

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVIDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

RAQUEL RODRIGUES BEZERRA LIMA

**ESTRATÉGIA EDUCATIVA DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

PICOS – PIAUI

2015

RAQUEL RODRIGUES BEZERRA LIMA

**ESTRATÉGIA EDUCATIVA DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Luisa Helena de Oliveira Lima

PICOS – PIAUI

2015

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

L7324e Lima, Raquel Rodrigues Bezerra.

Estratégia educativa de incentivo ao aleitamento materno: uma proposta de intervenção / Raquel Rodrigues Bezerra Lima. – 2015.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (85 f.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2015.

Orientador(A): Profa. Dra. Luisa Helena de Oliveira Lima

RAQUEL RODRIGUES BEZERRA LIMA

ESTRATÉGIA EDUCATIVA DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 01/07/2015

BANCA EXAMINADORA:

Luisa Helena de Oliveira Lima

Profa. Dra. Luisa Helena de Oliveira Lima
Professora Adjunta do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI – CSHNB
Presidente da Banca

Artemizia Francisca de Sousa

Profa. Me. Artemizia Francisca de Sousa
Professora Assistente do Curso de Bacharelado em Nutrição da UFPI – CSHNB
2º. Examinador

Paula Valentina de Sousa Vera

Profa. Esp. Paula Valentina de Sousa Vera
Professora Substituta do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI – CSHNB
3º. Examinador

AGRADECIMENTOS

Ao término deste trabalho mais uma etapa conclui-se e uma nova tem seu início culminado. O ciclo da vida segue-se. Ao atingir uma meta, muitas outras já estão planejadas. Um sonho é então consolidado. Os anos de estudo e dedicação agora resplandecem os seus frutos. Desta forma, venho agradecer a todos aqueles que de alguma maneira contribuíram para a conclusão deste sonho.

À priori, agradeço à Deus, pelo dom da vida, pelas oportunidades e por sempre me reerguer e me fazer mais forte diante de cada obstáculo.

Aos meus pais, Terezinha e Daniel, a base de tudo, pelo incentivo e dedicação, por não medirem esforços para que essa árdua jornada chegasse ao fim.

Aos meus irmãos, Samuel e Leonel, meus melhores amigos, pelo companheirismo, afeto, e apoio incondicional.

Ao meu esposo, Ênio Décio, minha outra metade, pela cumplicidade, amor, proteção e incentivo imensurável.

À minha amada filha, Lívia, dádiva de Deus a mim concedida, força propulsora para minhas lutas, razão da minha persistência e dedicação, à ti dedico esta conquista!

À Minha orientadora, professora Dra. Luisa Helena de Oliveira Lima, obrigada por todos os ensinamentos, pela atenção, dedicação e paciência. Agradeço pela oportunidade que me deste de participar e contribuir junto ao Grupo de Pesquisa Saúde da Criança e do Adolescente.

Às minhas inesquecíveis amigas, Vanessa, Ruth, Gisely, Samara, Nelsyanne e Ana Regina, pelos momentos de descontração e companheirismo nos longos anos de jornada acadêmica.

À minha irmã por opção, Beatriz Santos, companheira fiel de todos os momentos. Agradeço infinitamente pelo carinho, compreensão e incentivo. Tornaste um momento difícil a minha vida em uma prova de superação. És na minha vida um exemplo de cumplicidade e dedicação. Cada sorriso e cada “bronca”, ficarão eternizados na minha memória.

À todos os meus familiares e amigos, que contribuíram de alguma maneira para que esse sonho se tornasse realidade, pelo carinho, ensinamentos e suporte. A todos vocês, muito OBRIGADA!

“Você nunca sabe a força que tem,
até que a sua única alternativa é ser
forte.”

Johnny Depp

RESUMO

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade do aleitamento materno (AM) sobre outras formas de alimentar a criança pequena, a maioria das crianças brasileiras não é amamentada por dois anos ou mais e não recebe leite materno exclusivo nos primeiros seis meses, como preconizado pelas políticas de incentivo ao aleitamento materno. Nessa perspectiva, esse estudo teve como objetivo geral avaliar uma estratégia para promoção da saúde da criança por meio do incentivo ao aleitamento materno efetivo e duradouro no município de Picos – PI. Pesquisa metodológica de natureza descritiva. A pesquisa foi realizada com especialistas em Picos – PI via on-line por meio de um questionário criado e aplicado através do google forms. A coleta de dados foi desenvolvida por meio das etapas da metodologia da problematização de Paulo Freire, ocorrendo efetivamente neste estudo de março a maio de 2015. A amostra foi composta por 8 profissionais, sendo três enfermeiras, três nutricionistas e duas pedagogas. Utilizou-se dois questionários como instrumentos para coleta de dados. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Piauí. A análise dos especialistas fez-se necessária para verificar adequação da representação comportamental dos itens. Os oito especialistas participantes do estudo apresentaram como características prevalentes e relevantes a este estudo, o desenvolvimento do tema aleitamento materno e/ou estratégias educativas em estudos científicos durante a formação profissional. Ao avaliarem a cartilha quanto aos objetivos nenhum item foi julgado nada adequado ou muito pouco adequado. Dentre as sugestões realizadas pelos especialistas, estavam a supressão de textos dando prioridade a imagens com vista a tornar a cartilha mais atrativa e didática; substituição de termos técnicos por palavras utilizadas no cotidiano do público alvo e a elaboração de método interativo como jogos ou caça-palavras. Posteriormente, os especialistas avaliaram a cartilha quanto à sua estrutura e apresentação, Nenhum item quanto a estrutura e apresentação da cartilha foi avaliado como nada adequado o que propicia sua validação, porém muitas sugestões foram realizadas referentes a este tópico. Alguns especialistas enfatizaram a utilização de fontes padronizadas, assim como a retirada de quadros chamativos em cores e traços. Quanto a avaliação da relevância desse instrumento nenhum dos avaliadores considerou a alternativa nada adequada, enfocando alguns pontos já comentados anteriormente como a escrita com termos técnicos que dificulta o entendimento de pessoas leigas; substituição de palavras e supressão de alguns textos. Com isso a cartilha foi efetivamente validada visto que os posicionamentos referentes a modificações na cartilha foram considerados, analisados e acatados. Ao término deste estudo, conclui-se que o aleitamento materno, por trazer consigo tamanho potencial na saúde e no desenvolvimento do ser humano, juntamente as diversas informações errôneas culturalmente arraigadas ao tema, deve ser constantemente foco de estudos que busquem diversificar e aprimorar a educação voltada a promoção do aleitamento materno, levando ao público alvo a essência da informação de maneira simples, clara e objetiva, com o intuito de resultar na modificação positiva do atual cenário de altas taxas de desmame precoce.

Palavras-Chave: Aleitamento materno. Educação em saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Despite all the scientific evidence proving the superiority of breastfeeding on other ways to feed the little child, most Brazilian children not breastfed for two years or more and not receiving exclusive breastfeeding in primeiros six months as recommended by the breastfeeding promotion policies. From this perspective, this study aimed to evaluate a strategy for promoting children's health by encouraging the effective and lasting breastfeeding in the municipality of Picos - PI. Methodological research of descriptive nature. The survey was conducted with experts Picos - PI via online through a questionnaire created and implemented by google forms. Data collection was developed through the stages of the questioning methodology of Paulo Freire, effectively occurring in this study from March to May 2015. The sample consisted of 8 professionals, three nurses, three nutritionists and two pedagogues. We used two questionnaires as instruments for data collection. The project was approved by the Ethics Committee in Research of the Federal University of Piauí. The expert analysis was necessary to verify appropriateness of behavioral representation of the items. The eight participants in the study experts showed how prevalent features and relevant to this study, the development of the theme breastfeeding and / or educational strategies in scientific studies during training. In assessing the playbook of the aims, most experts rated them as "very" or "extremely appropriate". Among the suggestions made by the experts, they were suppressing texts giving priority to images in order to make the most attractive and didactic booklet; replacement of technical terms for words used in the target audience of daily life and the development of interactive method such as games or word searches. Subsequently, the experts evaluated the booklet about its structure and presentation. Most of the items was evaluated on more or less, or extremely well suitable, which makes possible its validation. But many suggestions were made regarding this issue. Some experts emphasized the use of standardized fonts, as well as the removal of frames flashy and color characteristics. As for assessing the relevance of this instrument any of the evaluators considered the alternative nothing suitable, focusing on some points already discussed above as writing with technical terms that hinders the understanding of lay people; word replacement and deletion of some texts. With that the booklet was effectively validated as the positions related to changes in the booklet were considered, analyzed and heeded. At the end of this study, it is concluded that breastfeeding for bring size potential health and human development along the various culturally entrenched misinformation to the subject, must be constantly focus of studies that seek to diversify and improve education aimed at promoting breastfeeding, leading to the target audience the essence of information simply, clearly and objectively in order to result in positive change in the current scenario of high early weaning rates.

Keywords: Breast Feeding. Health Education. Nursing.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1-	Caracterização dos Especialistas. Picos, 2015.....	45
TABELA 2-	Experiência do especialista com o tema. Picos, 2015.....	46
TABELA 3-	Avaliação dos especialistas quanto aos objetivos da cartilha. Picos, 2015.....	47
TABELA 4-	Avaliação dos especialistas quanto a estrutura e apresentação da cartilha. Picos, 2015.....	48
TABELA 5-	Avaliação dos especialistas quanto a relevância da cartilha. Picos, 2015.....	48

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	12
2.1	GERAL	12
2.1	ESPECÍFICOS	12
3	REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1	CONCEITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO	13
3.2	HISTÓRICO DO ALEITAMENTO MATERNO	13
3.3	PROGRAMAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO	17
4	METODOLOGIA	26
4.1	TIPO DE ESTUDO	26
4.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	26
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	26
4.4	COLETA DOS DADOS	27
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	27
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	27
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1	DESCRIÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA CONSTRUÍDA	29
5.2	VALIDAÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA	44
5.3	ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA O ALEITAMENTO MATERNO	62
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICES	74
	ANEXOS	81

1 INTRODUÇÃO

O ato de amamentar perpassa a nutrição do bebê, promovendo além desta um vínculo afetivo entre mãe-filho com extensos benefícios para a saúde de ambos. O leite materno é indiscutivelmente o melhor alimento para o bebê. Por essa razão a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e até os dois anos ou mais, associado a outros alimentos.

O aleitamento materno exclusivo é consiste na criança receber somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (BRASIL, 2011)

Além de ser o alimento mais completo para o bebê, o leite materno atua na imunidade da criança, protegendo-a de infecções e doenças respiratórias, tem a vantagem de ser uma técnica simples e sem custo financeiro. Também protege a mulher contra o câncer mamário e ovariano, auxilia na involução uterina, retarda a volta da fertilidade e aperfeiçoa a mulher em seu papel de mãe, permitindo um maior contato entre mãe e filho, aumentando assim, o vínculo afetivo entre ambos (FROTA et al., 2009).

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade do aleitamento materno (AM) sobre outras formas de alimentar a criança pequena, a maioria das crianças brasileiras não é amamentada por dois anos ou mais e não recebe leite materno exclusivo nos primeiros seis meses, como preconizado pelas políticas de incentivo ao aleitamento materno (VIEIRA et al., 2012).

Estudos revelam que em todo o mundo, apenas 35% de crianças recebem aleitamento materno exclusivo durante os primeiros quatro meses de vida. No Brasil, dados coletados na última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS – 2008 demonstraram que a duração mediana de aleitamento materno exclusivo no Brasil foi de 1.8 meses (BRASIL, 2009), revelando que o desmame precoce prevalece em nosso país.

Entende-se como desmame precoce a introdução de qualquer tipo de alimento na dieta de uma criança que, até então, se encontrava em regime de aleitamento materno exclusivo. É considerado desmame independente dos motivos que levaram a esse ato (DEMÉTRIO, 2012).

Tendo em vista que o desmame precoce acaba por manter excluídos mãe e filho de incontáveis benefícios para a saúde advindos do ato de amamentar, faz-se necessário a busca

de estudos que preencham as lacunas ainda existentes nas práticas de promoção de um aleitamento materno exclusivo e prazeroso para mãe e filho.

Galdino (2014) afirma que a dimensão da educação, como área cooperadora na atuação da Enfermagem, é relevante e deve ser tomada como indispensável na prática profissional. Pode-se dizer que constitui papel intrínseco do enfermeiro fomentar as questões educacionais em saúde que envolvem seus diferentes contextos de trabalho. Portanto, faz-se coerente transpor didaticamente para a enfermagem alguns preceitos pedagógicos e entrelaçá-los com a prática profissional em saúde.

Nessa perspectiva, buscou-se nesse estudo validar um instrumento educativo (cartilha), com base na metodologia de problematização de Paulo Freire, que pudesse ser utilizado posteriormente na promoção do aleitamento materno efetivo e duradoura. Sendo a cartilha, de fácil leitura e entendimento por parte das puérperas, por conseguinte poderá contribuir na modificação do atual cenário de altas taxas de desmame precoce correlacionadas a falta de informações e/ou orientações.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Avaliar uma estratégia para promoção da saúde da criança por meio do incentivo ao aleitamento materno efetivo e duradouro no município de Picos – PI.

2.2. ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil profissional dos especialistas;
- Verificar a adequação dos componentes da cartilha sobre aleitamento materno para puérperas;
- Identificar a pertinência do conteúdo teórico selecionado e das imagens utilizadas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CONCEITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

O Ministério da Saúde (2011) adota as seguintes definições de Aleitamento Materno, preconizadas pela OMS e reconhecidas em todo o mundo:

- Aleitamento materno exclusivo – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos;
- Aleitamento Materno Predominante – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais;
- Aleitamento Materno – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de estar recebendo ou não outros alimentos;
- Aleitamento Materno complementado – quando a criança recebe, além do leite materno, alimentos complementares, que são alimentos sólidos ou semissólidos que complementam o leite materno. Nesta categoria a criança pode estar recebendo, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar;
- Aleitamento Materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite

3.2 HISTÓRICO DO ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno consiste em um processo complexo que perpassa o nível biológico, sendo constantemente influenciado pelos valores sociais e culturais, tornando a decisão de amamentar submissa aos valores populacionais e não somente a decisão ímpar da mulher. Com isso, a amamentação constitui-se em um comportamento mutável pelos milhares de significados que possui advindos das distintas culturas das diversas nações.

Segundo Linton (1981), o homem se distanciou tanto de seu começo animal, que praticamente tudo quanto ele faz é modelado pela cultura. Até atividades elementares e vitais como a amamentação e o cuidado das crianças, são controladas por padrões culturais e não pelo

instinto. A prova são as extensas variações destas atividades, que visualiza-se em sociedades diferentes.

Dados históricos, que remontam ao ano de 3000 A.C. provam que já então as crianças eram cuidadosamente criadas e amamentadas, destacando-se as sociedades matriarcais da Babilônia e do Egito e pelos hebreus que encaravam a possibilidade de criar e amamentar os filhos como uma dádiva de Deus (MOREIRA; LOPES, 2007).

Em contrapartida, existem registros de recipientes encontrados em vários sítios ao lado de corpos de lactentes em escavações arqueológicas (séc. V e VII), sugerindo que os gregos recebiam alimentos de outras fontes além do leite materno, por meio de vasilhas de barro encontradas em tumbas de recém-nascidos àquela época, além do hábito de amas-de-leite para os recém-nascidos (BADINTER 1985; SILVA 1997); comprovando a existência do desmame desde os tempos antigos a as discrepâncias na prática do aleitamento materno relacionadas a cultura.

No século de XII havia um sentimento de inferioridade quanto a criança, um menosprezo que se expressava pela inexistência de registros quanto aos nascimentos e mortes das mesmas, representando-os por adultos pequenos diferenciando-os apenas pelo tamanho e pela força. O que perdurou até o século XIII quando a imagem das crianças foi correlacionada a imagens de anjos e de Jesus Cristo (ARIES, 1981).

Com o advento da modernidade, essa “descoberta da infância” expande-se e torna-se particularmente significativa no final do século XVI e durante o século XVII, caracterizando um período de grande avanço na discussão de temas da primeira infância (BOSI; MACHADO, 2005).

De 1500 a 1700, as mulheres inglesas saudáveis não amamentavam seus filhos, embora o aleitamento materno fosse reconhecido como um regulador de nova gravidez, essas mulheres preferiam dar à luz de 12 a 20 bebês, do que amamenta-los. Elas acreditavam que a amamentação espoliava seus corpos e as tornavam velhas antes do tempo, crença que parece sobreviver até os dias atuais (REA, 1990).

Afora tal ato, à época era veiculado que o esperma azedava o leite materno, tendo como consequência, praticamente imediata e revanchista, as relações extraconjugais por parte dos companheiros. Assim, na tentativa de evitar o adultério masculino às mesmas decidiam pela não amamentação, o que, de certo lado, valorizava o papel das amas-de-leite (ALMEIDA, 2004).

Com isso, o desmame era iniciado precocemente, sendo a alimentação das crianças à base de leite de animais e de um alimento chamado “panado”, feito à base de pão (farinha) e água ou então por meio de amas-de-leite (ARIES, 1981).

As chamadas amas-de-leite geralmente pertenciam a classe baixa, tanto econômica como cultural, e submetiam-se a substituir a função biológica das nobres burguesas no ato de amamentar os próprios filhos, em troca de benefícios diversificados (ALMEIDA, 2004).

As razões pelas quais as mulheres não amamentavam eram variadas: a possibilidade que uma mulher nobre tinha de poder pagar ou coagir outra mulher para realizar essa função; o ato de preservar a sua saúde, figura e beleza, pois acreditavam que amamentar as tornaria mais velhas antes do tempo, o que envolvia restrições no vestuário, uma vez que as mães que amamentavam não podiam vestir-se a moda; a falta de leite e o fato de terem mamilos invertidos; as mulheres nobres alegavam que o seu único papel era conceber herdeiros e era sabido que a amamentação a podia impedir de ter filhos com maior frequência; crença de que a mulher que amamentava devia se abster de ter relações sexuais era motivo para deixarem de amamentar; os casos de doença da mãe com problemas graves nos mamilos (MOREIRA; LOPES, 2007).

Mesmo não havendo regras fixas quanto à escolha da ama, devia procurar-se encontrar uma mulher que, pelas suas qualidades físicas e morais, encurtasse a distância entre a composição do seu leite e o da mãe da criança. A escolha da ama devia ser apenas confiada ao médico, pois só ele era competente para tal (BOSI; MACHADO, 2005).

O sistema de amas-de-leite prosperou até fins do século XIX. Depois disso, o aleitamento artificial, sob forma de mamadeira com leite de vaca, possibilitado pelo progresso de esterilização, viria a substituir a amamentação mercenária (SILVA, 1997).

Como necessidade social de manter um exército de reserva que gerasse futuros lucros, a igreja católica passou a estimular a amamentação, fortalecendo o vínculo mãe e filho, e reforçando-a como um fenômeno biológico, instintivo e inerente à natureza feminina. Ficava, deste modo, denotada a representação de vocação, de sacrifício e de prova de amor ilibada, extremada e inquestionável da mulher (BADINTER, 1985).

No início do século 20 e por muitos anos, a ênfase na alimentação infantil refletia uma abordagem quantitativa, considerada mais precisa e portanto mais “científica”. Os primeiros substitutos do leite materno usavam como modelo o conhecimento disponível, bastante limitado, sobre o valor nutricional do leite humano, assim como a fisiologia e necessidades nutricionais da criança. O critério básico para avaliar a adequação nutricional era o crescimento.

Desta forma, a valorização da alimentação mais precoce e da quantidade maior de alimentos tornaram-se sinônimos de melhor nutrição (ARIES, 1981).

A industrialização, a urbanização, o trabalho externo da mulher, a redução da importância social da maternidade e a descoberta das fórmulas de leite em pó foram os principais responsáveis pela diminuição do aleitamento materno no século 20, com repercussões desastrosas para a saúde das crianças e, também, para as mulheres (SILVA, 1997).

Adicionalmente, os baixos índices de aleitamento materno até o final dos anos 70, parecem relacionados com as rotinas alimentares estabelecidas nas maternidades. Nestes locais, a separação mãe-filho era frequente, especialmente quando a criança tinha que permanecer hospitalizada e a publicidade das fórmulas industrializadas, que ocorriam sem nenhum tipo de regulamentação, fazendo com que as mães acreditassem que as fórmulas eram superiores ao aleitamento materno (BADINTER, 1985).

O relatório *The baby killer*, encomendado pela entidade caritativa britânica *War or Want* ao jornalista Mike Muller, denunciou as consequências devastadoras da comercialização de fórmulas infantis e de seu veículo — a mamadeira — em países do Terceiro Mundo, tantas vezes desprovidos de condições de higiene, de acesso à água de qualidade e de capacidades mínimas financeiras para manter seu consumo (SIQUEIRA; TOMA, 2002).

Um esforço da comunidade científica internacional, governos e sociedade civil se dedicou então, a partir dos anos 1980, à reversão daquele cenário, sujeitando a produção industrial a controle e fiscalização pelo *International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes* e, no Brasil, pela Norma Brasileira para a Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância e de Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NUNES, 2006).

A amamentação passa, então, a ser incentivada como importante ação pública de saúde, pelos organismos internacionais e colegiados médicos. De fato, passa a ser universalmente aceito, que o leite humano nessa etapa da vida é importante e desejável (BADINTER, 1985).

O processo de amamentação não pode ser visualizado como responsabilidade exclusiva das mulheres, mas muito pelo contrário. Deve ser valorizada a consideração conjunta de aspectos fisiológicos, sociais, políticos, ideológicos e existenciais, sendo a subjetividade do ser feminino compreendido em sua singularidade.

3.3 PROGRAMAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

Os Programas de Incentivo ao Aleitamento Materno tem como objetivo promover, proteger e apoiar a prática da amamentação, por meio de ações que estimulem o acolhimento e a assistência qualificada às mulheres, crianças e suas respectivas famílias. Também, opera mudanças na prática, possibilitando que os profissionais de saúde tenham uma ampliação no olhar humanizado à mulher e criança durante a amamentação, reestruturando os serviços de saúde para atender as reais necessidades de saúde dessa população (OLIVEIRA; MOREIRA, 2013).

O avanço nas políticas de saúde, em especial, aquelas relacionadas ao aleitamento materno ocorreram de forma gradual, associando o contexto histórico às mudanças de valores sociais sobre o aleitamento materno. Acompanhando às transformações sociais, ocorreu à mutabilidade de valores no aleitamento materno, requerendo ações do Estado, dentre estas, as políticas de incentivo à amamentação. Sendo assim, essas serão discutidas na perspectiva de linearidade cronológica (BARDIN, 2009).

Um dos primeiros estímulos a amamentação surgiu com a Constituição Brasileira, em 1934, que faz referência à maternidade e à infância, preconizando uma situação que foi consolidada com as leis trabalhistas, passando a vigorar em estabelecimentos laborais, a partir de algumas deliberações jurídicas, que possibilitam as nutrizes a amamentarem sem que ocorram prejuízos para as empresas e para o crescimento e desenvolvimento das crianças (ALMEIDA, 1996).

Visando o incentivo à amamentação no Brasil, em 1943, o estado consolidou as leis trabalhistas (CLT) estabelecendo a proximidade entre mãe e filho durante o aleitamento. Essa licença garantia às mulheres trabalhadoras, local e tempo para o período da amamentação e a possibilidade de criação de creches e salas específicas para a manutenção da amamentação como garantia de bem-estar das crianças (OLIVEIRA; MOREIRA, 2013).

Em 1966, cria-se o Decreto nº 58.820 para promulgar a Convenção da Organização Internacional do Trabalho (OIT) referente ao amparo à maternidade. A partir dela, a licença-maternidade, com mínimo de 12 semanas para as mulheres que trabalhavam no comércio e em indústrias, foi estendida para as trabalhadoras domésticas e agrícolas (OLIVEIRA; MOREIRA, 2013).

A legislação ampara a questão educacional e a estudante gestante, regulando seu período de afastamento em face da gestação, é a Lei Federal n.º 6.202, de 17 de abril de 1975, a qual regulamentou o regime de exercícios domiciliares, instituído pelo Decreto-Lei n.º 1.044,

de 21 de outubro 1969. Tal decreto-lei instituiu o chamado “regime de exceção”, destinado àqueles alunos merecedores de tratamento excepcional (estudantes em fase de gestação), atribuindo a estes estudantes, como compensação da ausência às aulas, exercícios domiciliares com acompanhamento da respectiva escola (FERREIRA; RODRIGUES, 2008).

Em 1970, foram sendo propostas medidas para sensibilizar as mães sobre a importância da amamentação como um ato de amor, abnegação e doação (MOREIRA, 2007). Com este objetivo, o Ministério da Saúde (MS), em 1974, criou o Programa Materno Infantil (PMI) que estimulava a amamentação como garantia de desenvolvimento da criança, determinando ações educativas para reduzir a mortalidade infantil (LEITE, 2009).

Em 1981, foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), autarquia do Ministério da Saúde, que passou a ser o órgão responsável pelo planejamento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento natural no país (ARAÚJO *et al.*, 2003a).

Com a extinção do INAN, em 1998, o Programa de Aleitamento Materno foi inserido, na área de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, que passou a implementar as ações já existentes, e a implantar outras, no sentido de melhorar os índices de aleitamento materno no país (ARAÚJO *et al.*, 2003a).

Entre as ações de aleitamento materno realizadas com sucesso no país, pode-se citar a Alojamento Conjunto, o método Mãe-Canguru, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, os projetos Carteiro Amigo e Bombeiros Amigos da Amamentação e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras.

3.3.1 Alojamento Conjunto

Historicamente no Brasil, o Alojamento Conjunto surgiu na década de 70 a partir das necessidades de criar melhores condições para proporcionar um melhor relacionamento entre mãe e filho, desde os primeiros momentos após o parto (FREDERICO *et al.*, 2000). Sendo oficialmente instituído em todos os hospitais pelo Ministério da Saúde, a partir de 1993 (Portaria MS/GM no 1.016, de 26 de agosto de 1993), como “um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta” (MOREIRA; LOPES, 2007).

Conforme consta na Lei – Resolução SS- 165, publicada no Diário Oficial do Estado de São Paulo de 14/03/1989, a Sociedade de Pediatria de São Paulo recomendou que fosse implementado o Alojamento Conjunto em todas as unidades de pediatria do Estado, com a

finalidade de promover à indissolubilidade da relação mãe-filho, a humanização do atendimento à criança internada, a possibilidade de diminuir o prazo de internação, de reduzir o número de reinternações e a oportunidade de prover a educação em saúde (FREDERICO *et al.*, 2000).

No Brasil, o alojamento conjunto foi Alojamento Conjunto é o sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece com a mãe 24h por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Este sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe e filho (FREDERICO *et al.*, 2000).

O Alojamento Conjunto tem como objetivo a integração mais íntima da mãe com o recém-nascido, contribuindo para estabelecer um relacionamento afetivo melhor entre mãe-filho desde o nascimento, além de proporcionar a segurança emocional para os pais quanto aos cuidados com o bebê e incentivar o aleitamento materno diminuindo a incidência de infecções hospitalares (FONSECA *et al.*, 2002).

Quando mãe e recém-nascido são colocados lado a lado no pós-parto, a mulher é estimulada a amamentar e a cuidar de sua criança tão logo quanto possível, o que proporciona e fortalece o vínculo mãe-filho, estimula o aleitamento materno (FREDERICO *et al.*, 2000), além de proteger a mãe de câncer de ovário e mamas (CYSNE; CARDOSO, 2007).

De acordo com a lei 11.108/2005 a parturiente tem direito de escolher 1 (um) acompanhante para apoiá-la durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005), sendo é vantajoso que a mãe e o pai/acompanhante participem do cuidado do bebê, o que é proporcionado pelo Alojamento Conjunto.

3.3.2 Programa Mãe-Canguru

Reconhecido como uma ótima alternativa de cuidado neonatal para os bebês nascidos de baixo peso, o Método Mãe-Canguru, também conhecido como “contato de pele” ou “cuidado Mãe-Canguru”, foi criado em 1979 por médicos colombianos e trazido ao Brasil em 1991 pelo Hospital “Guilherme Álvaro” localizado em Santos, São Paulo (VENÂNCIO *et al.*, 2004).

Este método surgiu da necessidade de encontrar soluções para superlotação das unidades neonatais, que muitas vezes encontrava-se com mais de dois recém-nascidos na mesma incubadora (LAMY *et al.*, 2005).

Para implantar o programa não é necessário nada além do que já existe num hospital que atende nascimentos prematuros. No entanto, é importante ressaltar que este método também visa assegurar a saúde do bebê que nasce de baixo peso após alta hospitalar, e restabelece o

vínculo mãe-filho, sendo imprescindível para aumentar os índices de amamentação materna (VENÂNCIO *et al.*, 2004; COLAMEO *et al.*, 2006) que pode ser rompido pelos métodos tradicionais de atenção a crianças prematuras (VENÂNCIO *et al.*, 2004).

A metodologia do Programa "Mãe-Canguru" está baseada em princípios simples como o contato do bebê que fica junto à mãe grandes períodos, gerando calor necessário ao mesmo, que favorece o aleitamento materno e desta forma, imunoproteção, além do amor da mãe, que garante o equilíbrio emocional para seu bom desenvolvimento (BRASIL, 2011).

Em relação ao bebê, tão logo supere eventuais problemas críticos de saúde, é amarrado ao corpo da mãe (diretamente em contato com a pele) em posição vertical, junto ao seio, apenas de fralda, não havendo necessidade de nenhum tipo especial de tecido para a confecção da bolsa. A posição vertical é utilizada para evitar o refluxo gástrico-esofágico e a bronco-aspiração. O contato com o corpo da mãe promove a manutenção dos níveis adequados de temperatura corpórea do bebê, favorece o estreitamento do vínculo mãe-filho, além de proporcionar maior tranquilidade ao recém-nascido e à mãe, que pode acompanhar todos os momentos de seu bebê, facilitando sua amamentação. As dificuldades dos bebês para sugar são compensadas pela proximidade com o peito materno (TOMA *et al.*, 2003).

Segundo Lamy *et al.* (2005), o Método Canguru aborda questões relativas aos cuidados técnicos com o bebê (manuseio, atenção às necessidades individuais, cuidados com luz, som, dor); a promoção do binômio mãe-filho e do aleitamento materno; o acolhimento à família, e o acompanhamento ambulatorial após a alta.

O método "Mãe-Canguru" permite a humanização no atendimento, possibilitando ainda uma considerável redução nos custos hospitalares, na racionalização do uso de equipamentos e na melhoria da qualidade de vida, tanto da mãe quanto do bebê, diminuindo os índices de abandono, tão frequentes nos casos de prematuridade (BRASIL, 2011).

Atualmente, a neonatologia tem buscado a humanização das unidades neonatais, por reconhecer o desequilíbrio flagrante entre o declínio da mortalidade e o aumento da morbidade dos recém-nascidos de baixo peso (COLAMEO *et al.*, 2006).

A motivação e a valorização da presença e da participação da mãe e da família na unidade neonatal é um dos objetivos do método "Mãe-Canguru", com intuito de assegurar a saúde do bebê de baixo peso após a alta hospitalar, por oferecer oportunidade de fortalecimento do vínculo afetivo, como por proporcionar altas taxas de amamentação (BRASIL., 2011).

3.3.3. Iniciativa Hospital Amigo da Criança

Em 1990, o Brasil foi um dos países participantes de um encontro realizado em Florença, Itália (*Spedale degli Innocenti*) promovido pela OMS e UNICEF, buscando mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno (LAMOUNIER, 1998).

No referido encontro foi idealizado o programa “*Iniciativa Hospital Amigo da Criança*” (IHAC) com finalidade de apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, consistindo na mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudanças em rotinas e condutas visando prevenir o desmame precoce (COUTINHO *et al.*, 2005; VIEIRA *et al.*, 2006).

No Brasil, a IHAC é coordenada pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo PNIAM (CALDEIRA, 2007) e já são 337 instituições credenciadas e distribuídas por regiões sendo, 153 no Nordeste, 72 no Sudeste, 54 no Sul, 37 no Centro-oeste e 21 no Norte (LAMOUNIER *et al.*, 2008). Os estabelecimentos de saúde que desejam se tornar Hospitais Amigos da Criança precisam preencher critérios estabelecidos pelo PNIAM e cumprir 80% do conjunto de metas no processo de avaliação, envolvendo várias etapas. A instituição credenciada IHAC vinculada ao SUS, recebe pagamento diferenciado: 40% a mais em atendimentos pré-natal e 10% na assistência ao parto (CALDEIRA, 2007).

Para redução do desmame precoce e baseados nas modificações de rotinas hospitalares inadequadas à prática da amamentação, foram normatizados pela OMS e UNICEF algumas orientações denominadas “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (ARAÚJO *et al.*, 2003b), que devem ser considerados para a obtenção do título Hospital Amigo da Criança. São eles: elaborar um planejamento para rotina do serviço, com normas explícitas sobre aleitamento materno; capacitar toda a equipe para implementação da normas; orientar gestantes quanto os benefícios, tipos, e posições da amamentação; incentivar e auxiliar a amamentação na primeira hora de vida; fornecer informações as mães de como manter e/ou aumentar a produção láctea em diferentes situações; evitar a utilização de alimentos complementares a RN a não ser por indicação médica; priorizar o alojamento conjunto, favorecendo o contato mãe-filho 24 horas por dia; incentivar o aleitamento materno em livre demanda; não fornecer bicos artificiais ou chupetas as crianças amamentadas ao seio; orientar quanto a prática e participação em grupos de apoio à amamentação.

É necessário estabelecer um processo regular de reavaliação para cumprimento ao longo dos anos dos “Dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno” da IHAC para

melhorar a qualidade da assistência ao binômio mãe-filho e o fortalecimento do Hospital Amigo da Criança perante toda a sociedade (ARAÚJO *et al.*, 2003b).

3.3.4 Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras

Antes da normatização da promoção comercial de alimentos infantis no país, muitas estratégias de *marketing* foram utilizadas para promover os alimentos para lactentes. Foram promovidos concursos de “bebê mais robusto”, distribuídos cupons de desconto, utilizando *outdoors*, oferecidas vantagens aos responsáveis pelos pontos de comercialização direta, promovidas vendas de *kits*, distribuídos brindes e feitas doações aos serviços de saúde e diretamente às mães (ARAÚJO *et al.*, 2006), o que dificulta o aleitamento materno.

No Brasil, a regulamentação da promoção comercial ocorreu primeiramente em 1974, no Estado de Pernambuco, quando o secretário de saúde proibiu as mamadeiras e o leite gratuito nas unidades de saúde e maternidades. O movimento inicial do governo federal no sentido de ampliar as ações de incentivo ao aleitamento materno no país ocorreu em 1976, dentro do II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN). Em 1979, realizou-se uma ampla discussão sobre o assunto no país, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do UNICEF, o que resultou na elaboração das estratégias a serem desenvolvidas. A proposta do Código de Comercialização de Substitutos do Leite Materno foi analisada pelo INAN em 1980 e considerada importante, apesar de longa e confusa (MONTEIRO, 2006).

Com base no código e em resoluções subsequentes, e após negociação com as várias instituições que congregavam ações de incentivo ao aleitamento materno e também com as indústrias de alimentos, bicos, chupetas e mamadeiras, o Brasil aprovou, em 1988, as Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NCAL), na forma de resolução do Conselho Nacional de Saúde (ARAÚJO *et al.*, 2006).

De modo a avançar a legislação e torná-la mais clara e passível de controle, a NCAL foi revisada, tendo sido essa revisão aprovada em 1992 na forma da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), também como uma resolução do Conselho Nacional de Saúde. A partir de então, apresentou avanços ao passar a contemplar os leites em pó, pasteurizados e esterilizados, as “chupetas e copos fechados com canudinhos ou bicos”; exigir a inclusão, nas peças de promoção comercial, de frases de advertência explicitando que os produtos acima citados e os alimentos complementares não devem ser utilizados na alimentação do lactente nos primeiros seis meses de vida, salvo sob a orientação de médico ou nutricionista, assim como exigir a apresentação de frases específicas na rotulagem

de todos os produtos abrangidos pela NBCAL; estabelecer a obrigatoriedade do uso de embalagens em mamadeiras, bicos e chupetas; proibir a utilização de imagens de bebês na rotulagem e limitar a distribuição de amostras apenas a médicos e nutricionistas quando do lançamento do produto; e incluir as disposições do Código de Defesa do Consumidor entre as sanções previstas em caso de infração à NBCAL. Além disso, descreveu as obrigações a serem cumpridas pelas indústrias fabricantes de alimentos, bicos, chupetas e mamadeiras, pelas empresas responsáveis pela comercialização desses produtos, pelos estabelecimentos de saúde, pelos profissionais de saúde, pelas instituições de ensino e pesquisa, pelas instituições governamentais e não-governamentais e pelas associações de classe (ARAÚJO *et al.*, 2006).

Em 2000 iniciaram-se várias discussões e, após consulta pública e longa negociação, a NBCAL foi revista e publicada como Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância e de Bicos, Chupetas e Mamadeiras, dividida em três documentos: a Portaria 2.051 de 08 de novembro de 2001 e as Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), RDC 221 de 06 de dezembro de 2001, que trata de chupetas, bicos, mamadeiras e protetores de mamilo, e a RDC 222 de 05 de agosto de 2002, que regulamenta a promoção comercial dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância (MONTEIRO, 2006).

Em janeiro de 2006, foi publicado no Diário Oficial da União a Lei Federal nº. 11.265 de 03 de janeiro de 2006, que foi baseada na NBCAL. A aprovação da referida lei representa um marco importante na proteção da amamentação contra as estratégias de *marketing* no Brasil, mas coloca como ponto emergente a necessidade de nova regulamentação, já que a mesma não contempla produtos como os protetores de mamilo, exclui várias das definições contidas na NBCAL 2001/2002, dá margem à doação de amostras de produtos a profissionais e serviços de saúde e é dúbia em certos trechos, proporcionando condições para a interpretação indevida por parte das empresas que fabricam e comercializam os produtos compreendidos na lei (MONTEIRO, 2006).

Na norma atual existem alguns pontos que podem ser revistos, permitindo assim o aprimoramento desta legislação e proteção maior do aleitamento materno continuado e exclusivo. Por outro lado, é interessante se ter um compromisso social do governo brasileiro, em seus diversos níveis de gestão da saúde, além das pessoas que fabricam, distribuem e profissionais da saúde, fazendo o cumprimento da legislação no país, assegurando assim a adequada nutrição dos lactentes e crianças de primeira infância. É imprescindível a adoção de comportamento ético compatível para garantir à saúde e nutrição nas crianças. Quanto aos fabricantes e distribuidores cabe-lhes obedecer fielmente às normas (ARAÚJO *et al.*, 2006).

3.3.5 Projetos Carteiro Amigo e Bombeiro Amigo da Criança

Em 1999, foi lançado o Programa Carteiro Amigo, inicialmente para a região Nordeste. Em 2000, este programa atingiu as regiões Norte e Centro-oeste e, a partir de 2001, passou a se destinar a todos os municípios brasileiros que dispõem de centro de distribuição domiciliar de correspondências (OLIVEIRA; MOREIRA, 2013).

O lançamento da campanha ocorreu quando a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, num trabalho de parceria com o UNICEF e a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, colocou sua estrutura à disposição da comunidade. Os carteiros receberam uma atribuição paralela, atuando como agentes multiplicadores de uma campanha educativa de incentivo ao aleitamento materno. O sucesso da campanha resultou na duplicação do número de mães que amamentavam em Fortaleza e Ceará (ARAÚJO *et al.*, 2003a).

Os carteiros, no mês de comemoração da Semana Mundial da Amamentação, vestem uma camiseta alusiva aos benefícios da amamentação e distribuem folhetos informativos nos domicílios onde residem gestantes e crianças menores de 1 ano (OLIVEIRA; MOREIRA, 2013).

A informação às mães acerca da amamentação pode repercutir em aumento da prevalência dessa prática. Um estudo realizado com crianças até 24 meses do estado de Pernambuco revelou que as mães que receberam orientações sobre amamentação nas consultas de pré-natal apresentavam maior tempo de aleitamento materno (VASCONCELOS *et al.*, 2006).

O projeto Carteiro Amigo, além de inovar a participação dos carteiros em ações de saúde, tem se revelado com a ação social efetiva à prática do aleitamento materno, de forma a aumentar o nível de informações em relação à importância e as vantagens para a saúde da criança e da mulher. Os carteiros têm grande influência nas comunidades, facilitando desta forma, a transmissão de informações que beneficiam as crianças brasileiras (ARAÚJO *et al.*, 2003a).

Outra classe profissional envolvida em ações de incentivo ao aleitamento materno é o Corpo de Bombeiros, através do projeto Bombeiros da Vida, surgido em 2002. Este projeto tem por objetivo aumentar os estoques de leite humano dos Bancos de Leite Humano do país com estratégias que vão desde a coleta domiciliar de leite humano ordenado até o apoio as mães no manejo da amamentação (ALMEIDA, 2004). O Ministério da Saúde demonstrou interesse em ampliar essa parceria a todas as unidades de Bombeiros no país. Todos os profissionais que ingressam no projeto são capacitados com ênfase na amamentação (ARAÚJO *et al.*, 2003a).

Ramos e Almeida (2003) identificaram que entre os motivos alegados pelas mães para o desmame precoce estavam a percepção que seu leite é fraco, as intercorrências de mama puerperal e a falta de experiência materna. Neste estudo foi observado que a solidão/isolamento da mulher-mãe e a necessidade de obter apoio para a consecução da amamentação foram questões presentes nas entrevistas e que este apoio, referido pela mulher a todo instante, não foi explicitado como exclusividade do setor saúde, mas que deveria estar presente nos demais segmentos, do núcleo familiar aos aparelhos sociais de suporte à maternidade. Desta forma, os projetos Carteiro Amigo e Bombeiros Amigo da Criança representam segmentos que poderão promover impacto na mudança da prevalência do aleitamento materno no país.

A busca de parceiros comprometidos em resgatar a amamentação é de fundamental importância e exige educação e mudança dos padrões culturais, para que se alcancem os objetivos (ARAÚJO *et al.*, 2003a).

4 METODOLOGIA

O presente estudo faz parte de um projeto base desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva, linha Saúde da Criança, intitulado “Aleitamento Materno como Estratégia de Promoção da Saúde da Criança”, que buscou validar uma estratégia educativa desenvolvida no período de outubro de 2013 a maio de 2015.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa metodológica do tipo descritiva. Segundo Polit e Beck (2011), estudo metodológico é aquele que investiga, organiza e analisa dados para construir, validar e avaliar instrumentos e técnicas de pesquisa, centrada no desenvolvimento de ferramentas específicas de coleta de dados com vistas a melhorar a confiabilidade e validade desses instrumentos. Para Gil (2010), pesquisa descritiva é aquela que tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno.

Dessa maneira, este estudo buscou validar uma tecnologia educativa (cartilha), e, segundo Lobiondo-Wood e Haber (2011), faz-se necessário validar o conteúdo e aparência do material produzido, de modo a torná-lo confiável e válido para o fim a que se destina, instrução desta clientela quanto a amamentação, e por conseguinte modificação do atual cenário com altas taxas de desmame precoce.

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no período de setembro de 2014 a junho de 2015, realizado com especialistas nas áreas de enfermagem, nutrição e pedagogia na cidade de Picos, Piauí localizada a 320 km da capital do estado. A coleta de dados deu-se via on-line por meio de um questionário criado e aplicado através do google forms.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população e amostra do estudo foi composta oito especialistas nas áreas de enfermagem, nutrição e pedagogia que avaliaram a cartilha previamente elaborada.

4.3.1 Critérios de inclusão

- Ser profissional das áreas enfermagem, nutrição e pedagogia;
- Ter mais de um anos de formação profissional;
- Ter experiência em aleitamento materno e/ou estratégias educativas.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi desenvolvida por meio das etapas da metodologia da problematização de Paulo Freire, ocorrendo efetivamente neste estudo de março a maio de 2015. Entende-se que a metodologia da problematização seja uma alternativa metodológica, com imenso potencial didático pedagógico (FREIRE, 2007).

As etapas de: identificação do perfil socioeconômico; do levantamento das principais dúvidas das puérperas relacionadas ao aleitamento materno; da reunião e leitura das dúvidas; e composição dos pontos-chave para criação da cartilha educativa sobre aleitamento materno foram realizadas por estudo anterior (SANTOS, 2014), assim como a elaboração da cartilha.

Por fim, dando continuidade ao estudo, seguiu-se para a terceira etapa, na qual a cartilha criada foi submetida à avaliação de especialistas das áreas da Enfermagem, Nutrição e Pedagogia com a utilização de um questionário (APÊNDICE A).

A caracterização dos especialistas participantes desses estudo deste estudo foi realizada com a utilização de um questionário adaptado (GALDINO, 2014), (APÊNDICE B).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta, os dados foram organizados e submetidos a tratamento estatístico. Primeiramente, por meio do programa Microsoft Office Excel 2007 onde foi elaborado um banco de dados, e depois transportados para o software *Statistical package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0. Para melhor compreensão dos dados coletados, os mesmos foram organizados em tabelas e analisados com base em frequências absolutas e percentuais, e em medidas estatísticas de média, mediana e desvio padrão para algumas das variáveis estudadas e posteriormente, discutidos e analisados a luz da literatura pertinente.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A investigação cumpriu os preceitos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata da pesquisa com seres humanos. Incorporou, sob a ótica do indivíduo e das

coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, que visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, (BRASIL, 2012). O projeto base foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (Nº do parecer: 372.190).

Os profissionais de Enfermagem, Pedagogia e Nutrição foram informados quanto aos objetivos do estudo e concordaram em participar do mesmo assinando o termo de consentimento livre esclarecido (APÊNDICE C).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DESCRIÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA CONSTRUÍDA

A primeira versão da cartilha educativa submetida à validação junto aos especialistas continha 28 páginas, com plano de fundo em cor rosa bebê, fontes “Arial”, “Calibri” e “Vijaya”, nas cores rosa, preto, vinho e branco, em Tamanhos 14, 18, 32 e 36, idealizadas para impressão com dimensões 150x200mm em papel couchêr fosco de 150 g/m². Utilizou-se de quadros em cores chamativas para dar destaque há alguns textos mais relevantes. O título escolhido para a cartilha foi “Amamentar: Um Ato de Amor”.

O conteúdo da cartilha está descrito em sumário identifica em tópicos: apresentação, tipos de amamentação, benefícios do aleitamento materno, composição do colostro, composição do leite materno maduro, técnica de amamentação, pontos-chave do posicionamento adequado, posições da mãe para amamentar, tipos de problemas relacionados à amamentação, o que causa o desmame precoce, cuidado !!! deve ser evitado, número de mamadas por dia, duração das mamadas, ordenha manual do leite humano, como armazenar o leite materno, os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, dicas de amamentação, referências.

Serão demonstradas nas ilustrações a seguir a versão inicial das ilustrações e conteúdo teórico da cartilha.

Figura 1: Versão inicial da cartilha “Amamentar: Um Ato de Amor”

Sílvia Regina Rodrigues Santos
Luisa Helena de Oliveira Lima

AMAMENTAR: UM ATO DE AMOR



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	3
TIPOS DE AMAMENTAÇÃO.....	4
BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO.....	5
COMPOSIÇÃO DO COLOSTRO.....	6
COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO MADURO.....	7
TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO.....	8
PONTOS-CHAVE DO POSICIONAMENTO ADEQUADO.....	10
POSIÇÕES DA MÃE PARA AMAMENTAR.....	12
TIPOS DE PROBLEMAS RELACIONADOS A AMAMENTAÇÃO.....	13
O QUE CAUSA O DESMAME PRECOZ.....	18
CUIDADO ■ DEVE SER EVITADO.....	20
NÚMERO DE MAMADAS POR DIA.....	21
DURAÇÃO DAS MAMADAS.....	22
ORDENIA MANUAL DO LEITE HUMANO.....	23
COMO ARMAZENAR O LEITE MATERNO.....	24
OS DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO AM.....	25
DICAS DE AMAMENTAÇÃO.....	27
REFERÊNCIAS.....	28

APRESENTAÇÃO

3



A amamentação oferece inúmeros benefícios para a saúde da criança, sendo a melhor maneira capaz de promover seu desenvolvimento integral, pois o leite materno fornece os nutrientes necessários para a criança iniciar uma vida saudável e se modifica conforme seu crescimento para continuar atendendo às suas necessidades.

O aleitamento materno é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. Recomenda-se o aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses e sua manutenção acrescida de outras fontes nutricionais até os vinte e quatro meses ou mais.

TIPOS DE AMAMENTAÇÃO

4

Aleitamento materno exclusivo – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

Aleitamento materno predominante – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais

Aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

Aleitamento materno complementado – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.



BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO

5

Para o bebê

- ✓ Melhor nutrição;
- ✓ Prevenção contra doenças infecciosas e diarreicas;
- ✓ Proteção contra alergias;
- ✓ Diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes;
- ✓ Reduz a chance de obesidade;
- ✓ Melhor desenvolvimento da cavidade bucal;
- ✓ Favorecimento no crescimento e desenvolvimento intelectual.



Para a Mãe

- ✓ Menores possibilidades de desenvolver câncer de mama;
- ✓ Maior rapidez na volta do útero ao tamanho anterior a gravidez;
- ✓ Proteção contra a gravidez nos primeiros meses após o parto;
- ✓ Menores custos financeiros.



IMPORTANTE!!!
Aumento do vínculo materno infantil e melhor qualidade de vida.

COMPOSIÇÃO DO COLOSTRO

6

- ✓ Tem cor amarelada e é mais consistente que o leite maduro;
- ✓ Sua produção dura apenas 7 dias e o colostro é secretado em pequena quantidade;
- ✓ Auxilia no desenvolvimento do intestino do bebê;
- ✓ O primeiro leite secretado pela mãe fornece a primeira imunização;
- ✓ Com função laxativa, ajuda na eliminação do mecônio (as primeiras fezes do bebê)
- ✓ É tudo que seu filho precisa nos primeiros dias de vida.



COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO MADURO

7

- ✓É composto por todos os nutrientes que a criança precisa para crescer;
- ✓Começa a ser secretado entre 7 e 10 dias;
- ✓Tem aparência mais rala que leite de vaca;
- ✓Possui características diferentes em seu início e final;
- ✓O leite do começo da mamada parece mais aguado e tem cor acinzentada. É rico em proteína, lactose, vitaminas, minerais e água;
- ✓Devido a sua composição, o leite do começo mata a sede do bebê e é secretado por cerca de 10 minutos;
- ✓Já o leite do fim tem aparência mais branca do que o leite do começo, pois tem em sua composição mais gordura;
- ✓Mata a fome do bebê, fazendo com que ganhe peso.

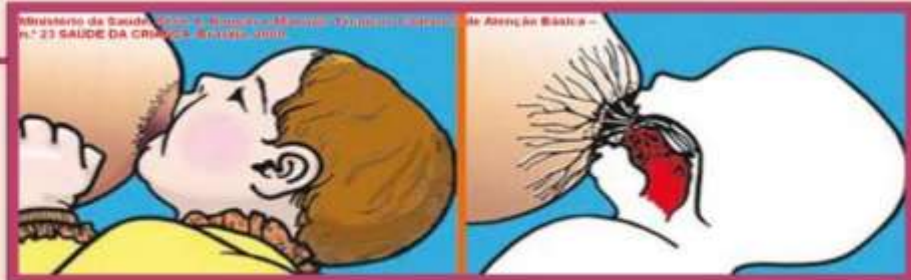


TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO

8

Pega adequada ou pega Boa

- ✓É a abertura ampla da boca, abocanhando não apenas o mamilo, mas também parte da aréola –, forma-se um lacre perfeito entre a boca e a mama, garantindo a formação do vácuo, indispensável para que o mamilo e a aréola se mantenham dentro da boca do bebê.



TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO

9

Pega inadequada ou má pega

✓ Uma posição inadequada da mãe e/ou do bebê na amamentação dificulta o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao mamilo e à aréola, resultando no que se denomina de "má pega". A má pega dificulta o esvaziamento da mama, levando a uma diminuição da produção do leite.

ATENÇÃO!!! Muitas vezes, o bebê com pega inadequada não ganha o peso esperado apesar de permanecer longo tempo no peito. Isso ocorre porque, nessa situação, ele é capaz de obler o leite anterior, mas tem dificuldade de retirar o leite posterior, mais calórico.



PONTOS-CHAVE DO POSICIONAMENTO ADEQUADO

10

1. Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo;
2. Corpo do bebê próximo ao da mãe;
3. Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido);
4. Bebê bem apoiado.

Pontos-chave da pega adequada

1. Mais aréola visível acima da boca do bebê;
2. Boca bem aberta;
3. Lábio inferior virado para fora;
4. Queixo tocando a mama.



PONTOS-CHAVE DO POSICIONAMENTO ADEQUADO

11

Os seguintes sinais são indicativos de técnica inadequada de amamentação:

- ✓ Bochechas do bebê encovadas a cada sucção;
- ✓ Ruídos da língua;
- ✓ Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada;
- ✓ Mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama;
- ✓ Dor na amamentação;

SUGESTÃO: Quando a mama está muito cheia, a aréola pode estar tensa, endurecida, dificultando a pega. Em tais casos, recomenda-se, antes da mamada, retirar manualmente um pouco de leite da aréola ingurgitada.

POSIÇÕES DA MÃE PARA AMAMENTAR

12



TIPOS DE PROBLEMAS RELACIONADOS A AMAMENTAÇÃO

13

1. Bebê que não suga ou tem sucção fraca: não é raro recém-nascidos aparentemente normais, não sugarem ou sucção débil logo após o nascimento.

- ✓ **Medidas:** enquanto o bebe não estiver sugando vigorosamente, orientar a mãe a estimular suas mamas regularmente por meio de ordenha manual ou bomba de extração de leite.



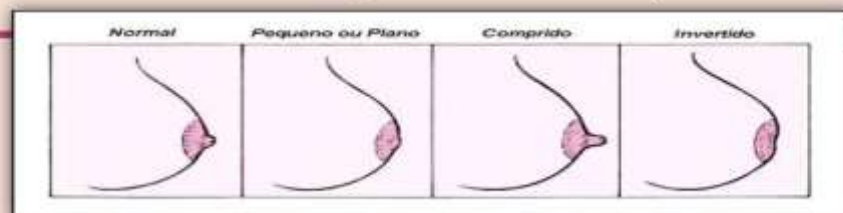
<http://www.compartilhar.com.br/2015/05/01/10-problemas-relacionados-a-amamentacao-que-voce-deve-saber/>

TIPOS DE PROBLEMAS RELACIONADOS A AMAMENTAÇÃO

14

2. Mamilos planos ou invertidos: dificultam o início da amamentação, mas não necessariamente a impedem, pois o bebê pode fazer o bico com a aréola.

- ✓ **Medidas:** acalmar a mãe e explicar que com a sucção do bebê os mamilos vão se tornando mais propícios à amamentação, orientar a mãe para a ordenha do leite manual enquanto o bebê não estiver sugando efetivamente, para manter a produção do leite e deixar as mamas macias, facilitando a pega. Orientar a mãe para estímulo manual do mamilo, compressas frias no mamilos e sucção com bomba manual ou seringa de 10 ou 20 ml adaptada.



TIPOS DE PROBLEMAS RELACIONADOS A AMAMENTAÇÃO

16

3. Ingurgitamento mamário: é quando o leite não está descendo, a mama fica excessivamente distendida, os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, causando às vezes febre.

✓ **Medidas:** ordenha manual da aréola, mamadas frequentes, massagens delicadas na mama, uso de analgésicos em caso de febre, uso de sutiã com alças largas, compressas frias nas mamas.



TIPOS DE PROBLEMAS RELACIONADOS A AMAMENTAÇÃO

16

4. Demora na apojadura: Em algumas mulheres a descida do leite só ocorre alguns dias após o parto.

✓ **Medidas:** tranquilizar a mãe, orientar medidas de estimulação da mama como sucção frequente do bebê e ordenha.

5. Mastite: é um processo inflamatório que acomete um ou mais segmentos da mama, podendo progredir ou não para uma infecção bacteriana.

✓ **Medidas:** ordenha da mama se não houver o esvaziamento adequado pelo bebê e uso de antibióticos.



TIPOS DE PROBLEMAS RELACIONADOS A AMAMENTAÇÃO

17

6. Rachaduras nas mamas: quase sempre são desencadeadas pela pega errada do bebê ou pela sucção ineficiente. Podem causar dor e dificuldades na hora de alimentar o bebê.

✓ **Medidas:** Evite usar sabonete nos mamilos ou auréolas, pois eles ressecam essas áreas. Também evite cremes e pomadas. Limpe-os com o seu próprio leite, tome banho de sol nos mamilos.



O QUE CAUSA O DESMAME PRECOCE?

18

São muitos os fatores que interferem na prática do aleitamento materno (AM) levando ao desmame precoce.

Podendo ser estes referentes à mãe, como:

1. Nível socioeconômico
2. Idade
3. Paridade
4. Escolaridade
5. Cultura
6. Inserção no mercado de trabalho
7. Falta de conhecimento sobre os benefícios do AM

O QUE CAUSA O DESMAME PRECOCE?

19

Outros fatores:

1. O serviço que recebe esse binômio
2. Uso de bicos artificiais - mamadeira e chupeta
3. Orientação precoce de fórmulas lácteas pelos profissionais
4. Impossibilidade de amamentar na sala de parto
5. Ausência de alojamento conjunto
6. Internação da mãe ou criança por longo período de tempo
7. Ausência ou mau funcionamento de banco de leite humano
8. Desestímulo à amamentação
9. Falta de apoio ao AM após a alta hospitalar



CUIDADO!!! Não podemos deixar de citar a influência de familiares e amigos, que acabam por influenciar negativamente, uma vez que relatam experiências e orientam de maneira incorreta.

CUIDADO !!! DEVE SER EVITADO

20

1. Uso de chupetas
2. Mamadeiras
3. Dar água, chás, sucos, outros tipos de leite e papas salgadas antes dos seis meses.



NÚMERO DE MAMADAS POR DIA

21

✓ Recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama. É o que se chama de amamentação em livre demanda.

✓ Nos primeiros meses, é normal que a criança mame com frequência e sem horários regulares.

LEMBRETE!!! Em geral, um bebê em aleitamento materno exclusivo mama de oito a 12 vezes ao dia.

DURAÇÃO DAS MAMADAS

22

✓ O tempo de permanência na mama em cada mamada não deve ser fixado, haja vista que o tempo necessário para esvaziar uma mama varia para cada dupla mãe/bebê e, numa mesma dupla, pode variar dependendo da fome da criança, do intervalo transcorrido desde a última mamada e do volume de leite armazenado na mama, entre outros.



Até quando devo amamentar ?

✓ Durante os seis primeiros meses de vida o ideal é que a amamentação seja exclusiva, isto é, não é necessária a oferta de chás, sucos, nem mesmo água.

✓ Após os seis meses de vida do bebê inicia-se a oferta de outros alimentos, como papinhas, frutas e chás, conforme orientações do pediatra, mas a amamentação não deve ser interrompida.

ORDENHA MANUAL DO LEITE HUMANO

23

A ordenha é útil para aliviar o desconforto provocado por uma mama muito cheia, manter a produção de leite quando o bebê não suga ou tem sucção inadequada.

Técnica da ordenha do leite:

- ✓ Procurar uma posição confortável;
- ✓ Massagear delicadamente a mama com as pontas dos dedos, com movimentos circulatorios;
- ✓ Posicionar os dedos da mão em formato de "C"; o polegar na aréola de cima do mamilo e o dedo indicador abaixo do mamilo;
- ✓ Fazer leve pressão na mama, repetindo várias vezes;

IMPORTANTE!!! Uma ordenha adequada pode durar mais ou menos 20 a 30 minutos.



COMO ARMAZENAR O LEITE MATERNO

24

IMPORTANTE!!! O leite ordenhado pode ser conservado em geladeira por 12 dias no freezer ou congelador por 15 dias.



OS DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO AM

26

- 1 – Ter uma norma escrita sobre o AM, que deve ser rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;
- 2 – Treinar toda a equipe de saúde, capacitando-a para implementar essa norma;
- 3 – Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do AM;
- 4 – Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento;
- 5 – Mostrar as mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;



OS DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO AM

26

- 6 – Não dar ao recém-nascido 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 as mães e bebês permaneçam juntos – vinte e quatro 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.



DICAS DE AMAMENTAÇÃO

27

- ✓ Não force o bebê a pegar o peito! Acomode a boca até o máximo de aréola que ele conseguir abocanhar.
- ✓ A posição que ele está no seu colo é muito importante. Deixe a barriga dele encostar com a sua, mas com a cabeça mais alta que o bumbum. Assim ele ficará mais confortável.
- ✓ Respeite o ritmo de seu filho. Fazê-lo mamar o tempo todo não garante que ele vai se alimentar corretamente. O intervalo de mamada pode variar de duas a quatro horas.
- ✓ Verifique se seu filho não está com obstrução nasal. Esse pode ser um dos motivos por não conseguir mamar, já que a dificuldade em respirar faz com que ele largue o peito a toda hora e não complete a mamada necessária.



REFERÊNCIAS

28

Ministério da Saúde. **Atenção a Saúde do Recém-Nascido: Guia para profissionais de Saúde.** Brasília. vol 1. 2009.

Ministério da Saúde. **Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica – n.º 23 SAÚDE DA CRIANÇA.** Brasília. 2009.

<http://bebe.abril.com.br/materia/como-evitar-rachaduras-nos-mamilos>

<http://semprematerna.uol.com.br/amamentacao/lactacao-colostro-e-leite-maduro>

A ideia inicial da tecnologia educativa partiu do propósito de ilustrar e explicar orientações referentes à prática do aleitamento materno. Na elaboração do conteúdo das

orientações educativas, procurou-se utilizar frases curtas, com linguagem simples, do cotidiano da maioria das puérperas e na voz ativa. Segundo Lima (2013), existem evidências de que materiais de saúde fáceis de ler aumentam a adesão, fazem com que os pacientes lembrem melhor e cometam menos erros, mesmo daquelas pessoas com alta habilidade educacional.

A mesma autora afirma, ainda, que estes cuidados na elaboração dos materiais educativos contribuirão para que o conhecimento adquirido atinja a memória em curto e longo prazo. Do contrário, incompatibilidade de habilidades de leituras conduzem à redução da motivação para cumprir as instruções. Quando os leitores lutam para entender e compreender a instrução, tornam-se inseguros e acreditam que se isso é tão difícil de ler, também deve ser difícil de fazer (LIMA, 2013).

Ilustrações bem elaboradas nos materiais educativos, são relevantes pois facilitam a assimilação e entendimento. Por isso, houve o cuidado de selecionar imagens que explanassem com maior proximidade possível a mensagem trazida no texto, de modo que a puérpera ao olhar a gravura, pudesse extrair o máximo de conhecimento possível.

5.2 VALIDAÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA

A caracterização dos especialistas buscou absorver dados referentes ao envolvimento de cada profissional ao tema abordado na estratégia educativa, elencando dados referentes a área de formação profissional, anos de formação, experiência junto as práticas de aleitamento materno e estratégias educativas, dentre outros aspectos.

Para esta etapa do estudo foram selecionados oito especialistas, conforme os critérios anteriormente citados sendo 3 enfermeiras, 3 nutricionistas e 2 pedagogas, todas do sexo feminino com variações de idade entre 23 e 52 anos.

A avaliação por profissionais de diferentes áreas é a ocasião em que realmente se pode dizer que o trabalho em equipe está sendo feito, valorizando opiniões e enfoques diversos sobre o mesmo tema. Muitas vezes numa mesma equipe, diferentes profissionais envolvidos no tratamento de um paciente, apresentam condutas diversas em relação a cuidados com a sua saúde. A construção de materiais educativos é também uma oportunidade para uniformizar e oficializar as condutas no cuidado ao paciente com a participação de todos (GALDINO, 2014).

Dos oito especialistas 3 possuíam mestrado correlacionados a saúde da mulher, com predominância (75%) da docência como ocupação atual, e 4 possuem mais de 5 anos de experiência profissional.

A análise dos especialistas faz-se necessária para verificar adequação da representação comportamental dos itens. Para participar desta análise, os especialistas tem que ter experiência no tema envolvido e/ou em elaborações/validações de instrumentos educativos, pois sua tarefa consiste em julgar se os itens avaliados estão se referindo ou não ao propósito do instrumento em questão (OLIVEIRA et al., 2008 a).

Tabela 1. Caracterização dos Especialistas. Picos, 2015.

Variáveis	n	%
Formação		
Enfermagem	3	37,5
Nutrição	3	37,5
Pedagogia	2	25,0
Sexo		
Feminino	8	100
Masculino	0	-
Idade		
20-29 anos	3	37,5
30-39 anos	3	37,5
> 40 anos	2	25,0
Cidade de Moradia		
Picos	6	75,0
Teresina	1	12,5
Monsenhor Hipólito	1	12,5
Titulação		
Especialização	2	25,0
Mestrado	3	37,5
Doutorado	1	12,5
Área da especialização		
Nutrição Clínica	1	12,5
Gestão em Saúde	2	25,0
Enfermagem Obstétrica	1	12,5
Saúde pública	2	25,0
Ocupação atual		
Docente	6	75,0
Residente em Saúde da Família e Comunidade	1	12,5
Estudante de Especialização	1	12,5
Tempo de Formação		
0-5 anos	4	50,0
6-10 anos	1	12,5
> 11	3	37,5

Em seguida estão listadas características profissionais dos especialistas que os tornaram aptos a participação no estudo, juntamente com os critérios de inclusão já citados (Tabela 2).

Tabela 2: Experiência do especialista com o tema. Picos-Piauí-Brasil, 2015.

Variáveis	Monografia de graduação	Dissertação	Artigos	Monografia de especialização	Outros
Desenvolvimento de estudo sobre AM	02	00	03	06	00
Desenvolvimento de estudo sobre ES	02	01	04	01	06
Participação em grupos de pesquisa que envolve a temática AM ou ES	Sim 07			Não 01	
Tempo de participação no grupo	0-10 anos 07			> 11 anos 01	
Local de atuação	Hospital 01	Instituição de ensino 06		Unidade Básica de Saúde 03	Outro 02
Utilização de estratégias educativas na prática profissional assistencial	Sim 07			Não 01	
Tempo de utilização de estratégias educativas na prática profissional assistencial	0-10 anos 06			> 11 anos 02	
Presta/prestou assistência a mulheres em aleitamento materno	Sim 05			Não 03	
Tempo que prestou assistência	0-10 anos 07			> 11 anos 01	
No ensino, ministra/ministrou disciplinas que envolvem a temática AM	Sim 04			Não 04	
No ensino, ministra/ministrou disciplinas que abordam a temática ES	Sim 06			Não 02	

Legenda: Aleitamento Materno (AM), Educação em Saúde (ES)

As oito especialistas participantes do estudo apresentaram como características prevalentes e relevantes a este estudo, o desenvolvimento do tema aleitamento materno e/ou estratégias educativas em estudos científicos durante a formação profissional.

Com relação a participação em grupos de pesquisa relacionados ao tema em questão 07 dos especialistas participaram e/ou participam de grupos de pesquisa com predominância de até 10 anos de participação.

Quando questionadas as recentes atuações profissionais, 6 das especialistas fizeram referência a instituições de ensino. Assim como número igualitário representa àqueles profissionais que utilizam e/ou utilizaram estratégias educativas em suas práticas profissionais/assistenciais, sendo de até 10 anos a prevalência de utilização dessas estratégias.

No tocante a assistência a mulheres em aleitamento materno 5 especialistas prestaram cuidados referentes a amamentação tendo (75,0%) dessa assistência prestada entre zero e dez anos. Com referência ao ensino da temática abordada durante a atividade profissional 04 das especialistas já utilizaram ou utilizam o aleitamento materno em suas atividades e 07 abordam estratégias educativas em seu cenário profissional.

Inicialmente as especialistas avaliaram a cartilha educativa quanto aos objetivos a serem atingidos com sua utilização (tabela 3).

Tabela 3. Avaliação das especialistas quanto aos objetivos da cartilha. Picos, 2015.

Adequação ao público a que se destina	Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
À idade	00	00	03	03	02
À escolaridade	00	00	04	04	00
À renda familiar	00	00	03	03	02

Nenhum item foi julgado nada adequado ou muito pouco adequado. Pode-se verificar que, quanto aos objetivos da cartilha, todos os itens foram validados, pois a maioria das especialistas os classificou como “bastante” ou “extremamente adequado” para os objetivos propostos.

Com relação as avaliações mais ou menos adequadas, as especialistas sugeriram algumas alterações que foram acatadas para melhor assimilação e entendimento do público-alvo. Estas alterações estão descritas a seguir.

Dentre as sugestões referentes aos objetivos, realizadas pelas especialistas, estavam a supressão de textos dando prioridade a imagens com vista a tornar a cartilha mais atrativa e didática; substituição de termos técnicos por palavras utilizadas no cotidiano do público alvo e a elaboração de método interativo como jogos ou caça-palavras.

De acordo com Lima (2013), as ilustrações prendem mais a atenção e propiciam riqueza de detalhes ao material educativo, complementando a finalidade do texto. As imagens, podem direcionar melhor a mensagem. Assim, as ilustrações são utilizadas não só para prender a atenção, mas também para facilitar sua compreensão e a memorização.

Quanto à substituição dos termos técnicos para expressões mais comuns, como sugeriram as especialistas, faz-se necessário principalmente para que pessoas com baixo nível de escolaridade e/ou habilidade de leitura reduzida possam desfrutar das vantagens do material escrito. De acordo com Moreira, Nóbrega e Silva (2003) um material bem escrito ou uma informação de fácil entendimento melhora o conhecimento e a satisfação do paciente, desenvolve suas atitudes e habilidades, facilita-lhes a autonomia e promove sua adesão.

No tocante a inserção de jogos, Santos (2012) refere que os mesmos podem se tornar ferramentas instrucionais eficientes, pois eles divertem e motivam, facilitando assim o aprendizado, pois aumenta a capacidade de retenção do que foi ensinado. Além disto, o jogo ativa e desenvolve as estruturas cognitivas do cérebro, facilitando o desenvolvimento de novas habilidades.

Posteriormente, as especialistas avaliaram a cartilha quanto à sua estrutura e apresentação, isto é, a forma de apresentar as orientações, incluindo sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação. Segue o resultado desta validação na tabela 4.

Tabela 4. Avaliação das especialistas quanto a estrutura e apresentação da cartilha. Picos, 2015.

Adequação	Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Tamanho da cartilha	00	00	02	03	03
Tamanho das letras utilizadas	00	01	01	04	02
Figuras utilizadas	00	01	01	03	03
Cores utilizadas	00	00	01	05	02
Tipo de material utilizado para confeccionar a cartilha	00	00	00	06	02
Tempo de aplicação	00	01	02	03	02

Nenhum item quanto a estrutura e apresentação da cartilha foi avaliado como nada adequado o que propicia sua validação, porém muitas sugestões foram realizadas referentes a este tópico. Algumas especialistas enfatizaram a utilização de fontes padronizadas, assim como a retirada de quadros chamativos em cores e traços.

Para atender a sugestão as fontes de letra foram padronizadas, 40 para títulos e 18 para textos, alternando traços grossos e finos; de acordo com as recomendações de layout propostas por Moreira, Nóbrega e Silva (2003). Foi retirado textos com todas as letras maiúscula, pois segundo Lima (2013) esta forma de texto é difícil para leitores de todos os níveis de habilidades.

Moreira, Nóbrega e Silva (2003), relatam que se deve ter cautela na escolha das cores de fundo e para fontes, para evitar que as cores poluam visualmente a cartilha. Com isso foram retiradas as cores chamativas, e padronizando a cor rosa bebê para fundo e preta e vinho para as fontes, facilitando assim a leitura.

Finalmente, as especialistas avaliaram a cartilha quanto à sua relevância. As respostas deste quesito encontram-se na tabela 5.

Tabela 5. Avaliação das especialistas quanto a relevância da cartilha. Picos, 2015.

Relevância	Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Adequação do conteúdo da cartilha ao tema	00	00	02	04	02
Adequação do nível de dificuldade da cartilha	00	01	04	03	00

Quanto a avaliação da relevância desse instrumento nenhuma das avaliadoras considerou a alternativa nada adequada, enfocando alguns pontos já comentados anteriormente como a escrita com termos técnicos que dificulta o entendimento de pessoas leigas; substituição de palavras e supressão de alguns textos. Neste tópico cabe ressaltar a retirada do conteúdo intitulado “Os dez passos para o sucesso do AM”, que voltava a leitura para os profissionais não atendendo a proposta da cartilha, diminuindo assim sua relevância. Com isso a cartilha quanto a relevância foi validada visto que os posicionamentos referentes a modificações na cartilha foram considerados, analisados e acatados.

Esse processo de adaptação do material educativo às sugestões das especialistas é uma etapa essencial para tornar a tecnologia ainda mais completa, de maior rigor científico e eficaz durante a atividade de educação em saúde. É um passo delicado e desgastante reunir todas as sugestões, analisar, verificar a aplicabilidade da inserção da sugestão e reestruturar a cartilha a fim de satisfazer as propostas, porém, ao final, percebe-se o grande avanço alcançado e esse ganho será revertido diretamente para o público-alvo.

Segue na figura 2, a versão final da cartilha, após às correções realizadas na mesma.

Figura 2: Versão corrigida da cartilha. Picos-Piauí-Brasil, 2015



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	03
TIPOS AMAMENTAÇÃO.....	04
BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO.....	05
TIPOS DE LEITE.....	06
COLOSTRO.....	07
LEITE MADURO.....	08
TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO.....	09
PONTOS-CHAVE DA AMAMENTAÇÃO.....	11
POSIÇÕES DA MÃE PARA AMAMENTAR.....	13
PROBLEMAS RELACIONADOS À AMAMENTAÇÃO.....	14
DEVE SER EVITADO.....	13
NÚMERO DE MAMADAS POR DIA.....	20
DURAÇÃO DAS MAMADAS.....	21
ORDENHA MANUAL DO LEITE MATERNO.....	22
COMO ARMAZENAR O LEITE MATERNO.....	23
DICAS DE AMAMENTAÇÃO.....	24
CAÇA PALAVRAS.....	25
REFERENCIAS.....	26

APRESENTAÇÃO



A amamentação oferece inúmeros benefícios para a saúde da criança, promovendo um melhor desenvolvimento integral, pois o leite materno fornece os nutrientes necessários para a criança iniciar uma vida saudável, e se modifica de acordo com as necessidades da criança.

O aleitamento materno é a estratégia que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. Recomenda-se o aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses.

TIPOS DE AMAMENTAÇÃO

4

Aleitamento materno exclusivo - quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de bancos de leite humano, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

Aleitamento materno predominante - quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

Aleitamento materno complementado - quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.

Aleitamento materno misto ou parcial - quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.



BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO

6

Para o bebê

- ✓ Melhor nutrição,
- ✓ Prevenção contra doenças infecciosas e diarreicas;
- ✓ Proteção contra alergias;
- ✓ Diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes,
- ✓ Reduz a chance de obesidade,
- ✓ Melhor desenvolvimento da cavidade bucal,
- ✓ Favorece no crescimento e desenvolvimento intelectual.



Para a Mãe

- ✓ Menores possibilidades de desenvolver câncer de mama,
- ✓ Maior rapidez na volta do útero ao tamanho anterior a gravidez
- ✓ Proteção contra a gravidez nos primeiros meses após o parto,
- ✓ Menores custos financeiros.



IMPORTANTE!!!

Aumento do vínculo materno infantil e melhor qualidade de vida.

TIPOS DE LEITE

6

COLOSTRO

Secretado nos primeiros sete dias após o parto;



LEITE DE TRANSIÇÃO

Secretado do sétimo dia até a segunda semana após o parto;



LEITE MADURO

Secretado a partir de quinze dias após o parto;



COLOSTRO

7

- ✓ Tem cor amarelada e é mais consistente que o leite maduro;
- ✓ Sua produção dura apenas 7 dias e o colostro é secretado em pequena quantidade;
- ✓ O aparecimento do colostro, depende do tipo de parto e da quantidade de hormônios produzidos pela mulher na gestação;
- ✓ Auxilia no desenvolvimento do intestino do bebê;
- ✓ Com função laxativa, ajuda na eliminação do mecônio (as primeiras fezes do bebê);
- ✓ O primeiro leite secretado pela mãe fornece a primeira imunização;
- ✓ É tudo que seu filho precisa nos primeiros dias de vida.



LEITE MADURO

8

- ✓ É composto por todos os nutrientes que a criança precisa para crescer;
- ✓ Começa a ser secretado entre 7 e 10 dias;
- ✓ Tem aparência mais rala que leite de vaca;
- ✓ Possui características diferentes em seu início e final;
- ✓ O leite do começo da mamada também chamado de leite anterior parece mais aguado e tem cor acinzentada. É rico em proteína, lactose, vitaminas, minerais e água;
- ✓ Devido a sua composição, o leite do começo mata a sede do bebê e é secretado por cerca de 10 minutos;
- ✓ Já o leite do fim (leite posterior) tem aparência mais branca do que o leite anterior, pois tem em sua composição mais gordura;
- ✓ Mata a fome do bebê, fazendo com que ganhe peso.



TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO

9

Pega adequada ou pega Boa

- ✓ É a abertura ampla da boca, abocanhando não apenas o mamilo, mas também parte da aréola -, forma-se um lacre perfeito entre a boca e a mama, garantindo a formação do vácuo, indispensável para que o mamilo e a aréola se mantenham dentro da boca do bebê.



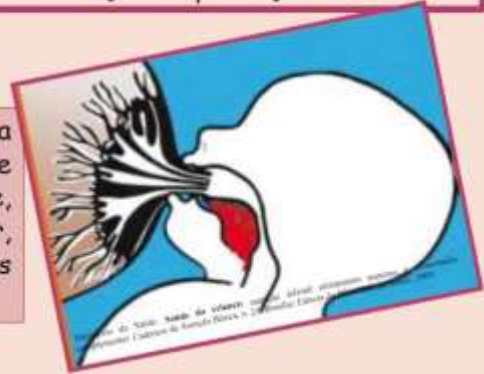
TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO

10

Pega inadequada ou má pega

- ✓ Uma posição inadequada da mãe e/ou do bebê na amamentação dificulta o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao mamilo e à aréola, resultando no que se denomina de "má pega". A má pega dificulta o esvaziamento da mama, levando a uma diminuição da produção do leite.

ATENÇÃO!!! Muitas vezes, o bebê com pega inadequada não ganha o peso esperado apesar de permanecer longo tempo no peito. Isso ocorre porque, nessa situação, ele é capaz de obter o leite anterior, mas tem dificuldade de retirar o leite posterior, mais calórico



PONTOS-CHAVE DA AMAMENTAÇÃO

11

Posicionamento Adequado

1. Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo;
2. Corpo do bebê próximo ao da mãe;
3. Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido);
4. Bebê bem apoiado.



Pega Adequada

1. Mais aréola visível acima da boca do bebê;
2. Boca bem aberta;
3. Lábio inferior virado para fora;
4. Queixo tocando a mama.



PONTOS-CHAVE DA AMAMENTAÇÃO

12

Os seguintes sinais são indicativos de técnica inadequada de amamentação:

- ✓ Bochechas do bebê encovadas a cada sucção;
- ✓ Ruídos da língua;
- ✓ Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada;
- ✓ Mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama;
- ✓ Dor na amamentação;



SUGESTÃO: Quando a mama está muito cheia, a aréola pode estar tensa, endurecida, dificultando a pega. Em tais casos, recomenda-se, antes da mamada, retirar manualmente um pouco de leite da aréola ingurgitada.

POSIÇÕES DA MÃE PARA AMAMENTAR

13



POSIÇÃO TRADICIONAL



POSIÇÃO CRUZADA

IMPORTANTE!!
A melhor posição para amamentar é aquela mais confortável para mãe-filho.



POSIÇÃO DEITADA



POSIÇÃO CAVALEIRO

PROBLEMAS RELACIONADOS A AMAMENTAÇÃO

14

1. **Bebê que não suga ou tem sucção fraca:** não é raro recém-nascidos aparentemente normais, não sugar ou apresentar sucção débil logo após o nascimento.

Medidas: enquanto o bebe não estiver sugando vigorosamente, a mãe deve estimular suas mamas regularmente, por meio de ordenha manual ou bomba de extração de leite.

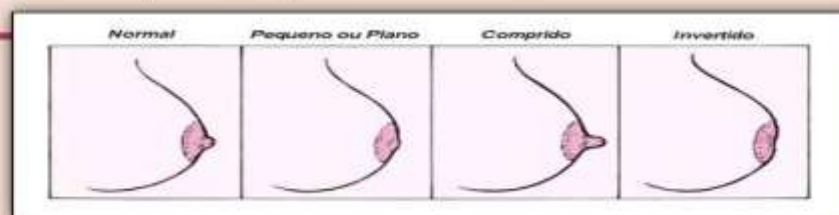


PROBLEMAS RELACIONADOS A AMAMENTAÇÃO

15

2. **Mamilos planos ou invertidos:** dificultam o início da amamentação, mas não necessariamente a impedem, pois o bebê pode fazer o bico com a aréola.

Medidas: acalme-se, com a sucção do bebê os mamilos vão se tornando mais propícios à amamentação. Enquanto o bebê não estiver sugando adequadamente, a mãe deve proceder à ordenha manual do leite ou realizar a sucção com bomba manual ou seringa de 10 ou 20 ml adaptada, para manter a produção do leite e deixar as mamas macias, facilitando a pega. A mãe deve ainda realizar o estímulo manual do mamilo e aplicar compressas frias nos mesmos.



PROBLEMAS RELACIONADOS A AMAMENTAÇÃO

16

3. Ingurgitamento mamário: ocorre quando o leite não está descendo. A mama fica excessivamente distendida e os mamilos achatados, dificultando a pega do bebê. Pode causar febre na mãe.

Medidas: ordenha manual da aréola, mamadas frequentes, massagens delicadas na mama, uso de analgésicos em caso de febre, uso de sutiã com alças largas, compressas frias nas mamas.



PROBLEMAS RELACIONADOS A AMAMENTAÇÃO

17

4. Demora na apojadura: Em algumas mulheres a descida do leite só ocorre alguns dias após o parto

Medidas: a mãe deve tranquilizar-se e realizar medidas de estimulação da mama como sucção frequente do bebê e ordenha.

5. Mastite: é um processo inflamatório que acomete um ou mais segmentos da mama, podendo progredir ou não para uma infecção bacteriana.

Medidas: ordenha da mama se não houver o esvaziamento adequado pelo bebê e uso de antibióticos, conforme prescrição médica;



PROBLEMAS RELACIONADOS A AMAMENTAÇÃO

18

6. Rachaduras nas mamas: quase sempre são desencadeadas pela pega errada do bebê ou pela sucção ineficiente. Podem causar dor e dificuldades na hora de alimentar o bebê.

Medidas: Evite usar sabonete nos mamilos ou auréolas, pois eles ressecam essas áreas. Também evite cremes e pomadas. Limpe-os com o seu próprio leite, tome banho de sol nos mamilos.



DEVE SER EVITADO

19

1. Uso de chupetas;
2. Mamadeiras;
3. Dar água, chás, sucos, outros tipos de leite e papas salgadas antes dos seis meses;

Podem causar desmame precoce ou desinteresse da criança pela mamada.



NÚMERO DE MAMADAS POR DIA

20

- ✓ Recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama. É o que se chama de amamentação em livre demanda.
- ✓ Nos primeiros meses, é normal que a criança mame com frequência e sem horários regulares.

LEMBRETE!!!

Em geral, um bebê em aleitamento materno exclusivo mama de oito a 12 vezes ao dia.

DURAÇÃO DAS MAMADAS

21

- ✓ O tempo de permanência na mama em cada mamada não deve ser fixado, haja vista que o tempo necessário para esvaziar uma mama varia para cada dupla mãe/bebê e, numa mesma dupla, pode variar dependendo da fome da criança, do intervalo transcorrido desde a última mamada e do volume de leite armazenado na mama, entre outros.



Até quando devo amamentar?

- ✓ Durante os seis primeiros meses de vida o ideal é que a amamentação seja exclusiva, isto é, não é necessária a oferta de chás, sucos, nem mesmo água.
- ✓ Após os seis meses de vida do bebê inicia-se a oferta de outros alimentos, como papinhas, frutas e chás, conforme orientações do pediatra, mas a amamentação não deve ser interrompida.

ORDENHA MANUAL DO LEITE MATERNO

22

A ordenha é útil para aliviar o desconforto provocado por uma mama muito cheia, manter a produção de leite quando o bebê não suga ou tem sucção inadequada.

Técnica da ordenha do leite:

Procurar uma posição confortável;

Massagear delicadamente a mama com as pontas dos dedos, com movimentos circulatorios;

Posicionar os dedos da mão em formato de "C"; o polegar na aréola de cima do mamilo e o dedo indicador abaixo do mamilo;

Fazer leve pressão na mama, repetindo várias vezes;

IMPORTANTE!!!

Uma ordenha adequada pode durar mais ou menos 20 a 30 minutos.



COMO ARMAZENAR O LEITE MATERNO

23

IMPORTANTE!!!

O leite ordenhado pode ser conservado em geladeira por 24 horas ou congelador por 15 dias.



DICAS DE AMAMENTAÇÃO

24

- ✓ Não force o bebê a pegar o peito! Acomode a boca até o máximo de aréola que ele conseguir abocanhar.
- ✓ A posição que ele está no seu colo é muito importante. Deixe a barriga dele encostar com a sua, mas com a cabeça mais alta que o bumbum. Assim ele ficará mais confortável.
- ✓ Respeite o ritmo de seu filho. Fazê-lo mamar o tempo todo não garante que ele vai se alimentar corretamente. O intervalo de mamada pode variar de duas a quatro horas.
- ✓ Verifique se seu filho não está com obstrução nasal. Esse pode ser um dos motivos por não conseguir mamar, já que a dificuldade em respirar faz com que ele largue o peito a toda hora e não complete a mamada necessária.



CAÇA PALAVRAS

26

De acordo com o conhecimento adquirido sobre Amamentação, busque 15 palavras relacionadas ao tema.

M	R	R	R	F	G	U	A	M	A	M	E	N	T	A	Ç	Ã	O	Y	R	E	D	U	I	M
S	O	L	A	V	A	I	J	M	K	H	R	A	S	H	N	J	C	A	R	A	C	P	N	A
X	N	C	C	P	O	S	I	Ç	Ã	O	T	R	A	D	I	C	I	O	N	A	L	Y	G	F
C	R	O	H	A	V	E	X	I	I	L	A	C	O	H	C	A	V	I	X	M	A	T	U	R
A	E	L	A	C	A	K	E	D	K	A	L	E	I	T	E	M	A	D	U	R	O	R	R	Y
D	T	O	D	U	A	T	A	N	M	A	N	D	A	C	H	I	A	V	U	L	T	S	G	J
A	A	S	U	L	E	I	T	E	P	O	S	T	E	R	I	O	R	A	A	R	C	D	I	O
M	M	T	R	T	A	U	D	A	E	A	F	F	C	R	U	Z	A	L	E	I	O	N	T	R
A	E	R	A	I	S	P	O	S	I	Ç	Ã	O	C	A	V	A	L	E	I	R	O	I	A	D
M	T	O	S	T	I	L	E	O	T	A	P	O	R	R	E	C	V	G	R	R	T	L	M	E
F	I	X	M	A	V	M	A	M	I	L	O	S	I	N	V	E	R	T	I	D	O	S	E	N
R	E	E	Y	T	R	M	A	P	E	G	A	E	A	S	D	T	R	M	A	M	G	A	N	H
A	L	E	I	T	A	M	E	N	T	O	E	X	C	L	U	S	I	V	O	O	S	D	T	A
A	D	A	R	A	S	E	N	R	G	S	A	T	E	R	R	O	C	A	G	E	P	X	O	A

REFERÊNCIAS

28

Ministério da Saúde. **Atenção a Saúde do Recém-Nascido: Guia para profissionais de Saúde**. Brasília, vol 1, 2009.

Ministério da Saúde. *Série A Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica n. 23. SAÚDE DA CRIANÇA*. Brasília, 2009.

<http://bebe.abril.com.br/matéria/como-evitar-rachaduras-nos-mamilos>

<http://semprematerna.uol.com.br/amamentação/lactação-colostro-e-leite-maduro>

http://www.todabiologia.com/saúde/aleitamento_materno.htm

<http://www.unifesp.br/centros/ciaam/faq.htm>

5.3 ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA O ALEITAMENTO MATERNO

Para a união Internacional de Promoção e Educação para a Saúde, IUHPE, a Promoção à Saúde é definida como um processo que capacita comunidades, centrado na equidade, e considera essencial a participação da população nas ações de promoção à saúde reconhecendo e potencializando os conhecimentos desta comunidade, a fim de gerar condições necessárias para a saúde (FRACOLLI; GRIPPO, 2008).

No intuito de se promover saúde é preciso a adoção de atitudes positivas pela sociedade, e nessa linha de raciocínio, a literatura advoga o conceito de emponderamento em saúde. Este se relaciona com as reais possibilidades que as pessoas tem a seu favor para a participação e crescimento individual, podendo ser definido como o meio de aquisição de maior controle sobre as decisões que afetam as suas vidas ou como mudanças em direção a maior igualdade nas relações sociais de poder (BECKER et al. ,2004).

A educação em saúde pode ser definida como um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção à saúde (FRACOLLI; GRIPPO, 2008) e representa um recurso de socialização do conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, mediado por equipes interdisciplinares com a intenção de melhorar processos

desgastantes da qualidade de vida de uma comunidade e seus indivíduos e de promover atos e atitudes saudáveis em saúde.

Nesse sentido, a literatura destaca o espaço da atenção básica como privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde em função de sua proximidade como o território e sua população (VASCONCELOS, 1999).

Uma estratégia educativa que demonstra grande impacto na absorção de conhecimentos é a utilização de cartilhas, que com linguagem acessível e representações gráficas convoca a reflexão sobre os temas abordados, sendo por isso considerado um instrumento ímpar na promoção da saúde. Ademais deste aspecto, é um instrumento que quando utilizado na atenção básica para incentivo ao aleitamento materno, possibilita um estreitamento de relações entre família, profissionais da saúde e comunidade, além da interferência na qualidade e nos índices de amamentação (FRACOLLI; GRIPPO, 2008).

Nos processos educativos na promoção da amamentação, o diálogo pode contribuir para a desconstrução de mitos e construção de novos conhecimentos e atitudes positivas frente à amamentação. Neste sentido, a pergunta é fundamental. Ao contrário da educação bancária, em que ela responde o conteúdo programático, a educação dialógica pressupõe a devolução organizada, sistematizada e acrescentada ao povo daqueles elementos que este lhe entregou de forma desestruturada (FREIRE, 2004).

Uma tecnologia educacional no formato impresso, tipo cartilha, desponta como dispositivo para mediar a educação em saúde, entendida como modo de cuidar, por meio de modos de educar para potencializar as capacidades do outro. Nesta perspectiva ampliada, a educação em saúde também nos capacita a intervir de forma construtivo-reflexiva, singular/plural, dinâmica/flexível, num complexo histórico cultural de relações humanas entre sujeitos, num sistema cíclico de relações, em que um aprende com o outro; este aprender converge para a transformação de ambos, de quem os rodeia e do meio no qual estão inseridos (LIMA, 2013).

Há muito se conhecem os efeitos do suporte materno, como a presença de doulas ou de profissionais mais especializados, na melhora das taxas de aleitamento materno (SANTORO JÚNIOR E MARTINEZ, 2007). Outra estratégia educativa que visa promover este e possui destaque na literatura é o pró-aleitamento, uma intervenção que visa oferecer apoio e informações durante o parto e pós-parto, visando minimizar as dúvidas das gestantes/puérperas.

O pró-aleitamento constitui-se em acompanhar a mulher no parto e incentivar o aleitamento materno no intervalo mais curto possível, acompanhar a puérpera no período hospitalar e prestar informações pertinentes a manutenção e continuidade do aleitamento

materno exclusivo e posteriormente complementado. Essa estratégia visa o alcance de maiores taxas de adesão ao aleitamento materno na primeira hora de vida e o aleitamento exclusivo nos primeiros seis meses (SANTORO JÚNIOR E MARTINEZ, 2007).

A tecnologia educacional no cuidado de enfermagem é um conjunto de ferramentas que pode ser cada vez mais desenvolvido e especializado para auxiliar os profissionais motivados a proporcionar melhor cuidado à saúde do ser humano. Nascimento (2004) refere que a tecnologia educacional não é composta somente por materiais e equipamentos. É necessário expandir esse conceito, inovando tecnologicamente a educação ao reconhecer que o uso criativo dos instrumentos disponíveis pode estimular o pensamento crítico, levando ao desejo de manifestar opiniões, trocar ideias e conhecer o que o outro tem a ensinar.

5.3.1 A educação em saúde sobre AM para crianças

A educação na promoção da amamentação deve considerar os múltiplos componentes que regem a decisão materna de amamentar ou não, tais como: motivação, apoio familiar, apoio cultural, educação pré e pós-natal, e conhecimentos e habilidades específicos sobre como amamentar. Todos estes aspectos bem como a formação de uma cultura favorável à amamentação pode ser iniciada bem antes da mulher engravidar ou do homem descobrir que será pai.

Se as crianças fossem providas de informações adequadas sobre a amamentação nas escolas, provavelmente se tornariam adultos com maior capacidade de escolha e que não aceitariam práticas modernas e artificiais sem antes realizar uma crítica fundamentada (FUJIMORI et al. 2008).

Segundo Nakamura et al. (2003), se as crianças fossem instruídas quanto ao aleitamento materno, as meninas no momento em que fossem mães possivelmente estariam mais motivadas a amamentar e, no caso dos meninos, mais aptos a apoiar a decisão materna. A implementação de ações educativas para a promoção da amamentação em escola do Ensino Fundamental favorece o interesse e desperta as crianças para a temática.

As crianças trazem conhecimentos sobre a prática de amamentar, advindos do convívio e experiências na família e nas comunidades em que vivem, que devem ser considerados no processo de ensinar e aprender. Neste sentido, Paulo Freire (2004) nos alerta sobre a diferença do momento vivido pelo(a) educador(a) e o momento vivido pelo(a) educando(a).

Sendo necessário que o(a) educador(a) saiba que o seu “aqui” e o seu “agora” são quase sempre o “lá” do educando. [...] tem que partir do “aqui” do educando e não do seu. [...] Isto significa, em última análise, que não é possível ao(à) educador(a) desconhecer, subestimar

ou negar os “saberes de experiências feitos” com que os educandos chegam à escola (FREIRE, 2004).

Desta forma, falando-se “com” as crianças e compartilhando conhecimentos e experiências sobre a prática de amamentar, pode-se contribuir para que elas venham a ser agentes de promoção da amamentação nas suas comunidades e auxiliar na melhoria dos índices de aleitamento materno.

São necessários vários anos para a construção de atitudes e crenças positivas sobre o aleitamento materno; sendo assim, é de fundamental importância prover as pessoas dessas informações constantemente (FUJIMORI et al. 2008). Por meio do ensino, as barreiras que limitam a amamentação podem ser substituídas pela concepção de que amamentar é um ato natural (NAKAMURA, 2003).

A escola constitui um centro de ensino-aprendizagem, convivência e crescimento onde se adquirem valores vitais (PELICIONE E TORRES, 1999) e que podem ser transmitidos à família e à comunidade.

Tendo como referência a educação pautada nos pressupostos de Paulo Freire, 2004, é possível concluir a relevância do desenvolvimento e implementação de propostas educativas voltadas a crianças para a promoção da amamentação para além da comunidade escolar, estendendo-se a educação da família e na construção de cidadãos reflexivos e críticos (FRACOLLI; GRIPPO, 2008).

Os conhecimentos adquiridos na vida escolar, porém, podem ser modificados no decorrer do desenvolvimento de cada criança, o que sugere a realização de campanhas educativas sequenciais no decorrer da adolescência e da vida adulta fortalecendo assim os conhecimentos anteriormente adquiridos.

A finalidade da comunicação em saúde é contribuir para o êxito desse processo, no caso, a amamentação. Comunicar significa pôr em comum, colocar o mesmo assunto em questão entre duas ou mais pessoas. Quando o mesmo assunto é entendido da mesma maneira, pode-se dizer que o diálogo e a comunicação estão sendo realizados (OLIVEIRA et al. 2008 a).

Como um instrumento de comunicação, a literatura de cordel é um meio apto a ser utilizado no campo da saúde. Seu custo é mínimo, sua linguagem é acessível, e sua mensagem facilmente compreensível pela população em geral. A literatura de cordel é, pois, um meio de promoção para o aleitamento materno.

A literatura de cordel são folhetos impressos que foram assim denominados em Portugal por serem expostos para venda pendurados em barbantes. Na maioria das vezes, o cordel era lido/escutado na presença de algumas pessoas (leitores/ouvintes), ao contemplar o

aspecto da oralidade como fator fundamental para práticas de letramento. Além da presença do outro e da oralidade, outro componente que caracterizava a leitura de folhetos de cordel era a memorização (OLIVEIRA et al. 2008 b)

Ao descrever temas para a população relacionados à manutenção de uma vida saudável, os cordéis devem estar escritos de maneira adequada para que as pessoas possam entender e compreender as mensagens de maneira correta. Esta forma, portanto, é muito apropriada para trabalhar temas relacionados à saúde, sobretudo à amamentação.

Todo o processo de aleitamento materno pode ser mostrado em cordéis e, à medida que os folhetos começam a ser utilizados para incentivar a amamentação de crianças, esta demonstra-se mais eficaz. Os folhetos, ao retratarem a amamentação, são pertinentes na medida em que podem contribuir para a educação da população sobre o assunto e, assim, intervir nele sob o aspecto social, econômico e político (OLIVEIRA et al. 2008 b).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cartilha educativa “Amamentar: Um Ato de Amor” mostrou-se um material instrutivo e dinâmico que busca orientar as mães quanto ao aleitamento materno, favorecendo assim a adesão e manutenção de um aleitamento efetivo, satisfatório e duradouro para o binômio mãe-filho. A partir disto, no que concerne acerca dos objetivos propostos, conclui-se que estes foram alcançados com efetividade, de acordo com os resultados que foram expostos.

Em consequência da avaliação de especialistas quanto aos objetivos, estrutura e apresentação e relevância da cartilha educativa, a mesma mostrou-se válida e confiável para ser posteriormente utilizada como guia na promoção do aleitamento materno, sendo porem, necessárias algumas adequações, como substituição de termos técnicos por palavras cotidianas, padronização de fontes, inserção um de jogo interativo, acréscimo de imagens assim como a redução da quantidade de textos, com vista a intensificar a aprendizagem por meio da dinâmica e comunicação visual que favorecem o entendimento e memorização.

Em contrapartida, faz-se necessário, também, descrever as principais limitações que a pesquisa trouxe, sendo a mais significativa a não responsividade dos profissionais primeiramente selecionados, sendo nove profissionais – três enfermeiros, três nutricionistas, três pedagogos – todos estes doutorados, com experiência nos temas abordados pelo estudo, residentes em diversos estados brasileiros, tendo como tempo de espera quarenta dias após convite inicial, o que resultou em mudança no propósito metodológico inicial e tempo estendido de coleta de dados, não tendo afetado a fidedignidade dos dados nem relevância do estudo.

Um instrumento tecnológico como cartilha, que traz informações de forma simples, clara e ilustrativa torna-se para enfermagem um material potencialmente eficaz na promoção do aleitamento materno, que traz consigo em seu histórico um leque de tabus e informações desconstruídas que interferem e prejudicam o desenrolar do aleitamento materno.

Acredita-se que uso da cartilha educativa com as puérperas enriquecerá a assistência de enfermagem quanto a promoção da saúde, visto que, este instrumento associado ao diálogo do profissional-puérpera aumentam a capacidade de entendimento e assimilação de conteúdo pelas puérperas e por conseguinte o desenvolvimento do processo de aleitamento materno de forma efetiva, satisfatória e duradoura.

Mediante as informações oriundas deste estudo fica evidenciado a necessidade e relevância de pesquisas que busquem técnicas educativas inovadoras, dinâmicas e de fácil assimilação que auxiliem na promoção da saúde, sendo um material propício a implementação nas diversidades educacionais, sociais, culturais, religiosas e etárias.

O aleitamento materno, por trazer consigo tamanho potencial na saúde e no desenvolvimento do ser humano, juntamente as diversas informações errôneas culturalmente arraigadas ao tema, deve ser constantemente foco de estudos que busquem diversificar e aprimorar a educação voltada a promoção do aleitamento materno, levando ao público alvo a essência da informação de maneira simples, clara e objetiva, com o intuito de resultar na modificação positiva do atual cenário de altas taxas de desmame precoce e uma maior adesão ao aleitamento materno na primeira hora de vida, aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida e a manutenção do aleitamento materno até dois anos de idade ou mais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA J.A.G., NOVAK F.R. Amamentação: um híbrido natureza - cultura. *Jornal de Pediatria* 2004; 80(5): 119-125.
- ARAÚJO, M. F. M.; FIACO, A. D.; WERNER, E. H.; SCHMITZ, B. A. S. Incentivo aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto Carteiro Amigo da amamentação de 1996 a 2002. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 2, p. 195-204, abr./jun. 2003a.
- ARAÚJO, M. F. M.; OTTO, A. F. N.; SCHMITZ, B. A. S. Primeira avaliação do cumprimento dos “Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” nos Hospitais Amigos da Criança no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 4, p. 411–419, out./dez. 2003b.
- ARAÚJO, M. F. M.; REA, M. F.; PINHEIRO, K. A.; SCHMITZ, B. A. S. Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil. **Revista de Saúde Pública**, Recife, v. 40, n. 3, p. 513-520, jun. 2006.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2a. ed., Rio de Janeiro, Zahar, 1981. 279p.
- BADINTER, Elizabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 5a. ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985. 370p.
- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BECKER, D., EDMUNDO K., NUNES N. R., BONATTO D., SOUZA R. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Cienc Saúde Coletiva**. V. 9. N. 3. P. 655-667. 2004.
- BOSI M. L. M., MACHADO M. T., **Amamentação: um resgate histórico**. CADERNOS ESP - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ .v. 1. n. 1, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 11.108 de 07 de abril de 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido. Guia para os Profissionais de Saúde. Cuidados Gerais**. v.1. ed. 1. p. 115. Brasília, 2011
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Brasília, 2012.
- CALDEIRA, A. P.; GONÇALVES, E. Avaliação de impacto da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 2, p. 127-132 mar./abr. 2007.

COLAMEO, A. J.; REA, M. F. O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 597-607, mar. 2006.

COUTINHO, S. B.; LIMA, M. C.; ASHWORTH, A.; LIRA, P. I. C. Impacto do treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, p. 471-7, 2005.

CYSNE, M. M. O.; CARDOSO, P. C. Avaliação da prática da amamentação e do desmame precoce no município de Coronel Fabriciano, MG. **Nutrir Gerais**, Ipatinga, MG, v. 1, n. 1, 2007.

DEMÉTRIO F., PINTO E. J. ASSIS A. M. O. **Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28. ed. 4. p. 641-654, abril, 2012.

FERREIRA, L.A.M. DANIEL G.O.C.R. Gravidez na adolescência e o direito à educação: a licença gestante para estudante. São Paulo. 2008.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; MELLO, D. F. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 166-171, mar/abril. 2002.

FRACOLLI, L. A; GRIPPO, M. L. V. S. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania. *Rev Esc Enferm USP*, v. 42. Ed. 3. P. 430-436. 2008.

FREDERICO, P.; FONSECA, L. M. M.; NICODEMO, A. M. C. Atividade educativa no alojamento conjunto: relato de experiência. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 38-44, ago. 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 29.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.

FREIRE, P., **Educação e mudança.** 30ª ed.; Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

FROTA M. A., COSTA F. L., SOARES S. D., SOUSA FILHO OA, Albuquerque CM, CASIMIRO CF. Fatores que interferem no aleitamento materno. **Rev. RENE**; v. 10. ed. 3. p. 61-7. 2009.

FUJIMORI M., MORAIS T.C., FRANÇA E.L., DE TOLEDO O.R., HONÓRIO-FRANÇA A. C Percepção de estudantes do ensino fundamental quanto ao aleitamento materno e a influência da realização de palestras de educação em saúde. **J Pediatr.** V. 84. Ed. 3. P. 224-231, 2008.

GALDINO, Y. L. S. Construção e validação de cartilha educativa para o autocuidado com os pés de pessoas com diabetes. Monografia (Bacharelado em Enfermagem). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.89p.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo; Atlas, 2010.

LAMOUNIER, J. A. Experiência iniciativa hospital amigo da criança. *Revista Assistência Médica Brasil*, Belo Horizonte, v. 44, n. 4, p.319-24, 1998.

LAMOUNIER, J. A.; BOUZADA, M. A.; JANNEU, A. M. S.; MARANHÃO, A. G. K.; ARAÚJO, M. F. F.; VIEIRA, G. O.; VIEIRA T. O. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 161-9, jun. 2008.

LAMY, Z. C.; GOMES, M. A. S. M.; GIANINI, N. O. M.; HENNIG, M. A. Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 659-68, jul./set., 2005.

LEITE ACNMT, PAES NA. **Direitos femininos no brasil: um enfoque na saúde materna. História, ciências, saúde**. 2009 jul/set; 16 (3): 705-14.

LIMA, M. S. Avaliação de cartilha educativa por pacientes em tratamento hemodialítico.. Monografia (Bacharelado em Enfermagem). Universidade Federal do Piauí, Picos, 2013.64p.

LINTON, Ralph. O homem: uma introdução à antropologia. 11ª. ed. São Paulo, Martins Fontes, 1981. 470p.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2011.

MONTEIRO, R. Brazilian guidelines for marketing baby food: history, limitations and perspectives. **Pan American Journal of Public Health**, Washington, v. 19, n. 5, p. 354-62, may, 2006.

MOREIRA M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação Escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev. Bras. Enferm.** v.56, n.2, p.184-188, 2003.

MOREIRA, M. A., LOPES R. L. M. Amamentação: aspectos históricos das políticas públicas brasileiras. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 6. n. 2, 2007.

NAKAMURA S. S., VEIGA K. F., FERRARESE S. R., MARTINEZ F. E. Percepção e conhecimento de meninas escolares sobre o aleitamento materno. **J Pediatr**. V.79. n. 3 p.181-188, 2003.

NASCIMENTO MB, ISSLER H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **J Pediatr**. v. 80 ed. 5. p. 163-72, 2004.

NUNES, C. N. Cultura Industrial x Alianças Globais: o caso das mamadeiras. *Atualidades em amamentação*, nº 40-41. IBFAN. 2006

OLIVEIRA N. J., MOREIRA M. A. Políticas públicas nacionais de incentivo à amamentação: a in(visibilidade) das mulheres. **Arq Ciênc Saúde** V.20. N. 3. P. 95-100, 2013.

OLIVEIRA P. M. P., REBOUÇAS C.B.A., PAGLIUCA L.M.F Literatura de cordel e amamentação . **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v. 12. n. 2. p. 217 – 223, 2008a.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para auto cuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Cotexto Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 115-123, 2008b.

PELICIONE M. C., TORRES A. L.A **escola promotora de Saúde.** Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1999.

POLIT D. F; BECK C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem.** 7a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 385-390, set./out. 2003.

REA M.F.. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Revista Saúde Pública** 1990 jun; 24(3): 241-9.

SANTORO JÚNIOR W., MARTINEZ F.E. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso. **J Pediatr** v. 83. ed. 6. p.541-546.

SANTOS, M. A. Uso do computador na educação infantil: Análise do uso de jogos educacionais computadorizados. Dissertação (Especialização em mídias na educação) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. 44p.

SANTOS, S. R. R. Aleitamento materno como estratégia de promoção da saúde da criança: construção de uma cartilha. Monografia (Bacharelado em Enfermagem). Universidade Federal do Piauí, Picos, 2014.65p.

SILVA I.A. Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo (SP): Robe; 1997.

SIQUEIRA S. R. de. e TOMA, T. S. **As Semanas Mundiais de Aleitamento Materno.** Aleitamento Materno (org. José Dias Rego), São Paulo Editora Atheneu , 2002

TOMA, T. S. Método Mãe Canguru:o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 233-242, out./dez. 2003.

VASCONCELOS E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Huvitec; 1999.

VASCONCELOS, M. G. L.; LIRA, P. I. C.; LIMA, M. C. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 99-105, jan./mar. 2006.

VENÂNCIO, S. I.; ALMEIDA H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 173-180, nov. 2004.

VIEIRA GO, MARTINS CC, VIEIRA TO, OLIVEIRA NF, SILVA LR. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. **J Pediatr** (Rio J). v. 86. ed.5. p. 441-4. 2012.

VIEIRA, G. O.; SILVA, L. R.; MENDES, C. M. C.; VIEIRA, T. O. Mastite lactacional e a iniciativa Hospital Amigo da Criança, Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1193-1200, jun. 2006.

APÊNDICES

APENDICE A – Questionário de avaliação da cartilha “Amamentar: Um Ato de Amor”

Caro (a) Enfermeiro (a)/Nutricionista/Pedagogo (a).

O desmame precoce é atualmente um problema de saúde pública neste município e em todo o Brasil. Diante das altas taxas de prevalência do abandono do aleitamento materno exclusivo no município, nos propomos a desenvolver uma tecnologia educacional no intuito de promover saúde através da educação. Uma cartilha educativa intitulada Amamentar: Um ato de Amor e será aplicada, as puérperas de cinco Unidades Básicas De Saúde do município de Picos, Piauí. As puérperas para as quais se destina a cartilha, tem média de idade de 23 anos, renda familiar de 1 salário mínimo e estudaram até o ensino médio, no máximo. Gostaríamos, então, de contar com sua valiosa contribuição na avaliação deste material educativo. A cartilha será confeccionada em papel couchê, no tamanho da metade de uma folha A4. Para tanto, pedimos-lhe que preencha o questionário abaixo após a observação da cartilha educativa.

Agradecemos desde já sua participação nesta pesquisa.

1) Quão adequada está a cartilha à idade do público a que se destina?

1. () nada 2. () muito pouco 3. () mais ou menos 4. () bastante 5. () extremamente

2) Quão adequada está a cartilha à escolaridade do público a que se destina?

1. () nada 2. () muito pouco 3. () mais ou menos 4. () bastante 5. () extremamente

3) Quão adequada está a cartilha à renda familiar do público a que se destina?

1. () nada 2. () muito pouco 3. () mais ou menos 4. () bastante 5. () extremamente

4) Quão adequada está o tamanho da cartilha?

1. () nada 2. () muito pouco 3. () mais ou menos 4. () bastante 5. () extremamente

5) Quão adequado está o tamanho das letras utilizadas na cartilha?

1. () nada 2. () muito pouco 3. () mais ou menos 4. () bastante 5. () extremamente

6) Quão adequada estão as figuras utilizadas para compor a cartilha?

1. () nada 2. () muito pouco 3. () mais ou menos 4. () bastante 5. () extremamente

7) Quão adequadas estão as cores utilizadas na cartilha?

1. () nada 2. () muito pouco 3. () mais ou menos 4. () bastante 5. () extremamente

8) Quão adequado está o tipo de material utilizado para confeccionar a cartilha?

1. () nada 2. () muito pouco 3. () mais ou menos 4. () bastante 5. () extremamente

9) Quão adequado está o conteúdo da cartilha ao tema ?

1. () nada 2. () muito pouco 3. () mais ou menos 4. () bastante 5. () extremamente

10) Quão adequado está o nível de dificuldade da cartilha ao público a que se destina?

1. () nada 2. () muito pouco 3. () mais ou menos 4. () bastante 5. () extremamente

11) Quão adequado está o tempo de aplicação da cartilha?

1. () nada 2. () muito pouco 3. () mais ou menos 4. () bastante 5. () extremamente

12) Você tem alguma sugestão para a melhoria da cartilha?

APÊNDICE B - Caracterização do Especialista

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade (anos completos):

Cidade em que trabalha:

Titulação: () Especialista () Mestre () Doutor

Área da Especialização:

Tema da Monografia de Especialização:

Área do Mestrado:

Tema da Dissertação de Mestrado:

Área do Doutorado:

Tema da tese de Doutorado:

Ocupação atual:

Tempo de formação profissional (anos completos):

Por favor, responda às seguintes questões (pode escolher mais de uma alternativa nas questões 1 e 2):

1- Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática **Aleitamento materno** na forma de:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Monografia de graduação | <input type="checkbox"/> Monografia de especialização |
| <input type="checkbox"/> Dissertação | <input type="checkbox"/> Tese |
| <input type="checkbox"/> Artigos científicos | <input type="checkbox"/> Outros |

2- Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática **Educação em Saúde** na forma de:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Monografia de graduação | <input type="checkbox"/> Monografia de especialização |
| <input type="checkbox"/> Dissertação | <input type="checkbox"/> Tese |
| <input type="checkbox"/> Artigos científicos | <input type="checkbox"/> Outros |

3- Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática **Aleitamento materno e/ou Educação em Saúde**?

- () Sim () Não

Se sim:

Por quanto tempo participou ou participa do grupo?

4- Nos últimos 12 meses, onde exerceu suas atividades profissionais?

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**(para profissionais Enfermeiro/Nutricionista/Pedagogo)**

Título do projeto: Estratégia Educativa de Incentivo ao Aleitamento Materno: Uma Proposta de Intervenção

Orientador responsável: Luisa Helena de Oliveira Lima. Telefone: (89) 99253737; e-mail luisahelena_lima@yahoo.com.br.

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciência da Saúde / Curso de Enfermagem/Campus Senador Helvídio Nunes de Barros

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. O (a) senhor (a) precisa decidir se vai participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar esta decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que o (a) senhor (a) tiver.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) senhor (a) não será penalizada de forma alguma.

Meu nome Luisa Helena de Oliveira Lima, enfermeira e professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e estou realizando neste momento uma pesquisa sobre Estratégia Educativa de Incentivo ao Aleitamento Materno: Uma Proposta de Intervenção com puérperas de cinco Unidades Básicas de Saúde no município de Picos, cujos dados serão coletados pela acadêmica de enfermagem Raquel Rodrigues Bezerra Lima.

O Objetivo dessa pesquisa é avaliar um instrumento educativo sobre o aleitamento materno.

Caso aceite você precisará responder um questionário com 12 questões, referente à avaliação de uma cartilha educativa intitulada *Amamentar: Um Ato de Amor* aplicado a puérperas de cinco Unidades Básicas de Saúde. Gostaria, então, de contar com sua valiosa contribuição na avaliação deste material educativo. Para tanto, peço que preencha um questionário. Os dados obtidos com essa pesquisa terão grande valor social e poderão ser utilizados para mobilizar políticas de saúde da criança, principalmente para o aumento de acesso à informação sobre aleitamento materno. A participação nesta pesquisa não lhe causará nenhum desconforto, ela não traz nenhum risco à saúde, não será usado nenhum método invasivo, e as informações coletadas poderão trazer benefícios

para a sociedade. O (a) senhor (a) que está lendo esse termo possui total liberdade de recusar-se a participar da pesquisa ou até mesmo de retirar seu termo de consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhuma penalização e sem prejuízo. Eu pesquisadora garanto total sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa (não interesse em identificar os entrevistados) e quanto ao local de coleta de dados, asseguro absoluta privacidade.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____ RG: _____ li este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e decido participar deste estudo.

Declaro que ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo e que minha participação é isenta de despesas e de riscos. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Responsável legal

Data ____/____/____

(somente para o pesquisador responsável pelo contato e tomada do TCLE)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo projeto

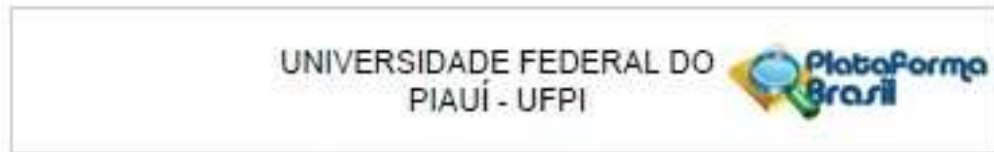
Data ____/____/____

Observações complementares

Se o (a) senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de ética em Pesquisa – UFPI – Campus Universitário Ministro Petrônio Portela – Bairro Ininga Centro de Convivência L09 e10 - CEP: 64.049-550 – Teresina – PI
Tel.: (86)3215-5734 - email: CEP.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aleitamento materno como estratégia de promoção da saúde da criança

Pesquisador: LUISA HELENA DE OLIVEIRA LIMA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13927513.1.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal:

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 372.190

Data da Relatoria: 26/08/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto intitulado ALEITAMENTO MATERNO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA, por meio do qual serão desenvolvidas estratégias para promoção da saúde da criança por meio do incentivo ao aleitamento materno efetivo e duradouro no município de Picos-PI. Uma vez capacitados, os estudantes desenvolverão mensalmente, juntamente e sob a supervisão dos docentes, atividades junto às puérperas, por meio da construção e aplicação de estratégias educativas, discussões em grupo, realização de dinâmicas, entre outros recursos que favoreçam a participação ativa da mãe no processo de aprendizagem.

Estudo de natureza descritiva do tipo transversal, pois serão investigados a tendência e os determinantes do aleitamento materno em crianças

picoenses menores de 6 meses. O estudo será realizado em um hospital público de referência do município de Picos - PI.

A população será composta por todas as crianças nascidas vivas no período de abril de 2013 a março de 2014. Para estimativa do tamanho da população, utilizou-se o número de nascidos vivos de mães residentes em Picos e cujo parto

aconteceu no referido hospital, totalizando 700 nascidos vivos. A amostra será censitária, pois trabalharemos com todos os nascidos vivos. Os

participantes serão selecionados de forma consecutiva, à medida que forem nascendo, e que

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portela
 Bairro: Ininga S/G10 CEP: 64.040-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (88)3215-5734 Fax: (88)3215-5880 E-mail: cep.ufpi@ufpi.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



Continuação do Parecer: 372.190

preencherem os critérios de elegibilidade. Para participar as crianças e mães terão que atender os seguintes critérios de inclusão: - criança nascida viva, no período da coleta (maio de 2013 a abril de 2014); - criança cujo responsável aceite participar da pesquisa e assine o termo de consentimento livre e esclarecido. Serão considerados critérios de exclusão: - RN com muito baixo peso ao nascer inferior a 1.500g ou com idade gestacional (método Capurro) menor que 32 semanas, que impossibilite a permanência em alojamento conjunto; - óbito fetal ou neonatal precoce; - óbito materno; - destino da puérpera à unidade semintensiva; - mãe com sorologia positiva para HIV no pré-natal registrada em prontuário.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Desenvolver estratégias para promoção da saúde da criança por meio do incentivo ao aleitamento materno efetivo e duradouro no município de Picos-PI.

Objetivo Secundário:

Investigar a tendência e os determinantes do aleitamento materno em crianças picosenses menores de 6 meses. Traçar o perfil socioeconômico e sanitário das crianças e mães pesquisadas; Analisar a prevalência de aleitamento materno (AM) e de aleitamento materno exclusivo (AMEX) ao nascer, aos 120 e 180 dias de vida da população estudada; Descrever os fatores de proteção do AM e AMEX na população estudada; Levantar as dificuldades para desenvolvimento do AM e AMEX na população pesquisada; Identificar fatores associados à amamentação na primeira hora de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este exame físico não trará risco para a criança e o desconforto será o mínimo possível.

Benefícios:

O estudo trará como benefício um maior conhecimento dos os fatores que influenciam no aleitamento materno em crianças menores de 6 meses no município de Picos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto desenvolverá estratégias para promoção da saúde da criança por meio do incentivo ao aleitamento materno efetivo e duradouro no município de Picos-PI, pelo que já revela a sua importância.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portela
Bairro: Ininga SQ10 CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3215-5734 Fax: (86)3215-5880 E-mail: cep.ufpi@ufpi.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer 372/120

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Atualização da resolução que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos - Res. 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerada sanada a pendência relativa ao cronograma, somos pela aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

TERESINA, 26 de Agosto de 2013.

Assinador por:
Alicione Corrêa Alves
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portela
Bairro: Ininga SQ10 CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (853)215-5734 Fax: (853)215-5880 E-mail: cep.ufpi@ufpi.br



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"

Identificação do Tipo de Documento

- Tese
 Dissertação
 Monografia
 Artigo

Eu, Raquel Rodrigues Bezerra Lima,
autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
Estratégia Educacional de Incentivo ao Aleitamento
Materno: uma proposta de intervenção
de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 18 de novembro de 2015.

Raquel Rodrigues Bezerra Lima
Assinatura

Raquel Rodrigues Bezerra Lima
Assinatura