antes do início da amamentação.

O exame da Tabela 25 enseja alguns comentários. A preocupação com o aspecto nutricional, inclusive com a hidratação do recém-nascido, parece ser acentuada entre os médicos. Entretanto, tal preocupação não valida a ministração de glicose ao bebê: o colostro é suficiente para atender às necessidades nutricionais da criança (relativamente baixas) e mesmo a de líquidos^{8,119,182}, além de conferir ao recém-nascido inigualável proteção imunológica. Sendo assim, melhor seria antecipar o início da amamentação ao invés de ofertar ao bebê a solução glicosada. Além disso, não há evidência científica para fundamentar a crença de que a solução de glicose atua benéficamente em relação à icterícia fisiológica do recém-nascido. A profilaxia da hiperbilirrubinemia, segundo COUNTRYMAN⁴⁹, se faz muito bem com a amamentação precoce, que possibilita a evacuação antecipada do mecônio.

TABELA 25 - JUSTIFICATIVAS APONTADAS POR 48 MÉDICOS PARA MINISTRAÇÃO DE SOLUÇÃO DE GLICOSE AO RE-
CÉM-NASCIDO ANTES DO INÍCIO DA AMAMENTAÇÃO:

J U S T I F I C A T I V A S	FREQUÊNCIA(*)
Evitar hipoglicemia, frequ ^{ente} no recém-nascido	19
Fornecer líquidos	17
Fornecer calorias	11
Testar a deglutição	8
Testar a sucção	3
Pela necessidade fisiológica de alimento	3
Descobrir atresia do esôfago	3
Testar a integridade do aparelho digestivo	2
Fazer profilaxia da hiperbilirrubinemia	2
Diluir o mecônio	1
Saciar a sede	1
Prevenir desidratação	1
Acalmar o bebê	1
Compensar a separação mãe-criança	1
TOTAL	73

(*) Resposta múltipla

Estudos citados pela Autora comprovam que a incidência de hiperbilirrubinemia alcança seu valor mais baixo quando a expulsão do mecônio ocorre logo após o parto, pelo menos durante as 6 primeiras horas. Mais uma vez, a preocupação demonstrada pelos médicos, no sentido de proteger a saúde do bebê, de "acalmá-lo" e de "compensar a separação mãe-criança", não justifica o emprego de so

lução glicosada; ao contrário, essas justificativas clamam pela amamentação logo em seguida ao parto.

Solicitamos aos profissionais que se manifestassem sobre o intervalo entre as mamadas ao seio mais recomendável durante o primeiro mês de vida (questão 24), bem como as razões do intervalo indicado. Classificou-se como *satisfatório* o conhecimento de 40 (50,6%) médicos, que pensam ser mais recomendável o intervalo estabelecido "pela livre demanda do bebê" (Tabela 16). Os demais 39 indicaram diferentes intervalos entre as mamadas ao seio: de 3 em 3 horas (29), entre 3 e 4 horas (6) e de 4 em 4 horas (4). Estes médicos, que representam 49,4% do total estudado, tiveram conhecimento avaliado como errôneo.

As justificativas apontadas pelos 40 médicos para recomendar a amamentação sob demanda no primeiro mês de vida compõem a Tabela 26, onde foram mantidas as expressões usadas pelos informantes.

Observando-se a Tabela 26, parece claro que a maior parte dos médicos que disseram ser mais recomendável a amamentação sob demanda, embora advoguem tal prática, desconhecem os motivos pelos quais é aconselhada. Apenas 5 profissionais mencionaram razões de algum modo relacionadas com o aleitamento materno, no sentido de favorecê-lo, por meio da amamentação por livre solicitação do recém-nascido.

Os 39 médicos que referiram ser mais aconselhável amamentar o bebê a cada 3 horas, entre 3 e 4 horas e de

TABELA 26 - JUSTIFICATIVAS DE 40 MÉDICOS PARA RECOMEN-
DAR A AMAMENTAÇÃO SOB DEMANDA NO PRIMEIRO
MÊS DE VIDA.

J U S T I F I C A T I V A S	Nº
É a criança que deve estabelecer o intervalo entre as mamadas	12
A produção da mãe é que estabelece o intervalo	4
Atende às necessidades nutricionais da criança	3
A criança suga fraco e obtém pouco leite de cada vez	3
A própria criança regula seu consumo	2
A produção de leite é escassa	2
O recém-nascido não tem preparo para obedecer horário rígido	1
É mais natural	1
Para não traumatizar a criança regulando seu consumo	1
A capacidade de sucção da criança é muito pequena	1
Permite recuperação mais rápida de peso	1
É o modo mais fisiológico para adaptação do bebê à nova vida	1
Horário perturba a vida no lar	1
Depois que a criança aprende a sugar ela própria faz o intervalo	1
A capacidade gástrica da criança é que marca o intervalo	1
A fome leva à sucção mais vigorosa, que estimula a produção e ejeção do leite materno	1
O horário rígido prejudica a ejeção, pelo componente psicossomático	1
Horário é um obstáculo à produção e descida do leite	1
A digestão do leite materno é mais rápida, exigindo amamentação mais freqüente, e a fome estimula sucção mais forte	1
Aumenta a chance de sucção, aumentando a produção de leite, dá satisfação oral à criança.	1
TOTAL	40

4 em 4 horas, apresentaram várias justificativas para a afirmação feita. Entre elas, as mais freqüentes referiram-se: ao "tempo exigido para a digestão do leite materno" (3 horas, 3 horas e meia, 4 horas); ao "tempo necessário para a nova fabricação de leite pela glândula

mamária" (3 e 4 horas); "a organização da vida no lar e liberação da mãe", e ao fato desses intervalos serem "recomendados classicamente em Pediatria" e "bem aceitos pela maioria dos recém-nascidos".

As razões dadas pelos médicos que recomendaram amamentação por horário durante o primeiro mês de vida reforçam a idéia de que são poucos seus conhecimentos sobre o processo de produção do leite humano e de suas características quanto à digestão. Segundo JELLIFFE e JELLIFFE¹¹⁹, o reflexo da prolactina capacita o seio a reencher depois de aproximadamente duas a três horas e a operar num sistema de oferta e demanda. Então, não há embasamento científico para justificar a amamentação de 3 em 3 horas, ou com outro intervalo de tempo. Nem é válido estabelecer-se horário para "juntar leite" ou "dar tempo do seio fabricar leite para a próxima mamada", como argumentaram diversos profissionais.

No que concerne à digestão do leite materno, o tempo exigido para esse processo fisiológico é menor do que o reclamado para o leite de vaca^{8,60,119,182}. Quanto a esse aspecto é oportuno referir como ENDRESEN e HELSING⁶⁰ orientam mães: "a regra fundamental da amamentação é: quanto mais você amamenta mais leite produz. Bem frequentemente crianças amamentadas requerem apenas 1 ou 2 horas entre as mamadas. Isto ocorre porque o leite humano é facilmente digerido pelo bebê; de fato, ele pode passar pelo estômago em apenas meia hora, enquanto os leites artificiais necessitam de, pelo menos, 3 horas". Dessa forma, justificar a amamentação com intervalos de

3 horas e mais, baseando tal indicação no tempo exigido para a digestão do leite materno, também não procede e sugere falta de conhecimento.

Quanto à mamada noturna, incluída nesta parte da apresentação dos resultados por se referir à amamentação sem limitações, 17 médicos (21,5%) afirmaram que, nas primeiras semanas de vida, gera indisciplina no bebê (questão nº 39).

Para investigar o conhecimento dos médicos sobre práticas aconselhadas para facilitar a drenagem do leite e prevenir problemas no início e estabelecimento da lactação, utilizamos a questão nº 25, que diz respeito à necessidade da expressão manual dos seios após as mamadadas.

Apenas 10 (12,6%) dos informantes reconheceram como necessária a expressão manual dos seios depois das mamadas, nas primeiras semanas de lactação; entretanto, desses, somente 2 justificaram suas afirmativas de modo a obter classificação do conhecimento como *satis*fatório, referindo: "promove esvaziamento adequado e previne inflamação dos seios" e "leva a esvaziamento conveniente e previne mastite". Os outros 8 apontaram uma única justificativa: "ajuda o esvaziamento dos seios"(5) e "evita ingurgitamento" (3), categorizando-se como *insatis*fatório o conhecimento desses profissionais (Tabela 16).

Com exceção de 6 médicos que responderam "não sei", os demais 63, aproximadamente 80%, negaram a necessidade da prática que estamos examinando. A Tabela 27 mos

tra os motivos pelos quais a expressão manual dos seios após as mamadas é desnecessária, no entender da maioria dos médicos. Na composição da referida Tabela respeitamos a linguagem dos informantes.

TABELA 27 - MOTIVOS APONTADOS POR 63 MÉDICOS PARA CONSIDERAR DESNECESSÁRIA A EXPRESSÃO MANUAL DOS SEIOS APÓS AS MAMADAS, DURANTE AS PRIMEIRAS SEMANAS DE LACTAÇÃO.

M O T I V O S	FREQUÊNCIA (*)
A sucção da criança basta para esvaziar os seios	36
Nas primeiras semanas a produção de leite é escassa	31
Após as mamadas os dois seios estão vazios	3
Nas primeiras semanas não há ingurgitamento	3
Não há razão lógica para a mulher fazer a expressão	3
Provoca, dá, ingurgitamento	3
Traumatiza a mãe	3
Traumatiza o mamilo	2
É artificialismo desnecessário	2
Não apresenta vantagem alguma	2
Só provoca infecção no seio	2
Machuca a glândula mamária	2
Dá mastite	2
A técnica é muito difícil	2
Atrapalha o reflexo de sucção da criança	1
TOTAL	97

(*) Resposta múltipla

Os dados da Tabela 27 revelam o desconhecimento dos médicos sobre quanto é fácil, útil e vantajosa a expressão manual dos seios depois das mamadas, nos estágios iniciais da lactação. Por 15 vezes foram atribuídos efeitos negativos a uma prática que contribui, exatamente, para tornar a mãe confiante^{195, 250}; prevenir traumas no mamilo e outras complicações^{10, 23, 168, 195}; promover esvaziamento adequado das mamas, que mantém e aumenta a produção de leite^{9, 158, 234}; superar aversões e habituar a mãe a manipular os seios^{8, 18}.

O motivo mais frequentemente apontado pelos médicos para contra-indicar a expressão manual dos seios após as mamadas leva a crer que esses profissionais pensam que as mamas se esvaziam completamente pela sucção da criança. Como afirma HELSING⁸⁹, o esvaziamento total das mamas é fisiologicamente impossível. Sempre ficam resíduos do leite depois da mamada, em geral ocorrendo esvaziamento apropriado apenas no primeiro seio ofertado ao bebê.

Outra razão apresentada na Tabela 27 merece ser contestada. Nas primeiras semanas de lactação nem sempre a produção de leite é escassa, como inúmeras vezes foi referida pelos médicos; quando isso acontece, a expressão dos seios depois das mamadas é útil para aumentar a produção láctea, como comprovaram BLAIKLEY e colaboradores²³. Quando a produção de leite é muito maior do que a drenagem, fato não raro nas primeiras semanas de lactação, a expressão dos seios previne o ingurgitamento e a posterior diminuição da secreção láctea pelo aumen

to da pressão intramamária^{8,23}.

Note-se ainda que nenhum dos entrevistados parece conhecer uma outra importante contribuição da expressão manual dos seios, já que não foi mencionada: a de aumentar a confiança da mãe na sua capacidade de amamentar.

Perguntamos aos médicos se é conveniente complementar o seio com mamadeira nos primeiros dias de vida (questão nº 26). Cinco afirmaram que convém e um disse que não sabia (Tabela 16). A grande maioria respondeu "Não", totalizando 73 (92,4%) os profissionais que são contrários à complementação estudada. Quando pedimos aos informantes que dessem razões para suas respostas, nenhum deles atendeu ao critério adotado para considerar o conhecimento satisfatório; este exigia fossem apresentadas, principalmente, justificativas que revelassem o conhecimento do efeito prejudicial da complementação no que diz respeito ao aleitamento materno. Os 73 médicos evidenciaram conhecimento classificado por nós como insatisfatório. Apenas 3 profissionais indicaram, simultaneamente, duas justificativas referentes aos danos que a complementação por mamadeira causa à alimentação ao seio.

A Tabela 28 contém as razões que os 73 médicos apresentaram para considerar inconveniente a complementação, conservando-se as expressões empregadas.

Pelas razões expostas na Tabela 28, e freqüência com que foram indicadas pelos médicos, parece que, para eles, além de desnecessária, a complementação das mamas interfere negativamente no aleitamento materno ape

nas pela facilidade com que a criança obtém o leite por mamadeira. Foram, por assim dizer, praticamente ignoradas outras relevantes e prejudiciais consequências da utilização de complementos, como o enfraquecimento da sucção e a interferência no seu mecanismo natural. A influência danosa da complementação sobre a mãe, solapando sua confiança e gerando sentimento de inadequação para o aleitamento materno, nenhum dos médicos referiu.

TABELA 28 - RAZÕES APONTADAS POR 73 MÉDICOS PARA CONSIDERAR INCONVENIENTE A COMPLEMENTAÇÃO DO SEIO COM MAMADEIRA NOS PRIMEIROS DIAS DE VIDA.

R A Z Õ E S	FREQÜÊNCIA(*)
A obtenção do leite por mamadeira é mais fácil e a criança não quer mais o seio	35
O leite da mãe atende às necessidades da criança	30
Confunde o bebê porque a sucção ao seio e na mamadeira é diferente	4
Diminui o apetite da criança e enfraquece a sucção ao seio	2
Habitua o bebê com o sabor mais doce do complement <u>to</u> e ele rejeita o seio	2
O recém-nascido precisa de pouco leite	2
As proteínas do leite materno e do leite de vaca são diferentes, e a mistura das duas faz mal à cri <u>ança</u>	2
Não precisa. A capacidade gástrica do bebê é pequ <u>na</u>	1
O seio basta para matar a fome da criança	1
O bebê suga o seio e dorme mesmo; portanto, não é preciso complementar	1
TOTAL	80

(*) Resposta múltipla

Os 5 médicos que consideraram conveniente complementar o seio com mamadeira nos primeiros dias de vida justificaram-se da forma seguinte: "a produção da mãe não basta" (4) e "o colostro não tem proteínas suficientes" (1). A esses profissionais foi conferido conhecimento *errôneo*.

Considerando os resultados obtidos em relação à prática que estamos analisando, cabe indagar: é possível esperar que os responsáveis pela prescrição da alimentação infantil favoreçam o aleitamento materno, abandonando a indicação de complementos, sem que tenham conhecimento dos prejuízos que a complementação acarreta?

Pedimos aos médicos que apontassem qual a técnica mais correta durante os primeiros meses: amamentar a criança nos dois seios em cada mamada, ou amamentá-la apenas um, alternadamente (questão nº 30). Interessava-nos detectar se os informantes conheciam as razões nutricionais e fisiológicas que justificam a utilização de ambos os seios nas sessões de amamentação, prática habitualmente recomendada. A Tabela 16 mostra os resultados.

Dos 79 médicos, 3 disseram que não sabiam responder, 5 afirmaram ser mais correto amamentar em apenas um seio, e expressiva maioria, correspondendo a 89,9% do grupo (71), indicou que a amamentação em ambos os seios em cada mamada era a mais certa. Porém, pelas justificativas apresentadas para a mãe utilizar os dois seios, apenas 2 médicos alcançaram classificação do conhecimento como *satisfatório*, mencionando tanto o aspecto nutricional quanto o fisiológico. As razões referidas por

esses médicos foram: "estimula a produção de leite nos dois seios e a criança recebe mais nutrientes" e "consegue-se bom esvaziamento das mamas e a criança tem alimentação de maior valor nutricional". Cincoenta e nove (74,7%) profissionais obtiveram conhecimento *insatisfatório*. A maior parte limitou-se a dar somente uma justificativa, e o aspecto nutricional não foi abordado nem por estes, nem pelos que deram duas razões. Na Tabela 29 mostramos as razões mencionadas pelos 59 médicos para justificar a amamentação em ambos os seios, mantendo-se nela a linguagem dos informantes.

TABELA 29 - RAZÕES APONTADAS POR 59 MÉDICOS PARA A UTILIZAÇÃO DE AMBOS OS SEIOS EM CADA MAMADA DURANTE OS PRIMEIROS MESES.

R A Z Ő E S	FREQÜÊNCIA (*)
Estimular a produção de leite nos dois seios	31
Esvaziar os dois seios	16
Deixar a criança satisfeita	11
Evitar ingurgitamento	9
Aliviar a mãe	4
Dar conforto pessoal à mulher	1
Prevenir a mastite	1
TOTAL	73

(*) Resposta múltipla

Do total dos médicos entrevistados, 15 (19,0%) revelaram conhecimento categorizado como *errôneo*. Destes, os 5 que indicaram como prática mais correta a amamentação em apenas um seio, assim se justificaram: "para não interromper a mamada, que diminui o interesse pelo seio e frustra a criança" (1); "se a criança mama num seio só e dorme, está satisfeita e isso basta"(1); "para juntar leite para a próxima mamada" (2), e "quando a mãe verdadeiramente tem leite, um seio só chega" (1). Os outros 10, apesar de considerarem mais acertada a amamentação em ambos os seios, apresentaram as razões seguintes: "para favorecer a estética, ou evitar deformidade na mãe" (6); "para a criança arrotar, expelir o ar e mamar mais facilmente" (2); "para não viciar a criança em um seio só" (1), e "porque sempre se fez assim; portanto, é o mais correto" (1).

Pelos resultados obtidos parece ser precário o cohecimento dos médicos no que concerne ao significado fisiológico da utilização de ambos os seios em cada mamada; quanto ao aspecto nutricional que essa prática envolve, o conhecimento é virtualmente ausente entre os informantes deste grupo.

Perguntando aos médicos se é recomendável pesar o bebê antes e depois das mamadas (questão nº 32), 61 (77,2%) responderam "Não", 2 disseram "Não Sei" e os restantes (16), que representam 20,3% deste grupo, deram como resposta "Sim".

Todos os médicos que desaconselharam a pesagem da criança antes e depois das mamadas apresentaram apenas

uma justificativa para seu modo de pensar, deixando de atender ao critério de conhecimento *satisfatório*, que exigia três. As razões indicadas por esses médicos compõem a Tabela 30.

TABELA 30 - RAZÕES APONTADAS POR 61 MÉDICOS PARA DESA CONSELHAR A PESAGEM DO BEBÊ ANTES E DEPOIS DAS MAMADAS.

R A Z Ő E S	Nº
Causa ansiedade na mãe	32
É trabalhoso	10
Não há necessidade	8
Toma muito tempo	3
É excesso de zelo	2
É anti-natural	2
Provoca vômito pela manipulação da criança	2
Pesadas isoladas nada dizem	1
O aumento de peso não é igual ao longo do dia	1
TOTAL	61

Os profissionais favoráveis à pesagem rotineira nos primeiros meses justificaram-se assim: "é preciso saber quanto leite a criança está recebendo" (9); "para medir a produção de leite" (3); "para controlar o consumo da criança e a produção da mãe" (3), e "para ver se é pre

ciso fazer complementação" (1). Estes 16 médicos tiveram seu conhecimento classificado como *errôneo*.

Pelos nossos resultados, importante percentual dos médicos que participaram deste estudo parece desconhecer o malefício que a pesagem do bebê, antes e depois das mamadas, causa ao aleitamento materno. Pode-se pensar, também, que nenhum dos médicos está alertado para o fato da pesagem poder levar à introdução da alimentação artificial e que, possivelmente, muitos nem sequer reconhecem como desnecessária a pesagem do bebê antes e depois das mamadas.

Com a questão nº 34 procuramos estudar o conhecimento médico sobre o prejuízo que os contraceptivos orais podem causar à produção de leite materno. Quarenta (50,7%) dos profissionais responderam "Não sei" à indagação feita (Tabela 16). Somente 11 (13,9%) indicaram satisfatoriamente a relação existente entre os contraceptivos orais e a lactação materna, expressando-se assim: "os que contêm estrógenos e progesterona diminuem a produção de leite" (9) e "os que têm excesso de estrógenos ou são combinados com progesterona diminuem a produção de leite materno" (2).

Atribuimos conhecimento *insatisfatório* a 14 (17,7%) médicos que deram informação incompleta sobre o papel dos contraceptivos orais na produção de leite humano, manifestando-se da seguinte maneira: "diminuem a produção de leite" (10) e "inibem a lactação" (4). Quatorze do total de informantes (17,7%) tiveram conhecimento categorizado como *errôneo*: 13 disseram que não há relação al

guma entre anti-concepcionais orais e produção de leite materno e I explicou incorretamente a relação pesquisada, referindo: "anti-concepcionais que contêm progesterona diminuem a produção de leite".

Ante os resultados que obtivemos, consideramos válido supor que a grande maioria dos médicos deste estudo pode, inadvertidamente, causar prejuízo ao aleitamento materno, prescrevendo contraceptivos orais que não são recomendados para nutrízes.

Investigamos o conhecimento dos médicos sobre a alimentação da mãe que amamenta (questão nº 40). Apenas 7 profissionais (8,9%) atenderam ao critério estabelecido para conhecimento *satisfatório* no que concerne à alimentação da nutriz, informando de diferentes maneiras que durante o período de lactação a mãe deve comer de tudo o que consome habitualmente, aumentando as quantidades e os líquidos. Cerca de 38% (30) dos médicos indicaram insatisfatoriamente qual deve ser a alimentação da nutriz, 29 recomendando quantidade excessiva de alimentos protéicos de origem animal e I aconselhando apenas alimentação "muito rica em líquidos". A ausência de conhecimento sobre a alimentação da lactante foi referida por 51,8% (41) dos médicos estudados (Tabela 16). A maioria desses profissionais além de responder "Não sei" à pergunta feita, informou, espontaneamente, não conhecer Nutrição e não saber indicar quais alimentos devem compor a dieta da mãe que amamenta. Um médico, cujo conhecimento foi considerado *errôneo*, referiu que a nutriz deve "comer muita canjica e tomar cerveja preta

que aumentam o leite, mas o principal são os fortificantes e vitaminas para que possa amamentar".

A avaliação do conhecimento dos médicos com respeito à alimentação da nutriz sugere estes comentários:

- a) foi muito reduzido o número de médicos que, trabalhando com população predominantemente de baixa renda, parece ter possibilidade de orientar apropriadamente nutrizas sobre a alimentação que precisam consumir;
- b) proporção expressiva dos profissionais estudados pensa ser recomendável, para mães que amamentam, dieta principalmente constituída de alimentos protéicos de origem animal e em quantidades elevadas. Para população de baixa renda, tal recomendação não se ajusta. Ainda mais, as recomendações feitas por cerca de 37% dos médicos que participaram desta investigação confirmam as críticas feitas na literatura sobre a alimentação que vem sendo preconizada para nutrizas, desnecessariamente^{122,149,182,226};
- c) foi bastante elevado o percentual de médicos que mencionaram não saber qual alimentação deve ser aconselhada às mães durante o período de lactação; as informações oferecidas por esses profissionais parecem indicar que o Curso de Graduação em Medicina não prepara apropriadamente o aluno na área de Nutrição.

Enfermeiras

A Tabela 31 apresenta a distribuição do conhecimento das enfermeiras nas questões referentes ao Controle do aleitamento materno.

Das 12 enfermeiras entrevistadas, apenas uma respondeu satisfatoriamente a questão nº 9, indicando como melhores estímulos para a produção de leite humano "a sucção forte e frequente da criança e o esvaziamento dos seios". A maioria, 8, deu informações que nos levaram a classificar seu conhecimento como *insatisfatório*, mencionando: "boa alimentação" (3); "a sucção" (2), "muito líquido e boa alimentação" (2), e "a sucção e alimentação correta" (1).

Para 3 enfermeiras os melhores estímulos para a produção de leite materno são: "a orientação sobre aleitamento materno", "o carinho pela criança" e "o amor pelo bebê", que constituíram conhecimento categorizado como *errôneo*.

Quanto ao exame pré-natal dos seios, visando ao aleitamento materno, nenhuma das enfermeiras obteve conhecimento satisfatório (questão nº 16), e uma informou não saber se essa prática é necessária. Do grupo total, 8 apontaram somente uma justificativa para explicar a necessidade do exame dos seios da gestante, mencionando: "ver se o bico é bom ou precisa corrigir" (6) e "descobrir se o mamilo tem problemas que podem ser corrigidos" (2). Conferimos conhecimento *errôneo* a três das informantes: 2 disseram que o exame pré-natal dos seios é

TABELA 31 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DAS ENFERMEIRAS NAS QUESTÕES SOBRE CONTROLE DO ALEITAMENTO MATERNO.

Q U E S T Õ E S	C O N H E C I M E N T O		SATISFA- TÓRIO		INSATIS- FATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
9. Melhores estímulos à produção de leite.	1	8,3	8	66,7	3	25,0	-	-	-	-	12	100,0
16. Exame pré-natal dos seios.	-	-	8	66,7	3	25,0	1	1,3	-	-	12	100,0
18. O que a gestante deve fazer para favorecer o aleitamen- to materno.	-	-	12	100,0	-	-	-	-	-	-	12	100,0
19. O que a gestante deve fazer quanto à higiene e cuidados com os seios	-	-	7	58,3	5	41,7	-	-	-	-	12	100,0
20. Técnica de massagem nos seios	1	8,3	-	-	-	-	11	91,7	-	-	12	100,0
21. Exercício para preparação do mamilo	1	8,3	5	41,7	-	-	6	50,0	-	-	12	100,0
22. Exercício para mamilo pseudo-invertido	1	8,3	-	-	1	8,3	10	83,3	-	-	12	100,0
23. Expressão manual do colostro	-	-	2	16,7	3	25,0	7	58,3	-	-	12	100,0
24. Técnica de expressão manual do colostro	2	16,7	-	-	1	8,3	9	75,0	-	-	12	100,0
25. Início da amamentação	2	16,7	-	-	10	83,3	-	-	-	-	12	100,0
26. Alimentação pré-láctea	-	-	4	33,3	8	66,7	-	-	-	-	12	100,0
27. Intervalo entre as mamadas	4	33,3	-	-	8	66,7	-	-	-	-	12	100,0
28. Expressão dos seios após as mamadas	-	-	2	16,7	9	75,0	1	8,3	-	-	12	100,0
29. Uso de complementos	-	-	9	75,0	3	25,0	-	-	-	-	12	100,0
35. Amamentação nos dois seios	-	-	10	83,3	2	16,7	-	-	-	-	12	100,0
36. Higiene e cuidados com os seios da nutriz	-	-	10	83,3	2	16,7	-	-	-	-	12	100,0
37. Pesagem antes e depois das mamadas	-	-	5	41,7	7	58,3	-	-	-	-	12	100,0
43. Amamentação noturna	5	41,7	-	-	7	58,3	-	-	-	-	12	100,0
44. Alimentação da nutriz	-	-	5	41,7	2	16,7	5	41,7	-	-	12	100,0

necessário para "ver se há colostro" e uma referiu que a prática estudada é desnecessária. Esta enfermeira ofereceu a seguinte explicação para seu modo de pensar: "exame dos seios como rotina do pré-natal, não. Se a mãe tiver alguma queixa a enfermeira examina, pois não cabe aos médicos o exame dos seios".

Perguntamos às enfermeiras o que a mulher deve fazer no período pré-natal para favorecer a produção de leite e a amamentação (questão nº 18). Todas elas responderam de modo insatisfatório, cada uma citando apenas duas ações, sendo que o critério adotado exigiu três. Metade do grupo total referiu-se aos exercícios para preparação do mamilo, uma enfermeira citou a higiene apropriada dos seios e nenhuma mencionou a expressão manual do colostro.

A Tabela 32 apresenta as informações fornecidas pelas 12 enfermeiras sobre o que a gestante deve fazer para favorecer o aleitamento materno, na forma de expressão usada por elas.

Como se observa na Tabela 32, as enfermeiras também enfatizam a alimentação adequada no período pré-natal para favorecer o aleitamento materno como aconteceu com os médicos. Todavia, proporção maior de enfermeiras que de médicos realçou o preparo dos mamilos durante a gravidez. Pareceu-nos estranho que nenhuma das enfermeiras fizesse menção à expressão manual do colostro, tão recomendada no preparo da gestante para o aleitamento natural.

TABELA 32 - INFORMAÇÕES DE 12 ENFERMEIRAS SOBRE O QUE A GESTANTE DEVE FAZER PARA FAVORECER O ALEITAMENTO MATERNO.

O QUE A GESTANTE DEVE FAZER	FREQUÊNCIA (*)
Comer alimentação correta, adequada, certa	6
Fazer exercícios para preparar o mamilo	6
Fazer massagem nos seios	3
Tomar Gestal	3
Lubrificar o seio	2
Ter informação sobre aleitamento materno	1
Ter preparação psicológica	1
Fazer corretamente a higiene dos seios	1
Tomar vitaminas (remédio)	1
TOTAL	24

(*) Resposta múltipla

No que concerne à higiene e cuidados com os seios tendo em vista a amamentação (questão nº 19), também não se verificou conhecimento *satisfatório*, neste grupo. Sete das informantes revelaram conhecimento *insatisfatório*, referindo que no período pré-natal a mulher deve: "lubrificar os mamilos com óleo de amêndoa e lavar bem os seios com água e sabão" (3); "usar pomadas para evitar ressecamento" (1); "apenas lubrificar os seios" (1); "não usar sutiã apertado e lavar todos os dias os seios com água e sabão" (1) e "lavar diariamente os mamilos com água boricada, passar óleo de amêndoa para amaciar

o seio e lavar diariamente com água e sabonete" (1). As demais 5 enfermeiras deram exclusivamente informações errôneas: "só lavar diariamente os seios com água e sa bão" (4) e "não há nada de especial para a gestante fa zer" (1).

Cumpramos ressaltar que 9 das enfermeiras indicaram prática insistentemente desaconselhada: o uso de sabão nos seios.

Foi surpreendente o que constatamos ao perguntar às enfermeiras se conheciam a técnica de massagem nos seios, que objetiva prepará-los para a amamentação (questão 20). Apenas uma enfermeira respondeu afirmativamente e des creveu com correção a técnica solicitada. Todas as ou tras responderam "Não sei" (Tabela 31).

Indagamos das enfermeiras se sabiam algum exercício que devesse ser ensinado a gestantes, com a finalidade de preparar os mamilos para a amamentação (questão 21). Metade do grupo respondeu que não conhecia exercício al gum e uma descreveu satisfatoriamente o exercício pre conizado⁶⁰; as restantes, cujo conhecimento foi conside rado *insatisfatório*, deram as descrições seguintes: "bas ta puxar o mamilo" (3) e "é só fazer massagem no mamilo com óleo de amêndoa"(2).

O conhecimento das enfermeiras em relação ao exer cício recomendado por HOFFMAN⁹³ para correção de mami los retráteis também foi investigado (questão nº 22). A maioria (10) informou não o conhecer, uma descreveu cor retamente o exercício e uma explicou erroneamente: "pre

cisa massagear em círculo, em volta do mamilo".

Perguntamos às enfermeiras se a gestante deve fazer a expressão manual do colostro nos dois últimos meses da gravidez (questão nº 23), solicitando ainda que justificassem suas respostas: 7 referiram que não sabiam; 2 enfermeiras afirmaram que a expressão manual do colostro deve ser feita, mas não conseguiram apresentar justificativa satisfatória, mencionando apenas: "para ajudar na produção de leite depois do parto". Três das informantes tiveram conhecimento classificado como *errôneo*: são contrárias à expressão manual do colostro, pelas seguintes razões: "pode traumatizar o mamilo" (2) e "prejudica o bebê porque esse colostro vai fazer falta" (1).

Nove enfermeiras disseram que não sabiam como a gestante deve fazer a expressão manual do colostro (questão nº 24). Dentre as que afirmaram saber, uma deu descrição incorreta: "a gestante faz a expressão do colostro puxando o mamilo com toalha quente, onde se coloca óleo de amêndoa". As outras 2 informaram, acertada e minuciosamente, de que modo a gestante deve proceder. Estas enfermeiras são as mesmas que na questão anterior referiram que a gestante deve fazer expressão manual do colostro, mas não justificaram satisfatoriamente o que afirmaram. Parece então que elas sabem que a prática é correta, conhecem como executá-la, mas não compreendem seu real valor.

No que respeita ao momento de iniciar a amamentação (questão nº 25), somente 2 enfermeiras alcançaram conhecimento *satisfatório*, informando que a criança deve ser

levada ao seio ainda na sala de parto, pelas razões que seguem: "para não desestimular o aleitamento materno" e "para favorecer o relacionamento mãe-criança, treinar as duas quanto antes na amamentação e estimular a produção de leite mais cedo". As outras informantes deste grupo evidenciaram conhecimento considerado *errôneo*, indicando diferentes momentos para o início da amamentação: "somente 12 horas depois do parto" (4), "entre 12 e 24 horas depois do nascimento" (1) e "somente 24 horas depois do parto" (5).

Na Tabela 33 estão as razões apontadas pelas 10 enfermeiras para início da amamentação 12 horas e mais depois do parto, onde foram conservadas as expressões usadas pelas informantes.

Comparando-se a Tabela 33 (enfermeiras) com a Tabela 24 (médicos), verifica-se que são bastante semelhantes as razões apresentadas para retardar o início da amamentação, sugerindo a mesma carência de conhecimento para ambos os profissionais.

Não houve conhecimento *satisfatório* entre as enfermeiras quando perguntamos sobre a conveniência de ministrar ao recém-nascido solução glicosada, antes do início da amamentação (questão nº 26). Atribuímos conhecimento *insatisfatório* a 4 enfermeiras que referiram ser inconveniente a alimentação pré-láctea, mas que não apresentaram pelo menos duas justificativas para seu modo de pensar, dizendo apenas: "não há necessidade" (2) e "diminui o apetite e o bebê suga mais fraco" (2).

TABELA 33 - RAZÕES APONTADAS POR 10 ENFERMEIRAS PARA INÍCIO DA AMAMENTAÇÃO 12 HORAS E MAIS DEPOIS DO PARTO.

R A Z Õ E S	Nº
<i>12 horas pós-parto</i>	
Para mãe e criança descansarem e dar tempo do leite descer	2
Para mãe e criança descansarem e antes disso a <u>cri</u> ança não precisa de alimento	1
Porque essa é a conduta do parteiro e pediatra	1
<i>12 - 24 horas pós-parto</i>	
Antes disso o bebê não está apto para mamar e para dar tempo da mãe e bebê descansarem	1
<i>24 horas pós-parto</i>	
Dar tempo para hidratar o bebê e a mãe descansar	1
A mãe não tem leite antes de 24 horas e a <u>cri</u> ança já vem alimentada do útero	1
Só depois de 24 horas começa a formação do leite e somente depois de 24 horas a criança é capaz de <u>su</u> gar	1
Antes de 24 horas o bebê não está apto para sugar e é preciso dar tempo para ele eliminar as secreções engolidas no parto	1
24 horas é o tempo mínimo necessário para a <u>forma</u> ção do leite materno	1
TOTAL	10

Oito das informantes deste grupo tiveram conhecimento classificado como *errôneo* (Tabela 31) no que se refere à oferta de solução de glicose ao recém-nascido: 7 disseram que essa prática é conveniente para "alimentar e hidratar o bebê" (3), "hidratar a criança" (2), "ajudar a eliminar as secreções engolidas durante o parto" (1), e "porque os médicos mandam e deve ser correto" (1); a outra enfermeira informou que "não se deve dar água com glicose ao recém-nascido, porque primeiro é preciso que o bebê elimine as secreções que engoliu no parto". Pareceu-nos, assim, que a inconveniência mencionada não se refere à prática propriamente dita, mas ao momento de executá-la apenas.

Quanto ao intervalo entre as mamadas mais recomendável no primeiro mês de vida, para bebês alimentados exclusivamente ao seio (questão nº 27), somente 4 enfermeiras indicaram aquele estabelecido pela livre demanda da criança. As restantes apontaram diversos intervalos: "de 3 em 3 horas" (6), "de 3 a 4 horas" (1) e "de 4 em 4 horas" (1), classificando-se seu conhecimento como *errôneo*.

Vale a pena comentar as justificativas para os intervalos recomendados. As informantes que aconselharam amamentação mediante livre solicitação da criança parecem ter conhecimento insuficiente sobre as razões que levam à recomendação dessa prática, pois mencionaram apenas: "a digestão do leite materno é mais rápida do que a do leite de vaca" (1); "para adequar a alimentação à necessidade da criança quanto à fome" (1); "porque a ca

pacidade de sucção do bebê é pequena e ele mama pouco de cada vez" (1), e "é o que recomendam hoje em dia, mas eu mesma não sei explicar porque" (1).

Apresentamos na Tabela 34 as justificativas das enfermeiras para recomendar amamentação por horário, na forma original de expressão.

TABELA 34 - JUSTIFICATIVAS DE 8 ENFERMEIRAS PARA RECOMENDAR AMAMENTAÇÃO POR HORÁRIO NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA.

J U S T I F I C A T I V A S	Nº
<i>3/3 horas</i>	
É o tempo necessário para digestão do leite de peito	4
Para dar tempo da criança fazer bem a digestão, receber chá nos intervalos e dormir	1
Para dar tempo da criança digerir o leite, de tomar água, chá e suco (este começa com 20 dias)	1
<i>3/4 horas</i>	
Esse é o tempo mínimo para digestão do leite materno	1
<i>4/4 horas</i>	
A criança tem um longo período de sono, e o sono também sustenta, e esse é o tempo necessário para se fazer a digestão do leite	1
TOTAL	8

Para 7 das enfermeiras a amamentação noturna durante as

primeiras semanas constitui fonte de indisciplina (questão nº 43), criando hábito indesejável no bebê. Note-se que, entre estas, apenas duas referiram na questão nº 27 que a amamentação deve ser sob livre demanda da criança, "mas somente durante o dia".

Os comentários feitos quando apresentamos os resultados que obtivemos com os médicos se aplicam também às enfermeiras. Os dois grupos parecem ter modestos conhecimentos sobre a amamentação sem limitações.

Respondendo à questão nº 28, que diz respeito à necessidade da expressão manual dos seios após as mamadas nas primeiras semanas de lactação, nenhuma enfermeira revelou conhecimento *satisfatório*. Duas referiram que a prática estudada é necessária, mas não se justificaram a contento, explicando: "previne mastite" e "evita *ingurgitamento* dos seios".

Excluindo-se uma enfermeira que respondeu "Não sei", as outras 9 consideraram desnecessária a expressão manual dos seios após as mamadas. A Tabela 35 mostra os motivos apontados por essas enfermeiras para justificar seu modo de pensar, onde se conservou a linguagem empregada.

Levando-se em conta as informações obtidas é lícito dizer que nossos resultados sugerem a falta de conhecimento do grupo de enfermeiras sobre a finalidade e valor da expressão manual dos seios depois das mamadas no estágio inicial da lactação.

Não foi atribuído conhecimento *satisfatório* às en

TABELA 35 - MOTIVOS APONTADOS POR 9 ENFERMEIRAS PARA CONSIDERAR DESNECESSÁRIA A EXPRESSÃO MANUAL DOS SEIOS APÓS AS MAMADAS, DURANTE AS PRIMEIRAS SEMANAS DE LACTAÇÃO.

M O T I V O S	Nº
A mãe deve deixar o que sobra para juntar leite para a próxima mamada	2
A quantidade de leite é muito pouca	2
Nas primeiras semanas a produção de leite é pouca e não estorva a mãe	1
Traumatiza as glândulas mamárias	1
A criança já sugou e excitou bastante a glândula mamária	1
O próprio nenê esvazia os dois seios	1
Não é natural e, além disso como o leite é pouco, não precisa tirar com a mão	1
TOTAL	9

fermeiras quando foram avaliadas as informações oferecidas sobre a complementação do seio com mamadeira (questão nº 29). Nove das entrevistadas pensam que essa prática é inconveniente, porém apresentaram razões insatisfatórias para justificar o que disseram: "a produção de leite da mãe atende ao que o bebê precisa, ou às necessidades do bebê" (5); "a criança consegue se alimentar com mais facilidade na mamadeira e depois não quer mais o seio"(3) e "o nenê perde o apetite e não chupa o seio na outra mamada" (1).

As enfermeiras restantes (3) afirmaram erroneamente que convém completar o seio com mamadeira nos primeiros dias de vida, alegando: "a mãe tem pouco leite nos primeiros dias" (1); "como a produção de leite é pouca, se a criança não for ajudada perde muito peso" (1), e "a criança não sabe sugar bem o seio e a mãe tem pouco leite no começo" (1).

Por meio da questão nº 35 investigamos o conhecimento das enfermeiras sobre a utilização de um ou dos dois seios em cada mamada, tendo em vista os aspectos nutricional e fisiológico. Avaliando as informações obtidas, duas entre as 12 entrevistadas tiveram seu conhecimento classificado como *errôneo*: pensam ser mais acertado a mãe utilizar um seio em cada mamada, pois "é preciso juntar leite para a outra mamada" e "um seio só basta para a maioria dos bebês".

Ainda que a maior parte do grupo de enfermeiras (10) referisse ser técnica mais correta usar ambos os seios nas mamadas, não mostraram conhecimento *satisfatório* (Tabela 31) por suas justificativas: "para estimular os dois seios a fabricarem leite" (2); "para esvaziar os dois seios" (2); "para satisfazer ou saciar a fome da criança" (2); "para não dar ingurgitamento" (2); "para não encaroçar o outro" (1), e "porque estimula a fabricação do leite nos dois seios e evita ingurgitamento" (1). Como se vê, nenhuma dessas enfermeiras abordou a razão nutricional.

Quanto às medidas apropriadas para a higiene e cuidados com os seios das mães que amamentam (questão nº

36), 2 informantes revelaram conhecimento *errôneo*, dizendo: "não há nenhuma medida especial, a não ser o banho diário com água e sabão".

As enfermeiras restantes (10), ou mencionaram apenas uma prática correta, ou apontaram, simultaneamente, medidas acertadas e indesejáveis com respeito ao aleitamento materno. Na Tabela 36 estão as práticas que essas enfermeiras recomendaram para a higiene e cuidados com os seios das nutrizes.

TABELA 36 - MEDIDAS APONTADAS POR 10 ENFERMEIRAS PARA A HIGIENE E CUIDADOS COM OS SEIOS DAS MÃES QUE AMAMENTAM.

M E D I D A S	FREQÜÊNCIA(*)
Lavar os seios com água fervida antes da mamada	5
Lavar diariamente os seios com água e sabão ou sabonete	5
Lavar os seios com água e sabão, antes e depois da mamada	4
Limpar o mamilo com água boricada antes da mamada	4
Usar "soutien" firme	2
Desinfetar os seios com álcool antes da mamada	1
Usar sempre "soutien"	1
Trocar "soutien" limpo todos os dias	1
Enxugar o mamilo depois da mamada	1
TOTAL	24

(*) Resposta múltipla

O exame da Tabela 36 permite verificar como são deficientes os conhecimentos das informantes sobre higiene e cuidados com os seios de nutrizes. Considerando-se o total de informações, as medidas desaconselhadas superaram, em proporção, as práticas corretas que devem ser recomendadas às mães que amamentam. Mesmo medidas corretas, como o uso de "soutien" e enxugar os mamilos após as mamadas, foram praticamente ignoradas. Outras práticas preconizadas, como proteger os mamilos com gaze ou pano limpo nos intervalos entre as mamadas, cuidar para mantê-los secos e expô-los ao ar e sol, parecem totalmente desconhecidas por este grupo de informantes. As enfermeiras parecem não estar capacitadas a dar orientação às mães que amamentam no que concerne à higiene e cuidados com os seios para favorecer o aleitamento natural.

No que se refere à pesagem do bebê antes e depois das mamadas (questão 37), mais da metade (7) do grupo de enfermeiras pensa, erroneamente, ser recomendável tal prática, justificando-a: "para ver quanto a criança mamou e saber se a mãe tem leite suficiente" (5); "saber quanto o bebê ingeriu" (1) e "ver se precisa complementar com mamadeira" (1). Cumpre observar que estes argumentos são os mesmos apresentados pelos médicos favoráveis à pesagem da criança antes e depois de mamar, cujo conhecimento não se considerou correto.

As 5 enfermeiras que disseram "Não" à pergunta nº 37, deram as seguintes razões: "não é necessário" (1); "uma vez por mês, basta" (1); "dá muito trabalho" (1);

"para evitar que a criança vomite" (1), e "pode deixar a mãe ansiosa" (1).

Parece não haver dúvida que as enfermeiras desconhecem os efeitos prejudiciais da pesagem rotineira do bebê em relação ao sucesso do aleitamento materno.

Nenhuma das enfermeiras informou satisfatoriamente qual deve ser a alimentação da mãe que amamenta (questão nº 44). O conhecimento de 2 informantes deste grupo foi categorizado como *errôneo*, por terem mencionado que a alimentação da nutriz deve conter "muita canjica para aumentar o leite" e "muita canjica e cerveja preta que aumentam a fabricação de leite".

Cinco enfermeiras responderam "Não sei", quando se perguntou sobre a alimentação da nutriz, e as restantes deram informações que levaram à classificação de seu conhecimento como *insatisfatório*, indicando para as mães que amamentam alimentação: "com muito ovo, carne e leite" (1); "com muita proteína do ovo, da carne e das frutas" (2); "muito rica em proteínas" (1), e "com muito líquido e canjica" (1).

Os resultados sugerem que o conhecimento das enfermeiras, no que concerne à alimentação em geral e, especialmente, no que diz respeito à alimentação da mãe que amamenta, precisa ser aprimorado. Concedem destaque às proteínas, principalmente de origem animal; incluem entre alimentos protéicos as frutas, que não são fontes de proteínas, e possuem falsas crenças alimentares. É possível que esses conhecimentos errôneos e/ou incompletos

sejam transmitidos, não só ao pessoal auxiliar, como às gestantes emães sob a influência profissional das enfermeiras.

. Auxiliares

Na Tabela 37 apresentamos a distribuição do conhecimento das auxiliares nas questões sobre Controle do a leiteamento materno.

Perguntando às 69 auxiliares o que é mais importante para aumentar a produção de leite da mãe (questão nº 6), constatamos que apenas 18,8% (13) deram resposta satisfatória, dizendo: "o nenê sugar, chupar, bastante e bem forte" (6); "o bebê sugar forte e muitas vezes" (4); "a sucção forte do bebê e a amamentação constante" (2) e "a puxada forte e seguida do nenê" (1). Dentre as auxiliares, uma evidenciou conhecimento *insatisfatório*, por ter somente mencionado "a criança chupar e a mãe ter boa alimentação"; 2 responderam "Não sei".

Atribuímos conhecimento *errôneo* a 53 (76,8%) auxiliares, pois fizeram desde uma até cinco indicações incorretas sobre os melhores estimulantes da lactação humana.

A Tabela 38 contém as informações fornecidas pelas 69 auxiliares sobre os melhores estímulos para a produção de leite materno.

Analisando-se a Tabela 38 pode-se notar como as auxiliares estão mal informadas sobre o processo de lactaa

TABELA 37 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DAS AUXILIARES NAS QUESTÕES SOBRE CONTROLE DO ALEITAMENTO MATERNO.

Q U E S T Õ E S	C O N H E C I M E N T O		SATISFA TÓRIO		INSATIS FATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
6. Melhores estímulos para a produção de leite mater <u>no</u>	13	18,8	1	1,5	53	76,8	2	2,9	69	100,0		
12. Exame pré-natal dos seios	-	-	15	21,7	42	60,9	12	17,4	69	100,0		
14. O que a gestante deve fazer para favorecer o alei <u>tamento</u> materno	2	2,9	59	85,5	3	4,3	5	7,3	69	100,0		
15. Início da amamentação	2	2,9	-	-	51	73,9	16	23,2	69	100,0		
18. Uso de complementos	-	-	45	65,2	22	31,9	2	2,9	69	100,0		
19. Intervalo entre as mamadas ao seio	8	11,6	-	-	61	88,4	-	-	69	100,0		
22. Amamentação nos dois seios	-	-	60	87,0	9	13,0	-	-	69	100,0		
23. Higiene e cuidados com os seios da nutriz	2	2,9	43	62,3	24	34,8	-	-	69	100,0		
25. Alimentação da nutriz	2	2,9	38	55,1	29	42,0	-	-	69	100,0		

TABELA 38 - MELHORES ESTÍMULOS PARA A PRODUÇÃO DE LEITE
MATERNO INDICADOS POR 69 AUXILIARES.

MELHORES ESTÍMULOS	FREQÜÊNCIA (*)
Gestál	22
Canjica	17
Sucção ativa	13
Sucção freqüente	13
Líquidos	8
Vitaminas (remédio)	7
Leite	6
Cerveja preta	6
Fortificantes	4
Amor pela criança	4
Fubã	3
Proteínas	3
Calma da mãe	2
Ovo	2
Bacalhau	2
Milho	2
Aveia	1
Carne	1
Polenta	1
Banana	1
Alimentos que contêm ferro	1
Sulfato ferroso	1
Canja	1
Obediência ao horário de amamentação	1
Sucção	1
Alimentação correta	1
Não sei	2
TOTAL	126

(*) Resposta múltipla

ção humana. Um suplemento alimentar para gestantes e nutrizes lidera o rol dos agentes mais importantes para aumentar a produção de leite materno, seguindo-se a canjica, enquanto que a sucção foi menos citada e o esvaziamento dos seios não foi mencionado sequer uma vez. O horário rígido para amamentar, um dos fatores que prejudicam a produção de leite, foi apontado como um dos melhores estimulantes da lactação.

Foi curioso observar que, em duas Unidades Sanitárias de características diferentes, obtivemos de auxiliares a mesma informação sobre o papel do bacalhau como estimulante da produção de leite materno: por ter muito sal, "chama" ou "puxa" água, que aumenta a produção láctea.

O conhecimento das auxiliares, quanto às fontes alimentares de nutrientes, parece tão precário quanto o evidenciado pelas enfermeiras. Indicaram as frutas como veiculadoras de proteínas e, entre os "alimentos que contêm muito ferro", citaram exatamente os que são pobres nesse mineral; leite, queijo e iogurte.

No que concerne ao exame pré-natal dos seios, visando ao preparo para o aleitamento materno (questão nº 12), não se verificou conhecimento *satisfatório* entre as auxiliares e 17,4% (12) disseram não saber responder à indagação feita. Quinze (21,7%) informantes obtiveram conhecimento *insatisfatório*, em razão das justificativas que ofereceram para considerar necessária a prática estudada: "ver se o bico está bom, adequado, ou precisa corrigir" (12), "ver se o bico é bom para amamentar (2)

e "ver se a gestante tem bico e se a pele do seio não está seca" (1).

Dentre as 69 auxiliares, 42 (60,9%) deram informações que levaram à classificação do conhecimento como *errôneo*: 20 admitiram a necessidade do exame pré-natal dos seios, porém não explicaram corretamente suas finalidades, e 22 referiram que essa prática é desnecessária.

As finalidades do exame pré-natal dos seios apontadas pelas 20 auxiliares que o consideraram necessário, mas cujo conhecimento foi categorizado como *errôneo*, estão na Tabela 39, na forma de expressão original.

TABELA 39 - FINALIDADES DO EXAME PRÉ-NATAL DOS SEIOS, TENDO EM VISTA O ALEITAMENTO MATERNO, APONTADAS POR 20 AUXILIARES COM CONHECIMENTO *ERRÔNEO*.

F I N A L I D A D E S	Nº
Ver se a mulher, a gestante, vai ter leite: incha as veias do seio	6
Ver, pelo tamanho do seio, se a gestante tem capacidade para ter leite	4
Ver se tem jeito das veias do peito dilatarem para o leite passar, correr	3
Ver se não tem caroço no seio	3
Ver se o seio não tem inchaço, inchação	2
Ver se o seio já está fabricando leite	1
Ver se o seio está endurecido e vai dar leite	1
TOTAL	20

Na Tabela 40 mostramos as razões apresentadas pelas auxiliares que pensam ser desnecessário o exame dos seios de gestante, tendo em vista a amamentação.

TABELA 40 - RAZÕES APRESENTADAS POR 22 AUXILIARES QUE CONSIDERAM DESNECESSÁRIO O EXAME PRÉ-NATAL DOS SEIOS, TENDO EM VISTA O ALEITAMENTO MATERNO.

R A Z Õ E S	Nº
A mulher só vai ter leite depois que o nenê nascer. Se não há leite, não há razão para examinar os seios.	7
Não precisa. Eu e muitas mulheres que amamentam nunca precisaram mostrar o seio para o médico. Nunca eles examinaram.	4
É cedo demais. O exame dos seios é problema para depois do parto.	3
No pré-natal o médico não vai saber se a mãe vai ter leite ou não. Só depois do parto.	3
Nem se deve falar nisso. Não é necessário e a mãe tem vergonha de examinar o seio, de mostrar para o médico.	1
Se o médico examinar os seios as mulheres vão ter desconfiança, porque elas sabem que só vão ter leite depois que o bebê nascer. Para que examinar?	1
Não precisa. Ter leite é da natureza da pessoa e no momento certo ele vai aparecer.	1
O exame dos seios na período pré-natal é só preventivo de câncer	1
A própria mãe deve sentir que deve amamentar. Só ela pode ajudar. Não precisa o médico esforçar.	1
TOTAL	22

Os resultados parecem mostrar que as auxiliares desconhecem totalmente os efeitos positivos do exame pré-natal dos seios em relação ao aleitamento materno.

Na questão nº 14, apenas 2 auxiliares indicaram satisfatoriamente o que a gestante deve fazer para ajudar a alimentar o filho ao seio, dizendo: "fazer exercícios para formação do mamilo, massagem nos seios e usar sutiã firme" e "comer alimentação adequada, fazer exercícios para aumentar o mamilo e massagem nos seios".

Cincoenta e nove (85,5%) auxiliares revelaram conhecimento *insatisfatório*, 5 (7,3%) disseram que não sabiam responder a questão proposta e 3 (4,3%) não a responderam acertadamente, mencionando: "antes, nada", "não precisa fazer nada antes de nascer o bebê" e "nada; ter leite depende da natureza da própria pessoa".

Na Tabela 41 estão as informações das 69 auxiliares sobre o que a gestante deve fazer para favorecer o aleitamento materno.

Examinando-se os dados da Tabela 41, parece válido pensar que as auxiliares entendem que o objetivo mais importante do preparo pré-natal da mulher para o aleitamento materno é melhorar suas condições nutricionais para a produção de leite, Assim, do total de práticas que a gestante deve adotar para que o aleitamento natural seja favorecido, segundo as auxiliares, cerca de 70% estão de alguma forma vinculadas à alimentação e nutrição. Embora não reste dúvida sobre a necessidade e importância da atenção nutricional durante a gravidez, que além de outros benefícios contribui também para o êxito do aleitamento materno, fatores da mesma forma relevantes precisam ser considerados, como é o caso da preparação dos mamilos, da higiene e cuidados com os seios, da ex

TABELA 41 - INFORMAÇÕES DE 69 AUXILIARES SOBRE O QUE A GESTANTE DEVE FAZER PARA FAVORECER O ALEITAMENTO MATERNO.

O QUE A GESTANTE DEVE FAZER	FREQUÊNCIA (*)
Comer alimentação correta, forte, adequada	36
Tomar Gestal	29
Fazer exercícios para formar, sair, aumentar ou preparar o mamilo	12
Fazer massagem nos seios	12
Tomar vitaminas (remédio)	11
Tomar fortificantes	10
Comer muita proteína	5
Tomar muito leite	2
Tomar cerveja preta	1
Tomar "Proteinac"	1
Passar pomadas no seio para não rachar	1
Suspender bem os seios	1
Usar "soutien" firme	1
Tomar levedo de cerveja	1
Ter gravidez calma	1
Nada	3
Não sei	5
TOTAL	132

(*) Resposta múltipla

pressão manual do colostro e da formação de atitudes positivas no que concerne à amamentação. Como é possível verificar pelos resultados expostos, práticas que facilitam o aleitamento natural e que a gestante deve executar não tiveram o destaque que merecem. Parece bastante incompleto e insuficiente o conhecimento das auxiliares sobre o preparo pré-natal da mulher para o aleitamento materno.

Quando foi feita a questão nº 15, que se refere ao momento de iniciar a amamentação, 23,2% (16) das auxiliares responderam "Não sei". Somente 2 (2,9%) pensam, corretamente, que a amamentação deve ser iniciada "na sala de parto" e "o mais breve possível, antes de fazer 6 horas".

A grande maioria das informantes, representando 73,9% (51), referiu que o bebê deve mamar pela primeira vez depois de decorridas várias horas após o parto: 12 horas (20), 24 horas (28), mais de 24 horas (1) e mesmo 48 horas (2). O conhecimento dessas auxiliares foi considerado *errôneo* (Tabela 37).

É de interesse relatar as justificativas apresentadas pelas auxiliares quando informaram sobre o momento inicial da amamentação. As que afirmaram que o bebê deve ser levado ao seio, imediatamente, ou poucas horas depois do parto, explicaram: "favorece o contato entre mãe e criança e a mãe não fica ansiosa", e "porque a criança precisa de alimentação". Ao que parece, apenas uma dessas informantes parece reconhecer algumas das vantagens da amamentação precoce.

A Tabela 42 mostra as razões apontadas pelas 51 auxiliares para que a amamentação seja iniciada somente 12 e mais horas depois do parto.

Quando perguntamos às auxiliares se convém completar o seio com mamadeira nos primeiros dias de vida (questão nº 18), 63,5% (50) responderam "Não", 2 disseram "Não sei" e as restantes informaram que sim. Todavia, quando se solicitou a quem disse "Não" que justificasse sua resposta, nenhuma deu explicação que classificasse o conhecimento como *satisfatório*.

Das 69 auxiliares (Tabela 37), 45 (65,2%) alcançaram conhecimento *insatisfatório* por suas justificativas, que atenderam apenas parcialmente ao critério adotado: "o bebê larga o seio porque é mais fácil mamar na mamadeira" (22); "o leite que a mãe tem ou produz chega para o bebê (16); "para a criança ficar com fome e chupar mais forte, que aumenta o leite" (2); "a criança acostuma com o outro leite e não quer mais o peito" (2); "a criança acostuma com o bico de borracha e deixa o peito" (2), e "para não empedrar o seio e por não ser correto dar leite artificial" (1).

O conhecimento de 22 (31,9%) das informantes foi considerado *errôneo*; 5 referiram que a complementação não convém, mas cometeram incorreções quando justificaram seu modo de pensar, dizendo: "leite de peito e de vaca misturados dão diarreia, fazem mal ao intestino do bebê (3); "leite de vaca só contamina a criança" (1), e "a criança não digere outro leite que não seja o da mãe" (1); as restantes, 17, disseram ser conveniente a

TABELA 42 - RAZÕES APONTADAS POR 51 AUXILIARES PARA INÍCIO DA AMAMENTAÇÃO 12 HORAS E MAIS DEPOIS DO PARTO.

RAZÕES	FREQUÊNCIA (*)
<i>I - Relativas à criança</i>	
A criança não precisa de alimento antes disso	11
A criança precisa ser examinada pelo médico	6
Esperar a criança limpar o intestino	5
A criança não sabe sugar antes desse tempo	4
Esperar a criança se acostumar no novo mundo	3
Esperar a criança eliminar o que engoliu no parto	2
Dar tempo para a criança tomar água com glicose	2
A criança precisa ser aquecida	1
A criança não digere alimento antes disso	1
<i>II - Relativas à mãe</i>	
Esperar a mãe descansar e se recuperar do parto	15
Esperar a mãe acordar bem da anestesia	4
Esperar a mãe se alimentar para ter forças para amamentar	1
<i>III - Relativas à mãe e criança</i>	
Esperar a mãe e a criança descansarem, normalizarem	3
<i>IV - Relativas ao leite</i>	
Esperar o leite descer	16
É o tempo que precisa para a fabricação do leite	4
<i>V - Outras</i>	
É o que os médicos mandam e eles sabem o que é correto	6
É o que fazem nas maternidades e hospitais; deve ser correto	5
É ordem do médico para ver se a mãe não tem hemorragia	1
TOTAL	90

(*) Resposta múltipla

complementação do seio com mamadeira nos primeiros dias de vida do bebê, pelas razões que apresentamos na Tabela 43, onde foram mantidas as expressões usadas pelas auxiliares.

TABELA 43 - RAZÕES APONTADAS POR 17 AUXILIARES PARA CONSIDERAR CONVENIENTE A COMPLEMENTAÇÃO DO SEIO COM MAMADEIRA, NOS PRIMEIROS DIAS DE VIDA.

R A Z Õ E S	Nº
0 leite da mãe é pouquíssimo, quase nada, e não dá para sustentar o bebê	12
A criança não sabe sugar, chupar, ainda. Dando a <u>ma</u> ma deira ela aprende, porque é muito mais fácil	3
0 leite demora 3 a 4 dias para descer e o nenê precisa ser ajudado na alimentação	1
Para acostumar logo a criança com outro leite, porque é comum o leite de peito secar	1
TOTAL	17

Como se pode constatar pelos resultados, embora importante proporção das auxiliares seja contrária à complementação, falta-lhes conhecimento sobre os malefícios que essa prática causa ao aleitamento materno. Parece evidente a necessidade de instruí-las nesse sentido e em relação aos mecanismos, tanto de sucção, quanto de produção do leite humano.

Investigando o conhecimento das auxiliares sobre o

intervalo entre as mamadas recomendado para recém-nascidos alimentados exclusivamente ao seio (questão nº 19), verificamos que apenas 8 (11,6%) conseguiram que fosse avaliado como *satisfatório*, referindo que deve ser: "aquele que o nenê quizer ou fizer" (5) e "aquele que a fome do bebê pedir" (3). As demais auxiliares (61), que constituem 88,4% deste grupo, mencionaram que a amamentação deve obedecer a horário, indicando os seguintes: de "3 em 3 horas" (49), cada "3 a 4 horas" (5) e de "4 em 4 horas" (7).

Convém examinar os motivos alegados pelas auxiliares para indicação de diferentes intervalos entre as mamadas.

As que optaram pela amamentação por livre demanda da criança, justificaram-se assim: "a fome do bebê é que faz o intervalo" (5), "a criança suga pouco, cansa e dorme" (2), e "o estômago do nenê é pequeno e ele precisa mamar mais vezes" (1). Parece, então, que estas auxiliares não conhecem as vantagens da amamentação sob demanda.

As razões apontadas pelas 61 auxiliares que recomendaram a amamentação por horário no primeiro mês de vida estão na Tabela 44.

Os resultados parecem indicar que existe entre as auxiliares, enfermeiras e médicos a mesma deficiência de conhecimentos no que concerne ao processo de lactação e à digestão do leite humano, assim como em relação às vantagens da amamentação sob demanda.

TABELA 44 - RAZÕES APONTADAS POR 61 AUXILIARES PARA RECOMENDAR A AMAMENTAÇÃO POR HORÁRIO NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA.

R A Z Õ E S	Nº
Três horas, 3 a 4 e 4 horas é o tempo que demora para digestão do leite de peito	24
Dar tempo para fabricar ou juntar leite para a outra mamada	8
O bebê tem fome cada 3, cada 4 horas	8
Dar tempo do nenê beber água, chá, suco	7
É o horário que os médicos receitam	6
Para acostumar o bebê desde cedo com horário certo	4
O estômago do nenê é pequeno e ele precisa mamar de 3 em 3 horas	4
TOTAL	61

Sessenta (87,0%) auxiliares afirmaram que é mais correto, nos primeiros meses, a mãe utilizar ambos os seios em cada mamada (questão nº 22). Entretanto, a maior parte deu apenas uma justificativa para a afirmação feita; das que apresentaram duas, nenhuma se referiu, simultaneamente, aos aspectos nutricional e fisiológico. O valor nutricional da mamada nos dois seios foi mencionado apenas em termos quantitativos por número reduzido de auxiliares e, quando referido, constituiu a única razão invocada para justificar a prática em questão. Por isso mesmo, todas essas informantes tiveram seu

conhecimento classificado como *insatisfatório* (Tabela 37).

A Tabela 45 mostra as razões apontadas pelas 60 auxiliares para justificar a utilização de ambos os seios em cada mamada durante os primeiros meses, na forma original de linguagem.

TABELA 45 - RAZÕES APONTADAS POR 60 AUXILIARES PARA JUSTIFICAR A UTILIZAÇÃO DE AMBOS OS SEIOS EM CADA MAMADA, DURANTE OS PRIMEIROS MESES.

R A Z Õ E S	Nº
Para ter leite nos dois seios	13
A quantidade de um só é pouca e não sustenta o nenê	9
Para não deformar ou dar deformação na mãe	7
Para não encaroçar, empelotar ou empedrar o outro seio	6
Para esvaziar os dois, senão dá dor	5
Para esvaziar os dois e não incomodar a mãe	5
Para esvaziar os dois, senão dá dor e vaza leite	4
Para não incomodar a mãe com um seio cheio	3
Para esvaziar os dois, senão dá febre na mãe	2
Para não dar inflamação e infecção no outro seio	2
Para não empedrar o outro e não deformar a mãe	2
Para não viciar a criança num só e não dar empedramento	1
Para esvaziar os dois, senão dá empedrado e vazamento	1
TOTAL	60

Analisando-se os dados da Tabela 45, verifica-se que as auxiliares não relacionaram o esvaziamento dos seios com a produção de leite materno. Esse conhecimento pare

ce inexistente. Todavia, 31 (44,9%) parecem saber que o esvaziamento dos seios previne dificuldades que podem prejudicar o aleitamento natural.

As justificativas dadas pelas 9 informantes que disseram ser mais acertado a mãe utilizar apenas um seio em cada mamada foram: "para juntar leite para a outra mamada" (7); "para não incomodar a criança parando a mamada, e um só chega" (1) e "porque a criança dorme mesmo e nem quer o outro seio" (1).

Quando perguntamos às auxiliares sobre a higiene e cuidados com os seios das mães que amamentam (questão nº 23), somente 2 indicaram quatro práticas das mais frequentemente recomendadas, atendendo ao critério para classificar o conhecimento como *satisfatório*. Uma das auxiliares informou: "lavar o seio antes e depois da mamada somente com água; usar sutiã firme, mas não apertado; enxugar bem os mamilos e deixar que tomem ar e sol". A outra referiu: "não usar sutiã apertado; não passar sabão nem álcool nos seios; limpar o seio só com água e enxugar bem o mamilo".

Do total de auxiliares, 43 (62,3%) obtiveram conhecimento *insatisfatório* quando se manifestaram sobre os cuidados que a nutriz deve dispensar aos seios. Algumas mencionaram apenas uma prática que a mãe que amamenta deve adotar; muitas indicaram, simultaneamente, medidas favoráveis e desfavoráveis ao aleitamento materno, e pequena parte recomendou, ao lado de ações corretas, práticas desnecessárias ou que o conhecimento científico não embasa. A lavagem diária dos seios com água e sa

bão foi a medida incorreta mais frequentemente apontada, seguindo-se o uso de álcool para desinfetar os mamilos. A utilização de água destilada para higiene dos seios foi mencionada algumas vezes; entre medidas para evitar problemas no aleitamento materno as auxiliares recomendaram estas: "não deixar a criança arrotar no seio, que dá empedrado", "não deixar o seio tomar sol que racha muito", e "cobrir sempre o mamilo com algodão úmido para não rachar".

Conferimos conhecimento *errôneo* a 24 (34,8%) das auxiliares, ante as informações que deram sobre a higiene e cuidados com os seios durante o período de lactação: 20 aconselharam medidas incorretas, como o emprego de sabão e de álcool nos seios, o uso de sutiã bem apertado, "não deixar a criança arrotar no seio para não encaroçar", e "não guardar chaves no seio, que seca o leite"; as 4 restantes referiram que a amamentação não reclama da mãe "nenhum cuidado especial com os seios, a não ser o banho diário com água e sabão".

Parece claro que as auxiliares precisam de esclarecimento sobre os cuidados que a nutriz deve conceder aos seios, no sentido de favorecer o aleitamento natural.

Quanto à alimentação da mãe que amamenta (questão nº 25), 2 auxiliares responderam satisfatoriamente ao que se perguntou, dizendo que a mulher deve: "comer o normal que come, em quantidade bem maior, e beber muito líquido", e "comer de tudo o que costuma, mas muito mais, e beber bastante líquido".

Trinta e oito (55,1%) informantes evidenciaram conhecimento que foi categorizado como *insatisfatório*, mencionando que a alimentação da mãe que amamenta deve ser principalmente constituída de alimentos protéicos de origem animal, além de ressaltarem o consumo de canjica. Dentre estas, 3 preocuparam-se apenas com a ingestão de líquidos.

Vinte e nove (42,0%) auxiliares obtiveram conhecimento *errôneo* quando apontaram qual deve ser a alimentação da nutriz, que mostramos na Tabela 46, onde foi conservada a linguagem das informantes.

TABELA 46 - ALIMENTAÇÃO DA MÃE QUE AMAMENTA, INDICADA POR 29 AUXILIARES COM CONHECIMENTO ERRÔNEO.

ALIMENTAÇÃO DA MÃE QUE AMAMENTA	Nº
Comer canjica e tomar cerveja preta para aumentar o leite	11
Comer canjica e tomar comprimidos de vitamina	4
Comer canjica e milho, que aumenta o leite	4
Diminuir o que comia na gravidez, senão engorda muito	3
Comer canjica e banana que aumentam o leite	2
Comer canjica e bacalhau que aumenta o leite, e beterraba para o sangue	1
Tomar muito chá e não comer frutas ácidas	1
Não comer couve, que faz mal ao nenê	1
Não comer verduras "fortes" como a couve e o repolho, e também carne de porco. De álcool, só cerveja preta para aumentar o leite	1
Ter alimentação com 4.000 calorias (2.000 a mais do que quando estava grávida)	1
TOTAL	29

Os resultados parecem bastante sugestivos da deficiência de conhecimento que existe entre as auxiliares, no que se refere à alimentação recomendada para mães que amamentam.

. PESSOAL DE SAÚDE

Reunimos e apresentamos na Tabela 47 a distribuição do conhecimento de médicos, enfermeiras e auxiliares, em relação ao Controle do aleitamento materno, o que enseja uma visão geral da situação do conhecimento dos informantes. Essa Tabela constitui uma reunião das Tabelas 16, 31 e 37, referindo-se aos totais de respostas oferecidas pelos grupos estudados no Tema em exame.

Como se pode observar na Tabela 47, foi diminuta a proporção de conhecimento *satisfatório* sobre o Controle do aleitamento materno entre o pessoal de saúde, independentemente do grupo considerado. Predominaram, acentuadamente, os conhecimentos *insatisfatório* e *errôneo*, atribuindo-se classificação desse tipo a 76,9% das respostas dadas pela população do estudo sobre o tema em análise. Esses resultados parecem bastante sugestivos da precariedade do conhecimento do pessoal de saúde no que diz respeito à preparação da mulher para o aleitamento materno durante o período pré-natal, assim como em variados aspectos da técnica de amamentação.

Diante da situação encontrada parece, pois, que é necessário fornecer, completar, atualizar e corrigir o

TABELA 47 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DO PESSOAL DE SAÚDE SOBRE O TEMA III - CONTROLE DO ALEITAMENTO MATERNO.

<div>CONHECIMENTO</div> <div>PESSOAL DE SAÚDE</div>	SATISFATÓRIO		INSATISFATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL DE RESPOSTAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médicos	174	13,8	461	36,5	448	35,4	181	14,3	1.264	100,0
Enfermeiras	17	7,5	87	38,1	74	32,5	50	21,9	228	100,0
Auxiliares	29	4,7	261	42,0	294	47,3	37	6,0	621	100,0
TOTAL	220	10,4	809	38,3	816	38,6	268	12,7	2.113	100,0

conhecimento dos profissionais e auxiliares quanto à matéria que o controle ou supervisão do aleitamento envolve, a fim de que possam desempenhar com êxito o papel que deles se espera no incentivo à alimentação natural.

TEMA IV - Vantagens do aleitamento materno

A. *Fundamentação teórica*

O objetivo principal da educação para o aleitamento materno é conseguir que as mães que estão substituindo o aleitamento natural pela alimentação artificial mudem seu comportamento em relação ao método empregado na alimentação infantil: desistam de alimentar o bebê por maadeira e adotem novamente a alimentação ao seio. Para consecução desse objetivo é importante considerar o que induz as pessoas a mudarem suas práticas.

ROSENSTOCK²⁰¹, analisando os resultados de uma investigação sobre motivação e saúde, concluiu que a disposição de uma pessoa para aceitar mudança de comportamento pode depender, entre outros fatores, dos benefícios serem mais importantes do que os aspectos negativos e de algo ou alguém que desencadeie a ação. De acordo com essas conclusões, e levando em conta o papel de agente de mudança do pessoal de saúde, uma parte fundamental de sua ação educativa consiste em explicar às mães as inúmeras vantagens que a amamentação confere a si própria, à criança, à família e à comunidade.

Estudos em diferentes países sugerem que falta às mães o conhecimento das vantagens propiciadas pelo aleitamento natural.

Na Inglaterra, BACON e WYLLIE¹⁴ observaram que 57% das mães que optaram pela alimentação artificial disseram que esse método de alimentação é tão bom quanto o aleitamento materno. SACKS e colaboradores²⁰² verificaram que as mães que empregaram alimentação artificial para seus bebês não acreditavam em nenhuma vantagem do aleitamento natural. BRIMBLECOMBE e CULLEN²⁸ informam que a vantagem da alimentação ao seio, percebida por elevada percentagem de mães, refere-se apenas à saúde da criança. JEFFS¹⁰⁶ também constatou, em sua investigação, que percentual expressivo das mães não está convencido da superioridade da alimentação natural em relação à artificial, considerando ambas igualmente boas para o bebê.

Na França DESCHAMPS e colaboradores⁵⁸, perguntando às mães porque elegeram a alimentação ao seio para seus filhos, referem que receberam as respostas habituais em estudos desse tipo: "é mais natural", "o leite da mãe é o melhor" e "o leite materno é o ideal". Entretanto, esses pesquisadores destacam que não obtiveram informações que revelassem existir entre as mães real conhecimento sobre o valor do aleitamento natural, razão pela qual enfatizam a necessidade de se dar maior publicidade às vantagens do aleitamento materno.

Entre nós, a situação é semelhante. RICCO¹⁹⁴, em Ribeirão Preto, pedindo a mães que indicassem qual o ali

mento ideal para a criança nos seis primeiros meses de vida, observou que quase a metade se manifestou a favor do leite de vaca, "in natura", ou em pó. Recente investigação, realizada na Grande São Paulo¹⁴⁰, evidenciou que as mães amamentam, simplesmente, por considerarem o aleitamento materno "mais natural", mas os benefícios resultantes dessa prática não são mencionados. Para os Autores, as mães carecem de orientação nesse sentido.

TAGGART²³⁴, no Canadá, pensa ser imprescindível para enfermeiras que atuam com mães, em qualquer das fases do aleitamento materno, conhecimento aprofundado sobre as vantagens dessa prática.

DE LA JARA e MERINO⁵⁶, sistematizando os temas que devem ser conhecidos por todos os componentes da equipe de saúde para promover e prolongar a duração do aleitamento natural, concedem grande ênfase aos benefícios da amamentação tanto à criança, quanto à mãe. A mesma recomendação é feita por FAUNDES⁶³, no Brasil.

MONETTI¹⁵⁶, expondo o ponto de vista do Governo do Estado de São Paulo sobre o aleitamento materno, entre outros aspectos, aborda a necessidade dos Serviços de atendimento pré-natal prepararem a mulher para a função de amamentar. Diz então: "competirá ao médico responsável por esses serviços, sempre que entrar em contato com a gestante, salientar as vantagens da amamentação; de outro lado, deverá ele manter todo o pessoal de saúde sob sua orientação adestrado para participar ativamente dessa função educativa". PLATA-RUEDA¹⁸² externa modo de

pensar semelhante, referindo que "para motivar a futura mãe a amamentar é essencial demonstrar que o aleitamento materno oferece múltiplas vantagens à criança, à mãe e à economia familiar". A Secretaria da Saúde de São Paulo²¹³ lembra muito bem que "não basta *dizer* simplesmente que o leite materno constitui o melhor alimento para os filhos. As mães precisam ser devidamente esclarecidas do *porque* desta alimentação ser a melhor, e informadas das vantagens do leite materno sobre o de vaca ou outros alimentos".

WINIKOFF e BAER²⁶² advertem que se a mãe não estiver convencida, antes do nascimento do bebê, da superioridade e benefícios da alimentação ao seio, sequer tentará amamentá-lo. Em contra-partida, JELLIFFE e JELLIFFE¹¹⁵ clamam que o pessoal de saúde está mal informado sobre as vantagens do aleitamento natural e que, por essa razão, limita-se a dizer: "alimentar ao seio é melhor".

- Vantagens do aleitamento materno para a criança

Os benefícios que a alimentação ao seio concede à criança podem ser resumidos assim:

- 1º) propicia alimento especificamente adaptado para atender às necessidades nutricionais do bebê, em termos de calorias e nutrientes (inclusive água), nos primeiros meses de vida^{3, 39, 46, 56, 81, 84, 88, 119, 150, 172, 209, 213, 264};
- 2º) confere proteção imunológica, aumentando a resistência contra infecções em geral e, especial

mente, gastrointestinais^{22, 39, 50, 68, 70, 72, 85, 86, 87, 88, 119, 127, 144, 146, 174, 264;}

3º) previne problemas de saúde possivelmente associados à alimentação artificial^{2, 22, 51, 52, 71, 74, 82, 123, 236, 237, 264;}

4º) oferece alimento de mais fácil digestão^{56, 88, 119, 122, 172, 193, 213, 235, 264;}

5º) enseja alimentação praticamente estéril^{41, 68, 88, 103, 119, 193, 246, 264;}

6º) proporciona leite na temperatura apropriada^{56, 67, 119, 242, 264;}

7º) propicia satisfação oral^{119, 167, 234;}

8º) favorece a satisfação emocional^{65, 76, 88, 164, 165, 167, 169, 235, 264;}

9º) permite consumo regulado pela própria criança^{82, 84, 193, 237, 264.}

- Vantagens do aleitamento materno para a mãe

Quanto à mãe, a literatura enfatiza, principalmente, estas vantagens que o aleitamento ao seio oferece:

1º) é mais econômico^{4, 21, 119, 133, 149, 213, 235;}

2º) é fácil^{67, 119, 135, 242, 250;}

3º) é prático^{67, 119, 135, 242;}

4º) favorece o relacionamento mãe-criança^{119, 139, 164, 167, 209, 224, 235;}

- 5º) acelera a involução uterina e previne hemorragia pós-parto^{56, 69, 88, 182, 209, 253, 264};
- 6º) diminui a incidência de câncer e outras patologias mamárias^{67, 88, 119, 164, 182, 253, 264};
- 7º) propicia satisfação emocional^{41, 65, 119, 164, 165, 167, 169, 264};
- 8º) pode espaçar o intervalo das gestações^{74, 88, 121, 159, 180, 196, 198, 211, 216, 239, 246}.

- Colostro

O colostro é o primeiro leite que a mãe produz^{22, 49, 88, 119, 159, 250}, cuja secreção se inicia nos últimos meses da gravidez^{119, 209}. É um líquido de cor amarela, esossido e de aparência viscosa^{88, 119, 209, 233}, que contém na sua composição mais proteínas e sais, menos lactose e muito menos gordura em relação ao leite maduro^{67, 88, 119}.

A principal função do colostro é proteger o recém-nascido por sua propriedade anti-infecciosa^{8, 22, 41, 67, 74, 87, 119, 159, 160, 174, 209}. Como ressaltam GERRARD⁶⁸ e os JELLIFFE¹¹⁹, do ponto de vista imunológico o recém-nascido está apenas parcialmente protegido passivamente pelos anti-corpos adquiridos durante a vida fetal, via placenta. Levado ao seio, recebe pelo colostro elevada concentração de imunoglobulinas, que protegem a criança contra infecções. Dentre as imunoglobulinas do colostro destaca-se a IgA secretória, que exerce ação protetora

do trato gastrointestinal^{22,41,68,103,119,159,264}.

Além da proteção imunológica, a composição química do colostro permite que desempenhe outras funções: estimula a expulsão precoce do mecônio, por seu efeito laxativo^{8,49,119,142,234}; diminui a reabsorção de bilirrubina, pela eliminação antecipada do mecônio⁴⁹, e atende às necessidades nutricionais do recém-nascido, que são relativamente baixas nos primeiros dias de vida^{22,49,88,119,234}.

A OMS/UNICEF¹⁷⁵ recomendam que "todos os bebês devem receber o colostro". Já que cabe ao pessoal de saúde a responsabilidade de transmitir essa recomendação às mães e de explicar-lhes as vantagens que a ingestão do colostro propicia ao recém-nascido, deve estar preparado para desincumbir-se dessa tarefa.

B - Avaliação

. Médicos

A Tabela 48 contém a distribuição do conhecimento dos médicos nas perguntas que versaram sobre Vantagens do aleitamento materno.

Dos 79 médicos entrevistados, 12 (15,2%) responderam "Não sei" quando indagados sobre as funções do colostro em relação ao recém-nascido (questão nº 15), e apenas 2 deram respostas que levaram à classificação do conhecimento como *satisfatório*, referindo: "fornecer imunoglobulinas, nutrir e facilitar a saída do mecônio".

TABELA 48 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DOS MÉDICOS NAS QUESTÕES SOBRE VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO.

CONHECIMENTO QUESTÕES	SATISFATÓRIO		INSATISFATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15. Funções do colostro	2	2,5	60	75,9	5	6,4	12	15,2	79	100,0
16. Vantagens do aleitamento materno para a criança	4	5,1	74	93,6	-	-	1	1,3	79	100,0
17. Vantagens do aleitamento materno para a mãe	-	-	78	98,7	1	1,3	-	-	79	100,0

A maioria dos profissionais (60), constituindo 75,9% do grupo total, teve conhecimento categorizado como *insatisfatório*, mencionando somente uma ou duas funções do colostro. Os que apontaram uma função, pensam que o papel do colostro é apenas "fornecer imunoglobulinas"(34) ou "alimentar a criança" (3). Aqueles que indicaram duas funções, disseram sempre: "fornecer imunoglobulinas e nutrir" (23).

O conhecimento de 5 médicos, no que respeita à *significação* do colostro para o recém-nascido, foi considerado *errôneo*, visto que, para eles, a finalidade do colostro é "fornecer principalmente lipídios" (2), "dar

chance ou oportunidade da criança aprender a sugar" (2) e "abrir a via de produção de leite" (1).

Ao que parece, 59 (74,7%) profissionais identificam a função primordial do colostro, 28 (35,4%) reconhecem que a primeira produção materna tem também a finalidade de nutrir o recém-nascido e somente 2 médicos pensam que, além dessas funções, o colostro tem o papel de estimular a expulsão precoce do mecônio.

Embora todos os médicos respondessem afirmativamente a questão nº 16, referente às vantagens do aleitamento materno para a criança, a classificação do conhecimento médico foi variada, quando se pediu aos profissionais que indicassem quais são essas vantagens. Um médico explicou: "não sei dizer com detalhes quais são". Entre os 79 médicos, somente 4 atenderam ao critério adotado para conhecimento *satisfatório*, mencionando pelo menos 6 benefícios que a alimentação ao seio confere ao bebê. Desses profissionais, 2 apontaram 6 vantagens, 1 indicou 7 e 1 referiu 8. As vantagens citadas por esses informantes foram: a criança recebe "alimento nutricionalmente adequado" (4), "proteção imunológica" (4) e "alimento de digestão fácil" (4); tem "satisfação emocional" (4), "proteção contra infecções" (3) e "leite na temperatura adequada" (3); "o leite materno é estéril" (2), "o consumo é regulado pela criança" (2) e "o aleitamento materno previne obesidade" (1).

Dos profissionais deste grupo, 74 (93,6%) alcançaram conhecimento *insatisfatório*, mencionando entre 1 e 5 vantagens da alimentação natural em relação à criança: ape

nas 1 vantagem, 5; duas, 12; três vantagens, 32; quatro, 15, e cinco, 10 médicos.

Na Tabela 49 apresentamos as informações dadas pe los 79 médicos sobre as vantagens do aleitamento materno para a criança, conservando-se as expressões usadas.

TABELA 49 - VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A CRIANÇA INDICADAS POR 79 MÉDICOS.

VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A CRIANÇA	FREQÜÊNCIA(*)
Recebe alimento nutricionalmente adequado, correto	65
Obtém, ganha proteção imunológica	65
Tem satisfação emocional	45
Recebe, tem, proteção contra infecções	27
Recebe alimento de mais fácil digestão	25
Recebe, tem, alimento estéril ou sem contaminação	17
O leite está na temperatura adequada	4
Permite que a criança tenha maior contato com a mãe	4
Tem adequado funcionamento intestinal	2
O consumo é regulado pela criança	2
Atenua a cólica do recém-nascido	1
Recebe leite com maior quantidade de ferro absorvível	1
Previne obesidade	1
Tem satisfação oral	1
Recebe alimento natural	1
"Dizem" que protege a criança contra infecção	1
Não sei dizer com detalhes quais são	1
TOTAL	263

(*) Resposta múltipla

Observando-se a Tabela 49 pode-se perceber que as vantagens do aleitamento materno para a criança mais realçadas pelos médicos são: a nutricional, a imunológica e a emocional. Outros benefícios que a alimentação ao seio concede ao bebê, como a maior oportunidade de estreito contato com a mãe, a auto-regulação do bebê, no que diz respeito ao consumo, e a satisfação oral, foram praticamente ignorados pelos informantes. Um dos médicos parece não estar convencido sequer do papel protetor contra infecção, que o aleitamento materno efetivamente possui, alegando que outros assim afirmam.

Recorrendo-se ao número de vantagens do aleitamento materno para a criança que os médicos apontaram, no máximo 8 e reconhecidas por apenas um dos profissionais, e analisando-se as informações que compõem a Tabela 49, parece evidente que os médicos têm conhecimento insuficiente e incompleto sobre os benefícios atribuídos à criança pela alimentação ao seio.

No que diz respeito às vantagens que o aleitamento natural propicia à mãe (questão nº 17) não houve conhecimento avaliado como *satisfatório* entre os integrantes deste grupo. Nenhum dos médicos conseguiu indicar 6 vantagens que a mãe pode auferir quando amamenta. Um dos profissionais teve seu conhecimento considerado *errôneo*, pois afirmou que o único benefício que a mãe pode colher do aleitamento ao seio é "a vantagem social de obter licença no trabalho". Este médico parece realmente desconhecer o valor do aleitamento materno, já que mesmo para a criança somente uma vantagem foi por ele refe

rida.

Conhecimento catalogado como *insatisfatório* sobre vantagens da alimentação ao seio para a mãe foi confe
rido a 98,7% (78) dos médicos. Destes, apenas 3 indica
ram cinco vantagens que o aleitamento natural concede à
mãe, 7 apontaram 4, 18 referiram três, 28 mencionaram
duas e 22 citaram somente uma vantagem. Vale dizer que
50 (63,3%) parecem não conhecer sequer três efeitos be
néficos da amamentação no que concerne à mãe.

A Tabela 50 apresenta as informações fornecidas pe
los 79 médicos sobre as vantagens do aleitamento natu
ral para a mãe, onde foi mantida a linguagem empregada.

Cumpré notar, examinando-se a Tabela 50, que nenhum
dos médicos fez referência ao maior intervalo entre as
gestações que o aleitamento materno exclusivo pode oca
sionar. Segundo as informações dadas pelos médicos, as
vantagens que a mãe recebe, quando amamenta, são princi
palmente, a satisfação emocional e a facilidade do seu
relacionamento com a criança. Pela diminuta frequê
ncia com que foram referidos os efeitos benéficos do aleita
mento materno na prevenção de dificuldades que comprome
tem seu sucesso, os médicos parecem desconhecer-los.

TABELA 50 - VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A MÃE
INDICADAS POR 79 MÉDICOS.

VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A MÃE	FREQÜÊNCIA (*)
Dá, permite satisfação emocional	51
Facilita, favorece, o relacionamento mãe-criança	34
É econômico	28
Diminui a incidência de câncer de mama	24
É fácil	18
É prático	10
Favorece, torna mais rápida a involução do útero	5
Previne ingurgitamento mamário	2
Diminui a incidência de mastite	1
Evita inflamação no seio	1
Estimula vida sexual normal	1
Dá vantagem social de obter licença no trabalho	1
TOTAL	176

(*) Resposta múltipla

. Enfermeiras

Apresentamos na Tabela 51 a distribuição do conhecimento das enfermeiras nas questões sobre Vantagens do aleitamento materno.

TABELA 51 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DAS ENFERMEIRAS NAS QUESTÕES SOBRE VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO.

CONHEC I MENTO QUESTÕES	SATISFA TÓRIO		INSATIS FATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
13. Funções do colostro	-	-	11	91,7	-	-	1	8,3	12	100,0
14. Vantagens do aleitamento materno para a criança	-	-	12	100,0	-	-	-	-	12	100,0
15. Vantagens do aleitamento materno para a mãe	-	-	10	83,3	2	16,7	-	-	12	100,0

Das 12 enfermeiras entrevistadas, nenhuma alcançou conhecimento *satisfatório*, indicando três funções do co_lostro (questão nº 13). Excluindo-se uma informante que disse não saber, todas as outras obtiveram conhecimento *insatisfatório*, apontando apenas uma função da primeira produção materna. A Tabela 52 mostra as informações da_s pelas 12 enfermeiras sobre as funções do colostro,

na forma como se manifestaram.

TABELA 52 - FUNÇÕES DO COLOSTRO PARA O RECÉM-NASCIDO
APONTADAS POR 12 ENFERMEIRAS.

FUNÇÕES DO COLOSTRO	Nº
Ajuda o funcionamento intestinal	4
Serve como purgativo para limpar o intestino de impurezas	2
Fornece imunoglobulinas	2
Age como purgante para a criança eliminar as secreções engolidas no parto	1
É um laxante rico em vitamina A	1
Força a saída do mecônio	1
Não sei	1
TOTAL	12

Como se pode verificar na Tabela 52, a função primordial do colostro, que o torna indispensável para o recém-nascido, parece ser quase desconhecida entre as enfermeiras. Para 9 das informantes, o colostro tem papel laxante e somente uma enfermeira parece relacionar esse papel com a expulsão precoce do mecônio.

Também não se verificou conhecimento *satisfatório* no grupo de enfermeiras quando foram estudadas as vantagens do aleitamento materno para a criança (questão nº 14). Ainda que todas afirmassem que a alimentação ao seio é vantajosa para o bebê, 7 enfermeiras indicaram

apenas três vantagens, 3 apresentaram duas e 2 mencionaram somente um benefício conferido à criança pelo aleitamento natural. O conhecimento deste grupo foi, portanto, classificado como *insatisfatório* (Tabela 51).

Na Tabela 53 mostramos as informações dadas pelas enfermeiras sobre as vantagens do aleitamento materno para a criança, na forma original de linguagem.

TABELA 53 - VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A CRIANÇA APONTADAS POR 12 ENFERMEIRAS.

VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A CRIANÇA	FREQÜÊNCIA (*)
Dá imunidade, proteção imunológica, ou fornece anti-corpos	8
Fornece alimento completo, ou mais adequado	8
Protege de diarréia ou infecção intestinal	4
Fornece alimento estéril ou sem contaminação	3
Dá satisfação emocional	2
Fornece alimento de digestão mais fácil	1
A temperatura do leite materno é adequada	1
Previne desidratação	1
A criança recebe um alimento natural	1
TOTAL	29

(*) Resposta múltipla

Comparando as informações oferecidas pelas enfermeiras sobre as funções do colostro (Tabela 52) com as que se referem às vantagens do leite materno para o be

bê (Tabela 53), verificamos que "colostro" e "leite materno" parecem ser substâncias com propriedades totalmente distintas: somente 2 enfermeiras atribuíram, tanto ao colostro, quanto ao leite materno, propriedades imunológicas; as outras 6, que pensam ser o leite materno um agente imunológico para a criança, não consideram o colostro como tal. Do mesmo modo, a função de nutrir, que o colostro também possui, não foi mencionada pelo grupo de enfermeiras, enquanto que 8 delas apontaram o leite materno como o alimento ideal para o bebê.

Considerando-se que a maior parte das enfermeiras conseguiu indicar no máximo três vantagens da alimentação ao seio para a criança, e levando-se em conta as informações expostas na Tabela 53, parece-nos que o conhecimento das informantes deixa muito a desejar.

Com respeito aos benefícios que a amamentação concede à mãe (questão nº 15), novamente não se atribuiu conhecimento *satisfatório* a nenhuma informante. Duas enfermeiras, cujo conhecimento foi categorizado como *errôneo*, expressaram-se da seguinte maneira: "Não. Não há vantagem para a mãe. Amamentar é doloroso e incômodo demais. A mãe tem que sentar com jeito para não romper a episiotomia", e "Não. A mãe não tem vantagem alguma. É apenas produtora de leite e as vantagens são sô para o bebê". As demais enfermeiras (10) apresentaram no máximo 4 vantagens do aleitamento natural para a mãe: 2 citaram quatro vantagens, 1 indicou três, 5 apontaram duas e 2 enfermeiras mencionaram apenas um benefício que a mãe que amamenta obtém. A todas essas informantes foi

conferido conhecimento *insatisfatório*.

A Tabela 54 mostra as vantagens do aleitamento natural para a mãe, apontadas pelas 12 enfermeiras, na linguagem por elas usada.

TABELA 54 - VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A MÃE APONTADAS POR 12 ENFERMEIRAS.

VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A MÃE	FREQÜÊNCIA (*)
É mais econômico	7
É mais fácil	4
Dá satisfação emocional	4
É prático	3
Diminui os casos de câncer no seio	2
Pode espaçar ou diminuir as gestações	2
Permite maior relacionamento da mãe com a criança	1
Nenhuma	2
TOTAL	25

(*) Resposta múltipla

Pelas informações da Tabela 54 parece que, no entender das enfermeiras, a principal vantagem que o aleitamento ao seio concede à mãe é a econômica. Essa vantagem foi identificada por maior proporção de enfermeiras que de médicos. De igual modo se comportaram as enfermeiras em relação aos médicos, no que concerne a outros benefícios do aleitamento natural para a mãe: ser mais fácil e prático. Convém lembrar que, embora em número

reduzido, o papel da alimentação ao seio no sentido de espaçar as gestações foi apontado por enfermeiras, vantagem não mencionada pelos médicos.

A análise dos resultados obtidos neste grupo induz a pensar que o conhecimento das enfermeiras sobre as vantagens que a amamentação concede à mãe é escasso e incompleto, exigindo aprimoramento.

. *Auxiliares*

A Tabela 55 mostra a distribuição do conhecimento das auxiliares nas questões sobre Vantagens do aleitamento materno.

Quando perguntamos às 69 auxiliares qual o melhor modo de alimentar o bebê nos primeiros meses (questão nº 9), todas responderam: "no peito", "no seio" ou é "o alimento materno". Embora essa resposta bastasse para classificar o conhecimento das auxiliares como satisfatório, é conveniente comentar as informações que forneceram para justificar o que afirmaram.

Obtivemos deste grupo de informantes 160 razões para considerar a alimentação ao seio melhor, no que se refere à criança, das quais 44,4% (71) se basearam no papel protetor do leite humano, referido pelas auxiliares assim: "protege o bebê contra diarréia", "tem anti-corpos que defendem o nenê de doenças", "dá imunidade ao bebê", "dá proteção imunológica" e "é uma vacinação para a criança". O valor nutricional do leite materno

constituiu 31,2% (50) das razões apresentadas, e outras vantagens, referentes à ausência de contaminação, à temperatura, à digestão mais fácil, representaram 18,7% (30). Completaram as informações manifestações como estas: o leite materno "é natural", "não tem químicas", "é o que os médicos dizem", e "como criei os meus no peito e eles têm saúde, acho o peito melhor".

TABELA 55 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DAS 69 AUXILIARES NAS QUESTÕES SOBRE VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO.

CONHECIMENTO QUESTÕES	SATISFATÓRIO		INSATISFATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
9. Melhor modo de alimentar o bebê nos primeiros meses	69	100,0	-	-	-	-	-	-	69	100,0
11. Vantagens do aleitamento materno para a mãe	14	20,3	44	63,8	4	5,8	7	10,1	69	100,0
16. Colostro e leite materno	25	36,2	25	36,2	2	2,9	17	24,7	69	100,0
17. Ingestão de colostro	5	7,3	25	36,2	12	17,4	27	39,1	69	100,0

Embora pareça necessário completar e aperfeiçoar o conhecimento das auxiliares, quanto às vantagens da ali

mentação ao seio para o bebê, surpreendeu-nos verificar que foram poucas as que não se referiram à função protetora do leite materno.

Quanto às vantagens proporcionadas à mãe pelo aleitamento ao seio (questão nº 11), estabeleceu-se para as auxiliares critério menos exigente para obtenção de conhecimento *satisfatório*: indicar três benefícios que a amamentação confere à mulher. Do total de informantes, 14 (20,3%) atenderam ao critério adotado, 10 referindo três vantagens e 4 apontando quatro benefícios que a mãe recebe quando amamenta. As vantagens apontadas, conforme o número de vezes que foram mencionadas, são: o aleitamento materno confere vantagem à mãe porque "é prático" (14), "é econômico" (12), "é fácil" (10), "o relacionamento da mãe com a criança é melhor" (6) e "dá satisfação emocional" (4).

A maioria das auxiliares (44), que constituiu 63,8% do grupo, obteve conhecimento *insatisfatório*: 22 indicaram duas vantagens do aleitamento natural para a mãe e as restantes apontaram apenas uma. Na Tabela 56 estão as informações oferecidas por essas auxiliares, conservando-se a linguagem usada.

Quatro auxiliares pensam, erroneamente, que somente a criança é favorecida pela alimentação ao seio, afirmando que o aleitamento natural não oferece vantagem alguma à mãe, porque: "só cansa e prende a mãe", "a mãe enfraquece demais e só o bebê sai ganhando", "a mãe sacrifica muito e deforma o corpo" e "a mãe somente fabrica o leite, sem ter vantagem nenhuma". As auxiliares res

TABELA 56 - VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A MÃE
APONTADAS POR 44 AUXILIARES COM CONHECIMENTO INSATISFATÓRIO.

VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A MÃE	FREQUÊNCIA (*)
É fácil	18
É econômico	12
É prático	7
Dá satisfação emocional	7
Evita câncer no seio	5
Não dá inflamação no seio	4
O relacionamento da mãe com a criança é melhor	4
Evita empedrado no seio	3
O risco de engravidar é menor	3
Evita infecção no seio	1
Ajuda o útero a voltar ao normal	1
Evita abcesso no seio	1
TOTAL	66

(*) Resposta múltipla

tantes (7), totalizando 10,1%, informaram não saber responder à indagação feita.

Pelos resultados, parece que, para as auxiliares, a principal vantagem que a alimentação ao seio oferece à mãe é a facilidade, que foi indicada por 40,6% (28) das informantes; a essa vantagem seguem-se a economia que o aleitamento materno proporciona e o aspecto prático da amamentação, mencionados, respectivamente, por 34,8% (24) e 30,4% (21) das auxiliares. Outros benefícios que a mãe que amamenta pode obter parecem pouco conhecidos.

Procurando verificar se as auxiliares relacionavam o colostro com o leite materno, fizemos a pergunta nº 16. O critério para conhecimento satisfatório exigia que a entrevistada identificasse o colostro como "leite".

Das 69 auxiliares, 17 (24,7%) disseram que não sabiam e 2 (2,9%) informaram que o colostro é "a parte dura do seio onde o leite depositado fica guardado" e "um caroço que tem no seio e que guarda o leite" (conhecimento errôneo).

Vinte e cinco (36,2%) das auxiliares tiveram seu conhecimento classificado como *satis*fatório, mencionando que colostro é "o primeiro leite que a mãe ou o seio produz". Atribuiu-se conhecimento *insatis*fatório às demais 25 (36,2%) informantes, pois embora conceitualmente tivessem dado informação correta, descrevendo a aparência do colostro, não o identificaram como "leite", referindo que é "a primeira água" (11), "uma secreção amarela e grossa" (6), "um líquido amarelo" (5), "uma secreção" (2) e "uma água branca" (1) que "sai do peito ou que o seio fabrica antes do leite materno".

A Tabela 57 contém as informações fornecidas pelas 69 auxiliares sobre o que é o colostro, na forma de expressão usada.

Pedimos ainda às auxiliares que dissessem se o bebê deve ou não deve mamar o colostro (questão nº 17), e que justificassem suas respostas. Como desejávamos detectar, especialmente, se as informantes conheciam a

TABELA 57 - INFORMAÇÕES DE 69 AUXILIARES SOBRE O QUE É O COLOSTRO.

O QUE É O COLOSTRO	Nº
O primeiro leite que a mãe produz	20
A primeira água que sai antes do leite materno	11
Uma secreção amarela e grossa que sai do peito antes do leite da mãe	6
Um líquido amarelo que o seio fabrica antes do leite	5
O primeiro leite que o seio produz	5
Uma secreção que sai do seio antes do leite materno e que a mulher pode ter mesmo sem estar grávida	2
Uma água branca que sai do peito antes do leite materno	1
A parte dura do seio onde o leite depositado fica guardado	1
Um caroço que tem no seio e que guarda o leite	1
Não sei	17
TOTAL	69

função protetora do colostro em relação à saúde do recém-nascido, adotamos como critério para considerar o conhecimento *satisfatório* que tal função fosse mencionada, além de outra qualquer.

Dentre as auxiliares, 27 (39,1%) disseram que não sabiam responder ao que se perguntou, e somente 5 (7,3%) alcançaram conhecimento *satisfatório*; estas referiram que o bebê deve ingerir o colostro, justificando-se assim: "é o primeiro leite para alimentar o bebê e é muito

to rico em anti-corpos para dar imunidade" (2); "é um leite rico em proteína, que sustenta o nenê e tem anti-corpos" (1); "é o primeiro leite que sustenta a criança e dá imunidade" (1), e "o colostro alimenta, protege contra diarreia pelos anti-corpos que tem e faz a limpeza do intestino" (1).

Atribuímos conhecimento *insatisfatório* a 25 (36,2%) informantes favoráveis à ingestão do colostro pelo recém-nascido, em virtude das justificativas que apresentaram: 22 deram apenas uma razão para seu modo de pensar, e as restantes, ainda que indicassem duas, não mencionaram o papel de proteção do colostro. As razões alegadas e as respectivas frequências foram estas: "limpar o intestino da criança" (9); "alimentar, sustentar o nenê" (7); "defender ou proteger o bebê pelos anti-corpos" (7); "fazer sair o mecônio" (2); "estimular a saída ou puxar o outro leite" (2), e "limpar o organismo da mãe e o intestino da criança das impurezas" (1).

0 conhecimento de 12 (17,4%) auxiliares foi considerado errôneo: 11 contra-indicaram a ingestão do colostro pelo bebê; uma, apesar de afirmar que a criança deve ingerir o colostro, não se justificou corretamente, dizendo: "o colostro tem muitos hormônios que servem para fazer a criança crescer".

A Tabela 58 mostra as justificativas apresentadas pelas 11 auxiliares que são contrárias à ingestão do colostro pelo recém-nascido, na linguagem usada pelas informantes.

TABELA 58 - JUSTIFICATIVAS DE 11 AUXILIARES PARA CON
TRA-INDICAR A INGESTÃO DO COLOSTRO PELO RE
CÉM-NASCIDO.

J U S T I F I C A T I V A S	Nº
Faz mal para o bebê, como muitas mães falam	1
Não é igual ao leite da mãe: é muito mais fraco e dá diarréia	1
Dá dor de barriga e diarréia no nenê	1
Não é alimento. Carrega os micróbios e impurezas da mãe e prejudica o bebê	1
Faz mal ao nenê porque tem as sujeiras e germes da mãe que juntaram no parto	1
Não tem nada de alimento. É uma espécie de pús que <u>pre</u> judica a criança se ela mamar, porque dá diarréia	1
É um pús que dá diarréia e "grosseiro" na criança	1
Não é alimento. Tem as impurezas do parto e dá diarréia no nenê	1
Tem as imundícies da mãe, e só serve para limpar o seio antes do leite chegar	1
Traz todos os micróbios da mãe e dá diarréia	1
Tem impurezas, dá dor de barriga, diarréia e faz mal ao nenê	1
TOTAL	11

Julgamos de interesse comentar o que constatamos ao relacionar as respostas dadas pelas auxiliares às questões nºs 16 e 17:

- as 20 informantes que referiram ser o colostro "o primeiro leite que a mãe produz", disseram que o bebê deve ingerí-lo;

- das 12 auxiliares que explicaram o que é o colostro usando as expressões "água" e "água branca", uma não sabe se deve ser ingerido pelo recém-nascido e três afirmaram que não deve;
- entre as que mencionaram que o colostro é "um líquido amarelo", três recomendaram que o bebê mame o colostro "para limpar o intestino", e as outras duas não souberam informar se a ingestão do colostro é ou não recomendável;
- as 8 auxiliares que nomearam o colostro "secreção", contra-indicaram sua ingestão pelo recém-nascido, por impróprio como alimento ou prejudicial ao bem-estar da criança.

Os resultados sugerem ser bastante precário o conhecimento das auxiliares sobre o colostro e seu papel em relação à criança. Do total de informantes, somente cinco identificaram o colostro, simultaneamente, como um primeiro leite, que protege a saúde da criança e alimenta, e delas, apenas uma reconheceu também o papel laxante do colostro.

Embora cada informação da Tabela 58 tivesse sido apresentada por apenas uma auxiliar, o fato é de grande interesse no que concerne à educação. É preciso considerar que em 12 Centros de Saúde há 11 auxiliares atuando diretamente com gestantes e mães, que podem transmitir a elas os conhecimentos evidenciados, desencorajando, portanto, a ingestão do colostro pelo recém-nascido. No nosso entender, os resultados que apresentamos na Tabe

la 58 seriam suficientes, de per si, para justificar um treinamento dirigido às auxiliares focalizando o colostro e sua importância para a saúde da criança.

. PESSOAL DE SAÚDE

Apresentamos na Tabela 59 a distribuição do conhecimento do pessoal de saúde sobre Vantagens do aleitamento materno, sendo que os totais da Tabela se referem ao número de respostas dadas sobre o Tema.

Como se pode verificar na Tabela 59, predominou o percentual de conhecimento *insatisfatório*, quando avaliamos o que sabe o pessoal de saúde a respeito das vantagens da alimentação ao seio. Esse resultado sugere que a população do estudo precisa completar e aprofundar seus conhecimentos, a fim de que possa esclarecer devidamente às mães sobre os benefícios concedidos pelo aleitamento natural.

TABELA 59 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DO PESSOAL DE SAÚDE SOBRE O TEMA IV - VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO.

CONHECIMENTO PESSOAL DE SAÚDE	SATISFATÓRIO		INSATISFATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL DE RESPOSTAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médicos	6	2,5	212	89,5	6	2,5	13	5,5	237	100,0
Enfermeiras	-	-	33	91,7	2	5,5	1	2,8	36	100,0
Auxiliares	113	40,9	94	34,1	18	6,5	51	18,5	276	100,0
TOTAL	119	21,7	339	61,8	26	4,7	65	11,8	549	100,0

TEMA V - Aspectos práticos do aleitamento materno

A. *Fundamentação teórica*

O aleitamento materno constitui uma verdadeira so ciedade entre mãe e criança^{2 3 3}, que reclama, para êxito do intento, a participação ativa e harmônica de seus in tegrantes. Por exemplo, a produção e ejeção do leite, assim como o esvaziamento dos seios, exigem ação efetiva do bebê que, por sua vez, está estreitamente relaciona da com a saúde, aquiescência e ajuda da mãe. GUNTHER⁷⁶ relata que, no reino animal, a iniciativa na amamentação é tomada pela cria, cuja mobilidade e compulsão insti ntiva a capacita a encontrar a glândula mamária para obter alimento. O papel da mãe é ficar inerte. No ser humano, o processo inicial da amamentação ocorre de mo do diferente. Quem desempenha a parte ativa é a mãe, ca bendo a ela aproximar e posicionar a criança ao seio, ajudar o recém-nascido a achar o mamilo e facilitar a apreensão da mama pelo bebê. Também depende da mãe a a doção de práticas diversas, apropriadas a si mesma e ao bebê, para que a mamada resulte em interação bio-psico-social positiva. Esses comportamentos, que competem à mãe, sempre foram e são ensinados informalmente à mu lher, nas comunidades onde o aleitamento materno é a norma, já que o instinto, por si, não informa a mãe co mo amamentar seu primeiro bebê⁷⁶.

Em comunidades onde a alimentação artificial impera, é raro a primípara ter visto uma criança sendo amamentada e, mais raro ainda, que tenha se familiarizado com o

processo do aleitamento natural por observação frequente¹¹⁷. Nessas comunidades as mães dificilmente, encontram modelos para observar, e com eles aprender, os comportamentos que favorecem a amamentação^{89,158}.

Para VICHI²⁵², saber amamentar resulta de um aprendizado social e "quando diminui numa comunidade o número de mulheres que amamentam, diminuem também as oportunidades de outras mulheres aprenderem a fazê-lo". Por isso mesmo, vários especialistas advertem que as mães precisam ser re-educadas nos países onde o aleitamento materno declinou, especialmente no que se refere aos aspectos práticos da amamentação^{8,47,119,158,182,233,234,257,264}. Essa advertência é pertinente, pois a informação e apoio mostraram-se indispensáveis para o sucesso na amamentação¹³¹, tarefa atualmente considerada difícil, e que exige conhecimento e técnica¹⁴⁰.

PLATA-RUEDA¹⁸³ refere que os erros de técnica são bastante frequentes na amamentação e ressalta que deles decorrem muitas dificuldades encontradas pelas mães; por essa razão, insiste que os aspectos práticos do aleitamento materno devem ser ensinados, mesmo que a mãe se julgue experiente. STITT²³³ recomenda que as multíparas também devem ser orientadas: muitas não amamentaram previamente e, para algumas, a experiência de amamentação foi negativa.

Quanto aos aspectos práticos da amamentação, a literatura especializada cita conhecimentos específicos que devem ser transmitidos à mãe, e comportamentos que precisa adotar, visando a favorecer e permitir que a amamen

tação constitua um ato agradável e satisfatório para seus participantes. Entre esses conhecimentos e práticas, destacam-se os que se referem à maneira de ajudar o recém-nascido a encontrar o mamilo, ao posicionamento da criança ao seio, à interrupção da mamada e aos sinais da ejeção do leite percebidos pela mãe.

- Como ajudar o recém-nascido a encontrar o mamilo

A mãe deve ser informada sobre a existência do reflexo de procura (ou de rotação da cabeça), instintivo no recém-nascido, demonstrando-se a ela como tal reflexo opera; assim, poderá ajudar o bebê a achar o mamilo, facilitando seu contato com o seio^{8,18,158,233,250}. O reflexo de procura faz o bebê virar sua cabeça na direção de um estímulo e abrir a boca; portanto, para desenca^udear esse reflexo, a mãe deve bater o mamilo, levemente, na boca ou bochecha do nenê, que em resposta ao estímulo voltará sua cabeça nessa direção e abrirá a boca procurando pelo mamilo^{8,18,48,60,67,127,136,158,233,234,250}.

Conhecendo-se como funciona o reflexo de procura, jamais se deve virar a cabeça do bebê em direção ao seio, quer pressionando suas bochechas com os dedos, quer empurrando-lhe a cabeça para baixo; tais práticas são incorretas e levam a criança a voltar a cabeça em busca dos dedos ou da mão que empurra, aparentando recusar o peito^{8,18,48,182,233}, que gera na mãe sentimento de estar sendo rejeitada. BARNES JÚNIOR e colaboradores¹⁸ re

comendam explicitamente: "não se deve bater nos pés do bebê, manipular as mandíbulas, apertar as bochechas, puxar a cabeça da criança, pois esses vários métodos, além de não produzirem o resultado esperado, aumentam a resistência do bebê para mamar e o sentimento de frustração da mãe", prejudicando o aleitamento materno.

- Mecânica da mamada e colocação da criança ao seio

Outro ensinamento que a mãe precisa receber diz respeito à colocação da criança ao seio; a posição do bebê deve ser tal, que lhe permita apreender o mamilo e a maior parte possível da aréola^{8,9,11,18,60,67,127,158,182,183,209,213,233,234,250,264}. Isto porque a criança alimentada ao seio obtém o leite por sucção contra o mamilo e compressão da região areolar¹¹. KIMBALL¹²⁷ e APPLEBAUM¹¹ informam que o bebê não suga simplesmente, mas ordenha o seio. A mecânica da mamada ao seio inclui a ação combinada da língua e das faces contra o mamilo, resultando verdadeira sucção, e a atuação das gengivas, lábios e maxilares, que comprimem a aréola para expressão do leite coletado nos reservatórios lácteos. Como os reservatórios de leite estão situados sob a região areolar, é preciso que a aréola se coloque entre os lãbios e maxilares da criança para que a expressão se efetue²⁶⁴.

APPLEBAUM¹¹ salienta ser indispensável à mãe aprender a colocar o bebê ao seio, possibilitando a máxima penetração do mamilo e aréola, para engendrar uma res

posta da criança conducente à mecânica oral correta e característica da amamentação, quer dizer, sucção e compressão, que assegura quantidade suficiente e qualidade adequada do suprimento de leite. Caso contrário, a obtenção do leite pela criança será difícil^{183,209}. Além disso, a postura apropriada do bebê previne danos no mamilo, que freqüentemente abreviam a duração do aleitamento natural^{136,158,183,234}. A aréola é resistente e relativamente insensível, enquanto o epitélio mamilar é delicado e de grande sensibilidade¹⁶⁸; portanto, a mãe deve ser orientada de modo a se certificar de que a criança apreendeu corretamente o tecido areolar, para evitar a fricção das gengivas e a ação potente dos maxilares sobre o mamilo, protegendo-o da formação de fissuras^{158,183,233,234}.

- Interrupção da mamada

A mãe precisa ser instruída sobre como proceder quando precisa interromper a mamada, para adotar práticas que, simultaneamente, evitem danificar o mamilo e traumatizar a criança²⁶⁴. Puxar simplesmente o nenê do seio é doloroso e pode causar petéquias e equimoses no mamilo¹⁸. Remover a criança do seio em plena sucção fere ou pode provocar fissura mamilar^{8,136,158,182,250}. A interrupção correta da mamada exige que, primeiro seja apropriadamente rompida a sucção, para depois a mãe retirar com cuidado o seio da boca do bebê^{8,18,47,60,158,182}.

A prática mais recomendada para interrupção da mama

da pode ser assim resumida: a mãe deve inserir o dedo mínimo no canto da boca do bebê, para que a sucção se rompa, e então, retirar cuidadosamente o seio^{8,18,47,60,158,182,209,250,264}. Além desta, MURDAUGH e MILLER¹⁵⁸, assim como o COUNTRYMAN⁴⁸, aconselham outra técnica que a mãe pode empregar para retirar o bebê do seio, que consiste em "abaixar delicadamente o queixo da criança".

- Sinais clínicos do reflexo de ejeção

É preciso, ainda, explicar à mãe quais são as manifestações do reflexo de ejeção do leite que ela pode perceber. Tal orientação tranquiliza, quando a mãe é informada que são normais as sensações e fatos ligados à amamentação, que possivelmente julgue estranhos, e aumenta a confiança na capacidade de amamentar^{8,170,254,257}.

Diversos autores indicam o que chamam sinais clínicos da ejeção do leite materno, que podem ser mais frequentemente reconhecidos pela mãe^{8,88,165,166,169,170,250,253,254,257}. Esses sinais são os seguintes:

- 1º) gotejamento de leite antes do bebê mamar;
- 2º) gotejamento de leite do seio oposto àquele em que o bebê está mamando;
- 3º) cólica uterina durante a amamentação;
- 4º) sensação de alfinetadas ou agulhadas no seio, e
- 5º) desaparecimento da dor no mamilo depois que o bebê começa a mamar.

RAPHAEL¹⁸⁹ duvida que o aleitamento materno possa ser bem sucedido nss culturas onde prevalece a alimentação artificial, sem a colaboração de "doulas"; esse papel foi delegado ao pessoal de saúde, que deve assumí-lo^{89, 178}.

VICHI²⁵² realça que "quanto menor o conhecimento das técnicas de amamentar que a mulher recebe em seu meio social, mais fundamental se torna a influência do pessoal médico e paramédico, que deve estar preparado para auxiliar e esclarecer no que for possível, tanto durante a gravidez quanto no parto". Para WEICHERT²⁵⁷, a situação do aleitamento materno ficará ainda pior, sem a intervenção do pessoal de saúde. Entretanto, COUNTRYMAN⁴⁷ aponta, entre os três principais fatores que influem no aparecimento de problemas na amamentação, "a falta de instrução das mães pelo pessoal de saúde", e HELSING⁸⁹ afirma categoricamente: "o pessoal de saúde ainda não está bem preparado para orientar mães sobre aspectos práuticos do aleitamento materno".

B - Avaliação

. Médicos

A Tabela 60 contém a distribuição do conhecimento dos médicos nas questões sobre Aspectos práticos do aleitamento materno.

TABELA 60 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DOS MÉDICOS NAS QUESTÕES SOBRE ASPECTOS PRÁTICOS DO ALEITAMENTO MATERNO.

CONHECIMENTO QUESTÕES	SATISFATÓRIO		INSATISFATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10. Mecânica da alimentação ao seio	12	15,2	64	81,0	3	3,8	-	-	79	100,0
11. Sinais clínicos da ejeção do leite materno	2	2,5	25	31,7	12	15,2	40	50,6	79	100,0
31. Técnica para interrupção da mamada	12	15,2	-	-	17	21,5	50	63,3	79	100,0

Investigando o conhecimento dos 79 médicos sobre a mecânica correta e característica da alimentação ao seio (questão nº 10), apenas 12 (15,2%) informaram satisfatoriamente que para obter o leite materno a criança deve "sugar o mamilo e comprimir a aréola". A maioria dos médicos (64), representando 81,0% dos informantes, alcançou conhecimento classificado como *insatisfatório*, refe

rindo somente que o bebê deve "sugar o mamilo". Para estes médicos a criança alimentada ao seio consegue o leite da mãe exclusivamente por sucção, não sendo levada em consideração a compressão da aréola para expressar o leite dos reservatórios lácteos. Do total de médicos, 3 responderam a questão de modo incorreto, mencionando que o bebê deve "sugar a aréola".

Quando interrogados sobre os sinais clínicos da ejeção do leite materno, 40 médicos (50,6%) disseram não saber (questão nº 11). Atribuimos conhecimento *satisfatório* a 2 profissionais, pois informaram sobre as manifestações da descida do leite percebidas pela mãe, explicando: "goteja leite antes da criança mamar, goteja leite do seio oposto ao que inicia a mamada e a mãe sente alfinetadas no seio", e "antes da mamada a mãe percebe vazamento de leite, sente agulhadas no seio e tem cólica uterina durante a amamentação".

Obtiveram conhecimento *insatisfatório* 25 médicos (31,7%) que mencionaram apenas uma ou duas das manifestações do reflexo de ejeção do leite materno, sendo que o critério adotado exigiu três. Estes informantes referiram com maior frequência o gotejamento de leite antes da mamada.

Classificamos como *errôneo* o conhecimento de 12 profissionais (15,2%), pois explicaram que a mãe percebe a ejeção do leite: "porque a mama fica empedrada e a mãe tem febre" (3); "por contrações do seio" (3); "pela expulsão do colostro" (2); "pelo abaixamento da temperatura da mãe" (1); "porque a mãe sente febre" (1); "porque

sente muita sede" (1), e "pela contração da região areolar" (1).

Apresentamos na Tabela 61 as informações dadas pelos 79 médicos sobre os sinais clínicos da ejeção do leite materno, mantendo-se as expressões usadas.

TABELA 61 - INFORMAÇÕES DE 79 MÉDICOS SOBRE COMO A MÃE PERCEBE A EJEÇÃO DO LEITE.

COMO A MÃE PERCEBE A EJEÇÃO DO LEITE	FREQÜÊNCIA (*)
Goteja, vaza, pinga leite antes da criança mamar	21
Sente alfinetadas, agulhadas no seio	6
A mama fica intumescida, dura	6
Sente, tem febre	4
Tem cólica uterina durante a amamentação	3
A mama fica empedrada	3
Por contrações do seio	3
Há resfriamento, abaixamento da temperatura	2
Sente dor no seio	2
Pela expulsão do colostro	2
Sente calor no seio	2
Tem sensação de prazer	1
Percebe a criança deglutir	1
Goteja leite do seio oposto ao que inicia a mamada	1
Sente muita sede	1
Pela contração da região areolar	1
Não sei	40
TOTAL	99

(*) Resposta múltipla

Estudando o que conheciam os médicos sobre técnicas para interrupção da mamada (questão nº 31), somente 12 (15,2%) indicaram práticas corretas. Um informou que se deve "abaixar com cuidado o queixo do bebê", e os demais explicaram que a técnica consiste em "introduzir um dedo no canto da boca da criança para interromper o vácuo ou a sucção".

Do total de informantes deste grupo, 50 (63,3%) referiram que não conheciam técnica alguma para interrupção correta da mamada e 17 (21,5%) apontaram práticas desaconselhadas e que podem traumatizar o bebê, considerando-se *errôneo* o conhecimento. Segundo esses profissionais, as técnicas que devem ser recomendadas à mãe para interrupção da mamada são as seguintes: "obstruir as narinhas do nenê, apertando de leve" (5); "obstruir as narinhas do bebê com o seio" (2); "apertar as bochechas do bebê" (2); "fazer cócegas na bochecha da criança" (2); "distrair o bebê mexendo ou puxando os lábios" (2); "apertar o nariz do nenê (1); "passar água fria na bochecha do lado externo, pois o frio faz o bebê largar o seio" (1); "a mãe puxar rapidamente o corpo para fora" (1), e "puxar o seio e colocar depressa uma chupeta na boca do nenê (1).

Os resultados são muito sugestivos da carência de conhecimentos dos médicos sobre os aspectos práticos da amamentação: elevada proporção destes profissionais parece desconhecer a mecânica global que a alimentação ao seio envolve; prevalecem os conhecimentos insatisfatôrio e ausente, no que respeita às manifestações da ejec

ção do leite materno; sobre a técnica correta para interrupção da mamada, bem poucos profissionais estão informados (Tabela 60). Tudo leva a crer, portanto, que estes médicos não estão realmente capacitados para dar orientação às mães sobre a matéria.

. Enfermeiras

A Tabela 62 apresenta a distribuição do conhecimento das enfermeiras nas questões referentes a Aspectos práticos do aleitamento materno.

TABELA 62 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DAS ENFERMEI
RAS NAS QUESTÕES SOBRE ASPECTOS PRÁTICOS DO
ALEITAMENTO MATERNO.

CONHECI MENTO QUESTÕES	SATISFA TÓRIO		INSATIS FATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10. Mecânica da alimentação ao seio	1	8,3	11	91,7	-	-	-	-	12	100,0
11. Sinais clíni cos da ejec ção do lei te materno	1	8,3	7	58,4	1	8,3	3	25,0	12	100,0
33. Como ajudar o bebê a en contrar o mamilo	1	8,3	-	-	10	83,4	1	8,3	12	100,0
34. Técnica para interrupção da mamada	-	-	-	-	6	50,0	6	50,0	12	100,0

Das 12 enfermeiras, somente uma referiu satisfatoriamente que a criança deve "sugar o mamilo e comprimir

a aréola" para obter o leite materno (questão nº 10). Para as demais, "sugar o mamilo" é suficiente, considerando-se o conhecimento dessas informantes *insatisfatório*.

Quanto aos sinais clínicos da ejeção do leite (questão nº 11), 3 informantes não souberam responder e apenas uma se manifestou a contento, dizendo: "antes do bebê mamar vaza leite, a mãe sente *picadinhas* no seio e quando o bebê começa a mamar pinga leite do outro seio". Foi conferido conhecimento *errôneo* a uma das enfermeiras, por dizer que "as mães não percebem quando o leite desce". As 7 enfermeiras restantes indicaram uma ou duas manifestações do reflexo de ejeção do leite que a mãe pode reconhecer, atribuindo-se a elas conhecimento *insatisfatório*.

A Tabela 63 contém as informações dadas pelas 12 enfermeiras sobre como a mãe percebe a ejeção do leite, na mesma linguagem que utilizaram.

Ao perguntar às enfermeiras como se deve proceder para estimular o recém-nascido a "pegar" o seio (questão nº 33), uma disse que não sabia, e exclusivamente uma apresentou a técnica recomendada, explicando: "bater delicadamente com o mamilo na bochecha do nenê".

A quase totalidade das enfermeiras indicou práticas desaconselhadas na literatura. Os procedimentos referidos por elas, e o respectivo número de informantes que os mencionaram, foram os seguintes: "apertar a bochecha do bebê para ele abrir a boca e colocar dentro dela o mamilo" (3); "abrir a boca do nenê com os dedos e colo

TABELA 63 - INFORMAÇÕES DE 12 ENFERMEIRAS SOBRE COMO A MÃE PERCEBE A EJEÇÃO DO LEITE.

COMO A MÃE PERCEBE A EJEÇÃO DO LEITE	FREQÜÊNCIA (*)
Vaza ou pinga leite antes do bebê mamar	8
Sente agulhadas, alfinetadas, "picadinhas" no seio	4
Tem cólica uterina	1
Pinga leite do outro seio quando o bebê começa a mamar	1
Não percebe quando o leite desce	1
Não sei	3
TOTAL	18

(*) Resposta múltipla

car dentro o bico do seio" (2); "virar a cabeça do nenê na direção do seio" (2); "segurar e comprimir o queixo do bebê para que abra a boca e colocar o mamilo dentro dela" (1); "a enfermeira aperta de leve o nariz do bebê para que abra a boca e a mãe coloca o mamilo dentro"(1), e "molhar o rosto do bebê com água fria e apertar de leve as bochechas para abrir sua boca" (1). Classificamos como *errôneo* o conhecimento dessas 10 enfermeiras.

No que se refere à técnica que deve ser recomendada à mãe, caso precise interromper a mamada (questão nº 34), metade das enfermeiras disse não conhecer nenhuma, e metade deu informação incorreta. As técnicas recomendadas foram: "tampar, apertar ou obstruir as narinas ou nariz do bebê, pois sem ar ele abre a boca e larga o seio"(3); "apertar a bochecha do nenê" (1); "fazer cócegas nos pés

do bebê" (1), e "molhar o rosto da criança com água fria" (1).

Pelos resultados, pode-se perceber quão precário es tã o conhecimento das enfermeiras no que se refere a as pectos práticos do aleitamento natural. A questão n° 33, feita apenas a este grupo do estudo, por ser mais compatível com atividades desenvolvidas por enfermeiras, permitiu evidenciar que as informantes não estão devidamente preparadas para orientar mães sobre como agir pa ra ajudar o bebê a encontrar o mamilo e como posicionar corretamente a criança ao seio, estendendo-se esse des preparo às técnicas para iniciar e interromper a ma mada.

. Auxiliares

A Tabela 64 retrata a distribuição do conhecimento das auxiliares nas perguntas feitas sobre Aspectos prá ticos da alimentação ao seio.

Para o bebê mamar de modo correto e obter com mais facilidade o leite da mãe (questão n° 7), 28 das sessenta e nove auxiliares (40,6%) referiram que a criança de ve "agarrar o mamilo e a aréola", atendendo ao critério adotado para classificar o conhecimento como satis fatório. Apenas uma informante deste grupo respondeu "Não sei" à indagação feita, dizendo ainda "nunca pensei nis so antes". A maior proporção das auxiliares, constituindo 58,0% (40), obteve conhecimento categorizado como insatis fatório: informaram que basta o bebê apreender

TABELA 64 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DAS AUXILIARES NAS QUESTÕES SOBRE ASPECTOS PRÁTICOS DO ALEITAMENTO MATERNO.

CONHECIMENTO QUESTÕES	SATISFATÓRIO		INSATISFATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
7. Mecânica da alimentação ao seio	28	40,6	40	58,0	-	-	1	1,4	69	100,0
8. Sinais clíni- cos da ejec- ção do lei- te	-	-	48	69,6	7	10,1	14	20,3	69	100,0
21. Técnica pa- ra interrup- ção da mama- da	1	1,4	15	21,8	33	47,8	20	29,0	69	100,0

"o mamilo ou o bico do peito" para mamar apropriadamente.

Nenhuma auxiliar alcançou conhecimento *satisfatório*, quando se perguntou como a mãe percebe a descida do leite (questão nº 8), e 14 (20,3%) responderam que não sabiam. Quarenta e oito informantes (69,6%) apresentaram uma ou duas manifestações da propulsão do leite percebidas pela mãe, conferindo-se a essas auxiliares conhecimento *insatisfatório*.

As 7 auxiliares (10,1%) às quais se atribuiu conhecimento *errôneo*, explicaram: "a mãe não percebe a descida do leite" (4); "o peito fica muito duro e a mãe tem

febre" (1); "as veias do peito afinam" (1), e "o seio fi
ca empedrado" (1).

A Tabela 65 mostra as informações fornecidas pelas 69 auxiliares sobre os sinais clínicos da ejeção do leite percebidos pela mãe na linguagem usada pelas entrevistadas.

TABELA 65 - INFORMAÇÕES DE 69 AUXILIARES SOBRE COMO A MÃE PERCEBE A DESCIDA DO LEITE.

COMO A MÃE PERCEBE A DESCIDA DO LEITE	FREQUÊNCIA (*)
Pinga, escorre leite ou molha a roupa da mãe	38
Sente agulhadas, alfinetadas, fiscadas, ferroadas no seio	21
O seio fica empedrado	4
Sente uma "caloria" ou calorão	3
O peito fica muito duro	3
As veias do peito afinam	2
As veias do peito aumentam	1
Tem febre	1
O seio fica inchado	1
Tem cólica quando a criança começa a mamar	1
A mãe não percebe a descida do leite	4
Não sei	14
TOTAL	93

(*) Resposta múltipla

A resposta de 20 (29,0%) auxiliares foi "Não sei", ao serem indagadas sobre o que a mãe deve fazer para o

bebê largar o seio quando a mamada precisa ser interrompida (questão nº 21). Apenas uma informou de modo a satisfazer que "a mãe deve colocar um dedo limpo no canto da boca do nenê para ele parar de sugar".

Quinze (21,8%) das informantes deram respostas que levaram à classificação do conhecimento como *insatisfatório*. Os procedimentos indicados por essas auxiliares foram os seguintes: "puxar o seio devagar" (6); "tirar a criança com jeito" (4); "levantar o seio com cuidado" (2); "esperar a criança parar de chupar e puxar o seio" (2), e "tirar o mamilo com jeito" (1).

A maior parte das auxiliares, representando 47,8% (33) das entrevistadas, evidenciou conhecimento *errôneo* na avaliação de suas respostas à questão nº 21; foram mencionadas as mesmas práticas incorretas recomendadas por médicos e enfermeiras para interrupção da mamada, que visam a dificultar a respiração da criança, a perturbar o bebê por meio de cócegas e a forçá-lo a abandonar o seio por compressão da bochecha ou utilização de água fria na face.

Como mostram os resultados, parece existir entre o pessoal auxiliar a mesma carência de conhecimento sobre aspectos práticos do aleitamento materno que se verificou nos grupos de profissionais.

PESSOAL DE SAÚDE

Na Tabela 66 apresentamos a distribuição do conhecimento dos três grupos que compõem o pessoal de saúde a respeito do tema Aspectos práticos do aleitamento materno, o que permite uma apreciação global do conhecimento evidenciado pelos informantes nessa área.

TABELA 66 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DO PESSOAL DE SAÚDE SOBRE O TEMA V - ASPECTOS PRÁTICOS DO ALEITAMENTO MATERNO.

CONHECIMENTO PESSOAL DE SAÚDE	SATISFATÓRIO		INSATISFATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL DE RESPOSTAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médicos	26	11,0	89	37,5	32	13,5	90	38,0	237	100,0
Enfermeiras	3	6,3	18	37,5	17	35,4	10	20,8	48	100,0
Auxiliares	29	14,0	103	49,8	40	19,3	35	16,9	207	100,0
TOTAL	58	11,8	210	42,7	89	18,1	135	27,4	492	100,0

Analisando-se os dados da Tabela 66 verifica-se que, na avaliação do conhecimento da população estudada sobre aspectos práticos do aleitamento materno, foram atribuídos conhecimento *errôneo* e *ausente* a 45,5% das respostas dadas. O percentual inexpressivo de conhecimento *satisfatório* alcançado pelos entrevistados, parece corresponder ao que HELSING⁸⁹ afirmou: "o pessoal de saúde ainda não está bem preparado para orientar mães sobre aspectos práticos do aleitamento materno".

TEMA VI - Problemas no aleitamento materno

A - *Fundamentação teórica*

Certas dificuldades que podem surgir no aleitamento materno frequentemente vêm sendo apontadas pelas mães como uma das causas de sua desistência em amamentar, quer entre nós, quer em outros países^{14,16,94,157,218,222,227,240,241,244}. Entretanto, muitos dos problemas apontados pelas mães são perfeitamente preveníveis, por meio de orientação e condutas apropriadas, evitando-se o desmame precoce quando a mãe recebe ajuda prática, no momento oportuno, e os problemas são resolvidos²²⁰.

APPLEBAUM⁸ declara que "na maioria dos casos, mamilos doloridos, infecção nos seios e outros estados semelhantes, associados ao ingurgitamento, constituem entidades iatrogênicas e são, portanto, passíveis de prevenção".

Entre nós, SOUSA e colaboradores²³² estão convencidos de que os problemas que surgem no aleitamento materno decorrem de inadequado preparo pré-natal da mulher, podendo ser evitados.

JELLIFFE e JELLIFFE¹¹⁹, também assinalam que o ingurgitamento dos seios e problemas do mamilo, na maior parte das vezes, podem ser prevenidos por adequado atendimento pré-natal e emprego de medidas que favoreçam o reflexo de ejeção do leite materno.

ISSLER e MARCONDES¹⁰⁴, após mencionarem que o fracasso do aleitamento materno comumente resulta de problemas práticos, facilmente contornáveis, enfatizam a importância da mãe ter conhecimento antecipado da possibilidade

de de tais problemas ocorrerem e de como solucioná-los, para evitar o impacto negativo no caso de seu aparecimento. NACHTIGALL¹⁶⁰ faz consideração semelhante, dizendo que a mãe amamentará se souber como prevenir e tratar erosões do mamilo e como evitar o ingurgitamento dos seios. Esse modo de pensar faz lembrar o que refere ROSENSTOCK²⁰¹: "a predisposição para mudança de comportamento pode depender da pessoa reconhecer a existência de um perigo à saúde e conhecer algum modo eficaz para afastá-lo". Então, uma atitude favorável das mães para optarem pelo aleitamento materno, em detrimento da alimentação artificial, pode resultar do conhecimento prévio que tenham das eventuais dificuldades que surgem na amamentação e da maneira de resolvê-las. Nesse sentido, BLAICKLEY e colaboradores²³ conseguiram prolongar o aleitamento materno adotando um conjunto de medidas, entre as quais incluíram o treinamento das mães na manipulação dos seios para evitar ou diminuir o ingurgitamento mamário e problemas no mamilo. Esses Autores comentam que parte do êxito alcançado derivou da confiança adquirida pelas mães, tanto na capacidade de lactar, quanto na de superar problemas que pudessem ter na amamentação, quando de sua volta ao lar.

A literatura especializada indica quais são os principais obstáculos que a mãe enfrenta no aleitamento materno e que impedem seu sucesso.

- Inversão e pseudo-inversão do mamilo

A protusão do mamilo é importante fator para êxito da amamentação, já que para iniciar, manter e fortalecer a sucção o mamilo deve tocar o p^álato duro do bebê. A verdadeira inversão do mamilo, que impede a alimentação ao seio, é muito rara^{18,104,136,165,182,234}. Mas, são co_ums os mamilos pseudo-invertidos^{8,104,136,182}. WALLER²⁵⁵ verificou existir pseudo-inversão mamilar em 1/3 de suas pacientes, na primeira gravidez, situação que, detectada no período pré-natal, pode ser corrigida quando a gestante pratica o exercício preconizado por HOFFMAN⁹³.

- Ingurgitamento mamário

Um sério problema que dificulta e até leva ao abando do aleitamento materno é o ingurgitamento dos seios¹⁰. Consiste no doloroso endurecimento das mamas, por ocasião da apoiadura, e tem seu pico de incidência nos primeiros 3 a 5 dias depois do parto^{47,104,165}.

Os prejuízos que o ingurgitamento mamário causa ao aleitamento natural são, especialmente, estes:

- 1º) dificulta ou mesmo impede a obtenção do leite pelo bebê, aplanando o mamilo. A criança consegue apreender somente parte do mamilo e não a aréola, em razão de diminuir a concavidade na junção mamilo-areolar, que fica progressivamente mais convexa, ante o ingurgitamento^{8,18,47,160,182}, e não pode expressar o leite contido nos reservatórios;

- 2º) conduz a inadequado esvaziamento dos seios, o que diminui a produção de leite^{8,18,23,182,234}.
- 3º) compromete a ejeção láctea, pelo enfraquecimento da sucção, e também pela influência inibidora da dor, ansiedade e medo que provoca na mãe^{8,18,47,164};
- 4º) traumatiza o mamilo, prejudicando a produção e liberação do leite^{8,18,136,160,164,168,195,209,252,254};
- 5º) pode provocar congestão, inflamação e infecção mamária^{11,18,160,164,182,254}.

A prevenção do ingurgitamento é perfeitamente possível e preferível ao tratamento⁴⁷. BARNES JÚNIOR e colaboradores¹⁸, desde 1953, já afirmavam que "haverá uma satisfatória diminuição na escassez precoce de leite, responsável pela alimentação artificial de bebês nas suas sémanas de vida mais perigosas, se aprendermos como prevenir ou pelo menos diminuir o ingurgitamento inicial do seio e assegurar que o reflexo de ejeção entre em ação pronta e efetivamente". APPLEBAUM⁸ exorta os médicos para que se esforcem ao máximo a fim de evitar que as mães tenham ingurgitamento mamário durante o período hospitalar (e pós-hospitalar), porque seus efeitos negativos sobre o processo de lactação e amamentação podem ser irreversíveis.

Os especialistas recomendam várias condutas para evitatar o ingurgitamento. COUNTRYMAN⁴⁷ considera o alojamento conjunto mãe-criança a melhor medida preventiva,

salientando que raramente ocorre ingurgitamento quando a mãe e o bebê ficam sempre juntos, já que "a criança pode mamar em resposta às suas necessidades e às da mãe".

As medidas mais freqüentemente indicadas para evitar o ingurgitamento dos seios são as seguintes:

- 1º) iniciar precocemente a amamentação^{11,47,165,183} para drenagem do colostro, que estimula a produção de leite e favorece sua ejeção;
- 2º) amamentar a criança freqüentemente, sob demanda, inclusive à noite, sem emprego de complementos^{8,23,47,60,104,165,250,252};
- 3º) favorecer o reflexo de ejeção, permitindo sucção freqüente, tranquilizando e apoiando a mãe, e empregando nebulização intra-nasal de ocitocina^{11,18,160,164,234};
- 4º) posicionar a criança ao seio de modo a apreender o mamilo e a aréola^{8,18,158,233,234};
- 5º) proceder à expressão manual dos seios após as mamadas^{8,23,136,158,160,182,234,250}. Nesse sentido, as bombas manuais para extração do leite materno são desaconselhadas: são inúteis, provocam aumento da dor e lesam o sensível epitélio mamilar⁸.

- Fissuras mamilares

As fissuras constituem outro problema no aleitamento materno. São rachaduras ou soluções de continuidade, que se localizam no mamilo ou na sua junção com a aréola²⁶⁴. Bastante frequentes¹¹, nas primeiras semanas da amamentação, algumas fissuras se apresentam como fendas sangrentas, mais ou menos profundas, mas a maioria é superficial⁶. Mamilos fissurados ocasionam dores intensas na mãe, no momento da sucção²¹³. Além de dolorosas, são porta de entrada para infecções^{137, 165, 213, 252, 254, 264}, podendo levar às verdadeiras mastites supurativas¹⁸². Geralmente quando ocorre ingurgitamento mamário, as fissuras se iniciam^{11, 18, 137, 160, 182, 252, 254} mas, com frequência¹¹, os erros de técnica também são responsáveis pelo seu aparecimento^{18, 158, 183, 264}.

As rachaduras de mamilo podem e devem ser evitadas, pois respondem por inúmeros casos de desmame precoce¹⁸². A prevenção das fissuras mamilares engloba diversas atividades que a mãe precisa aprender e executar:

- 1º) preparar e dispensar cuidados adequados ao seio durante a gravidez^{48, 119, 135, 160, 195, 223};
- 2º) usar somente água na higiene dos seios, abolindo sabão, álcool e outras substâncias^{8, 67, 137, 158, 165, 183, 209, 250, 264};
- 3º) expor os mamilos ao ar e sol^{48, 67, 127, 137, 164};
- 4º) não usar "soutien" de "nylon" ou revestido com plástico^{47, 67, 252};

- 5º) não usar "soutien" apertado^{48,137,165,183};
- 6º) manter os mamilos secos entre as mamadas^{47, 67, 252,253};
- 7º) amamentar frequentemente, com duração ["]mais curta de cada mamada^{47,60,67,104,137,252};
- 8º) posicionar corretamente a criança ao seio, para que ela apreenda o mamilo e aréola^{18,136,158,160,183,264};
- 9º) expressar manualmente um pouco de leite, antes de iniciar a mamada^{48,234,250};
- 10º) interromper corretamente a mamada, quebrando antes a sucção^{47,158,182,264}.

VICHI²⁵² informa que, trabalhando com mães que amamentam, tem verificado que há mulheres que não conseguem alimentar ao seio seus bebês, "por ignorarem como fazê-lo ou qual a solução para os possíveis problemas"; resalta ainda a Autora que, embora tais problemas sejam de fácil solução, essa facilidade só existirá se for conhecida pelas mães. Em São Paulo, pesquisa bastante atual mostra que nutrízes não sabem contornar dificuldades, como o ingurgitamento dos seios e fissuras no mamilo¹⁴⁰. É evidente, então, que o pessoal de saúde precisa informar gestantes e mães sobre os problemas que podem surgir na amamentação, a maneira de solucioná-los e, especialmente, como prevení-los.

BARNES JÚNIOR e colaboradores¹⁸ advertem que, sendo curto o período de permanência no hospital, não raro as mães podem se deparar com problemas na amamentação

em casa, pois há demora de vários dias para a lactação tornar-se bem estabelecida. Por isso mesmo esses investigadores recomendam que deve ser feita a visitação domiciliária para que o pessoal de saúde possa orientar e ajudar as mães na solução de problemas que tenham na amamentação. ANDRADE E SILVA e colaboradores⁶, consideram que todos da equipe de saúde "devem saber lidar com os problemas mais comuns ao aleitamento materno". Entretanto, estudiosos do aleitamento natural referem que o pessoal de saúde carece de conhecimentos específicos para resolver as dificuldades que podem ocorrer na alimentação ao seio^{8,140}. HELSING⁸⁹ afirma que, ante a falta de capacitação para solucionar as dificuldades, o pessoal de saúde tem se valido deste recurso: indicar às mães que buscam ajuda a substituição do seio pela alimentação artificial. APPLEBAUM⁸ pensa do mesmo modo, dizendo que "os médicos são os primeiros a recomendar a alimentação artificial quando surge a menor dificuldade" e, segundo COLE⁴³ "recomendam complementos e/ou o abandono do aleitamento materno".

B - Avaliação

. Médicos

A Tabela 67 mostra a distribuição do conhecimento dos médicos nas questões sobre Problemas no aleitamento materno.

TABELA 67 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DOS MÉDICOS NAS QUESTÕES SOBRE PROBLEMAS NO ALEITAMENTO MATERNO.

CONHECIMENTO QUESTÕES	SATISFATÓRIO		INSATISFATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
19. Mamilos invertidos e amamentação.	51	64,5	-	-	7	8,9	21	26,6	79	100,0
27. Prevenção de fissuras mamilares.	-	-	47	59,5	20	25,3	12	15,2	79	100,0
28. Ingurgitamento dos seios e aleitamento materno.	-	-	43	54,4	21	26,6	15	19,0	79	100,0
29. Prevenção do ingurgitamento mamário.	-	-	28	35,4	26	32,9	25	31,7	79	100,0

Dos 79 médicos entrevistados, 26,6% (21) não souberam informar se a verdadeira inversão do mamilo constitui causa que comumente impossibilita a amamentação (questão nº 19), e poucos (7), erroneamente, admitiram que esse problema é frequente. A maior parte dos profissionais, constituindo 64,5% (51) do grupo, conseguiu conhecimento *satisfatório* quando respondeu a questão proposta: reconheceu que os mamilos realmente invertidos são de existência rara.

Nenhum medico conseguiu obter conhecimento *satis*fatório quando estudamos a prevenção de fissuras *mami*lares em mães que amamentam (questão 27). O critério estabelecido exigiu que a possibilidade de prevenir *ra*chaduras no mamilo fosse reconhecida e que os *entrevi*stados indicassem sete medidas para esse fim.

Quarenta e sete profissionais (59,5%) alcançaram conhecimento *insatis*fatório, embora admitissem que as fissuras *mami*lares são evitáveis. Esses médicos *aponta*ram número reduzido de ações corretas (no máximo três, indicadas por apenas um informante) ou referiram, *simu*ltaneamente, medidas recomendadas e desaconselhadas, e medidas preventivas e curativas. Doze médicos (15,2%) *a*firmaram não saber se as fissuras *mami*lares em *nutri*zes podem ser prevenidas, e 20 (25,3%) tiveram *conheci*mento categorizado como *errôneo*. Destes, 18 disseram que as *rachaduras* de mamilo não podem ser evitadas e 2, *ain*da que reconhecessem ser possível a profilaxia desse problema, apontaram práticas incorretas: mencionaram que a *nutriz* deve "desinfetar o mamilo com álcool" e "lavar diariamente o seio com água e sabão".

Os 79 médicos forneceram cento e oito informações referentes à prevenção de fissuras *mami*lares em mães que amamentam, apresentadas na Tabela 68, onde foi *con*servada a linguagem dos profissionais.

Também não se verificou conhecimento *satis*fatório entre os médicos, quando investigamos o que *sabiam* *so*bre os efeitos prejudiciais do ingurgitamento *mamário*

TABELA 68 - INFORMAÇÕES DE 79 MÉDICOS SOBRE COMO PREVENIR FISSURAS MAMILARES EM MÃES QUE AMAMENTAM.

COMO PREVENIR FISSURAS MAMILARES	FREQUÊNCIA ^(*)
Lubrificar o mamilo com óleo, óleo de amêndoa, vaselina, lanolina	34
Usar pomadas cicatrizantes (Massê, Veado de Ouro)	15
Lavar o mamilo somente com água	7
Lavar diariamente o seio com água e sabão	4
Limpar o mamilo com água boricada	2
Fazer o preparo pré-natal dos seios	2
Limitar a duração das mamadas	2
Manter os mamilos secos	1
Expor os mamilos ao ar e sol	1
Interromper corretamente a mamada	1
Colocar corretamente o bebê no seio	1
Não traumatizar o mamilo	1
Ter higiene com os mamilos	1
Passar solução iodada nos seios	1
Limpar o mamilo diariamente com água oxigenada	1
Desinfetar o mamilo com álcool	1
Não usar água boricada no mamilo (resseca muito)	1
Não usar óleo Johnson (dá fissura)	1
Não usar bombinha para tirar leite	1
Fissuras no mamilo não são preveníveis	18
Não sei se as fissuras no mamilo podem ser prevenidas	12
TOTAL	108

(*) Resposta múltipla

no aleitamento materno (questão nº 28). Nenhum dos en
trevistados apresentou três conseqüências danosas do
 ingurgitamento quanto à alimentação ao seio, e 15
 (19,0%) informaram que não sabiam se esse problema a
 carreta prejuízo.

Atribuímos conhecimento *insatisfatório* a 54,4%
 (43) dos médicos, por insuficiência da informação que
 ofereceram para explicar como o ingurgitamento dos
 seios compromete o aleitamento natural. Vinte e um pro
 fissionais evidenciaram conhecimento *errôneo*: 19 afir
 maram que o ingurgitamento mamário não prejudica o a
 leitamento materno, e 2 mencionaram que o problema es
 tudado causa estes prejuízos: "o leite sai com muita
 abundância e a criança rejeita o seio" e "o ingurgita
 mento faz a criança engasgar frequentemente".

A Tabela 69 mostra as informações obtidas do gru
po de médicos sobre como o ingurgitamento mamário pre
judica o aleitamento materno, na forma como os entre
vistados se manifestaram.

Analisando-se a Tabela 69, parece que, no enten
der dos médicos, o principal prejuízo causado pelo in
gurgitamento ao aleitamento materno refere-se à dor
 que provoca na mãe. Nenhum dos entrevistados mencio
 nou diretamente que o ingurgitamento mamário pode afe
tar a produção de leite e somente 2 referiram que com
promete o esvaziamento das mamas. A influência negati
va do ingurgitamento sobre a propulsão do leite mater
no foi especificamente apontada por apenas 3 profissio

TABELA 69 - INFORMAÇÕES DE 79 MÉDICOS SOBRE COMO O IN
GURGITAMENTO MAMÁRIO PREJUDICA O ALEITAMEN
TO MATERNO.

COMO O INGURGITAMENTO PREJUDICA O ALEITAMENTO MATERNO	Nº
A mãe sente dor e desiste de amamentar, abandona a ama <u>men</u> tação	18
Causa retenção do leite	6
Achata o mamilo e dificulta a obtenção do leite pelo bebê	4
Causa bloqueio dos ductos mamários	3
Pode dar inflamação e infecção nos seios	3
Dificulta a obtenção de leite pelo achatamento do mami <u>lo</u> e aumenta o risco de inflamação no seio	2
Dá dor e inibe a ejeção do leite	2
O mamilo fica plano e o esvaziamento do seio é menor	2
Dá dor e a mãe pede para secar o leite	1
Traumatiza o mamilo, que prejudica a ejeção, e há ris <u>co</u> de infecção no seio	1
Dá insegurança à mãe na sua capacidade de amamentar	1
O leite sai com muita abundância e a criança rejeita o seio	1
Faz a criança engasgar frequen <u>te</u> mente	1
O ingurgitamento do seio não prejudica o aleitamento materno	19
Não sei se o ingurgitamento prejudica o aleitamento ma <u>terno</u>	15
TOTAL	79

nais. Estes resultados sugerem que as observações feitas por WALLER²⁵⁴ ainda são pertinentes: "embora o ingurgitamento seja reconhecido como um problema, tenta-se diminuí-lo mais por causa do desconforto que causa à mãe, do que por constituir uma séria ameaça à manutenção da produção de leite".

Ante os resultados expostos, parece válido pensar que o conhecimento dos integrantes deste grupo no que concerne à influência danosa do ingurgitamento no processo de lactação e na amamentação é bastante limitado e reclama aperfeiçoamento.

Quanto a medidas para prevenir o ingurgitamento dos seios (questão nº 29), 31,7% (25) do total de mêdicos disseram não conhecer, e nenhum dos informantes conseguiu conhecimento classificado como *satisfatório*, segundo o critério estabelecido: indicar 3 entre as 5 medidas ["]frequentemente recomendadas para prevenção do ingurgitamento.

Vinte e seis profissionais (32,9%) obtiveram conhecimento *errôneo* na avaliação de suas informações: 6 referiram que não há modo de prevenir o ingurgitamento e a maioria apontou medidas incorretas. As medidas citadas e o respectivo número de informantes foram os seguintes: "extrair ou tirar o leite com a bombinha antes da mamada" (9); "esvaziar as mamas nos intervalos, com a bombinha" (5) e "deixar o bebê mamar cada 3 horas" (6).

Classificou-se como *insatisfatório* o conhecimento de 28 médicos (35,4%), no que respeita às medidas para prevenção do ingurgitamento, visto que mencionaram apenas uma (19) ou duas (9) das práticas recomendadas.

Apresentamos na Tabela 70 as informações dos 79 médicos sobre medidas para prevenir o ingurgitamento dos seios em mães que amamentam, na forma de linguagem original.

TABELA 70 - INFORMAÇÕES DE 79 MÉDICOS SOBRE MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DO INGURGITAMENTO DOS SEIOS EM MÃES QUE AMAMENTAM.

MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DO INGURGITAMENTO	Nº
Fazer a expressão manual dos seios após as mamadas	11
O bebê sugar o seio frequentemente e a mãe fazer a expressão manual depois das mamadas	5
A sucção frequente do bebê	5
Iniciar precocemente a amamentação e permitir sucção frequente da criança, sem horário rígido	2
A mãe usar "Syntocinon spray"	2
A mãe manter o seio elevado, por "soutien"	1
A mãe suspender o seio e aplicar calor local	1
A mãe esvaziar os seios após as mamadas e aplicar compressas quentes	1
Extraír ou tirar o leite com a bombinha antes da mamada	9
Esvaziar as mamas nos intervalos, com a bombinha	5
Deixar o bebê mamar cada 3 horas	6
Não há medidas para prevenir o ingurgitamento	6
Não sei se há medidas para prevenir o ingurgitamento	25
TOTAL	79

Examinando-se a Tabela 70, pode-se constatar a precariedade do conhecimento dos informantes, no que concerne à prevenção do ingurgitamento mamário. Nenhum deles indicou, sequer, três medidas que ajudem a mãe a evitar o ingurgitamento dos seios, problema que pode ocorrer nas semanas iniciais de lactação. Do total de médicos entrevistados, pequena proporção foi capaz de indicar procedimentos corretos que impedem o ingurgitamento, e a maioria parece conhecer apenas um.

Considerando-se globalmente os problemas no aleitamento materno, a proporção de conhecimentos *errôneo* e *ausente* entre os médicos foi expressiva (Tabela 67). Muitos dos profissionais estudados que consideraram as fissuras mamilares e o ingurgitamento dos seios uma consequência inevitável do aleitamento materno, possivelmente pensam assim porque carecem de informação a respeito. Parece evidente, pelos resultados que apresentamos, que estes informantes precisam ser esclarecidos sobre a maneira de evitar dificuldades que podem levar ao abandono do aleitamento materno.

Enfermeiras

A distribuição do conhecimento das enfermeiras nas questões sobre Problemas no aleitamento materno compõe a Tabela 71.

Das 12 enfermeiras que participaram deste estudo, a maioria (10) respondeu satisfatoriamente a questão n^o 17, dizendo que é raro os mamilos invertidos constitu

TABELA 71 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DAS ENFERMEIRAS NAS QUESTÕES SOBRE PROBLEMAS NO ALEITAMENTO MATERNO.

QUESTÕES \ CONHECIMENTO	SATISFA TÓRIO		INSATIS FATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
17. Mamilos inver tidos e ama mentação.	10	83,3	-	-	2	16,7	-	-	12	100,0
30. Prevenção de fissuras mami lares.	-	-	8	66,7	3	25,0	1	8,3	12	100,0
31. Ingurgitamen to dos seios e aleitamento materno.	-	-	8	66,7	3	25,0	1	8,3	12	100,0
32. Prevenção do ingurgitamen to mamário.	-	-	5	41,7	6	50,0	1	8,3	12	100,0

tuirem causa que impossibilita a amamentação. Duas in formantes referiram que esse problema frequêntemente impede a mãe de amamentar, obtendo conhecimento errô neo.

Nenhuma enfermeira alcançou conhecimento *satisfa tório* quando perguntamos sobre a prevenção de fissuras mamilares em mães que amamentam (questão nº 30). Uma das entrevistadas respondeu "Não sei", e 3 manifesta ram-se erroneamente ao explicar como as rachaduras no mamilo podem ser evitadas. Para estas enfermeiras, a mãe impede que surjam fissuras mamilares "lavando dia riamente com água e sabonete o mamilo, isto é, tendo hi giene" (2) e "lavando bem o mamilo com água e sabão e pas

sando pomada Massê" (1). O conhecimento das 8 enfermeiras restantes foi considerado *insatisfatório* em razão das informações que ofereceram para prevenir as rachaduras no mamilo: "lubrificando o mamilo com óleo de amêndoa" (5); "massageando o mamilo e passando creme" (1); "usando protetor de mamilo" (1), e "passando óleo no mamilo e não dando mamadas muito seguidas" (1).

Uma das enfermeiras disse não saber se o ingurgitamento dos seios pode prejudicar o aleitamento materno (questão nº 31), e 3 referiram, erroneamente, que esse problema não prejudica a alimentação ao seio. As demais informantes deste grupo, que são 8, apesar de afirmarem que o ingurgitamento é prejudicial ao aleitamento ao seio, não justificaram suficientemente seu modo de pensar, sendo o conhecimento considerado *insatisfatório*.

Na Tabela 72 estão as informações dadas pelo grupo de enfermeiras sobre como o ingurgitamento mamário prejudica o aleitamento materno, na forma como se manifestaram.

Quando avaliamos o que sabem as enfermeiras sobre a prevenção do ingurgitamento (questão nº 32), não foi atribuído conhecimento *satisfatório*. Das 12 entrevistadas, metade obteve conhecimento *errôneo*: 2 informaram que não há medidas para evitar o ingurgitamento dos seios em mães que amamentam, e 4 apontaram práticas incorretas. Para essas enfermeiras, previne-se o ingurgitamento "tirando o leite com bombinha" (3) e

TABELA 72 - INFORMAÇÕES DE 12 ENFERMEIRAS SOBRE COMO O INGURGITAMENTO MAMÁRIO PREJUDICA O ALEITAMENTO MATERNO.

COMO O INGURGITAMENTO PREJUDICA O ALEITAMENTO MATERNO	Nº
Causa inflamação e infecção no seio	2
A dor leva a mãe a não dar o seio	2
Achata o mamilo e o bebê não consegue mamar	1
Dá dor, e o leite "encaroçado" não sai	1
Prejudica o fluxo de leite por compressão dos ductos	1
A dor faz a mãe desistir de amamentar, e o bebê não consegue mamar porque o mamilo fica achatado	1
Não sei se o ingurgitamento prejudica o aleitamento materno	1
O ingurgitamento não prejudica o aleitamento materno	3
TOTAL	12

"fazendo a mãe beber maior quantidade de líquidos" (1).

Excluindo-se uma informante que respondeu "Não sei" à indagação feita, as 5 restantes evidenciaram conhecimento *insatisfatório*, apontando as seguintes medidas para prevenção do ingurgitamento: "expressão manual dos seios após as mamadas"; "amamentar nos dois seios e fazer expressão manual após as mamadas"; "fazer massagem no seio e amamentar frequentemente", "amamentar bastante e tirar o leite com bombinha depois da mamada", e "amamentar nos dois seios e fazer compressas quentes".

. Auxiliares

A Tabela 73 contém a distribuição do conhecimento das auxiliares nas questões referentes a Problemas no aleitamento materno.

TABELA 73 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DAS AUXILIARES NAS QUESTÕES SOBRE PROBLEMAS NO ALEITAMENTO MATERNO.

QUESTÕES	CONHECIMENTO	SATISFATÓRIO		INSATISFATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
13. Mamilos invertidos e amamentação.		48	69,6	-	-	17	24,6	4	5,8	69	100,0
20. Prevenção de fissuras mamilares.		-	-	43	62,3	7	10,1	19	27,6	69	100,0

Das 69 auxiliares, 48 (69,6%) obtiveram conhecimento *satisfatório*, informando que é raro as mulheres não poderem amamentar por terem mamilos verdadeiramente invertidos (questão nº 13). Todavia, 17 (24,6%) entrevistadas disseram que a inversão do mamilo é causa frequente que impede a mãe de amamentar, atribuindo-se a elas conhecimento *errôneo*, e 4 (5,8%) auxiliares mencionaram que não sabiam informar sobre o que foi perguntado.

Várias das auxiliares que afirmaram ser comum as mães não poderem amamentar por causa de mamilos *inver*

tidos, complementaram suas respostas, dizendo: "principalmente no primeiro filho", "mas pode ser corrigido", "é só tratar na gravidez" e "a mãe precisa aprender como corrigir". Estas informações levaram-nos a pensar que tais auxiliares confundem a pseudo-inversão mamilar com a verdadeira.

Quando perguntamos às auxiliares o que as mães que amamentam devem fazer para não rachar o bico do seio (questão nº 20), nenhuma alcançou conhecimento satisfatório, embora para este grupo o critério adotado exigisse a menção de menor número de ações: cinco.

Do total de informantes, 27,6% (19) referiram que não sabiam responder à questão, e 7 (10,1%) deram resposta incorreta, manifestando-se sobre a prevenção de fissuras no mamilo assim: "nada; rachar o bico do seio é normal, racha mesmo quando a mãe dá de mamar" (3) ; "não deixar a criança arrotar no peito" (2); "é só tirar a sobra com a bombinha depois de cada mamada" (1), e "lavar muito bem o bico do peito com água e sabão para não juntar crosta, senão racha" (1).

Quarenta e três auxiliares (62,3%) obtiveram conhecimento insatisfatório: a maioria indicou somente uma prática que a mãe deve adotar para prevenir rachaduras no mamilo, e das que apontaram duas, várias mencionaram medidas desaconselhadas ou que o conhecimento científico não fundamenta.

A Tabela 74 mostra as informações das 69 auxiliares sobre o que a mãe deve fazer para evitar fissuras

mamilares, na linguagem usada pelas entrevistadas.

Parece nítido, pelos achados expostos na Tabela 74, que as auxiliares estão mal informadas no que diz respeito às medidas para prevenção de fissuras no mamilo.

TABELA 74 - INFORMAÇÕES DE 69 AUXILIARES SOBRE COMO PREVENIR FISSURAS MAMILARES EM MÃES QUE AMAMENTAM.

COMO PREVENIR FISSURAS MAMILARES	FREQÜÊNCIA (*)
Lubrificar o mamilo com óleo, óleo de amêndoa, vaselina, manteiga de cacau	37
Lavar o bico do seio depois da mamada com água e sabão	4
Passar água oxigenada no mamilo depois da mamada	3
Limpar o mamilo com água boricada antes e depois da mamada	3
Fazer compressas quentes no bico do seio	3
Lavar o mamilo com água morna depois da mamada	3
Não deixar o peito tomar vento e sol (racha muito)	2
Passar glicerina no mamilo	1
Passar pomada Massê	1
Deixar o mamilo o mais úmido possível	1
Fazer massagem com álcool no mamilo	1
Não deixar a criança arrotar no peito	2
Tirar a sobra com a bombinha depois de cada mamada	1
Nada. Rachar o bico do seio é normal, racha mesmo quando a mãe dá de mamar	3
Não sei	19
TOTAL	84

(*) Resposta múltipla

, PESSOAL DE SAÚDE

Na Tabela 75 apresentamos, em conjunto, a distri
buição do conhecimento do pessoal de saúde deste estu
do sobre o Tema VI, no total de respostas dadas sobre
Problemas no aleitamento materno.

TABELA 75 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DO PESSOAL DE
SAÚDE SOBRE O TEMA VI - PROBLEMAS NO ALEITA
MENTO MATERNO.

PESSOAL DE SAÚDE \ CONHECI MENTO	SATISFA TÓRIO		INSATIS FATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL DE RESPOSTAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médicos	51	16,1	118	37,4	74	23,4	73	23,1	316	100,0
Enfermeiras	10	20,8	21	43,7	14	29,2	3	6,3	48	100,0
Auxiliares	48	34,8	43	31,1	24	17,4	23	16,7	138	100,0
TOTAL	109	21,8	182	36,2	112	22,3	99	19,7	502	100,0

Examinando-se os resultados referentes à avalia
ção do conhecimento da população estudada sobre possí
veis problemas com que a mãe se depara na amamenta
ção, parece mesmo que os informantes não estão em condi
ções de proporcionar ajuda eficaz às mães no sentido de pre
venir dificuldades que podem levar ao desmame precoce
(Tabela 75).

TEMA VII - Conhecimentos gerais sobre o aleitamento materno

A - *Fundamentação teórica*

Há diversos conceitos e crenças sobre a amamentação que, embora infundados, são bastante aceitos, desfavorecendo não somente a adoção, como também a continuidade do aleitamento natural⁸⁸. Entre esses conceitos e crenças, incluem-se, por exemplo, os que se referem: à participação exclusiva do instinto na informação da mãe sobre como proceder ao amamentar; à atual diminuição da capacidade intrínseca da mulher para lactar; aos danos estéticos causados pela alimentação ao seio; à contra-indicação de certos alimentos na dieta da nutriz, por serem prejudiciais ao bebê, via leite materno, e ao conceito de "leite aguado ou fraco", baseado na aparência do leite de peito.

- Amamentação e educação

Muitas pessoas acreditam que a amamentação constitui um ato puramente instintivo²⁵², crença que não é verdadeira^{76, 178, 261}. Ainda que a alimentação ao seio seja uma função humana natural^{127, 158, 234}, as mães sem pre necessitaram de conhecimento anterior e ajuda para desempenhá-la com êxito^{118, 131, 188}. Nos dias de hoje, ante a raridade do aleitamento materno, as mães não contam com modelos para observar¹⁵⁸ e, assim, não têm vivência nem conhecimento do processo de lactação e da técnica

ca de amamentação¹⁰⁴. Por isso mesmo, vários especialistas ressaltam que, atualmente, grande número de mães precisa aprender como amamentar^{8,127,158,213,233,234,252}. Nesse sentido, KIMBALL¹²⁷ informa: depois do nascimento do bebê as mães que amamentam pela primeira vez precisam de duas a três semanas de ensinamento sobre a amamentação para que ocorra aprendizado, e só se tornam ajustadas ao aleitamento materno depois de praticá-lo por dois meses.

- Capacidade da mulher para lactar

Existe crença de que a mulher moderna não é tão capaz de produzir leite quanto as de antigamente^{132,183}, que é refutada por inúmeros autores^{8,67,119,127,132,148,169,234}. PLATA-RUEDA¹⁸² ilustra sua contestação, relatando o que aconteceu na França: "antes de 1939 somente 38% das mães alimentavam seus filhos ao seio; mas, com a carência de alimentação artificial, durante a Segunda Guerra Mundial, 90% das mães foram capazes de amamentar com sucesso". Outros especialistas referem que não se pode crer que tenha havido diminuição na capacidade intrínseca da mulher para lactar, em razão de mudanças genéticas ou fisiológicas, pois a rapidez com que se dissemina o declínio do aleitamento materno invalida esse modo de pensar^{119,132,169}. Combatendo a falsa idéia de que atualmente existe incapacidade da mulher para produzir leite, estudiosos do aleitamento natural apontam a interferência de fatores psico-culturais e só

cio-econômicos, atribuindo-lhes a responsabilidade pela insuficiência de leite frequentemente alegada pelas mães^{119,131,169}.

- Aleitamento materno e deformação nos seios

É comum acreditar-se que o aleitamento materno deforma o seio^{69,135,183,230,250}, crença que é desfavorável à amamentação²¹³.

A literatura especializada nega que o aleitamento natural prejudique a estética mamária^{69,119,127,135,164,182,213,230,250,264}.

JELLIFFE e JELLIFFE¹¹⁹ resumem, apropriadamente, o que mencionam os demais especialistas de outros países, que não consideram o aleitamento materno como responsável por deformações nas mamas:

- "a) o tamanho dos seios está principalmente relacionado com a quantidade de gordura presente, que sofre influência do fator genético e da ingestão calórica total; varia também com a idade, história gestação-lactação e suporte dado ao seio (uso de sutiã);
- b) o principal aumento das mamas ocorre durante a gravidez, totalmente independente da lactação;
- c) durante a gravidez e a amamentação a queda do seio pode ser prevenida, minimizando-se o efeito da gravidade pelo uso de sutiã;

- d) a amamentação tem efeito emagrecedor pós-natal, causando diminuição fisiológica na gordura do organismo, inclusive na glândula mamária;
- e) usualmente, o tamanho dos seios é mais afetado pela gravidez, dieta, envelhecimento e grau de suporte mamário, do que pelo aleitamento materno".

No Brasil, GOFFI⁶⁹ declara que o aleitamento natural não é condicionante da flacidez e deformidade das mamas, explicando que: "a infiltração gordurosa, o edema e condições outras relacionadas com a própria gestação, ao suceder dos anos, aos fatores constitucionais e aos cuidados dispensados, influem mais na mudança do aspecto das mamas do que o aleitamento natural". Da mesma forma pensa RICCO, citado em WOISKI²⁶⁴, acrescentando que a flacidez, dos seios, evento ocasional entre mães que amamentam pode ser explicada pela vida sedentária, que facilita a instalação da obesidade, e por multiparidade muito próxima.

- Restrição de alimentos e amamentação

A amamentação, frequentemente, é considerada um sacrifício imponderável para a mulher, crença bastante difundida e aceita, inclusive pela classe médica¹⁸³. PLATA-RUEDA¹⁸³ destaca que entre os "sacrifícios" que a nutriz deve fazer, geralmente indicados, figura o de precisar privar-se de determinados alimentos, por serem pre

judiciais à criança por meio do leite materno. HARFOUCHE⁸⁸ cita investigações que verificaram existir essa crença entre mães, fato também constatado por GUTHRIE⁷⁹, nas Filipinas. Em São Paulo, recentemente, 38% das gestantes estudadas por BON²⁵ referiram que há alimentos prejudiciais à lactação, nomeando-os. Entretanto, não existe fundamentação científica que justifique a proibição deste ou daquele alimento na dieta da nutriz, por causarem danos ao bebê, exceto raros casos de intolerância individual por determinadas substâncias^{119,158}.

PLATA-RUEDA¹⁸³ ensina que a nutriz "pode comer e beber de tudo, de acordo com seus hábitos alimentares, costumes e possibilidades econômicas, não havendo razão para que se retire de sua alimentação alimentos que são considerados *frios, quentes, pesados ou gordurosos*, tendo em vista evitar malefícios ao bebê pelo leite".

APPLEBAUM⁸ afirma que as nutrizes podem consumir todos os alimentos sem provocar efeitos nocivos na criança, ressaltando que comidas condimentadas e chocolate não causam perturbações intestinais.

HARFOUCHE⁸⁸ enfatiza que não há evidência científica para apoiar crenças existentes sobre prejuízos que podem ser causados à criança alimentada ao seio, em virtude da dieta da mãe; salienta a inexistência de comprovação que justifique contra-indicar-se às mães que amamentam os seguintes alimentos, que estão entre os apontados por elas como responsáveis por danos ao bebê: condimentos e alimentos condimentados, cebola, alho, li

mão, peixe, alimentos gordurosos, couve, espinafre e ra
banete.

Mesmo a proibição total de bebidas alcoólicas às
nutrizes não tem razão de ser. Pequenas doses de eta
nol, sob a forma de cerveja ou licor, têm efeito tran-
"quilizante sobre a mãe, facilitando a ejeção do leite
119,127,142, e não prejudicam o bebê⁴²; todavia, segun-
do COBO⁴², o consumo de álcool em doses elevadas (2 g
por quilo de peso), pode inibir totalmente a liberação
do leite materno.

- Aparência do leite materno

Outro conceito errôneo, bastante comum entre mães,
é o de "leite fraco" ou "aguado". VICHI²⁵² declara: "a
noção de *leite fraco* parece decorrer do aspecto do lei-
te materno. Nossa experiência tem mostrado que as mães
comparam o seu leite e dizem: *sô tinha uma aguinha, era
muito aguado, muito ralo*". A Autora destaca que é pre-
ciso ensinar às mães qual a aparência do leite humano
em relação à de outros leites, e que o valor nutritivo
do leite de peito independe de seu aspecto. GARCIA e PA-
REDES⁶⁷ fazem igual recomendação, em virtude das descri-
ções do leite materno oferecidas por mães: "aguado", "cla-
ro" ou "ralo". Quanto à aparência do leite materno, ISSLER
e MARCONDES¹⁰⁴ advertem que "na maioria das vezes a in-
trodução da mamadeira decorre da impressão da mãe e/ou
demais familiares, de que *o leite é fraco* ou que existe
pouco leite", mostrando a necessidade de orientação. Tam

bém, RICCO, citado em WOISKI²⁶⁴, considera que as mães devem ter conhecimento sobre a aparência do leite que produzem, a fim de evitar-se que seu aspecto leve à interpretação de leite "aguado" ou "fraco".

APPLEBAUM⁸ diz que é dever do médico esclarecer antecipadamente mães e familiares sobre preconceitos e tabús referentes ao aleitamento natural, para reduzir o medo e ansiedade da mãe.

PLATA-RUEDA¹⁸² alerta ser necessário refutar as falsas crenças sobre o aleitamento materno, desde o período pré-natal, objetivando engendrar confiança na mãe.

GARCIA e PAREDES⁶⁷ ressaltam que, na prática da alimentação ao seio, há aspectos que geram dúvidas e falsas interpretações; esses Autores enfatizam que tanto os profissionais da área da saúde quanto o pessoal auxiliar, devem estar preparados para desfazer dúvidas e corrigir os numerosos tabús e falsas crenças existentes sobre a amamentação, orientando, assim, as mães que, confiantemente, buscam ajuda e conselho.

Em São Paulo, SANTORO e colaboradores²⁰⁹, exortando o médico a assumir sua importante função de educador quanto à amamentação, afirmam ser fundamental "vencer tabús, modificar conceitos, dirimir dúvidas e ensinar técnicas", a fim de que o aleitamento materno reconquiste a posição que outrora ocupou na alimentação infantil. Da mesma forma procede a Secretaria de Estado da Saúde²¹³ declarando que "a orientação pelo médico e pelo pessoal de enfermagem poderá estimular a nutriz, afastando suas dú

vidas, anulando sua ansiedade e promovendo a continua
ção e o prolongamento da amamentação".

Noutro sentido, determinados conhecimentos e prá
ticas fundamentais para o sucesso da alimentação ao seio, utilizados em comunidades tradicionais e que a investi
gação científica comprova e embasa, não são atualmente reconhecidos e aplicados para favorecer o processo de lactação e a amamentação^{89,119}; ao contrário, condutas prejudiciais ao êxito do aleitamento natural são empre
gadas rotineiramente^{8,119,165,182}.

- Reflexos do recém-nascido e aleitamento materno

Saber que o sucesso do aleitamento materno depen
de, em grande parte, da sintonia, reforço mútuo e inte
ração de reflexos que a mãe e o recém-nascido possuem, identificando esses reflexos, facilita a adoção de prá
ticas favoráveis ao aleitamento materno e preparação a
dequada da mãe para esse processo^{119,178}.

Os principais reflexos maternos, envolvidos na a
limentação ao seio, são o da prolactina e o da ocitoci
na¹¹⁹. Por parte da criança, três reflexos instintivos operam para aleitamento materno bem sucedido e estão presentes no recém-nascido a termo: o reflexo de suc
ção, o de procura ou de rotação da cabeça em direção a estímulos e o reflexo de deglutição^{67,118,158,195,250}.

É importante dizer às mães que o recém-nascido pos
sui o reflexo de procura, explicando-lhe como funciona,

pois facilita que compreendam como estimular corretamente o bebê a encontrar o mamilo^{158,234}; ainda mais, quando se reconhece que o recém-nascido é dotado, instintivamente, do reflexo de sucção e que este é primordial para o processo de lactação, estimula-se a amamentação precoce e previnem-se problemas no aleitamento materno¹¹⁹.

- Relactação

Um fato comum em várias culturas é a amamentação do recém-nascido por outras mulheres que não a mãe, independentemente da idade e de terem tido gravidez¹⁶⁴. Esse fenômeno é possível pela relactação.

BROWN³³ esclarece os significados da palavra "relactação", explicando que pode referir-se: ao processo fisiológico por meio do qual a lactação humana se inicia novamente, depois que cessou a produção de leite pós-parto, utilizando-se a sucção ou outro estímulo semelhante; à lactação induzida em mulheres lactantes e não lactantes, e ao processo empregado para promover um aumento no suprimento de leite de mulheres que já estão amamentando. Outros especialistas definem o termo "relactação" da mesma maneira^{119,228,264}.

A lactação induzida tem sido empregada em países da África e Ásia, e BROWN^{32,33} descreve as diferentes etapas do processo adotado para esse fim. Tem-se utilizado a relactação para propiciar leite materno a lacten

tes enfermos e alérgicos, restabelecer a alimentação ao seio quando as mães desmamaram precocemente seus bebês, e mesmo para permitir que mulheres desejosas de amamentar um filho adotivo, ou qualquer outra criança, possam fazê-lo^{34,97,119}. Mas, segundo BROWN³³, embora a relactação seja uma realidade em muitas culturas, pediatras de países desenvolvidos e em desenvolvimento podem não conhecer o potencial da lactação induzida num atendimento infantil adequado. HELSING⁸⁹ acredita que o pessoal de saúde não conhece a relactação, porque raramente os livros textos a mencionam, ainda que seja um processo científico bem documentado. No Brasil, quando SOUSA e SOUSA²²⁶ realizaram inquérito entre pessoas de nível universitário, inclusive profissionais da área da saúde, verificaram haver total desconhecimento sobre a relactação por parte dos entrevistados. Todavia, é fundamental que o pessoal de saúde esteja informado sobre a relactação, pois mediante esse processo é possível solucionar a insuficiência de leite, da qual tanto se queixam as mães.

- Duração do aleitamento materno exclusivo

Aleitamento materno exclusivo é tudo o que o bebê precisa, durante os 4 a 6 primeiros meses de vida, para atender às suas exigências nutricionais, inclusive de água^{8,32,60,67,84,88,101,103,119,159,160,182,230,252,264}.

A introdução de outros alimentos na dieta do bebê, antes que tenha 4 meses, contrapõe-se às características biológicas (desenvolvimento da secreção salivar, maturação do reflexo de deglutição, aparecimento dos dentes), prejudica o processo de lactação e a amamentação, e é desnecessária^{8,165,182}.

A International Pediatric Association¹⁰³, recomenda que seja desencorajada a introdução de novos alimentos na dieta do bebê alimentado exclusivamente ao seio antes dos 4 meses e, recentemente, a OMS/UNICEF¹⁷⁵ fizeram esta recomendação: "para um perfeito aleitamento, deve-se evitar o uso de complementos - água ou fórmula - administrados com mamadeira. A mãe sadia e bem nutrida que amamenta seu filho integralmente não tem necessidade de introduzir quaisquer complementos antes dos 4 - 6 meses de vida, de acordo com as exigências do lactente". Todavia, para cumprir as recomendações dos especialistas e favorecer o aleitamento materno, é preciso, antes de tudo, que o pessoal de saúde conheça que o bebê deve ser alimentado somente ao seio nos 4 a 6 primeiros meses de vida, sem a introdução de outros alimentos^{8,119}.

- Exoneração intestinal do recém-nascido e aleitamento materno

Para profilaxia do desmame precoce, ANDRADE e SILVA e colaboradores⁶ consideram relevante que o pessoal de saúde reconheça as características referentes à exo

neração intestinal de bebês que se alimentam exclusivamente ao seio. Esses Autores ensinam que, se o recém-nascido recebe apenas leite materno, é normal que apresente "fezes diarrêicas, esverdeadas, explosivas, imediatamente após as mamadas". Outros especialistas também atestam a normalidade das evacuações frequentes, esverdeadas e diarrêicas em bebês alimentados somente ao seio, ressaltando que em nada afetam a saúde e crescimento da criança¹⁸², e não constituem motivo para que se suspenda o aleitamento natural^{6, 60, 135}.

B - Avaliação

. Médicos

A Tabela 76 mostra a distribuição do conhecimento dos médicos nas questões referentes a conhecimentos gerais sobre o aleitamento materno.

Perguntamos aos 79 médicos quais reflexos do recém-nascido operam no ato de mamar (questão nº 5): 2 responderam "Não sei" e 6 (7,6%) atenderam ao critério adotado para considerar *satisfatório* o conhecimento, mencionando: "o reflexo de sucção, de deglutição e o de procura ou de rotação da cabeça". Atribuimos conhecimento *errôneo* a 6,4% (5) dos profissionais que referiram "o reflexo de choro". Os médicos restantes, que constituem 83,5% (66) deste grupo, alcançaram conhecimento *insatisfatório*, por apontarem 1 ou 2 reflexos, sendo que o que indicou 3, citou estes: "o reflexo de sucção, o da consciência e o do tônus geral".

TABELA 76 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DOS MÉDICOS NAS QUESTÕES REFERENTES A CONHECIMENTOS GERAIS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO.

CONHECIMENTO QUESTÕES	SATISFA TÓRIO		INSATIS FATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
5. Reflexos do recém-nascido e ama- mentação.	6	7,6	66	83,5	5	6,4	2	2,5	79	100,0
14. Significado da palavra "relacta- ção".	13	16,5	-	-	-	-	66	83,5	79	100,0
33. Exoneração intestinal do recém- nascido e aleitamento materno.	36	45,5	-	-	42	53,2	1	1,3	79	100,0
35. Duração do aleitamento materno exclusivo.	28	35,4	-	-	49	62,1	2	2,5	79	100,0
36. Amamentação e educação.	31	39,2	-	-	48	60,8	-	-	79	100,0
37. Aleitamento materno e deforma- ção no seio.	47	59,5	-	-	30	38,0	2	2,5	79	100,0
38. Capacidade da mulher para lac- tar.	35	44,3	-	-	39	49,3	5	6,4	79	100,0

A Tabela 77 contém as informações dadas pelos 79 médicos sobre quais os reflexos do recém-nascido que agem no aleitamento ao seio.

TABELA 77 - INFORMAÇÕES DE 79 MÉDICOS SOBRE REFLEXOS DO RECÉM-NASCIDO QUE ATUAM NA ALIMENTAÇÃO AO SEIO.

REFLEXOS DO RECÉM-NASCIDO	Nº
De sucção	45
De sucção e de rotação da cabeça, ou de procura	10
De sucção, de rotação da cabeça (de procura) e de deglutição	6
De sucção e de deglutição	6
De choro	5
De sucção e da fome	2
De sucção e gastrocólico	1
De sucção e de sentir o contato do mamilo	1
De sucção, da consciência e do tônus geral	1
Não sei	2
TOTAL	79

Como se pode notar, analisando-se as informações da Tabela 77, o reflexo de procura foi apontado por apenas 20,2% dos médicos, sugerindo que, possivelmente, a maioria destes profissionais não utilizará o reflexo de rotação da cabeça para orientar mães sobre a maneira correta de estimular o recém-nascido a encontrar o mamilo.

Procurando identificar o conhecimento médico no que diz respeito ao significado da palavra "relactação" (questão nº 14), verificamos que 16,5% (13) dos entrevistados obtiveram conhecimento *satisfatório* na avaliação de suas informações, e a grande maioria, que constitui 83,5% (66) do total de médicos, revelou conhecimento *ausente*. Apresentamos na Tabela 78 as respostas oferecidas pelos médicos quando perguntamos o que significa "relactação".

TABELA 78 - SIGNIFICADO DA PALAVRA "RELACTAÇÃO" PARA 79 MÉDICOS

SIGNIFICADO DE RELACTAÇÃO	Nº
Lactação iniciada novamente depois que cessou a produção de leite materno	10
Lactação induzida e lactação reiniciada após parar a produção de leite materno	2
Lactação induzida em mulher não lactante	1
Não sei	66
TOTAL	79

Cumpre assinalar que todas as respostas "Não sei" foram complementadas pelos informantes, manifestando-se assim: "nunca ouvi falar essa palavra", "nunca li, nada que contivesse o termo", "jamais ouvi ou li essa palavra", "nem sabia da existência desse termo" e "já ouvi referências esparsas, mas não sei o que essa palavra significa".

Indagamos dos médicos se o aleitamento materno deve ser suspenso quando um recém-nascido, alimentado exclusivamente ao seio, apresenta fezes diarrêicas, esverdeadas, explosivas, imediatamente após as mamadas (questão nº 33). Pedimos, em seguida, que justificassem a resposta dada. Para classificação do conhecimento como *satisfatório* foi estabelecido que o informante deveria manifestar-se contra a suspensão do aleitamento materno, por reconhecer a normalidade da eliminação intestinal apresentada pela criança. Um dos informantes respondeu "não sei" e 36 (45,5%) médicos mencionaram, acertadamente, que a alimentação ao seio deve ser mantida, porque "é normal" que recém-nascidos apresentem exoneração intestinal como a descrita, quando se alimentam apenas de leite materno.

O conhecimento de 53,2% (42) dos profissionais deste grupo foi considerado *errôneo*: 17 referiram que o aleitamento materno deve ser suspenso, em razão do tipo de fezes do bebê, e 25 profissionais recomendaram a manutenção do aleitamento natural, mas não se justificaram satisfatoriamente, conforme o critério adotado.

A Tabela 79 contém as respostas e justificativas apresentadas pelos médicos à questão nº 33, mantendo-se nela a linguagem dos informantes.

Dois médicos (2,5%) disseram que não sabiam até que idade o bebê deve ser alimentado exclusivamente ao seio (questão nº 35), explicando: "as tendências mudam tanto, que atualmente já não sei" e "com essa mudança para o aleitamento materno, não sei; sigo a rotina do serviço". Do total de profissionais, 35,4% (28) obtiveram conhecimento *satisfatório*, preconizando aleitamento materno exclusivo para o bebê até 4 a 6 meses de idade, sendo que, aos médicos restantes (49), foi conferido conhecimento *errôneo*.

A Tabela 80 mostra as informações dadas pelos 79 médicos sobre a duração do aleitamento materno exclusivo.

Como mostra a Tabela 80, parece que elevada proporção dos médicos pensa a favor da introdução precoce de outros alimentos na dieta do bebê amamentado, contrariando as recomendações dos especialistas^{103,175}, que consideram essa prática desastrosa no que respeita à manutenção do aleitamento materno.

Procurando verificar se os médicos compreendiam a amamentação como um comportamento que requer aprendizagem, perguntou-se aos entrevistados se as mulheres sempre sabem como proceder ao amamentar (questão nº 36). A maioria dos profissionais, representando 60,8% (48) do grupo, alcançou conhecimento *errôneo* por sua resposta.

TABELA 79 - RESPOSTAS E JUSTIFICATIVAS DE 79 MÉDICOS À QUES-
TÃO: "DEVE-SE SUSPENDER O ALEITAMENTO MATERNO QUAN-
DO O RECÉM-NASCIDO APRESENTA FEZES DIARRÉICAS, ES-
VERDEADAS, EXPLOSIVAS, IMEDIATAMENTE APÓS AS MA-
MADAS"?

RES - POSTA	J U S T I F I C A T I V A	Nº
S I M	A criança está com dispepsia por excesso de gordura no leite, ou leite muito gordo	2
	A criança tem intolerância aos açúcares do leite materno	2
	A criança pode ter intolerância ao leite materno, que não é rara	2
	Quando há diarreia, seja qual for o leite, faz-se pausa a alimentar para dar descanso ao intestino	2
	Suspende-se a alimentação porque a criança pode estar com infecção	1
	A criança está com dispepsia aguda causada por elementos infecciosos que passam para o leite materno	1
	O leite materno deve estar contaminado com algo que passou do organismo da mãe	1
	A mãe deve ter comido pimenta ou tomado bebidas alcoólicas, que passam para o leite e dão diarreia	1
	O nenê não está absorvendo o leite da mãe, que fermenta e dá essa diarreia	1
	Para investigar a causa dessa dispepsia. Pode ser do leite da mãe	1
	Para verificar a origem dessa diarreia e poder tratar	1
	Para resolver o problema da diarreia	1
	Porque como o leite materno acelera o trânsito intestinal, na presença de diarreia deve ser suspenso	1
N Ã O	Em crianças alimentadas só com leite materno as fezes assim são normais, são desse tipo, podem ser desse jeito	36
	Mas deve-se investigar, descobrir a causa dessa diarreia	13
	Basta diminuir o número de mamadas. A criança não está digerindo bem o leite porque é muito rico, muito forte, e as enzimas não estão regularizadas, ou há imaturidade gastrointestinal	5
	É só diminuir a frequência e duração das mamadas e dar um digestivo para a criança	3
	Basta corrigir a diarreia com carbonato de cálcio	1
	Mas deve-se procurar o foco de infecção que está causando a diarreia	1
	Porque hoje não se suspende mais a alimentação em qualquer diarreia	1
	Porque senão entra a alimentação artificial. Mas essa diarreia precisa ser tratada	1
NÃO SEI		1
TOTAL		79

TABELA 80 - INFORMAÇÕES DE 79 MÉDICOS SOBRE A DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO.

DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	Nº
1 mês	19
1 mês e meio	1
2 meses	11
3 meses	18
4 meses	16
5 meses	3
6 meses	8
4 a 6 meses	1
Não sei	2
TOTAL	79

Para eles a amamentação é ato tão natural e instintivo que as mulheres sempre sabem como proceder. Os outros 31 (39,2%) informantes obtiveram conhecimento *satisfatório*, respondendo negativamente ao que foi perguntado, muitos deles acrescentando: "hoje as mulheres precisam aprender a amamentar", "a maior parte das mulheres não sabe" e "atualmente precisam ser ensinadas".

Quando indagamos dos médicos se o aleitamento materno deforma os seios (questão nº 37), 59,5% (47) responderam que não, 2 informaram não saber, e 30 (38,0%) dos informantes afirmaram que sim. Parece, então, que

mesmo entre profissionais de medicina existe a crença infundada de que o aleitamento materno é prejudicial à estética mamária.

Para 49,3% (39) dos profissionais deste grupo, atualmente a capacidade intrínseca da mulher para produzir leite diminuiu (questão nº 38). Vários destes médicos, além da afirmação feita, comentaram: "não há dúvida", "diminuiu e muito", "é o que tudo indica", "a fome é uma realidade" e "é claro que diminuiu; por causa da desnutrição". O conhecimento desses informantes foi considerado *errôneo*. Dos restantes, 5 (6,4%) disseram não saber e 35 (44,3%) referiram, satisfatoriamente, que a capacidade da mulher para lactar não diminuiu.

Como mostram os resultados, os médicos parecem carecer de informação a respeito de práticas que podem evitatar o desmame precoce, e de esclarecimento no que concerne a crenças desfavoráveis à adoção do aleitamento natural.

. Enfermeiras

Na Tabela 81 está a distribuição do conhecimento das enfermeiras nas questões relativas a Conhecimentos gerais sobre aleitamento materno.

As 12 enfermeiras indicaram somente um ou dois reflexos do recém-nascido que atuam na amamentação (questação nº 5), razão pela qual conferimos ao grupo todo conhecimento *insatisfatório*. Oito das informantes menciou

TABELA 81 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DAS ENFERMEIRAS NAS QUESTÕES REFERENTES A CONHECIMENTOS GERAIS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO.

CONHECIMENTO QUESTÕES	SATISFATÓRIO		INSATISFATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
5. Reflexos do recém-nascido e amamentação	-	-	12	100,0	-	-	-	-	12	100,0
12. Significado da palavra "relactação".	2	16,7	-	-	1	8,3	9	75,0	12	100,0
38. Exoneração intestinal do recém-nascido e a aleitamento materno.	1	8,3	-	-	10	83,4	1	8,3	12	100,0
39. Duração do aleitamento materno exclusivo.	-	-	-	-	12	100,0	-	-	12	100,0
40. Amamentação e educação.	2	16,7	-	-	10	83,3	-	-	12	100,0
41. Aleitamento materno e deformação no seio.	6	50,0	-	-	6	50,0	-	-	12	100,0
42. Capacidade da mulher para lactar.	4	33,3	-	-	8	66,7	-	-	12	100,0

naram exclusivamente "o reflexo de sucção", e as restantes (4) indicaram, além do reflexo de sucção, "o de rotação da cabeça", "o reflexo de deglutição", "o reflexo do choro" e "o reflexo do tato".

Quanto ao significado da palavra "relactação" (questão nº 12), 2 das entrevistadas atenderam ao critério estabelecido para considerar o conhecimento *satisfatório*, explicando: "relactação quer dizer começar novamente a produção de leite, que parou depois do parto, por meio da sucção".

A maioria das enfermeiras (9) informou não saber o que a palavra "relactação" exprime, e uma deu ao termo significado incorreto, dizendo: "relactação quer dizer alimentar a criança com leite materno e com leite artificial".

Quando foram analisadas as respostas que o grupo de enfermeiras deu à questão nº 38, somente uma alcançou conhecimento *satisfatório*: referiu que o aleitamento materno deve ser mantido, se o bebê apresentar fezes diarréicas, esverdeadas, explosivas, em seguida às mamadas, porque "em recém-nascidos que mamam só no peito, evacuação assim é normal". Das entrevistadas restantes, uma respondeu "Não sei" e 10 deram informações que levaram à classificação do conhecimento como *errôneo*: 5 mencionaram que, em razão do tipo de eliminação intestinal do bebê, a alimentação ao seio deve ser interrompida, pois "muitas vezes a criança é alérgica ao leite materno" (3), "a diarréia é sinal que o bebê não está absorvendo o leite da mãe" (1) e porque "o leite está fazendo mal; a mãe pode ter comido alimentos fortes, como carne de porco e pimenta, que dão diarréia" (1); as outras cinco se manifestaram contrárias à suspensão do aleitamento, justificando seu modo de pensar assim: "o leite materno não é o cau

sador da diarreia; é preciso descobrir o foco ou fonte de infecção para tratar a criança"(3) e "a diarreia não é do leite da mãe; a criança precisa de medicação para combater ou curar o problema intestinal" (2).

Todas as enfermeiras evidenciaram conhecimento considerado *errôneo* quando se pediu que indicassem até que idade o bebê deve ser alimentado exclusivamente ao seio (questão nº 39): quatro disseram "1 mês", quatro mencionaram "2 meses", e as restantes informaram que o aleitamento materno exclusivo deve perdurar até "3 meses".

Das 12 enfermeiras, 10 afirmaram que as mulheres sempre sabem como amamentar, (questão nº 40), admitindo, *erroneamente*, que a amamentação é um comportamento apenas instintivo; para as outras duas informantes, as mulheres "precisam aprender" e "precisam ser ensinadas a amamentar, porque não sabem".

Em relação aos efeitos da amamentação sobre a estêtica mamária (questão nº 41), o conhecimento revelado pelas informantes distribuiu-se entre *satisfatório* e *errô*ne*o*: metade das enfermeiras disse que o aleitamento materno não deforma os seios e metade afirmou o contrário.

Quanto à capacidade intrínseca da mulher para produzir leite (questão nº 42), 8 das entrevistadas deram resposta incorreta, referindo que diminuiu, e 4 evidenciaram conhecimento *satisfatório*, negando que isso tenha acontecido.

A julgar pelos resultados, o grupo de enfermeiras padece da mesma carência de conhecimentos que se verifici

cou entre os médicos, acentuando-se entre essas infor
mantes a presença de crenças desfavoráveis ao aleitamento
materno.

. Auxiliares

A Tabela 82 mostra a distribuição do conhecimento das auxiliares nas questões referentes a Conhecimentos gerais sobre aleitamento materno.

Quando investigamos o conhecimento das 69 auxilia
res sobre a aparência do leite materno em relação ao de vaca (questão nº 10), 43 (62,3%) informaram satisfato
riamente que o leite de peito "é mais ralo", e duas dis
seram que não sabiam responder ao que perguntamos. Foi categorizado como *errôneo* o conhecimento de 24 (34,8%) auxiliares, porquanto, 16 afirmaram que o leite materno tem aspecto "igual" ao do leite de vaca "in natura" e em pó reconstituído e 8 disseram que "é mais grosso".

Perguntando às auxiliares se o aleitamento mater
no deve ser suspenso quando um recém-nascido que mama só no peito tem fezes moles e esverdeadas depois das ma
madas (questão nº 24), 11 (15,9%) obtiveram conhecimen
to *satisfatório*: informaram que a alimentação ao seio deve ser mantida e explicaram de diferentes maneiras que as fezes descritas são normais. Quatro informantes (5,8%) tiveram o conhecimento avaliado como *insatisfatório*: ma
nifestaram-se a favor da manutenção do alimento materno, mas mostraram-se incertas sobre a normalidade de fezes

TABELA 82 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DAS AUXILIARES NAS QUESTÕES REFERENTES A CONHECIMENTOS GERAIS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO.

CONHECIMENTO QUESTÕES	SATISFA- TÓRIO		INSATIS- FATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10. Aparência do leite materno.	43	62,3	-	-	24	34,8	2	2,9	69	100,0
24. Exoneração intestinal do recém-nascido e aleitamento materno.	11	15,9	4	5,8	49	71,0	5	7,3	69	100,0
26. Alimentos da dieta materna prejudiciais ao bebê pelo leite.	14	20,3	-	-	50	72,4	5	7,3	69	100,0
27. Duração do aleitamento materno exclusivo.	11	15,9	-	-	58	84,1	-	-	69	100,0
28. Capacidade da mulher para lactar.	15	21,8	-	-	53	76,8	1	1,4	69	100,0
29. Amamentação e educação.	17	24,7	-	-	52	75,3	-	-	69	100,0
30. Aleitamento materno e deformação no seio.	39	56,6	-	-	29	42,0	1	1,4	69	100,0

diarrêicas e esverdeadas entre recém-nascidos que são alimentados exclusivamente ao seio. Excluindo-se 5 auxiliares que responderam "Não sei" à questão nº 24, as 49 (71,0%) restantes alcançaram conhecimento *errôneo*: 28 informaram que o aleitamento materno deve ser mantido, "mas precisa mudar a alimentação da mãe que está dando essa diarréia" (12), "porque o leite de peito não é que dá essa diarréia e precisa levar a criança ao médico para tratar" (10), "porque a diarréia é de infecção, por falta de limpeza" (3), e "porque a mãe deve estar tomando algum remédio que dá essa diarréia" (3); as demais 21 auxiliares disseram que a amamentação deve ser suspensa por várias razões: "alguma coisa da alimentação da mãe está dando essa diarréia no nenê" (11), "o leite da mãe tem alguma coisa que o intestino da criança não aceita e dá diarréia" (7), e "a mãe pode estar grávida e, nesse caso, o leite não presta e dá essa diarréia" (3).

Quando foi perguntado às auxiliares se há alimentos que a mãe come ou bebe que podem fazer mal à criança por meio do leite que mama (questão nº 26), 14 (20,3%) responderam negativamente, obtendo conhecimento *satisfatôrio*; 5 (7,3%) deram como resposta "Não sei" e 50 (72,4%) disseram "Sim", alcançando conhecimento *errôneo*. Essas informantes citaram 28 componentes da dieta materna, apresentados na Tabela 83, que podem causar dano ao bebê por intermédio do leite.

Considerando-se o total de informações dadas pelas auxiliares sobre alimentos que podem causar malefícios ao bebê por meio do leite materno (Tabela 83), o grupo

TABELA 83 - ALIMENTOS INGERIDOS PELA MÃE QUE PREJUDICAM
A CRIANÇA POR MEIO DO LEITE MATERNO INDICA
DOS POR 50 AUXILIARES COM CONHECIMENTO ERRO
NEO.

ALIMENTOS	FREQUÊNCIA (*)
Pimenta	29
Carne de porco	26
Repolho	25
Bebidas alcoólicas: pinga, vinho	24
Couve	23
Laranja	18
Abacaxi	17
Couve-flor	10
Brócoli	9
Peixe sem escama	6
Feijoada	4
Espinafre	4
Comida gordurosa	4
Vinagre	4
Limão	4
Cebola	3
Alho	3
Feijão	2
Salsicha	2
Rabanete	1
Escarola	1
Pimentão	1
Catalonha	1
Abacate	1
Banana	1
Mexerica	1
Carnes gordas	1
Enlatados	1
TOTAL	226

(*) Resposta múltipla

das hortaliças foi o mais frequentemente citado (33,2% das vezes), especialmente aquelas da família das *Brássicas* (29,6% das vezes), que informantes de diferentes Unidades Sanitárias denominam verduras "podres" ou "fortes".

Espontaneamente as auxiliares disseram quais os danos causados ao bebê pelos alimentos que a nutriz ingere, que apresentamos na Tabela 84.

TABELA 84 - DANOS CAUSADOS À CRIANÇA POR ALIMENTOS DA DIETA DA NUTRIZ INDICADOS POR 50 AUXILIARES.

D A N O	FREQÜÊNCIA (*)
Diarréia	175
Cólica ou dor de barriga	125
Talham ou azedam o leite	27
Gases	17
Feridas	6
Enfraquecem o leite	3
Enfraquecem o bebê	1
Vermes	1
Suores	1
Grosseiro na pele	1
Coceira	1
TOTAL	358

(*) Resposta múltipla

No que diz respeito à duração do aleitamento materno exclusivo (questão nº 27), o conhecimento de 11 (15,9%) auxiliares foi considerado *satisfatório*, referindo elas que o bebê deve ser alimentado somente ao seio até "4 meses" (10) e "6 meses" (1). A maioria das informantes, representando 84,1% (58) do grupo, foi atribuído conhecimento *errôneo*, por terem dado as seguintes informações quanto ao tempo que deve perdurar a alimentação do bebê exclusivamente ao seio: "1 mês" (14), "2 meses" (18), "3 meses" (25) e "mais de 6 meses" (1).

Indagando das auxiliares se a capacidade da mulher para produzir leite diminuiu (questão nº 28), uma informante respondeu "Não sei", 53 (76,8%) disseram "Sim" e 15 (21,8%) deram "Não" como resposta, classificando-se o conhecimento das entrevistadas, respectivamente, como ausente, *errôneo* e *satisfatório*. Das auxiliares que alcançaram conhecimento *satisfatório*, a maioria complementou sua informação, referindo: "o que diminuiu foi a boa vontade da mãe para amamentar" (5); "a mulher de hoje é que não quer amamentar" (4); "hoje as mães acham muito difícil dar de mamar" (2) e "é o trabalho fora de casa que não deixa a mãe amamentar" (1).

Dentre as 69 auxiliares, 75,3% (52) responderam afirmativamente quando perguntamos se as mulheres sempre sabem como amamentar (questão nº 29), considerando-se *er*rôneo o conhecimento dessas informantes. Às 17 auxiliares restantes (24,7%), que deram resposta negativa à questão feita, foi conferido conhecimento *satisfatório*.

Quando indagamos das auxiliares se o aleitamento materno deforma os seios, uma disse não saber, 39 (56,6%) responderam, acertadamente, "Não", e 29 (42,0%) mencionaram "Sim", obtendo conhecimento *errôneo*.

Pelos resultados, parece bem deficitário o conhecimento das auxiliares no Tema que examinamos, notando-se que também, neste grupo, sobressaem as falsas crenças sobre a amamentação.

, PESSOAL DE SAÚDE

Reunimos os resultados das Tabelas 76, 81 e 82 e apresentamos na Tabela 85 a distribuição do conhecimento de médicos, enfermeiras e auxiliares sobre o Tema VII, o que permite analisar melhor a situação do conhecimento evidenciado pelo pessoal de saúde quanto à matéria.

TABELA 85 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DO PESSOAL DE SAÚDE NO TEMA VII - CONHECIMENTOS GERAIS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO.

PESSOAL DE SAÚDE \ CONHECIMENTO	SATISFATÓRIO		INSATISFATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL DE RESPOSTAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médicos	196	35,5	66	11,9	213	38,5	78	14,1	553	100,0
Enfermeiras	15	17,9	12	14,3	47	55,9	10	11,9	84	100,0
Auxiliares	150	31,1	4	0,8	315	65,2	14	2,9	483	100,0
TOTAL	361	32,2	82	7,3	575	51,3	102	9,2	1120	100,0

Analisando-se a Tabela 85 verificamos que, independentemente do grupo considerado, houve predominância do conhecimento *errôneo* entre o pessoal de saúde, no que se refere a Conhecimentos gerais sobre aleitamento natural.

AVALIAÇÃO GLOBAL

Anteriormente, procurando identificar os conhecimentos do pessoal de saúde a respeito dos vários aspectos que a alimentação ao seio abrange, esta matéria foi dividida em Temas e analisamos detalhadamente os resultados obtidos em cada um delas. Agora, para permitir uma avaliação global dos conhecimentos da população estudada no que concerne ao aleitamento materno considerado integralmente, reunimos e apresentamos os resultados em conjunto: primeiro, por grupo de informantes e, depois, em relação ao pessoal de saúde.

As Tabelas 86, 87 e 88 mostram, respectivamente, a distribuição do conhecimento de médicos, enfermeiras e auxiliares no total de informações que cada grupo de entrevistados ofereceu nos Temas em que foi cindido o aleitamento natural.

Na Tabela 89 apresentamos a distribuição do conhecimento do pessoal de saúde nos Temas investigados, o que permite visualizar o conhecimento da população estudada tanto no que se refere aos aspectos examinados, quanto no que diz respeito à alimentação ao seio como um todo. Note-

TABELA 86 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DOS MÉDICOS NOS TEMAS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO.

TEMAS \ CONHECIMENTO	SATISFA TÓRIO		INSATIS FATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL DE RESPOSTAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I. Conceito de lactação e ama- mentação.	58	36,7	64	40,5	34	21,5	2	1,3	158	100,0
II. Psicofisiologia da lacta- ção.	104	26,3	144	36,5	35	8,9	112	28,3	395	100,0
III. Controle do aleitamento ma- terno.	174	13,8	461	36,5	448	35,4	181	14,3	1264	100,0
IV. Vantagens do aleitamento materno.	6	2,5	212	89,4	6	2,5	13	5,6	237	100,0
V. Aspectos práticos do alei- tamento materno.	26	11,0	89	37,5	32	13,5	90	38,0	237	100,0
VI. Problemas no aleitamento ma- terno.	51	16,1	118	37,4	74	23,4	73	23,1	316	100,0
VII. Conhecimentos gerais so- bre aleitamento materno.	196	35,5	66	11,9	213	38,5	78	14,1	553	100,0
TOTAL	615	19,5	1154	36,5	842	26,6	549	17,4	3160	100,0

TABELA 87 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DAS ENFERMEIRAS NOS TEMAS DE ALEITAMENTO MATERNO.

TEMAS \ CONHECIMENTO	SATISFA- TÓRIO		INSATIS- FATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL DE RESPOSTAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I. Conceito de lactação e ama- mentação.	5	20,8	4	16,7	15	62,5	-	-	24	100,0
II. Psicofisiologia da lacta- ção.	18	30,0	13	21,7	2	3,3	27	45,0	60	100,0
III. Controle do aleitamento ma- terno.	17	7,5	87	38,1	74	32,5	50	21,9	228	100,0
IV. Vantagens do aleitamento materno.	-	-	33	91,7	2	5,5	1	2,8	36	100,0
V. Aspectos práticos do alei- tamento materno.	3	6,3	18	37,5	17	35,4	10	20,8	48	100,0
VI. Problemas no aleitamento materno.	10	20,8	21	43,7	14	29,2	3	6,3	48	100,0
VII. Conhecimentos gerais sobre aleitamento materno.	15	17,9	12	14,3	47	55,9	10	11,9	84	100,0
TOTAL	68	12,9	188	35,6	171	32,4	101	19,1	528	100,0

TABELA 88 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DAS AUXILIARES NOS TEMAS DE ALEITAMENTO MATERNO.

T E M A S	CONHECIMENTO		SATISFATÓRIO		INSATISFATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL DE RESPOSTAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I. Conceito de lactação e <u>ama</u> mentação	40	29,9	5	3,6	86	62,3	7	5,1	138	100,0		
II. Psicofisiologia da lactação	31	15,0	84	40,5	55	26,6	37	17,9	207	100,0		
III. Controle do aleitamento <u>ma</u> terno	29	4,7	261	42,0	294	47,3	37	6,0	621	100,0		
IV. Vantagens do aleitamento <u>ma</u> terno	113	40,9	94	34,1	18	6,5	51	18,5	276	100,0		
V. Aspectos práticos do aleita <u>a</u> mento materno	29	14,0	103	49,8	40	19,3	35	16,9	207	100,0		
VI. Problemas no aleitamento <u>ma</u> terno	48	34,8	43	31,1	24	17,4	23	16,7	138	100,0		
VII. Conhecimentos gerais sobre aleitamento materno	150	31,1	4	0,8	315	65,2	14	2,9	483	100,0		
TOTAL	440	21,3	594	28,7	832	40,2	204	9,8	2070	100,0		

TABELA 89 - DISTRIBUIÇÃO DO CONHECIMENTO DO PESSOAL DE SAÚDE NOS TEMAS DE ALEITAMENTO MATERNO.

CONHECIMENTO T E M A S	SATISFATÓRIO		INSATISFATÓRIO		ERRÔNEO		AUSENTE		TOTAL DE RESPOSTAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I. Conceito de lactação e amamentação	103	32,2	73	22,8	135	42,2	9	2,8	320	100,0
II. Psicofisiologia da lactação	153	23,1	241	36,4	92	13,9	176	26,6	662	100,0
III. Controle do aleitamento materno	220	10,4	809	38,3	816	38,6	268	12,7	2113	100,0
IV. Vantagens do aleitamento materno	119	21,7	339	61,8	26	4,7	65	11,8	549	100,0
V. Aspectos práticos do aleitamento materno	58	11,8	210	42,7	89	18,1	135	27,4	492	100,0
VI. Problemas no aleitamento materno	109	21,7	182	36,3	112	22,3	99	19,7	502	100,0
VII. Conhecimentos gerais sobre aleitamento materno	361	32,2	82	7,3	575	51,3	102	9,2	1120	100,0
TOTAL	1123	19,5	1936	33,6	1845	32,1	854	14,8	5758	100,0

se que os totais da Tabela referem-se ao total de respostas dadas pelos informantes nos vários Temas, sendo que o último total retrata a avaliação global dos conhecimentos do pessoal de saúde na área do aleitamento materno.

A análise da avaliação dos conhecimentos do pessoal de saúde nos Temas de Aleitamento Materno (Tabela 89), sugere que a população estudada não está devidamente informada a respeito do aleitamento natural. Note-se como foi elevado o percentual de conhecimento *errôneo* (42,2%) no que concerne ao Conceito de Lactação e Amamentação. As proporções de conhecimento *ausente* (26,6%) e de conhecimento *insatisfatório* (36,4%) alcançadas pelo pessoal de saúde no Tema II são bastante sugestivas da precariedade dos conhecimentos no que concerne aos mecanismos de produção e ejeção do leite materno e aos fatores que favorecem o processo de lactação. As reduzidas percentagens de conhecimento *satisfatório* nos Temas III, IV, V e VI, respectivamente, 10,4%, 21,7%, 11,8% e 21,7%, parecem indicar que o pessoal de saúde não dispõe de conhecimentos suficientes para que possa atuar eficazmente nas diferentes etapas que o processo de aleitamento materno envolve. Observe-se, ainda, que o pessoal de saúde possivelmente terá dificuldade para dirimir dúvidas, modificar conceitos e vencer tabus referentes à amamentação, assim como, para adotar e estimular práticas que facilitam o aleitamento natural, tendo em vista a elevada proporção de conhecimento *errôneo* (51,3%) que os entrevistados obtiveram nas informações ofereci

das sobre o Tema VII.

4.2 - ATITUDES

. Médicos

A Tabela 90 mostra a distribuição das atitudes dos 79 médicos em relação ao aleitamento materno. Verificamos que 63,3% (50) dos médicos têm atitude classificada como positiva no que respeita ao aleitamento natural, e 36,7% (29) negativa.

TABELA 90 - DISTRIBUIÇÃO DAS ATITUDES DE 79 MÉDICOS EM
RELAÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO.

A T I T U D E S	Nº	%
Positiva		
Muito favorável	42	53,2
Favorável	8	10,1

Sub-Total	50	63,3

Negativa		
Desfavorável	19	24,0
Muito desfavorável	10	12,7

Sub-Total	29	36,7

TOTAL	79	100,0

Vale a pena examinar os sentimentos expressados pelos médicos quanto à alimentação ao seio. A Tabela 91 mostra a distribuição das respostas dos 79 médicos às sete proposições apresentadas para avaliação de atitudes.

Observando-se a Tabela 91 pode-se verificar que 40,5% (32) dos profissionais sentem que a amamentação é sacrifício para a mulher e 55,7% (44) acham-na mais cansativa para a mãe do que empregar alimentação artificial. Do total de profissionais, 21 (26,6%) acham que a atitude do médico no que se refere ao aleitamento natural não interfere na decisão da mãe em não amamentar. Onze informantes (13,9%) sentem que não constitui bom investimento do tempo do médico dar orientação sobre aleitamento materno, e 40,5% acham que o médico nada pode fazer quando a mãe resolve substituir a alimentação natural pela artificial. "Amamentar é questão de sorte", segundo sentem 13 (16,5%) médicos, enquanto ter êxito na lactação "é questão de família" para 10 (12,7%) dos entrevistados deste grupo. Foi importante constatar ainda que 6 médicos que concordaram com a afirmação "Amamentar é questão de sorte", concordaram também quando se afirmou que "amamentar com êxito é questão de família".

Quanto à pesquisa de opinião, perguntados se estimulariam sua mulher ou filha a amamentar (questão nº 48), 1 médico respondeu negativamente e 3 acham que nem todas as mulheres, em princípio, devem alimentar

TABELA 91 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DE 79 MÉDICOS ÀS PROPOSIÇÕES UTILIZADAS PARA AVALIAÇÃO DE ATITUDES EM RELAÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO.

PROPOSIÇÕES	CONCORDO		DISCORDO		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
41. A amamentação constitui sacrifício para a mulher.	32	40,5	47	59,5	79	100,0
42. Amamentar não cansa mais a mãe do que alimentar a criança artificialmente.	35	44,3	44	55,7	79	100,0
43. O que o médico sente sobre aleitamento materno pode influir na decisão da mãe em amamentar.	58	73,4	21	26,6	79	100,0
44. Dar orientação sobre aleitamento materno a gestantes e lactantes constitui bom investimento do tempo do médico.	68	86,1	11	13,9	79	100,0
45. Amamentar é questão de sorte: quem tem leite amamenta, quem não tem não pode fazê-lo.	13	16,5	66	83,5	79	100,0
46. Quando a mãe decide substituir o peito pela mamadeira, o médico pode ajudá-la a não fazer isso.	47	59,5	32	40,5	79	100,0
47. Amamentar com êxito é questão de família: se a avó e a mãe não foram boas produtoras de leite, a filha também não o será.	10	12,7	69	87,3	79	100,0

seus filhos ao seio (questão nº 50); estes sentem que "as fracas" (1) e "as desnutridas" (2) não devem ammentar.

Na questão nº 49 investigamos a opinião dos mêdicos a respeito de quem deve orientar a clientela sobre aleitamento materno no serviço onde atuam. Eximir-se dessa responsabilidade traduz atitude negativa do informante. Do total de médicos, 40 (50,6%) sentem que o papel de orientador na área do aleitamento natural compete a "todos da equipe de saúde"; 28 (35,4%) acham que esse papel não cabe ao profissional de medicina, e sim a outros que compõem o pessoal de saúde, e 10 (12,7%) são de opinião que é o médico quem deve orientar sobre a alimentação ao seio. A Tabela 92 mostra a opinião dos 79 médicos sobre quem deve orientar a clientela sobre aleitamento materno nos Centros de Saúde.

Partindo do pressuposto que o sexo feminino seria menos favorável ao aleitamento materno do que o sexo masculino, distribuimos os médicos, segundo o sexo, e analisamos suas atitudes no que se refere à alimentção ao seio, conseguindo os dados que apresentamos na Tabela 93.

Verificamos maior proporção de atitudes positivas entre médicas (70,0%), do que entre médicos (56,4%), sendo bem mais elevado, no sexo feminino, o percentual de atitude *muíto favorável*. Quanto às atitudes negativas, além de proporcionalmente mais altas entre os profissionais do sexo masculino, foi entre eles que se con

TABELA 92 - OPINIÃO DE 79 MÉDICOS SOBRE QUEM DEVE DAR ORIENTAÇÃO NA ÁREA DO ALEITAMENTO MATERNO EM CENTROS DE SAÚDE.

QUEM DEVE DAR ORIENTAÇÃO	FREQUÊNCIA ^(*)
Todos da equipe de saúde	40
Visitadora domiciliar	18
Enfermeira	16
Educadora sanitária	12
Médico	10
Obstetriz	9
Atendente	4
Nutricionista	2
Ninguém	1
T O T A L	112

(*) Resposta múltipla

TABELA 93 - DISTRIBUIÇÃO, POR SEXO, DAS ATITUDES DE 79 MÉDICOS EM RELAÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO.

ATITUDES \ S E X O	MASCULINO		FEMININO		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Positiva						
Muito favorável	18	46,1	24	60,0	42	53,2
Favorável	4	10,3	4	10,0	8	10,0
Sub-Total	22	56,4	28	70,0	50	63,3
Negativa						
Desfavorável	10	25,6	9	22,5	19	24,0
Muito desfavorável	7	18,0	3	7,5	10	12,7
Sub-Total	17	43,6	12	30,0	29	36,7
TOTAL	39	100,0	40	100,0	79	100,0

centraram as atitudes categorizadas como *muito desfavorável* ao aleitamento materno.

Procurando comparar as atitudes dos médicos que atuam em Centros de Saúde Escola, onde há programação referente ao aleitamento materno, com as atitudes dos profissionais que exercem atividades em Centros de Saúde de outros tipos, constatamos que, dos 57 informantes pertencentes a CSE, 73,7% (42) obtiveram classificação de atitudes como positivas e, dentre os 15 (26,3%)

que mostraram atitudes negativas, nenhum foi classificado como *muíto desfavorável*. Os resultados obtidos na avaliação de atitudes dos 22 profissionais que pertencem a outros tipos de Unidades Sanitárias, não CSE, foram bem diferentes: 8 médicos revelaram atitudes apenas *favorável* quanto à amamentação e, dentre os 14 cujas atitudes foram categorizadas como negativas, 10 tiveram seus sentimentos classificados como *muíto desfavorável*.

Pudemos observar ainda que dos 50 (63,3%) médicos que têm atitudes consideradas positivas quanto à alimentação ao seio, 42 (84,0%) dão atendimento em CSE; esse fato nos levou a supor que, possivelmente, a programação realizada nesses Serviços tenha exercido influência benéfica na atitude dos informantes que a eles pertencem, contribuindo para os resultados encontrados. Essa suposição parece ser fortalecida pelo que verificamos na avaliação das atitudes dos 30 médicos residentes, que se especializam em CSE. Desse total, 83,3% (25) revelaram atitudes classificadas como positivas quanto ao aleitamento materno e a maioria incluiu-se na classe *muíto favorável*. Cumpre observar ainda que, embora 5 dentre todos os residentes tivessem suas atitudes avaliadas como negativas, a nenhum deles foi conferida a classificação *muíto desfavorável*. A Tabela 94 contém a distribuição das atitudes dos residentes em relação ao aleitamento materno.

TABELA 94 - DISTRIBUIÇÃO DAS ATITUDES DOS 30 RESIDENTES EM RELAÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO.

A T I T U D E S	Nº	%
Positiva		
Muito favorável	19	63,3
Favorável	6	20,0
Sub-Total	25	83,3
Negativa		
Desfavorável	5	16,7
Muito desfavorável	-	-
Sub-Total	5	16,7
TOTAL	30	100,0

. Enfermeiras

Das 12 enfermeiras estudadas, 7 evidenciaram atitudes negativas em relação ao aleitamento materno, conforme a Tabela 95.

Respondendo às proposições para avaliação de atitudes, 7 enfermeiras concordaram que "amamentar constitui sacrifício para a mulher" (questão nº 45), e 8 discordaram que a alimentação ao seio canse menos a

TABELA 95 - DISTRIBUIÇÃO DAS ATITUDES DE 12 ENFERMEI
RAS EM RELAÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO.

A T I T U D E S	Nº	%
Positiva		
Muito favorável	5	41,7
Favorável	-	-
Sub-Total	5	41,7
Negativa		
Desfavorável	6	50,0
Muito desfavorável	1	8,3
Sub-Total	7	58,3
TOTAL	12	100,0

mãe do que alimentar artificialmente a criança (ques
tão nº 46).

Todas as informantes estiveram de acordo com a
proposição nº 48: "dar orientação sobre aleitamento ma
terno constitui bom investimento do tempo da enfermei
ra", mas 5 delas sentem que as atitudes da enfermeira
em relação à alimentação ao seio não influem na deci
são da mãe em amamentar (questão nº 47). Totalizaram 5
as entrevistadas que discordam da ajuda que a enfermei
ra pode conceder à mãe, dissuadindo-a de trocar a ali
mentação natural pela artificial (questão nº 50).

Nenhuma das enfermeiras concordou quando afirmamos que "amamentar com êxito é questão de família" (questão nº 51), mas metade do grupo se manifestou de acordo com a proposição "amamentar é questão de sorte" (questão nº 49).

Na opinião das 12 enfermeiras, todas estimulariam suas filhas a amamentar (questão nº 52), e somente uma não sente que, em geral, a totalidade das mães deveria alimentar a criança ao seio; na opinião desta informante "as desnutridas não devem" (questão nº 53).

Pedimos às enfermeiras que opinassem sobre quem deve orientar a clientela do seu Serviço quanto ao aleitamento materno: 8 indicaram "todos da equipe de saúde" e 4 isentaram a enfermeira dessa responsabilidade, apontando "o médico" (3) e "a educadora" (1).

Comparando as atitudes referentes ao aleitamento materno das enfermeiras que atuam em CSE, com as daquelas que exercem atividades em Centros de Saúde de outros tipos, verificamos que, entre as 4 pertencentes a CSE, há duas com atitude classificada como *muito favorável* e as restantes *desfavorável*. Das 8 enfermeiras que trabalham em outros CS, apenas 3 têm atitude considerada positiva; as demais, *desfavorável* e *muito desfavorável*.

. Auxiliares

Verificando o número de respostas favoráveis da

das pelas 69 auxiliares às afirmações e perguntas feitas para avaliação de atitudes, e empregando o critério adotado, chegamos aos seguintes resultados: 37,7% (26) das auxiliares evidenciaram atitudes classificadas como positivas quanto à amamentação, enquanto que 62,3% (43) das informantes revelaram atitudes categorizadas como negativas. Na Tabela 96 apresentamos a distribuição das atitudes das auxiliares em relação ao aleitamento materno.

Convém relatar o que referiram as auxiliares quando foram feitas as proposições destinadas à avaliação de atitudes sobre aleitamento materno.

Das 69 entrevistadas, 52,2% (36) concordaram em que amamentar é sacrifício para a mulher (questão nº 31), e 34,8% (24) discordaram quando afirmamos que "amamentar não cansa mais a mãe do que alimentar a criança por mamadeira" (questão nº 32).

A grande maioria das informantes deste grupo, representando 95,7% do total (66), concordou que "vale a pena as auxiliares gastarem seu tempo dando orientação sobre aleitamento para gestantes e mães" (questão nº 34). Entretanto, 60,9% (42) das entrevistadas acharam que os sentimentos da auxiliar a respeito da alimentação ao seio não afetam a decisão da mãe em amamentar (questão nº 33), e 52,2% (36) sentem que nada podem fazer quando a mãe decide deixar de amamentar para dar mamadeira (questão nº 36).

TABELA 96 - DISTRIBUIÇÃO DAS ATITUDES DE 69 AUXILIARES EM RELAÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO.

A T I T U D E S	Nº	%
Positiva		
Muito favorável	21	30,4
Favorável	5	7,3
-----	-----	-----
Sub-Total	26	37,7
Negativa		
Desfavorável	36	52,2
Muito desfavorável	7	10,1
-----	-----	-----
Sub-Total	43	62,3
TOTAL	69	100,0

Para expressiva proporção das auxiliares, 62,3% (43), "amamentar é questão de sorte" (questão nº 35), e 21,7% (15) do total de informantes acham que "ter leite é questão de família" (questão nº 37).

Todas as auxiliares disseram que, em sua opinião, animariam as filhas para que amamentassem (questão nº 38), e delas, somente duas sentem que nem todas as mães devem amamentar (questão nº 39). Na opinião dessas auxiliares, "mães desnutridas não devem amamentar".

A opinião das auxiliares a respeito de quem deve orientar sobre aleitamento materno nas Unidades Sanitárias (questão nº 40) consta da Tabela 97. Cumpre notar que, do total de auxiliares, 31 (44,9%) não incluíram elas próprias como responsáveis pela orientação na área do aleitamento materno.

Comparando as atitudes referentes ao aleitamento materno das auxiliares que pertencem a CSE com as das que trabalham em outros Centros de Saúde, constatamos que dentre as 31 informantes que atuam em CSE, 64,5% (20) mostraram atitudes avaliadas como negativas, enquanto que, das 38 auxiliares que exercem atividades em outros tipos de Unidades Sanitárias, essa mesma classificação foi alcançada por menor proporção: 60,5% (23) delas.

No que diz respeito às atitudes consideradas positivas, estas foram atribuídas a 35,5% (11) e 39,5% (15) das auxiliares que pertencem, respectivamente, a CSE a outros CS. Verificamos, enão, que o percentual de atitudes positivas referentes ao aleitamento materno mostrou-se mais elevado entre as auxiliares de outros tipos de Unidades Sanitárias, que dos CSE.

PESSOAL DE SAUDE

Na Tabela 98 reunimos os resultados das Tabelas 90, 95 e 96 e apresentamos a distribuição das atitudes sobre o aleitamento materno do pessoal de saúde.

TABELA 97 - OPINIÃO DE 69 AUXILIARES SOBRE QUEM DEVE DAR ORIENTAÇÃO NA ÁREA DO ALEI-
TAMENTO MATERNO EM CENTROS DE SAÚDE.

QUEM DEVE DAR ORIENTAÇÃO	FREQUÊNCIA ^(*)
Todos	28
Médico	26
Educadora sanitária	13
Enfermeira	10
Visitadora domiciliar	7
Nutricionista	4
Atendente	3
Obstetriz	2
TOTAL	93

(*) Resposta múltipla

TABELA 98 - DISTRIBUIÇÃO DAS ATITUDES DO PESSOAL DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO.

<div> <div>PESSOAL DE SAÚDE</div> <div>ATITUDES</div> </div>	MÉDICOS		ENFERMEIRAS		AUXILIARES		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Positiva								
Muito favorável	42	53,2	5	41,7	21	30,4	68	42,5
Favorável	8	10,1	-	-	5	7,3	13	8,1
Sub-Total	50	63,3	5	41,7	26	37,7	81	50,6
Negativa								
Desfavorável	19	24,0	6	50,0	36	52,2	61	38,1
Muito desfavorável	10	12,7	1	8,3	7	10,1	18	11,3
Sub-Total	29	36,7	7	58,3	43	62,3	79	49,4
TOTAL	79	100,0	12	100,0	69	100,0	160	100,0

Diante dos dados expostos na Tabela 98, que resumem os resultados obtidos na avaliação de atitudes do pessoal de saúde quanto ao aleitamento natural, são pertinentes alguns comentários. As atitudes positivas e negativas dividem-se em proporção praticamente igual entre o pessoal de saúde: 50,6% (81) da população estudada revelaram atitudes consideradas a favor da alimentação ao seio, enquanto que as atitudes de 49,4% (79) foram categorizadas como contrárias. O maior percentual de atitudes positivas verificou-se entre os médicos (63,3%). Cumpre lembrar, todavia, que os residentes, possivelmente motivados para incentivar o aleitamento materno, constituem metade daqueles profissionais. A maior percentagem de atitudes negativas em relação à alimentação ao seio situou-se entre as auxiliares (62,3%). Entretanto, é de interesse assinalar que aquelas que participam da programação de estímulo ao aleitamento materno em CSE mostraram atitude classificada como positiva.

4.3 PRÁTICAS

. Médicos

As perguntas nºs 51 e 52 foram feitas exclusivamente aos 42 médicos que dão atendimento a gestantes (pré-natalistas e consultantes), sendo que as demais foram propostas à totalidade de profissionais que exercem atividades na área materno-infantil.

Respondendo à pergunta nº 51, referente ao exame pré-natal dos seios, dentre os 42 médicos que atendem a gestantes, 18 (42,9%) afirmaram fazer esse exame, tendo em vista a amamentação. Quando pedimos aos profissionais que indicassem qual a finalidade da prática que realizavam, obtivemos as informações que constam da Tabela 99, onde foram mantidas as expressões usadas pelos entrevistados.

Como mostra a Tabela 99, dos 18 médicos que disseram fazer o exame dos seios de gestantes, tendo em vista o aleitamento materno, somente metade referiu que assim procede para "ver as condições do mamilo" ou "ver se o mamilo é adequado". Note-se, entretanto, que nenhum desses profissionais mencionou que completa o exame pré-natal dos seios realizando o teste de WALLER²⁵⁵, que lhes permitiria identificar problemas no mamilo passíveis de correção, beneficiando, assim, a alimentação ao seio.

Os restantes 24 médicos, que informaram não fazer o

TABELA 99 - FINALIDADES DO EXAME PRÉ-NATAL DOS SEIOS, INDICADAS POR 18 MÉDICOS QUE REALIZAM O EXAME, TENDO EM VISTA O ALEITAMENTO MATERNO.

FINALIDADES	Nº
Ver as condições do mamilo	7
Ver se a mama se desenvolveu	2
Ver se há colostro	2
Ver se a glândula aumentou e verificar a higiene dispensada aos seios	1
Verificar se não há doença de pele e ver se há colostro	1
Ver as condições do mamilo e dar confiança à mãe	1
Ver se há dermatoses, alergias	1
Ver se a mãe terá leite: se a glândula aumentou é um bom sinal	1
Ver se o mamilo é adequado e se a higiene é boa	1
Verificar as condições de higiene e limpeza dos seios	1
TOTAL	18

exame dos seios no atendimento pré-natal, explicaram porque se comportam assim. As razões dadas por esses médicos constam da Tabela 100, na linguagem original.

Analisando-se as justificativas apresentadas pelos médicos (Tabela 100), podemos perceber que a maioria de

TABELA 100 - RAZÕES APONTADAS POR 24 MÉDICOS PARA NÃO FAZER O EXAME PRÉ-NATAL DOS SEIOS, TENDO EM VISTA O ALEITAMENTO MATERNO.

R A Z Õ E S	Nº
Pela parte moral: as mulheres estranhariam, vão dizer bobagens, não gostam, seria <u>con</u> strangedor, causaria problemas enormes para mim.	6
Não sei como examinar os seios tendo em <u>vis</u> ta a amamentação.	6
Não é da rotina: a rotina do pré-natal visa a prevenção de câncer, ver se há sangramen <u>to</u> , edema, cefalêia.	4
Não estou motivado, não penso na amamenta <u>ção</u> , e nada sei sobre esse exame.	4
Não é necessário. O pediatra cuidará disso depois do parto.	2
Pelo número de consultas. Não há tempo.	1
Nunca me ocorreu como um bem futuro para a criança fazer o exame do seio da gestante.	1
TOTAL	24

las está relacionada com a falta do componente educativo: a rotina do atendimento pré-natal não contempla o aleitamento materno; falta motivação entre os profissionais para que estimulem a alimentação ao seio; existe inco

consciência da responsabilidade médica em preparar a mulher para a amamentação no atendimento pré-natal e da singular oportunidade que esse momento oferece; há ca rência de conhecimentos sobre a técnica do exame pré-natal dos seios, tendo em vista o aleitamento materno, e existem preconceitos em relação a essa prática, liga dos à atual valorização do seio como objeto sexual e não como órgão para a alimentação infantil.

Indagamos dos pré-natalistas e consultantes se dão orientação sobre aleitamento materno às gestantes que atendem no Centro de Saúde (questão nº 52). Sete dos 18 pré-natalistas e 10 dentre os 24 consultantes responde ram afirmativamente, verificando-se, então, que dos 42 médicos que dão atendimento pré-natal, 40,5% (17) refe riram orientar gestantes no que concerne à alimentação ao seio. Investigando qual orientação é ministrada por esses profissionais, obtivemos as seguintes informações: "falo sobre as vantagens do aleitamento materno para a saúde da criança" (7); "falo das vantagens do leite ma terno para a criança e economia para a mãe"(4); "estimu lo a tomar o Gestal" (2); "explico as vantagens do alei tamento materno para a criança e ensino a técnica de ex pressão manual do colostro" (1); "explico as vantagens do aleitamento materno para o bebê e massagem para fa zer no seio durante a gravidez"(1); "falo das vantagens do aleitamento materno para a criança e ensino como fa zer a higiene dos seios" (1), e "ensino as vantagens do aleitamento materno para a criança, a economia que re presenta para a mãe e mando passar creme no mamilo"(1),

Dos médicos que se incumbem da atenção pré-natal (42), 25 referiram que não orientam gestantes sobre a leitamento materno (11 pré-natalistas e 14 consultantes). As razões apresentadas por esses médicos estão na Tabela 101, na forma de expressão que usaram.

TABELA 101 - RAZÕES APONTADAS POR 25 MÉDICOS PARA NÃO ORIENTAR GESTANTES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO.

R A Z Õ E S	Nº
Não faz parte da rotina ou programação de atendimento	9
Não é da minha área e na pós-consulta dão orientação	8
Não me preocupo com o aleitamento materno, não tenho motivação para orientar sobre isso	4
Não me compete e as mães já sabem que o leite de pei <u>t</u> o é melhor	2
O objetivo do pré-natal é outro	1
Nem sempre as mães aceitam e não quero conflitos no trabalho	1
TOTAL	25

Pelos resultados, parece bem precário o preparo pré-natal da mulher para o aleitamento materno nos Centros de Saúde onde este estudo foi realizado. Além de ser maior o número de médicos que, dando atendimento a gestantes, não orientam a futura mãe quanto à alimentação ao seio, aqueles que o fazem orientam de modo a não satisfazer. Dos 17 profissionais que informaram orientar

gestantes quanto ao aleitamento materno, 15 limitam-se a falar das vantagens dessa prática, superficialmente, 2 estimulam a ingestão do Gestal, e apenas 4 ensinam técnicas e medidas que se destinam ao preparo dos seios para a amamentação. A transmissão de informações que tornem a gestante desejosa de amamentar e confiante no aleitamento materno, o ensino de práticas consideradas relevantes no preparo da mulher para o aleitamento natural, não fazem parte das atividades médicas na atenção pré-natal propiciada pelas Unidades Sanitárias que constituíram o local deste estudo.

Quando perguntamos aos 79 médicos que dão atendimento materno-infantil se prescrevem aleitamento materno exclusivo, nos Centros de Saúde (questão nº 53), 77,2% (61) responderam que sim, e 22,8 (18) deram "Não" como resposta.

Dentre os 61 informantes que afirmaram prescrever aleitamento materno exclusivo, 35 são pediatras, 21 pertencem ao grupo de consultantes e 5 dedicam-se exclusivamente ao atendimento pré-natal, sendo que todos os médicos explicaram fazer verbalmente a referida prescrição. Os pré-natalistas, esclareceram: "na primeira consulta pós-parto digo à mãe que deve amamentar a criança no seio e encaminho para o pediatra".

Entre os médicos que não prescrevem alimentação do bebê exclusivamente ao seio há 13 pré-natalistas, 3 consultantes e 2 pediatras. As razões oferecidas por esses profissionais para justificar seu comportamento foram

as seguintes: "encaminho ao pediatra, porque não me cabe, não me compete" (8); "as mães já chegam com mamadeira" (6); "essa área não é minha, só cuidado da parte ginecológica" (3), e "as mães são desnutridas e não podem mesmo amamentar" (1). Esta última razão foi apresentada por um dos pediatras, tendo o outro mencionado que "as mães já chegam com mamadeira".

Aos médicos que responderam afirmativamente a quesção nº 53, pedimos que indicassem até que idade prescreviam aleitamento materno exclusivo para a criança (tabela 102).

TABELA 102 - INFORMAÇÕES DE 61 MÉDICOS SOBRE ATÉ QUE IDADE DE PRESCREVEM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO PARA A CRIANÇA.

I D A D E	Nº
1 mês	38
1 mês e meio	1
2 meses	9
3 meses	7
4 meses	4
4 ou 6 meses	1
mais de 6 meses	1
TOTAL	61

Pelos dados da Tabela 102 é possível verificar que

apenas 5 médicos indicam o aleitamento materno exclusivo, segundo as recomendações da OMS/UNICEF¹⁷⁵, sendo 3 consultantes e 2 pediatras. Ressalte-se que, dentre os 50 profissionais que introduzem precocemente outros alimentos na dieta do bebê, com prejuízo da lactação e amamentação, 66,0% (33) pertencem ao grupo dos pediatras e 34,0% (17) são consultantes.

Dentre os 79 médicos, 42 (53,2%) disseram que orientam nutrizes sobre a alimentação que devem ingerir (questão nº 54), sendo 1 deles pré-natalista. Do total, somente 5 profissionais adotam conduta apropriada, recomendando às mães que amamentam: "comer de tudo, em maior quantidade, e aumentar os líquidos". Os demais 37 médicos informaram que recomendam: "comer bastante carne, ovos, tomar muito leite" (25); "comer muita carne, ovo, queijo e tomar muito líquido" (5); "comer uma boa alimentação" (2); "comer em abundância os alimentos protéicos, aumentar os líquidos e restringir os condimentos em geral" (1); "dieta hiperprotéica, pobre em hidratos de carbono e gordura" (1); "comer muita carne e tomar Gestal" (1); "comer abóbora, polenta e vinho, que aumentam o leite" (1), e "mando só tomar Gestal e aumentar os líquidos" (1).

Os 37 médicos que referiram não dar orientação alimentar às mães que amamentam, justificaram seu comportamento da seguinte forma: "as mães são pobres, não podem comprar os alimentos protéicos que são os indicados, ou não recomendo porque são pobres" (13); "não dou orienta

ção porque não sei indicar a alimentação apropriada" (10); "não me cabe dar orientação sobre alimentação" (7); "não há tempo para esse detalhe" (3); "o pediatra é que deve fazer" (3), e "essa orientação não é de rotina" (1).

Fazendo aos médicos a pergunta nº 55, 34,2% (27) do total de informantes (entre eles um pré-natalista) disseram que ensinam às nutrizes como devem cuidar dos seios, e 65,8% (52) referiram que não orientam quanto a esse aspecto. Quando indagamos dos profissionais que afirmaram orientar, o que ensinam às mães sobre cuidados com os seios, apenas 8 dos 27 médicos revelaram aconselhar exclusivamente práticas recomendadas, ainda que em número bastante reduzido: "limpar o seio antes e depois das mamadas somente com água fervida" (4); "lubrificar o mamilo com vaselina ou creme" (2); "usar somente água na higiene dos seios e usar sutiã firme" (1), e "lavar o seio com água fervida antes e depois das mamadas e não usar álcool ou sabão" (1). Os outros mostraram ensinar medidas que desfavorecem o aleitamento materno, principalmente o uso de água e sabão na higiene dos seios e o emprego de álcool para desinfetar o mamilo.

Os 52 médicos que não orientam nutrizes quanto à higiene e cuidados com os seios justificaram seu comportamento, apresentando as razões que constam da Tabela 103, na linguagem usada pelos informantes.

Perguntando aos médicos se orientam mães sobre o intervalo entre as mamadas nos primeiros meses (questão nº

TABELA 103 - RAZÕES APONTADAS POR 52 MÉDICOS PARA NÃO ORIENTAR NUTRIZES SOBRE HIGIENE E CUIDADOS COM OS SEIOS.

RAZÕES PARA NÃO ORIENTAR	Nº
As mães sabem mais do que eu, por natu <u>re</u> za já sabem.	16
Já aprendem com o obstetra, pediatra, enfermeira, obstetriz, visitadora, no pré-natal.	9
Não sei, não saberia ensinar.	9
As mães não perguntam, porque o assun <u>to</u> é delicado, íntimo, constrangedor.	5
Não há tempo para isso.	4
Esse assunto não me compete.	4
Não faz parte da rotina.	3
Só oriento quando a criança está com "sapinho".	1
É perder tempo. As mães daqui não se <u>guem</u> , portanto, não adianta.	1
TOTAL	52

56), 82,3% (65) responderam afirmativamente e 17,7% (14) disseram que não.

Dos profissionais que ensinam às mães com que frequência devem amamentar, 30 (46,2%) recomendam que a criança seja alimentada sob demanda, sendo 3 deles pré-natalistas. Os demais 35 médicos, que representam 53,8% dos que dão a orientação investigada, dizem às mães que amamentem em diferentes horários: de 3 em 3 horas (24), cada três e meia a quatro horas (10), e mesmo de 4 em 4 horas (1). Dentre estes, 4 são pré-natalistas.

Dos 14 médicos que não orientam nutrízes sobre o intervalo entre as mamadas, 11 dão exclusivamente atendimento pré-natal e 3 integram o grupo de consultantes. Os primeiros alegaram que assim se comportam porque "não me cabe, encaminho ao pediatra" e os outros se justificaram, dizendo: "a mãe já sabe que é de 3 em 3 horas" (2) e "quando a mãe vem no Centro de Saúde já tem um horário; amamenta cada 3 horas" (1).

Procuramos identificar a conduta médica em relação à amamentação noturna, perguntando aos 79 entrevistados se recomendam à mãe que amamente também durante a noite nos primeiros meses (questão nº 57). Trinta e cinco médicos (44,3%) afirmaram que sim e 44 (55,7%) que não.

A Tabela 104 mostra a conduta e justificativas apresentadas pelos 79 médicos quanto à orientação de nutrízes sobre a amamentação noturna, na forma como se manifestaram.

TABELA 104 - CONDOTA E JUSTIFICATIVAS APONTADAS POR 79 MÉDICOS QUANTO À ORIENTAÇÃO DE NUTRIZES SOBRE A AMAMENTAÇÃO NOTURNA NOS PRIMEIROS MESES.

C O N D U T A / JUSTIFICATIVA	Nº
Recomendo	
Por ser necessária.	14
Porque a criança não suga bem e mama pouco de cada vez.	13
Porque a criança sempre solicita.	5
Para acalmar o choro.	3
Não recomendo	
Vicia, acostuma mal a criança.	16
Por não ser necessária a mamada <u>no</u> turna.	9
Para mãe e criança descansarem.	9
Esse assunto é a mãe que resolve.	5
Cria um hábito difícil de tirar.	3
É detalhe sem importância.	1
Não sou pediatra.	1
TOTAL	79

Pelas justificativas apresentadas pelos médicos (Tabela 104), pode-se perceber que esses profissionais não levam em conta o valor da amamentação noturna para o estabelecimento e manutenção do suprimento

de leite materno, possivelmente deixando de enfatizar esse aspecto com as mães.

Quando mães que amamentam dizem ter fissuras ma milares (questão nº 58), 83,5% (66) do total de médicos referiram que lhes dão orientação. Dos que não orientam (13), há 7 pré-natalistas, 3 consultantes e 3 pediatras, representando 16,5% dos profissionais entrevistados.

A Tabela 105 mostra as informações oferecidas pelos 79 médicos sobre o comportamento por eles adotado quando nutrízes se queixam de fissuras no mamilo.

Para análise da conduta dos profissionais deste estudo, convém rever quais medidas os especialistas recomendam à mãe que amamenta, em caso de fissuras mamilares: descansar o seio afetado por um dia, expressando o leite manualmente, ou amamentar no seio menos fissurado, conforme a gravidade da situação^{137,165,183,250,252}; proceder à higiene apropriada dos seios, manter os mamilos secos e permitir sua exposição ao ar e sol^{6,137,160,252}; aplicar pomadas cicatrizantes e anesté^{sicas} no mamilo^{213,264}; empregar analgésicos por via oral^{165,183}, e fazer cauterização com nitrato de prata^{6,213,264}.

Comparando-se o comportamento dos nossos entrevistados (Tabela 105) com as práticas recomendadas para tratamento de fissuras mamilares, pode-se notar que nenhum dos médicos orienta a mãe de modo completo; nenhum dos profissionais, simultaneamente, prescreve me

TABELA 105 - INFORMAÇÕES DE 79 MÉDICOS SOBRE O COMPORTAMENTO ADOTADO QUANDO MÃES QUE AMAMENTAM SE QUEIXAM DE FISSURAS MAMILARES.

COMPORTAMENTO	Nº
Mando passar pomadas cicatrizantes	10
Recomendo compressas quentes	8
Mando passar pomadas anestésicas	7
Receito pomada Massê	7
Oriento para lubrificar o mamilo com óleo de amêndoa, <u>va</u> selina, óleo Johnson	5
Receito medicação para secar o leite	4
Digo para fazer a expressão do seio com a bombinha <u>de</u> pois da mamada	4
Mando fazer a expressão manual do leite materno e dar <u>ma</u> madeira	4
Receito pomadas analgésicas e cicatrizantes	4
Recomendo massagem nos seios	3
Mando queimar com nitrato de prata	2
Mando passar pomada	1
Mando suspender os seios	1
Recomendo paciência	1
Mando queimar com nitrato de prata e passar óleo no <u>ma</u> milo	1
Digo para passar água boricada antes da mamada	1
Recomendo não amamentar no seio fissurado e passar <u>poma</u> da anestésica	1
Oriento para diminuir o tempo de sucção no seio fissurado	1
Recomendo mamada mais curta no seio afetado e aplicação local de pomadas analgésicas e cicatrizantes	1
Não dou orientação, porque essa área é do pediatra	7
Não oriento, só mando tomar analgésicos, porque não sei como tratar fissuras	3
Mando para a enfermeira, porque não sei tratar	1
Aqui quem orienta essa parte é a enfermeira	1
Não oriento porque nunca me pediram	1
TOTAL	79

dicação para aliviar a dor, promover a cicatrização das fissuras e prevenir infecções, e recomenda à mãe medidas destinadas a evitar o agravamento das rachaduras e a fortalecer o epitélio mamilar. Convém observar ainda que as quatro últimas informações da Tabela 105 foram fornecidas por consultantes e pediatras.

Perguntamos aos médicos se ensinam às mães como devem proceder ao amamentar (questão nº 59), pedindo aos que disseram "Sim" que indicassem os ensinamentos ministrados, e aos que mencionaram "Não", razões para se comportarem assim. Dos 79 profissionais, 18 (22,8%) informaram que ensinam às mães a técnica de amamentação, e a grande maioria, 61 (77,2%), referiu que não dá orientação nesse sentido.

A orientação sobre técnica de amamentação dada pelos 18 médicos, dos quais um é pré-natalista, mostrou-se bastante incompleta. A mais minuciosa que 6 médicos realizam, é esta: "procurar posição confortável, colocar a criança ao nível do mamilo e amamentar 15 minutos em cada seio, alternando o que inicia a mamada". Nenhum dos médicos referiu ensinar às mães outros detalhes técnicos que são importantes, como: a lavagem das mãos, a higiene prévia dos seios somente com água, a massagem nos seios e a expressão inicial de um pouco de leite, a procura de ambiente tranquilo para amamentar, o cuidado em verificar se a criança apreendeu o mamilo e a aréola e se pode respirar livremente, a interrupção correta da mamada, a expressão manual dos

seios ao final, nos primeiros meses de lactação, a hi-giene dos seios ao término da mamada e o cuidado em manter os mamilos secos e protegidos.

Os 61 profissionais que não ensinam às mães como proceder ao amamentar explicaram seu comportamento, apresentando as razões que constam da Tabela 106, na linguagem dos informantes. Destes médicos, 17 são pré-natalistas.

TABELA 106 - RAZÕES APONTADAS POR 61 MÉDICOS PARA NÃO ORIENTAR NUTRIZES SOBRE A TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO.

R A Z Õ E S	Nº
Amamentar é tão normal, natural, instintivo, que as mães sabem.	30
As mães já aprendem no pré-natal, na pós-consul <u>ta</u> , com o obstetra, enfermeira, pediatra.	10
Não sei ensinar técnicas de amamentação.	5
Não faz parte da rotina.	4
Não há tempo para isso.	4
Nunca me ocorreu ser importante ensinar.	2
Tenho constrangimento por ser homem.	2
Não me preocupo com o aleitamento materno.	1
Não é costume aqui.	1
Nunca me pediram orientação.	1
É perda de tempo; as mães não amamentam mesmo.	1
TOTAL	61

Perguntamos aos médicos que conduta adotam quando a mãe que amamenta lhes diz que tem leite insuficiente ou que a criança chora de fome (questão nº 60). As informações dadas pelos 79 médicos compõem a Tabela 107, onde foi mantida a linguagem dos entrevistados. Cumpre esclarecer que dentre os 18 pré-natalistas, 15 disseram que encaminham a mãe ao pediatra e 3 referiram que "o problema não ocorre no puerpério".

Examinando os dados da Tabela 107, depreende-se que apenas 5 médicos agem de modo a preservar a continuidade do aleitamento materno, acalmando a mãe e orientando para que amamente mais frequentemente. Observe-se que, embora diversos profissionais aconselhem a manutenção do aleitamento natural, olvidam-se de recomendar à mãe que aumente a frequência das mamadas, a fim de aumentar a produção láctea.

Fizemos aos médicos a pergunta nº 61, procurando verificar se estimulam o aleitamento natural, quando mães chegam à primeira consulta pós-parto completando o seio com mamadeira. Aos informantes que responderam afirmativamente, pedimos que descrevessem a orientação propiciada. Dos 79 médicos, 60 (75,9%) disseram que, na situação apresentada, orientam as mães (entre eles um pré-natalista) e os demais, 19 profissionais (24,1%), referiram o contrário.

Na Tabela 108 apresentamos o comportamento adotado pelos 79 médicos, na linguagem que utilizaram, quando as mães, à primeira consulta pós-parto, referem amamentar e complementar o seio com mamadeira.

TABELA 107 - CONDOTA DE 79 MÉDICOS QUANDO A NUTRIZ RE
FERE QUE SEU LEITE É INSUFICIENTE,

C O N D U T A	Nº
Recomendo manter o aleitamento materno; peço retorno de pois de uma semana para controle do peso da criança e, se não engordou, complemento com leite em pó.	16
Complemento com leite em pó.	15
Mantenho o aleitamento materno; solicito retorno após um mês para avaliar o peso da criança; se não houve <u>aumen</u> to, complemento com mamadeira, leite em pó.	12
Se o peso da criança for bom, mando manter a alimentação ao seio; se não for, complemento com mamadeira.	5
Revejo a técnica que a mãe usa para amamentar. Acalmo a mãe e recomendo que amamente mais frequentemente. Solici to retorno após uma semana e avalio o peso da criança. Se não houve ganho, complemento com mamadeira.	5
Mando dar chã depois da mamada e marco retorno depois de uma semana. Se o leite secou, dou leite em pó.	2
Avalio o peso da criança, Se ganhou menos de 20g por dia, complemento com leite em pó.	2
Recomendo à mãe que dê papa de frutas depois da mamada, e chá adoçado nos intervalos.	2
Avalio o peso da criança, mantenho o aleitamento materno, prescrevo Plasil, que aumenta o leite, e marco retorno <u>a</u> pós uma semana. Se o leite não aumentou, complemento com leite em pó.	1
Encaminho para o pediatra.	13
O problema não ocorre no puerpério.	4
Mando a mãe comer alimentos protéicos e encaminho ao <u>pe</u> diatra.	1
Mando a mãe amamentar nos dois seios e mando ir depois de uma semana ao pediatra.	1
TOTAL	79

TABELA 108 - COMPORTAMENTO DE 79 MÉDICOS COM MÃES QUE,
À PRIMEIRA CONSULTA PÓS-PARTO, COMPLEMENTAM
O SEIO COM MAMADEIRA.

COMPORTAMENTO MÉDICO	Nº
Ensino à mãe que deve amamentar nos dois seios e depois dar o complemento.	30
Ensino qual leite em pó devem usar, a proporção de pó e de água, e como preparar a mamadeira.	18
Mando que dê o peito em uma mamada e a mamadeira na outra.	5
Retiro o complemento, mando dar só ambos os seios e marco retorno após uma semana para avaliar o peso da criança.	3
Mando amamentar nos dois seios e dar o complemento em <u>ca</u> neca.	1
Digo à mãe que complemente como achar melhor.	1
Recomendo não abrir muito o furo da mamadeira e não <u>en</u> grossar com farinhas.	1
Ensino a amamentar primeiro nos dois seios, dando depois o complemento, e encaminho ao pediatra.	1
Não é necessário orientar; as mães sabem fazer a mamadei <u>i</u> ra.	2
Não oriento porque não me preocupo com a criança.	2
Não oriento, porque compete ao pediatra.	15
TOTAL	79

Como mostramos na Tabela 108, se a mãe chega ao Centro de Saúde na primeira consulta pós-parto já em pregando a alimentação mista para o bebê, apenas 3 mê dicos retiram o complemento, procurando incentivar o aleitamento materno, esquecendo-se, todavia, de reco^o mendar à mãe que aumente a frequência das mamadas para estimular a lactação.

A maioria dos médicos deste estudo, 64,6% (51), não tem contra-indicado o aleitamento materno nos Cen^o tros de Saúde (questão nº 62). Contudo, 28 (35,4%), dos quais 3 pré-natalistas, informaram que procederam as sim. As razões apresentadas por esses médicos que têm contra-indicado o aleitamento natural, foram estas: "as mães eram desnutridas, fracas, e não podiam se ali^o mentar bem para produzir leite" (12); "as mães tomavam pílula anti-concepcional e suspendi a amamentação" (8); "as mães tinham tuberculose pulmonar ativa" (3); "o leite era insuficiente" (2); "a criança tinha eczema por alergia ao leite materno" (2), e "a mãe sofria de psicose" (1). Estes resultados indicam que 78,6% (22) dos médicos que têm contra-indicado a alimentação ao seio não precisavam, necessariamente, privar a criança do leite materno.

. Enfermeiras

Das 12 enfermeiras deste estudo, 9 informaram que dão orientação referente ao aleitamento materno a ges tantes (questão nº 55). Todas referiram que falam da

importância do aleitamento natural para a criança, e somente 3 mencionaram ensinamentos adicionais: 2 instruem a gestante sobre medidas para higiene dos seios e uma ensina exercício para a preparação do mamilo. As três enfermeiras que disseram não dar a orientação que foi perguntada, justificaram-se, dizendo: "quem orienta é a visitadora e a atendente", "essa orientação não faz parte da rotina" e "trabalho mais na Pediatria".

Quanto à orientação de nutrizes a respeito da alimentação que devem ingerir (questão nº 56), 3 enfermeiras mencionaram não o fazer argumentando que "as mães não poderiam comprar os alimentos indicados" (2) e que "não existe nada que faça aumentar o leite" (1).

Das 9 enfermeiras que afirmaram dar orientação alimentar às mães que amamentam, 4 não indicam práticas apropriadas, ressaltando o consumo de alimentos protêicos de origem animal; 2 recomendam à mãe apenas que aumente o consumo de líquidos e tome o Gestal; 2 estimulam a ingestão de canjica e fubá para aumentar o leite, e uma ensina à nutriz que deve evitar os condimentos e bebidas alcoólicas.

A orientação sobre higiene e cuidados com os seios, dirigida às nutrizes (questão nº 57), foi referida por 10 enfermeiras. Entretanto, todas elas mencionaram que ensinam as mães a "lavar muito bem os seios com água e sabão ou sabonete", para "evitar escabiose" e "manter higiene adequada", e poucas referiram estas outras medidas: lubrificar os mamilos (a mais frequente

te), e suspender os seios. As duas informantes que disseram não orientar nutrizes quanto aos cuidados com os seios, explicaram que assim se comportam porque "quem orienta é a atendente na pós-consulta" e porque "as mães já sabem".

Perguntando às enfermeiras se orientam mães que amamentam e apresentam fissuras mamilares (questão nº 58), 9 responderam que sim e 3 disseram que não, mas "encaminham a cliente ao médico". A orientação que as enfermeiras dão às mães, em caso de fissuras no mamilo, são estas: "mando passar pomada Massê" (5); "queimo com nitrato de prata e mando passar Hipoglôs no mamilo" (2); "mando passar óleo de amêndoa e xilocaina" (1), e "ensino a passar a pomada receitada pelo médico" (1).

Das 12 enfermeiras entrevistadas, 5 informaram que não ensinam à mãe como amamentar (questão nº 59), porque "já sabem" (4) e "o médico é quem ensina" (1). As demais 7 informantes, que afirmaram ensinar, explicaram as instruções dadas, sendo que a orientação mais completa, fornecida por uma enfermeira é esta: "Desligar de tudo. Procurar ambiente calmo, posição confortável e limpar o mamilo com água fervida. Colocar o bebê ao seio, amamentar por 15 minutos de cada lado e levantar o bebê para eructar. Depois da mamada, lavar, enxugar e proteger o mamilo com um pano limpo". As outras entrevistadas, além de mencionarem orientação bastante incompleta, incluem nos ensinamentos que ministram práticas desaconselhadas (lavar os mamilos com

água e sabão e desinfetar com álcool).

No que se refere ao intervalo entre as mamadas (questão nº 60), uma enfermeira referiu que não orienta nutrizas quanto a esse aspecto, porque "quando é no peito as mães já sabem". As outras 11 entrevistadas dizem às mães que amamentem "sempre que o bebê tiver fome" (2), "de 3 em 3 horas" (8), e "de 4 em 4 horas, porque acompanho o horário da maternidade" (1).

Duas enfermeiras recomendam às mães que amamentem o bebê também durante a noite, durante os primeiros meses (questão nº 61), porque "a criança sente fome", e "aumenta a produção de leite". As enfermeiras restantes (10) não mencionam a amamentação noturna às nutrizas, por estas razões: "não viciar o bebê" (5); "disciplinar a criança" (2); "evitar dificuldade na digestão do bebê" (1); "permitir que a mãe descanse" (1), e "porque segundo o pediatra com quem trabalhei, o sono sustenta; se o bebê chorar, a mãe deve dar chá, que ele entra no esquema" (1).

Perguntando às enfermeiras se orientam mães que chegam à primeira consulta pós-parto complementando o seio com mamadeira (questão nº 62), 3 responderam negativamente, informando que "quem dá essa orientação é o médico"; as demais 9, explicaram que ensinam as mães: "a amamentar primeiro nos dois seios e depois dar a mamadeira" (8) e "a preparar a mamadeira" (1).

Auxiliares

Dentre as 69 auxiliares, 40 (58,0%) mencionaram que dão orientação sobre aleitamento materno a gestantes (questão nº 41), enquanto as outras 29 (42,0%) disseram que não desenvolvem esse tipo de atividade.

A Tabela 109 contém a orientação sobre aleitamento materno que as 40 auxiliares ministram a gestantes, na forma relatada pelas entrevistadas.

TABELA 109 - ORIENTAÇÃO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO MINISTRADA POR 40 AUXILIARES A GESTANTES.

ORIENTAÇÃO	Nº
Falo da vantagem do aleitamento materno para a saúde do nenê.	20
Ensino o que a mãe deve comer.	8
Digo que dar de mamar no peito é mais fácil para a mãe.	3
Falo que dar o peito é mais barato.	2
Obrigo a mãe a levar o Gestal.	2
Ensino como dar de mamar.	2
Ensino a mãe a fazer massagem no seio.	1
Falo para a mãe sempre usar "soutien".	1
Ensino que a mãe deve ter paciência com o nenê no começo.	1
TOTAL	40

Perguntamos às auxiliares se ensinam às mães que amamentam o que devem comer e beber (questão nº 42). Das

69 entrevistadas, 53 (76,8%) responderam "Sim" e 16 (23,2%) disseram "Não". As informantes que não orientam nutrízes sobre alimentação, justificaram seu comportamento, explicando: "são pobres e não têm dinheiro para comprar o que precisam comer" (12); "não sei o que é melhor a mãe comer" (3), e "as mães não pedem orientação sobre isso" (1).

A orientação dada pelas 53 auxiliares às nutrízes, quanto à alimentação, é bastante semelhante à que foi mencionada pelos médicos e enfermeiras: "comer muita carne, ovos, e beber muito leite", mencionada com maior frequência; além disso, enfatizam o consumo de canjica, milho, fubã, sopas e chás, e do suplemento alimentar Gestal. Das 53 auxiliares, 25 incluíram o Gestal na orientação que referiram dar às mães.

Procuramos verificar se as auxiliares transmitiam às mães informação relativa a restrições alimentares durante o período de lactação, por meio da pergunta nº 43. Do total de entrevistadas, 25 (36,2%) responderam negativamente à indagação, várias completando sua informação voluntariamente, assim: "sempre me esqueço dessa parte", "não falo para não impressionar a mãe" e "e isso é muito de cada pessoa e não se deve interferir".

As 44 auxiliares (63,8%) que mencionaram recomendar às mães a restrição de certos alimentos, por causa da amamentação, revelaram proibir entre um e nove deles; bebidas alcoólicas (pinga e vinho), repolho, couve, pimenta, carne de porco e laranja, foram os cita

dos mais frequentemente.

Cincoenta auxiliares (72,5%) referiram que ensinam mães que amamentam a cuidar dos seios (questão nº 44) e 19 (27,5%) disseram não ensinar. Analisando os ensinamentos das auxiliares, verificamos que apenas 7 delas recomendam às mães exclusivamente práticas acertadas: lavar o mamilo somente com água, não usar sabão nem álcool nos seios e usar sempre "soutien". As demais 43, indicam medidas desaconselhadas entre práticas corretas ou somente procedimentos impróprios para a higiene dos seios de mães que amamentam.

Indagamos das auxiliares se ensinam às mães que têm rachaduras no mamilo o que devem fazer (questão nº 45). Dentre as 69 entrevistadas, 35 (50,7%) responderam "Não" e 34 (49,3%) afirmaram ensinar. Estas explicaram o que ensinam: "passar a pomada Massê que o médico receitou" (11); "passar óleo, vaselina ou manteiga de cacau no mamilo" (8); "tirar o leite com a bombinha" (6); "fazer compressa quente" (5); "passar glicerina e não deixar a criança arrotar no peito" (3), e "passar óleo de amêndoa e fazer compressa quente no bico do peito" (1).

No que diz respeito ao intervalo entre as mamadas (questão nº 46), 89,9% (62) das auxiliares disseram dar orientação às mães e 7 esclareceram que o médico, a enfermeira ou a visitadora são os que se incumbem dessa tarefa. Das 62 informantes que referiram orientar, 5 dizem às mães que devem dar de mamar "toda

vez que o nenê tiver fome"; duas ensinam que "até o segundo mês a mãe deve dar o peito de duas em duas horas"; 46 orientam a mãe para amamentar" de 3 em 3 horas", e 9 informam à mãe que amamente" de 4 em 4 horas".

Perguntando às auxiliares se lembram as mães a fim de que amamentem também durante a noite (questão nº 47), 21 (30,4%) responderam "Sim" e 48 (69,6%) "Não". As entrevistadas que deram resposta afirmativa explicaram que procedem assim porque "a criança sente fome durante a noite" (19), "o pediatra manda" (1) e "para aumentar o leite da mãe" (1). As informantes que não mencionam a mamada noturna à mãe, alegaram as seguintes razões: "para não acostumar mal a criança" (28); "porque a criança não precisa de alimento de noite" (10); "sô o médico é que deve fazer isso" (6); "os médicos não gostam porque vicia o nenê" (2), e "porque as mães já sabem que não é para dar o peito de noite" (2).

Pedimos às auxiliares que dissessem se dão alguma explicação a mães que alimentam o bebê ao seio e por mamadeira (questão nº 48). Das 69 informantes, 10 (14,5%) referiram não dar explicação nesse caso, e 59 (85,5%) afirmaram o contrário. Apresentamos na Tabela 110 a orientação que as 59 auxiliares ministram às mães que complementam o seio com mamadeira, na linguagem que as informantes usaram.

TABELA 110 - ORIENTAÇÃO MINISTRADA POR 59 AUXILIARES
 ÀS MÃES QUE COMPLEMENTAM O SEIO COM MAMADEIRA.

ORIENTAÇÃO	Nº
Ensino como fazer a mamadeira: quantas <u>me</u> didas de leite em pó e quanto de água.	30
Explico para a mãe dar primeiro os dois seios e depois a mamadeira.	20
Digo para dar o seio em uma mamada e na outra a mamadeira, para poder juntar <u>lei</u> te.	5
Mando dar somente uma mamadeira às 22 ho ras e nas outras mamadas sô os dois seios.	1
Explico como fazer a mamadeira e faço <u>le</u> var o Gestal para aumentar o leite.	1
Peço para a mãe não dar mais o complemen to e digo para voltar depois de quatro dias para ver o peso da criança.	1
Digo para a mãe dar o leite de <u>peito en</u> quanto puder, por pouco que seja.	1
TOTAL	59

, PESSOAL DE SAÚDE

Os resultados da avaliação de práticas do pessoal de saúde em relação ao aleitamento materno sugerem al
guns comentários. As práticas médicas, consideradas de modo geral, não favorecem a alimentação ao seio, não parecem representar ajuda eficaz na solução de probleme

mas que ocorrem na amamentação e são pouco elucidativas para mães inexperientes que empregam o aleitamento natural. A atuação das enfermeiras, tanto no atendimento que dispensam a gestantes, quanto a mães, parece ser insignificante na área do aleitamento ao seio. Quanto às auxiliares, verificamos que participam ativamente da orientação de clientes, mas os resultados mostram que muitas das ações desenvolvidas por essas informantes podem influir negativamente no aleitamento materno.

Julgamos ser pertinente, ainda, outro comentário. Analisando a orientação que os entrevistados referiram dar a nutrízes, quanto à alimentação, parece indispensável preencher a lacuna existente nas Unidades Sanitárias no que se refere ao nutricionista. Sua ausência foi por nós notada e sentimos a necessidade desse profissional para atuar junto à equipe de saúde e, eventualmente, diretamente com a clientela, orientando sobre nutrição e alimentação, além de desenvolver outras atividades nessa área.

4.4 - INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Indagamos dos médicos (questão nº 64), enfermeiras (questão nº 64) e auxiliares (questão nº 50) onde obtiveram seus conhecimentos sobre aleitamento materno; as informações que forneceram são apresentadas, respectivamente, nas Tabelas 111, 112 e 113.

Como se verifica na Tabela 111, as fontes de conhhecimento sobre aleitamento materno apontadas mais freq

TABELA 111 - FONTES DOS CONHECIMENTOS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO APONTADAS POR 79 MÉDICOS.

FONTES DOS CONHECIMENTOS	FREQUÊNCIA ^(*)
Periódicos científicos	37
Mães, no atendimento profissional	28
Médicos (informalmente)	25
Livros textos	20
Residência	20
Curso de Graduação	9
Experiência própria (de mãe, de pai)	8
Amigas que amamentam	1
Reuniões científicas	1
Curso de Pós-Graduação	1
Curso de Saúde Pública	1
TOTAL	151

(*) Resposta múltipla

Quentemente pelos médicos foram os periódicos e as próprias mães por eles atendidas. O Curso de Graduação foi pouco mencionado, assim como outros cursos, sugerindo que não há destaque quanto ao aleitamento natural em seus conteúdos programáticos.

Para as enfermeiras (Tabela 112), os médicos do Centro de Saúde e as mães que frequentam esse serviço,

TABELA 112 - FONTES DOS CONHECIMENTOS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO APONTADAS POR 12 ENFERMEIRAS.

FONTES DOS CONHECIMENTOS	FREQÜÊNCIA (*)
Médicos do Centro de Saúde (informalmente).	5
Mães, no atendimento profissional.	5
Periódicos científicos.	3
Livros textos.	2
Enfermeiras (informalmente).	2
Cursos de atualização.	2
Folheto da Secretaria da Saúde.	1
Curso de Graduação.	1
TOTAL	21

(*) Resposta múltipla

constituem as fontes de conhecimentos referentes ao a leiteamento natural mais citadas. O Curso de Graduação em Enfermagem foi apontado apenas uma vez.

Segundo as auxiliares, os médicos do Centro de Saúde representam seu principal agente de informação sobre aleitamento natural, seguindo-se a experiência própria, os familiares e as mães que atendem no Serviço (Tabela 113).

TABELA 113 - FONTES DOS CONHECIMENTOS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO APONTADAS POR 69 AUXILIARES.

FONTES DOS CONHECIMENTOS	FREQUÊNCIA (*)
Médicos do Centro de Saúde (informalmente).	28
Experiência de mãe.	13
Famíliares.	13
Mães que atende no Centro de Saúde.	13
Enfermeiras (informalmente).	7
Auxiliares (informalmente).	5
Trabalho em berçário.	5
Nutricionistas (informalmente).	4
Obstetrizes (informalmente).	3
Educadoras em saúde.	2
Treinamento em saúde.	2
Curso para atendente.	1
Curso de Educação em Saúde.	1
Livro texto.	1
Folheto da Secretaria da Saúde.	1
Jornal.	1
TOTAL	100

(*) Resposta múltipla.

Como sugerem os dados fornecidos pelos profissionais que participaram deste estudo, os Cursos de Graduação em Medicina e em Enfermagem, assim como outros cursos frequentados por médicos e enfermeiras, não conferem a devida importância ao aleitamento materno em suas programações. Quanto às auxiliares, a experiência de ser mãe, os familiares e as clientes que atendem na Unidade Sanitária parecem informá-las mais sobre a amentação do que os profissionais que integram a equipe de saúde, exceto o médico. Observe-se ainda que o intercâmbio existente na área cognitiva (Tabelas 111, 112 e 113) mostra bem a necessidade de prover o pessoal de saúde de informação uniforme e atualizada a respeito do aleitamento natural, para permitir a difusão de conhecimentos coerentes e harmônicos entre profissionais e auxiliares que atuam na área materno-infantil.

Indagamos das 12 enfermeiras e 69 auxiliares (questões nº 65 e nº 51), que representam 50,6% da população estudada, se haviam recebido treinamento específico na área do aleitamento materno. A totalidade das entrevistadas referiu que não. Diversas auxiliares disseram que, antes do início de suas funções, foram submetidas a um treinamento em saúde, durante o qual "quase nada se disse sobre aleitamento materno", "da amentação só se falou rapidamente e pouco" e "nada foi ensinado sobre aleitamento materno". Essas informações sugerem que o treinamento inicial do pessoal auxiliar nos Centros de Saúde não tem aproveitado essa oportunii

dade para transmitir conhecimentos referentes à alimen
tação ao seio.

Pediu-se a opinião de médicos (questão nº 63), en
fermeiras (questão nº 63) e auxiliares (questão nº 49)
sobre as três principais causas do declínio do aleita
mento materno entre nós, na ordem de importância. Ex
cluindo-se um médico que disse "não sei se o aleitamen
to declinou", para os outros 78 os principais responsá
veis pela queda do aleitamento materno são: "a propa
ganda comercial de leite em pó", "o trabalho da mãe
fora do lar" e "a falta de conhecimentos das mães so
bre aleitamento materno". As enfermeiras acham que "o
trabalho fora do lar", "a propaganda de leite em pó" e
"a desnutrição da mãe" constituem as causas primordiais
da diminuição do aleitamento ao seio. Na opinião das
auxiliares esse problema se deve, principalmente, "ao
trabalho da mãe fora de casa", "a vaidade da mulher que
tem medo de deformar o seio" e "a falta de conhecimen
tos das mães sobre a amamentação".

A Tabela 114 contém as causas do declínio do alei
tamento materno no Brasil, segundo a opinião de 159 dos
informantes que compõem o pessoal de saúde do estudo,
totalizando 477 informações.

Atentando-se para as causas apontadas pelos pro
fissionais e auxiliares como responsáveis pela queda
do aleitamento natural (Tabela 114), verificamos que
49,9% delas (238) estão de alguma forma relacionadas
com conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de

TABELA 114 - OPINIÃO DE 159 INFORMANTES QUE COMPÕEM O
PESSOAL DE SAÚDE SOBRE AS CAUSAS DO DECLÍ-
NIO DO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL.

CAUSAS DO DECLÍNIO DO ALEITAMENTO MATERNO	FREQÜÊNCIA (*)
Trabalho fora do lar	107
Vaidade da mulher: medo de deformar o seio	73
Falta de conhecimento das mães sobre aleitamento materno	62
Propaganda comercial de leites em pó	60
Desnutrição da mãe	30
Comodismo da mãe: mamadeira é mais fácil	30
Uso de pílulas anti-concepcionais	23
Falta de orientação das mães pelo pessoal de saúde	19
Facilidade de obtenção de leite em pó	15
Distribuição de leite em pó no Centro de Saúde	11
Prescrição de leite em pó pelos médicos	7
Baixo "status" do leite materno e alto do leite em pó	6
Urbanização e migração	4
Stress da vida moderna	4
Falta de interesse da mãe pela amamentação	4
Vergonha da mãe em amamentar	3
Falta de apoio legal para a amamentação	2
Falta de vontade da mãe para amamentar	2
Modernismo da mamadeira	2
Falta de preparo do médico sobre aleitamento materno	2
Fator educacional: conceito errôneo de que amamentar defor- ma o seio	1
Mudança de valor: seio objeto sexual	1
Emancipação social da mulher	1
Interesse econômico das multinacionais	1
Aleitamento materno é cansativo	1
Conceito errôneo de que o choro do bebê é de fome	1
Falta de interesse da equipe de saúde pela amamentação	1
Parto cesariano: estraga o leite e a mãe não amamenta	1
A mãe não amamenta para ganhar leite em pó para a família	1
Ambiente social a favor da alimentação artificial	1
Falta de programação nos Centros de Saúde para estímulo ao aleitamento materno	1
TOTAL	477

(*) Resposta múltipla

saúde e de mães. Esse percentual ultrapassa a percentagem alcançada pelos fatores mais freqüentemente incriminados pelo abandono da alimentação ao seio: o trabalho fora do lar e a propaganda comercial de leites em pó, que em conjunto, representam 35,0% (167) das causas mencionadas. A opinião do pessoal de saúde destaca que os modos de pensar, sentir e agir, em relação ao aleitamento materno, constituem causa relevante do declínio dessa prática e está conforme o que referem os especialistas^{5,101,102,103,175,176,246}.

Os resultados e comentários referentes aos conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de saúde no que concerne ao aleitamento materno, além de evidenciam a necessidade de intervenção educativa dirigida a esses profissionais e auxiliares, para que possam atuar eficazmente em prol da alimentação ao seio, indicam temas referentes à matéria que devem ser incluídos em programas que se destinam a preparar recursos humanos que atuam na área materno-infantil. Apresentamos a seguir sugestão de conteúdo programático mínimo sobre aleitamento materno, que atende a esse desiderato.

5. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

Qualquer programa de educação sobre aleitamento materno deverá contribuir para o incentivo à amamentação, capacitando recursos humanos envolvidos em serviços e programas de atenção materno-infantil.

Cumpramos ressaltar que o Programa aqui sugerido deve ser adaptado às diversas categorias de pessoal, adequando-se o seu desenvolvimento à disponibilidade de tempo do pessoal e dos serviços. O planejamento de programas dessa natureza deve ser realizado por equipe multidisciplinar. A coordenação do Programa caberá ao Educador de Saúde Pública e, na sua falta, à Enfermeira. A execução do Programa competirá a vários profissionais de saúde, entre os quais se destacam: Pediatra, Obstetra, Educador de Saúde Pública e Nutricionista. É imprescindível a padronização de conceitos para evitar informação divergente e contraditória.

Sugerimos como conteúdo programático os seguintes temas:

1. Vantagens do aleitamento materno para o binômio mãe-criança, família e comunidade: aspectos nutricionais, imunológicos, higiênicos, psico-sociais e econômicos.
2. O declínio do aleitamento materno: consequências:
 - países desenvolvidos;
 - países em desenvolvimento, problema de Saúde Pública.
3. Fatores psico-culturais e sócio-econômicos relacionados com a queda do aleitamento natural.

4. Anatomia da glândula mamária.
5. Psicofisiologia da lactação:
 - lactação e amamentação;
 - mecanismos de produção e ejeção do leite materno.
6. Principais fatores que influem no processo de lactação:
 - produção de leite;
 - . sucção, esvaziamento das mamas, início precoce da amamentação, amamentação sob demanda;
 - ejeção de leite:
 - . sucção, emoções e atitudes individuais, emoções e sentimentos dos outros (confiança, segurança X medo, ansiedade, insegurança).
7. Composição bioquímica do colostro e leite materno.
8. Aleitamento materno, medicamentos, drogas, fumo e álcool.
9. Aleitamento materno: contra-indicações.
10. Nutrição e alimentação da gestante e da nutriz:
 - necessidades nutricionais durante a gravidez e lactação;
 - alimentação adequada;
 - estado nutricional e aleitamento materno (vogal)

- lume e composição do leite);
- . falsas crenças e tabus alimentares;
- . programas de suplementação alimentar.

11. Amamentação:

- iniciação precoce, sob demanda, frequente, sem limitações;
- higiene e cuidados com os seios;
- técnica de amamentação: higiene prévia, ambiente, posição, tempo, alternância dos seios, higiene final e proteção do mamilo;
- esquema alimentar no primeiro ano de vida: duração do aleitamento materno exclusivo, introdução de outros alimentos, práticas de desmame.

12. Dificuldades no aleitamento materno; prevenção e tratamento.

13. Fatores que prejudicam o aleitamento materno:

- analgesia e anestesia da parturiente;
- alimentação pré-láctea (solução de glicose);
- complementos;
- utilização de mamadeira;
- separação mãe-criança;
- propaganda comercial e promoção de alimentos infantís industrializados;
- contraceptivos orais;
- falsas crenças.

14. Aleitamento materno e legislação:

- proteção à maternidade;
- proteção ao aleitamento materno.

15. Preparo da gestante para o aleitamento materno durante o atendimento pré-natal:

- vantagens do aleitamento materno, importância do colostro, aparência do colostro e leite materno, mecanismos de produção e ejeção do leite, fatores que influem no processo de lactação;
- exame dos seios: teste de Waller;
- exercícios para preparação do mamilo;
- exercícios de Hoffman para correção de mamilos pseudo-invertidos;
- massagem nos seios;
- técnica de expressão manual dos seios;
- expressão manual do colostro;
- higiene e cuidados com os seios;
- alimentação adequada;
- técnica da amamentação;
- dificuldades no aleitamento materno; medidas preventivas e curativas.

16. Educação em Saúde e aleitamento materno:

- conceito, objetivos, princípios da Educação em Saúde;
- processo de mudança de comportamento, forças que atuam na mudança;

- métodos e técnicas de educação (entrevista, discussão em grupo, palestra, demonstração).

17. Responsabilidades educativas do pessoal de saúde no estímulo ao aleitamento materno.

6. CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo levaram-nos às seguintes conclusões:

1. Faltam conhecimentos ao pessoal de saúde para que estimule, facilite e promova o aleitamento materno nas Unidades Sanitárias. Os conhecimentos evidenciados em relação ao aleitamento natural são escassos, incompletos e inadequados: do total de informações fornecidas pelo pessoal de saúde sobre aleitamento materno, somente 19,5% revelaram conhecimento considerado *satisfatório*, enquanto 65,7% mostraram conhecimento categorizado como *insatisfatório* e *errôneo*.
2. Existem falsas crenças entre o pessoal de saúde relacionadas com a amamentação, que desfavorecem a adoção e continuidade do aleitamento materno. Para 49,3% dos médicos, a maior parte das enfermeiras (8) e 76,8% das auxiliares a capacidade da mulher para lactar diminuiu. O aleitamento natural causa deformação no seio, segundo crêem 38,0% dos médicos, metade das enfermeiras e 42,0% das auxiliares. O ato de amamentar é puramente instintivo, conforme acreditam 60,8% dos profissionais de medicina, a maioria das enfermeiras (10) e 75,3% das auxiliares.
3. Foram constatadas atitudes negativas referentes ao aleitamento materno em 49,4% dos profissionais e auxiliares que atuam diretamente com gestantes e mães nas Unidades Sanitárias.

4. O preparo pré-natal da mulher para o aleitamento materno nos Centros de Saúde é feito precariamente. Entre os médicos que dão atendimento a gestantes, só 42,9% fazem o exame dos seios. Contudo, nenhum realiza o teste de Waller para detectar problemas mamilares passíveis de correção. As enfermeiras não capacitam as mães nas técnicas recomendadas para preparação dos seios e mamilos visando a lactação e o ato de amamentar. A orientação que médicos, enfermeiras e auxiliares propiciam às gestantes, no que concerne ao aleitamento materno, focaliza, praticamente, apenas as vantagens da amamentação, que são mencionadas restrita e superficialmente.
5. O pessoal de saúde adota práticas prejudiciais à manutenção do aleitamento materno e não utiliza aquelas que visam a favorecê-lo. Dentre os médicos que prescrevem aleitamento materno exclusivo (61), apenas 5 recomendam à mãe que alimente a criança exclusivamente ao seio nos 4 a 6 primeiros meses, e 82,0% dos profissionais (50) prescrevem precocemente a introdução de novos alimentos na dieta infantil. A amamentação por horário é aconselhada, erroneamente, por 53,8% dos médicos que orientam mães quanto ao intervalo entre as mamadas. Os ensinamentos transmitidos às nutrizes por médicos, enfermeiras e auxiliares, no que se refere à higiene e cuidados com os seios, incluem medidas desaconselhadas e

que podem causar dificuldades à amamentação. As ações do pessoal de saúde, em relação a mães que complementam o seio com mamadeira, não favorecem a manutenção do aleitamento materno e concedem ênfase à alimentação artificial.

6. A orientação ministrada pelos profissionais e auxiliares de Centros de Saúde às nutrizes é insuficiente, inconsistente e divergente. O ensino da técnica de amamentação, quer por médicos quer por enfermeiras, é incompleto e pouco esclarecedor. A amamentação noturna é recomendada às mães por 44,3% dos médicos entrevistados, mas 55,7% desses profissionais, assim como a maior parte das enfermeiras e 69,9% das auxiliares, não fazem essa recomendação. A mãe é aconselhada por 68,3% das auxiliares a fazer restrição de certos alimentos durante o período de lactação.
7. É possível que a ausência de Nutricionista na equipe de saúde das Unidades trabalhadas esteja contribuindo para a precária e inadequada orientação que profissionais e auxiliares realizam quanto à alimentação de nutrizes.
8. Os Cursos de Graduação em Medicina e em Enfermagem não foram indicados como fonte principal de conhecimentos sobre aleitamento natural.
9. O pessoal de saúde não está motivado, nem preparado, para assumir suas responsabilidades educacionais.

tivas na área de incentivo ao aleitamento materno.

10. Há necessidade urgente e imperiosa de desenvolvimento de programas de educação dirigidos ao pessoal de saúde de todas as categorias, antecedendo sua participação nas atividades de estímulo ao aleitamento materno.

7, REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA. Comitê de Nutrição. Pe
diatras dos Estados Unidos estimulam o aleitamento na
tural. Atual.méd., 14 (10): 10-11, 1979.
2. ADDY, D.P. Infant feeding: a current view. Brit.med.
J., 1: 1268-1271, 1971.
3. ALMROTH, S.G. Water requirements of breast fed infants
in a hot climate. Amer. J. clin. Nutr., 31: 1154-
1157, 1978.
4. ALMROTH, S.G. et al. La importancia economica de la
lactancia materna. Alim. Nutr., 5 (2): 4-11, 1979.
5. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Nutrition.
Commentary on breast-feeding and infant formulas,
including proposed standards for formulas. Pediatrics,
57: 278-285, 1976.
6. ANDRADE E SILVA, P.S. et al. Aspectos práticos da pro
filaxia do desmame precoce; normas adotadas pela Dis
ciplina de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas
de Santos. Pediat. prát., 49 (1/4): 35-39, 1978.
7. AONO, T. et al. The initiation of human lactation and
prolactin response to suckling. J. clin. Endocr. &
Metab., 44: 1101-1106, 1977.
8. APPLEBAUM, R.M. The modern management of successful
breast-feeding. Pediat. clin. N. Amer., 17: 203-205,
1970.
9. APPLEBAUM, R.M. The physician and a commonsense approach
to breast-feeding. South. med. J., 63: 793-799, 1970.
10. APPLEBAUM, R.M. Some thoughts and speculations on
breast-feeding; letters. J. Pediat., 77: 517, 1970.
11. APPLEBAUM, R.M. Techniques of breast-feeding. J.trop.
Pediat., 21: 273-279, 1975.
12. ARRUDA, R.V. & GONDIN. W.C. Estudo do alactamento ma
terno em Fortaleza. Pediat. prát. 41: 331-334, 1970.

13. AVILA, H. et al. Fatores determinantes de la suspensión de la lactancia en un grupo de población urbana. Bol. Ofic. sanit. panamer., 84: 383-390, 1978.
14. BACON, C.J. & WYLIE, J.M. Mother's attitudes to infant feeding at Newcastle General Hospital in summer 1975. Brit. med. J., 1: 308-309, 1976.
15. BAFNA, P.P. et al. A study of attitudes of practising doctors to infant feeding. Ind. Pediat., 11: 563-566, 1974.
16. BARBIERI, M.C. et al. Aleitamento materno em serviço de atendimento médico de comunidade urbana (Centro Médico Social Comunitário de Vila Lobato, Ribeirão Preto). Medicina, Ribeirão Preto, 9 (1/2): 1-8, 1978.
17. BARNES, D.B. & BARNES, P.B. Infant feeding. II. A survey of mother's practices and attitudes. Nurs. Times, 72: 1250-1253, 1976.
18. BARNES, Jr., G.R. et al. Management of breast feeding. J. Amer. med. Ass., 151: 192-199, 1953.
19. BATISTA FILHO, M. Prevalência e estágios da desnutrição protéico-calórica em crianças da cidade de São Paulo. São Paulo, 1976. |Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública USP|
20. BEREZIM, A. et al. Aleitamento natural e desmame. J. Pediat., 39: 311-315, 1974.
21. BERG, A. Estudios sobre nutrición, su importancia en el desarrollo socioeconomico. México, Ed. Limusa, 1975.
22. BEZKOROVAINY, A. Human milk and colostrum proteins: a review. J. Dairy Sci., 60: 1023-1037, 1977.
23. BLAIKLEY J. et al. Breast feeding: factors affecting success. J. Obst. Gynaec. Brit. Emp., 605: 657-669, 1953.
24. BOMFIM, D.C. et al. Investigação sobre aleitamento materno. Bol. Inst. Puer. Pediat. Martagão Gesteira, 29 (2): 15-28, 1974.

25. BON, A.M.X. Estudo sobre os conhecimentos de alimentação de uma população de gestantes. São Paulo, 1981. |Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública USP|
26. BORGLIN, N.E. & SANDHOLM, L.E. Effect of oral contraceptives on lactation. Fert. Steril., 22 (1): 39-41, 1971.
27. BRAZELTON, T.B. Psychophysiologic reactions in the neonate. II. Effect of maternal medication in the neonate and his behavior. J. Pediat. 58: 513-518, 1961.
28. BRIMBLECOMBE, F.S.W. & CULLEN, D. Influences on a mother's choice of method of infant feeding. Publ. Hlth, London, 91: 117-126, 1977.
29. BRITO, A.S.J. et al., Um programa de estímulo ao aleitamento materno: avaliação prévia. J. Pediat., Rio de Janeiro, 46: 155-159, 1979.
30. BRITO, D.V. et al. Projeto aleitamento materno. São Paulo, Instituto de Saúde, Serviço de Educação em Saúde Pública, 1973.
31. BROWN, F. et al. Studies in choice of infant feeding by primiparas. I. Attitudinal factors and extraneous influences. Psychol. Med., 22: 421-429, 1960.
32. BROWN, R.E. Breast feeding in modern times. Amer. J. clin. Nutr., 26: 556-562, 1973.
33. BROWN, R.E. Relactation: an overview. Pediatrics, 60: 116-120, 1977.
34. BROWN, R.E. Relactation with reference to application in developing countries. Clin. Pediat., 17: 333-337, 1978.
35. BURALLI, K.O. Contribuição ao estudo da prática do aleitamento materno em uma zona rural do Estado de São Paulo. São Paulo, 1978. |Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública, USP|

36. CAMERON, M. & HOFVANDER, Y. Manual sobre alimentación de lactantes y niños pequeños, 2^a. ed. New York, Naciones Unidas, 1977.
37. CAMPOS, Jr., D. et al. Evolução da prática do aleitamento materno em pequena comunidade de hábitos rurais - estudo retrospectivo. J. Pediat., Rio de Janeiro, 45: 333-341, 1978.
38. CANDEIAS, N.M.F. & MARCONDES, R.S. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 13: 63-68, 1979.
39. CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE. Breast feeding; biological value: a document for academic level workers and professional. Paris, 1979.
40. CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE. Breast feeding: document intended for health personnel and educators. Paris, 1979.
41. CEPEDA, S.N. Aspectos sanitarios sociales de la lactancia en Galicia. Rev. Sanid. Hig. públ., 49: 885-907, 1975.
42. COBO, E. Effect of different doses of ethanol on the milk ejecting reflex in lactating women. Amer. J. Obst. Gynec., 115: 817-821, 1973.
43. COLE, E. Breastfeeding: a critique of the literature. In: RAFHAEL, D. Breastfeeding and food policy in a hungry world. New York, Academic Press, 1979. p.138-145.
44. COLE, J.P. Breastfeeding in the Boston suburbs in relation to personal-social factors. Are pediatricians thoughtlessly influencing the outcome in their post partum care? Clin. Pediat., 16: 352-356, 1977.
45. COOK, R. Nutrition activities in local health services. Cajanus, 6: 221-228, 1973.

46. COULSON, K.M. et al. Hematocrit levels in breast-fed american babies. A preliminary study suggesting that nutritional anemia may not develop. Clin. Pediat., 16: 649-651, 1977.
47. COUNTRYMAN, B.A. Breast care in the early puerperium. JOGN Nurs., 2: 36-40, 1973.
48. COUNTRYMAN, B.A. Breast feeding: helping the mother get started. Nurs. Care., 117: 77-80, 1976.
49. COUNTRYMAN, B.A. Hospital care of the breast fed newborn. Amer. J. Nurs., 71: 2365-2368, 1971.
50. CUNNINGHAM, A.S. Morbidity in breast fed and artificially fed infants. J. Pediat. 90: 726-729, 1977.
51. DAVIES, P.A. Feeding. Brit. med. J., 4: 351-354, 1977.
52. DAVIES, D.A. Plasma osmolality and feeding practices of healthy infants in first three months of life. Brit. med. J., 2: 340-342, 1973.
53. DAVIS, H.V. et al. Effects of cup, bottle and breast-feeding on oral activities of newborn infants. Pediatrics., 2: 549-558, 1948.
54. DE CASTRO, F.J. Decline of breast feeding. Clin. Pediat., 7: 703, 1968.
55. DE CHÂTEAU, P. et al. A study of factors promoting and inhibiting lactation. Dev. Med. Child. Neurol., 19: 575-584, 1977.
56. DE LA JARA, J.J. & MERINO, A.P. Contenidos educativos para la promoción de la lactancia natural. Cuad. méd. soc., 17 (1): 23-29, 1976.
57. DESCHAMPS, J.P. et al. Comment l'allaitement maternel est-il enseigné au personnel de santé? Méd. Hyg., 38: 577-581, 1980.
58. DESCHAMPS, J.P. et al. Une enquête sur l'alimentation du nourrisson. Réflexions en vue d'une action éducative en faveur de l'allaitement maternel. Arch. franç. Pediat., 34: 559-564, 1977.

59. EGLI, C.E. et al. Influence of number of breast feeding on milk production. Pediatrics., 27: 314-317, 1961.
60. ENDRESEN, E.H. & HELSING, E. Amamentando sua criança. Campinas, Centro de Pesquisas e Controle das Doenças materno-infantis (CEMICAMP), 1981.
61. EPPINK, H. An experiment to determine a basis for nursing decisions in regard to time of initiation of breastfeeding. Nurs. Res., 15: 292-297, 1969.
62. ESTOK, P.S. What do nurses know about breastfeeding problems? JOGN Nurs., 2: 36-39, 1973.
63. FAONDES, A. O médico e o estímulo à lactação. In: SEMINÁRIO SOBRE ESTÍMULO DO ALEITAMENTO NATURAL, Campinas, 1977. Campinas, UNICAMP, 1977. p. 14-23.
64. FREEDMAN, G.R. Breast feeding - a year's experience of one group practice. J. roy. Coll. gen. Pract., 26: 507-513, 1976.
65. FRISCHKNECHT, W. Desenvolvimento da personalidade da mãe através do aleitamento ao seio. An. Nestlé., (103): 90-97, 1979.
66. GALOTTI, M.R. et al. Pesquisas e dosagem das imunoglobulinas no leite humano nas diversas fases da lactação. J. Pediat., Rio de Janeiro, 44: 95-99, 1978.
67. GARCIA, J.B. & PAREDES, B.S. Consideraciones practicas sobre la lactancia materna. Plan Nacional de Alimentación y Nutrición. Bogotá, Universidad Javeriana, 1979.
68. GERRARD, J.W. Breast feeding: second thoughts. Pediatrics., 54: 757-764, 1974.
69. GOFFI, P.S. Aspectos obstétricos. In: AMAMENTAÇÃO materna. São Paulo, Ed. Nestlé. Serviço de Informação Científica, 1978. p. 9.
70. GOLDMAN, A.S. & SMITH, C.W. Host resistance factors in human milk. J. Pediat., 82: 1082-1090, 1973.

71. GOLDMAN, A.S. & WEINER, D.C. Clinical aspects of food sensitivity. Diagnoses and management of cow's milk sensitivity. Pediat. clin. N. Amer., 24: 133-139, 1977.
72. GOTHEFORS, L. & WINBERG, J. Host resistance factors. J. trop. Pediat., 21: 260-262, 1976.
73. GOYEA, H.S. & JOHNSON, E.J. Benin city mothers: their beliefs concern infant feeding and child care. Trop. Geogr. Med., 29: 103-108, 1977.
74. GRAY, R.H. Breast feeding and maternal and child health. Cajanus, 9: 214-22, 1976.
75. GUILLERMAN, S.W. et al. Encuesta alimentaria y social en un grupo de lactantes con diarrea aguda. Rev. Hosp. Niños, Buenos Aires, 19 (74):65-68, 1977.
76. GUNTHER, M. Instinct and the nursing couple. Lancet, 1: 575-578, 1955.
77. GUPTA, A.N. et al. Effect of oral contraceptives on quantity and quality of milk secretion in human beings. Indian J. med. Res., 62: 964-970, 1974.
78. GUSSLER, J.D. & BRIESEMEISTER, L.H. The insufficient milk syndrome: a biocultural explanation. Med. Antropol., 4: (2): 1-23, 1980.
79. GUTHRIE, G.M. et al. Maintenance and termination of breast feeding in rural and urban Philippine. Ecol. Food Nutr., 10: 35-43, 1980.
80. GUTHRIE, H.A. & GUTHRIE, G.M. The resurgence of natural child feeding. A study of 129 middle class mothers in a college community. Clin. Pediat., 5: 481-484, 1966.
81. GYORGY, P. Aspectos bioquímicos. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. El valor incomparable de la leche materna. Washington, DC, 1972. p. 4-10 (Publ. cient., 250)

82. HALL, B. Change composition of human milk and early development of an appetite control. Lancet., 1:779-781, 1975.
83. HALPERN, S.R. et al. Factors influencing breast-feeding: notes on observations in Dallas, Texas. South. med. J., 65: 100-102, 1972.
84. HAMBRAEUS, L. Proprietary milk versus human breast milk in infant feeding. Pediat. clin. N. Amer., 24: 17-36, 1977.
85. HAMBRAEUS, L. et al. Nitrogen and protein components of human milk. Acta paed. scand., 67: 561-565, 1978.
86. HANSON, L.A. & WINBERG, J. Breast milk and defence against infection. Arch. Dis. Child., 47: 845-848, 1972.
87. HANSON, L.A. et al. Fatores de defesa imunitária do leite humano. An. Nestlé, (103): 41-50, 1979.
88. HARFOUCHE, J.K. The importance of breast feeding. J. trop. Pediat., 16: 135-169, 1970.
89. HELSING, E. Feeding practices in Europe; beliefs and motivations and possibilities for change. |Presented in the International Symposium on Infant and Early Childhood Feeding, Michigan State University, 1978. Mimeografado|
90. HELSING, E. Lactation education: the learning of the "obvious". In: BREAST-FEEDING and the mother. Amsterdam, Elsevier. 1976. p. 215-230. (Ciba Foundation Symposium, 45 - new series)
- 91 HENDRICKSE, R.G. Socio-economic and psychological factors in breast-feeding motivations. Bull. Int. Pediat. Ass., 16: 37-42, 1976.
92. HERRERA, P. et al. Alimentación natural. Estudio en 56 madres de un setor de bajo nivel socio-económico en la ciudad de Valdivia en 1970 (Chile). Rev. chil. Pediat., 42: 706-710, 1971.

93. HOFFMAN, J.B. A suggested treatment for inverted nipples. Amer. J. Obstet. Gynec., 66: 346-348, 1953.
94. HOFVANDER, Y. & PETROS-BARVAZIAN, A. WHO Collaborative study on breast feeding. Acta paed. scand., 67: 556-570, 1978.
95. HOFVANDER, Y. & SJÖLIN, S. Breast feeding trends and recent information activities in Sweden. Acta paed. scand., (suppl. 275): 122-125, 1979.
96. HOLLEN, B.K. Attitudes and practices of physicians concerning breast-feeding and its management. J. trop. Pediat., 22: 288-293, 1976.
97. HORMANN, E. Relactation: a guide to breastfeeding the adopted baby. s.n.t. |Cópia fotostática|
98. HUNTINGFORD, P.J. Attitude of doctors and midwives to breastfeeding. Dev. Med. Child Neurol., 4: 588-594, 1962.
99. HYTTEN, F.E. et al. Difficulties associated with breast-feeding. A study with 106 primiparae. Brit. med. J., 1: 310-315, 1958.
100. INSTITUTO DE MEDICINA PREVENTIVA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA/FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. Estado nutricional de crianças de 6 a 60 meses no Município de São Paulo: análise dos dados. São Paulo, 1975. v. 2
101. INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (INAN). Incentivo ao aleitamento materno: anteprojeto. Brasília, D.F., 1980. |Mimeografado|
102. INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (INAN). Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno: resumo. Brasília, D.F., 1981. |Mimeografado|
103. INTERNATIONAL PEDIATRIC ASSOCIATION SEMINAR, Montreux, 1975. Recommendations for action programmes to encourage breast feeding. Acta paed. scand., 65: 275-277, 1976.

104. ISSLER, H. & MARCONDES, E. Técnica do aleitamento materno. Pediatria, São Paulo, 2: 13-20, 1980.
105. JACKSON, E.B. et al. Statistical report on incidence and duration of breast-feeding in relation to personal-social and hospital maternity factors. Pediatrics, 17: 700-715, 1956.
106. JEFFS, J. Why do mothers breast feed? Nurs. Times., 16: 911-914, 1977.
107. JELLIFFE, D.B. Breast-milk and the world protein gap. Clin. Pediat., 7 (2): 96-99, 1968.
108. JELLIFFE, D.B. Community and sociopolitical considerations of breast-feeding. In: BREAST-FEEDING and the mother. Amsterdam, Elsevier, 1976. p. 231-255. (Ciba Foundation Symposium, 45 - new series)
109. JELLIFFE, D.B. The infant food industry and international child health. Int. J. Hlth Serv., 7: 249-254, 1977.
110. JELLIFFE, D.B. La nutrición infantil en las zonas tropicales y subtropicales. Ginebra, 1970. (OMS - Ser. Monog., 29)
111. JELLIFFE, D.B. World trends in infant feeding. Amer. J. clin. Nutr., 29: 1227-1237, 1976.
112. JELLIFFE, D.B. & JELLIFFE, E.F.P. Adaptive suckling - commentary. Ecol. Food Nutr., 5: 249-253, 1976.
113. JELLIFFE, D.B. & JELLIFFE, E.F.P. A boa iniciação nutricional: como melhorar a nutrição de mães e crianças pequenas. Brasília, UNICEF-Brasil, 1980.
114. JELLIFFE, D.B. & JELLIFFE, E.F.P. Breast is best for infants everywhere. Discussion of the virtues of breast feeding as opposed to formula feeding. Perhaps the ultimate judgement is a little nearer. Nutr. Today, 13: 12-16, 1978.
115. JELLIFFE, D.B. & JELLIFFE, E.F.P. "Breast is best": modern meanings. New Engl. J. Med., 297: 912-915, 1977.

116. JELLIFFE, D.B. & JELLIFFE, E.F.P. Doulas, confidence and the science of lactation; editorial. J. Pediat., 84: 462-464, 1974.
117. JELLIFFE, D.B. & JELLIFFE, E.F.P. Education of the public for successful lactation. Ecol. Food Nutr., 2: 127-132, 1973.
118. JELLIFFE, D.B. & JELLIFFE, E.F.P. How breast feeding really works (facts versus medical folklore). Cajanus, 4: 1-8, 1971.
119. JELLIFFE, D.B. & JELLIFFE, E.F.P. Human milk in the modern world. 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 1979.
120. JELLIFFE, D.B. & JELLIFFE, E.F.P. Human milk, nutrition, and the world resource crisis. Science, 188: 557-561, 1975.
121. JELLIFFE, D.B. & JELLIFFE, E.F.P. Lactation, conception, and the nutrition of the nursing mother and child. J. trop. Ped., 81: 829-833, 1972.
122. JELLIFFE, D.B. & JELLIFFE, E.F.P. Panorama general. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. El valor incomparable de la leche materna. Washington, DC, 1972. p. 56-68 (Publ. cient., 250)
123. JELLIFFE, E.F.P. Infant feeding practices: associated iatrogenic and commerciogenic diseases. Pediat. clin. N. Amer., 24: 49-61, 1977.
124. JELLIFFE, E.F.P. Introducing breast-feeding into modern health services. J. trop. Pediat., 21: 280-283, 1975.
125. JOHNSTON, E.M. & SCHWARTZ, N.E. Physician's opinions and counseling practices in maternal and infant nutrition. J. Amer. diet. Ass., 73: 246-251, 1978.
126. JONES, R.A.K. & BELSEY, E.M. Breast feeding in an inner London borough - a study of cultural factors. Soc. Sci. Med., 11: 175-179, 1977.

127. KIMBALL, E.R. How I get mothers to breast feed.
Cajanus, 2 (7): 56-70, 1969.
128. KNAFL, K. Conflicting perspectives on breast feeding.
Amer. J. Nurs., 74: 1848-1851, 1974.
129. KRECH, D. et al. O indivíduo na sociedade. São Paulo, Pioneira, EDUSP, 1969.
130. KRON, R.E. et al. Newborn sucking behavior affected by obstetric sedation. Pediatrics, 37: 1012-1016, 1966.
131. LADAS, A.K. How to help mothers breast feed-deductions from a survey. Clin. Pediat., 9: 702-705, 1970.
132. LADAS, A.K. The less viable option: breast feeding. J. trop. Pediat., 18: 318-346, 1972.
133. LAMM, E. et al. Economy in the feeding of infants. Pediat. clin. N. Amer., 24: 71-84, 1977.
134. LAURENTI, R. Alguns aspectos particulares referentes aos resultados da Investigação Interamericana de Mor_talidade na Infância na área do projeto de São Paulo, Brasil. Bol. Ofic. sanit. panamer. 89: 1-14, 1975.
135. LA LECHE LEAGUE INTERNATIONAL. El arte feminino de amamantar. 5^a. ed., Franklin Park, Ill., 1978.
136. LA LECHE LEAGUE INTERNATIONAL. How the nurse can help the breast-feeding mother. Franklin Park, Ill., s.d. (Publ. 118)
137. LA LECHE LEAGUE INTERNATIONAL. Sore breast: what, why and what to do? Franklin Park, Ill., 1977. (Inform. Sheet n° 12)
138. LEESON, R.G. Breastfeeding - success or failure. Med. J. Aust., 59: 942, 1972.
139. LOZOFF, B. et al. The mother-newborn relationship: limits of adaptability. J. Pediat., 91: 1-12, 1977.
140. LPM-BURKE LEVANTAMENTOS E PESQUISAS DE MARKETING LTD. Exploratória sobre aleitamento materno. São Paulo, 1981. (LPM-01/81/1363)

141. MARCONDES, R.S. Educação em Saúde Pública: conceituação, objetivos e princípios. São Paulo, Disciplina Educação em Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública USP, 1979. |Postila|
142. MARIN, P. Lactancia materna. Rev. chil. Pediat., 46: 378-382, 1975.
143. MARIN, P. Lactancia natural: desafio en la enfermedad desnutrición y mortalidad infantil. Rev. chil. Pediat., 45: 259-260, 1974.
144. MARTINS FILHO, J. Contribuição ao estudo do aleitamento materno em Campinas. Campinas, 1976 |Tese de Livre-Docência - Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP|
145. MARTINS FILHO, J. et al. Contribuição para o estudo do aleitamento materno: causas de desmame precoce e análise da morbidade incidente no 1º ano de vida em função do tipo de aleitamento (natural ou artificial). Pediat. prá., 49 (9/12): 152-156, 1979.
146. MATA, L.J. & WYATT, R.G. Amamantamiento y resistencia del huesped a la infección. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. El valor incomparable de la leche materna. Washington, DC, 1972. p. 11-23 (Publ. cient., 250)
147. MAYERS, J.R. Some factors relating to breast feeding in New Brunswick. Canad. J. publ. Hlth, 47: 250-253, 1956.
148. McGEORGE, M. Current trends in breastfeeding. N.Z. med. J., 59: 31-41, 1960.
149. McKIGNEY, J. Aspectos economicos. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. El valor incomparable de la leche materna. Whashington, DC, 1972. p. 46-55. (Publ. cient., 250)
150. McMILLAN, J.A. et al. Iron sufficiency in breast-fed infants and the availability of iron from human milk. Pediatrics, 58: 686-691, 1976.

151. MEYER, H.M. Breast feeding in the United States.
Report of a 1966 National Survey with comparable 1946
and 1956 data. Clin. Pediat., 7: 708-715, 1968.
152. MOBBS, E.J. Breast-feeding, rooming-in, demand-feeding
and houses of correction. Med. J. Aust., 2: 339-
341, 1973.
153. MOBBS, E.J. & MOBBS, G.A. Breast feeding - success (or
failure) due to attendants and not to prevailing
fashion. Med. J. Aust., 1: 770-772, 1972.
154. MONCKEBERG, F.B. Infant feeding and weaning practice:
the problem as it exists in developing countries.
Aust. Paed. J., 9 (suppl. 2): 48-63, 1973.
155. MONCKEBERG, F.B. Lactancia materna corta: alto riesgo
en países subdesarrollados. Rev. med. Chile, 104:
676-680, 1976.
156. MONETTI, V. O aleitamento materno. Ponto de vista do
Governo do Estado de São Paulo. Pediat. prat., 49
(1/4): 6-10, 1978.
157. MONTEIRO, E.A.A. Época e causas do desmame. Recife,
1974. |Dissertação de Mestrado - Instituto de Nutri-
ção UFPE|
158. MURDAUGH, A. & MILLER, L.E. Helping the breast-feeding
mother. Amer. J. Nurs., 72: 1420-1423, 1972.
159. MYRES, A.W. Breast or bottle feeding: is there really
a choice for the Third World? Cajanus, 11: 112-126,
1978.
160. NACHTIGALL, G. Aleitamento materno. Rev. Ci. CASL,
Porto Alegre, 38 (U): 47-67, 1978.
161. NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES. Food and Nutrition Board.
National Research Council recommended daily dietary
allowances. Washington, DC, 1980.
162. NETTO, L. & ARAÚJO, E.K. Alimentação do recém-nascido.
Pediat. mod., 5 (4): 22-39, 1970.

163. NEVA, K. et al. Actitudes y conduta de lactancia en 100 madres de Santiago. Rev. chil. Pediat., 44: 475-480, 1975.
164. NEWTON, M. Efectos fisiologicos locales y generales en las madres. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. El valor incomparable de la leche materna. Washington, DC, 1972. p. 24-28. (Publ. cient. 250)
165. NEWTON, M. & NEWTON, N. The normal course and management of lactation. Clin. Obstet. Gynec., 5: 44-63, 1962.
166. NEWTON, N. Decline of breast feeding. III. Psycho-physical regulating mechanisms. Nurs. Times, 63: 1346-1348, 1967.
167. NEWTON, N. Diferencias psicologicas entre la lactancia natural y la artificial. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. El valor incomparable de la leche materna. Washington, DC, 1972. p. 31-45. (Publ. cient. 250)
168. NEWTON, N. Nipple pain and nipple damage. J. Pediat., 41: 411-423, 1952.
169. NEWTON, N. & NEWTON, M. Psychologic aspects of lactation. New Engl. J. Med., 277: 1179-1188, 1967.
170. NEWTON, N. & NEWTON, M. Relation of the let-down reflex to the ability to breast fed. Pediatrics, 5: 726-733, 1950.
171. NEWTON, N. & NEWTON, M. Relationship of ability to breast feed and maternal attitudes towards breast feeding. Pediatrics, 5: 869-875, 1950.
172. NÓRDIO, S. et al. Aspectos nutricionais e metabólicos do aleitamento ao seio. An. Nestlé, (103): 51-65, 1979.
173. OATES, R.K. Infant-feeding practices. Brit. med.J., 2: 762-764, 1973.
174. OGRA, S.S. & OGRA, P.L. Immunologic aspects of human colostrum and milk. J. Pediat., 92: 546-549, 1978.

175. OMS/UNICEF. Reunião Conjunta sobre Alimentação de lactentes e Crianças na Primeira Infância, Genebra, 1979. Declaração. Recomendações... Brasília, UNICEF, Brasil, 1980.
176. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comité de Expertos en Salud de la Madre y el Niño, Ginebra, 1975. Nuevas tendencias y métodos de asistencia maternoinfantil en los servicios de salud: sexto informe. Ginebra, 1976. (Ser. Inf. técn., 600)
177. OTTE, M.J. Correcting inverted nipples - an aid to breast feeding. Amer. J. Nurs., 75: 454-456, 1975.
178. PÉCHEVIS, M. Training health personnel in the area of breast-feeding. Assign. Child., (55/56): 91-105, 1981.
179. PETROS-BARVAZIAN, A. Collaborative studies on breast-feeding (General discussion). In: BREAST-FEEDING and the mother. Amsterdam, Elsevier, 1976. p.257. (Ciba Foundation Symposium, 45 - new series)
180. PETROS-BARVAZIAN, A. Saúde materno-infantile alimentação ao seio. An. Nestlé. (103): 66-79, 1979.
181. PLANK, S.J. & MILANESI, M.L. Infant feeding and infant mortality in rural Chile. Bull. Wld Hlth Org., 48: 203-210, 1973.
182. PLATA-RUEDA, E. Os aspectos práticos do aleitamento materno. An. Nestlé, (103): 80-89, 1979.
183. PLATA-RUEDA, E. Conceptos modernos sobre alimentación del recién-nascido. Bogotá, Instituto Nacional de Nutrición, 1966. (TRN-35)
184. PLATA-RUEDA, E. & ZARATE, C.Z. Motivos de destete precoz. Arch. argent. Pediat., 75: 307-317, 1977.
185. PROCIANOY, G. Duração do aleitamento materno. Estudo sobre 868 primíparas. J. Pediat., Rio de Janeiro, 29: 366-373, 1974.

186. PUFFER, R.R. & SERRANO, C.V. Lactancia materna. In:—
———. Características de la mortalidad en la niñez.
Washington, DC. Organización Panamericana de la Sa
lud, 1973. p. 271-287. (OPAS - Publ. cient., 262)
187. RAIMBAULT, A.M. L'allaitement maternel: influences sur
le développement de l' enfant. Enf. Milieu trop., 96:
3-24, 1974.
188. RAPHAEL, D. Social myths and economic realities about
breast feeding. In:———. Breastfeeding and
food policy in a hungry world. New York, Academic
Press, 1979. p. 25-33.
189. RAPHAEL, D. The doula: how it works and how to make it
work. In:———. The tender gift - breastfeeding.
New York, Schoken Books, 1976. p. 147-161.
190. REDDY, V. et al. Antimicrobial factors in human milk.
Acta paed. scand., 66: 229-232, 1977.
191. REGO, J.D. et al. Desmame hospitalar. J. Pediat.,
Rio de Janeiro, 38: 321-322, 1973.
192. REGO FILHO, E.A. Contribuição ao estudo sobre o alei
tamento materno. Londrina, 1974. |Tese de Doutora
mento - Centro de Ciências da Saúde Universidade Es
tadual de Londrina|
193. REPETTO, G.D. Influencia de la lactancia materna en
el niño. Rev. Pediat. Santiago, 16: 119-124, 1973.
194. RICCO, R.G. Estudo sobre o aleitamento materno em Ri
beirão Preto. Ribeirão Preto, 1975. |Dissertação
de Mestrado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Pre
to USP|
195. RICHARDSON, F.H. Breast feeding comes on age. J.Amer.
med. Ass., 142: 863-867, 1950.
196. ROBYN, C. & PASTEELS, J.L. Os aspectos hormonais da fi
siologia da glândula mamária. An. Nestlé, (103):
13-40, 1979.

197. ROCHA, J. et al. Aspectos clínicos e patológicos da desnutrição em crianças abaixo de 6 meses. Pediat. prát., 42 (7/8): 41-48, 1971.
198. ROSA, F.W. La lactancia al pecho en la planificación de la familia. PAG Bull., 5: 5-12, 1976.
199. ROSA, F.W. Resolving the "public health dilemma" of steroid contraception and its effects on lactation. Amer. J. publ. Hlth, 66: 791-792, 1976.
200. ROSENBERG, O. Observações sobre dados relativos ao estado de nutrição de crianças de 0 a 4 anos de idade no Município de São Paulo. São Paulo, 1970. |Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública USP|
201. ROSENSTOCK, I.M. What research in motivation suggests for public health. Amer. J. publ. Hlth, 50: 295-302, 1960.
202. SACKS, C.H. et al. To breast feed or not to breast feed; a survey of primiparae. Practitioner, 21: 183-191, 1976.
203. SADRE, M. et al. The changing pattern of malnutrition. Ecol. Food Nutr., 1: 55-60, 1971.
204. SALBER, E.J. The unfashionable practice of breast feeding. Gen. Practit., 36 (2): 128-131, 1967.
205. SALBER, E.J. & FEINLEIB, M. Breast-feeding in Boston. Pediatrics, 37: 299-303, 1966.
206. SALBER, E.J. et al. Patterns of breast feeding in a family health clinic. II. Duration of feeding and reasons. New Engl. J. Med., 260: 310-315, 1959.
207. SANJUR, D.M. et al. La alimentación de los lactentes y el destete en un medio rural preindustrial. Estudio del punto de vista sociocultural. Bol. Ofic. sanit. panamer., 71: 281-339, 1971.
208. SANTORELLI, L. The bottle-feeding revolution in less developed countries. Cajanus, 10: 78-85, 1977.

209. SANTORO, J.R. et al. Aleitamento materno. An. Nestlé, (100): 10-27, 1977.
210. SANTOS, I. Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância: alguns aspectos do aleitamento materno em Recife e ações em desenvolvimento. Bol Ofic. sanit. panamer., 81: 399-404, 1976.
211. SAXENA, P.C. Breast-feeding: its effects on post-partum amenorrhea. Soc. Biol., 24: 45-51, 1977.
212. SCHATAN, J. Decline in breastfeeding: the Protein Advisory Group (PAG) role in its prevention. In: RAFHAEL, D. Breastfeeding and food policy in a hungry world. New York, Academic Press, 1979. p. 259-264.
213. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados. Instituto de Saúde. Projeto de incentivo ao aleitamento materno e manual de informações e instruções para as equipes de saúde. São Paulo, 1979. (Instituto de Saúde Públ. 37)
214. SEMINÁRIO SOBRE ESTÍMULO DO ALEITAMENTO NATURAL, Campinas, 1977. Campinas, UNICAMP, 1977.
215. SÉNECAL, J. et al. A propos de l'allaitement au sein en Bretagne. Ann. Pediat., 24: 115-124, 1977.
216. SHORT, R.V. Lactation: the central control of reproduction. In: BREAST-FEEDING and the mother. Amsterdam, Elsevier, 1976. p. 73-86. (Ciba Foundation Symposium, 45 - new series)
217. SIGULEM, D.M. Coord. Influência das práticas alimentares no estado nutricional de lactentes e pré-escolares; relatório final. (GN-IMPEP). Brasília, 1979. (Doc. INAN, UPBB - RT - 246)
218. SIGULEM, D.M. & TUDISCO, E.S. Aleitamento natural em diferentes classes de renda no Município de São Paulo. Arch. latinoamer. Nutr., 30: 400-416, 1980.

219. SJÖLIN, S. et al. Factors related to early termination of breast feeding; a retrospective study in Sweden. Acta paed. scand., 66: 505-511, 1977.
220. SJÖLIN, S. et al. A prospective study on individual courses of breast feeding. Acta paed. scand., 68: 521-529, 1979.
221. SLOPER, K. et al. Factor influencing breast feeding. Arch. Dis. Child., 50: 165-170, 1975.
222. SLOPER, K. et al. Increasing breast feeding in a community. Arch. Dis. Child., 52: 700-702, 1977.
223. SMITH, C.A. Breast feeding and the community. N. Z. Med. J., 83: 369-371, 1976.
224. SOSA, R. et al. The effect of early mother-infant contact on breast feeding, infection and growth. In: BREAST-FEEDING and the mother. Amsterdam, Elsevier, 1976. p. 179-193. (Ciba Foundation Symposium, 45-new series)
225. SOSA, R. et al. Feed the nursing mother thereby the infant. J. Pediat., 88: 668-670, 1976.
226. SOUSA, M.G.R. & SOUSA, P.L.R. O declínio do aleitamento materno: enfoque psicológico e social. Pediat. prat., 48: (1): 31-38, 1977.
227. SOUSA, P.L.R. Patterns of weaning in South Brazil. J. trop. Pediat., 21: 210-211, 1975.
228. SOUSA, P.L.R. et al. Re-establishment of lactation with metoclopramide (a preliminary report). J. trop. Pediat., 21: 214-215, 1975.
229. SOUSA, P.L.R. Vulnerable periods of lactation - a view of breast feeding practices in Brazil. J. trop. Pediat., 21: 216-219, 1975.
230. SOUSA, P.L.R. et al. Progressos recentes na investigação sobre o leite humano. 1^a. parte: aspectos socio-econômicos e psicofisiológicos da amamentação. Rev. Doutorandos, 1: 39-53, 1973.

231. SOUSA, P.L.R. et al. The decline of breast feeding in Brazil. J. trop. Pediat., 21: 212-213, 1975.
232. SOUSA, P.L.R. et al. Desmame precoce. J. Pediat., Rio de Janeiro, 41 (7/8): 39-42, 1976.
233. STITT, P.G. Infant feeding - breastfeeding. Pediat. clin. N. Amer., 8: 627-638, 1961.
234. TAGGART, M.E. L'allaitement peut être un succès. Inf. canad., p. 16-21, 1976.
235. TAGLE, M.A. Nutrição. São Paulo, Ed. Artes Médicas, 1981.
236. TAITZ, L.S. Infantile overnutrition among artificially fed infants in the Sheffield region. Brit. med. J., 3: 315-316, 1971.
237. TAITZ, L.S. Obesity in pediatric practice: infantile obesity. Pediat. clin. N. Amer., 24: 107-115, 1977.
238. THOMSON, A.M. & BLACK, A.E. Nutritional aspects of human lactation. Bull. Wld Hlth Org., 52: 163-177, 1975.
239. THOMSON, A.M. et al. Lactation and Reproduction. Bull. Wld Hlth Org., 52: 337-349, 1975.
240. THOMSON, Z. Estudo da prática do aleitamento materno. Londrina, 1975. [Tese de Doutorado - Centro de Ciências da Saúde Universidade Estadual de Londrina]
241. THOMSON, Z. Fatores associados ao desmame em um grupo populacional, Londrina, Pr. J. Pediat., Rio de Janeiro, 46 (2): 93-98, 1979.
242. TOMPSON, M. La conveniencia de la lactancia natural. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. El valor incomparable de la leche materna. Washington, DC, 1972. p. 29-30 (Publ. cient. 250)

243. TUDISCO, E.S. Contribuição para a avaliação da influência do estado nutricional materno na duração do aleitamento natural. São Paulo, 1981. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública USP]
244. ULLOA GARCIA, A. Alimentação de crianças menores de 1 ano de idade. São Paulo, 1972. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública USP]
245. UNDURRAGA, O. et al. Alimentación materna en poblaciones de distinto nivel socioeconómico y cultural. Rev. chil. Pediat., 38: 356-359, 1967.
246. UNICEF. Tendências na amamentação e seu impacto na saúde da criança. Brasília, UNICEF-Brasil, 1978.
247. UNICEF/INAN. Avaliação da campanha em prol da amamentação: relatório. São Paulo, 1981.
248. VAHLQUIST, B.Q. Evolution of breast feeding in Europe. J. Pediat., 121: 11-18, 1975.
249. VAISMAN, E. & VIEIRA, J.L.T.M. Alimentação natural e artificial e formas de desmame: relatório final. São Paulo, Fundação Ford do Brasil, 1977.
250. VARELA, C.B. El arte de amamantar a su hijo. Buenos Aires, Ed. Fernandez, 1976.
251. VERA, L.F. et al. Influencia de la actitude medica en la duración de la lactancia natural. Rev. Pediat., Santiago, 18 (2): 77-81, 1976.
252. VICHI, A.M. A amamentação: alguns problemas e soluções. Campinas, Centro de Pesquisas e Controle das Doenças Materno-Infantis (CEMICAMP), 1978.
253. VORHERR, H. To breast-feed or not to breast-feed? Postgrad. Med., 6: 127-134, 1972.
254. WALLER, H. A reflex governing the outflow of milk from the breast. Lancet, 244: 69-72, 1943.
255. WALLER, H. The early yield of human milk and its relation to the security of lactation. Lancet, 1: 53-56, 1950.

256. WASHBURN, T.C. Bottle or breast feeding of infants. J. Amer. med. Ass., 229: 141-142, 1974.
257. WEICHERT, C. Breast-feeding: first thoughts. Pediatrics, 56: 987-990, 1975.
258. WENNEN, C.A.M. Breast feeding by mother with flat nipples. J. trop. Pediat., 15: 163-166, 1975.
259. WESTPHAL, M.F. Uma escala de atitudes em relação a Centros de Saúde. São Paulo, 1974. |Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública USP|
260. WHITLEY, N. Barriers to effective breastfeeding counseling. Hosp. Topics., 55: 40-43, 1977.
261. WHO/UNICEF. Infant and young child feeding: current issues. Geneva, World Health Organization, 1981.
262. WINIKOFF, B. & BAER, E. The obstetrician's opportunity: translating "breast is best" from theory to practice. Amer. J. Obstet. Gynec., 138: 105-117, 1980.
263. WION, J.B. & GORDON, J.E. The Khana study. Cambridge, M.I.T., 1971 apud MYRES, A.W. Breast or bottle feeding: is there really a choice for the Third World? Cajanus, 11: 112-126, 1978.
264. WOISKI, J.R., (ed.) Dietética pediátrica. Rio de Janeiro, Ed. Atheneu, 1981.
265. WONG, H.B. El papel de los profesionales de la medicina y la sanidad en la promoción de políticas y prácticas convenientes. PAG Bull., 5 (1): 16-21, 1975.
266. WORLD HEALTH ASSEMBLY - WHA. Alimentação de recém-nascidos e crianças de tenra idade; Resolução da WHA, maio, 1980. Brasília, UNICEF-Brasil, 1980.
267. YUNES, J. & RONCHEZEL, V.S.C. Estudo da lactação em mulheres do Distrito de São Paulo, Brasil. Rev.Saúde públ., São Paulo, 9: 191-213, 1975.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA
DISCIPLINA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

PESQUISA: CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE PESSOAL
DE SAÚDE SOBRE ALEITAMENTO MATERNO.

A N E X O S

ANEXO I
FORMULÁRIO APLICADO AOS MÉDICOS

Formulário Nº _____

Data: _____

Hora do início da entrevista:

Hora do término da entrevista:

INFORMAÇÕES GERAIS

I - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE SANITÁRIA

NOME: _____

TIPO: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

a) Atividades desenvolvidas:

1. Saúde Infantil e da Criança: ()

2. Saúde Materna ()

3. Suplementação alimentar a crianças,
gestantes e nutrizes ()

4. Atendimento de Enfermagem ()

5. Visitação Domiciliária ()

6. Educação em Saúde ()

7. Outras _____

II - RECURSOS HUMANOS

Que pessoal trabalha na Unidade sanitária?

1. Médico

Nº

Área de Atuação

Observações: _____

2. Enfermeira N° Área de Atuação

Observações: _____

3. Obstetriz N° Área de Atuação

Observações: _____

4. Visitador Sanitário N° Área de Atuação

Observações: _____

5. Atendente N° Área de Atuação

Observações: _____

6. Outro

Cargo N° Área de Atuação

Observações: _____

III - CARACTERIZAÇÃO DO MÉDICO

1. Sexo

Masculino () Feminino ()

2. Escola em que se graduou _____

3. Ano de formatura _____

4. Fez especialização em:

- Pediatria ()

- Ginecologia e Obstetrícia ()

- Outra área _____

5. Está fazendo especialização em:

- Pediatria ()

- Ginecologia e Obstetrícia ()

- Outra área _____

6. Na Unidade Sanitária:

- Serviço em que atua _____

- Número médio de clientes que atende por dia _____

- Duração média de cada consulta _____

Q U E S T Õ E S

1. Qual o significado da palavra "lactação"?

Resposta:

Não sei ()

2. Qual o significado da palavra "amamentação"?

Resposta:

Não sei ()

3. Sabe descrever o mecanismo de produção do leite humano?

Sim ()

Não ()

(Caso Sim) Descreva.

4. Sabe descrever o mecanismo de descida (ejeção) do leite humano?

Sim ()

Não ()

(Caso Sim) Descreva.

5. Quais reflexos do recém-nascido agem no ato de mamar?

Resposta:

Não sei ()

6. O reflexo de descida (ejecção) do leite humano sofre influência de fatores emocionais?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

7. Que fatores emocionais favorecem a descida (ejecção) do leite humano?

Resposta:

Não sei ()

8. Que fatores emocionais inibem a descida (ejecção) do leite humano?

Resposta:

Não sei ()

9. Quais os melhores estímulos para a produção de leite humano?

Resposta:

Não sei ()

10. Quando colocada ao seio, o que a criança deve fazer para obter o leite?

Resposta:

Não sei ()

11. Como a mãe percebe a descida (ejecção) do leite?

Resposta:

Não sei ()

12. A analgesia e anestesia da parturiente podem influir so
bre a produção de leite?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Como?

13. A analgesia e anestesia da parturiente podem influir so
bre a amamentação?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Como?

14. Qual o significado da palavra "relactação"?

Resposta:

Não sei ()

15. Em relação ao recém-nascido, quais as funções do colostro?

Resposta:

Não sei ()

16. O aleitamento materno oferece vantagem à criança?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Qual?

17. O aleitamento materno oferece vantagem à mãe?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Qual?

18. Em relação ao aleitamento materno, o exame dos seios no pe
ríodo pré-natal é necessário?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Por que?

(Caso Não) Por que?

19. É frequente mamilos invertidos constituírem causa que impossibilita a amamentação?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

20. O que a mulher deve fazer no período pré-natal para favorecer a produção de leite e a amamentação?

Resposta:

Não sei ()

21. Quanto à higiene e cuidados com os seios, o que a mulher deve fazer no período pré-natal tendo em vista a amamentação?

Resposta:

Não sei ()

22. Quando o bebê deve mamar no seio pela primeira vez?

Resposta:

Não sei ()

(Seja qual for a resposta) Por que?

23. Antes de iniciar a amamentação é conveniente ministrar água com glicose ao recém-nascido normal de bom peso?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

(Caso Sim) Por que?

(Caso Não) Por que?

24. Qual o intervalo entre as mamadas mais recomendável no primeiro mês de vida para crianças alimentadas exclusivamente ao seio?

Resposta:

Não sei ()

(Seja qual for a resposta) Por que?

25. Durante as primeiras semanas de produção de leite, a expressão manual dos seios após as mamadas é prática necessária?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Por que?

(Caso Não) Por que?

26. Nos primeiros dias de vida, é conveniente complementar com mamadeira as mamadas ao seio?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Por que?

(Caso Não) Por que?

27. Em mulheres que estão amamentando, as rachaduras de mamilos são preveníveis?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Como?

28. O ingurgitamento dos seios pode prejudicar o aleitamento materno?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Como?

29. Há medidas para prevenir o ingurgitamento dos seios em mulheres que estão amamentando?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Quais?

30. Do ponto de vista nutricional e fisiológico, qual é a prática mais correta nos primeiros meses: amamentar a criança nos dois seios em cada mamada, ou amamentá-la em ape

nas um, alternadamente?

Resposta:

Não sei ()

(Seja qual for a resposta) Por que?

31. Conhece alguma técnica que deva ser recomendada à mãe quando precisa interromper a mamada?

Sim () Não ()

(Caso Sim) Qual?

32. É recomendável pesar o bebê antes e depois das mamadas?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Por que?

(Caso Não) Por que?

33. Quando um recém-nascido, que é alimentado exclusivamente ao seio, apresenta fezes diarréicas, esverdeadas, explosivas em seguida às mamadas, deve-se suspender o aleitamento natural?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Por que?

(Caso Não) Por que?

34. Há relação entre anticoncepcionais orais e produção de leite?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Qual?

35. Até que idade o bebê deve ser alimentado exclusivamente ao seio?

Resposta:

Não sei ()

36. Amamentar é ato tão natural e instintivo que as mulheres sempre sabem como proceder?

Sim () Não () Não sei ()

37. O aleitamento materno deforma os seios?

Sim () Não () Não sei ()

38. Atualmente, a capacidade intrínseca da mulher para produzir leite diminuiu?

Sim () Não () Não sei ()

39. Amamentar o bebê durante a noite nas primeiras semanas de vida gera indisciplina?

Sim () Não () Não sei ()

40. Qual deve ser a alimentação da mãe que amamenta?

Resposta:

Não sei ()

VOU FAZER ALGUMAS AFIRMAÇÕES. PENSE E DIGA SE CONCORDA OU SE DISCORDA DELAS.

C D

41. A amamentação constitui sacrifício para a mulher. () ()

42. Amamentar não cansa mais a mãe do que alimentar a criança artificialmente. () ()

C D

43. O que o médico sente sobre aleitamento materno po
de influir na decisão da mãe em amamentar. () ()
44. Dar orientação sobre aleitamento materno a gestantes
e lactantes constitui bom investimento do tempo
do médico. () ()
45. Amamentar é questão de sorte: quem tem leite amamenta,
quem não tem não pode fazê-lo. () ()
46. Quando a mãe decide substituir o peito pela mamadeira,
o médico pode ajudá-la a não fazer isso. () ()
47. Amamentar com êxito é questão de família: se a avô
e a mãe não foram boas produtoras de leite, a filha
também não o será. () ()

EXPRESSE SUA OPINIÃO:

48. Estimularia sua mulher ou filha a amamentarem?
Sim () Não () Não sei ()
49. Neste Serviço, quem acha que deve orientar a clientela so
bre aleitamento materno?
Resposta:
Não sei ()
50. Acha que, de um modo geral, todas as mães deveriam amamentar?
Sim () Não () Não sei ()

FALEMOS AGORA DE SUAS ATIVIDADES NESTE SERVIÇO:**(Para Pré-Natalista e Consultante)**

51. Neste Centro de Saúde, examina os seios de gestantes tendo em vista a amamentação?

Sim () Não ()

(Caso Sim) Para que?

(Caso Não) Por que?

52. Dá orientação sobre aleitamento materno a gestantes que frequentam este Centro de Saúde?

Sim () Não ()

(Caso Sim) Qual a orientação dada?

(Caso Não) Por que?

(Para todos os médicos)

53. Prescreve aleitamento materno exclusivo neste Centro de Saúde?

Sim () Não ()

(Caso Sim) Até que idade?

(Caso Não) Por que?

54. Faz alguma recomendação quanto à alimentação para mães que amamentam?

Sim () Não ()

(Caso sim) O que recomenda?

(Caso não) Por que?

55. Ensina às mães que amamentam como devem cuidar dos seios?

Sim () Não ()

(Caso Sim) O que ensina?

(Caso Não) Por que?

56. Neste Centro de Saúde, diz às mães que amamentam de quanto em quanto tempo devem levar a criança ao seio nos primeiros meses?

Sim () Não ()

(Caso sim) O que diz?

(Caso não) Por que?

57. Recomenda à mãe amamentar o bebê também durante a noite, nos primeiros meses?

Sim () Não ()

(Caso Sim) Por que?

(Caso Não) Por que?

58. Quando mães que amamentam queixam-se de rachaduras no mamilo, dá orientação a elas?

Sim () Não ()

(Caso Sim) Qual a orientação dada?

(Caso Não) Por que?

59. Ensina às mães como devem proceder ao amamentar?

Sim () Não ()

(Caso Sim) O que ensina?

(Caso Não) Por que?

60. O que faz neste Centro de Saúde quando a mãe refere ter "leite insuficiente" ou que "a criança chora de fome"?

Resposta:

61. Quando na primeira consulta pós-parto a mãe está amamentando e complementando o seio com mamadeira, dá orientação?

Sim () Não ()

(Caso Sim) Qual a orientação dada?

(Caso Não) Por que?

62. Tem contra-indicado o aleitamento materno neste Centro de Saúde?

Sim () Não ()

(Caso Sim) Por que?

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

63. Pode indicar, de acordo com seu ponto de vista, três causas principais do declínio do aleitamento materno entre nós? (Cite na ordem de importância, referindo a mais importante em 1º lugar).

Resposta:

1.

2.

3.

Não sei ()

64. Onde obteve seus conhecimentos sobre aleitamento materno?

a) Curso de Medicina ()

b) Residência ()

c) Curso de Pós-Graduação ()

d) Outros Cursos ()

e) Livros textos ()

f) Periódicos científicos ()

g) Literatura leiga ()

h) Colegas ()

i) Outro profissional (especificar) _____

j) Outras formas (especificar) _____

ANEXO II

FORMULÁRIO APLICADO ÀS ENFERMEIRAS

Formulário Nº _____

Data: _____

Hora do início da entrevista:

Hora do término da entrevista:

INFORMAÇÕES GERAIS

I - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE SANITÁRIA

NOME: _____

TIPO: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

a) Atividades desenvolvidas:

1. Saúde Infantil e da Criança	()
2. Saúde Materna	()
3. Suplementação alimentar a crianças,
gestantes e nutrizes	()
4. Atendimento de Enfermagem	()
5. Visitação Domiciliária	()
6. Educação em Saúde	()
7. Outras	()

II - RECURSOS HUMANOS

Que pessoal trabalha na Unidade Sanitária?

1. Médico	Nº	Área de Atuação
-----------	----	-----------------

Observações: _____

2. Enfermeira N° Área de Atuação

Observações: _____

3. Obstetriz N° Área de Atuação

Observações: _____

4. Visitador Sanitário N° Área de Atuação

Observações: _____

5. Atendente N° Área de Atuação

Observações: _____

6. Outro

Cargo N° Área de Atuação

Observações: _____

II CARACTERIZAÇÃO DA ENFERMEIRA

1. Escola em que se graduou _____

2. Ano de formatura _____

3. Título acadêmico obtido _____

4. Nome do curso que frequentou _____

5. Na Unidade Sanitária:

- Serviço em que atua _____

- Atividade desenvolvida _____

Q U E S T Õ E S

1. Qual o significado da palavra "lactação"?

Resposta:

Não sei ()

2. Qual o significado da palavra "amamentação"?

Resposta:

Não sei ()

3. Sabe descrever o mecanismo de produção do leite humano?

Sim () Não ()

(Caso Sim) Descreva.

4. Sabe descrever o mecanismo de descida (ejecção) do leite humano?

Sim () Não ()

(Caso Sim) Descreva.

5. Quais reflexos do recém-nascido agem no ato de mamar?

Resposta:

Não sei ()

6. O reflexo de descida (ejecção) do leite humano sofre influência de fatores emocionais?

Sim () Não () Não sei ()

7. Que fatores emocionais favorecem a descida (ejecção) do leite humano?

Resposta:

Não sei ()

8. Que fatores emocionais inibem a descida (ejecção) do leite humano?

Resposta:

Não sei ()

9. Quais os melhores estímulos para a produção de leite humano?

Resposta:

Não sei ()

10. Quando colocada ao seio, o que a criança deve fazer para obter o leite?

Resposta:

Não sei ()

11. Como a mãe percebe a descida (ejecção) do leite?

Resposta:

Não sei ()

12. Qual o significado da palavra "relactação"?

Resposta:

Não sei ()

13. Em relação ao recém-nascido, quais as funções do colostro?

Resposta:

Não sei ()

14. O aleitamento materno oferece vantagem à criança?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

(Caso Sim) Qual?

15. O aleitamento materno oferece vantagem à mãe?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

(Caso Sim) Qual?

16. Em relação ao aleitamento materno, o exame dos seios no período pré-natal é necessário?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

(Caso sim) Por que?

(Caso não) Por que?

17. É frequente mamilos invertidos constituírem causa que impossibilita a amamentação?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

18. O que a mulher deve fazer no período pré-natal para favorecer a produção de leite e a amamentação?

Resposta:

Não sei ()

19. Quanto à higiene e cuidados com os seios, o que a mulher deve fazer no período pré-natal tendo em vista a amamentação?

Resposta:

Não sei ()

20. Conhece a técnica de massagem dos seios para prepará-los para a amamentação?

Sim ()

Não ()

(Caso Sim) Descreva.

21. Sabe algum exercício que deva ser ensinado a gestantes com a finalidade de preparar o mamilo para a amamentação?

Sim () Não ()

(Caso Sim) Descreva.

22. Conhece o exercício recomendado a gestantes que têm mamilo retrátil (escondido dentro da aréola) também chamado pseudo-invertido?

Sim () Não ()

(Caso Sim) Descreva.

23. A gestante deve fazer a expressão manual do colostro nos dois últimos meses da gravidez?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Por que?

(Caso Não) Por que?

24. Sabe como a gestante deve fazer a expressão manual do dolostro?

Sim () Não ()

(Caso Sim) Descreva.

25. Quando o bebê deve mamar no seio pela primeira vez?

Resposta:

Não sei ()

(Seja qual for a resposta) Por que?

26. Antes de iniciar a amamentação é conveniente ministrar á gua com glicose ao recém-nascido normal, de bom peso?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Por que?

(Caso Não) Por que?

27. Qual o intervalo entre as mamadas mais recomendável no primeiro mês de vida para crianças alimentadas exclusivamente ao seio?

Resposta:

Não sei ()

(Seja qual for a resposta) Por que?

28. Durante as primeiras semanas de produção de leite, a expressão manual dos seios após as mamadas é prática necessária?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Por que?

(Caso Não) Por que?

29. Nos primeiros dias de vida, é conveniente complementar com mamadeira as mamadas ao seio?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Por que?

(Caso Não) Por que?

30. Em mulheres que estão amamentando, as rachaduras de mamilo são preveníveis?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Como?

31. O ingurgitamento dos seios pode prejudicar o aleitamento materno?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Como?

32. Há medidas para prevenir o ingurgitamento dos seios em mulheres que estão amamentando?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Quais?

33. Como se deve proceder no início da mamada para estimular o recém-nascido a "pegar o seio"?

Resposta:

Não sei ()

34. Conhece alguma técnica que deva ser recomendada à mãe quando precisa interromper a mamada?

Sim () Não ()

(Caso Sim) Qual?

35. Do ponto de vista nutricional e fisiológico, qual é a prática mais correta nos primeiros meses; amamentar a criança nos dois seios em cada mamada, ou amamentá-la em apenas um, alternadamente?

Resposta:

Não sei ()

(Seja qual for a resposta) Por que?

36. Em mulheres que estão amamentando, quais medidas são apropriadas para a higiene e cuidados com os seios?

Resposta:

Não sei ()

37. É recomendável pesar o bebê antes e depois das mamadas?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

(Caso Sim) Por que?

(Caso Não) Por que?

38. Quando um recém-nascido, que é alimentado exclusivamente ao seio, apresenta fezes diarrêicas, esverdeadas, explosivas em seguida às mamadas, deve-se suspender o aleitamento natural?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

(Caso Sim) Por que?

(Caso Não) Por que?

39. Até que idade o bebê deve ser alimentado exclusivamente ao seio?

Resposta:

Não sei ()

40. Amamentar é ato tão natural e instintivo que as mulheres sempre sabem como proceder?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

41. O aleitamento materno deforma os seios?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

42. Atualmente, a capacidade intrínseca da mulher para produzir leite diminuiu?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

43. Amamentar o bebê durante a noite nas primeiras semanas de vida gera indisciplina?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

44. Qual deve ser a alimentação da mãe que amamenta?

Resposta:

Não sei ()

VOU FAZER ALGUMAS AFIRMAÇÕES. PENSE E DIGA SE CONCORDA OU SE DISCORDA DELAS.

C D

45. A amamentação constitui sacrifício para a mulher. () ()

46. Amamentar não cansa mais a mãe do que alimentar a criança artificialmente. () ()

47. O que a enfermeira (obstetriz) sente sobre aleitamento materno pode influir na decisão da mãe em amamentar () ()

48. Dar orientação sobre aleitamento materno a gestantes e lactantes constitui bom investimento do tempo da enfermeira (obstetriz). () ()

49. Amamentar é questão de sorte: quem tem leite a mamenta, quem não tem não pode fazê-lo. () ()

50. Quando a mãe decide substituir o peito pela ma madeira, a enfermeira (obstetriz) pode ajudá-la a não fazer isso. () ()

51. Amamentar com êxito é questão de família: se a avó e a mãe não foram boas produtoras de leite, a filha também não o será. () ()

EXPRESSE SUA OPINIÃO

52. Estimularia sua filha a amamentar?

Sim () Não () Não sei ()

53. Acha que, de um modo geral, todas as mães deveriam ama
mentar?

Sim () Não () Não sei ()

54. Neste Serviço, quem a Sra. acha que deve orientar a cliente
tela sobre aleitamento materno?

Resposta:

Naõ sei ()

FALEMOS AGORA DE SUAS ATIVIDADES NESTE SERVIÇO

55. Dã orientação sobre aleitamento materno a gestantes que
freqüentam este Centro de Saúde?

Sim () Não ()

(Caso Sim) Qual a orientação dada?

(Caso Não) Por que?

56. Faz alguma recomendação quanto à alimentação para mães
que amamentam?

Sim () Não ()

(Caso Sim) O que recomenda?

(Caso Não) Por que?

57. Ensina às mães que amamentam como devem cuidar dos seios?

Sim () Não ()

(Caso Sim) O que ensina?

(Caso Não) Por que?

58. Quando mães que amamentam têm rachaduras no mamilo, dá orientação a elas?

Sim () Não ()

(Caso Sim) Qual a orientação dada?

59. Ensina às mães como devem proceder ao amamentar?

Sim () Não ()

(Caso Sim) O que ensina?

(Caso Não) Por que?

60. Diz às mães que amamentam de quanto em quanto tempo de
vem levar a criança ao seio, nos primeiros meses?

Sim () Não ()

(Caso Sim) O que diz?

(Caso Não) Por que?

61. Recomenda à mãe amamentar o bebê também durante a noite,
nos primeiros meses?

Sim () Não ()

(Caso Sim) Por que?

(Caso Não) Por que?

62. Quando na primeira consulta pós-parto a mãe está amament
tando e complementando o seio com mamadeira, dá orientaa
ção?

Sim () Não ()

(Caso Sim) Qual a orientação dada?

(Caso Não) Por que?

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

63. Pode indicar, de acordo com seu ponto de vista, três causas principais do declínio do aleitamento materno entre nós? (Cite em ordem de importância, referindo a mais importante em 1º lugar).

Resposta:

1.

2.

3.

Não sei ()

64. Onde obteve seus conhecimentos sobre aleitamento materno?

a) Curso de Enfermagem ()

b) Curso de Especialização ()

c) Curso de Pós-Graduação ()

d) Outros Cursos ()

e) Livros textos ()

f) Periódicos científicos ()

g) Literatura leiga ()

h) Colegas ()

i) Outro profissional (especificar _____)

j) Outras formas (especificar) _____

65. Recebeu treinamento específico sobre aleitamento materno?

Sim ()

Não ()

ANEXO III
FORMULÁRIO APLICADO ÀS AUXILIARES

Formulário Nº _____ Data: _____

Hora do início da entrevista:

Hora do término da entrevista:

INFORMAÇÕES GERAIS

I - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE SANITÁRIA

NOME: _____

TIPO: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

a) Atividades desenvolvidas:

1. Saúde Infantil e da Criança ()

2. Saúde Materna ()

3. Suplementação alimentar a crianças,
gestantes e nutrizes ()

4. Atendimento de Enfermagem ()

5. Visitação Domiciliária ()

6. Educação em Saúde ()

7. Outras ()

II - RECURSOS HUMANOS

Que pessoal trabalha na Unidade Sanitária?

1. Médico	Nº	Área de Atuação
-----------	----	-----------------

Observações: _____

2. Enfermeira	Nº	Área de Atuação
---------------	----	-----------------

Observações: _____

3. Obstetriz	Nº	Área de Atuação
--------------	----	-----------------

Observações: _____

4. Visitador Sanitário	Nº	Área de Atuação
------------------------	----	-----------------

Observações:

5. Atendente	Nº	Área de Atuação
--------------	----	-----------------

Observações: _____

6. Outro

Cargo	Nº	Área de Atuação
-------	----	-----------------

Observações: _____

III-CARACTERIZAÇÃO DA AUXILIAR

1. Cargo

- Atendente ()
- Visitador Sanitário ()
- Outro (especificar) _____

2. Na Unidade Sanitária

- Serviço em que atua _____
- Atividade desenvolvida _____
- _____
- _____

Q U E S T Õ E S

1. O que quer dizer a palavra "lactação"?

Resposta:

Não sei ()

2. O que quer dizer a palavra "amamentação"?

Resposta:

Não sei ()

3. O que faz o seio da mãe fabricar leite?

Resposta:

Não sei ()

4. Às vezes a mãe tem leite e o leite que ela fabricou não desce. O que é que pode fazer o leite da mãe não descer?

Resposta:

Não sei ()

5. Existe alguma coisa que ajuda o leite da mãe a descer?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

(Caso Sim) O que?

6. O que é mais importante para aumentar a produção de leite da mãe?

Resposta:

Não sei ()

7. Para o bebê mamar corretamente e obter com mais facilidade o leite da mãe, o que o bebê deve "agarrar": o bico

do seio, a aréola (parte escura) ou os dois?

Resposta:

Não sei ()

8. Sabe como a mãe percebe quando o leite desce?

Sim () Não ()

(Caso Sim) Como?

9. Qual é o melhor modo de alimentar o bebê durante os pri
meiros meses de vida?

Resposta:

Não sei ()

(Seja qual for a resposta) Por que?

10. O leite de peito é mais ralo, mais grosso ou é igual ao
leite de vaca ou em pó?

Resposta:

Não sei ()

11. A mãe que dá de mamar no peito tem alguma vantagem?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Qual?

12. Pensando na alimentação do bebê ao seio, é necessário que
o médico examine os seios da mulher grávida?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Por que?

(Caso Não) Por que?

13. É comum as mulheres não poderem dar de mamar porque o bi
co do seio está grudado na aréola (parte escura) e não

sai para fora?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

14. Há coisas que a mulher grávida deve fazer para mais tar
de ajudá-la a alimentar a criança no peito?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

(Caso Sim) O que?

15. Quando o bebê deve mamar no seio pela primeira vez?

Resposta:

Não sei ()

(Seja qual for a resposta) Por que?

16. O que é colostro?

Resposta:

Não sei ()

17. A criança deve ou não deve mamar o colostro?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

(Caso Sim) Por que?

(Caso Não) Por que?

18. Nos primeiros dias de vida, convém dar mamadeira ao bebê
para completar as mamadas no seio?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

(Caso Sim) Por que?

(Caso Não) Por que?

19. Durante o primeiro mês de vida, qual deve ser o intervalo entre as mamadas para crianças que mamam somente no peito?

Resposta:

Não sei ()

(Seja qual for a resposta) Por que?

20. O que as mulheres que dão de mamar devem fazer para não rachar o bico do seio?

Resposta:

Não sei ()

21. Quando a mãe precisa interromper a mamada, o que fazer para o bebê largar o peito?

Resposta:

Não sei ()

22. O que é mais certo a mãe fazer nos primeiros meses: dar de mamar nos dois seios em cada mamada, ou dar somente em um seio de cada vez?

Resposta:

Não sei ()

(Seja qual for a resposta) Por que?

23. As mulheres que dão de mamar precisam ter cuidados especiais com os seios?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

(Caso Sim) Quais?

24. Quando um recém-nascido, que mama só no peito, tem fezes moles e esverdeadas depois das mamadas, deve-se suspender o leite de peito?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Por que?

(Caso Não) Por que?

25. Qual deve ser a alimentação da mãe que dá de mamar no peito?

Resposta:

Não sei ()

26. Há alimentos que a mãe come ou bebe que podem fazer mal ao bebê por meio do leite que ele mama da mãe?

Sim () Não () Não sei ()

(Caso Sim) Quais?

27. Até que idade o bebê deve ser alimentado somente no peito?

Resposta:

Não sei ()

28. Nos tempos de hoje, a capacidade da mulher para fabricar leite diminuiu?

Sim () Não () Não sei ()

29. Dar de mamar no peito é tão natural e instintivo que as mulheres sempre sabem como fazer?

Sim () Não () Não sei ()

30. Dar de mamar deforma os seios?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

DIGA SE CONCORDA OU NÃO CONCORDA COM O QUE VOU DIZER

C D

31. Amamentar é sacrifício para a mulher

() ()

32. Amamentar não cansa mais a mãe do que alimen
tar a criança por mamadeira.

() ()

33. O que as auxiliares sentem sobre o aleitamen
to materno pode ter influência na decisão da
mãe em amamentar.

() ()

34. Vale a pena as auxiliares gastarem seu tempo
dando orientação sobre aleitamento materno
para grávidas e mães.

() ()

35. Amamentar é questão de sorte: quem tem leite
dá de mamar, quem não tem não pode fazer is
so.

() ()

36. Quando a mãe resolve deixar de dar o peito
para dar mamadeira, as auxiliares podem aju
dá-la a não fazer isso.

() ()

37. Ter leite é questão de família: se a avó e a
mãe não tiveram leite, a filha também não te
rá.

() ()

DÊ SUA OPINIÃO

38. Você animaria sua filha a dar de mamar no peito?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

39. Você acha que, de um modo geral, todas as mães deveriam dar de mamar no peito?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

40. Neste Centro de Saúde, quem você acha que deve orientar clientes sobre aleitamento materno?

Resposta:

Não sei ()

VAMOS FALAR AGORA DAS COISAS QUE VOCÊ FAZ AQUI:

41. Você dá orientação sobre aleitamento materno para mulheres grávidas que frequ^{nt}am este Centro de Saúde?

Sim ()

Não ()

(Caso Sim) Qual a orientação dada?

42. Você ensina mães que dão de mamar sobre o que devem comer ou beber?

Sim ()

Não ()

(Caso Sim) O que ensina?

(Caso Não) Por que?

43. Você recomenda às mães que dão de mamar para não comerem ou beberem alguma coisa?

Sim ()

Não ()

(Caso Sim) O que?

44. Você ensina às mães que dão de mamar como devem cuidar dos seios?

Sim () Não ()

(Caso Sim) O que ensina?

45. Quando mães que dão de mamar têm rachaduras no bico do seio, você ensina o que devem fazer?

Sim () Não ()

(Caso Sim) O que ensina?

46. Você orienta mães sobre o intervalo entre as mamadas no peito?

Sim () Não ()

(Caso Sim) Qual a orientação dada?

47. Você lembra às mães para darem o seio ao bebê também durante a noite nos primeiros meses?

Sim () Não ()

(Caso Sim) Por que?

(Caso Não) Por que?

48. Quando o bebê mama no peito e na mamadeira, você dá alguma explicação para a mãe?

Sim () Não ()

(Caso Sim) O que explica?

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

49. Pode dizer, de acordo com o seu ponto de vista, três razões principais que levam a mulher a não dar de mamar no peito nos dias de hoje? (diga em 1º lugar a razão mais importante).

Resposta:

1.

2.

3.

Não sei ()

50. Onde aprendeu o que sabe sobre aleitamento materno?

a) Cursos ()

b) Livros textos ()

c) Revistas científicas ()

d) Literatura leiga ()

d) Colegas ()

f) Profissionais (especificar) _____

g) Outras formas (especificar) _____

51. Recebeu treinamento na área do aleitamento materno?

Sim ()

Não ()