

**Ministério da Educação
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira**

**O Ensino de Aleitamento Materno
na Graduação em Medicina:
Um Estudo de Caso**

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Instituto Fernandes Figueira -
Fundação Oswaldo Cruz, como parte
das exigências para obtenção do título
de Mestre em Saúde da Mulher.

Vander Guimarães Silva

Orientador: Dr João Aprígio Guerra de Almeida

**Rio de Janeiro
Abril
1998**

S586e

SILVA, Vander Guimarães

O Ensino de Aleitamento Materno na Graduação em
Medicina: Um Estudo de Caso.

147 p

Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher) - Instituto
Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 1998.

1. Aleitamento Materno 2. Conhecimento 3. Ensino
Superior

CDD – 21ª. Ed. 649.33

Resumo

Embora se conheça as muitas vantagens do aleitamento materno, observa-se que esta prática vem decrescendo em nosso país nos tempos atuais, seja por falta de estímulo ou de orientação à mulher que amamenta.

Um dos fatores que contribuem para esse declínio estaria relacionado à falta de apoio do profissional médico a essas mães. Esse apoio talvez não se faça presente pela própria lacuna de respeito do tema Aleitamento Materno existente entre a classe médica.

Avaliamos o Ensino do Aleitamento Materno na Graduação em Medicina - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, objetivando uma melhor compreensão da maneira que se processa esse ensino e de como ele é assimilado pelo graduando. Foram respondidos trinta e oito questionários e estes comparados aos resultados de uma pesquisa similar realizada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) nas escolas de saúde do país no ano de 1993.

Através da interpretação dos resultados pudemos conhecer o nível de formação teórica e prática, a confiança do aluno em lidar com o tema e sua segurança em poder transmiti-lo às futuras lactantes.

Assim sendo, sugerimos que se implemente as medidas propostas pelo documento elaborado no Seminário da OPAS/OMS; que se faça uma reavaliação do ensino teórico em aleitamento materno na graduação em Medicina, com um enfoque prático objetivando ao futuro médico um exercício mais eficaz da teoria aprendida. Isso certamente se reverterá em maiores benefícios à mãe, criança, família e toda a sociedade.

ÍNDICE

Introdução	06
Capítulo I:	
O ALEITAMENTO MATERNO ENQUANTO OBJETO DA PESQUISA	
O Panorama Teórico	14
1.1- Endócrino-Fisiologia da Lactação	15
1.2- O Leite Humano	18
1.3- Lactação x Amamentação: A Dimensão Bio-psicossocial	23
1.4- O Aleitamento Materno no Cenário da Saúde Pública	26
1.5- A Iniciativa Hospital Amigo da Criança Uma Política para a Década de 90	32
2. A Questão Prática	35
2.1- A Assistência Pré-Natal	35
2.2- A Assistência Pós-Natal	52
3. Ensino do Aleitamento Materno nas Escolas de Saúde: A Proposta Oficial	71
Capítulo II:	
METODOLOGIA	
1. Amostragem	78
2. Coleta de Dados	81
3. Tabulação e Análise dos Dados	86
Capítulo III:	
RESULTADOS	88
Capítulo IV:	
DISCUSSÃO	111
CONCLUSÕES	126
BIBLIOGRAFIA	128
ANEXOS	129

INTRODUÇÃO

O meu interesse pelo tema Aleitamento Materno teve início no tempo em que cursava a Faculdade de Medicina. Nessa época, o contato com as mães que estavam amamentando se restringiu ao Ambulatório de Pré-Natal e Pós-Parto, durante o internato em Obstetrícia, no último ano de Faculdade.

Pude perceber, na época, que falar sobre aleitamento com gestantes e puérperas era motivo de grande insegurança, uma vez que as informações curriculares sobre o assunto eram restritas e o conteúdo prático do mesmo pouco enfatizado. Em decorrência desse fato, mesmo sabendo das inúmeras vantagens proporcionadas pela amamentação, não me sentia seguro o suficiente para abordar esse assunto com a paciente durante a consulta.

A minha inquietação persistiu durante a residência de Ginecologia-Obstetrícia e se tornou mais evidente enquanto cursava a especialização em Gravidez de Alto Risco do Instituto Fernandes Figueira, no período de março de 1995 a setembro de 1996.

O desconhecimento a respeito das bases científicas que sustentam o tema, a sua prática não muito difundida, associados à idéia de que a amamentação seria um ato natural e instintivo, fizeram com que o aleitamento materno ocupasse um plano de menor importância em meio a outros temas de grande interesse em Obstetrícia.

A partir de setembro de 1996 iniciei a docência em Obstetrícia na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Isso me permitiu um contato mais estreitado com o graduando de Medicina, levando-me a refletir sobre o

ensino e a prática de aleitamento materno durante a formação acadêmica do futuro profissional.

Entendo que o conhecimento teórico e o aspecto prático da Amamentação ao seio^(*) devam ser ministrados aos graduandos em Medicina que estão cursando o seu último ano de faculdade, uma vez que poucos deles partem para especializações que preencham esta lacuna, onde podem ter uma vivência mais ampliada sobre o assunto. Na maioria das vezes as opções pós-formatura são reflexos de oportunidades do mercado de trabalho e não resultam, necessariamente, de uma busca para complementação das lacunas curriculares das universidades. Assim, a bagagem sobre Amamentação Natural^(*) termina, na grande maioria das vezes, por se restringir à base curricular de graduação.

A partir desta perspectiva, elegi como objeto de estudo **“O Ensino do Aleitamento Materno na Graduação em Medicina da UFJF: Um Estudo de Caso”**, por entender que através de um estudo mais aprofundado do tema poderia oferecer dados que aproximassem a realidade vivida pelo graduando na sua prática médica, tentando através da análise desses dados diminuir as inquietações, inseguranças e falta de estímulo que cercam o médico próximo da sua formatura quando se trata da abordagem sobre Aleitamento Materno^(*) entre suas pacientes.

As vantagens oferecidas pelo aleitamento materno, em seus múltiplos aspectos, representam uma unanimidade no meio científico. A superioridade do leite humano como alimento, agente protetor de infecções e modulador do crescimento do lactente, encontra-se amplamente descrita na literatura (OMS, 1994).

A Organização Mundial de Saúde preconiza que o leite materno deve ser a única fonte de alimentação nos primeiros 4 a 6 meses e suplemento alimentar de 6 meses até os 2 anos de idade.

(*) Os termos Amamentação ao seio, Aleitamento natural e Aleitamento materno designam um mesmo conjunto de práticas (ALMEIDA & GOMES, 1997).

A amamentação exclusiva ao seio materno fornece nutrição satisfatória no primeiro semestre de vida. Isso pode ser observado através do ganho ponderal de crianças alimentadas somente com leite humano (INAN, 1991). Além disso, beneficia simultaneamente a mulher que amamenta. Como alimento elaborado especificamente de acordo com as necessidades nutricionais e as características fisiológicas das crianças nos seus primeiros meses de vida, o leite materno é de fácil digestão e assimilação (JELLIFFE & JELLIFFE, 1979). Alguns estudos sugerem que a criança em aleitamento natural cresce melhor que aquela alimentada artificialmente (DE CARVALHO & Cols, 1983; GORDON, 1995; INN, 1996). Essa afirmação é confirmada por SCARLETT e colaboradores (1996).

Após os 6 meses de idade, o leite materno continua sendo o suporte na dieta da criança até os 12 meses (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1982).

No que tange aos aspectos imunológicos, vale destacar que o recém-nascido depende dos fatores de proteção que recebe através do leite materno, enquanto amadurece o seu sistema de defesa (HANSON & Cols, 1994).

O leite humano possui anticorpos para alguns microorganismos intestinais e isso pode ajudar na prevenção de doenças entéricas na criança que é amamentada. Infecções respiratórias, meningite e sepsis por Gram negativos são também menos frequentes nas crianças amamentadas ao seio (HAIDER & Cols, 1996; COSTA FUCHS & Cols, 1996). Enterocolite necrotizante, otite média, infecções por shigella, hipocalcemia, hipernatremia, obesidade, alergia ao leite de vaca, asma e uma variedade de outras doenças são descritas como menos frequentes nessas crianças (CUNNINGHAM & Cols, 1997).

Uma menção especial deve ser feita ao fato de que nenhum destes fatores de proteção oportunizados pelo leite materno podem ser fornecidos através de fórmulas lácticas.

Por outro lado, igual destaque merecem os aspectos psico-afetivos que resultam do contato mãe-filho. A amamentação propicia melhor interação mãe-criança, satisfaz as necessidades emocionais e interfere de maneira positiva na atividade, aprendizagem, personalidade e capacidade de adaptação do ser humano (KENDALL-TACKETT & SUGARMAN, 1995).

No que diz respeito à mãe, o aleitamento natural também confere vantagens à mulher que amamenta (INN, 1996): é simples e conveniente, pela pronta disponibilidade do leite e facilidade de administração; não há custo para a fabricação do leite pela glândula mamária, o que torna este alimento compatível com o poder de compra mesmo de mães de baixa renda; a oferta constante do peito à criança permite a mulher promover um maior espaçamento das gestações, uma vez que enquanto estiver amamentando ela permanecerá em amenorréia e anovulação por mais tempo; a incidência de câncer mamário neste grupo de mulheres é menor, quando são comparadas com aquelas que nunca amamentaram; por fim, a satisfação emocional, decorrente do estreitamento da relação com o seu filho.

Os benefícios trazidos pelo aleitamento materno à comunidade também são múltiplos. Estes vão desde a economia familiar na compra de leites industrializados - o que pode consumir até 75% da renda mensal nas famílias que sobrevivem com 1 salário mínimo em alguns países, até os gastos do Estado, obrigado a investir recursos financeiros no atendimento de crianças mal nutridas, doentes e privadas da função protetora do aleitamento (CARVALHO & Cols, 1994).

Diante do exposto, facilmente se conclui que a criança, a mãe, a família, a sociedade e o Estado são amplamente beneficiados pela prática da amamentação natural.

Apesar de todas essas vantagens, as estatísticas revelam uma crescente tendência de abandono da alimentação ao seio. As mudanças culturais e o estilo de vida no mundo de hoje tendem a não incentivar o aleitamento (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1980). Entre 1984 e 1989, a porcentagem de mães que amamentaram seus bebês no pós-parto precoce diminuiu de 59,7% para 52,2%. Mais acentuada foi a diminuição daquelas que amamentaram até os 6 meses de idade: de 23,8% para 18,1% (RYAN *apud* WILLIAMS & LAWRENCE, 1995).

Nos países em desenvolvimento, a queda da amamentação difundiu-se depois da Segunda Guerra Mundial. Nas áreas urbanas e suburbanas esse fato é claro, enquanto que algumas áreas rurais parecem também ter sido atingidas (SANTORELLI *apud* CAVALCANTI, 1982).

No Brasil essa tendência é demonstrada em trabalhos regionais e não distoa da situação observada em outros países do mundo (SOUSA *apud* CAVALCANTI, 1982). De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (INAN, 1989), a média de aleitamento exclusivo no país está em torno de 3 meses, o aleitamento total dura em média do 5 meses e 16% das crianças com 24 meses recebem leite materno como parte da alimentação.

Para a Organização Mundial de Saúde a introdução de tecnologias modernas e a adoção de novos estilos de vida concorreram para o declínio desta prática em muitas sociedades. Os serviços de saúde contribuíram para isso, seja por não apoiarem e estimularem as mães a amamentar, seja porque introduziram rotinas e

procedimentos que interferem com a iniciação e o estabelecimento normais do aleitamento (OMS/UNICEF, 1989).

SILVA (1990) enumera outras razões que tentam explicar o declínio do aleitamento. Dentre elas está a pouca informação da mulher que amamenta sobre este processo. O receio de estar produzindo um leite “fraco” ou insuficiente para a criança, a intercorrência de doenças infecciosas ou outras patologias, o uso de medicações concomitante à amamentação, crenças e tabus a respeito do amamentar, dentre outros, são motivos para o abandono precoce deste ato.

A experiência vivenciada pela mulher que acaba de ter um filho é, ao mesmo tempo, gratificante e conflituosa. É nesse momento que ela se dá conta do novo ser que a cerca. Dúvidas como cuidar do bebê, alimentá-lo e reconhecer seus problemas surgem logo a seguir. O profissional de saúde talvez seja a sua principal referência, e a segurança que ele transmitir será fundamental para que essa fase de incertezas possa ser adequadamente superada (FREED & Cols, 1995).

Com todo o aperfeiçoamento da Medicina e o surgimento de tecnologias mais avançadas, às vezes perde-se a noção do simples, e deixa-se de estimular práticas saudáveis e eficazes, como é o aleitamento materno.

Tanto o fornecimento de informações e suporte às mães expectantes quanto as mudanças nas rotinas hospitalares no período perinatal têm se mostrado capazes de aumentar consideravelmente a incidência e a duração da amamentação nas populações estudadas. Além disso, essas intervenções são bastante específicas, eficazes e viáveis. O profissional médico tem uma responsabilidade especial e capacidade de promover o aleitamento através do contato com a mulher durante a gravidez e sua influência nas visitas hospitalares no puerpério. Um maior compromisso dos médicos na promoção da amamentação poderia acelerar e estender novas mudanças nesse

comportamento, beneficiando assim mães e seus bebês em todos os grupos socioeconômicos (WINIKOFF & Col, 1980; FREED & Cols, 1995; WILLIAMS & Col, 1995).

Evidências existem que o aconselhamento médico seja capaz de aumentar as taxas de iniciação e duração do aleitamento materno (LAZZARO & Cols, 1995).

Ao reforçar os benefícios que trazem a amamentação e as condutas na lactação junto aos pais, os médicos poderão recomendar a amamentação como melhor opção alimentar para a criança. O período pré-natal, em particular, é crítico, porque a maioria dos pais escolhem o método de alimentação infantil antes do parto (WINIKOFF, 1980; GIUGLIANI & Cols, 1994). Pelo maior contato com as mães durante o pré-natal, os médicos têm ampla oportunidade de promover a iniciação do aleitamento (ALMEIDA & GOMES, 1997).

Embora exista grande potencial para um envolvimento eficaz entre o médico e a mulher que amamenta, isso nem sempre acontece.

A Educação na Área de Saúde, na qual se inclui o ensino sobre aleitamento materno, é de vital importância, por fornecer subsídios que possibilitam ao médico lidar com maior segurança nessa área.

A promoção, proteção e apoio ao exercício da amamentação natural, como as demais ações preventivas no campo de saúde, se fundamentam em práticas educativas. A grande questão, que ocupa o lugar central das minhas inquietações acerca do tema, diz respeito ao preparo do profissional médico recém-formado para desempenhar este papel.

Até que ponto um médico recém-formado encontra-se de fato habilitado para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno?

Diante dessa inquietação, foi elaborado o presente plano de pesquisa, cujo objeto trata-se de **O Ensino de Aleitamento Materno na Graduação em Medicina da UFJF: Um Estudo de Caso.**

O objetivo principal da pesquisa será avaliar o ensino de aleitamento materno na Faculdade de Medicina da UFJF.

Através do estudo e de uma abordagem crítica de uma proposta oficial emanada do discurso sobre o ensino do Aleitamento Materno nas escolas de saúde e uma análise de programas curriculares que versam sobre o tema, pretendo ainda apontar propostas e soluções que aproximem o conhecimento teórico do aluno de Medicina, em formação, às suas condutas práticas no que se refere ao Aleitamento Materno.

Capítulo I

O ENSINO DO ALEITAMENTO MATERNO ENQUANTO

OBJETO DA PESQUISA

1 - O PANORAMA TEÓRICO

As ações de promoção, proteção e apoio à prática da amamentação natural, exercidas junto a mulher no curso do ciclo gravídico-puerperal e durante a lactação, demanda, por parte do profissional médico, além do interesse e da disposição, acúmulo de níveis de conhecimento teórico e de vivência prática compatíveis com a temática. Somente a partir deste referencial básico é que o profissional se tornará apto ao exercício de atividades assistenciais facilitadoras em relação à amamentação natural.

1.1) Aspectos da Fisiologia da Lactação

O estudo das modificações fisiológicas que ocorrem na mama, principalmente durante o ciclo gravídico-puerperal, mostra-se fundamental para a compreensão das intercorrências durante a lactação e para orientar cuidados adequados com a mama às nutrizas (GUYTON, 1992).

Os mecanismos humorais e neurais envolvidos na lactação são complexos. Progesterona, estrogênio e lactogênio placentário, bem como prolactina, cortisol e insulina parecem agir para a estimulação do crescimento e desenvolvimento do aparato para secreção do leite pela glândula mamária (CUNNINGHAM & Cols, 1997).

Os estrógenos são hormônios responsáveis pela deposição de gorduras, desenvolvimento do estroma e o crescimento dos ductos da mama. Contudo, não são capazes de converter as mamas em órgãos produtores de leite. Constituem um fator fisiológico importante no controle da secreção da prolactina, promovendo tanto a síntese quanto a liberação desta (GUYTON, 1992).

A progesterona age em concomitância com os estrógenos, promovendo o crescimento dos lóbulos e o desenvolvimento da característica secretora

das células alveolares. Contudo, não é a responsável pela secreção do leite a nível alveolar (NEVILLE, 1992).

Os estrógenos e principalmente a progesterona, mantêm-se em níveis plasmáticos elevados durante a gravidez, quando comparados com seus níveis puerperais, até que haja a expulsão da placenta (REZENDE & MONTENEGRO, 1992). Ao longo dos primeiros dias pós-parto, ocorre uma queda da concentração desses hormônios, ocasionando um discreto aumento na quantidade de leite nas primeiras 48 horas e um grande incremento a partir do quinto dia pós-parto, em média, quando finalmente se dá a apojadura (NEVILLE, 1992).

A prolactina, hormônio produzido pela hipófise anterior, adenohipófise, tem inúmeras funções, dentre as quais se destaca o desenvolvimento dos alvéolos e a própria produção de leite. O reflexo da prolactina é somático e quantitativo. A sucção estimula o mamilo e a aréola conduzindo impulsos nervosos à hipófise anterior, promovendo assim a produção de prolactina que, por sua vez, leva a síntese do leite nas células alveolares. Quanto mais freqüente for a sucção, maior será a produção de prolactina e, conseqüentemente, de leite (GUYTON, 1992).

A ocitocina, liberada pela neurohipófise, determina a ejeção do leite em resposta à sucção e à dilatação dos ductos mamários, através de estímulos neurológicos e endócrinos (KOCH & Cols, 1991). A sucção retira cerca de 1/3 do total de leite produzido e o restante é extraído pela contração das células mioepiteliais, que impelem o leite para o sistema de drenagem, permitindo o esvaziamento da glândula pelo lactente (GUYTON, 1992).

O reflexo de ejeção é psicossomático e sofre influência de fatores psicológicos, explicando assim a diminuição temporária de volume de leite em

mulheres com estresse ou ansiosas. Tais situações liberam adrenalina, que através da vasoconstrição ao redor dos alvéolos, diminui a ação da ocitocina.

A ocitocina é também responsável pelas contrações do miométrio e conseqüentemente pela involução uterina no pós-parto.

Após o parto, com a diminuição abrupta e acentuada dos níveis de estrogênio e progesterona, há remoção da influência inibitória subcelular desta última na produção de alfa-lactoalbumina pelo retículo endoplasmático rugoso. A elevação da alfa-lactoalbumina serve para estimular a lactose-sintetase e por fim aumentar a lactose no leite. A suspensão da progesterona também permite a prolactina agir de forma oposta na estimulação da produção de alfa-lactoalbumina (CUNNINGHAM & Cols, 1997).

De outra maneira, em circunstâncias normais, a intensidade e duração da lactação subsequente são controladas, em grande parte, pelo estímulo repetido da amamentação. A prolactina é essencial para a lactação; mulheres com extensa necrose hipofisária, como na síndrome de Sheehan, não produzem leite. Embora os níveis de prolactina plasmática caiam após o parto para valores menores que os da gravidez, cada ato de sugar desencadeia um aumento dos níveis do hormônio. Presumivelmente, um estímulo sobre a mama reduz a liberação de fator inibidor de prolactina pelo hipotálamo, isso, por sua vez, leva ao aumento da secreção de prolactina (CUNNINGHAM & Cols, 1997).

A neurohipófise, de modo pulsátil, secreta ocitocina, que estimula a saída de leite na mama ao promover contração das células mioepiteliais no alvéolo e pequenos ductos lactíferos. De fato, esse mecanismo tem sido utilizado para testar a atividade da ocitocina em fluidos biológicos. A ejeção do leite é um reflexo iniciado especialmente pela sucção, que estimula a neurohipófise a liberar a ocitocina. A ejeção

pode ser provocada até mesmo pelo choro da criança ou ser inibida por medo ou estresse (KOCH & Cols, 1991).

Na mulher que continua amamentando mas que recomeça a ovulação, existe uma alteração aguda na composição do leite 5 a 6 dias antes até 7 dias após a ovulação. Essas mudanças são abruptas e caracterizadas pelo aumento da concentração de sódio e cloreto, junto com a diminuição de potássio, lactose e glicose. Na mulher que engravida, mas que continua amamentando, a composição do leite passa por alterações progressivas, sugerindo perda gradual da atividade metabólica e secretória da glândula mamária (CUNNINGHAM & Cols, 1997).

1.2) O Leite Humano

As glândulas mamárias são morfogeneticamente semelhantes às glândulas sudoríparas. A unidade funcional consiste de células secretórias circundando um lúmen (alvéolo), os ductos e suprimento sanguíneo. Os alvéolos são conectados por ductos maiores os quais se esvaziam em ductos coletores ou lactíferos. Esses têm uma dilatação (seio lactífero) anterior a sua terminação no mamilo (RINALDI & Col, 1996).

Anatomicamente, cada glândula mamária madura é composta de 15 a 25 lobos, que estão dispostos radialmente e separados uns dos outros por quantidade variável de gordura. Cada lobo consiste de vários lóbulos, que por sua vez são constituídos por grande número de alvéolos. Cada alvéolo é dotado de um pequeno ducto que se junta aos outros para formar um único ducto maior para cada lobo. Estes

ductos lactíferos abrem separadamente no mamilo, onde podem ser distinguidos como orifícios diminutos, mas distintos (HOLLINSHEAD, 1980).

O epitélio secretor alveolar sintetiza os vários constituintes do leite. A célula secretora do alvéolo é rica em grânulos armazenados (lactose e proteína), glóbulos de gordura e em retículo endoplasmático próximo da sua porção basal. O leite é uma emulsão de gordura em água, com lactose e proteína numa fase aquosa. A lactose (70g/l) é o principal soluto no leite humano. Como o leite é isotônico com o sangue (295 mosm/kg H₂O), seu conteúdo de eletrólitos é relativamente baixo. As proteínas ultrapassam 20g/l no colostro e são aproximadamente 10g/l no leite maduro. O conteúdo de gordura varia entre 32 e 35g/l. O colostro é um líquido amarelo-limão profundo secretado pelas mamas nos primeiros 5 dias pós-parto. Ele normalmente pode ser extraído do mamilo a partir do 2º dia pós-parto, mas a verdadeira produção de leite não está estabelecida até o 5º dia de puerpério (CUNNINGHAM & Cols, 1997).

O colostro e o leite maduro se diferenciam nas suas concentrações de proteínas, lipídios e glicídios. A proteína constitui 6% na composição do colostro, correspondendo a cerca de 1% no leite maduro. Tanto o teor de lipídios (3,5%) quanto o de glicídios (7,0%), é maior no leite maduro quando comparado ao colostro (2,5% e 3,0%, respectivamente) (HAMBRAEUS, 1984).

Colostro: comparado com o leite maduro o colostro contém mais minerais e proteínas, muitas das quais são globulinas, mas menos açúcar e gordura. O colostro contém ainda grandes glóbulos de gordura chamados erroneamente corpúsculos de colostro; seriam algumas células epiteliais que teriam sofrido degeneração gordurosa e fagócitos mononucleares contendo gordura. A secreção do colostro persiste por aproximadamente 5 dias, com conversão gradativa em leite

maduro durante as 4 semanas seguintes. Anticorpos são encontrados no colostro, e seu conteúdo de IgA pode oferecer proteção para o recém-nascido contra patógenos entéricos como descrito adiante. Outros fatores de resistência como as imunoglobulinas são encontrados no colostro e leite. Dentre eles estão incluídos o complemento, macrófagos, linfócitos, lactoferrina, lactoperoxidase e lisozimas.

Leite: os principais componentes do leite são proteínas, lactose, água e gordura. O leite é isotônico com o plasma, sendo a lactose responsável pela metade da pressão osmótica.

As principais proteínas, incluindo alfa-lactoalbumina, beta-lactoglobulina e caseína, são sintetizadas no retículo endoplasmático rugoso da célula secretória alveolar. Aminoácidos essenciais são derivados do sangue e sintetizados na glândula mamária. A maioria das proteínas do leite são únicas e não são encontradas em outro local. O soro do leite humano contém grandes quantidades de interleucina-6 (SAITO & Cols, 1991).

Níveis de pico dessas citocinas foram encontrados no colostro e existe uma correlação positiva entre sua concentração e o número de células mononucleares no leite humano. Adicionalmente, a interleucina-6 foi associada diretamente com a produção local de imunoglobulina A pela mama. A prolactina parece ser ativamente secretada no leite humano e o fator de crescimento epidérmico (EGF) foi identificado nele (KOLDOVSKY & Cols, 1991).

Como o EGF não é destruído pelas enzimas proteolíticas gástricas, ele pode ser absorvido e promover crescimento e maturação da mucosa intestinal da criança. A somatostatina e o peptídeo intestinal vasoativo estão concentrados no leite da rata, mas não são produzidos pela mama (KOCH & Cols, 1991). Além do mais, a somatostatina é absorvida intacta e biologicamente ativa do intestino de ratos

neonatos. Se isso fosse encontrado em humanos, iria permitir um novo entendimento do metabolismo de glicose e deposição de gordura na criança em seus primeiros dias de vida (CUNNINGHAM & Cols, 1997).

As principais mudanças na composição do leite ocorrem 30 a 40 horas pós-parto, incluindo um súbito aumento da concentração de lactose. A síntese da lactose a partir da glicose na célula secretória alveolar é catalizada pela lactose-sintetase. Alguma lactose entra na circulação materna e é excretada pelos rins. Isso pode ser mal interpretado como glicosúria, a menos que a glicose-oxidase específica seja usada para o teste. Ácidos gordurosos são sintetizados no alvéolo a partir da glicose e são secretados por um processo semelhante ao apócrino (CUNNINGHAM & Cols, 1997).

Todas as vitaminas, com exceção da vitamina K, são encontradas no leite humano, mas em quantidades variáveis (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1994) e a suplementação dietética materna aumenta a secreção da maioria delas. Pelo fato de o leite materno não suprir as necessidades de vitamina K do recém-nato, a administração de vitamina K à criança, logo após o nascimento, é recomendável para prevenir doenças hemorrágicas (CUNNINGHAM & Cols, 1997).

O leite humano contém baixa concentração de ferro, mas o ferro é mais bem absorvido do leite humano que do leite de vaca. Os estoques de ferro materno não parecem influenciar sua concentração no leite (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1989).

MENELLA & BEUCHAMP (1991) documentaram que as crianças amamentadas têm conhecimento do que suas mães comem ou bebem. Eles estudaram os efeitos da ingestão materna de etanol sobre a criança, equivalente a uma lata de cerveja, antes de amamentar. Tal consumo provocou uma sucção mais freqüente

durante o primeiro minuto de mamada, mas no final eles consumiam significativamente menos leite.

A glândula mamária, como a tireóide, concentra iodo e vários outros minerais, incluindo o gálio, tecnécio, índio e possivelmente sódio. Portanto, esses minerais radioativos não devem ser dados à lactante por aparecer rapidamente no leite.

O Comitê de Drogas da Sociedade Americana de Pediatria (AMERICAN SOCIETY OF PEDIATRICS, 1994) recomenda uma consulta com um médico especialista em Medicina Nuclear antes de fazer um estudo diagnóstico para que se use um elemento que tenha a excreção mais curta no leite. Ainda recomendam que a mãe ordenhe suas mamas antes do estudo e armazene leite suficiente para alimentar a criança. Após o estudo, ela poderá ordenhar as mamas para manter a produção de leite, mas deverá descartar todo o leite produzido durante o tempo que a radioatividade esteja presente, o que varia de 15 horas até 2 semanas, dependendo do isótopo utilizado.

As concentrações aproximadas dos componentes mais importantes do leite materno podem variar na dependência da dieta materna e da época do puerpério. As principais diferenças na composição bioquímica do leite humano (LH) e do leite de vaca (LV) podem ser observadas na Tabela 1.

**TABELA 1 - Composição Nutricional
Leite Humano (LH) e Leite de Vaca (LV)**

NUTRIENTES POR 100 ML	LH	LV
Água	87,1	87,3
Energia (Kcal)	75,0	69,0
% total de proteína	1,1	3,5
Caseína (%)	20,0	82,0

Lactoalbumina e lactoglobulina (%)	80,0	18,0
Gordura (g)	4,5	3,5
Carboidratos (g)	7,1	4,9
MINERAIS E VITAMINAS	LH	LV
Cálcio (mg)	33,0	118,0
Fósforo (mg)	14,0	93,0
Sódio (mg)	16,0	50,0
Potássio (mg)	53,0	144,0
Ferro (mg)	0,05	Traços
Vitamina C (mg)	5,0	1,0
Vitamina D (UI)	2,2	42

* Modificado de HAMBRAEUS (1984)

1.3) Lactação x Amamentação: A Dimensão Bio-Psico-Social

Embora muitas vezes usados como sinônimos, os termos lactação e amamentação possuem significados distintos.

A palavra lactação refere-se a um fenômeno biológico, a saber, a produção e ejeção do leite, enquanto que a amamentação envolve o ato de obtenção do leite pela criança através da sucção do seio materno ou a oferta do peito (e do leite) por parte da mãe à criança.

O primeiro pode ser considerado como comum a todas as espécies de mamíferos, e não diferencia o ser humano dos demais. Por esse prisma, podemos afirmar que a mulher é mais uma fêmea que, estimulada por mecanismos hormonais e instintivos, produz alimento que permitirá a sua cria perpetuar a espécie através da sua sobrevivência.

Para que tal processo ocorra, bastaria a presença de tecido mamário e desenvolvimento adequado de alvéolos, ductos e mamilos; início e manutenção da secreção láctea, ejeção e propulsão do leite dos alvéolos para os mamilos.

O segundo fenômeno, a amamentação, envolve fatores que extrapolam a esfera biológico-instintiva comum às fêmeas e fazem da mulher uma representante ímpar, sujeita a ações que não se resumem exclusivamente em picos hormonais ou reações comandadas pelos instintos.

As variáveis sociais, econômicas e culturais que permeiam esse ato estão diretamente ligadas a sua presença maior ou menor em algumas sociedades, durante certas épocas. Estas podem ser responsáveis pelo declínio do hábito de amamentar, como se observa no Brasil nos últimos anos.

Segundo ORLANDI (1985), as mudanças na estrutura familiar da sociedade moderna urbana contribuiria para esse declínio. Ao mesmo tempo em que a mulher passa a ocupar um papel social até pouco tempo delegado aos homens, o de chefe de família - ela tende a abandonar uma prática que exige de si tempo integral e dedicação exclusiva. Esse autor também ressalta a falta de apoio, incentivo e ajuda de parentes mais velhos como elementos favorecedores deste abandono.

Nem sempre a sociedade tem facilitado a prática do aleitamento. REA (1989) descreve que *“ao mesmo tempo em que culpabiliza a mulher por não amamentar a sociedade interfere de maneira brusca sobre o parto, cria estruturas hospitalares que dificultam a aproximação mãe-bebê, ignora as leis trabalhistas que protegem a lactante e é omissa com as companhias que difundem a prática do aleitamento artificial”*.

O fator econômico retrata uma realidade desanimadora no cenário do aleitamento materno. Estima-se que no Brasil são desprezados trezentos milhões de

litros de leite humano anualmente em decorrência do desmame precoce. Esse dado adquire maior gravidade quando a questão é trazida para países em desenvolvimento (INAN, 1991).

Pesquisa de PLANK e MILANESI (1973) em comunidades rurais do Chile revelou que houve um índice de mortalidade três vezes maior entre lactentes alimentados artificialmente quando comparados com aqueles de alimentação exclusiva no peito. O mesmo afirma WION e GORDON (1978), que em estudo sobre mortalidade neonatal em Punjad, zona rural da Índia, declaram que *“virtualmente, todas as crianças que não foram alimentadas ao seio no primeiro mês de vida morreram”*.

MONCKEBERG (1976) sumariza as conseqüências do declínio do aleitamento materno entre países não-industrializados: *“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; conseqüentemente, a desnutrição torna-se prevalente nos períodos precoces da vida e acarreta alta mortalidade”*.

Culturalmente, o ato de amamentar passou por diversas fases no país:

de senso comum entre os indígenas na época do descobrimento, onde a criança permanecia no peito até os dezoito meses, para os dias atuais, trilhou-se um longo caminho, de sentido retrógrado (SILVA, 1990). O mercantilismo das indústrias alimentícias vinculado à prática médica, tornou-se responsável pela mudança na situação. É mais “saudável” e mais “importante” dar fórmulas lácticas enriquecidas aos bebês que incentivar a mulher em contrário. Junte-se a isso uma indústria de alimentos

infantis (principalmente leites em pó) dominante e persuasiva, que traz em seus anúncios crianças fortes e saudáveis, sem nenhuma alusão ao aleitamento natural.

Finalmente MULFORD (1995) destaca o involuntário papel negativo desempenhado pelo pessoal de saúde como fator de desestímulo à amamentação. Por omissão ou ignorância, pouco ou quase nada se fala de aleitamento durante e após a gestação.

Como se vê, as “razões” para não amamentar são muitas e reduzir essa opção como fenômeno inerente à natureza fêmea da mulher é ignorar outros aspectos que cercam o tema e que diferenciam uma mãe de outros mamíferos que têm apenas hormônios e tetas.

1.4) O Aleitamento Materno no Cenário da Saúde Pública

Nos últimos anos, tem-se observado um declínio do aleitamento materno. A alimentação natural nos países ocidentais passou a não ser mais compatível com o estilo de vida da mulher moderna e com seu trabalho fora do lar (PALMER, 1993).

Além dos fatores sociais, a OMS (1991) destaca também as razões políticas, econômicas e culturais como responsáveis pelo declínio da amamentação.

Tal fato adquire maior importância quando analisamos a relação direta que existe entre o ato de amamentar e a diminuição da incidência de doenças infecto-contagiosas, redução da mortalidade infantil e maior espaçamento entre as gestações.

No início de 1981 foi oficialmente lançado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), estabelecendo mecanismos

interinstitucionais com vistas à viabilização do mesmo, através de perspectivas de atuação multisetorial (INAN, 1991).

As barreiras diagnosticadas para implementação do programa foram descritas como: a desinformação do público em geral, desinformação dos profissionais de saúde, o trabalho assalariado da mulher e a propaganda indiscriminada dos produtos industrializados para lactentes.

A operacionalização do PNIAM se deu em duas fases distintas: a primeira se constituía numa tentativa de corrigir os problemas ocasionados pelas barreiras impeditivas do aleitamento. Através de campanhas de comunicação de massa, grupo de mães e introdução do tema nos currículos visava-se à informação do público em geral. Na tentativa de sanar a desinformação dos profissionais de saúde estimulou-se o treinamento através de congressos, seminários e publicações. O alojamento conjunto passou a ser instituído como medida geral. Com o início da proposta de adequação da propaganda sobre leites em pó ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, aprovado pela OMS em 1981, tentava-se reduzir a comercialização indiscriminada dos produtos industrializados para lactentes. No Brasil, o Código foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde como Resolução número 05 de 20 de dezembro de 1988, com o título de Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes (MS/INAN, 1990).

Na segunda fase de operacionalização, a atenção passou a ser exercida pelos comitês nacionais, com análise na comunidade dos aspectos psicossociais. Incentivo na rede, bancos de leite humano e atenção alimentar nutricional; proteção ao trabalho da mulher e normas de comercialização dos leites em pó foram práticas instituídas (INAN, 1991).

Outro aspecto a ser considerado é que a disseminação do aleitamento artificial no Brasil foi decorrente do intenso processo de urbanização, do estilo de vida do país, da distribuição dos excedentes de produção do leite em pó, no período pós-guerra através de programas de importação do produto e do próprio crescimento da produção de leite em pó a partir dos anos 40 (ALMEIDA & GOMES, 1997).

O crescimento da mortalidade infantil na década de 70, em várias partes do país, conseqüente à depreciação das condições de vida de grande parcela da população, alertou para que se observasse um aumento da desnutrição entre crianças menores de um ano. Um dos fatores relevantes a serem considerados foi a questão da disseminação do aleitamento artificial na população. A ação da propaganda do leite em pó remonta de 1916, com a primeira alusão ao leite artificial (SOUZA, 1996).

A temática central das propagandas era o aleitamento materno, e o leite artificial entrava como produto substitutivo naqueles casos de falta do leite humano, ao mesmo tempo em que se transmitia a idéia de que a criança bem nutrida era aquela criança gorda.

A partir de 1922 observa-se uma crescente veiculação da propaganda de leite em pó, sua facilidade de preparo, com recomendação de eminentes pediatras. Ressaltava-se sua equivalência ao leite materno, contrapondo-se o seu consumo à utilização de leite de vaca, referido como alimento de segurança discutida, sujeito à contaminação e de digestibilidade difícil. O ano de 1933 marca o aparecimento na mídia impressa de notícias da fabricação dos leites em pó pela indústria nacional de alimentos infantis. Salientava-se que o produto era tão puro quanto o importado, mais novo e que substituíria, com benefício, a falta do leite materno. No período da segunda guerra a veiculação dos substitutos do leite materno passa a ser sistemática nas revistas médicas, chamando a atenção para a importância da contribuição da indústria de leite

em pó às revistas especializadas, ao nível de sustentação econômica. Os anos 40 foram marcados pelo crescimento da produção de leites modificados no país, com aparecimento de novas orientações e propostas publicitárias. O destaque é dado à facilidade de preparo do novo produto, sua pureza bacteriológica, ao lado da conservação das propriedades do leite e digestibilidade do produto. Salientava-se, ainda, a riqueza de nutrientes, o papel preventivo dos distúrbios gastrointestinais e a sua crescente utilização, em todos os países, na alimentação do lactente normal, com ótimos resultados (INAN, 1991).

Nos anos 50, os produtos são apresentados como forma de facilitar a tarefa dos médicos, uma vez que poderiam ser prescritos em qualquer lugar, sob quaisquer circunstâncias. Veicula-se também a idéia de que o cuidado com as crianças é tarefa do pessoal da área de saúde, ressaltando a figura do médico como responsável pelo ato da alimentação da criança, que era de competência das mães. Enfatizou-se, mais tarde, que os leites em pó poderiam ser administrados desde o nascimento, tais seriam suas qualidades como “superalimento”. Paralelamente, sugere-se que o leite em pó enriquecido deveria, inclusive, completar a alimentação natural. A introdução precoce de outros alimentos, inclusive o leite como suplemento, indicado pelo médico, representaria uma interferência na produção láctea e reforçaria o papel intervencionista do médico como promotor de desmame, encobrendo a ação da propaganda como mecanismo condicionador deste comportamento. Igualmente, a veiculação da crença na incapacidade das mães em amamentar, anularia a atuação do médico na salvaguarda do aleitamento natural, favorecendo a introdução da mamadeira. Ao longo dos anos 50, desenvolvem-se as necessidades do atendimento à demanda de serviços de saúde decorrente do crescimento das camadas assalariadas urbanas e o Estado é chamado a expandir suas ações sociais. O Ministério da Saúde foi criado com o propósito de

formular políticas explícitas, em âmbito nacional, voltadas para os cuidados à saúde. A inclusão dos centros de saúde no circuito do marketing do leite em pó, acrescida de tradicional omissão no estímulo ao aleitamento natural, associam-se à institucionalização das atividades de suplementação alimentar governamental como parte integrante das ações desenvolvidas nos programas materno-infantis (INAN, 1991).

No período de 1970 a 1977 observa-se aumento da produção de leites modificados, que passa de 6.508 toneladas para 26.165 toneladas, evidenciando a ampliação significativa da utilização do leite em pó, tendo como consequência a prática generalizada do desmame precoce. Os anos 80 são caracterizados pela preocupação institucional de desenvolver diretrizes e estratégias para a recuperação da prática do aleitamento natural (INAN, 1991).

Algumas hipóteses podem auxiliar o entendimento das mudanças do comportamento, elo efetivo da cadeia produto + mãe/criança + profissional de saúde. Que mecanismos levaram essa parcela a adotar e prescrever o leite modificado? Por que, embora nenhum profissional negue a importância do leite humano, poucos lhe conferem prioridade?

Outras indagações ainda necessitam de resposta:

- Como estão estruturados os cursos de formação e que importância é dada para ações preventivas, para a assistência primária?
- Quais as fontes de atualização desses profissionais e que órgãos, entidades ou instituições têm condições de arcar com tais cursos?
- Quais são as condições de trabalho desses profissionais?

Finalmente, resta analisar a postura do governo frente ao ingresso dos leites modificados.

A produção de leite em pó modificado, de acordo com a Associação Brasileira de Indústrias de Alimentos, no ano anterior à promulgação do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (1971), foi de 24,7 mil toneladas, reduzindo para 17,3 mil em 1981. Nesse ano, de acordo com a pesquisa do CEBRAP (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento), a mediana de aleitamento total era de 90 dias, o número de crianças estimado, na faixa de 0 a 6 meses, 1,1 milhão. Considerando-se necessários para este período 25,5 quilos de leite per capita, significa que havia uma disponibilidade para 60% deste mercado.

Tem-se que em 1990 a população de crianças na faixa etária supracitada era de 1,8 milhões para uma produção de 14 mil toneladas, ou seja, 30% da fatia de prováveis consumidores (INAN, 1991).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN/INAN, 1989) demonstra que apesar de 97% dos bebês terem mamado após o nascimento, o desmame é intenso e ocorre muito precocemente. A mediana do aleitamento natural encontrada foi de 134 dias, e do aleitamento predominante (acrescido de chás e água) foi de 72 dias. A Região Nordeste foi a que apresentou a mais baixa mediana de aleitamento materno predominante (41 dias).

1.5) A Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Uma Política para a Década de 90

Na reunião anual de 1990 a UNICEF aprovou uma nova estratégia nutricional para a década de 90. A proteção, promoção e suporte ao aleitamento materno foram identificados como as mais importantes ações para alcançar os objetivos nutricionais. Essa estratégia foi denominada de “Dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno”. O Brasil foi um dos participantes e assinantes da Declaração de Innocenti, elaborada por um grupo de formuladores de políticas de saúde de Governos,

agências bilaterais e das Nações Unidas, reunidos em Florença, na Itália, do dia 30 de julho a 1º de agosto de 1990 (OMS, 1991).

Essa declaração recomenda a adoção de medidas necessárias para assegurar a nutrição adequada da mãe e sua família, como condição para saúde ótima. Além disso, propõe que se deve estabelecer políticas, objetivos e um plano de ação para promover o aleitamento materno, na década de 90, como parte dos programas nacionais de assistência à saúde da mulher e da criança (OMS, 1991).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), criada pela UNICEF/OMS, tem como objetivo mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas tidas como responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para tanto, preconiza a readequação das rotinas das maternidades, no intuito de atender ao disposto nos dez passos para o sucesso da amamentação, apresentados a seguir:

DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO OMS/UNICEF (1989)

Todos os estabelecimentos que oferecem serviços obstétricos e cuidados a recém-nascidos deveriam:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo *médico*.
7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e bebês permaneçam juntos - 24 horas por dia.

8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas, por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.

Segundo a UNICEF “*a Iniciativa Hospital Amigo da Criança representa um esforço mundial para a promoção do aleitamento materno através da mobilização das equipes dos serviços obstétricos e pediátricos, através da sensibilização deste para esta causa e para a humanização do atendimento.*”(1991 : 37).

Em 1994, a portaria nº 1113, do Ministério da Saúde, assegurou o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto, aos Hospitais Amigos da Criança vinculados ao Sistema Único de Saúde. A portaria nº 155, da Secretaria de Assistência à Saúde (MS), no mesmo ano estabeleceu critérios para o credenciamento dos hospitais como Amigos da Criança.

2 - REFERENCIAL PARA A ASSISTÊNCIA AO ALEITAMENTO

A questão da assistência ao aleitamento materno traduz informações tidas como necessárias para todos aqueles profissionais que lidam com a prática da amamentação.

Dentro desse contexto, e utilizando referenciais propostos por KING (1991), pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e Organização Mundial de Saúde (UNICEF/OMS, 1993), através do curso sobre Manejo e Promoção do

Aleitamento Materno num Hospital Amigo da Criança, além do Manual de Promoção do Aleitamento Materno - Normas Técnicas, do Ministério da Saúde (MS, 1997), buscou-se uma sistematização do enfoque prático na abordagem do tema, que dê ao profissional de saúde uma orientação de como lidar com as principais questões inerentes à amamentação.

Esse enfoque abrange os períodos pré e pós-natal, bem como as questões relacionadas com as dificuldades que as mães encontram no exercício da amamentação.

2.1) A Assistência Pré-Natal

Durante o acompanhamento pré-natal é necessário que a gestante tenha orientações sobre o aleitamento, e o profissional pode transmitir-lhe informações numa linguagem prática e acessível. Alguns temas merecem destaque e deveriam fazer parte dessas orientações.

Vantagens da Amamentação

A maioria dos bebês amamentados exclusivamente nos primeiros seis meses crescem bem e são saudáveis. Estão protegidos contra algumas infecções e alergias, além de outras intercorrências que podem ser mais comuns entre crianças que não utilizaram o leite humano como fonte de alimento nos primeiros meses de vida. Bebês amamentados têm menos diarreia, infecções gastrintestinais e respiratórias. Anticorpos específicos existentes no leite materno protegem a criança de doenças as quais a mãe tenha sido exposta. A presença de agentes antiinflamatórios reduz as complicações causadas por inflamações fora de controle. Outra vantagem do leite

humano é que ele contém uma substância chamada *fator bifidus*, que auxilia o crescimento de bactérias especiais no intestino do bebê impedindo o desenvolvimento de outros microorganismos nocivos. Adicionalmente, fatores de crescimento promovem o desenvolvimento e maturação do sistema imunológico, nervoso e de órgãos como a pele.

A presença do leite materno faz desenvolver com maior rapidez o trato gastrointestinal do bebê, não permitindo uma exposição a proteínas estranhas no seu sistema digestivo, evitando assim respostas alérgicas. Todos os leites infantis, incluindo os leites a base de soja, expõem o bebê ao risco de alergias.

Estão ainda enumeradas como outras vantagens para a criança em aleitamento exclusivo menor incidência de morte súbita no berço, menor risco de otite, diabetes e até mesmo câncer. A resposta vacinal é mais eficiente, possibilitando maior capacidade para a criança reagir às infecções. Os problemas dentais associados com o risco da mamadeira inexistem. A criança adquire um melhor desenvolvimento psicomotor, emocional e social e apresenta coeficiente de inteligência mais elevado.

O aleitamento também é gratificante para a mulher sob vários aspectos. A contração uterina no pós-parto é favorecida pela ocitocina liberada quando a mãe amamenta, ajudando a interromper a hemorragia que pode advir nesse período. Para tal é necessário que o aleitamento seja iniciado imediatamente após a parturição e mantido com freqüência. O retorno da menstruação e ovulação está retardado naquelas mulheres em regime de aleitamento exclusivo. Por conseguinte, existe um maior espaçamento entre as gestações e uma preservação das reservas de ferro perdidas com o fluxo menstrual. O risco de câncer ovariano e mamário também é menor nessas mulheres e a depressão pós-parto está reduzida.

O aleitamento ao peito propicia à mãe uma melhor recuperação física no período pós-parto. Reduz a carga de trabalho com a preparação da alimentação do bebê e torna convenientes as mamadas noturnas e viagens. O custo de uma dieta adequada da mãe é inferior ao custo de alimentar um bebê com leites artificiais.

A ligação afetiva entre a mãe e o filho é estimulada, resultando em menos abuso e negligência de crianças.

A sociedade também se beneficia com a prática da amamentação, uma vez que o dinheiro economizado na compra de outros leites artificiais poderá ser utilizado para outros fins, inclusive com o propósito de melhorar a alimentação de outros membros da família. As visitas aos consultórios médicos e postos de saúde são menos freqüentes, e o gasto com medicamentos, exames laboratoriais e hospitalizações, menores.

Essas são algumas, das inúmeras vantagens, que a prática do aleitamento materno promove.

O período em que o aleitamento materno deve ser utilizado como fonte exclusiva de alimentação do lactente é fator importante quando abordamos a questão com a gestante ou puérpera que deseja amamentar. A amamentação deve ser fonte alimentar exclusiva para a criança nos seus primeiros 4 a 6 meses de vida, e por exclusividade entende-se que nenhum outro leite infantil industrializado ou de animais deva ser consumido. A água e alimentos sólidos estão proscritos. Não se deve oferecer bicos artificiais ou chupetas à criança. O número de mamadas não deve ser limitado e a criança deve sugar enquanto achar necessário.

A superioridade do leite humano em relação ao leite industrializado pode ser reconhecida facilmente. O leite de uma mãe é especialmente indicado para seu filho. O colostro e o leite materno são adaptados à idade gestacional, e o leite maduro

muda mês a mês, dia a dia, de mamada a mamada, para satisfazer cada necessidade específica do bebê. Acrescentar qualquer outro alimento, inclusive água, aumenta os riscos e diminui os benefícios.

O colostro está presente a partir do sétimo mês de gravidez. É espesso, pegajoso e de cor clara a amarelada. Ele é perfeito como primeiro alimento para o bebê, e contém mais proteína e vitamina A que o leite maduro. Suas propriedades laxantes ajudam o bebê a eliminar mecônio, prevenindo a icterícia. A proteção contra infecções se dá a custa das imunoglobulinas, principalmente a IgA, que fazem este leite especial ser a primeira imunização do bebê contra muitos vírus e bactérias.

O leite materno prematuro, ou seja, aquele produzido pela mãe que teve sua criança antes da 37^a. semana de gestação, é mais rico em IgA, proteína e lactoferrina quando comparado com o leite maduro. Não deve ser desprezado e, se a criança for incapaz de sugá-lo, deve ser oferecido através de sondas, xícara ou colher.

O leite materno maduro muda de composição em relação às horas do dia, à duração de uma mamada, às necessidades do bebê e à doenças com as quais a mãe teve contato. Seu teor de proteína é perfeito para o crescimento e desenvolvimento cerebral do bebê. A maioria das fórmulas lácticas é inferior em termos de equilíbrio protéico. O teor protéico não é afetado pelo consumo alimentar da mãe e esta proteína é facilmente digerida e bem absorvida. As gorduras são a fonte principal de calorias para a criança. Sua quantidade no leite humano é influenciada pela dieta materna. Essas gorduras contêm ácidos graxos de cadeia longa, necessários para o crescimento cerebral. O nível de gordura é pequeno no início da mamada e maior no final, chamado de leite posterior. O ferro presente no leite materno é bem absorvido no intestino do bebê, em parte porque este leite oferece fatores especiais de transferência que auxiliam

o processo. Bebês amamentados exclusivamente raramente têm anemia por deficiência de ferro.

Alguns riscos de se usar sucedâneos do leite materno devem ser apontados àquelas mães que planejam amamentar. Dentre eles, a possibilidade de contaminação da água utilizada para o preparo de mamadeiras, a diluição excessiva dos leites em pó ou até mesmo sua contaminação; erros na preparação do leite industrializado também podem ocorrer. Os bebês ainda são privados das vantagens que o leite materno oferece à saúde.

Preparo da Mama

A gestante deve ser orientada a expor seus mamilos ao sol durante 15 minutos a cada dia, e caso isso não seja possível, uma lâmpada de 40 watts acerca de um palmo de distância da mama poderá ser usada.

A forma dos mamilos pode interferir no sucesso da amamentação. Caso eles sejam planos ou invertidos, a mãe deve ser orientada sobre os exercícios de Hoffman. Esses consistem em tracionar a pele da aréola, puxando-a para os lados, depois para cima e para baixo. Objetiva-se com esse movimento, romper as múltiplas aderências do tecido conjuntivo que prendem o mamilo à aréola. Esses exercícios devem começar durante a gravidez e serem feitos numa seqüência de 2 a 3 vezes ao dia, no mínimo por três meses. Após o nascimento da criança, os exercícios, juntamente com a sucção, aceleram o descolamento dos tecidos e a conseqüente protrusão do mamilo.

A gestante deve ser desencorajada a usar cremes, pomadas ou sabões nos mamilos porque essas substâncias podem retirar a camada lubrificante que protege essa estrutura, concorrendo para maior possibilidade de traumas nesse tecido durante o

ato de amamentar. Também não se aconselha a expressão do peito durante a gestação para a retirada do colostro.

Importância do Aleitamento na Sala de Parto

A experiência do trabalho de parto e parto pode afetar o aleitamento precoce e determinar sua duração. As normas hospitalares que separam as mães de seus filhos rotineiramente e interferem no aleitamento contribuem para o insucesso dessa prática antes mesmo de sua instalação. As mães precisam de uma atmosfera calorosa e tranquilizante, onde se sintam cuidadas.

O profissional de saúde que acompanha a paciente deve manifestar apoio durante a parturição e permitir que as mães e seus bebês mantenham um contato ininterrupto e sem pressa durante pelo menos uma hora após o nascimento.

As mães devem ser encorajadas a amamentar na primeira hora após o parto, quando o bebê der sinais de que está pronto para mamar (trazendo as mãos até a boca ou fazendo movimentos de sucção).

Os reflexos de busca e sucção do bebê são particularmente acentuados nas primeiras uma a duas horas após o parto sem medicamentos. As mães que amamentam na sala de parto tendem a amamentar por mais meses do que quando esse ato é protelado. A maior secreção de ocitocina provocada pela sucção do bebê faz o útero contrair e controla a hemorragia pós-parto, não sendo necessária a utilização rotineira de ocitocina sintética se as mães amamentarem após o nascimento. Quando se protela o primeiro banho, permite-se que a vernix caseosa penetre na pele do bebê, lubrificando-a e protegendo-a. Além disso, evita-se a perda de temperatura que pode afetar a primeira mamada.

Mães e bebês devem ser mantidos juntos ao deixar a sala de parto. A maioria dos procedimentos pediátricos de rotina podem ser feitos ao lado da cama da mãe, não se justificando separá-la do seu filho. As mamadas pré-lacteas (mamadas antes do leite começar a ser produzido), de água ou qualquer outro líquido, devem ser proscritas.

A mulher que foi submetida a cesariana pode ter dificuldades em aleitar. Uma experiência positiva de aleitamento pode ajudar aquelas que desenvolveram uma sensação de fracasso por não terem tido um parto normal. A presença tranquilizadora de um profissional de saúde é importante para ajudar a mãe a iniciar o aleitamento após o parto cesáreo.

O alojamento conjunto deve ser estimulado tão logo a mãe possa cuidar de seu bebê.

Como Amamentar

A criança normal e a termo e os prematuros maiores nascem com três tipos de reflexos que os auxiliam a mamar: o reflexo da busca ou procura, o de sucção e o de deglutição.

Durante a tração do tecido mamário para formar um bico, a criança deve apreender não apenas o mamilo, mas abocanhar a aréola e o tecido mamário subjacente onde estão os ductos lactíferos. A tração desse tecido forma um bico comprido, em que o mamilo constitui apenas um terço desse. A pressão do tecido tracionado contra o palato com a língua realiza, da ponta para a base, movimentos em onda (do tipo peristáltico), pressionando o leite para fora dos ductos lactíferos até a boca da criança, na altura da garganta, de modo que ela possa deglutir.

Alguns sinais indicam que a criança assumiu uma posição correta para mamar: ela deve estar com o corpo encostado no da mãe (estômago da criança - barriga da mãe), de modo que não precisa virar a cabeça para pegar a mama; no caso da criança ser muito pequena, a mãe deve apoiar com o braço por baixo dela, não só o pescoço e tronco, mas também as nádegas; seu rosto deve estar próximo da mama, de modo que o queixo possa tocá-la, o lábio inferior voltado para fora e cobrindo quase toda a porção inferior da aréola; observa-se a criança tranqüila, engolindo em ritmo regular e em goles profundos. Quando essa técnica é obedecida a mãe não se queixa de dor. Quando a criança só abocanha o mamilo, não se forma o “bico longo” para tocar o palato, e o leite não sai suficiente porque os ductos lactíferos não estão sendo pressionados pela língua contra o palato. A criança pode ficar inquieta, chorar ou recusar a mamada. A mãe perde a autoconfiança e pode acreditar que possui pouco leite, quando na realidade é a posição do bebê que está errada. Por outro lado a pega somente do mamilo pode levar, por fricção continuada, à erosão e fissura.

Antes de dar o peito, a mãe deve tentar esvaziar a aréola (seios lactíferos subjacentes), para amolecer o mamilo e facilitar a saída do leite. O próprio bebê deve pegar o peito. A mãe pode orientar, colocando o mamilo na bochecha da criança para estimular o reflexo da busca, mas nunca colocar o mamilo na boca do bebê. Para tornar a mama mais firme, se desejar a mãe pode pressioná-la contra o tórax, segurando-a com a mão oposta (mama direita, mão esquerda) e colocar por baixo os quatro dedos juntos, incluindo o indicador, e o polegar por cima da aréola (pega em “C” ou pega palmar). O bebê deve abocanhar a maior parte da aréola, para sugar mais leite e evitar fissuras.

A mamada seguinte deve ser iniciada pelo peito que o bebê mamou por último na mamada anterior. Alguns bebês não aceitam o segundo peito. Nesses

casos a mãe deve estar orientada sobre como evitar o ingurgitamento mamário através da ordenha.

A posição utilizada para amamentar deve ser aquela que proporcione maior conforto para ambos.

Ao terminar a mamada o ideal é que o bebê solte o peito espontaneamente. Caso isso não ocorra, a mãe pode interpor a ponta do seu dedo mínimo entre a boca do bebê e o seu peito, desfazendo o vácuo existente e permitindo que a criança solte o peito sem machucá-la. A criança é colocada de pé ou sentada (se for um pouco maior) para regurgitar.

A confusão de bicos é gerada quando se utiliza bicos artificiais. Após sugar esse tipo de bico o bebê passa a confiar na sucção ou fluxo por gravidade, dependendo do tamanho e forma do bico e seu furo, podendo abandonar o peito.

Os fatores que podem afetar os planos de uma futura mãe para amamentar são variados. Podemos reconhecer aquelas que necessitam de uma orientação e apoio especial se: tiver amamentado um filho anterior num padrão inferior ao ótimo (por exemplo, com suplementação precoce com mamadeiras); precisar ficar longe do bebê para trabalhar ou estudar fora de casa; tiver dificuldades familiares; estiver deprimida; estiver isolada, sem um grupo social para relacionar-se; for jovem ou mãe solteira; tiver sido submetida a uma cirurgia de mama ou trauma que possa afetar a produção do leite; tiver uma doença crônica; apresentar atitude negativa frente a amamentação.

2.2) A Assistência Pós-Natal

As orientações sobre aleitamento materno devem ser reforçadas após o nascimento do bebê, com o objetivo de priorizar todo o estímulo recebido pela gestante durante o seu período de pré-natal.

Iniciando o Aleitamento Materno

Em localidades onde é comum restringir a frequência e duração das mamadas, as mães podem precisar de ajuda para identificar os sinais de fome emitidos pelos seus filhos. Podem questionar com que frequência devem amamentar e qual deveria ser a duração de cada mamada, além de não saberem se seus filhos estão ingerindo uma quantidade suficiente de leite. Para que as mães possam aprender a responder as necessidades de seus filhos, é importante mantê-los junto delas dia e noite, com separações de no máximo uma hora para os procedimentos hospitalares de rotina. O alojamento conjunto permite que os bebês sejam amamentados sempre que estiverem com fome, e reforça o estabelecimento de laços afetivos e a intimidade que devem ser mantidos em casa. O profissional de saúde deve mostrar como as mães podem identificar os sinais de fome emitidos pelos bebês, em vez de esperar que eles chorem. Deve explicar como as mamadas frequentes e a expressão manual estimulam a produção do leite. Isso é particularmente importante no pós-parto imediato e nos primeiros dias após o nascimento, para estabelecer a produção de leite. As mamas devem ser aliviadas quando estiverem com muito leite ou desconfortáveis ao amamentar, através da sucção do bebê ou ordenha.

Se o bebê estiver sonolento demais para mamar, deve-se retirar as mantas e roupas pesadas, deixando-o movimentar os braços e as pernas; amamentar o bebê numa posição mais ereta, massagear suavemente seu corpo e conversar com ele

podem ser atitudes de grande valia. Caso essas medidas não tenham sido suficientes, a mãe deve esperar meia hora e tentar novamente.

A frequência das mamadas não deve ser limitada. Os recém-nascidos mantêm um intervalo de mamadas de uma a três horas nos primeiros 2 a 7 dias, mas é possível que queiram se alimentar com maior frequência. As mamadas noturnas são importantes para manter uma estimulação adequada da produção e transferência do leite, e para suprimir a fertilidade. Uma vez estabelecida a lactação, oito a doze mamadas em 24 horas são comuns. À medida que os bebês crescem e têm picos de apetite, a frequência das mamadas pode aumentar durante um curto período, para estimular a produção do leite. O bebê deve largar o peito naturalmente e o outro deve ser oferecido, caso ele assim o solicite. Os peitos devem ser oferecidos alternadamente até que o bebê não queira mais mamar. Não se deve interromper uma mamada num peito de maneira precoce. Isso priva o bebê do leite posterior, rico em nutrientes, podendo afetar seu crescimento e provocar sintomas de cólicas. Alguns bebês podem querer mamar apenas num peito nas primeiras mamadas; cada mãe e bebê estabelecem seu próprio padrão.

Se as mamadas estão longas ou muito frequentes, isso pode significar que a pega da aréola não está correta.

O cuidado com as mamas deve ser essencial nesta fase. Elas devem ser lavadas apenas com água, dispensando-se o uso de sabonetes, loções, óleos ou vaselina, que podem interferir na lubrificação natural da pele. Também não se deve lavar as mamas imediatamente antes das mamadas, para não remover óleos naturais e alterar o odor que o bebê identifica como sendo das mamas de sua mãe. Após as mamadas, a limpeza do mamilo e aréola com água pura e sua exposição ao sol concorrem para a prevenção de fissuras e outros traumas.

Os sutiãs são necessários por proverem uma melhor sustentação do órgão, prevenindo alterações na forma e posição das mamas. Não devem, porém, bloquear os ductos lactíferos impedindo a saída do leite. De preferência devem ser confeccionados em algodão, que permite uma melhor circulação do ar para os mamilos e, se possível, que sejam próprios para nutrízes, caso o poder aquisitivo da mãe seja compatível com seu preço.

Principais Intercorrências Relacionadas ao Aleitamento Materno

A identificação das intercorrências relacionadas com o aleitamento materno é de vital importância, assim como o é seu tratamento adequado.

Dentre as alterações mais comuns na mulher que amamenta, merecem destaque a inversão e pseudo-inversão do mamilo, o ingurgitamento mamário, as fissuras e rachaduras e as mastites.

a) Inversão e pseudo-inversão do mamilo

O mamilo típico é cilíndrico, bem projetado através da superfície da aréola, sua superfície externa é levemente nodular, mas não fissurada. Variações, entretanto, não são incomuns, algumas tão pronunciadas a ponto de impedir o aleitamento.

Em algumas mulheres os ductos lactíferos se abrem diretamente numa depressão no centro da aréola. Quando esta depressão é muito acentuada a amamentação se torna inexecutável (mamilo invertido). Se a depressão é mais rasa e parte do mamilo se projeta para fora da aréola (mamilo pseudo-invertido) o ato de amamentar pode ser alcançado com êxito, bastando para tal a identificação do problema durante o período pré-natal. A gestante então deve ser orientada sobre exercícios específicos que ajudam a diminuir essa alteração anatômica.

Esses exercícios, preconizados por HOFFMAN (1953), consistem em tracionar suavemente o mamilo pseudo-invertido em várias direções, tentando trazê-lo à posição anatômica que lhe é habitual. Essa manobra deverá ser feita durante o período em que a paciente se encontra em acompanhamento pré-natal. Há que se ter cuidado para não danificar ainda mais o mamilo comprometido, com utilização de manobras errôneas e intempestivas.

b) Fissuras mamilares e rachaduras

São assim denominadas as feridas superficiais (rachaduras ou ragádias) e as profundas, que acometem a derme (fissuras), observadas frequentemente nos primeiros dias de lactação. As fissuras e rachaduras não constituem parte do processo normal da amamentação.

Alguns fatores são descritos como predisponentes ao aparecimento dessa intercorrência da mama puerperal. Dentre eles, merecem citação as anomalias do mamilo (umbilicado, plano, circunvalado, grande), as más condições de higiene que cercam as mamadas, o erro na técnica da amamentação, com apreensão inadequada do mamilo e aréola, a interrupção inadequada da amamentação, antes de ter cessado a sucção, o esvaziamento incompleto das mamas, com acúmulo de leite e ingurgitamento e o uso de sutiãs apertados, de “nylon” ou revestidos com plástico.

O quadro clínico que caracteriza as rachaduras e as fissuras compõe-se de dor, principalmente durante as mamadas, que muitas vezes impede o prosseguimento das mesmas. As lesões, quando profundas, sangram, e este sangramento pode ser notado através do exame das mamas ou no vômito apresentado pela criança.

Fissuras e rachaduras constituem porta de entrada para germes patogênicos. A instalação do processo infeccioso com a sua sintomatologia caracteriza a mastite, como descrito adiante.

A prevenção das fissuras pode ser feita através do cuidado adequado com as mamas, com limpeza dos mamilos após as mamadas. A higiene deve ser feita somente com água, estando contra-indicados sabão, álcool e outras substâncias. A secagem dos mamilos após as mamadas, com exposição ao sol e ar por pelo menos 10 minutos diariamente, o uso de sutiãs adequados e, acima de tudo, a utilização da técnica adequada para amamentar, sob regime de livre demanda, constituem medidas essenciais para se evitar a instalação desse processo.

Uma vez instaladas, as fissuras e rachaduras são tratadas através de higiene adequada e o uso de protetores de mamilo, com exposição freqüente à luz.

A correção da técnica de amamentar deve ser sempre lembrada, uma vez que a má técnica é responsável pelo processo na maioria das vezes.

c) Ingurgitamento mamário

O ingurgitamento mamário caracteriza-se pelo aumento de volume das mamas, que se apresentam túrgidas, distendidas e dolorosas a ponto de impedir a amamentação.

São vários os prejuízos para a amamentação decorrentes dessa patologia: a mama ingurgitada aplanar o mamilo, tornando mais difícil sua pega pela criança; os ductos lactíferos não são completamente esvaziados e a quantidade de leite sugada pelo bebê torna-se menor; o esvaziamento parcial da mama reflete, por sua vez, na produção de leite, que diminui; o maior esforço empregado pela criança para obtenção do alimento acarreta traumas sobre o mamilo; a ejeção láctea é comprometida pelo enfraquecimento da sucção, além de reações como dor e ansiedade vivenciadas

pela mãe; outras complicações como congestão, inflamação e infecção mamária podem advir decorrentes desse processo.

O ingurgitamento mamário no 2º ou 3º dia pós-parto, conseqüente à congestão venosa e ao edema da mama, é fisiológico. Nesse momento, a mãe poderá experimentar uma sensação dolorosa, que será aliviada pelo início da sucção do lactente. O patológico é tardio e ao contrário do que se supunha, o distúrbio de base não é o aumento da secreção láctea, mas a sua retenção, por acotovelamento dos canais galactóforos e conseqüente falta de esvaziamento da mama. O quadro é de hipogalactia secundária. São comuns temperaturas subfebris.

O melhor tratamento é o preventivo, que consiste em manter o recém-nato ao lado mãe em alojamento conjunto, uma vez que a criança pode mamar em resposta às suas necessidades e às da mãe. A livre demanda do seio para a criança, iniciando-se esta, desde a fase de colostro, favorece a drenagem, estimula a produção e auxilia na ejeção do leite materno. São também medidas de grande valia a sustentação das mamas com sutiãs apropriados, a retirada do leite por esvaziamento manual ou com bomba de sucção, ocitócicos por via nasal e bolsa de gelo.

d) Mastite

Os processos inflamatórios caracterizam, muito particularmente, a mama puerperal, sendo raros fora dessa condição, ou no homem. Isso se justifica pela maior atividade da glândula e presença do aleitamento, que obriga intensa manipulação dos seios, aumentando por si as possibilidades de infecção. O mamilo pode tornar-se ainda, porta de entrada, através dos canais galactóforos ou soluções de continuidade. O germe responsável pelo processo, via de regra, é o *Staphylococcus aureus*.

O emprego de medidas adequadas na prevenção de fissuras, rachaduras e ingurgitamento mamário (como descrito anteriormente) é a melhor prevenção que se pode fazer no intuito de se evitar a mastite.

Quando a instalação do processo já ocorreu e seu diagnóstico é feito, o uso de antibióticos evitará a formação de abscessos. Como conduta adicional, preconiza-se o repouso funcional da mama, interrompendo-se a lactogênese na glândula afetada, ou em ambas se os sintomas são mais sérios. Caso contrário, não há necessidade de se interromper a amamentação.

Em caso de formação de abscesso, seu esvaziamento no momento oportuno (fase de flutuação), sob anestesia, faz-se obrigatório.

Além dessas alterações descritas, o profissional de saúde que lida com aleitamento materno deve estar preparado para orientar as mães quanto à relactação após o desmame precoce e como aquelas que trabalham fora de casa devem proceder para permitir a continuidade do aleitamento ao peito.

Desmame Precoce e Relactação

Relactação é o restabelecimento da secreção láctea depois que a mãe por qualquer motivo não amamentou ou suspendeu a amamentação por alguns dias ou semanas. Será mais fácil relactar se o bebê parou de sugar recentemente. A recuperação da lactogênese também será mais bem obtida nas mães de bebês menores de dois meses, quando comparadas àquelas cujos filhos tenham mais de seis meses de idade. Para que a relactação tenha êxito é necessário que a mãe esteja muito motivada, e receba o apoio, a atenção e a paciência dos familiares e de um profissional de saúde treinado.

As técnicas mais comumente usadas são as descritas a seguir:

A criança deve ser colocada no peito para sugar de 8 a 10 vezes ao dia, durante 5 a 10 minutos e depois se complementa sua alimentação com leite (preferencialmente humano) oferecido com colherinha ou copinho. À medida que a produção de leite for aumentando, o complemento deverá ser diminuído. Em caso de dor no mamilo, a sucção deverá ser diminuída para 2 a 3 minutos e a frequência aumentada.

Outra técnica preconizada consiste em colocar o leite em uma seringa grande ou tubo esterilizado, mediante fervura por 10 a 20 minutos. Esse recipiente será então adaptado em um suporte junto a mãe, de modo que fique mais alto que a altura da mama. Insere-se uma extremidade de sonda (nasogástrica número 4 ou de borracha, estéril) dentro do recipiente com leite e a outra é presa na mama, com fita adesiva, junto ao mamilo. Durante a mamada o bebê sugará a sonda e o mamilo ao mesmo tempo e à medida que se alimenta, também estimula, pela sucção da mama, a produção do leite.

O tempo necessário para produzir a relactação varia muito e vai depender se a mãe tem ou não antecedentes de amamentação, se neste parto amamentou ou não, mesmo que por pouco tempo, e se o bebê está sendo colocado para sugar frequentemente. Geralmente a relactação quando iniciada entre 12 a 14 dias após o abandono da amamentação tem instalação plena na terceira e quarta semana. Entretanto, a mãe não deve se preocupar se a relactação está demorando mais do que ela esperava.

Mães que Trabalham Fora de Casa

O peito deve ser oferecido por livre demanda a todo o momento que a mãe estiver com a criança. Ele deve ser ordenhado, de preferência manualmente, e

armazenado em um recipiente limpo para ser oferecido à criança enquanto a mãe estiver trabalhando.

O leite pode ser conservado na temperatura ambiente por até 6 horas em lugar fresco; por 12 horas em refrigerador e por até 15 dias em freezer.

Todo leite oferecido à criança na ausência da mãe deverá ser dado em colher, para que a criança não confunda o mecanismo de sucção da mamadeira (mais fácil) com o mecanismo de sucção do seio.

Importância do Alojamento Conjunto

O documento elaborado pela UNICEF/OMS (1989) que estabelece normas e rotinas para o incentivo ao aleitamento materno, em seu Passo 7 descreve que *“praticar o alojamento conjunto permite que mães e filhos permaneçam juntos 24 horas por dia”*.

O alojamento conjunto deve ser iniciado já na sala de parto, sendo a amamentação do recém-nascido praticada sob regime de livre demanda, sem horários fixos.

A importância do contato físico prolongado entre mãe e criança é notada, quando se observa que aquelas submetidas ao parto cesáreo e alojadas em enfermarias convencionais tendem a amamentar menos seus filhos.

Pesquisando a associação entre presença ou não de alojamento conjunto e variáveis como frequência e ingesta de leite humano, utilização de suplementos, perda e ganho de peso cumulativos e hiperbilirrubinemia, YAMAUCHI & YAMANOUCHI (1990) descobriram que: há aumento da frequência, ingesta menor de leite e perda fisiológica de peso máximo nos primeiros três a cinco dias de

alojamento conjunto. Ali também se utilizava menos complementos alimentares. O ganho ponderal, por sua vez, foi também maior neste sistema de alojamento.

Orientações Gerais Após o Parto

Após o parto, preferencialmente enquanto internada, a futura lactante deverá receber as seguintes orientações gerais:

- Sobre a importância do aleitamento e suas vantagens, tanto para ela, quanto para o seu bebê.
- Explicar que não existe “leite fraco”. A cor transparente do leite é devida à sua composição química, variando durante as diversas mamadas do dia, numa mesma mamada e ao longo do período de amamentação.
- Oferecer o seio o mais precocemente possível.
- Orientar que nenhum alimento deverá ser oferecido à criança até que a lactogênese esteja bem estabelecida. Estão contra-indicadas mamadeiras e soluções que contenham água com glicose.
- O uso adequado do sutiã, mantendo as mamas bem elevadas, com o objetivo de evitar acotovelamentos vasculares responsáveis por congestão sangüínea e galactoestase.
- Se a apojadura for dolorosa, aplicar compressas quentes sobre a mama e administrar ocitocina por via nasal, que provoca ejeção láctea, amenizando a congestão.
- Orientar uma dieta variada. Não existe restrição alimentar: a nutriz pode comer e beber de tudo, de acordo com seus costumes e hábitos alimentares. Não se justifica a retirada de alimentos considerados frios, quentes, pesados ou gordurosos, desde que os mesmos já façam parte da dieta habitual da mulher que amamenta.
- Esclarecer sobre o uso de medicações durante a lactação.

- A amamentação, por si mesma, pode produzir efeito contraceptivo por algum tempo, desde que a criança sugue em livre demanda, já que o aleitamento materno exclusivo reconhecidamente prolonga a amenorréia pós-parto e inibe a ovulação. Após 60 dias do parto, ou se a mãe menstruar, recomendar um método contraceptivo não-hormonal, optando preferencialmente por um método de barreira ou DIU.
- As crianças amamentadas ao seio têm ritmo de crescimento diferente das crianças sustentadas com alimentação artificial ou mista. Lactentes alimentados com leite humano costumam dobrar de peso um pouco mais tarde do que os alimentados com leite de vaca. Este aspecto é importante, porque a maioria das curvas de referência foram criadas numa época em que a amamentação artificial era prevalente e mostram medidas de peso para a idade mais altas do que seria o esperado para crianças alimentadas com leite materno. Logo, ao acompanhar um lactente que utiliza o leite materno exclusivamente, deve-se dar maior importância ao traçado do seu crescimento em linha ascendente de peso.
- A produção de leite pode e deve ser mantida naquelas mães que tenham tido crianças prematuras, com reflexo de sucção ainda débil. Para isso basta que a mãe mantenha o estímulo para a lactogênese através da retirada do leite, seja por expressão manual ou coleta através de bombas manuais ou mecânicas, até que a criança tenha condições de sucção.
- É esperado que crianças alimentadas exclusivamente ao peito apresentem fezes diarréicas, esverdeadas ou amareladas, explosivas, imediatamente após as mamadas. Estas nada afetam o crescimento e desenvolvimento da criança. A constipação intestinal não ocorre dentre essas crianças.

- A diurese da criança serve como bom parâmetro da ingestão em quantidades adequadas do leite. Se ela molha a fralda várias vezes ao dia (pelo menos 5 vezes), é sinal de correta alimentação.

Direitos da Mulher que Amamenta

Em 1981, quando foi elaborado o diagnóstico da situação do aleitamento materno no Brasil, o trabalho assalariado da mulher aparecia como um dos fatores mais relevantes para o desmame precoce.

A participação da mulher no mercado de trabalho vem crescendo significativamente nos últimos anos, passando de 18,5% em 1970 para 33,4% em 1985. Nesse período, o contingente de trabalhadoras triplicou para 18,5 milhões. Poucas são as conquistas sindicais de maior significância na proteção ao trabalho da mulher. Das 72.147 cláusulas apresentadas nas negociações coletivas em 1987, o tema creche/amamentação aparece 528 vezes, ou seja, 0,73% do total geral. Nesse mesmo ano, 70% das mulheres trabalhadoras não estavam protegidas por qualquer legislação. As 30% restantes eram regidas por diferentes leis dependendo do tipo do vínculo empregatício (INAN, 1991).

Além da licença maternidade, havia outros dispositivos como existência de creches e salas de amamentação.

Apesar de representar uma conquista importante, essas medidas trouxeram também efeitos negativos. Os empregadores passaram a exigir trabalhadoras solteiras, demitiam as grávidas ou logo após o retorno da licença, creches e salas de amamentação eram raras de serem encontradas, e portanto as leis como um todo não eram cumpridas.

Apenas metade das empregadas tinham carteira de trabalho assinada.

Durante o I Congresso Panamericano de Aleitamento Materno ocorrido no Rio Grande do Sul, em 1985, entre outras ações propostas apresentou-se aquela que prorroga a licença maternidade por um período mínimo de 4 meses. Esse documento foi enviado a todos os constituintes, propondo também outros itens, como a licença a paternidade, creche, estabilidade de emprego para o companheiro da mulher enquanto gestante e nutriz.

O resultado é o que se segue:

Licença à Gestante

- À trabalhadora gestante será concedida uma licença de 120 (cento e vinte) dias consecutivos, sem prejuízo de remuneração, podendo ter início no primeiro dia do nono mês de gestação, salvo antecipação por prescrição médica.
- Se ocorrer nascimento prematuro, a licença terá início a partir da data do parto.
- No caso de natimorto, a trabalhadora será submetida a exame médico decorridos 30 (trinta) dias do evento, reassumindo o exercício se julgada apta.
- No caso de aborto atestado por médico oficial, a trabalhadora terá direito a 30 (trinta) dias de repouso remunerado.
- A trabalhadora lactante terá direito, durante a sua jornada de trabalho, a uma hora de descanso, que poderá ser parcelada em 2 (dois) períodos de meia hora, para amamentar o seu próprio filho até a idade de seis meses.

Licença à Adotante

- À trabalhadora que adotar ou obtiver guarda judicial de criança com idade de até um ano, será concedida licença por 90 (noventa) dias, sem prejuízo da remuneração.
- No caso de adoção ou guarda judicial de criança com mais de um ano de idade, o prazo previsto neste item será de 30 (trinta) dias.

Licença Paternidade

- Ao trabalhador será concedida licença de 5 (cinco) dias consecutivos, sem prejuízo da remuneração, pelo nascimento ou adoção de filhos.

Vale salientar que tão logo foi promulgada a constituição, a imprensa notificou a demissão em massa de mulheres e exigências de atestado de laqueadura para permanência e ingresso no mercado de trabalho, além da ridicularização da licença à paternidade.

A experiência de banco de leite em empresa tem dado excelentes resultados, demonstrando que o período médio de aleitamento entre as funcionárias que era de dois meses, passou para nove meses.

3 - O ENSINO DO ALEITAMENTO MATERNO NAS ESCOLAS DE SAÚDE:

A PROPOSTA OFICIAL

“Quando analisamos o Ensino Médico no Brasil verificamos como é fácil e ao mesmo tempo tão difícil discuti-lo e avaliá-lo” (SIQUEIRA, 1991)

Em virtude da enorme complexidade dos problemas socioeconômicos, associados ao avanço do desenvolvimento técnico-científico, faz-se necessária uma melhor avaliação e reformulação da educação médica, tanto no Brasil quanto em outras partes do mundo. Convive-se com uma realidade social que não mais permite ao professor ser mero repassador de informações e ao aluno um expectado passivo diante desses mestres.

O modelo de ensino no país é caduco por não expor ao aluno um panorama verdadeiro, que se situe dentro do contexto histórico vivenciado hoje.

DEMO (1992) define bem o atual quadro vivido pela universidade brasileira. Segundo esse autor *“a atual instituição universitária está em decomposição histórica, seja porque se mantém medieval, sobretudo em termos de impunidade social, distanciamento elitista e atraso didático, seja porque perdeu a noção essencial de mérito acadêmico em troca da burocratização funcional, seja porque é muito pouco produtiva e criativa, custando muito além do que vale para a sociedade que a sustenta.”*

O reflexo deste “ensino” distorcido e pouco adaptado à realidade do país pode ser observado nos alunos que estamos formando. O mesmo autor sentencia: *“o estudante conclui o curso sem saber dar conta de um tema, não consegue escrever com clareza e sistematização, não ordena, manuseia, constrói e interpreta dados, o que revela continuar ainda apenas aluno, até porque aprendeu com um professor que nunca saiu da condição de aluno.”*

Discutir o modelo de ensino atual e avaliá-lo pode ser relativamente fácil, se tomarmos como base modelos pedagógicos ultrapassados, sem impacto sobre a formação profissional e sem compromisso com a saúde da população. O difícil - o grande desafio que se nos coloca - é a superação da fase atual da utilização de modelos pedagógicos ultrapassados, baseados em marcos teóricos que não nos possibilitam a correção da trajetória dos paradigmas educacionais. Esta atitude nos permitiria uma nova análise, e quem sabe, a construção de uma estrutura curricular onde poderiam permear a busca da interdisciplinaridade e a conferição dos atributos que o novo profissional deve ter, na perspectiva da construção de um sistema de Saúde competente e mais justo para todos os cidadãos (SOARES *apud* DEMO, 1992).

O ensino do aleitamento nas escolas médicas não foge dos demais modelos estabelecidos para outras categorias dentro das ciências da saúde. Observa-se que, ao fundamentar o aluno na teoria sobre o tema, não existe a preocupação em correlacionar a mesma à sua vivência prática. Ocorre um distanciamento entre aquilo que é falado e o que é visto, presenciado, vivido. Essa deficiência se reflete principalmente na dificuldade encontrada pelo graduando em abordar, orientar e promover o aleitamento materno como melhor opção para mãe e bebê.

Numa tentativa de avaliar este ensino e propor soluções para um currículo que seja apropriado a profissionais que lidam com a amamentação, a Organização Pan-americana de Saúde realizou, em colaboração com o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN/MS), um seminário com professores das escolas de graduação em Medicina, Enfermagem e Nutrição e Pós-graduação em Saúde Pública para discutir os resultados de pesquisa feita em novembro e dezembro de 92/93, sobre o “Ensino do Aleitamento Materno nas Escolas de Saúde do País”.

O seminário “Pesquisa sobre o Ensino do Aleitamento Materno nas Escolas de Saúde” (OPS/OMS, 1994) teve como metodologia de trabalho a discussão da temática em pequenos grupos, a partir de dificuldades apresentadas como resultados da pesquisa no Brasil. Nos grupos emergiram as sugestões que estão contidas no Anexo I.

Numa segunda etapa, os relatores de cada grupo produziram como documento final um consolidado com as seguintes recomendações :

1) Que o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e Ministério da Educação (MEC), Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) dêem apoio prioritário a hospitais de ensino para atingir o título de Hospitais “Amigo da Criança”. Que se

estímule em curto prazo a implantação de alojamento conjunto em todos os hospitais de ensino.

2) Formação de um grupo de trabalho nacional coordenado pelo PNIAM/INAN e Coordenação Materno-Infantil (COMIN/MS) com participação da Coordenação de graduação do MEC e das Universidades, visando a proposta de um programa mínimo sobre o ensino de Aleitamento Materno para a formação de profissionais de saúde, contemplando conteúdo teórico e prático.

3) Articulação entre INAN e MEC objetivando a formulação de uma comissão para discussão e elaboração de uma proposta que inclua temas de Aleitamento Materno nos currículos de 1º e 2º graus, além da pré-escola.

4) Formular um comitê de peritos multiprofissional para atualização do manual de normas técnicas de Aleitamento Materno/MS, contemplando temas como Hospital Amigo da Criança, alojamento conjunto, acrescidos de informação sobre a legislação pertinente.

5) Que cada universidade desenvolva integração curricular interinstitucional e interdisciplinar de maneira que o conteúdo teórico-prático mínimo seja oferecido aos alunos da área de saúde, com ênfase a que todos os cursos tenham a mesma oportunidade nos campos de prática.

6) Que o Aleitamento Materno seja visto dentro do contexto das ações básicas de saúde, tanto no âmbito institucional como em extensão para a comunidade.

7) Que os serviços utilizados para campos de estágios devam ser aqueles que desenvolvam atividades dos programas de assistência integral à saúde da mulher, do adolescente e da criança.

- 8) *Intercâmbio entre o Ministério da Saúde (MS), Secretarias Estaduais de Saúde, OPAS/OMS e outras organizações com as universidades no repasse de materiais e informações.*
- 9) *Incluir nos eventos científicos e de formação profissional da área Materno-Infantil um espaço para a discussão de temas sobre o Aleitamento Materno.*
- 10) *Sugerir às universidades que se integrem às redes eletrônicas de comunicação científica, o que em médio prazo, diminuiria os custos de replicação de informações e material bibliográfico, agilizando as comunicações.*
- 11) *Para facilitar a sensibilização de profissionais de saúde propõe-se para docentes a publicação dos resultados da pesquisa pela OPAS, estimulando, desta forma, sua discussão.*
- 12) *Que as escolas, aqui representadas, e que receberam o banco de dados da pesquisa, relativa a sua área, façam uma análise mais aprofundada dos resultados.*
- 13) *Que o PNIAM elabore um documento sucinto sobre as resoluções internacionais e nacionais de apoio à amamentação materna.*
- 14) *Recomenda-se que a OPAS encaminhe à Revista Brasileira de Educação Médica, para fins de publicação, os resultados e recomendações sobre o seminário de Ensino de Aleitamento Materno.*
- 15) *Que o PNIAM agilize a questão do fomento à pesquisa, junto às agências financiadoras, tendo como base as propostas e recomendações do Seminário, solicitando o apoio financeiro em projetos de avaliação, implantação e seguimento das atividades de Aleitamento materno.*
- 16) *Que a COMIN e o INAN facilitem o treinamento e a capacitação de docentes em centros de referência para o Aleitamento Materno.*

17) O grupo ressalta a conveniência de que o INAN facilite e promova a integração entre as instituições acadêmicas, de serviços governamentais e agências internacionais de cooperação, em todas aquelas atividades que contribuam para a melhoria do Aleitamento Materno.

Fonte: Revista Brasileira de Educação Médica V.18 - No 2 - Maio/Agosto - 1994

Capítulo II

METODOLOGIA

O presente trabalho, financiado pela Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira, foi realizado nas dependências da Universidade Federal de Juiz de Fora - Faculdade de Medicina e no Banco de Leite Humano do Instituto Fernandes Figueira. Teve por objetivo avaliar o ensino de aleitamento materno na graduação de Medicina da UFJF, adotando como referencial teórico metodológico a proposta elaborada pela Organização Pan-Americana de Saúde / Organização Mundial de Saúde para avaliação do ensino de aleitamento materno nas instituições de ensino de Saúde na América Latina (OPS/OMS, 1994).

A Figura 1 ilustra, de forma sintética, o que está descrito no presente capítulo.

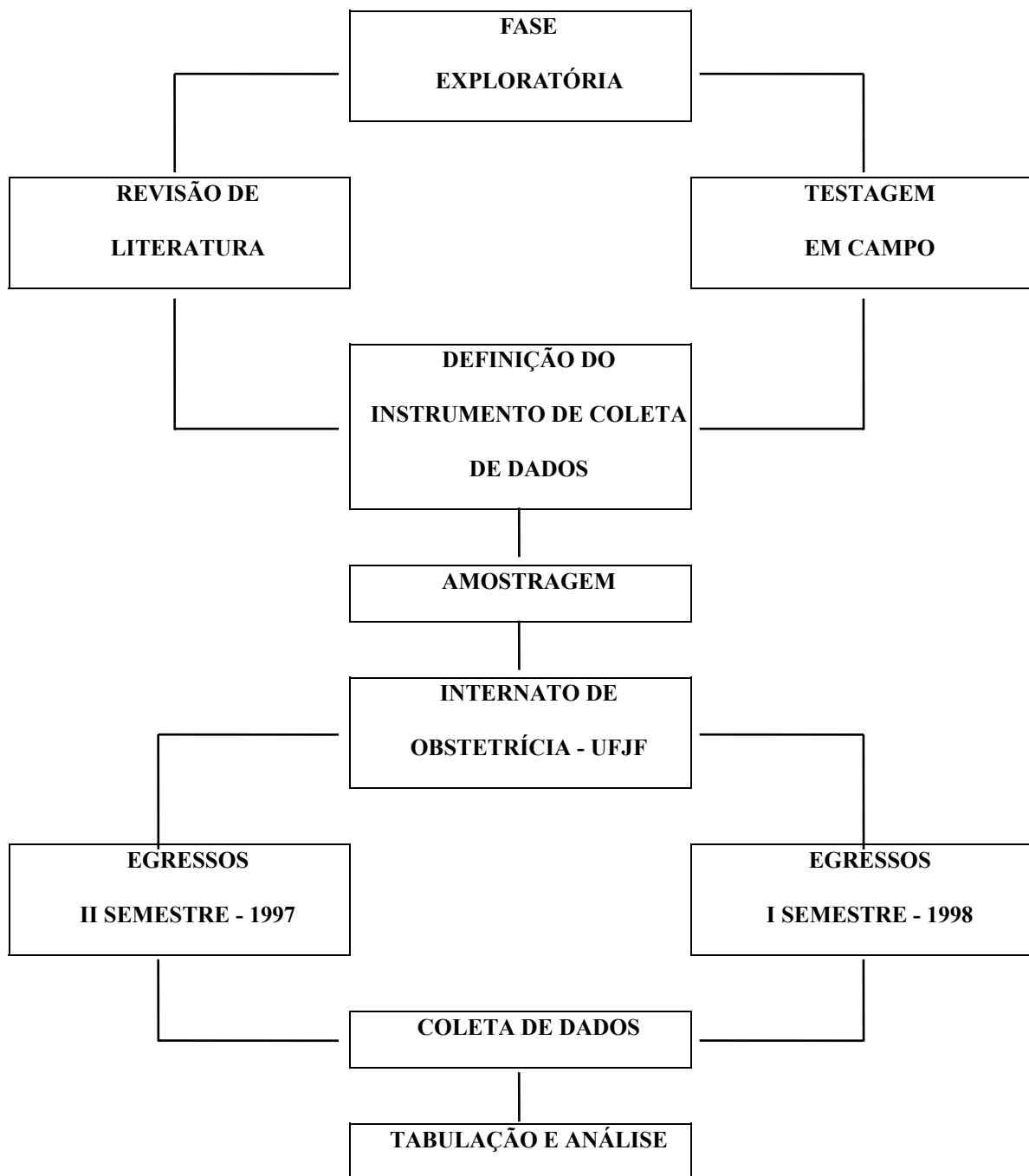


Figura 1 - FLUXOGRAMA DO ESTUDO

O estudo teve início em junho de 1997 e prolongou-se até dezembro do mesmo ano, configurando-se em um estudo de caso, no qual foram contemplados os graduandos de Medicina egressos da UFJF, nos anos letivos de 1997 e 1998.

1) Fase Exploratória

A Universidade Federal de Juiz de Fora - Faculdade de Medicina, foi eleita como campo de estudo por duas razões fundamentais: a primeira diz respeito ao papel social que a UFJF desempenha e a segunda, relaciona-se à minha experiência individual nos diferentes níveis institucionais.

Do ponto de vista social, a UFJF é a segunda maior escola de Medicina de Minas Gerais, graduando cerca de 160 profissionais por ano, o que lhe confere um caráter primordial de provedora de recursos humanos na área médica, não só para o município de Juiz de Fora, como também para outras áreas do estado e cidades pertencentes a outras unidades federadas.

O segundo aspecto que fundamentou a escolha do campo de estudo, provavelmente se configurou na mais forte razão deste delineamento. A condição de ex-aluno, ex-residente e atualmente de professor da cadeira de Obstetrícia, certamente constituiu o arcabouço de inquietações que levaram a eleger como objeto de estudo **“o ensino de aleitamento materno na graduação em medicina da UFJF”**.

O instrumento elaborado pela OPS/OMS (1994) para a pesquisa sobre o ensino de aleitamento materno nas instituições de ensino de saúde na América Latina foi previamente testado. Vale ressaltar que a estrutura das perguntas não era muito adequada, podendo levar o aluno ao erro no momento do preenchimento. Observou-se que esta tendência decorre do fato de que em certo momento pede-se que o entrevistado marque com um círculo os itens que considera errados e, em outros, pede-se os itens ou item correto. Assim, fez-se necessária a orientação meticulosa acerca do questionário, imediatamente antes do início do preenchimento, reforçando os pontos de possível indução a erro.

2) Instrumento de Coleta de Dados

<p>Quais dos temas relacionados a seguir, não foram ensinados no seu curso universitário? (circule o número referente ao tema)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparação da mãe para a amamentação. 2. Importância do alojamento conjunto e iniciação precoce da amamentação. 3. Vantagens do aleitamento materno. 4. Valor imunitário e nutricional do colostro e do leite. 5. Perigos da mamadeira. 6. Estímulo da produção de leite. 7. Prevenção e manejo de problemas frequentes: choro ao peito, mastites, congestão, baixa produção de leite, etc. 8. Importância do aleitamento materno exclusivo até os 4 a 6 meses. 9. Aleitamento materno e sua relação com a morbidade e mortalidade infantil. 10. Técnicas do desmame. 11. Infecções e aleitamento materno. 12. Medicamentos e aleitamento materno. 13. Fertilidade e aleitamento materno. 14. Legislação e aleitamento materno. 30. Nutrição da mãe e da criança durante o aleitamento materno. 31. Aleitamento materno e o espaçamento dos nascimentos: método de aleitamento e amenorréia. 	<ol style="list-style-type: none"> 15. Icterícia e aleitamento materno. 16. Tuberculose e aleitamento materno. 17. AIDS e aleitamento materno. 18. Câncer e aleitamento materno 19. Anticoncepcionais e aleitamento materno. 20. Cesárea e aleitamento materno. 21. Prematuridade e aleitamento materno. 22. Sexualidade e aleitamento materno. 23. Relactação. 24. Contra-indicações do aleitamento materno. 25. Técnicas educativas sobre aleitamento materno. 26. História das práticas do aleitamento materno. 27. Fatores sociais, culturais, econômicos, tecnológicos e políticos sobre aleitamento materno no país. 28. Aspectos biológicos e psicossociais do aleitamento materno. 29. Anatomia da mama e fisiologia do aleitamento materno. 43. Controle do crescimento no primeiro ano de vida. 44. Manejo de problemas mais frequentes no aleitamento.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>32. Técnicas clínicas para o início e a manutenção do aleitamento materno.</p> <p>33. Manejo do aleitamento materno em mães que trabalham fora e outras circunstâncias especiais.</p> <p>34. Técnicas de comunicação para a educação sobre aleitamento materno de profissionais de saúde.</p> <p>35. Técnicas de comunicação para a educação sobre aleitamento materno a nível familiar.</p> <p>36. Promoção do aleitamento materno a nível comunitário e da sociedade.</p> <p>37. Avaliação de atividades para promover o aleitamento materno.</p> <p>Durante seu curso universitário, algumas práticas foram dirigidas especificamente, ainda que talvez não exclusivamente, ao ensino do aleitamento materno. Circule aquela (s) que você não participou.</p> <p>38. Controle pré-natal.</p> <p>39. Grupos de orientação com gestantes.</p> <p>40. Atenção ao recém-nascido na sala de parto.</p> <p>41. Grupos de orientação com puérperas.</p> <p>42. Observação de recém-nascidos lactando.</p>	<p>45. Educação para a saúde.</p> <p>Em qual das seguintes instituições se concentraram principalmente as práticas em relação ao aleitamento materno durante o seu curso universitário? (marque com um círculo a única resposta apropriada).</p> <p>46. No hospital, internação.</p> <p>47. Nos consultórios externos do hospital.</p> <p>48. Nos centros de saúde ou de atenção ambulatoria.</p> <p>49. A nível comunitário, nas escolas, fábricas, visitas domiciliares.</p> <p>Qual das seguintes opções caracteriza a melhor atitude do grupo de docentes deste Departamento com respeito ao Aleitamento Materno: (marque com um círculo a resposta mais apropriada).</p> <p>50. São contra o aleitamento materno.</p> <p>51. Recomendam o aleitamento materno, mas aconselham o abandono do mesmo ante o menor problema.</p> <p>52. Recomendam o aleitamento materno, reconhecendo situações em que não é factível.</p> <p>53. Recomendam o aleitamento materno em qualquer circunstância.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>A seguir, fornecemos uma série de afirmações a respeito do Aleitamento Materno. (marque com um círculo as que</p>	<p>66. Se a mãe está tomando antibiótico, deve-se suspender a amamentação.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

<p>em sua opinião são falsas).</p> <p>54. Deve-se esperar até que apareça o leite para amamentar o recém-nascido, e não dar o colostro.</p> <p>55. Um recém-nascido com diarréia não deve ser amamentado por um mínimo de 24 horas.</p> <p>56. Alguns recém-nascidos são alérgicos ao leite materno e devem ser amamentados com mamadeira.</p> <p>57. Quando o recém-nascido amamentado chora de fome, deve-se complementar com mamadeira.</p> <p>58. Recomenda-se a mamadeira de forma exclusiva nos primeiros 4-6 meses.</p> <p>59. Se a criança ou a mãe adoecem, deve ser suspenso o aleitamento materno.</p> <p>60. Deve-se amamentar dia e noite de acordo com a demanda da criança.</p> <p>61. A prolactina estimula a produção de leite materno.</p> <p>62. O aleitamento materno deve prolongar-se o maior tempo possível, mas com complemento a partir do terceiro mês de vida.</p> <p>63. A cesárea é contra-indicação para o aleitamento materno.</p> <p>64. A forma mais efetiva de aumentar a produção de leite materno é aumentar a frequência da amamentação.</p> <p>65. Pode-se evitar as rachaduras no peito durante o aleitamento, lavando-o diariamente com água e sabão.</p> <p>75. Diria a ela que deve esperar que seu bebê nasça para recomendar-lhe o melhor leite maternizado de acordo com o peso e</p>	<p>67. O aleitamento materno é efetivo como anticonceptivo nos primeiros seis meses, sempre que seja exclusivo.</p> <p>68. O leite materno é o alimento de melhor qualidade para o recém-nascido sempre que a mãe não esteja desnutrida. Você crê que, até o momento, ainda não chegou a: (circule quantas respostas achar necessário).</p> <p>69. Conhecer as vantagens do aleitamento materno.</p> <p>70. Compreender quais são os fatores que influem no aleitamento materno.</p> <p>71. Compreender o manejo clínico do início e da manutenção do aleitamento materno e do desmame.</p> <p>72. Valorizar o aleitamento materno como a melhor alimentação para o bebê.</p> <p>73. Poder ensinar o aleitamento materno a nível individual, comunitário e dos serviços.</p> <p>74. Selecionar os problemas mais freqüentes que possam provocar o fracasso do aleitamento.</p> <p>Caso Clínico I</p> <p>Uma primigesta vem ao Centro de Saúde para controle pré-natal aos 7 meses de gestação. Teve falta de apetite no início, mas nenhuma outra moléstia, motivo pelo qual não considerou necessário vir antes. Ela pede, além do exame de rotina para saber como vai a gravidez, um aconselhamento sobre o que se pode fazer, pois tem os mamilos invertidos como sua mãe: (marque com um círculo a resposta apropriada).</p> <p>82. Dar-lhe glicose durante os dois primeiros dias e vigiar sua evolução para defender o tipo de alimentação que deve</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>a vitalidade da criança.</p> <p>76. Examinamos os mamilos e, em caso de comprovada sua inversão, ensinar-lhe-ia técnicas apropriadas para solucionar o problema.</p> <p>77. Diria a ela que os mamilos invertidos podem ser corrigidos facilmente com cirurgia plástica, e lhe recomendaria um cirurgião plástico de confiança.</p> <p>78. Recomendaria leite fresco de vaca ou leite em pó completo de menor custo e tão bom nutricionalmente como o leite maternizado.</p> <p>Caso Clínico II</p> <p>Você trabalha num serviço de maternidade de um hospital. Atende uma recém-nascida ao fim de um parto sem complicação e aparentemente normal, exceto que pesa somente 2.300 g. A conduta a respeito da alimentação da criança deve ser: (marque com um círculo a resposta apropriada).</p> <p>79. Dar-lhe uma fórmula láctea balanceada com a dose correspondente ao peso da recém-nascida.</p> <p>80. Dar-lhe uma fórmula de leite maternizado especial para a criança de baixo peso.</p> <p>81. Colocá-la ao lado da sua mãe e começar o aleitamento dentro da primeira hora após o parto.</p>	<p>receber depois do segundo dia.</p> <p>Caso Clínico III</p> <p>Uma criança de dois meses de idade é trazida por sua mãe à consulta de criança sadia. Seu peso ao nascer foi de 3200 g. O exame clínico é negativo, a criança está aparentemente sã e pesa 4700 g. Está sendo alimentada exclusivamente com leite materno a livre demanda. A mãe solicita que lhe indique que tipo de alimento deveria dar-lhe para complementar o leite materno, porque ela notou que sua produção tornou-se insuficiente: “Com frequência a criança chora pouco tempo depois de dar-lhe o peito”.</p> <p>Você lhe recomendaria: (marque com um círculo a resposta apropriada).</p> <p>83. Dar sucos, caldos e outros líquidos nutritivos à criança quando chora, depois de haver-lhe dado o peito.</p> <p>84. Explicar-lhe que se a criança está crescendo bem é porque a produção de leite é suficiente, e indicar-lhe como pode identificar outras causas de seu choro.</p> <p>85. Dar sucos, caldos e outros líquidos nutritivos à criança de forma rotineira, mas sempre depois de haver-lhe dado o peito.</p> <p>86. Completar o peito com uma fórmula de leite maternizada apropriada.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3) Amostragem

A amostra foi composta por 38 graduandos, de um universo de 160 alunos, que se dispuseram a participar voluntariamente do presente estudo.

O momento de corte para a realização das entrevistas foi o término do internato em Obstetrícia, o que corresponde ao último ano letivo da graduação.

4) Coleta de Dados

Os questionários foram aplicados em sessões individuais e em grupo, com duração máxima permitida para resposta de 30 minutos. Todos foram previamente orientados sobre a dinâmica de preenchimento do questionário. Nenhuma informação adicional foi fornecida aos alunos no decorrer das sessões, bem como, não foram fornecidas as respostas ou gabarito, após o término do preenchimento do instrumento. Vale destacar que os questionários foram numerados e os alunos não foram identificados, pois o que se pretendia era uma avaliação global da situação e não individual de cada aluno.

5) Tabulação e Análise dos dados

Uma vez preenchidos, os questionários foram digitados em dbase III Plus e armazenados em um arquivo “DBF” com a seguinte estrutura:

CAMPO	TIPO	TAMANHO	DESCRIÇÃO
Seq	Character	2	Numeração seqüencial
Tipoalu	Character	2	Semestre do aluno no curso
P1 a P86	Character	1	Respostas dos itens 1 a 86

Os dados foram tabulados de acordo com a proposta original da OPS/OMS (1994), que reúne as perguntas em blocos e sub-blocos, de acordo com as seguintes temáticas:

BLOCO 1 - Informações sobre o Conhecimento Teórico Recebido.

(perguntas de 1 a 37)

BLOCO 1.1 - Manuseio Clínico

(perguntas 1, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 32 e 33)

BLOCO 1.2 - Organização e Infra-estrutura dos Serviços

(perguntas 2 e 20)

BLOCO 1.3 - Saúde Pública e Epidemiologia

(perguntas 3, 5 e 8)

BLOCO 1.4 - Bases de Fisiopatologia

(perguntas 4, 6, 29, 30 e 31)

BLOCO 1.5 - Informação, Educação e Comunicação - IEC

(perguntas 25, 34, 35, 36 e 37)

BLOCO 1.6 - Psicossociais

(perguntas 22 e 28)

BLOCO 1.7 - Político-sociais

(perguntas 14, 16 e 27)

BLOCO 2 - Informações sobre Práticas Recebidas.

(perguntas 38 a 45)

BLOCO 3 - Local de Concentração das Práticas.

(perguntas 46 a 49)

BLOCO 4 - Avaliação da Atitude dos Docentes.

(perguntas 50 a 53)

BLOCO 5 - Avaliação do Conhecimento Teórico do Aluno.

(perguntas 54 a 68)

BLOCO 6 - Percepção do Aluno de sua Aprendizagem Teórica.

(perguntas 69 a 74)

BLOCO 7 - Avaliação do Conhecimento Prático do Aluno.

(perguntas 75 a 86)

A primeira preocupação na fase de análise foi com a adoção de um critério que permitisse comparar o comportamento das duas turmas de egressos entre si e, os resultados globais da UFJF com os achados da pesquisa sobre ensino de aleitamento materno nas demais Escolas de Ensino de Medicina no Brasil (OPS/OMS, 1994). Assim, para efeito de tabulação dos dados, foram utilizados os seguintes critérios:

BLOCO 1 - Número de itens deixados em branco, ou seja, número de itens de conhecimento teórico recebido.

BLOCO 2 - Número de itens deixados em branco, ou seja, número de itens de prática recebida.

BLOCO 3 - Percentuais - Concentração da prática.

BLOCO 4 - Percentuais - Atitude dos docentes com relação ao Aleitamento Materno.

BLOCO 5 - Percentuais de acerto das questões V ou F.

BLOCO 6 - Número de itens deixados em branco, com relação ao aluno, de sua aprendizagem teórica.

BLOCO 7 - Percentuais de acerto das questões de múltipla escolha.

Uma vez tabulados os dados, através das respostas obtidas em cada bloco de questões, efetuaram-se as seguintes comparações:

- Turma de egressos de 1997 com turma de egressos de 1998.
- Realidade da UFJF no período de estudo com a realidade do Brasil revelada pela pesquisa OPS/OMS.

Para tanto, foram utilizados testes hipótese para cada um dos blocos de perguntas, assumindo como H_0 a inexistência de diferença estatisticamente significativa, ao nível de 5% de probabilidade. Cada hipótese H_0 , formulada para comparação dos resultados em cada um dos blocos nas diferentes situações, foi testada com um auxílio do teste de qui-quadrado (χ^2) segundo DAWSON & TRAPP (1994).

Capítulo III

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho de campo, desenvolvido nas dependências da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, no período de junho a dezembro de 1997, contou com a participação voluntária de 18 formandos em Medicina do segundo semestre de 1997 e 20 formandos do primeiro semestre de 1998, totalizando

portanto, a participação de 38 alunos. A seguir, são apresentados os resultados obtidos neste estudo, de acordo com as temáticas estratificadas em seus respectivos blocos.

1) A Inserção do Ensino de Aleitamento Materno no Curso de Medicina da UFJF

O ensino de aleitamento materno na graduação em Medicina da UFJF, dá-se mediante a inserção de temáticas específicas, inclusas nas disciplinas de Puericultura e Obstetrícia.

A disciplina de Puericultura é ministrada no 8º período e conta com uma carga horária equivalente a 60 horas, das quais 2,8%, ou seja, 1 hora e 40 minutos é reservada ao ensino de aleitamento materno. Em verdade, trata-se de duas aulas, com duração de 50 minutos cada, nas quais são repassados os conteúdos relativos às temáticas apresentadas a seguir, de acordo com o material didático utilizado, fornecido pelo professor da referida disciplina.

A) ALIMENTAÇÃO NATURAL

1- *Importância*

2- *Vantagens*

- *Composição química*
- *Temperatura*
- *Ausência de germes*
- *Binômio mãe/filho*
- *Imunoglobulinas*
- *Fator antiinfecioso*

- *Praticidade*

- *Gratuito*

3- *Composição Química*

- *Proteínas (2/3 lactoalbumina e 1/3 caseína)*
- *Gorduras (ácidos graxos essenciais)*
- *Trinoleína*
- *Ácidos (palmítico, esteárico, oleico)*

- *Hidratos de carbono*
- *Vitaminas (A, B, E, K, C, D)*
- *Sais minerais*
- *Enzimas digestivas*
- *Anticorpos*
- *Valor calórico*

B) TÉCNICA DA MAMADA

- *Tempo*
- *Intervalo*
- *Esvaziamento*
- *Posição mãe/filho*
- *Ambiente*
- *Sucção / Eructação*
- *Exclusividade*

C) HIPOGALACTIA

- *Falsa*
- *Verdadeira*
- *Conduta*

D) OBSTÁCULOS

- *Sonolência*
- *Mamilo plano*
- *Ingurgitamento*
- *Fissura*

- *Mastite*
- *Má-formações*
- *Infecções*

E) DROGAS E LEITE MATERNO

Agentes agora liberados:

- *Agentes anticonvulsivantes*
- *Propiltiouracil*
- *Atropina*
- *Diuréticos*
- *Psicotrópicos*

Agentes contra-indicados:

- *Andrógenos*
- *Antimetabólicos*
- *Cloranfenicol*
- *Cimetidina*
- *Heroína*
- *Iodo*
- *Metronidazol*
- *Ácido nalidíxico*
- *Sais de ouro*
- *Sulfonamidas*
- *Tetraciclina*
- *Ácido valproico*

Agentes sobre os quais existem controvérsias:

- *Álcool*
- *Cloroquina*
- *Clindamicina*
- *Alcalóides da ergotamina*
- *Isoniazida*
- *Indometacina*
- *Lítio*
- *Contraceptivos orais*
- *Reserpina*

F) DOENÇAS INFECCIOSAS

E LEITE MATERNO

Tuberculose

Hanseníase

Mastite

Hepatite A

Hepatite B

Citomegalovirose

Herpes vírus

Rubéola

Doença de Chagas

AIDS

G) DEZ PASSOS PARA O SUCESSO

1) Norma escrita

2) Treinamento

3) Informação

4) Ajudar as mães

5) Técnica / Ensinar

6) Exclusividade

7) Alojamento conjunto

8) Livre demanda

9) Não - bicos e chupetas

10) Formação grupos de apoio

A literatura de apoio para confecção do material didático utilizado nas aulas não se fez disponível de forma explícita, não havendo sugestão das fontes bibliográficas para leitura complementar.

Além dos conteúdos aqui considerados em seu aspecto teórico, os alunos experimentam ainda, oportunidades de aprendizagem prática em ambulatórios

de Pediatria Geral, que funcionam em bairros periféricos da cidade de Juiz de Fora. Essas atividades totalizam 4 horas por semana, ao longo de um semestre letivo e ocorrem sob a supervisão de um médico preceptor, que pode ou não estar vinculado à Faculdade de Medicina. Vale destacar, que se trata de uma oportunidade de aprendizagem na qual são contempladas todas as intercorrências relativas ao crescimento e desenvolvimento no primeiro ano de vida. Não foi possível acessar nenhuma informação que permita configurar um planejamento estratégico para essas atividades, com o objetivo de contemplar intervenções com vistas ao desempenho de atividades acadêmicas que objetivem a promoção, proteção e apoio da prática de amamentação natural.

A relação temática da disciplina de Puericultura evidencia aspectos eminentemente biológicos, não oportunizando ao estudante, contato com referenciais econômicos, culturais, políticos e sociais, necessários a contextualização da temática como um fenômeno bio-psico-social. Como evidenciam ALMEIDA & GOMES (1997), o aleitamento materno se configura como um híbrido entre o biológico e o social, ou seja, apesar de biologicamente determinada, a amamentação é sócio-culturalmente condicionada, valendo destacar que, em um mundo de circunstâncias pós-modernas, o condicionamento sócio-cultural tende a se sobrepôr ao determinismo biológico, assim como infere SILVA (1990) ao trabalhar com a relação Fardo e Desejo no cenário da Amamentação.

Ao estudar a relação promoção, proteção e apoio à amamentação, SOUZA (1996) denota o despreparo dos profissionais de saúde em lidar com os aspectos que transcendem a fronteira biológica. Não adianta apenas promover, faz-se necessário apoiar a mulher que amamenta, com práticas compatíveis com as necessidades ditadas pelo mundo contemporâneo, onde a mulher encontra-se inserida

no exercício de múltiplas funções, e como tal, precisa ser amparada (SILVA, 1997). Apenas repetir o discurso semiótico das vantagens da amamentação natural, remete o profissional a uma prática de promotor da saúde, distante da necessidade de sua clientela, compatível com os preceitos de medicina higienista do século XIX (ALMEIDA & GOMES, 1997).

Assim sendo, não se trata apenas de uma excessiva lista de conteúdos a ser ministrada num exíguo período de tempo, pois além da inadequação de conteúdo/tempo, há de se destacar também a deficiência de conteúdo frente ao que atualmente se preconiza para o ensino de aleitamento materno (OPS/OMS, 1994).

No que tange ao ensino de aleitamento materno na disciplina de Obstetrícia, o conteúdo é ministrado apenas durante o período de internato, no decorrer do 11º ou 12º período letivo. De um total de 300 horas, apenas 0,67% ou seja, 2 horas são destinadas ao tema, que é apresentado de acordo com a seguinte relação de conteúdo:

<p>LACTAÇÃO: FISIOLOGIA E ASSISTÊNCIA</p> <p>1) Introdução</p> <p>2) Anatomia da Mama e Fisiologia da Lactação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mamogênese <p>Crescimento do sistema de ductos</p> <p>Desenvolvimento do sistema lóbulo-alveolar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lactogênese • Lactopoese 	<p>Controle hipotalâmico da secreção de prolactina</p> <p>Supressão dos ciclos ovarianos durante o aleitamento</p> <p>Processo de ejeção do leite</p> <p>Formação do leite</p> <p>3) Características do Leite Humano</p> <p>Composição</p> <p>Colostro</p> <p>Leite de transição</p> <p>Leite maduro</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4) *Conseqüências Imunológicas da Amamentação*

5) *Assistência à Lactação*

Introdução

Técnicas de amamentação

- *Horário*
- *Posição*
- *Alternância*
- *Sucção*

Manuseio das dificuldades e dos problemas mais comuns

- *Queixa de “pouco leite” ou “leite fraco”*
- *Fissuras*
- *Ingurgitamento mamário*

- *Mastites*
- *Mães que trabalham fora de casa*
- *Amamentação e crianças prematuras*
- *Intolerância ao leite materno*
- *Desmame precoce e relactação*
- *Orientações gerais a mães que amamentam*
- *Amamentação e planejamento familiar*
- *Uso de medicamentos e lactação*
- *Contra-indicações à amamentação*
- *Relacionadas à criança*
- *Relacionadas à mãe*
- *Curvas de crescimento de crianças amamentadas ao peito*

6) *Bibliografia Sugerida*

- *DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elisa R. J. e Col; Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária, 2ª edição. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1996.*
- *LEÃO, Ênio; CORRÊA, Edison José; VIANA, Marcos Borato; MOTA, Joaquim Antônio C.; Pediatria Ambulatorial, 2ª edição. Editora Coopmed, Belo Horizonte, 1989.*
- *LIMA, A.; Pediatria Essencial, 3ª edição. Livraria Atheneu, Rio de Janeiro, 1987.*

■ REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos A. B.; *Obstetrícia Fundamental*, 7ª edição. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1983.

■ SILVA, Vander G.; *O Uso de Drogas e o Aleitamento Materno* (monografia). Instituto Fernandes Figueira - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Março de 1996.

À semelhança do que se observou para a disciplina de Puericultura, há uma maior valorização dos aspectos biológicos em detrimento das questões sócio-culturais. Entretanto, o planejamento teórico do conteúdo traz, como principais diferenças ao se comparar com a Puericultura, aspectos relacionados à assistência da lactação, onde se configuram itens que contemplam algum nível de apoio à mãe. Mesmo que de forma modesta, observa-se aspectos como “leite fraco”, aleitamento materno e prematuridade, desmame precoce e apoio a mães que trabalham fora.

A parte da prática em aleitamento materno durante o Internato em Obstetrícia é realizada em 4 atividades distintas:

1. Plantão em maternidade (5 plantões de 12 horas)
2. Ambulatório de Pré-Natal (12 ambulatórios de 90 minutos)
3. Ambulatório de Pós-Parto (5 ambulatórios de 3 horas)
4. Assistência a puérperas em Enfermaria (12 períodos de 90 minutos)

Essas atividades fornecem um total de aproximadamente 100 horas de prática durante o período de realização do Internato. Deve-se salientar, porém, que esse tempo total não é destinado exclusivamente à assistência a mães e crianças em aleitamento, mas a toda prática obstétrica de modo geral.

Por fim, vale considerar o nível de sobreposição de conteúdo entre as duas disciplinas, o que evidencia a falta de um planejamento institucional no intuito de sistematizar as ações de ensino de aleitamento materno na graduação em Medicina.

A avaliação do ensino de aleitamento materno na Faculdade de Medicina da UFJF, no que tange ao currículo, permitiu evidenciar que não existe uma integração interdisciplinar, de maneira a propiciar um melhor aproveitamento da carga horária, através da uniformização do conteúdo teórico-prático mínimo oferecido aos alunos.

2) Informação sobre o Conhecimento Teórico Recebido

A performance do ensino teórico sobre aleitamento materno na UFJF foi estudada de acordo com as respostas obtidas para as perguntas de 1 a 37 do questionário.

O comportamento global desse bloco de respostas pode ser observado no gráfico da Figura 2, que reúne os valores encontrados para cada uma das turmas e em separado o consolidado que totaliza os achados de ambas.

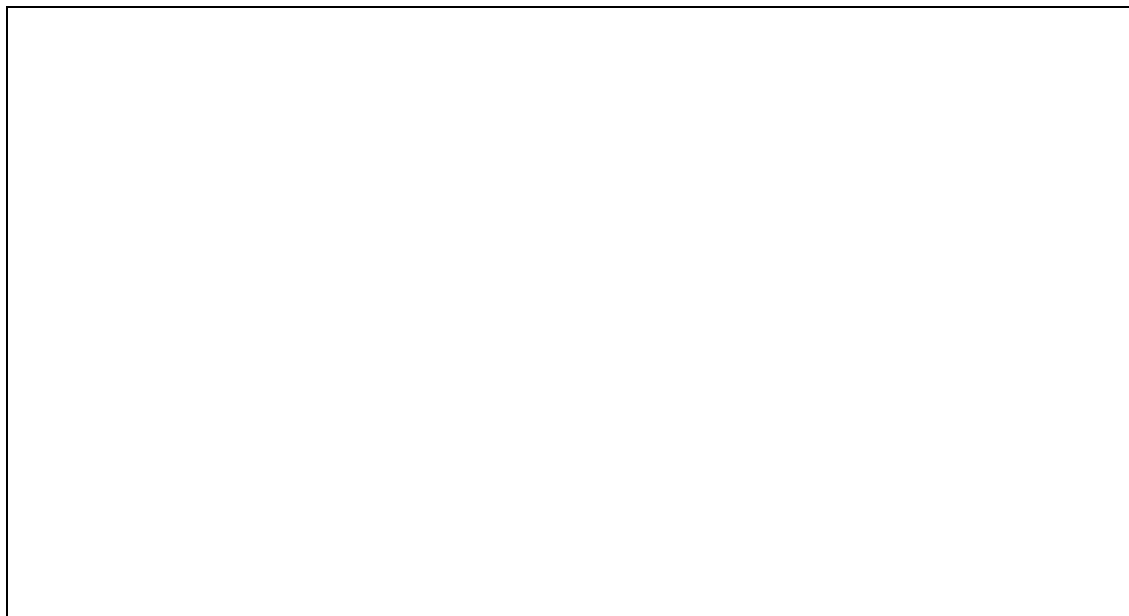


Figura 2 - INFORMAÇÃO SOBRE ENSINO TEÓRICO RECEBIDO

Ao se comparar o comportamento das duas turmas no que tange à informação sobre o conhecimento teórico recebido, através da aplicação do teste de χ^2 para as frequências das respostas obtidas, não se observa diferença estatisticamente significativa ao nível de significância de 5%. Isso permite concluir que uma questão é ensinada ou deixada de ensinar de forma semelhante em ambas as turmas, não havendo, portanto, diferença estatisticamente significativa nas informações teóricas ministradas às turmas, nos diferentes momentos.

A análise do conhecimento teórico ministrado, em termos de questões consideradas pelos alunos como ensinadas, revelou uma frequência de respostas positivas equivalente a 82,7% e 77,6%, respectivamente, para as turmas de dezembro de 1997 e julho de 1998. A proporção média entre ambas, no que tange ao total de questões consideradas como ensinadas foi de 79,1%. Ao submeter os valores médios obtidos para cada uma das turmas ao teste de diferenças entre proporções, ao nível de significância de 5%, bi-caudal, utilizando escore “Z”, não se observou a existência de diferença entre as duas proporções. Ou seja, a proporção de questões ensinadas é, em média, igual para as duas turmas, que apresentaram uma média global de 79,1%. Em resumo, não se observou diferença estatisticamente significativa ($P < 0,05$) no conhecimento teórico recebido pelos alunos de ambas as turmas.

Em relação ao conhecimento teórico sobre aleitamento materno recebido pelos alunos, um aspecto que merece destaque diz respeito aos itens da temática que os graduandos consideraram como não ensinados. Com o objetivo de detectá-los, as respostas das questões de número 1 a 37 foram submetidas a um teste normal, uni caudal à esquerda, para detectar os valores médios situados abaixo do intervalo de confiança para a média proporcional, de 79,1%, utilizando o nível de

confiança de 95%. As questões cujos valores situam-se abaixo do intervalo e, portanto, podem ser consideradas como não ensinadas, foram:

Questão 5 - Perigos da mamadeira.

Questão 7 - Prevenção e manejo de problemas frequentes: choro ao peito, mastites, congestão, baixa produção de leite, etc.

Questão 10 - Técnicas de desmame.

Questão 14 - Legislação e aleitamento materno.

Questão 15 - Icterícia e aleitamento materno.

Questão 21 - Prematuridade e aleitamento materno.

Questão 22 - Sexualidade e aleitamento materno.

Questão 23 - Relactação.

Questão 26 - História das práticas do aleitamento materno.

Questão 33 - Manejo do aleitamento materno em mães que trabalham fora e outras circunstâncias especiais.

Questão 34 - Técnicas de comunicação para a educação sobre aleitamento materno de profissionais de saúde.

Questão 35 - Técnica de comunicação para a educação sobre aleitamento materno a nível familiar.

Questão 37 - Avaliação de atividades para promover o aleitamento materno.

As frequências das respostas das questões referentes ao manuseio clínico da lactação podem ser observados na Figura 3. Vale destacar que as temáticas referentes a técnicas de desmame, relactação, icterícia e aleitamento materno, câncer e aleitamento materno e manejo do aleitamento materno em circunstâncias especiais, foram consideradas como não ensinadas pelos alunos ($P < 0,05$).

A importância do alojamento conjunto e da iniciação precoce da amamentação foi demonstrada nas respostas dos estudantes, evidenciadas na Figura 4.

Por outro lado, merece ênfase a baixa evidência dada na formação dos graduandos, no que diz respeito a importância e os cuidados necessários para viabilizar, a bom termo, a amamentação nas situações em que se tem indicação de cesárea.

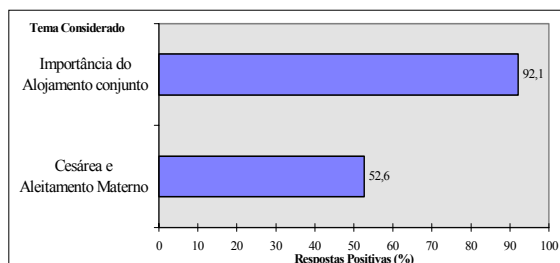


Figura 4 - ORGANIZAÇÃO E INFRA-ESTRUTURA DE SERVIÇOS

O aleitamento materno no cenário de saúde pública e os aspectos epidemiológicos mais relevantes foram avaliados em função das temáticas “Vantagens do aleitamento materno” e sua “relação com a morbidade e mortalidade infantil”. Como pode ser observado na Figura 5, um aspecto que merece destaque é o fato de os alunos desconsiderarem os perigos da mamadeira, temática considerada como não ensinada do ponto de vista estatístico ($P < 0,05$).

As bases de fisiologia do aleitamento materno se configuraram num dos blocos do conhecimento teórico recebido como um dos melhores resultados em termos de respostas favoráveis, como pode ser observado na Figura 6. A exceção no que tange aos perigos da mamadeira, este resultado se relaciona de forma direta com os aspectos relativos à Saúde Pública e Epidemiologia, evidenciando uma tendência de reforçar o papel do graduando como um futuro promotor do aleitamento materno.

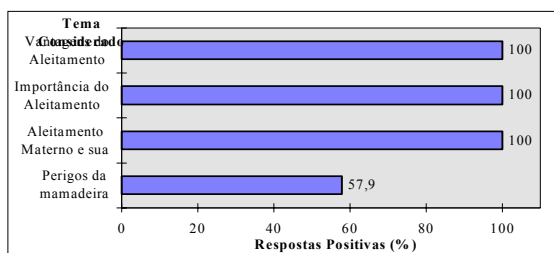


Figura 5 - SAÚDE PÚBLICA E EPIDEMIOLOGIA

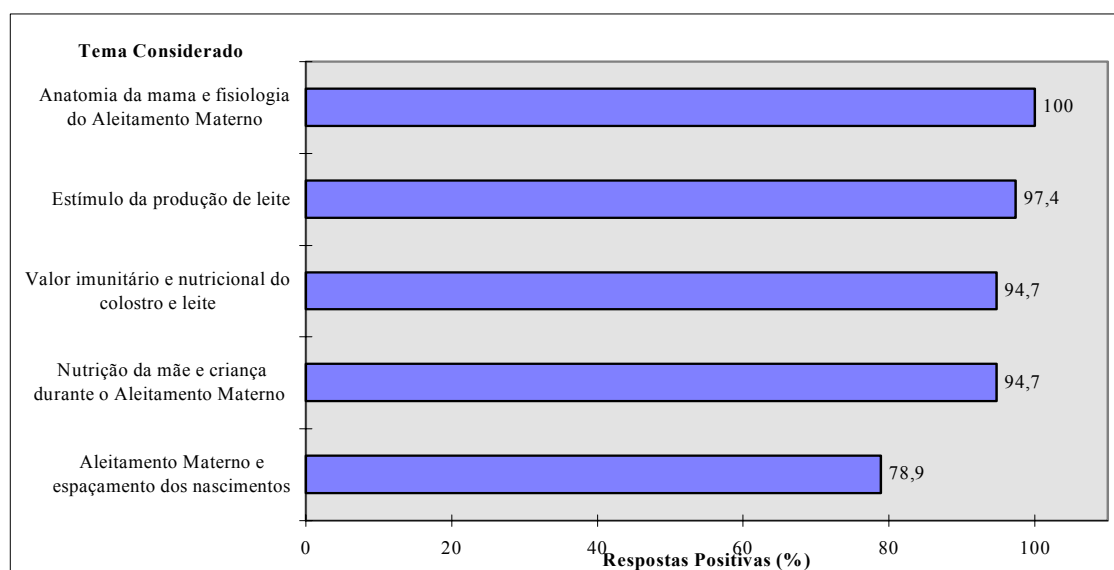


Figura 6 - BASES DE FISIOPATOLOGIA

As respostas para as temáticas referentes à informação, educação e comunicação estão reunidas na Figura 7. As temáticas referentes a: Técnicas de comunicação para a educação sobre aleitamento materno a nível familiar, técnicas de comunicação para a educação sobre aleitamento materno de profissionais de saúde e métodos de avaliação de atividades para promover o aleitamento materno, não foram consideradas como ensinadas, quando analisadas estatisticamente ao nível de significância de 5%.

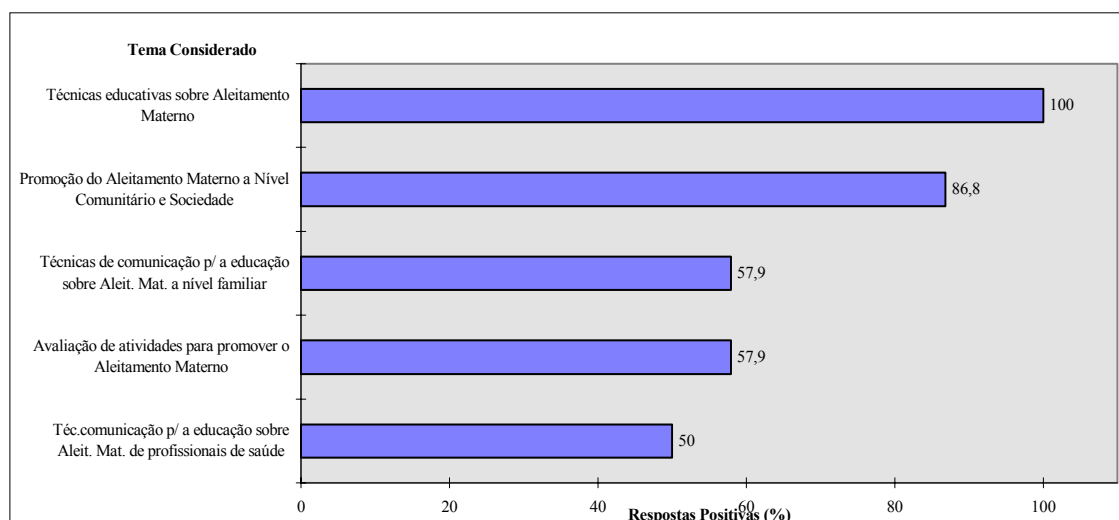


Figura 7 - INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

A Figura 8 resume as respostas obtidas para o bloco temático referente aos aspectos psicossociais do aleitamento materno. Vale destacar que as questões relativas à Sexualidade e amamentação não se fazem estatisticamente presentes ($P < 0,05$).

Erro! Vínculo não válido.

Figura 8 - ASPECTOS PSICOSSOCIAS

Os fatores sociais, culturais, econômicos, tecnológicos e políticos sobre aleitamento materno no país foram considerados, pelos alunos, como ensinados (Figura 9). Contudo, o mesmo não ocorreu para a História das práticas do aleitamento materno e para as questões relativas à Legislação.

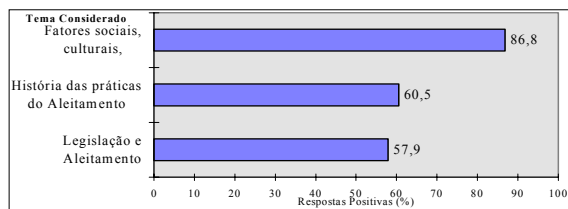


Figura 9 - ASPECTOS POLÍTICO-SOCIAIS

Uma avaliação preliminar do bloco de questões referentes a conhecimento teórico recebido, além de apontar para aspectos importantes do conteúdo da grade curricular, que deve ser alterada para contemplar os itens da temática considerados como não ensinados pelos alunos, sugere um conteúdo voltado para as questões relativas à promoção do aleitamento materno e, com falhas importantes nos aspectos relativos à proteção e apoio.

A prevenção e manejo de problemas frequentes da lactação, tais como choro ao peito, mastites, congestão e baixa produção de leite, bem como o emprego de técnicas adequadas para o desmame e o manejo do aleitamento materno em mães que trabalham fora e outras circunstâncias especiais, se configuram em aspectos importantes para o desenvolvimento de atividades de apoio à prática da amamentação natural (SOUZA, 1996; SILVA, 1997). O profissional que desconhece este conteúdo, jamais poderá efetivar uma conduta de ajuda real a mulher que amamenta.

Por outro lado, o fato de desconsiderar os riscos da mamadeira e da legislação que ampara a mulher no curso da amamentação, não permitem que sejam desenvolvidas atividades que visem proteger a prática da amamentação natural.

Os achados relativos à informação sobre o conhecimento teórico recebido corroboram com os resultados da análise do conteúdo das disciplinas de Puericultura e Obstetrícia, em que são ministradas informações sobre aleitamento materno.

As questões 5 (Perigos da mamadeira), 14 (Legislação e aleitamento materno), 15 (Icterícia e aleitamento materno), 22 (Sexualidade e aleitamento materno), 26 (História das práticas do aleitamento materno), 34 (Técnicas de comunicação para a educação sobre aleitamento materno de profissionais de saúde), 35 (Técnicas de comunicação para a educação sobre aleitamento materno a nível familiar) e 37 (Avaliação de atividades para promover o aleitamento materno a nível familiar) de fato sequer foram contempladas na proposta curricular. Por outro lado, os temas 10 (Técnicas de desmame), 21 (Prematuridade e aleitamento materno), 23 (Relactação) e 33 (Manejo do aleitamento materno em mães que trabalham fora e outras circunstâncias especiais), apesar de incluídos na disciplina de Obstetrícia, não foram abordados de forma a permitir que o aluno revelasse conhecimento acerca dos mesmos.

3.2) Informação sobre Práticas Recebidas

O aspecto prático do aleitamento materno foi investigado pelos itens 38 a 45 do questionário aplicado.

A Figura 10 retrata, de maneira geral, o comportamento das respostas dos alunos para informações sobre práticas recebidas. Entre os formandos de Dez-97, 71,9% afirmaram terem recebido algum tipo de orientação prática relacionada ao aleitamento materno durante a formação curricular. O mesmo disseram 68,1% dos formandos de Jul-98, perfazendo uma média ponderada de 70,0% entre os dois grupos. Através dos dados numéricos pode-se observar que o ensino prático é menos explorado que o ensino teórico em aleitamento materno. Enquanto o primeiro é citado por 70,0% dos alunos, ao segundo corresponde uma porcentagem maior, de 79,1%. Esse fato é comprovado quando se observa o programa das disciplinas que abordam o tema no currículo de Medicina; embora se tenha uma carga horária de programação prática

maior que teórica, não se relaciona nenhuma prática exclusivamente voltada ao aleitamento materno. O conhecimento prático da temática fica, assim, diluído entre outros temas de interesse das especialidades de Obstetrícia e Puericultura. Cabe ao professor valorizar, mais ou menos, cada um desses temas, o que confere um caráter bastante subjetivo ao número de horas destinadas exclusivamente ao ensino prático do aleitamento materno.

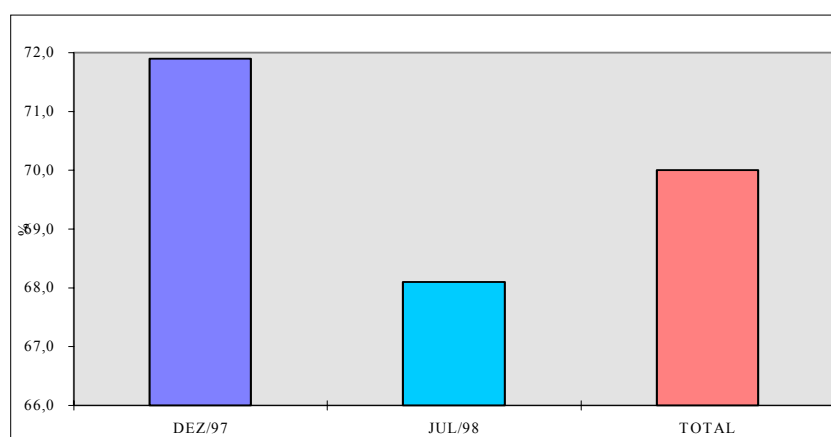


Figura 10 - INFORMAÇÃO SOBRE PRÁTICAS RECEBIDAS

Utilizando-se o teste do χ^2 , ao nível de 5% de significância com 7 graus de liberdade, foi testada a hipótese nula de que “não existe diferença significativa, para o total das turmas, com relação às informações sobre práticas recebidas”. O χ^2 calculado de 1,72 foi inferior ao tabelado, que corresponde a 14,2. Assim sendo, pode-se afirmar que as informações sobre práticas recebidas independem da turma. Isso faz remeter à idéia de que há uma proporcionalidade entre as informações práticas transmitidas aos dois grupos.

Com o intuito de saber se essa proporção é estatisticamente igual para as duas turmas, em todas as questões, foram calculadas as médias das proporções entre

“recebidas/total” para as turmas. Para a turma Jul-98, encontra-se um percentual de 71,9% de informações recebidas, contra 68,1% da turma de formandos em Dez-97. As médias de cada turma foram submetidas ao teste de diferença entre proporções, para um nível de significância de 5%, bi-caudal, utilizando a estatística “z”. Obteve-se um z_{calc} igual a 0,166, inferior ao z_{crit} de 1,96. Conclui-se a partir desses dados que não há diferença entre as duas proporções. A proporção de informações práticas recebidas é, em média, igual para as duas turmas, e pode-se admitir uma proporção média de “recebida” de 70% das informações, para as duas turmas. Como as diferentes turmas avaliadas passaram pelas mesmas disciplinas, mesmo sendo em períodos diferentes, observa-se que houve uma uniformidade de ensino, uma vez que a proporção de práticas recebidas foi semelhante.

Para avaliar se a proporção de informações recebidas pelos graduandos da UFJF se assemelhava àquela de outras faculdades de Medicina do país, submeteu-se cada amostra a uma distribuição “t” de Student, com $\alpha=0,05$. De acordo com os dados fornecidos pela pesquisa OPS/OMS, 74% dos alunos de outras faculdades afirmaram terem recebido informações sobre o ensino prático. Por não saber o tamanho da amostra que estimou esse dado, foram utilizados intervalos de confiança para as proporções médias das turmas Dez-97 e Jul-98.

Através desse teste não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os achados da UFJF, quando comparados às demais escolas do país.

Mesmo com as deficiências apontadas no currículo com relação ao ensino prático do aleitamento materno na UFJF, nota-se que os alunos de outras escolas médicas referem-se à mesma quantidade de ensino recebido.

Algumas práticas são dirigidas especificamente, embora não de forma exclusiva, ao ensino do aleitamento materno. Dentro de cada turma procurou-se

saber se existiria algum tipo de prática visto com maior ou menor frequência pelos alunos, ou seja, se haveria diferenças significativas entre o percentual de informações recebidas em cada uma delas, em cada grupo estudado. Ao utilizarmos os mesmos intervalos de confiança determinados anteriormente, excluímos algumas práticas cujo percentual está abaixo do intervalo de confiança da proporção média (teste uni-caudal). Para a turma de Jul-98, foram excluídas as seguintes questões: Grupos de orientação com gestantes (percentual de 65%), Atenção ao recém-nascido na sala de parto (55%) e Observação de recém-nascidos sendo amamentado (30%). Na turma de Dez-97 excluiu-se as mesmas questões, com percentuais de 61%, 44% e 44%, respectivamente, todos abaixo do intervalo de confiança determinado, além da questão Manejo de problemas mais frequentes no aleitamento (61%). Em outras palavras, estatisticamente falando, por estarem fora do intervalo de confiança, essas práticas são consideradas como não exercitadas.

Observa-se, pela avaliação estatística dos dados, que o aprendizado sobre aleitamento materno se restringiu às práticas de Controle pré-natal, Grupos de orientação com puérperas, Controle do crescimento e desenvolvimento no primeiro ano de vida e Educação para a saúde.

A Figura 11 traz os tipos de práticas relacionadas, com as respectivas porcentagens de respostas positivas, de acordo com a turma avaliada.

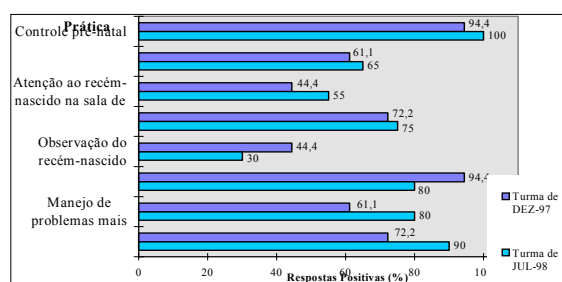


Figura 11 - TIPOS DE PRÁTICAS RECEBIDAS

Esses dados mostram um predomínio do ensino no pré-natal, que respondeu pela maior concentração das práticas citadas. A atenção ao recém-nascido na sala de parto e a observação de recém-nascidos sendo amamentados, citados em menor número de vezes, confirma a deficiência do ensino prático na assistência à criança após o seu nascimento. Esse aspecto é de fundamental relevância ao considerarmos que a assistência ao aleitamento materno não se deva restringir tão somente até o período de nascimento.

FREED & Cols (1995) destacam que, das mulheres que iniciam o aleitamento logo após o parto, apenas 20% delas o mantêm até o 5^o ou 6^o mês de puerpério. Como mudar essa realidade se a prática se concentra apenas na assistência ao período de gestação e àquele imediatamente após o parto?

Uma maior amplitude de ação, com acompanhamento de mães e crianças nos primeiros meses após o parto, se justificaria quando se objetiva prolongar essa prática até os 6 meses de idade, tempo mínimo preconizado para o aleitamento exclusivo.

A OMS/UNICEF (1989) propõe que no momento da sua alta do hospital ou ambulatório, as mães devem ser informadas de maneira correta e clara sobre a fisiologia e a mecânica da lactação, de modo que estejam seguras sobre como amamentar; devem também ser informadas sobre a existência de grupos de apoio social, se estes existirem, para ajudá-las com o aleitamento, e ser encaminhadas a eles, se apropriado; ser aconselhadas sobre as necessidades nutricionais durante a lactação e ter consultas de acompanhamento marcadas, para si próprias e para seus filhos.

3) Informação sobre o Local de Concentração das Práticas

Embora quatro opções de locais para a prática do aleitamento materno tenham sido colocadas como alternativa, somente três delas foram destacadas pelos graduandos. De acordo com a Figura 12, observa-se que a prática em Centros de Saúde (Ambulatórios) integrou 68,4% das respostas.

Essa alta prevalência se deve ao fato de que a maior parte do ensino prático do aleitamento materno se concentra nos ambulatórios de pré-natal, dentro da cadeira de Obstetrícia, e nos postos de saúde do município, localizados em bairros da cidade de Juiz de Fora, pela cadeira de Puericultura. Esse ensino, fora do ambiente dos hospitais-escola, ao mesmo tempo em que representa um fator positivo ao colocar o aluno em contato mais próximo da realidade em que ele irá se deparar depois de formado, traz também o agravante de que nem sempre existem preceptores disponíveis para a orientação no atendimento desses pacientes. Assim, muitas vezes o aluno é assistido por um profissional médico que não estabelece nenhum vínculo acadêmico com a Faculdade e nem se sente no dever de instruir e cobrar conhecimento, ficando o graduando a mercê de seu próprio esforço, o que nem sempre pode ser favorável.

Com uma frequência três vezes menor (21,1%) aparecem os Hospitais e em última análise, com 10,5%, os Consultórios externos ao hospital. Não foram citadas práticas a Nível Comunitário em escolas, fábricas e visitas domiciliares.

As práticas em escolas, fábricas e visitas domiciliares serviriam para ampliar as opções de atendimento a mulheres (gestantes ou não) e crianças sob aleitamento, permitindo uma abordagem educativa e conscientizadora dos benefícios da amamentação ao peito. Sob esse aspecto, as vantagens se fariam refletir não só na população assistida como também entre os graduandos, pela experiência adquirida com o ensino. A execução de tal tarefa esbarra na falta de orientadores capacitados para assistir esses alunos, como acontece nos postos de saúde.

A cidade de Juiz de Fora conta ainda com um banco de leite humano, local onde se poderia implantar uma alternativa a essa prática em aleitamento materno, direcionada exclusivamente ao atendimento de puérperas, lactantes ou não, e ao manuseio de problemas mais freqüentes relacionados a amamentação.

Erro! Vínculo não válido.

Figura 12 - LOCAL DE CONCENTRAÇÃO DAS PRÁTICAS

Para avaliar se existiria diferença significativa entre os locais de concentração das práticas entre as turmas de Dez-97 e Jul-98, aplicou-se o teste do χ^2 .

Utilizando um nível de confiança de 95%, chegou-se a um χ^2 calculado aproximadamente igual a zero. Conclui-se, então, que as duas turmas não apresentam diferenças no que se refere aos locais de concentração das atividades práticas. O mesmo não se pode afirmar quando se compara a UFJF com outras escolas de ensino médico do país: com o mesmo nível de confiança e 3 graus de liberdade, chega-se a um χ^2 calculado de 11,8, muito superior ao tabelado (7,81). Nessas proporções, afirmamos que existe diferença entre as escolas no que se refere aos locais de prática em aleitamento; essa diferença pode ser mais notada nas categorias Hospital e Centros de saúde, com predomínio do primeiro nas outras escolas médicas e do segundo na UFJF.

4) Avaliação da Atitude dos Docentes

Na avaliação da atitude dos docentes, apenas dois itens foram citados entre as respostas: Os docentes “recomendam o aleitamento materno

reconhecendo situações em que não é factível” (52) e “recomendam o aleitamento materno em qualquer situação” (53).

Essas duas assertivas refletem uma avaliação positiva pelos alunos da atitude dos docentes com relação ao aleitamento materno, embora denotem a falta de senso crítico daqueles que recomendam o aleitamento a despeito de qualquer situação. A incapacidade de reconhecer os casos onde a amamentação ao peito não é a melhor escolha é sinal de que o domínio do tema não se faz presente. WILLIAMS & LAWRENCE (1995), ao avaliar conhecimento e atitudes de médicos sobre aleitamento, concluem que profissionais desprovidos de conhecimento teórico sobre o assunto, também não serão capazes de promovê-lo de maneira eficaz.

Com o objetivo de verificar se existiria diferença entre as categorias de opiniões acerca do aleitamento materno entre as duas turmas estudadas, foi aplicado teste do χ^2 para as respostas referentes aos itens 52 e 53 do questionário. Não foi encontrada diferença significativa entre as turmas Jul-98 e Dez-97 (χ^2 calc = 1,61, contra um χ^2 tabelado de 3,84, para um nível de confiança de 95%, tabela tetracórica), traduzindo uma idéia comum aos dois grupos.

Para comparar se as opiniões obtidas na UFJF eram compartilhadas por alunos de outras faculdades em relação à atitude dos docentes, aplicamos o teste do χ^2 para os itens 52, 53 e nas respostas inválidas descritas. Caso se considere as respostas inválidas, existe diferença significativa entre UFJF e outras escolas médicas do país. Caso seja desconsiderada a categoria “respostas inválidas”, a hipótese pode ser aceita, ao nível de confiança de 95%.

Não houve respostas que denotassem uma atitude negativa dos docentes em relação à amamentação.

Erro! Vínculo não válido.

Figura 13 - ATITUDE DOS DOCENTES

5) Conhecimento Teórico do Aluno

Na a avaliação do conhecimento teórico foram fornecidas quinze assertivas, cuja resposta do aluno poderia ser V (verdadeiro) ou F (falso), correspondentes às questões 54 a 68 do questionário aplicado.

Um maior percentual de acerto foi encontrado na amostra que representa os formandos de Dez-97 (84,4%). Entre a turma de Jul-98, este índice foi 76,4%.

Utilizamos o teste do χ^2 para determinar se haveria diferença estatística nos acertos de questões de conhecimento teórico para as duas turmas. O χ^2 calculado, para um nível de confiança de 95% e 14 graus de liberdade, mostrou ser muito inferior ao χ^2 tabelado. Podemos admitir uma igualdade entre as duas turmas, quanto ao acerto de questões.

Para investigarmos se não existiria diferença entre o percentual médio de acerto das questões, em uma turma, comparamos a média de acertos proporcional de cada turma com cada questão em particular.

Foi aplicada a distribuição “t” de Student, para um nível de confiança de 95% com 14 graus de liberdade, uni-caudal (só interessavam os acertos abaixo do intervalo de confiança). Um resultado desfavorável foi observado nas questões 56 (*Alguns recém-nascidos são alérgicos ao leite materno e devem ser amamentados com mamadeira*), 65 (*Pode-se evitar as rachaduras no peito durante o aleitamento lavando-o com água e sabão*), 67 (*O aleitamento materno é efetivo como anticonceptivo nos primeiros seis meses, sempre que seja exclusivo*) e 68 (*O leite*

materno é o alimento de melhor qualidade para o recém-nascido sempre que a mãe não esteja desnutrida). A questão 56 está tão fora da distribuição que perturbou o resultado da média e do teste de Student.

Essas questões denotam a dificuldade encontrada pelos graduandos em lidar com problemas freqüentes relacionados ao aleitamento materno, bem como elegê-lo como método contraceptivo eficaz para a mulher que está amamentando. De maior gravidade é o desconhecimento refletido nas respostas fornecidas pelos alunos de que, independente do estado nutricional da mulher que amamenta, o seu leite ainda é a melhor opção alimentar para a criança.

A comparação da UFJF com outras escolas do país foi testada, observando se não existiria diferença entre a média de percentuais no atributo acerto de questões teóricas. Foram aplicados o teste de Student “t” e o teste do *escore* padronizado “z”, para as médias amostrais de proporções. Analisamos em separado as turmas e as conclusões foram as seguintes:

Caso se considere a questão 56, as turmas da UFJF estão dentro de uma média de acertos estatisticamente igual à do Brasil, com ligeira vantagem da turma de formandos em Dez-97.

Caso não se considere a questão 56 (o que não achamos correto), a turma Dez-97 estará bem acima da média Brasil.

Uma análise global através da média ponderada dos dois grupos resulta num índice de acerto de 80,4% (Figura 14).

Erro! Vínculo não válido.

Figura 14 - CONHECIMENTO TEÓRICO DO ALUNO

Alguns itens abordados na investigação do conhecimento teórico merecem destaque por terem sido respondidos corretamente por mais de 90% do grupo. Aspectos da fisiologia da lactação e contra-indicações ao aleitamento materno são áreas do conhecimento cujos índices de acerto foram considerados bastante satisfatórios. Nenhum quesito foi acertado integralmente.

A assertativa que testava o conhecimento do aluno sobre alergia ao leite materno foi a mais errada, para a qual se obteve uma taxa de acerto de 31,6%.

Outras assertivas, com as respectivas porcentagens de respostas corretas, são encontradas na Figura 15.

Alguns aspectos dentro da avaliação do conhecimento teórico merecem ser destacados. Pode-se observar que aquelas questões consideradas como menos acertadas não foram exploradas durante o ensino teórico, de acordo com a programação sugerida pelas disciplinas, os temas controle e tratamento de fissuras e aleitamento materno como método contraceptivo aparecem apenas como citações, enquanto que alergia ao leite materno e amamentação em mães desnutridas sequer são citados.

Por outro lado, as questões que tiveram um maior índice de acerto, a saber, vantagens do colostro, suspensão do aleitamento, amamentação sob livre demanda e ação da prolactina, constam na programação teórica das disciplinas de Obstetrícia e Puericultura.

Esse fato leva a crer que as informações transmitidas aos alunos durante o curso teórico refletem diretamente sobre o rendimento dos mesmos nos testes de avaliação.

Cabe ainda a observação de que, embora não se tenha tido um índice de acertos muito elevado (a média entre as turmas foi de 80%), os alunos da UFJF se equiparam em conhecimento teórico com alunos de outras faculdades de Medicina.

6) Percepção do Aluno de seu Aprendizado

Foram abordadas questões relacionadas com o Aleitamento Materno: vantagens, fatores que influenciam, potencial nutritivo, etc. Estas questões foram colocadas para que os alunos emitissem avaliações objetivas sobre seu aprendizado. A turma de Jul-98 esteve ligeiramente mais “segura” de seu aprendizado, embora os testes realizados não apontassem diferenças significativas, mesmo no item 74 -“Selecionar os problemas mais freqüentes”. O que se desconfia é do índice altíssimo estimado para outras escolas médicas do Brasil (98%). Este índice está fora do intervalo de confiança para esta medida, mesmo não tendo (como não temos) o tamanho da amostra.

Em todo caso, considerando estes dados, podemos dizer que, em relação à média brasileira, a UFJF está abaixo, e esta posição é definida pelas questões 73 e 74, “Poder ensinar o aleitamento materno a nível individual, comunitário e dos serviços” e “Selecionar os problemas mais freqüentes que possam provocar o fracasso do aleitamento materno”.

A incapacidade de selecionar os problemas mais freqüentes relacionados ao aleitamento materno, referida por mais de 1/3 dos alunos, reflete na inabilidade já relatada pelos mesmos em lidar com esses problemas. Embora este seja um tema explorado tanto pela disciplina de Puericultura quanto Obstetrícia, talvez uma maior ênfase deva ser dada ao diagnóstico e tratamento das patologias e complicações

mais comuns inerentes à amamentação, uma vez que boa parte dos alunos se mostrou insegura em conduzi-los com destreza.

A Figura 16 sumariza a percepção do aluno em relação ao seu aprendizado sobre aleitamento materno.

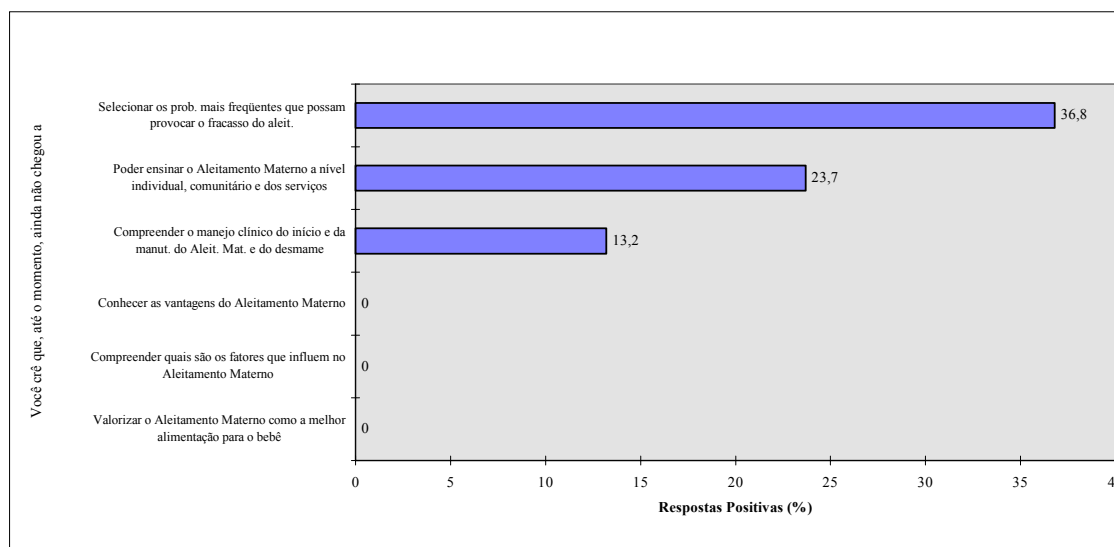


Figura 16 - PERCEPÇÃO DO ALUNO

7) Avaliação do Conhecimento Prático

Três casos clínicos foram propostos, com o intuito de investigar o conhecimento prático do aluno. O objetivo que se tinha era verificar se o graduando seria capaz de explorar seu aprendizado teórico associando-o a uma questão de caráter prático. Em apenas um caso (Caso Clínico II), na turma de Dez-97, não se obteve a totalidade de acerto - neste caso o índice foi de 94,4%. Os demais foram interpretados e respondidos corretamente por todos os alunos (Figura 17).

Assim, quando se considera todo o grupo, os Casos Clínicos I e III tiveram 100% de respostas corretas e o Caso Clínico II, 97,4%.

Erro! Vínculo não válido.

Figura 17 - AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO PRÁTICO

A amostra, de 3 elementos, não fornece nenhum subsídio para uma inferência estatística confiável.

Capítulo IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensino do aleitamento materno na graduação em Medicina continua sendo objeto de minhas preocupações. De um lado temos um currículo que pouco ou quase nada valoriza esse ensino, restringindo-o a uma carga horária teórico-prática pequena, omitindo temas fundamentais para um melhor domínio da amamentação em

detrimento a outros considerados talvez como mais importantes (??). Por outro lado há uma correspondência acadêmica, manifestando um conhecimento aquém daquele considerado como satisfatório para o exercício da prática em aleitamento materno. A Faculdade é falha no sentido de não oferecer ao aluno uma maior amplitude de possibilidades em desenvolver seu raciocínio, conhecimento e destreza para lidar com a questão sob uma ótica integralizadora no que se refere à saúde da mulher, repetindo modelos próprios da Medicina Higienista que se ancora no reducionismo biológico (COSTA, 1983; ALMEIDA & GOMES, 1997). Ao restringir as opções curriculares, ela relega ao assunto importância menor, dentre tantos outros temas explorados durante a graduação. Com isso forma profissionais capazes de enumerar as vantagens e complicações de um procedimento invasivo em Medicina Fetal (para não fugirmos da área), mas inabilitados em reconhecer os perigos da mamadeira. O aluno, por sua vez, reflete essa pouca atenção que lhe é transmitida quando se trata do aleitamento materno, delegando a função de promotora e mantenedora da alimentação natural à mãe, como se ela fosse instintivamente preparada para tal. Como o ato é tido como instintivo, ela não requer ajuda para desempenhá-lo, e se vê só neste papel que é também do profissional que a atende. Nesse aspecto particular, vale trazer a relevo as considerações feitas por SILVA (1990), quando discute a relação Fardo ou Desejo no cenário da amamentação. Segundo o autor, o ato de amamentar, apesar de biologicamente determinado, é sócio-culturalmente condicionado e, na espécie humana, os condicionantes sociais tendem a se sobrepor aos determinantes biológicos. Nesse mesmo sentido, ao trabalhar com a relação Risco-Benefício na prática da amamentação, SILVA (1997) considera que o aleitamento materno não pode ser visto pelos trabalhadores de saúde como um ato puramente biológico, e que todas as mulheres são capazes de despojar de seus valores para concretizá-lo. A visão de que o

aleitamento natural constitui-se num ato puramente biológico além de ser desvinculada da realidade, não colabora para o estabelecimento da amamentação.

Segundo Demo (1992) *é difícil embutir no currículo a prática, a começar pelos vícios históricos dos “estágios” e da “extensão”. Os estágios são concessões à prática, com presença curricular residual, mal organizados, sem acompanhamento de qualidade por parte do curso e por parte de responsáveis no local do estágio. Na maioria dos casos mantém-se como exigência formal, resvalando para a exploração de mão-de-obra especializada barata.* Nota-se nessa afirmação uma síntese de como pode ser encarado o ensino do aleitamento materno. A teoria considerada pelo professor como relevante é transmitida aos alunos e entre esse ensino e sua aplicação prática forma-se um grande hiato, preenchido pelas mais diversas deficiências. A primeira delas diz respeito ao próprio ensino teórico: embora haja uma diversidade de itens ligados ao tema principal na programação curricular (podemos listar pelo menos 40 deles), eles são insuficientes e não preenchem as necessidades básicas do ensino em aleitamento. São esquecidos assuntos de importância, como prematuridade, cesárea, preparo da mama, fertilidade, câncer, etc e sua relação com a amamentação. Não se fala em relactação, técnicas educativas, história das práticas em aleitamento, promoção a nível comunitário e individual. De acordo com a proposta mínima de abordagem desejável, sugerida através do documento da OPS/OMS (1994), ainda se deveria incluir na programação curricular da UFJF os seguintes temas: Código de comercialização de produtos alimentares para lactentes, Marketing em saúde, Amamentação na sala de parto e alojamento conjunto, Assistência à amamentação em nível ambulatorial e Proteção à nutriz. Na ênfase sobre o ensino teórico, observa-se uma carga horária muito restrita, que se prende a questões consideradas como prioritárias, mas se repetem

na programação das duas disciplinas que abordam o tema; a melhor integração entre esses programas, com trocas de informações sobre conteúdos curriculares entre seus docentes, permitiria excluir alguns tópicos, em proveito de outros não lecionados. Uma ampliação das atividades por mais duas ou três aulas oportunizaria uma abordagem mais completa do assunto. A concentração das práticas em ambiente hospitalar e alguns postos comunitários impossibilita o aluno de ter um contato mais amplo com gestantes e puérperas. O contato comunitário ao nível de escolas, creches e até mesmo visitas domiciliares proporcionaria uma visão mais próxima da realidade em que vive esta população; pode-se, desta maneira, conjugar teoria e prática adequadas à situação sócio-econômica e cultural em que se atua. A inadequação das normas e rotinas dos serviços onde se desenvolvem as práticas de ensino contribui para um menor aproveitamento dessas. Mesmo dentro do ambiente hospitalar nem todas as práticas são exploradas como se deveria. Exemplo disto é a pouca referência à atenção ao recém-nato na sala de parto e observação de recém-nascidos sendo amamentados, pouco exercitadas pelos graduandos. Também são falhas as práticas educativas com grupos de gestantes e puérperas. O cumprimento dos *dez passos para o sucesso do aleitamento* tornaria o hospital-escola Amigo da Criança, contribuindo para um estabelecimento de práticas mais efetivas e adequadas. As avaliações, de caráter exclusivamente teórico, são insuficientes por não poderem estimar a vivência prática do aluno. É possível tornar-se um médico sem nunca ter examinado uma mama puerperal, uma vez que o conhecimento medido se restringe apenas àquele descrito no papel. Uma observação e acompanhamento do graduando durante o exercício das suas atividades práticas na Puericultura e Obstetrícia poderia trazer subsídios mais verdadeiros para uma avaliação final.

Em última análise, voltamos ao documento extraído do Seminário sobre Ensino do Aleitamento Materno proposto pela OPS/OMS (1994). As sugestões para melhora do ensino resumidas por esse documento sem dúvidas trariam novo alento para quem lida diretamente com a amamentação natural, beneficiaria o profissional recém-formado, o docente responsável por sua orientação e, finalmente, os principais envolvidos: mãe e criança. O que se observa é que, embora decorridos quatro anos da elaboração desse documento, muito pouco se modificou no panorama curricular dos cursos médicos. Existe ainda uma relação distante entre essas unidades fornecedoras de fomentos à pesquisa e ao ensino com o quadro-negro das salas de aula. Os departamentos responsáveis pelo ensino do aleitamento na UFJF sequer tomaram conhecimento de tal Seminário, e suas propostas ainda não ultrapassaram a burocracia oficial. Nesse contexto vale considerar que:

- A iniciativa de tornar os hospitais de ensino Hospital Amigo da Criança não é realidade atual, e não podemos dizer que o alojamento conjunto seja prática em nossa maternidade-escola.
- O programa mínimo sobre o ensino de Aleitamento Materno para a formação de profissionais de saúde, contemplando conteúdos prático e teórico, não foi instituído.
- A inclusão de temas relacionados ao aleitamento nos currículos de 1º e 2º graus, além da pré-escola, soa como utopia, uma vez que o passo anterior, talvez de maior urgência, ainda não foi estabelecido.
- Não se tem conhecimento dos comitês propostos para atualização do manual de normas técnicas de Aleitamento Materno / Ministério da Saúde, com informações sobre Hospital Amigo da Criança, alojamento conjunto, legislação vigente, etc.
- Não há integração curricular interinstitucional e interdisciplinar das universidades, de maneira a proporcionar uma uniformidade do conteúdo teórico-prático mínimo

oferecido aos alunos da área de saúde, oferecendo a todos a mesma oportunidade nos campos da prática.

- A inserção da prática assistencial no aleitamento materno, dentro do contexto das ações básicas de saúde, tanto no âmbito institucional como em extensão, para a comunidade, não está difundida.
- Não é prática o intercâmbio entre o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, OPAS/OMS e outras organizações com as universidades para repasse de materiais e informações.
- Pouco se discute nos eventos científicos da área Materno-Infantil temas relacionados ao aleitamento materno, e menos comuns ainda são os eventos que abordam o tema com exclusividade.
- A questão do fomento à pesquisa através da ação do PNIAM junto às agências financiadoras, tendo como base as propostas e recomendações do Seminário, precisa ser colocada em prática.
- O treinamento e capacitação dos docentes em centros de referência para o Aleitamento Materno é tarefa de execução difícil pelas universidades, já sucateadas financeiramente e carentes de verbas para atividades primárias, como contratação de profissionais especializados.

Como se pode observar, estamos ainda muito aquém da realidade idealizada como satisfatória para um bom ensino e prática do aleitamento materno nas escolas de saúde. Isso ainda não se deu por omissão, descaso ou despreparo das pessoas envolvidas, responsáveis em transformar essas diretrizes propostas pelo documento OPS/OMS em prática. A UFJF não foge à regra e se mostra tão deficiente quanto outras escolas de ensino superior.

De um modo geral, o graduando em Medicina da UFJF se equipara a outros alunos de diferentes escolas médicas no que se refere ao aprendizado em aleitamento materno. Esse fato, longe de ser encarado como dado promissor, nos leva a acreditar que somos mais uma escola onde o ensino do aleitamento materno é deficiente e descontextualizado da realidade em que se encontra o país. Embora apresente um índice de acerto satisfatório das questões referentes à teoria relacionada ao tema (em torno de 80%) e à sua prática (quase 100%), observa-se que algumas mudanças deveriam ser implementadas para melhora deste ensino, e, por conseguinte, da formação deste profissional sobre aleitamento materno. É necessário que se introduza no currículo temas considerados essenciais nesta área: Perigos da mamadeira, Técnicas de desmame, Legislação e aleitamento, Icterícia e aleitamento, Câncer e aleitamento, Sexualidade e aleitamento, Relactação, Técnicas de comunicação para a educação sobre aleitamento materno de profissionais de saúde e a nível familiar. Algumas práticas devem ser instituídas (Educação para gestantes e puérperas e Observação de recém-nascidos sendo amamentados) e outras melhoradas. Para isso, deve haver uma maior diversidade de locais onde se concentram as mesmas e não restringi-las ao ambiente de hospitais de ensino. Escolas, fábricas e visitas domiciliares, além de ambulatórios externos aos hospitais podem ser outras opções. As alternativas propostas pelo Seminário sobre o Ensino do Aleitamento Materno nas Escolas de Saúde (OPS/OMS) devem ser implementadas, com o apoio às instituições acadêmicas que lidam com a unidade mãe/bebê. Essas mudanças objetivariam propiciar ao futuro médico melhor conhecimento e compreensão dos fatores relacionados ao aleitamento materno, como se conduzir diante de gestantes e puérperas, valorizando a amamentação natural como melhor opção alimentar para o bebê, sabendo reconhecer e tratar os problemas mais comuns inerentes a essa escolha. Questiona-se, entretanto, se uma

mudança curricular, que proponha um conteúdo mais abrangente, seria suficiente para provocar uma transformação necessária em um jovem e fazer dele um profissional envolvido com as questões do aleitamento materno. A proposição de uma reforma curricular indubitavelmente traria alento e novas perspectivas no ensino da amamentação, mas isso não seria o bastante para preparar esse profissional e oferecer-lhe subsídios na construção daquilo que se vislumbra como uma assistência ideal. SILVA (1996) descreve que *“para o aluno, construir a assistência para o manejo do aleitamento materno, significa ter que ganhar a confiança da nutriz, ser capaz de identificar as dificuldades dela, mesmo que a princípio ele não se sinta incluído no contexto da vivência da mulher; dessa forma ele pode avaliar seu trabalho pois, consegue reconhecer os resultados de sua assistência, que reforçam sua prática e o motivam a empenhar maior esforço”* e conclui: *“o aluno, na verdade, só necessita da oportunidade de estar em contato, o tempo suficiente para conhecer, ganhar confiança da puérpera e em si mesmo, para poder construir a assistência que acredita, sentir-se reconhecido e valorizado.”*

Poder ensinar o aleitamento materno a nível individual, comunitário e dos serviços é pressuposto básico para que, ao desempenhar o papel de promotor da saúde, o médico seja uma primeira e sólida base para estímulo ao crescimento dessa prática em nossa sociedade. A melhoria da qualidade do Ensino do Aleitamento Materno na Graduação em Medicina é, sem dúvida, um passo importante para a implantação de uma política de maior amplitude, que atue preventivamente com o intuito de abrandar um quadro de miséria e doença que assola boa parte de nossa população. População essa cada vez mais distante das informações e noções básicas de

saúde, omitidas também por um profissional médico mal orientado, mal formado, e ignorante de conhecimentos mínimos que visem a proteção da vida.

Numa avaliação mais global da situação pode-se inferir, com segurança, que os achados para a Faculdade de Medicina da UFJF, no período estudado, são perfeitamente compatíveis com a realidade das demais escolas de ensino de saúde no Brasil, havendo, inclusive, alguns aspectos positivos de maior monta que distinguem o desempenho dos alunos da UFJF. Contudo, há de se considerar a necessidade do direcionamento de esforços no sentido de aprimorar esta realidade, compatibilizando-a com uma assistência que integraliza a saúde da mulher. A importância do conhecimento não deve ser traduzida em informações apenas de caráter biológico, mas também pela sua integração com as questões plurais que permeiam a sociedade e que terminam por categorizar o aleitamento materno como um dos atributos da maternidade.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, J. A. G. & GOMES, R.,1997. Amamentação: Um Híbrido Natureza-Cultura. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. [no prelo]

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1980. Encouraging Breast-Feeding. *Pediatrics*, 65 (3) : 657-658.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1982. The promotion of breastfeeding. *Pediatrics*, 69 (5) : 654-661.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1989. Follow-up or weaning formulas. *Pediatrics*, 83 : 1067.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1994. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*, 93 : 137-150.

CARVALHO, J. F. C.; ALMEIDA, J. A. G. & NOVAK, F. R., 1994. A alimentação do recém-nascido filho de mãe HIV positivo. *Cadernos do NEPEN*, n. 3, p. 1-121.

CAVALCANTI, M. L. F., 1982. *Conhecimentos, atitudes e práticas de pessoal de saúde sobre aleitamento materno*. Tese de Doutorado. São Paulo : USP.

- COSTA, F. S.; GOMES, V. C. & Martines, J., 1996. Case-control study of risk of dehydrating diarrhoea in infants in vulnerable period after full weaning. *British Medical Journal*, 313 : 391-394.
- COSTA, J. F., 1983. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro : Graal.
- CUNNINGHAM, F. G.; MAC DONALD, P. C.; GANT, N. F.; LEVENO, K. J. & GILSTRAP III, L. C., 1997. *Williams Obstetrics*. Connecticut : Appleton & Lange.
- DE CARVALHO, M.; ANDERSON, D. M.; GIANGRECO, A. & PITTARD, W. B., 1985. Frequency of milk expression and milk productions by mothers of nonnursing premature neonates. *American Journal Disease Child*, 139 : 483-485.
- DAWSON, S. & TRAPP, R. G., 1994. *Basic & Clinical Biostatistics*. Connecticut : Appleton Lange.
- DEMO, P., 1992. *Pesquisa - princípio científico e educativo*. São Paulo : Cortez Editora/Editora Autores Associados.
- FREED, G. L.; CLARK, S. J.; CEFALO, R. C. & SORENSON, J. R., 1995. Breast-feeding education of obstetrics-gynecology residents and practitioners. *Am J Obstet Gynecol*, 173 (5) : 1607-1613.

- GIUGLIANI, E. R.; CAIAFFA, W. T.; VOGELHUT, J.; WITTER, F. R. & PERMAN, J. A., 1994. Effect of breastfeeding support from different sources on mothers' decisions to breastfeed. *J Hum Lact*, 10 (3) : 157-161.
- GORDON, M., 1995. Why breastfeeding is best for babies. *Heath-Visit*, 68 (5) : 203-4.
- GUYTON, A. C., 1992. *Tratado de Fisiologia Médica*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan.
- HAIDER, R.; ISLAM, A.; HAMADANI, J.; AMIN, N. J.; KABIR, I.; MALEK, D.; MAHALANABIS, D. & HABTE, D., 1996. Breast-feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. *Bulletin of the World Health Organization*, 74 (2) : 173-179.
- HAMBRAEUS, L., 1984. Human milk composition. *Nutrition Abstracts and Reviews in Clinical Nutrition*, 54 (4) : 219-36.
- HANSON, L. A.; HAHN-ZORIC, M.; BERNDES, M.; ASHRAF, R.; HERIAS, V.; JALIL, F.; BHUTTA, T. I.; LAEEQ, A. & MATTSBY-BALTZER, I., 1994. Breast feeding: overview and breast milk immunology. *Acta Paediatr Jpn*, Oct 36 : 5, 557-61.
- HOFFMAN, J. B., 1953. A suggested treatment for inverted nipples. *Amer J Obstet Gynec*, 66 : 346-8.

HOLLINSHEAD, W. H., 1980. *Livro-Texto de Anatomia Humana*. São Paulo : Harper &

Row do Brasil.

INAN (INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO), 1989.

Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição. Brasília : Ministério da Saúde.

INAN (INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO), 1991.

Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Revisão e

Avaliação das ações Nacionais para implementação dos Princípios e Objetivos do

Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno.

Brasília : Ministério da Saúde.

INN (INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICION), 1996. *Para mi hijo la mejor*

alimentación. Caracas : Ediciones Divulgativas.

JELLIFFE, D. B. & JELLIFFE, E. F. P., 1979. *Human Milk in the Modern World*.

Oxford : Oxford University Press.

KENDALL-TACKETT, K. A. & SUGARMAN, M., 1995. The social consequences

of long-term breastfeeding. *J Hum Lact*, Sep 11 (3) : 179-183.

KING, F. S., 1991. *Como Ajudar as Mães a Amamentar* (tradução para o Português

Dra Zuleika Thomson e Cols). Londrina : Universidade de Londrina.

KOCH, Y.; WERNER, H. & FRIDKIN, M., 1991. Hypothalamic hormones in milk.

Endocr Regul, 25 : 128.

KOLDOVSKY, O.; BRITTON, J.; GRIMES, J. & SHAUDIES, P., 1991. Milk-borne epidermal growth factor (EGF) and its processing in developing gastrointestinal

tract. *Endocr Regul*, 25 : 58.

LAZZARO, E.; ANDERSON, J. & AULD, G., 1995. Medical professional's attitudes

toward breastfeeding. *J Hum Lact*, 11 (2) : 97-101.

MENELLA, J. A. & BEAUCHAMP, G. K., 1991. The transfer of alcohol to human

milk. *N Engl J Med*, 325 : 981.

MONCKBERG, F. B., 1976. Lactancia materna corta: alto riesgo en países

subdesarrollados. *Rev Med Chile*, 104 : 676-80.

MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 1997. Manual de Promoção do Aleitamento

Materno -

Normas Técnicas. Brasília : Ministério da Saúde.

MS/INAN, 1990. Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes.

Brasília : Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição.

MULFORD, C., 1995. Swimming upstream: breastfeeding care in a nonbreastfeeding

culture. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 24 (5) : 464-74.

NEVILLE, M. C., 1992. *As Bases Fisiológicas da Lactação Humana*. In: Centro de Lactação de Santos - Santos.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE), 1991. Criando Hospitais “Amigos de Bebês” - a meta da OMS/UNICEF é promover o aleitamento materno. [mimeo]

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE), 1994. *Alimentação Infantil - Bases Fisiológicas*. Instituto de Saúde - São Paulo : James Akre (editor).

OMS/UNICEF, 1989. Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra : OMS.

OPS/OMS, 1994. Pesquisa sobre o ensino em aleitamento materno nas instituições de ensino de saúde Brasília : OPS.

_____, 1994. Seminário sobre o ensino do aleitamento materno nas escolas de saúde do país. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 18 (2) : 90.

PALMER, G., 1993. *The Politics of Breastfeeding*. London : Pandora Press.

PLANK, S. J. & MILANESI, M. L., 1973. Infant feeding and infant mortality in rural Chile. *Bull World Hlth Org*, 48 : 203-210.

PNSN/INAN (PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO), 1989. Perfil do Aleitamento Materno no Brasil. Brasília : Ministério da Saúde.

REA, M. F., 1989. Aleitamento materno e saúde da mulher: algumas considerações.

In: LABRA, M. E. *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Petrópolis : Vozes.

REZENDE, J. & MONTENEGRO, C. A. B., 1992. *Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan.

RINALDI, J. & WEHBA, S., 1996. Endocrinologia da Mama. *RBM - Ginecologia e Obstetrícia*, VI (6) : 369-370.

SAITO, S.; MARUYAMA, M.; KATO; MORIYAMA, I. & ICHIJO, M., 1991.

Detection of IL-6 in human milk and its involvement in IgA production. *J Reprod Immunol*, 20 : 267.

SCARLET, D.; CARGILL, M.; LYN-SUE, J.; RICHARDSON, S. & McCAW-

BINNS, A., 1996. Breastfeeding prevalence among six-week old Infants at

University Hospital of the West Indies. *West Indian Medical Journal*, 45 : 14-17.

SILVA, A. A. M., 1990. *Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira*. Tese de

Mestrado. Ribeirão Preto : USP.

SILVA, I. A., 1996. *Aprendendo sobre a assistência em amamentação*. Trabalho apresentado no I Congresso de Aleitamento Materno do Cone Sul. Joinville.

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

SIQUEIRA, B. P., 1991. *Revista Saúde em Debate*, número 8.

SOUZA, L. M. B. M., 1996. *Promoção, Proteção, Apoio: Apoio?* Tese de Mestrado. Rio de Janeiro : FIOCRUZ.

UNICEF, 1991. Baby Friendly Hospital Initiative. [mimeo]

UNICEF/OMS, 1993. *Manejo e Promoção do Aleitamento Materno num Hospital Amigo da Criança* - curso de 18 horas para equipes de maternidades. [manual]

WILLIAMS, E. L. & LAWRENCE, D. H., 1995. Breastfeeding Attitudes and Knowledge of Pediatricians-in-training. *American Journal of Preventive Medicine*, 11 (1) : 26-33.

WINIKOFF, B. & BAER, E. C., 1980. The obstetrician's opportunity: Translating "breast is best" from theory to practice. *Am J Obstet Gynecol*, 138 (1) : 105-116.

WION, J. B. & GORDON, J. E., 1978. Breast or bottle feeding: is there really a

choice for the Third World? *Cajanus*, 11 : 121-126.

YAMAUCHI, Y. & YAMANOUCHI, I., 1990. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatr Scand*, 79 : 1017-1022.

ANEXO I

SEMINÁRIO PARA APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS DA PESQUISA DE ALEITAMENTO MATERNO NAS ESCOLAS DE SAÚDE

O Seminário “Pesquisa sobre o Ensino do Aleitamento Materno nas Escolas de Saúde” (OPS/OMS,1994) teve como metodologia de trabalho a discussão da

temática em pequenos grupos, a partir de dificuldades apresentadas como resultados da pesquisa no Brasil. Nos grupos emergiram as sugestões que estão em anexo.

COMPOSIÇÃO DOS GRUPOS DE TRABALHO

GRUPO I

Coordenador: Martha Lígia Fajardo
Relator: Celina Maria Araújo Tavares
Auxiliar: Solange Ramires Daher

GRUPO II

Coordenador: Márcia Regina Vítolo
Relator: Ives Emília de Oliveira Souza
Auxiliar: Carlos Eduardo Schettino de Azevedo

GRUPO III

Coordenador: Jayme Murahovski
Relator: Marlene Trigo
Auxiliar: Elisabeth Accioly

GRUPO IV

Coordenador: Ricardo Ledo Chaves
Relator: Ana Cristina d'Andretta Tanaka
Auxiliar: Maria Thereza Furtado Cury

GRUPO I

Os Objetivos no ensino do aleitamento materno nas Escolas de Saúde não são bem definidos. Falta uma melhor descrição para que o ensino não fique generalizado e sem uniformidade, entre as disciplinas de um curso e entre a formação dos diversos profissionais de saúde.

Na grade curricular dos cursos deve estar clara a carga horária e qual é a proposta de ensino, sobre o aleitamento, com objetivos claros, de modo a contemplar:

- o repasse de conhecimentos
- o desenvolvimento de atividades práticas
- a formação de uma postura positiva e adequada para incentivar o aleitamento e equacionar os problemas que surgem durante o período de lactação.

O ensino prático do aleitamento está ligado, prioritariamente, aos hospitais e centros de saúde escolas ficando, assim, restrito e desligado da rede.

Outra dificuldade na aprendizagem prática dos alunos é a dicotomia entre o discurso expresso pelo docente durante o conteúdo teórico, a postura e o exemplo que este mesmo docente apresenta na prática. Essa atitude demonstra e não propicia a internalização do aleitamento materno pelos profissionais.

Por isso, o ensino do aleitamento fica centrado no repasse de informações, faltando atividades práticas efetivas.

Outro fator que prejudica o desenvolvimento de uma prática de aleitamento é a dificuldade na integração entre a universidade e os serviços de saúde. As duas áreas realizam trabalhos isolados, sem propostas conjuntas, sendo necessário que haja objetivos comuns entre a prática profissional e o ensino do aleitamento materno. Ainda não há uma definição clara de papéis nessa integração.

Com relação ao acesso à bibliografia atualizada, identificamos a divulgação divergente da literatura entre as regiões do país, não havendo um alcance uniforme das informações sobre o tema. Há, também, uma dificuldade na distribuição das Resoluções Internacionais para as universidades.

São relatadas dificuldades no financiamento de pesquisas e projetos que busquem incentivar o aleitamento.

A adesão insuficiente dos profissionais é sem dúvida um dos problemas mais sentidos e difíceis de serem superados. A falta de empenho ou envolvimento dos colegas leva a aceitação do desmame precoce ao primeiro problema ou dúvida na prática do aleitamento.

ALTERNATIVAS PROPOSTAS

1. Elaboração e divulgação de uma proposta de programa mínimo sobre o ensino do aleitamento materno para ser apresentado às universidades com o apoio de OPAS/OMS e Comissão de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde.
2. Intercâmbio do Ministério da Saúde, Secretárias Estaduais de Saúde, OPAS/OMS e outras organizações com as universidades no repasse de materiais e informações. Além disso, é necessário ampliar essa visão caminhando para uma integração com a universidade, sobretudo na elaboração dos materiais e das propostas governamentais.
3. Promover um ensino interdisciplinar vinculado e adequado à resolução dos problemas de saúde das comunidades, para que se crie um modelo de prática que realmente modifique o panorama de saúde da população.
4. Estabelecer uma carga horária mínima para o desenvolvimento dos conteúdos teóricos sobre o aleitamento. A carga horária prática deverá variar de acordo com o

- curso, mas poderiam ser elencadas em um rol as experiências práticas que deveriam ser vivenciadas pelos alunos.
5. Os conteúdos relativos ao aleitamento deveriam ser introduzidos em disciplinas do ciclo básico, não ficando ligados somente às disciplinas de Pediatria, Neonatologia e Obstetrícia.
 6. Introdução de conteúdos sobre aleitamento, desde o ensino básico no primeiro grau, em disciplinas de Educação para a Saúde e Educação Sexual.
 7. Elaborar um manual teórico e prático sobre aleitamento materno que atenda as necessidades do ensino e da prática nesta área.
 8. Enfatizar em todos os tipos de eventos da área, um espaço para discussão de turmas sobre o aleitamento, principalmente naqueles mais polêmicos.
 9. Agilizar investimentos voltados para a operacionalização prática do aleitamento materno na população, com apoio à pesquisa e promovendo a difusão dos resultados dos estudos.
 10. Incentivar uma maior participação das universidades, na busca de soluções para ampliar os índices de aleitamento materno, através do envolvimento com os órgãos governamentais para a implementação de novas propostas.
 11. Implementar o programa de estímulo a interação materno-infantil, propiciando o relacionamento mãe-filho desde a gestação, parto e pós-parto que resulte no fortalecimento da amamentação.
 12. Estimular e apoiar a implantação do alojamento conjunto nos hospitais, atendendo a legislação vigente.

GRUPO II

- 1 - Há uma relação positiva entre as universidades e/ou unidades de ensino que estão integradas a hospitais-escola com sistema de alojamento conjunto e/ou reconhecidos como Hospital Amigo da Criança. Em contrapartida, aquelas dissociadas desses campos de prática tendem a ter dificuldades para explicar e definir objetivos e conteúdos teóricos e práticos, direcionados à promoção e apoio ao Aleitamento Materno.
- 2 - A carga horária torna-se suficiente quando relacionada a uma prática pedagógica e assistencial, que valorize e promova o Aleitamento Materno. Assim importa mais a qualidade da experiência que alia a teoria à prática, otimizando a capacidade de apreensão, facilitando a aprendizagem através das situações que emergem.
- 3 - Não há um acordo de intercâmbio entre os órgãos normativos e de programas na distribuição e divulgação periódica, regular e atualizada de publicações para unidades de ensino.
- 4 - É pouco explorado o ensino prático. Ocorre que a assistência desenvolvida é superficial e centrada em rotinas, logo, numa consulta ou atendimento, nem sempre os pontos cruciais são valorizados e/ou explorados suficientemente.
- 5 - Existe alguma dificuldade relacionada mais à estrutura dos cursos do que ao limite de oferta, ressaltando-se unidades com sistema de alojamento conjunto.
- 6 - Existe dificuldade de divulgação e de acesso à dissertações, teses, pesquisas e trabalhos científicos. É mais fácil a assinatura de revistas e publicações normativas através de solicitações, porém isso determina um ônus para o docente, já mal remunerado.
- 7 - A adesão no discurso é total, mas na prática deixa a desejar. A temática AM não dá “status”, nem dinheiro, porque não privilegia a tecnologia de atenção à doença.

- Considerando que o AM é questão para a equipe multiprofissional, assim todos são importantes e em especial, pontua-se a participação do obstetra.
- 8 - Acesso prejudicado porque a distribuição não é compulsória para as unidades de ensino, e sim, via Secretarias de Saúde Municipais ou Estaduais, e nem sempre o repasse é satisfatório quanto ao tempo e oportunidade.
 - 9 - É uma das maiores dificuldades. Sugere-se atuação enérgica dos órgãos frente ao cumprimento das normas já elaboradas - normas de alojamento conjunto, estatutos da criança e adolescente, etc. Sensibilizar a equipe para a valorização e o ganho financeiro desta modalidade assistencial. Os exemplos devem ser citados, destacando as experiências positivas.
 - 10 - Começa pela dificuldade de acesso e depois pelo envolvimento e interesse dos docentes em orientar, valorizando a prática de leitura.

SUGESTÕES DE ALTERNATIVAS

- I - Que se estimule em curto prazo, a implantação do sistema de alojamento conjunto (SAC) em todos os hospitais de ensino.
- II - Criar mecanismos que viabilizem a iniciativa dos Hospitais Amigo da Criança, para que a prática do ensino seja efetiva e também um meio de sensibilização para todos os profissionais envolvidos.
- III - Facilitação do acesso, pelos órgãos oficiais, para os professores e alunos à literatura atualizada sobre o tema. Intercâmbio sistemático através de eventos promovidos pelos órgãos de cooperação técnica nacional e internacional, entre os professores que atuam no ensino do aleitamento materno (AM), para a troca de experiência, enfatizando a ação multiprofissional para que o resultado não seja fragmentado.

GRUPO III

1.1. Falta de objetivos e conteúdo claros em relação ao AM na programação do curso.

Para atender os objetivos e o conteúdo programático: estabelecer um conteúdo mínimo, respeitadas as peculiaridades locais, incluindo informações de manejo clínico, mas, também de caráter psíquico, social, legal, cultural (ênfase em situações práticas).

Recomendação Adicional: instrumentalizar o docente com técnicas para estabelecimento de estratégias, objetivos e metas de ensino.

1.2. A carga horária pequena dedicada exclusivamente ao aleitamento materno.

Em curto prazo, otimizar a carga horária já existente.

Em médio prazo, repensar o currículo de forma a ampliar a carga horária dedicada ao tema.

1.3. O conteúdo teórico do ensino.

Proposta mínima de abordagem (desejável):

- Anatomia e fisiologia da lactação.
- Vantagens da amamentação.
- Riscos do desmame.
- Problemas relacionados à amamentação e soluções.
- Código de comercialização de produtos alimentares para lactantes.
- *Marketing* em saúde
- Amamentação em sala de parto e alojamento conjunto.
- Assistência à amamentação em nível ambulatorial.
- Proteção à nutriz.
- Inserção do aleitamento natural no manejo de situações patológicas na área materno infantil.

1.4. O Ensino Prático

Explorar as situações freqüentemente encontradas em diferentes níveis de assistência:

a) Ambulatorial

- Atenção pré-natal
- Pós-natal (revisão puerperal)
- Pediatria

b) Hospitalar

- Berçário: - prematuros
- patológicos
- Alojamento conjunto
- Sala de parto
- Banco de leite

c) Comunitário

- Grupos de apoio comunitário
- Organizações não-governamentais (ONGs)
- Grupo de mães
- Grupo de mulheres
- Creches
- Outras formas de organização comunitária (pré-nupcial, pastoral da criança, grupo de jovens).

Metodologia: para explorar as situações acima, usar os seguintes recursos e técnicas:

- Vídeos
- Dramatização
- Material para simulação (bonecas, mamas artificiais)
- Assistência sob supervisão
- Álbum seriado
- Outras formas de material audiovisual

1.5. O Acesso aos locais de Prática para o Ensino

Para facilitar o acesso aos locais de Prática, deve-se garantir:

- Que as instituições de ensino propiciem prática nos três níveis abordados no item 1.4. Caso não possam garanti-las através de suas instituições de saúde, deverão buscar alternativas que atendam o desenvolvimento dessas atividades, em convênios interinstitucionais.
- Fomentar as iniciativas de interdisciplinaridade, com vistas à facilitação do movimento globalizado.

1.6. O acesso à bibliografia atualizada.

- Criação de banco de dados e de acervo bibliográfico para disseminação da informação.
- Apoio das entidades nacionais e de organismos internacionais para publicação da informação produzida nessa área de conhecimento,

1.7. A pequena adesão dos colegas ao aleitamento materno

Com relação a esse item podemos considerar que o encaminhamento dos demais itens auxilie na sensibilização dos profissionais da área de saúde, assim como dos docentes,

para a prática do aleitamento natural. Como proposta mais imediata, promover discussão institucional e interinstitucional com base nos dados obtidos na pesquisa sobre o ensino do aleitamento materno nas escolas de saúde do Brasil.

1.8. A pequena divulgação das resoluções internacionais e das adesões nacionais em favor do AM.

Como proposta para solucionar em curto prazo este problema, sugere-se a produção de um documento sucinto apresentando um resumo de todas as resoluções internacionais e nacionais de suporte à amamentação.

1.9. A ausência e/ou inadequação das normas e rotinas dos serviços onde se desenvolvem as práticas de ensino.

Que as maternidades de hospital-escola sejam estimuladas a cumprir os dez passos para o sucesso do aleitamento e dessa forma se tornem hospitais Amigos das crianças.

1.10. O estímulo insuficiente aos alunos para leitura de bibliografia atualizada e ou resoluções internacionais em favor do AM.

Que tal dificuldade será resolvida a medida que o currículo da área da saúde seja repensado, que se ofereça oportunidade de experiências práticas e a informação seja suficientemente disseminada.

PARTE II

Para concretizar as propostas sugeridas na primeira parte do relatório propomos:

- 1.1. Apoio de organismos internacionais (UNICEF, OPAS-OMS), Organismos Governamentais (MS e MEC) e entidades de classe como: Conselhos Federais e Regionais de Saúde, Associações Profissionais como ABEM, FEBRAN, COFEN, etc).
- 1.2. Recomendamos que o PNIAM, discuta conteúdo mínimo desejável a ser incluído no currículo das escolas de primeiro e segundo graus e ensino superior, com encaminhamento posterior ao MEC para sua viabilização.
- 1.3. Que a proposta apontada na primeira parte deste relatório seja adaptada aos diferentes níveis de ensino, como já descrito no item anterior (1.2).
- 1.4. Apoio às iniciativas de produção de material e técnicas instrucionais com base em situações concretas (Estudos de Problemas). Aproveitar experiências de integração ensino-serviço, como as já vivenciadas pelo NUTES-UFRJ e outras unidades do gênero. Propomos que o Centro de Lactação de Santos ofereça um curso de capacitação docente em tecnologia de ensino de amamentação com apoio da OPAS, UNICEF, PNIAM, Well Start International.
- 1.5. Fornecer/formalizar vínculos das instituições de ensino, com o SUS (níveis estaduais/municipal).
- 1.6. Criação de um centro de documentação sobre Aleitamento Materno pelo Ministério da Saúde, através do PNIAM, priorizando no primeiro momento a divulgação para as instituições de Ensino em Saúde.
- 1.7. Para facilitar a sensibilização propõem-se:
 - Docente: publicação dos resultados da pesquisa pela OPAS, estimulando desta forma a discussão dos seus resultados.

- Serviços (nível regional e local), compromissos das instituições de ensino em saúde de repassar as informações vindas do nível central, através de treinamento/capacitação.

Como recomendação geral: apoio em todos os níveis (ensino, assistência, sociedade em geral) às iniciativas de eventos em favor do Aleitamento Materno.

1.8. Propõem-se que a OPAS/UNICEF financiem a publicação sugerida.

1.9. Que a UNICEF/OPAS acompanhem de perto o processo de mudança nos hospitais destinados ao cuidado da saúde da criança e da mulher, para que essas instituições implementem os dez passos.

1.10. Já está contemplado nos itens anteriores.

GRUPO IV

Primeiramente, se discutiu a dificuldade de acesso às normas e programas elaborados pelo Ministério da Saúde e também, das bibliografias.

Um dos pontos de estrangulamento do ensino do Aleitamento Materno, se relaciona à parte prática. Essa é diferente entre os cursos da mesma universidade, tanto em conteúdo quanto em acessibilidade. Faz-se necessário integração entre os cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição, para se poder dinamizar a prática e diminuir as diferenças.

Discutiu-se a questão da necessidade de haver na parte prática, um conteúdo unificado.

Dentro do ensino é necessário resgatar, principalmente na parte prática, as ações básicas de saúde.

O Aleitamento Materno transcende a área de saúde, sendo necessário resgatar o seu conteúdo e prática em nível de toda a sociedade, com a introdução do ensino sobre aleitamento materno nos currículos de primeiro e segundo graus, além da pré-escola.

Melhorar a interdisciplinariedade na prática e nos serviços de saúde, principalmente, do médico.

Houve discussão sobre os Hospitais Amigo da Criança, sua constituição e importância. Concluiu-se que deveria haver um incentivo, para que tanto hospitais de ensino como públicos conseguissem o título de “Hospital Amigo da Criança”. Esse incentivo poderia ser feito através de comitês que titulam ou credenciam os hospitais.

Os serviços que permitem estágio de alunos da saúde, deverão em sua prática diária adotar as normas de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Adolescente e da Criança, para facilitar a integração entre o ensino e a prática.

Os serviços de ensino da área Materno-Infantil deverão ampliar os campos de estágio, a fim de atender também a área de enfermagem e nutrição.

Cada curso deverá definir claramente o que se pretende que o aluno saiba sobre aleitamento materno, tanto em conteúdo, mas principalmente, em relação à prática. Os cursos deverão dar maior ênfase ou até expansão da carga horária, em relação à prática do aleitamento materno e essa deverá ser adequada ao conteúdo, carga horária de cada curso.

Urge conseguir maior apoio dos órgãos de fomento à pesquisa na área de aleitamento materno.

O professor William Saad Hosne colocou à disposição do Seminário, a Revista Brasileira de Educação Médica para divulgação dos resultados e de outras propostas pertinentes.

RECOMENDAÇÕES

- O Ministério da Saúde deverá enviar às Escolas de Saúde, as normas, programas e materiais educativos para serem utilizados no ensino.
- Melhoria de acesso às bibliografias sobre aleitamento, quer através das redes bibliográficas informatizadas, quer por divulgação comum.
- Os alunos deverão ter à sua disposição o material bibliográfico básico sobre aleitamento materno.
- Integrar a parte prática, unificando os conteúdos dos cursos de saúde de uma mesma universidade.
- Integrar o conteúdo de aleitamento e programas de saúde de um mesmo curso.
- Resgatar, principalmente na parte prática, o ensino das ações básicas de saúde.
- Implantar conteúdo de aleitamento materno nos currículos de primeiro e segundo graus, aportando às nossas crianças e adolescentes, conteúdos e práticas nesta área. Também deverão ser fornecidos subsídios para o ensino do aleitamento materno, dentro da pré-escola.
- Incentivo para a conquista do título “Hospital Amigo da Criança”, tanto pelos Hospitais/Maternidades de Ensino como públicos.
- Melhoria do acesso dos estudantes de todas as áreas da saúde, à qualquer área em que se desenvolvam atividades relacionadas ao aleitamento materno (pré-natal, parto e puerpério).

- Os programas de ensino deverão ter objetivos claros e expressos sobre o que o aluno deve saber, de conteúdo e prática do aleitamento materno.
- Buscar meios de se conseguir maior apoio dos órgãos de fomento à pesquisa para a área.

ESTRATÉGIAS PARA SE ALCANÇAR AS RECOMENDAÇÕES

FEITAS

- Reestudo e adequação dos currículos das Escolas de Saúde.
- Todas as escolas e instituições de ensino devem receber todo o material de divulgação relacionados com aleitamento materno.
- Utilizar o cadastro do Alerta Bibliográfico, encaminhando todo material para os cursos e até departamentos das universidades.
- Sugerir a integração das instituições e cursos a redes de comunicação tipo “internet”, o que em médio prazo diminuiria os cursos de replicação de informações e material bibliográfico, agilizando comunicações.
- Agilizar a questão do fomento à pesquisa em AM. Comunicar às agências sobre o seminário e suas propostas e recomendações, solicitando o apoio quanto a projetos de avaliação, implantação e seguimento de atividades de AM, além de atividades comunitárias.
- Estabelecer em conjunto - local de estágio e universidade - uma comissão que estabeleça os objetivos desse estágio (se é treinamento, mão-de-obra, etc), a contrapartida entre os dois, enfim, estabelecer uma troca entre os profissionais e docentes visando à melhoria da prática do aluno.

- Estimular atividades extracurriculares utilizando bolsistas de iniciação científica, monitores e voluntários. Estimular outras disciplinas a utilizar temas de AM (ex: Ed. Nutricional, N. Saúde Pública, etc).

QUESTÕES COM GABARITOS**Bloco 5** - Avaliação do conhecimento dos alunos

Marcar as falsas

- QUESTÃO 54 - FALSA
- QUESTÃO 55 - FALSA
- QUESTÃO 56 - VERDADEIRA
- QUESTÃO 57 - FALSA
- QUESTÃO 58 - FALSA
- QUESTÃO 59 - FALSA
- QUESTÃO 60 - VERDADEIRA
- QUESTÃO 61 - VERDADEIRA
- QUESTÃO 62 - FALSA
- QUESTÃO 63 - FALSA
- QUESTÃO 64 - VERDADEIRA
- QUESTÃO 65 - FALSA
- QUESTÃO 66 - FALSA
- QUESTÃO 67 - VERDADEIRA
- QUESTÃO 68 - FALSA

Bloco 7 - Avaliação do conhecimento prático dos alunos

- PERGUNTA 1 - ITEM CORRETO 76
- PERGUNTA 2 - ITEM CORRETO 81
- PERGUNTA 3 - ITEM CORRETO 84

ANEXO III**OUTRAS ESCOLAS DE MEDICINA AVALIADAS PELA PESQUISA (OPS / OMS)**

- 01. Universidade de São Paulo - USP
São Paulo (SP)

02. Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCCAMP
Campinas (SP)
03. Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ
Rio de Janeiro (RJ)
04. Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ
Rio de Janeiro (RJ)
05. Universidade do Rio de Janeiro - UNIRIO
Rio de Janeiro (RJ)
06. Universidade Federal de Pernambuco
Recife (PE)
07. Universidade de Campinas - UNICAMP
Campinas (SP)
08. Faculdade Médica Santo Amaro - OSEC
São Paulo (SP)
09. Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa
São Paulo (SP)
10. Faculdade de Ciências Médicas - FESP
Recife (PE)
11. Faculdade de Ciências Médicas de Santos
Santos (SP)
12. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP/RP
Ribeirão Preto (SP)
13. Escola Paulista de Medicina
São Paulo (SP)
14. Faculdade Federal Fluminense de Medicina
Niterói (RJ)
15. Faculdade de Medicina - UNESP
Botucatu (SP)