



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

**GISELLE LIMA DE FREITAS**

**ANTICONCEPÇÃO PELA LACTAÇÃO COM AMENORRÉIA: CONHECIMENTO  
E PRÁTICA DE ENFERMEIROS**

**Fortaleza – Ceará**

**2009**

**Giselle Lima de Freitas**

**ANTICONCEPÇÃO PELA LACTAÇÃO COM AMENORRÉIA: CONHECIMENTO  
E PRÁTICA DE ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa:

Enfermagem e as Políticas e Práticas de Saúde

Orientadora:

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Escolástica Rejane Ferreira Moura

Fortaleza – Ceará

2009

**Giselle Lima de Freitas**

**ANTICONCEPÇÃO PELA LACTAÇÃO COM AMENORRÉIA: CONHECIMENTO  
E PRÁTICA DE ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Data de aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Banca examinadora:**

---

Profª Drª Escolástica Rejane Ferreira Moura  
Universidade Federal do Ceará  
Presidente

---

Profª Draª Márcia Maria Tavares Machado  
Universidade Federal do Ceará  
Membro Efetivo

---

Profª Drª Ana Karina Bezerra Pinheiro  
Universidade Federal do Ceará  
Membro Efetivo

---

Profª Drª Raimunda Magalhães da Silva  
Universidade de Fortaleza  
Membro Suplente

## **DEDICATÓRIA ESPECIAL**

À Deus, que me deu paz e serenidade durante todo o desenvolvimento desse trabalho.

## AGRADECIMENTOS

---

- À minha mãe, pessoa fundamental em minha vida, exemplo de força e dedicação aos filhos, que nos mostrou sempre o caminho do bem e me incentivou bastante nessa e em outras conquistas.
- À minha irmã, Denise, pela amizade, pelo carinho e pelo amor recíproco e sem tamanho. A ela devo também meus sinceros pedidos de desculpas, pelos momentos em que não fui gentil nas horas mais difíceis dessa caminhada. E minha gratidão pelo apoio na reta final dessa jornada.
- À minha madrinha, minha segunda mãe, que sempre torceu e rezou por mim, estando presente em todos os momentos da minha vida.
- Aos meus irmãos de verdade, João e Raphael, e ao meu irmão de coração, Júnior-Cunhado, pela torcida constante pelo meu sucesso.
- Ao meu mais novo amor, que praticamente acabou de nascer, meu sobrinho-afilhado Guilherme, que simplesmente pela sua chegada transformou minha vida e me encheu de alegria.
- Ao Aragão Júnior, que tanto me apoiou e incentivou, desejando sempre o melhor para mim. Agradeço também pela ajuda sincera sempre que precisei, inclusive quando pensei não poder contar mais.
- Às amigas Mirella, Berisa, Anna Paula, Alaane, Cristiane, Ingryd, Carol, Flávia e Aline (prima do coração) que compartilharam das horas de descontração durante esse período, com elas pude sorrir, me divertir, chorar e desabafar...
- Ao meu grande amigo, Fernando Brasil, que me faz rir, sempre, e isso é tão bom!!

- À Priscila, por dividirmos todos os momentos de crescimento profissional, pela troca mútua de experiências e conhecimentos e pela escuta ativa sempre que precisei.
- À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Karina Bezerra Pinheiro, que acreditou em mim, me incentivou e incentiva sempre. Obrigada pela amizade sincera que construímos já há alguns anos.
- Às professoras que compuseram a banca examinadora, pela disponibilidade e contribuições.
- Em especial, à minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Escolástica Rejane Ferreira Moura, que sem dúvida mostrou-se bem mais que isso, tornou-se amiga, conselheira, uma nova mãe. Pessoa a qual posso recorrer sem medo em qualquer ocasião, que tanto me ouviu e me acalmou nesses dois anos de caminhada. Exemplo de profissional, meu espelho!
- Aos participantes da pesquisa, pela disponibilidade e compromisso com que participaram do estudo.
- Ao CNPq, pelo apoio financeiro por meio de bolsa de demanda social.

## RESUMO

---

A Lactação Exclusiva com Amenorréia (LAM) constitui Método Anticoncepcional (MAC) natural, com eficácia de 98% até o sexto mês de vida da criança. Atualmente, a promoção dos MAC disponíveis no país é realizada pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e, particularmente, pelo enfermeiro, que deve fazê-la com neutralidade, respeitando a livre escolha dos usuários. O objetivo geral deste estudo foi analisar conhecimento e desempenho de enfermeiros do PSF sobre a LAM. Os objetivos específicos foram: Identificar experiências pessoais de enfermeiros (pais ou mães) relacionadas com aleitamento e a LAM; Verificar conhecimento e confiança de enfermeiros relacionados a LAM; Identificar promoção da LAM por parte dos enfermeiros e percepção destes quanto a aceitação da LAM pela clientela; Conhecer estratégias e oportunidades utilizadas por enfermeiros para promoção da LAM; Apresentar resultados da prática de enfermeiros com relação ao acompanhamento de usuárias de LAM. Tratou-se de estudo de campo, transversal, realizado de fevereiro a julho de 2008, nas Secretarias Executivas Regionais (SER) I, III, IV e V de Fortaleza-CE, com 137 enfermeiros. A coleta de dados ocorreu nas Unidades Básicas de Saúde das referidas SER utilizando a entrevista. Houve predomínio de enfermeiras, correspondendo a 121 (88,3%) dos participantes, que apresentaram idade média de 35,1 anos. Pouco mais da metade, 70 (51,1%), referiram ter filhos, e desses, 61(92,4%) informaram ter vivenciado o aleitamento materno exclusivo, o que gerou uma média de 4,38 meses. No entanto, apenas 12 (19,6%) enfermeiros afirmaram ter adotado a LAM, mesmo considerando sua praticidade e seus benefícios. Apenas 2 (1,5%) enfermeiros desconheciam a LAM como opção contraceptiva. Quanto a auto-avaliação dos conhecimentos sobre o assunto, 34 (24,8%) enfermeiros classificaram seus conhecimentos como excelente e ótimo, 80 (58,4%) bom, 20 (14,6%) como regular e 3 (2,2%) insuficiente. A maioria, 88 (64,2%), desconhecia a eficácia da LAM e somente 5 (3,7%) informaram a eficácia correta. Mesmo com 65 (47,4%) dos enfermeiros desacreditando na eficácia da LAM e apenas 19 (13,9%) sendo conhecedores dos três requisitos para o funcionamento ótimo do método, 112 (81,8%) afirmaram orientar às mulheres sobre a utilização do mesmo. A aceitação das mulheres ocorre de forma parcial, na medida em que solicitam método complementar para continuar em uso da LAM. A orientação é fornecida pelos enfermeiros em diferentes momentos, relacionados ao período gravídico-puerperal (pré-natal, puerpério e puericultura) e fora deste, nas consultas de planejamento familiar, sendo, na maioria das vezes, adotada a orientação individual. No momento da pesquisa, 59 (52,7%) enfermeiros acompanhavam usuárias de LAM. O tempo médio de uso pelas clientes é de 3 a 4 meses, sendo a volta ao trabalho e a introdução de outros alimentos à dieta infantil os principais motivos de interrupção da LAM. O anticoncepcional oral combinado foi o MAC de sucessão da LAM. Infere-se, pois, que é necessário melhorar o conhecimento dos enfermeiros do PSF sobre essa área do cuidado, uma vez que nessas circunstâncias a promoção da LAM fica comprometida, afetando a adesão das mulheres ao método, bem como a eficácia do mesmo.

**Palavras chave:** planejamento familiar natural; anticoncepção; Programa Saúde da Família

## ABSTRACT

---

Exclusive to The Lactation Amenorrhea (LAM) is a contraceptive method (MAC) natural, with efficiency of 98% by the sixth month of life. Currently, promotion of MAC is available in the country carried out by teams of the Family Health Program (FHP), particularly by nurses, who must do it in neutral, respecting the free choice of users. The aim of this study was to analyze knowledge and performance of nurses of the PSF on the LAM. The specific objectives were: To identify personal experiences of nurses (parents or mothers) in relation to breastfeeding and LAM; To assess knowledge and confidence of nurses related to LAM; To identify promotion of LAM by the perception of nurses and how the acceptance of LAM by the customer; To know opportunities and strategies used by nurses to promote LAM; To show results of the practice of nurses with respect to the monitoring of users of LAM. It was a field study, cross, held from February to July 2008, the Regional Executive Secretariats (SER) I, III, IV and V of Fortaleza-CE, with 137 nurses. Data collection occurred in the Basic Health Units using the interview. There were the nurses, accounting for 121 (88.3%) participants, who had a mean age of 35.1 years. Slightly more than half, 70 (51.1%) reported having children, and of those, 61 (92.4%) reported having experienced exclusive breastfeeding, which had an average of 4.38 months. However, only 12 (19.6%) nurses said they had adopted the LAM, even considering its practicality and its benefits. Only 2 (1.5%) nurses know how to LAM contraceptive option. As the self-assessment of knowledge on the subject, 34 (24.8%) nurses rated their knowledge as excellent or good, 80 (58.4%) good, 20 (14.6%) as regular and 3 (2, 2%) inadequate. Most, 88 (64.2%), know the effectiveness of LAM and only 5 (3.7%) reported the efficacy correct. Even with 65 (47.4%) of nurses discrediting the effectiveness of LAM and only 19 (13.9%) being knowledgeable of the three requirements for optimal operation of the method, 112 (81.8%) said guide for women on the use of it. The acceptance of women occurs in part, to the extent that seeking complementary method to continue use of LAM. The guidance is provided by nurses at different times, related to the pregnancy-puerperal period (prenatal, postpartum and child care) and outside, in the consultations for family planning and, in most cases, adopted the individual approach. The students, 59 (52.7%) nurses accompanied users of LAM. The average time of use by customers is 3 to 4 months, and the return to work and the introduction of other foods to the infant diet the main reasons for discontinuation of LAM. The oral combination was the MAC of succession of LAM. It is therefore the need to improve knowledge of nurses of the PSF over the area of care, since in such circumstances the promotion of LAM is compromised, affecting the adherence of women to the method and the effectiveness of it.

**Keywords:** natural family planning, contraception, Family Health Program



## LISTA DE FIGURAS

---

	<b>Página</b>
1. FIGURA 1. Algoritmo do Método da Lactação com Amenorréia (LAM).....	17
2. FIGURA 2. Distribuição do número de enfermeiros que atuam no Programa Saúde da Família por SER.....	35

## LISTA DE TABELAS

---

	<b>Página</b>
1. Distribuição do número de enfermeiros segundo aspectos demográficos. Programa Saúde da Família. Fortaleza-CE. fev.-jul., 2008.....	39
2. Distribuição do número de enfermeiros segundo universidade formadora da graduação, tempo de graduação e tempo de atuação em planejamento familiar. Programa Saúde da Família. Fortaleza – CE. fev.-jul., 2008.....	44
3. Distribuição do número de enfermeiros (pais e mães) segundo experiência com amamentação mista, exclusiva e LAM. Programa Saúde da Família. Fortaleza – CE. fev.-jul., 2008.....	46
4. Distribuição do número de enfermeiros conforme conhecimento e confiança com relação a LAM. Programa Saúde da Família. Fortaleza – CE. fev.-jul., 2008.....	55
5. Distribuição do número de enfermeiros conforme promoção da LAM e percepção destes quanto a aceitação do método pela clientela. Programa Saúde da Família. Fortaleza – CE. fev.-jul., 2008.....	59
6. Distribuição do número de enfermeiros quanto as estratégias e oportunidades de promoção da LAM. Programa Saúde da Família. Fortaleza – CE. fev.-jul., 2008.....	64
7. Distribuição do número de enfermeiros de acordo com variáveis relacionadas a prática em acompanhamento da LAM. Programa Saúde da Família. Fortaleza – CE. fev.-jul., 2008.....	68

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

---

PSF - Programa Saúde da Família  
SUS - Sistema Único de Saúde  
MAC - Métodos Anticoncepcionais  
ACO - Anticoncepcional Oral Combinado  
PEP - Pílula Exclusivamente de Progestágeno  
IC - Injetável Combinado  
IEP - Injetável Exclusivamente de Progestágeno  
DIU - Dispositivo Intra Uterino  
LAM - Método da Lactação com Amenorréia  
TFT - Taxa de Fecundidade Total  
GnRH - Gonadotrofinas  
FSH - Hormônio Folículo Estimulante  
LH - Hormônio Luteinizante  
AME - Aleitamento Materno Exclusivo  
MS - Ministério da Saúde  
PMI - Programa de Saúde Materno-Infantil  
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher  
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes  
PNIAM - Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno  
BLH - Banco de Leite Humano  
IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância  
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas  
RN - Recém-nascido  
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
SER - Secretaria Executiva Regional  
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina  
UTI - Unidade de Terapia Intensiva  
DST - Doença Sexualmente Transmissível  
OIT - Organização Internacional do Trabalho  
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana  
SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida  
ARV - Antiretroviral  
PIG - Pequeno para a Idade Gestacional

## SUMÁRIO

---

	<b>Página</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	13
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	21
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	22
3.1 O aleitamento materno como medida de promoção da saúde materna (anticoncepção) e infantil.....	22
3.2 O PSF como cenário de promoção do aleitamento materno exclusivo e da LAM.....	29
<b>4. MATERIAS E MÉTODO.....</b>	34
4.1 Caracterização do estudo.....	34
4.2 Local do Estudo.....	34
4.3 População e amostra.....	36
4.4 Coleta de dados.....	36
4.5 Organização dos dados para a análise.....	37
4.6 Aspectos éticos.....	38
4.7 Financiamento.....	38
<b>5. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	39
5.1 Caracterização dos enfermeiros participantes.....	39
5.1.1 Perfil demográfico.....	39
5.1.2 Perfil profissional.....	44
5.2 Experiências pessoais dos enfermeiros (pais ou mães) relacionadas ao aleitamento materno e a LAM.....	46
5.3 Conhecimento e confiança dos enfermeiros a respeito da LAM.....	55
5.4 Promoção da LAM pelos enfermeiros e percepção destes quanto a aceitação da LAM pela clientela.....	59

5.5	Estratégias e oportunidades utilizadas pelos enfermeiros para promover a LAM.....	64
5.6	Prática dos enfermeiros com relação ao acompanhamento de usuárias de LAM.....	68
<b>6.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>70</b>
<b>7.</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>73</b>
<b>8.</b>	<b>APÊNDICES E ANEXOS</b>	
	Apêndice A – Cronograma de pesquisa.....	82
	Apêndice B – Roteiro de entrevista dos enfermeiros.....	83
	Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pós-informação.....	85
	Apêndice D – Roteiro de entrevista com professoras universitárias.....	86
	Anexo A – Ofício protocolo COMEPE.....	87

## 1 INTRODUÇÃO

---

No Brasil, em 1996, foi promulgada a lei 9.263 que regula o sétimo parágrafo do artigo 126 da Constituição Federal, reconhecendo o planejamento familiar como direito de todo cidadão e responsabilizando o Estado como promotor das condições para que homens e mulheres tenham acesso a informações, meios, métodos e técnicas relacionados a essa área do cuidado (BRASIL, 2002a). Assim, cabe ao casal decidir quando ter filhos, bem como escolher as formas utilizadas para evitar uma gravidez, devendo o Estado dispor dos meios para tal.

Atualmente, o planejamento familiar vem sendo oferecido basicamente pelas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), um modelo de política pública de saúde que visa proporcionar melhores condições de saúde à maioria das mulheres do país, substituindo o atendimento individualizado, curativo, de alto custo e baixo impacto, por ações coletivas, abrangentes, por meio de parcerias com a Educação, Ação Social e Trabalho (MOURA, 2003).

O PSF busca consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentados na Reforma Sanitária Brasileira e estabelecidos na Constituição de 1988. As atividades são realizadas por equipes multiprofissionais formadas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e por quatro a seis agentes comunitários de saúde, que assumem a co-responsabilidade pela saúde de 1.000 famílias, o que corresponde a uma média de 3.450 pessoas (BRASIL, 2002a). Tal estratégia busca romper com o modelo biomédico de atenção à saúde vigente no país e incorporar ações de promoção da saúde conforme realidade da população, responsabilizando-a pela sua própria saúde, que não aceita a doença como uma fatalidade, mas que busca evitá-la a partir do conhecimento de suas causas básicas (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

A Promoção da Saúde está associada à qualidade de vida e à autonomia do sujeito sobre seu estado de saúde. Uma visão atual e progressista deste conceito engloba a abordagem da intersetorialidade, na qual a saúde incorpora a perspectiva da qualidade de vida da população associada às condições de moradia, educação, cultura, segurança e lazer (CZERESNIA, 2003).

Neste contexto da promoção da saúde, é fundamental destacar o papel do enfermeiro como promotor de informações e educador em saúde. Este processo não ocorre apenas pelo simples repasse de informações de um agente detentor do saber para uma

população necessitada: o enfermeiro deve, em sua prática, conhecer a realidade econômica, social e cultural do indivíduo, família e comunidade, bem como suas principais necessidades, para, por meio da troca de experiências e saberes, proporcionar conhecimentos que resultem na aquisição de hábitos saudáveis de vida por parte da população. É necessária, então, a participação ativa e consciente do usuário para que esse processo se torne realidade e tenha os objetivos alcançados.

A atenção em planejamento familiar exige o desenvolvimento de atividades educativas pelos serviços de atenção básica. Preconiza-se que o acesso a esse serviço se faça pela participação da/o usuária/o em uma reunião ou sessão informativa, seguida de atendimento individualizado (BRASIL, 2002a; MAIA; CHACHAM, 2002). Esta ação possibilita a interação entre os usuários e a troca de experiências individuais, favorecendo, portanto, o compartilhamento de conhecimentos e uma escolha reprodutiva mais acertada. Para Moura (2003), a atividade de educação em saúde, no contexto individual, grupal e comunitário proporciona à clientela o desenvolvimento de potencialidades para o planejamento apropriado da família, levando-se em consideração os aspectos biológicos, econômicos, sociais e culturais.

O enfermeiro é o principal responsável pela atenção em planejamento familiar oferecida na rede básica de saúde, devendo disponibilizar uma adequada oferta dos métodos anticoncepcionais (MAC) aprovados no país, destacando-se: Anticoncepcional Combinado Oral (ACO), Pílula Exclusivamente de Progestágeno (PEP), Injetável Combinado (IC) e Injetável Exclusivamente de Progestágeno (IEP), preservativo masculino e feminino, diafragma, espermicida, Dispositivo Intra-Uterino (DIU), laqueadura tubária, vasectomia e pílula de emergência. Ademais, devem ser promovidos o método anticoncepcional natural, o método da Lactação com Amenorréia (LAM) e os métodos comportamentais, ou seja, tabela ou Ogino-Knaus, muco cervical ou método de *Billings*, temperatura basal, sintotérmico e coito interrompido.

O aumento do uso de MAC em quase todos os países em desenvolvimento, desde 1990, acarretou uma redução da taxa de fertilidade. Nessas regiões, o uso de anticoncepcionais varia amplamente de uma média de 15% na África subSaara a 68% na América Latina e Caribe, destacando-se o Brasil. Os MAC mais utilizados por mulheres casadas em países em desenvolvimento são a esterilização feminina, os anticoncepcionais hormonais orais, os injetáveis e o DIU. Juntos, estes quatro métodos são responsáveis por quase 75% de todo o uso de anticoncepcionais (JONHS HOPKINS UNIVERSITY- JHU, 2003).

Atualmente, a Taxa de Fecundidade Total (TFT) no Brasil é estimada em 1,8 filhos por mulher, número reduzido se comparado ao patamar da década de 60, em que esta estimativa era de 6,2 filhos por mulher. Entretanto, as regiões Norte e Centro-Oeste apresentam taxas mais elevadas que a média nacional, que são de 2,28 e 2,05, respectivamente. A TFT na região Nordeste é de 1,75 filhos por mulher. A taxa de fecundidade entre as mulheres com baixo ou nenhum nível de escolaridade é de 4,24, e entre mulheres com 12 anos ou mais de estudo é de 1,0 (BRASIL, 2008). Portanto, a escolaridade tem uma influência significativa na TFT no país.

De acordo com o Boletim de Saúde de Fortaleza, as ações de Planejamento Familiar estão implantadas em 97% das unidades básicas de saúde, e 82% das mulheres em idade fértil utilizam algum método anticoncepcional, sendo os mais usados os anticoncepcionais hormonais orais e o preservativo masculino, com 51,2% e 43,9% respectivamente, correspondendo exatamente aos mais disponibilizados no serviço público. Este fato ilustra a restrita variedade de métodos anticoncepcionais o que é desfavorável a uma assistência em planejamento familiar adequada (FORTALEZA, 2004).

No Ceará, a disponibilidade insuficiente, a provisão irregular (principalmente em áreas rurais) e a reduzida variedade de métodos anticoncepcionais foram identificados como os principais obstáculos à atenção de qualidade em planejamento familiar, o que é confirmado pelo elevado número de gravidezes em idade precoce, altas taxas de aborto, intervalo gestacional inferior a dois anos e um elevado número de mulheres laqueadas em idade precoce sem uma decisão reflexiva (MOURA, 2007a). Essa mesma autora sugere que o método natural de anticoncepção da Lactação com Amenorréia (LAM) e os métodos comportamentais sejam oferecidos eficazmente pelas equipes de PSF, que, como supostas conhecedoras da dinâmica familiar e com forte vínculo estabelecido com as famílias, estariam em condições favoráveis para promovê-los, ampliando, assim, o leque de opções de MAC. Todavia, os profissionais do PSF apontam a não credibilidade das mulheres a estes métodos, a recusa aos mesmos e o baixo nível de instrução das usuárias do serviço como fatores que dificultam a propagação destes, sobre o que a autora analisa como razões de baixo impacto para a não adesão a estes métodos, à medida que forem enfrentados adequadamente: com um processo educativo sistemático, contínuo e animador.

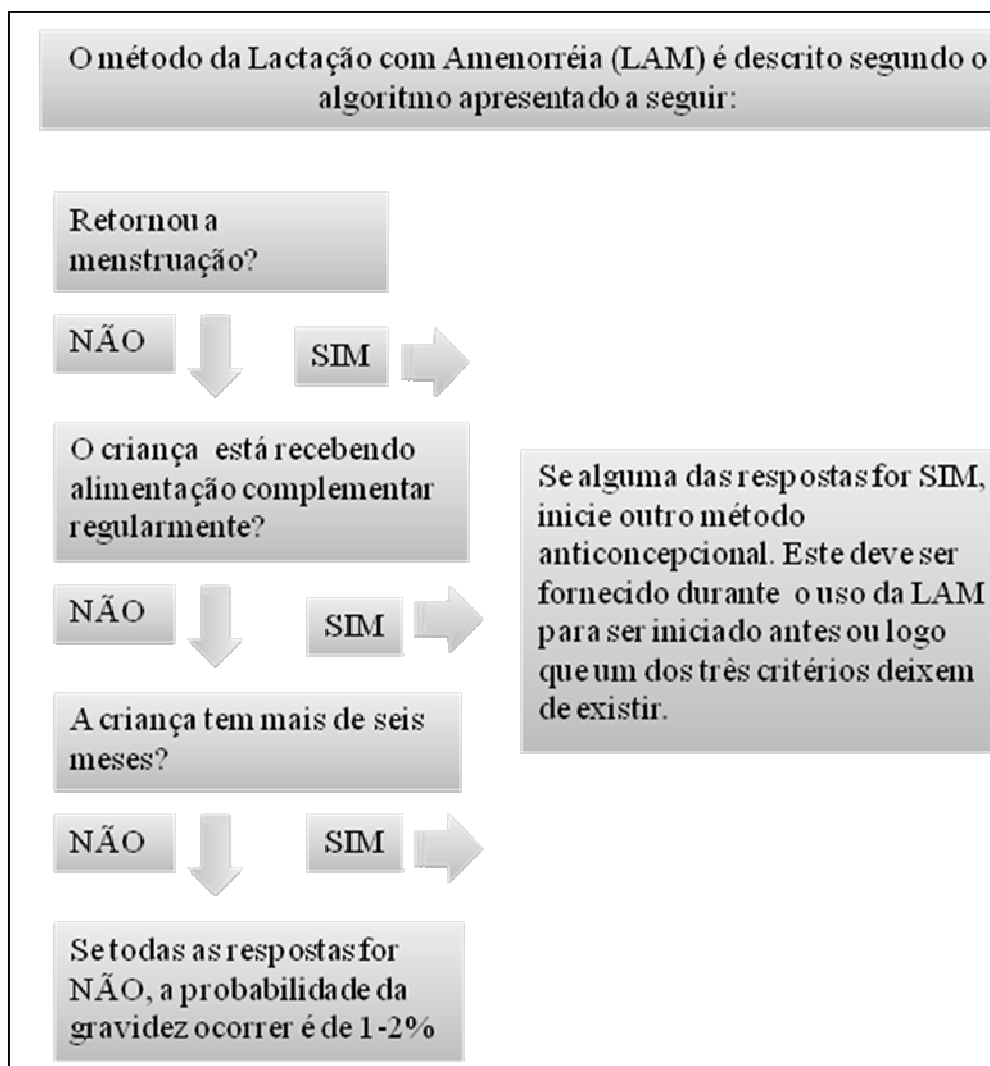
Particularmente, o método da LAM tem 98% de eficácia. Esta assertiva está amparada na fisiologia da lactação, pois a sucção dos mamilos interfere na secreção das gonadotrofinas (GnRH), o que por sua vez altera a liberação dos hormônios folículo estimulante (FSH) e luteinizante (LH), reduzindo o crescimento folicular e inibindo a



ovulação (REA, 2004). A duração da amenorréia lactacional está relacionada ao estímulo do aleitamento, uma situação única entre cada mãe e seu bebê. A lactação aumenta a sensibilidade do hipotálamo para o efeito de retro alimentação negativa sobre a supressão das gonadotrofinas (MCNEILLY, 2001). Basicamente, a LAM impossibilita a liberação de óvulos pelos ovários na medida em que a prolactina, responsável pela produção do leite e liberada durante a sucção, impede a liberação de hormônios naturais que estimulam a ovulação.

Em 1988, ocorreu em Bellagio, na Itália, uma reunião com estudiosos de todo o mundo acerca do uso da amamentação associada à amenorréia pós-parto como um possível método anticoncepcional, sendo, então, estabelecida a Declaração de Consenso de Bellagio. Estudos foram realizados após essa reunião com o intuito de validar tal proposta e, em 1995, na mesma cidade, a LAM foi definida como um método eficaz de planejamento familiar. Foram definidos critérios básicos que deveriam ser corretamente seguidos para a eficácia do método, reconhecendo-se a obrigatoriedade da lactante estar em amenorréia pós-parto, amamentando o bebê exclusivamente, ou quase exclusivamente, até o seu sexto mês de vida. Segundo manual publicado pela Family Health Internacional (2007), após o sexto mês de vida do bebê, a criança necessita de outras fontes de nutrientes em sua dieta, o que naturalmente reduz o número de mamadas e, conseqüentemente, descaracteriza a LAM. O algoritmo apresentado na Figura 1. ilustra o funcionamento da LAM, facilitando a compreensão do método e a tomada de decisão por parte do profissional de saúde.

FIGURA 1. Algoritmo do Método da Lactação com Amenorréia (LAM)



Fonte: HATCHER *et al.* 2001, p. 15-8

Mais tarde, em 1997, foi realizado um estudo sobre a eficácia da LAM pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Médico da Universidade de Georgetown, nos Estados Unidos. A eficácia do método foi confirmada em 98% dos casos, e a recomendação do Consenso de Bellagio foi reiterada, com a incorporação da LAM à prática hospitalar e de maternidades, bem como às ações de planejamento familiar, saúde materna e infantil e outras configurações de cuidados primários de saúde (LABBOK, 1997).

Estudo de revisão de 9 outras pesquisas sobre a recuperação da fertilidade em mulheres que amamentavam, para avaliar a eficácia da amenorréia lactacional como um método anticoncepcional seguro, encontrou taxas de ovulação durante a amamentação de

30,9% e 67,3% aos 6 e 12 meses, respectivamente, em comparação com 27,2% em 6 meses quando os três critérios da LAM foram cumpridos. Taxas de gravidez durante a amamentação foram 2,9 e 5,9 por 100 mulheres aos 6 e 12 meses, em comparação com 0,7 aos 6 meses com o uso da LAM (KENNEDY; VISNESS, 1992). A probabilidade de gravidez com o uso da LAM, calculada a partir destes estudos, é semelhante a de outros métodos anticoncepcionais modernos mais eficazes, como os hormonais orais e injetáveis, o DIU e os métodos cirúrgicos.

À medida que a LAM depende da amamentação exclusiva, ou quase exclusiva, sua promoção proporciona vantagens para a mãe e para a criança que é amamentada, bem como para a família, para a comunidade e para o sistema de saúde. A amamentação exclusiva por seis meses é uma importante medida de redução da morbidade e da mortalidade infantil. Apesar do conhecimento das vantagens do aleitamento materno para as nutrizes, enquanto método anticoncepcional e essencial para a sobrevivência das crianças, a prática da amamentação ainda é baixa nos países em desenvolvimento, destacando-se o Brasil (COUTINHO, 2005).

Entende-se por amamentação exclusiva ou aleitamento materno exclusivo (AME) uma dieta infantil restrita ao leite materno, nesse caso, a única fonte de nutrientes do lactente é o leite materno, não sendo oferecido nem mesmo água. Na amamentação ou aleitamento materno quase exclusivo a maior parte (especificamente  $\frac{3}{4}$ ) da dieta do bebê é proveniente do leite materno, sendo, ocasionalmente, oferecido à criança: vitaminas, água, suco de frutas ou outros nutrientes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS, 2007).

A duração mediana de aleitamento materno exclusivo (AME) no Brasil é de 2,17 meses, sendo, portanto, observado discreto aumento na duração mediana de AME no país em relação à pesquisa realizada em 1996, que tinha como média duração de um mês. As regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste apresentam mediana superior à média nacional, de 2,50, 2,46 e 2,23 meses respectivamente. Quase 50% das crianças da pesquisa com menos de dois meses de idade eram exclusivamente amamentadas, enquanto este percentual cai para 15,3% entre os quatro e seis meses (BRASIL, 2008).

O incentivo ao aleitamento materno, pelos benefícios que proporciona às crianças, é uma prática que deve ser encorajada por todos os profissionais de saúde. Estudo de coorte, semi-experimental, realizado com dois grupos de mulheres atendidas durante o parto em uma Maternidade em Pernambuco (Nordeste brasileiro), nos quais, na primeira coorte, as mulheres receberam orientação sobre métodos comportamentais, de barreira, hormonais orais e injetáveis, e no segundo grupo, receberam a intervenção do estudo, com orientação reforçada

acerca da LAM, verificou-se maior desenvolvimento pômbero-estatural das crianças do segundo grupo, assim como maior número de doenças infecciosas nas do primeiro grupo. Foi demonstrado, também, que a maior parte das mulheres (53%) que recebeu orientação adicional ainda amamentava ao final de seis meses (CECATTI *et al.*, 2004).

O impacto da aceitação da LAM foi avaliado em um estudo realizado com 1.490 mulheres, no México, das quais 54,2% aceitaram a LAM após terem recebido aconselhamento adequado sobre o método, e outras 45,8% recusaram, justificando desconfiança quanto a sua eficácia (LÓPEZ-MARTÍNEZ *et al.*, 2006). Tal fato reforça o importante papel do profissional da saúde; particularmente, o enfermeiro, como agente promotor do método, fornecendo informações corretas sobre o seu uso e a sua desmistificação.

Como benefícios, o leite materno apresenta, ainda, composição adequada à necessidade nutricional da criança. Comparação entre o leite materno e o leite de vaca mostrou maior biodisponibilidade do ferro presente no primeiro e maior risco de desenvolvimento de anemia ferropriva entre crianças alimentadas com leite de vaca (OLIVEIRA; OSÓRIO, 2005). O ato de sucção pelo bebê fortalece os músculos da face e, em longo prazo, favorece o processo da dentição e da fala. Uma avaliação da atividade dos músculos da face em bebês alimentados ao seio ou por mamadeira demonstrou haver uma atividade menor dos músculos nos bebês alimentados por mamadeira (NYQVIST; EWALD, 2006).

Os benefícios maternos do aleitamento incluem: a maior rapidez na involução uterina provocada pela liberação aumentada de ocitocina; perda de peso ou gordura corporal, devido ao gasto calórico necessário para a produção do leite; proteção contra o câncer de ovário e o câncer de mama e o aumento do intervalo gestacional proporcionado pela amenorréia lactacional, o que irá reduzir o risco reprodutivo em gestação futura (REA, 2004).

A prática da amamentação pode ser vista, assim, como um investimento familiar, tendo em vista a redução de gastos com a compra de substâncias lácteas industrializadas e com internações hospitalares, o que por sua vez representa uma vantagem para o próprio serviço de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2006).

Apesar de suas vantagens, a ausência de efeitos colaterais e a alta eficácia, a LAM ainda é pouco conhecida pelas mulheres. Tal fato se deve a baixa e/ou inadequada difusão deste método por parte dos profissionais da saúde que atuam diretamente com planejamento familiar. O aleitamento materno e o planejamento familiar devem caminhar juntos na promoção da saúde infantil e materna, uma vez que o estímulo à amamentação exclusiva aumenta o intervalo intergestacional e garante a manutenção da lactação até os seis meses de

vida, quando serão introduzidos outros alimentos à dieta da criança (CECATTI *et al.*, 2004).

Em face ao exposto, percebe-se a relevância de se promover a LAM como uma opção anticonceptiva segura e com benefício duplo à nutrição e à saúde infantil e materna, a destacar o PSF como cenário de prática favorável à sua propagação, sobre o que se questiona: Quais as experiências pessoais de enfermeiros com a LAM? Qual o conhecimento e a confiança dos enfermeiros a respeito deste método? Quais estratégias e oportunidades utilizam para promover o mesmo? Como a LAM está sendo abordada por enfermeiros do PSF? Responder a estas indagações significa obter um diagnóstico a respeito da promoção da LAM com suas lacunas e limitações, o que servirá como subsídio para uma reflexão crítica dos profissionais que atuam na atenção básica, no sentido de manter, incorporar e/ou aperfeiçoar suas práticas na respectiva área do cuidado. Com base neste contexto, foram elaborados os objetivos de pesquisa que se apresentam a seguir.

## **2 OBJETIVOS**

---

### **2.1 Objetivo geral:**

- Analisar o conhecimento e a prática de enfermeiros que atuam no Programa Saúde da Família relacionados à LAM.

### **2.2 Objetivos específicos:**

- Identificar experiências pessoais de enfermeiros (pais ou mães) relacionadas ao aleitamento materno e a LAM;
- Verificar o conhecimento e a credibilidade de enfermeiros a respeito da LAM;
- Identificar a promoção da LAM por parte dos enfermeiros e percepção destes quanto a aceitação do método pela clientela;
- Conhecer estratégias e oportunidades utilizadas por enfermeiros para promoção da LAM e acompanhamento de usuárias;

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

---

#### 3.1 O aleitamento materno como medida de promoção da saúde materna (anticoncepção) e infantil

A prática de aleitamento materno, que por longo período representou a principal fonte de nutrientes na dieta infantil, se tornou menos presente durante o início do século passado em vários países do mundo. A Inglaterra, por exemplo, com o intuito de reduzir a crescente taxa de mortalidade infantil patenteou o primeiro leite condensado e, em 1911, este foi recomendado como o principal alimento substituto do leite materno (ARANTES, 1995).

No Brasil, a frequência da amamentação era satisfatória até a década de 60, quando se iniciou uma redução nessa prática acompanhando a realidade internacional e aumentando as taxas de desnutrição e mortalidade infantil em decorrência do desmame precoce. A crescente industrialização de fábricas produtoras de leite em pó e as intensas campanhas de incentivo ao uso por sua facilidade e praticidade, bem como a inserção da mulher no mercado de trabalho e a falta de políticas de incentivo à amamentação, foram fatores que contribuíram para a redução da prática de aleitar (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2006). Na década de 70, houve um declínio na prática da amamentação e foi observada piora nas condições de saúde materna e infantil. Para reverter esta tendência, numerosas políticas de incentivo e proteção à amamentação e à saúde do binômio mãe/filho foram organizadas no país, revertendo de forma lenta a situação.

A Carta de Ottawa, documento oficial resultante da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986, no Canadá, define Promoção da Saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle desse processo (SOUZA; GRUNDY, 2004). Promover saúde significa, então, atingir e modificar comportamentos de risco à saúde humana. Logo, o incentivo à prática da amamentação é uma ação de promoção da saúde, tendo em vista que reduz os riscos à saúde materna e infantil relacionados ao desmame precoce.

A Carta de Ottawa, apresentada pela World Health Organization – Who (1986), postulou também que os profissionais da saúde devem ter suas atribuições direcionadas a

ações comunitárias com o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, desenvolvimento de habilidades pessoais, criação de ambientes saudáveis e reorientação dos serviços de saúde.

As conferências internacionais representam o marco para a discussão das idéias sobre Promoção da Saúde e as suas vertentes em todo o mundo, resultando em documentos que visam orientar e consolidar esses ideais em diferentes países. A Declaração de Alma-Ata, resultante da Conferência de Alma-Ata, ocorrida em 1978, estabeleceu como uma prioridade a atenção à assistência materno-infantil, com inclusão do planejamento familiar, relacionado não só a aspectos pró-criativos, mas abrangendo o conjunto das necessidades de uma família, tais como saúde, educação, moradia e lazer (BRASIL, 2001a). No entanto, vê-se que esta abordagem é pouco utilizada e que a assistência ao planejamento familiar se resume basicamente na anticoncepção.

As quatro conferências que vieram depois mantiveram a mesma direção das duas anteriores (Alma-Ata e Ottawa), merecendo destaque a Conferência de Sundsvall, ocorrida em 1991, que teve como tema central a criação de Ambientes Favoráveis à Saúde e reconheceu a mulher como peça importante na sua construção. O planejamento familiar não foi abordado de um modo direto, mas foi afirmado que o crescimento populacional é uma ameaça ao desenvolvimento sustentável, tendo em vista a super-povoação de ambientes insalubres e o aumento da pobreza, o que incrementou a discussão sobre políticas de saúde da mulher e sobre o planejamento familiar (BRASIL, 2001a).

Com base nas conferências e buscando reduzir as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil e materna, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) priorizou medidas eficazes de redução destas taxas e, em meados dos anos 70, implementou o Programa de Saúde Materno-Infantil (PMI), no qual o planejamento familiar figurou sob o enfoque da paternidade responsável (COSTA, 1996). Em 1983, o governo brasileiro lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), programa que adotou, com dificuldade, políticas e medidas para permitir o acesso da população aos meios de contracepção (OSIS *et al.*, 2006).

No ano de 2002, o MS lançou o Manual Técnico de Assistência em Planejamento Familiar, reconhecendo a importância de se oferecer aos profissionais de saúde informações atualizadas sobre o tema (BRASIL, 2002b). Em 2004, o MS elaborou o mais recente documento voltado à saúde da mulher, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM), refletindo o compromisso com a implementação de ações voltadas à saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis, enfocando, principalmente, a atenção obstétrica, o planejamento



familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

Ao mesmo tempo em que foram implementadas ações de proteção à saúde materna e infantil, começaram a surgir evidências científicas mostrando a superioridade do leite materno como fonte de alimento, de proteção contra doenças e de afeto, evidenciando as desvantagens da substituição do leite materno por outros leites. Assim, em 1981, foi lançado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNAIM) e a partir daí foram priorizadas ações básicas de atenção ao recém-nascido e à lactante e de promoção ao aleitamento materno (BRASIL, 2002c).

Em 1985, iniciou-se a implantação dos Bancos de Leite Humano (BLH) nas cidades brasileiras com objetivo de incentivar a amamentação e atender intercorrências maternas e infantis que dificultem esse processo. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi lançada em 1991, com o objetivo de mobilizar e incentivar os profissionais da saúde e as maternidades a aderirem ao conjunto de medidas então chamado de “dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, outra estratégia de promoção da amamentação lançada dois anos antes também pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF (REA, 2003).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança, na qual é necessário o cumprimento dos “dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, é uma importante medida de incentivo ao aleitamento materno, visto propor modificação de rotinas e condutas institucionais que levam ao desmame precoce pela adoção dos seguintes passos:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde.
2. Treinar toda a equipe de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Orientar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento do bebê.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento tenha uma indicação médica.

7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que mãe e bebê permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
10. Encaminhar as mães, por ocasião da alta hospitalar, para grupos de apoio ao aleitamento materno na comunidade ou em serviços de saúde.

Ressalta-se, pois, que os referidos passos contemplam ou reforçam a promoção da LAM.

A Política Nacional de Aleitamento Materno tem como uma de suas metas a promoção da amamentação nas unidades básicas de saúde do SUS. Assim, após o estabelecimento do aleitamento materno durante a internação para o parto, o hospital teria como garantir a sua continuidade pelo encaminhamento das mães a grupos de apoio à amamentação, tendo em vista que o declínio do aleitamento exclusivo ocorre nas primeiras semanas após o parto (NARCHI *et al.*, 2005).

A OMS considera o leite materno o alimento ideal para os recém-nascidos. Ela recomenda apoio e incentivo ao aleitamento materno, reforçando que a amamentação deve começar tão cedo quanto possível, que as mamadas sejam em livre demanda - sem horário determinado e de acordo com a necessidade do bebê -, e que nenhum suplemento é necessário para crianças até seis meses de vida, portanto, critérios que garantem a LAM (LIMA; OSÓRIO, 2003).

A Constituição Brasileira de 1988, no intuito de viabilizar essa prática, assegura auxílio-natalidade, licença maternidade remunerada de 120 dias e licença paternidade de cinco dias, o que não garante que o processo da amamentação ocorra de forma segura até o sexto mês, tendo em vista que antes deste período a mulher precisa voltar às suas atividades laborais. O projeto de lei 2513/07, recentemente aprovado pela Câmara dos Deputados, prevê a ampliação da licença maternidade para 180 dias, reconhecendo que o vínculo na primeira infância é benéfico para as mães, para os filhos e para o país, devido a sua importância para a formação afetiva e imunológica da criança, gerando resultados positivos nos indicadores da saúde pública. Tal medida já é adotada em pelo menos 58 municípios do país, incluindo Fortaleza, e deverá ser adotada efetivamente em todo o território nacional a partir de janeiro de 2010. Nas áreas urbanas, o desmame precoce ocorre como consequência da separação da mãe de seu filho devido à volta da mulher ao trabalho fora do lar, sendo importante durante o

período de amamentação o apoio do local de trabalho para a manutenção desta prática (OLIVEIRA; SILVA, 2003).

De acordo com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), em seu artigo 389, do Decreto-Lei de 1967, “os estabelecimentos em que trabalhem pelo menos 30 mulheres com mais de dezesseis anos de idade terão local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período da amamentação”. (BRASIL, 1999).

O leite materno é o alimento natural ideal para crianças até os seis meses de vida: sua composição sofre modificações que se adaptam às necessidades nutricionais da criança. Nos primeiros dias após o parto, ocorre a secreção de colostro, leite rico em anticorpos e fatores de crescimento com função laxativa para auxiliar a eliminação de mecônio. Após algumas semanas, as mamas liberam o leite maduro, rico em gordura, minerais, vitaminas, enzimas, imunoglobulinas e ácidos graxos na composição e quantidade ideais para uma melhor digestão pelo lactente (KENNER, 2001).

O colostro e o leite materno maduro são a principal fonte de microorganismos pertencentes à microbiota digestiva da flora do recém-nascido (NOVAK *et al.*, 2001). Devido à composição do leite materno, rico também em *Lactobacillus*, o bebê é protegido de agentes infecciosos causadores da diarreia (ARAÚJO *et al.*, 2006).

Além desta proteção natural, o incentivo à amamentação exclusiva retarda ou impede o uso da mamadeira, que atua como veículo de agentes causadores de enteropatias como a diarreia (MELO *et al.*, 2002). O leite materno protege contra infecções respiratórias, é ideal para o crescimento do bebê até os seis meses de vida e auxilia na formação de um melhor vínculo mãe-filho, por meio do contato físico entre mãe e bebê, estimulando pele e sentidos, o que proporciona vantagens psicológicas para a criança (BRITO; OLIVEIRA, 2006).

A amamentação insuficiente relaciona-se com a presença de hábitos bucais nocivos, constituindo-se em um dos principais fatores etiológicos das maloclusões dentárias, ao passo que um processo de amamentação adequado estimula a musculatura e a ossatura bucal, promovendo o desenvolvimento facial harmônico, com adequada postura de língua e vedamento de lábios (ANTUNES *et al.*, 2008).

De tal maneira, a amamentação em livre demanda deve ser encorajada, sendo inerente ao recém-nascido (RN) mamar com frequência e sem intervalos regulares, o que proporciona uma estabilização dos níveis de glicose do bebê e diminuição da incidência de hiperbilirrubinemia, além de prevenir o ingurgitamento mamário. Este cuidado também reduz

a perda de peso comum do RN, favorece uma recuperação ponderal mais rápida à mãe, promove a “descida” do leite e aumenta a duração do período de aleitamento (GIUGLIANI, 2000).

Além de seu alto valor nutricional, o que favorece o crescimento e o desenvolvimento infantil, a prática do aleitamento materno é reconhecidamente importante para a saúde materna. No entanto, a prevalência de aleitamento materno exclusivo no Brasil ainda é baixa, apesar do aumento ocorrido nos últimos anos, conforme indicou pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher citada anteriormente. Estudo transversal realizado com 206 mães em um hospital de Juazeiro do Norte, no Ceará, sobre o conhecimento materno acerca da amamentação, apontou que das mães não primigestas (53% do total) participantes da pesquisa, 42% tinham amamentado seus filhos por mais de três meses (RIBEIRO *et al.*, 2004).

Reconhece-se que o desmame precoce é causa de inúmeros óbitos infantis. No Brasil, nas últimas décadas, o coeficiente de mortalidade infantil vem apresentando declínio. Particularmente, observa-se na cidade de Fortaleza uma redução significativa nos coeficientes de mortalidade infantil (taxa de óbitos por mil nascidos vivos) e mortalidade infantil proporcional. A mortalidade infantil passou de 101,5/1000, em 1981, para 17,9/1000 nascidos vivos em 2004. A mortalidade infantil proporcional que era 38,4% do total de óbitos, em 1981, passou para 6,5% em 2000 (FORTALEZA, 2004). Este declínio é atribuído a uma série de fatores como intervenções ambientais, avanços da medicina, expansão do acesso aos serviços de saúde, diminuição da Taxa de Fecundidade Total (TFT) no país, aumento do nível educacional da população, melhoria nutricional e das condições de vida (CRUZ *et al.*, 2005).

Os benefícios para a saúde materna estão relacionados principalmente a maior rapidez na involução uterina, devido à liberação de ocitocina; retorno ao peso pré-gravídico, devido ao não acúmulo de gorduras que é mobilizada na produção do leite e a proteção contra o câncer de mama e o de ovário (REA, 2004). A descarga do hormônio ocitocina, no momento do parto e a sua potencialização durante as mamadas, reduz o tamanho do útero, libera a placenta, diminui o sangramento pós-parto, promove o atraso da menstruação e conseqüentemente previne a anemia (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

A LAM, portanto, em sendo método anticoncepcional de alta eficácia, garante um aumento do intervalo intergestacional e contribui para reduzir a mortalidade materna (CEARÁ, 2002).

É fato que apenas o conhecimento sobre as técnicas para a amamentação adequada e a fisiologia da lactação não garantem o sucesso do aleitamento. A nutriz é influenciada por

fatores sociais, culturais, psicológicos e econômicos para adotar ou não esta prática. Logo, é preciso mudar o paradigma que norteia as políticas de promoção do aleitamento materno, enfatizando, também, os aspectos sociais, políticos e culturais que condicionam a amamentação, objetivando proporcionar a segurança da mulher, ampliando o tempo de aleitamento materno e as chances do aleitamento exclusivo e da LAM (ALMEIDA; GOMES, 1998).

Em um estudo qualitativo, com abordagem fenomenológica, realizado com 12 mulheres, sobre o significado da amamentação, Arantes (1995) afirmou que os profissionais enfatizavam os aspectos positivos da amamentação e pouco abordavam as possíveis dificuldades que as nutrizes, em geral, enfrentam, perdendo, pois, oportunidades significativas de preparar eficazmente as mães, o que não contribui para o real preparo da mulher para este momento.

O incentivo ao aleitamento materno pode, então, ser utilizado como medida de promoção da saúde infantil e materna com redução dessas taxas de mortalidade, ao mesmo tempo em que funciona como um método anticoncepcional de alta eficácia, sendo mais uma opção contraceptiva. Assim, o aleitamento materno pode ser promovido no contexto da atenção básica, em especial pelas equipes do Programa Saúde da Família.

### **3.2 O PSF como cenário de promoção do aleitamento materno exclusivo e da LAM**

A década de 90 foi marcada pela descentralização dos serviços de saúde com destaque para a crescente responsabilidade dos municípios na gestão das ações básicas de saúde. Isto ocorreu devido à implantação do SUS, estabelecido pela Constituição de 1988, na qual também foram determinados seus princípios básicos: universalidade, integralidade, hierarquização, equidade e descentralização (BODSTEIN, 2002). A implantação do SUS teve como objetivo priorizar ações de promoção da saúde em sua rede de serviços com atendimento descentralizado e integral à população e um importante mecanismo para enfatizar a atenção primária pelos municípios, fortalecendo, assim, a descentralização: a adoção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF).

O PACS foi implantado em 1991, inicialmente nos estados nordestinos, como um programa de atenção às populações rurais e das periferias urbanas, voltado principalmente para a saúde materno-infantil. Em 1994, ocorreu a implantação do PSF como uma estratégia para a mudança do modelo de assistência à saúde no país, o qual vincula a população a uma equipe básica, composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários, que prestam assistência integral à saúde e realizam atividades de educação e de promoção à saúde (BODSTEIN, 2002).

Para o Ministério da Saúde, o PSF tem como prioridade transformar o Sistema de Saúde Público do país e superar a crise do setor a partir de ações voltadas para a família, seu objeto de trabalho. A família, centro influenciador de decisões e práticas de indivíduos, representa um espaço de interação social e favorece a compreensão do processo saúde/doença, possibilitando, portanto, intervenções de maior impacto (ALMEIDA, 2001).

O PSF representa um importante cenário para a promoção do aleitamento materno exclusivo e da LAM, tendo em vista que é baseado nos pressupostos da promoção da saúde e na valorização de hábitos de vida saudáveis. No entanto, mesmo com a implantação do PSF e a conseqüente mudança de foco do processo saúde/doença, com a valorização da saúde em detrimento da doença, muitos profissionais adotam práticas de cunho curativo, medicalizador, e, portanto, de baixo impacto para a concretização da promoção da saúde da população.

Além deste novo enfoque, as ações de promoção da saúde enfatizam a humanização das práticas em saúde, a satisfação do usuário, a aproximação entre profissional e comunidade, o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e de qualidade de

vida e o desenvolvimento de atividades de educação em saúde como fundamentos essenciais ao PSF (WENDBAUSEN; SAUPE, 2003).

Educação em Saúde implica em um trabalho de reconhecimento do processo saúde/doença por meio de múltiplos referenciais, considerando que população e educadores têm saberes complementares, devendo, pois, haver um diálogo entre os saberes para compreensão das raízes dos problemas e de soluções compartilhadas para melhorar a qualidade de vida.

Com o advento do SUS e a implantação do PSF, as discussões sobre educação em saúde ganharam força e voltaram-se para a subjetividade de todo o processo de adoecer. Nesta ótica, o indivíduo deve buscar compreender todo este processo, desnaturalizando a doença e procurando, através de suas próprias reflexões, adotar hábitos de vida que sejam condizentes à saúde. O profissional, neste novo cenário, deixa de ser o elemento transmissor de informações e passa a ser agente de transformação (assim como o próprio sujeito) co-responsável pela saúde da comunidade (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

Estudo de Wendbausen e Saupe (2003) sobre concepções de educação em saúde para profissionais do PSF, apontou que há uma tentativa de mudança e a adoção dessa prática nos serviços, ao mesmo tempo em que resiste a prática tradicional, na qual o usuário é um ser passivo no processo de melhoria de sua qualidade de vida. Para a maior parte dos profissionais entrevistados no mesmo estudo, o termo educação em saúde foi associado ao repasse de informação e orientação, vinculando a atividade de educação em saúde apenas à realização de palestras. Poucos profissionais se referiram a uma visão participativa e emancipatória do usuário, fator importante no processo de educação em saúde e na tomada de decisão por parte dos clientes.

As atividades educativas que englobam a assistência à saúde da mulher, da criança e do idoso, os programas de hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase e de assistência odontológica são encorajados em todas as ações desenvolvidas no PSF. Particularmente, as ações voltadas à saúde da mulher, priorizam as atividades de prevenção do câncer de colo do útero, pré-natal e planejamento familiar. As três áreas de atenção em saúde da mulher oferecem boas oportunidades para a realização de atividades educativas. Especificamente, o planejamento familiar pode ser trabalhado em conjunto, população e profissional, com o intuito de se promover a troca de informações e a escolha correta do método contraceptivo, bem como a definição da prole, levando-se em consideração fatores de saúde reprodutiva, socioeconômicos e culturais dos casais e/ou famílias.

A competência profissional para atuação em anticoncepção, com esclarecimento sobre os diferentes métodos e valorização da LAM, requer conhecimentos técnicos e científicos atualizados, que devem incluir atendimento em saúde sexual e reprodutiva, habilidade de comunicação, inclusive em grupo, e decisão quanto ao uso de métodos anticoncepcionais. A qualidade na assistência assegura, além da competência profissional e da adequada oferta de métodos, informações corretas ao cliente sobre os diferentes métodos, relacionamento interpessoal, acompanhamento dos usuários e rede de serviços organizada (BRUCE, 1990).

No Ceará, Moura e Sousa (2002) constataram baixa realização de atividades educativas voltadas ao planejamento familiar, realidade atribuída pelos enfermeiros à alta demanda de usuárias, preferência da maior parte da clientela por consultas individuais, desinteresse da clientela em participar de ações educativas, ausência de ambiente apropriado para realização de atividades com grupos, escassez de material de apoio audiovisual e a falta de habilidade para o trabalho com grupos. No mesmo estudo, as sessões educativas observadas não seguiram os critérios necessários para a realização de atividades em grupo, destacando-se a não relevância para o tema de maior interesse do grupo, o repasse de informações incorretas e o uso inadequado de material de apoio.

O trabalho das equipes de PSF é pautado nas diretrizes de territorialização, que determinam que a equipe é responsável por um território de abrangência e sua população, levando em consideração as diversidades regionais existentes; a participação comunitária, que busca tornar os sujeitos conscientes e participativos no processo saúde-doença; e a descentralização, que determina que cada município ou distrito é responsável pelas ações básicas de saúde de sua população (SENNÁ, 2002).

Assim, os profissionais do PSF devem atender às famílias de maneira integral, na perspectiva da promoção da saúde, destacando a educação em saúde, a co-responsabilização, o direito de fazer escolhas, utilizando-se da intersetorialidade. Neste cenário, o aleitamento materno e a LAM são cuidados que podem ser amplamente promovidos, destacando-se, pelo menos, cinco momentos principais: nas consultas médicas e de enfermagem no pré-natal, no puerpério, na puericultura, bem como na visita puerperal até sete dias de pós-parto e no atendimento específico de planejamento familiar.

A consulta de pré-natal representa um momento de interação entre profissional/usuária e possibilita a troca de informações, bem como o incentivo às práticas de vida saudáveis, destacando-se o aleitamento materno. Conforme manual da World Health Organization (1998), a orientação e o preparo das mulheres para a fase de lactação ainda



durante o período pré-natal contribuem para o sucesso do aleitamento materno. Acrescenta-se que, no período gestacional, a mulher e/ou casal estão favoráveis ao aprendizado sobre a anticoncepção futura, momento propício para que a LAM seja enfatizada juntamente ao preparo para o aleitamento materno.

O conhecimento sobre os benefícios da amamentação, assim como o tempo ideal para a realização da prática de aleitar, é difundido entre os profissionais. Entretanto, a forma como estas informações são transmitidas às usuárias pode não estar sendo favorável à adoção de uma atitude de pró-amamentação exclusiva de maneira a estabelecer a LAM. Apesar da possibilidade do uso da amamentação como método anticoncepcional e do reconhecimento dos profissionais de saúde como educadores e promotores da saúde, estudos apontam que uma maior participação em consultas de pré-natal não garante um maior tempo de aleitamento pelas mães (PERCEGONI *et al.*, 2002).

Melo *et al.* (2002) confirmam esta assertiva em estudo realizado com 143 primíparas em Recife, no qual quase 100% das mesmas tiveram acesso ao pré-natal, e, no entanto, 60% relataram não ter recebido nenhuma informação sobre aleitamento materno. Ao contrário, investigação efetuada no Hospital Amigo da Criança (IHAC), em Anápolis, Goiás, mostrou haver aumento no período de aleitamento materno exclusivo entre participantes de ações humanizadas e sistematizadas em prol do aleitamento materno (MARTINS; PEREIRA, 2002).

O puerpério é o momento inicial de estabelecimento da amamentação, e a escolha do método anticoncepcional é feita segundo a vigência ou não desta prática, podendo a mulher utilizar diversos métodos, hormonais ou não-hormonais. É também o período no qual podem ocorrer as principais intercorrências mamárias, sendo fundamental ao profissional da equipe de saúde atuar neste momento, fornecendo informações adequadas, prevenindo intercorrências e promovendo a prática adequada da amamentação. Os métodos não hormonais, destacando-se a LAM, são os mais indicados nesta fase, pois não interferem na produção e na qualidade do leite materno. Para Yazlle *et al.* (2006), a LAM deve ser a primeira escolha devido ao duplo benefício materno e infantil que proporciona.

Ressalta-se que, ao se promover a prática adequada da amamentação, necessariamente promove-se o aleitamento exclusivo, e, portanto, o primeiro passo seguro para a LAM. Também, durante as consultas mensais de puericultura, quando são avaliados o crescimento e o desenvolvimento da criança, o profissional pode atuar no incentivo da amamentação e da manutenção da LAM.

Nas atividades de planejamento familiar, inclusive nas sessões educativas, a equipe deve fornecer orientações gerais sobre todos os métodos aprovados no país, de maneira neutra, evitando qualquer discurso tendencioso. No entanto, a reduzida variedade de métodos ofertados na maioria das equipes de PSF e o despreparo de parte dos profissionais em lidar com essa área do cuidado limitam a atenção em planejamento familiar. Um estudo nacional, realizado em quatro capitais das diferentes regiões do Brasil, mostrou que o planejamento familiar não era percebido pelos próprios profissionais como componente da atenção básica, e que a realização de ações educativas sobre tal assunto era abordada, muitas vezes, no âmbito de outros grupos já existentes. Os profissionais apontaram que a falta de recursos e de capacitação dificultava a realização das atividades, e que o tema inibe as mulheres e provoca evasão das sessões (OSIS, 2006).

Assim, a implantação do PSF representa um avanço na política de promoção da saúde, e o seguimento dos seus pressupostos e diretrizes favorecem o estabelecimento de práticas saudáveis, inclusive a da amamentação. Porém, a atuação dos profissionais deve ser repensada, de forma a encorajar o uso da LAM como método contraceptivo seguro e benéfico para o binômio mãe/filho. Percebe-se, com isso, que a possibilidade de interação e de formação de vínculo dos profissionais com as famílias da área adstrita e o pensar e agir na saúde de forma intersetorial e com visão multidisciplinar, faz do PSF uma estratégia forte para romper com tal paradigma. O PSF mostra-se, portanto, como cenário de promoção do aleitamento materno exclusivo, por excelência, tanto na perspectiva da nutrição infantil, da saúde materna, quanto da anticoncepção natural e segura até o sexto mês.

## 4 MATERIAIS E MÉTODO

---

### 4.1 Caracterização do estudo

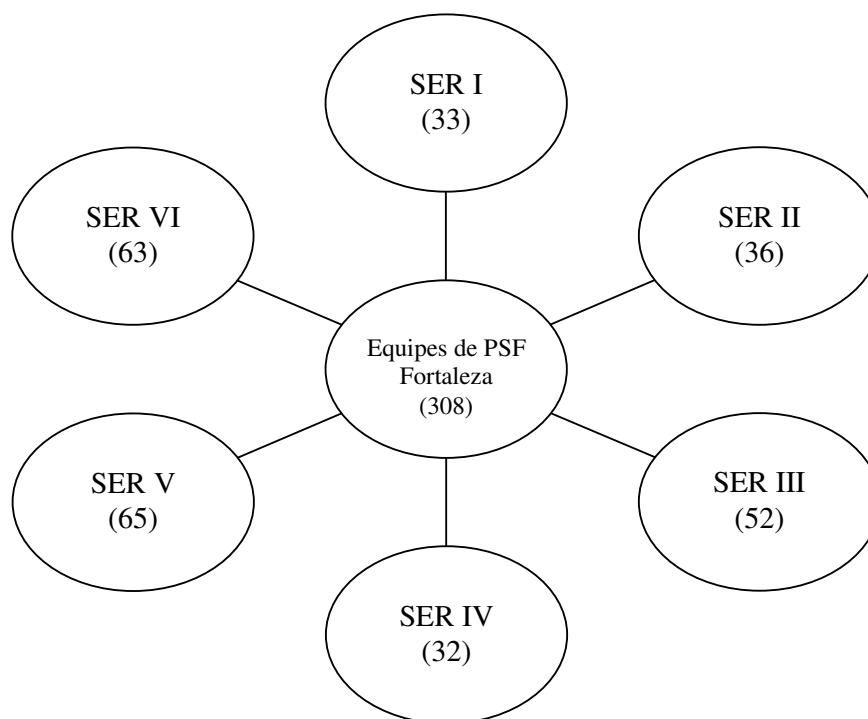
O presente texto teve como base de pesquisa estudo de campo com delineamento transversal e abordagem quantitativa. O estudo transversal é apropriado para descrever a situação, *status* do fenômeno ou a relação entre os fenômenos em um ponto fixo do tempo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

No estudo de campo, o pesquisador assume o papel de observador e explorador, favorecendo o contato direto com o fenômeno em estudo e o acúmulo de informações sobre o que se pesquisa (MATOS; VIEIRA, 2001). Salienta-se a importância do contato direto com os sujeitos da pesquisa, visto favorecer uma melhor percepção do pesquisador com relação a atitudes e expressões dos enfermeiros, o que contribui para uma interação segura e objetiva no momento da entrevista, técnica escolhida para a coleta dos dados (BARROS; LEHFELD, 2000).

### 4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no sistema de saúde de Fortaleza-CE, junto a enfermeiros que compõem as equipes do Programa Saúde da Família (PSF). O referido sistema de saúde é composto por seis Secretarias Executivas Regionais (SER), nas quais atuam 308 equipes de PSF, das quais 281 funcionam com enfermeiros (FORTALEZA, 2006). O diagrama que segue consolida o número de equipes de PSF funcionando com enfermeiros, por SER:

FIGURA 2. Distribuição do número de enfermeiros do PSF. Fortaleza – CE, jan. 2008.



As SER são circunscritas em comunidades com características e condições socioeconômicas semelhantes e que guardam proximidade geográfica entre si, se configurando como um modelo de organização para facilitar a gestão municipal. Ressalta-se que a oferta de serviços de atenção básica nessas SER guardam grandes similaridades, uma vez que seguem o critério nacional de implantação de equipes de PSF pelo parâmetro de áreas de risco e as ações de planejamento familiar devem ser priorizadas e serem desenvolvidas também conforme recomendações do Ministério da Saúde para o âmbito nacional.

### 4.3 População e amostra

A amostra foi representativa para o município de Fortaleza, sendo determinada com base na fórmula a seguir, para cálculo de populações finitas, que no caso correspondeu aos 281 enfermeiros (N=281) que atuavam no PSF do município no período do estudo (ULYSSES FILHO, 1999):

$$n = \frac{\hat{d}^2 p.q. N}{e^2 (N- 1) + \hat{d}^2 p.q}$$

Onde:

n = Tamanho da amostra

$\hat{d}^2$  = Nível de confiança (95%)

p = Percentual com o qual o fenômeno se verifica

q = Percentual complementar

N = Tamanho da população

$e^2$  = Erro máximo permitido

Foi adotado nível de confiança de 95%, prevalência de 50% e erro máximo permitido de 6%. Assim, o n amostral foi de 137 enfermeiros (n=137) das SER I, III, IV e V, selecionadas por sorteio. Ter mais de um ano de formação e atuação em planejamento familiar foi o critério de inclusão adotado no estudo. A adesão dos enfermeiros foi efetuada pela livre aceitação em participar da pesquisa.

### 4.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em local privativo, no período de fevereiro a julho de 2008 e em momento que não interferiu nas atividades dos enfermeiros, com o intuito de evitar pressa, desmotivação ou interrupção nas entrevistas, o que viria a prejudicar a qualidade dos resultados. A pesquisa seguiu o cronograma apresentado no APÊNDICE - A. Antecedendo a realização das entrevistas, foi solicitada permissão ao coordenador de cada UBS e apresentado o cronograma de entrevistas.

Antes da coleta de dados foi realizado um pré-teste com cinco enfermeiros de três UBS do município, selecionadas ao acaso, com a finalidade de se identificar possíveis alterações no instrumento de coleta de dados. Baseado no pré-teste, foram acrescentadas

questões relativas à prática de acompanhamento da LAM na ocasião da pesquisa, bem como percepção dos enfermeiros quanto à aceitação das mulheres para com o método.

A entrevista seguiu um formulário estruturado (APÊNDICE - B) e os depoimentos foram registrados pelo pesquisador, concomitantemente, no próprio formulário. Para Polit, Beck e Hungler (2004), a técnica de entrevista estruturada possibilita a captação de informações pelo pesquisador de modo objetivo e direto, aumentando o índice de respostas e reduzindo a probabilidade de interpretações errôneas, constituindo a técnica de coleta de dados mais usual.

#### **4.5 Organização dos dados para a análise**

Os dados foram organizados e analisados no *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 15.0 *for Windows*, sendo efetuadas análises univariadas com cálculo de média e desvio padrão.

Os resultados foram apresentados em tabelas e analisados com base no conhecimento das autoras e da literatura pertinente à temática, conforme a seguinte organização:

##### 5.1 Caracterização dos enfermeiros participantes

###### 5.1.1 Perfil demográfico

###### 5.1.2 Perfil profissional

##### 5.2 Experiências pessoais dos enfermeiros (pais ou mães) relacionadas ao aleitamento materno e a LAM.

##### 5.3 Conhecimento e confiança dos enfermeiros a respeito da LAM

##### 5.4 Promoção da LAM pelos enfermeiros e percepção destes quanto a aceitação do método pela clientela

##### 5.5 Estratégias e oportunidades utilizadas pelos enfermeiros para promover a LAM

##### 5.6 Prática dos enfermeiros com relação ao acompanhamento de usuárias de LAM

#### **4.6 Aspectos éticos**

A pesquisa obedeceu aos princípios éticos e legais da pesquisa que envolve seres humanos, de acordo com a Resolução n.º. 196/96 instituída pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2003). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, obtendo parecer favorável de acordo com o protocolo número 02/2008 emitido pelo respectivo comitê (ANEXO - A).

Para entrada em campo, foi solicitada autorização ao Coordenador da Célula de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde do município. Para entrada nas Unidades Básicas de Saúde foi solicitada autorização junto aos respectivos coordenadores. No encontro com os enfermeiros, a pesquisadora informou os objetivos da pesquisa e obteve a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pós-informação (APÊNDICE - C), assegurando aos participantes o sigilo, o anonimato, o livre acesso às informações, bem como liberdade para sair da pesquisa em qualquer momento.

#### **4.7 Financiamento**

O estudo contou com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio de concessão de bolsa de demanda social.

## 5. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

### 5.1 Caracterização dos enfermeiros participantes

#### 5.1.1 Perfil demográfico

Tabela 1. Distribuição do número de enfermeiros segundo aspectos demográficos. Programa Saúde da Família. Fortaleza-CE. fev.-jul., 2008.

Variáveis (n=137)	Nº	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	121	88,3
Masculino	16	11,7
<b>Idade em anos (x=35,1; s=7,7)</b>		
23 – 30	48	35,0
31 – 35	34	24,8
36 – 40	25	18,4
41 – 59	30	21,8
<b>Filhos</b>		
Sim	70	51,1
Não	67	48,9

A maior parte da amostra estudada foi representada pelo sexo feminino: 121 (88,3%) dos participantes foram mulheres. A faixa etária dos participantes variou de 23 a 59 anos, com uma média de 35,16 anos e desvio padrão de 7,77. Dos entrevistados, 70 (51,1%) afirmaram ter filhos, portanto o tamanho amostral (n) com o qual analisou-se experiência pessoal com o aleitamento materno e a LAM.

A figura da enfermeira nasceu como um serviço organizado pela instituição das ordens sacras, constituindo-se, desde a sua gênese, em um campo de saber e de prática com hegemonia feminina. Inicialmente, relacionava-se basicamente ao cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos velhos, associada ao papel da mulher-mãe que desde sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde. Tais pressupostos das ordens religiosas impõem à enfermagem seu exercício institucional majoritariamente feminino (LOPES; LEAL, 2005).



Antes da Era Cristã, o exercício da enfermagem já era atrelado ao trabalho de mulheres cuidadoras, na maioria das vezes religiosas que prestavam serviços assistenciais aos doentes. Até a idade média, a mulher era responsável pelo cuidado e pela higiene de doentes, bem como pela ordem do ambiente (SANTOS; LUCHESI, 2002).

Reconhece-se, pois, que a profissão de “enfermeiro” é determinada historicamente pela predominância do sexo feminino, e que a exclusão masculina se deve, em boa parte, a fatores culturais que se perpetuam até os dias atuais, definindo-se como característica da profissão. O cuidado, a paciência, a vigilância, o carinho, a solidariedade, a destreza para atividades domésticas e a submissão representam valores culturais responsáveis pela determinação histórica da predominância do sexo feminino na enfermagem (PRADO *et al.*, 2004). A trajetória da enfermagem retrata, ainda, estigmas e preconceitos que são reforçados pelo fato de ser uma profissão de desempenho eminentemente manual e exercida por mulheres.

Somente em 1859 foi fundada a primeira escola de enfermagem, no Hospital São Thomaz, em Londres, após Florence Nightingale (a precursora da enfermagem mundial) ter sido convocada a cuidar de soldados feridos na guerra da Criméia, em 1854. O curso era totalmente voltado para a formação e capacitação de enfermeiras (apenas sexo feminino) (FARIA, 2006).

A intrínseca relação da prática de enfermagem ao trabalho feminino, curativo e doméstico culminou em um tardio processo de profissionalização. Ainda no século XIX, a enfermagem não era reconhecida como profissão. Schultheiss (2001) aponta que os primeiros anos do século XX, na França, são marcados pela luta das enfermeiras pelo autorreconhecimento profissional. No Brasil, somente no final da década de 20, é que a visitadora sanitária, baseada no modelo americano de enfermeiras visitadoras, foi adquirindo prestígio profissional e reconhecimento como um ator importante dos serviços de saúde pública.

O conhecimento profissional precisa ter três características que lhe são peculiares: ser complexo e incompreensível por leigos, ser institucionalizado em estabelecimentos de ensino superior e, sobretudo, ser aplicável (PEREIRA NETO, 2006). A enfermagem brasileira passa a adquirir *status* como profissão quando são criadas as duas primeiras escolas de enfermagem do país: a Escola Anna Nery e a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, fundadas em 1921 e em meados de 1940, respectivamente (FARIA, 2006). No entanto, ressalta-se que até 1970 essas escolas só aceitavam geralmente candidatas do sexo feminino (SANTOS; LUCHESI, 2002).

Considerando o que foi exposto a respeito da feminilização da profissão do enfermeiro, era esperada a expressiva maioria do sexo feminino no presente estudo. Entretanto, observa-se mudança no atual cenário da enfermagem com um gradual aumento no número de homens. Este fato ainda é incipiente, o que se deve, sobretudo, à “segurança, estabilidade e garantias” de postos de trabalho que a área oferece (LOPES; LEAL, 2005).

Em pesquisa realizada entre graduandos de enfermagem do sexo masculino da Universidade de Londrina sobre os motivos que os levaram a escolher o curso, foram apontados e lembrados com maior ênfase a assistência ao próximo, a afinidade pela área de saúde e o amplo campo de trabalho (PRADO *et al.*, 2004). Ademais, em relação à atitude familiar desses graduandos, não houve oposição frente à escolha: as respostas fornecidas pelos entrevistados revelaram aprovação familiar ou neutralidade.

Discutir a feminilização da profissão de enfermeiro no contexto deste estudo é importante, pois, sendo a amamentação e o uso da LAM experiências intrinsecamente ligadas ao feminino, espera-se que enfermeiras que tenham vivenciado tais práticas levem consigo impressões e influências para a sua prática profissional, aspecto que será retomado em discussão mais à frente.

A faixa etária dos enfermeiros variou de 23 a 59 anos, com uma média de 35,1 e desvio padrão de 7,7 anos. O achado retrata realidade observada em outros estudos sobre o perfil dos profissionais que integram o PSF no país e no Ceará com pequenas variações. Andrade (1998) encontrou aspecto semelhante no cenário estadual, afirmando que 53,5% dos enfermeiros do PSF tinham menos de 30 anos de idade. Para Moura (2001), esse resultado é favorável ao PSF, por acreditar que os profissionais mais jovens possam ter sido preparados com base em matrizes curriculares atualizadas e, certamente, mais bem direcionadas para uma atuação não especializada e mais generalista. Observa-se ainda a predominância da população em idade economicamente ativa na profissão.

A população é classificada, segundo sua faixa etária, em crianças e adolescentes, de zero a 15 anos de idade; em jovem, de 15 a 24; em adulto, de 26 a 59; e em idoso, acima de 60 anos de idade. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontou que, em 2005, 62% da população economicamente ativa no Brasil estava na faixa etária compreendida entre 25 e 49 anos, correspondendo ao resultado encontrado no presente estudo (BRASIL, 2005).

A faixa etária predominante ficou compreendida entre 31 e 35 anos em pesquisa realizada com enfermeiros egressos do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (SANTOS *et al.*, 2008). Entre enfermeiros

administrativos, assistenciais e docentes, um estudo realizado em Brasília evidenciou que a média de idade foi de 37,5 anos, 38,3 e 41,5 anos, respectivamente (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001). A caracterização de enfermeiros da rede hospitalar do município de João Pessoa, na Paraíba, identificou idade média de 37 anos (SANTOS; PAULA; LIMA, 2003), portanto resultados coincidentes com o observado na presente pesquisa.

No entanto, a faixa etária predominante e a idade média foram maiores do que o observado, no presente estudo, entre enfermeiros que atuam com pacientes portadores de transtornos mentais na cidade de Fortaleza - CE. A maioria dos enfermeiros entrevistados tinha entre 30 e 45 anos, com idade média de 43 anos (COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003). Divergência foi identificada, também, em estudo com enfermeiros que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mostrando que a faixa etária da maioria da população estudada (41,7%) encontrava-se entre 40 e 50 anos de idade: pessoas mais maduras e, possivelmente, com experiências anteriores de inserção no mercado de trabalho (FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO, 2006).

Dentre os enfermeiros entrevistados, 70 (51,1%) tinham filhos. O estudo não objetiva abordar os fatores de risco relacionados à idade materna, mesmo porque não foi investigada a idade das enfermeiras na gestação, tampouco a idade das parceiras dos enfermeiros na gestação. Porém, chamou atenção o equilíbrio observado na média das idades das enfermeiras que tinham e que não tinham filhos, 38,5 e 31,9 anos respectivamente. Percebe-se, assim, uma protelação da maternidade, tendência observada na atualidade entre as mulheres com maior escolaridade para priorizar a sua carreira, buscando estabilidade financeira e profissional.

O número de primíparas com mais de 30 anos, por exemplo, dobrou nos últimos 15 anos, e houve aumento de 80% dos casos de gestantes com mais de 40 anos. No ano 2000, cerca de 10% dos nascimentos ocorreram em mulheres com 35 anos ou mais, consideradas, pelo Conselho da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, como primíparas idosas (ANDRADE *et al.*, 2004). Neste contexto, questiona-se: seria a postergação da gestação favorável ao uso da LAM, por esta ocorrer em condição de maior maturidade materna? Fica este questionamento para estudos futuros.

Apesar de não haver consenso quanto ao potencial risco gestacional, materno e fetal, entre primíparas idosas sem história de doenças crônicas prévias, não fumantes e com características sociodemográficas favoráveis (Andrade *et al.* 2004), destacam-se, como principais intercorrências neste grupo etário, o maior índice de cesáreas, a alta taxa de

prematuridade, maior incidência de baixo peso ao nascer e baixo índice de Apgar, os quais dificultariam a amamentação e, conseqüentemente, a LAM.

Além disso, destaca-se a maior ocorrência de malformações congênitas decorrentes das gestações de mulheres com idade avançada, sendo estas as anomalias conseqüentes às aberrações cromossômicas, as anomalias cardíacas e as malformações relacionadas a defeitos do tubo neural, do lábio leporino, à hérnia inguinal e à síndrome de Down (SENESI *et al.*, 2004), também favoráveis ao desmame.

Por outro lado, a literatura destaca que, mais importante do que a idade materna, seriam as condições de vida e saúde das gestantes, principalmente a qualidade da assistência obstétrica no pré-natal e no parto (AZEVEDO *et al.*, 2002). Portanto, uma assistência pré-natal de qualidade, com o adequado seguimento em todas as consultas preconizadas, o uso adequado de medicações e a adoção de hábitos saudáveis de vida, assim como uma assistência ao parto segura, garantem menor risco gestacional para o binômio mãe/filho, independente da faixa etária.

### 5.1.2 Perfil profissional

Tabela 2. Distribuição do número de enfermeiros segundo universidade formadora da graduação, tempo de graduação e tempo de atuação em planejamento familiar. Programa Saúde da Família. Fortaleza – CE. fev.-jul., 2008.

Variáveis (n=137)	Nº	%
<b>Universidade Formadora da Graduação</b>		
Universidade Estadual do Ceará	47	34,3
Universidade Federal do Ceará	41	29,9
Universidade de Fortaleza (CE)	39	28,5
Universidade Vale do Acaraú (CE)	4	2,9
Faculdade Santa Emília (PB)	2	1,5
Faculdade Santa Maria (PB)	2	1,5
Universidade Federal do Rio de Janeiro	1	0,7
Universidade Federal do Piauí	1	0,7
<b>Tempo de Graduação em anos (x= 10,6 s=7,0)</b>		
1 - 10	81	59,1
11 – 20	36	26,3
21 – 35	20	14,6
<b>Tempo de atuação em planejamento familiar em anos (x= 8,3 s=5,6)</b>		
1 – 10	107	78,1
11 - 20	22	16,1
21 - 29	8	5,8

As três principais instituições formadoras dos enfermeiros foram a Universidade Estadual do Ceará (UECE), com 47 (34,3%) representantes, seguida pela Universidade Federal do Ceará (UFC), com 41 (29,9%), e a Universidade de Fortaleza (UNIFOR) com 39 (28,5%). O achado revela que os enfermeiros participantes da pesquisa receberam a formação em Enfermagem nas três maiores Universidades do Estado, principalmente, o que já era esperado.

Sobre a formação profissional, questionou-se, ainda, se os enfermeiros haviam recebido aulas ou orientações sobre a LAM durante a graduação, sendo observado que quase todos os enfermeiros, 118 (86,1%), afirmaram ter tido aulas na graduação sobre o tema.

Apenas, 12 (8,8%) afirmaram não ter tido aulas sobre o assunto durante a formação acadêmica, enquanto, 7 (5,1%), não lembraram.

O tempo de atuação como enfermeiro variou de 1 a 35 anos, com uma média de 10,6 anos e desvio padrão de 7,0. Já a atuação em planejamento familiar variou de 1 a 29 anos, com um tempo médio de 8,3 anos e desvio padrão de 5,6. Observando-se o tempo médio de formação e de atuação em planejamento familiar de 10,6 e 8,3 anos, respectivamente, infere-se tempo favorável ao desenvolvimento de uma prática profissional segura e competente.

## 5.2 Experiências pessoais dos enfermeiros (pais ou mães) relacionadas ao aleitamento materno e a LAM.

Tabela 3. Distribuição do número de enfermeiros (pais e mães) segundo experiência com amamentação mista, exclusiva e LAM. Programa Saúde da Família. Fortaleza – CE. fev.-jul., 2008.

Variáveis (n=70)*	Nº	%
<b>Aleitamento materno</b>		
<b>Sim</b>	66	94,2
Exclusivo (em meses) $\bar{x}=4,31$	61	92,4
1-2	7	11,4
3-4	27	44,3
5-6	27	44,3
Misto	5	7,6
<b>Não</b>	4	5,8
<b>LAM</b>	12	19,6

\*Incluídos os enfermeiros, em que se tomou como resposta a experiência da parceira

Do total de profissionais com filho(s), 66 (94,2%) tiveram experiência com a amamentação. Apenas 4 (5,8%) enfermeiras não experimentaram amamentar, sobre o que apresentaram como motivos a falta de apoio familiar (n=1), hospitalização da criança (n=1) e adoção (n=2). Das que amamentaram seus filhos (66), 61 (92,4%) realizaram aleitamento materno exclusivo (AME). Apenas 5 (7,6%) não realizaram AME e apontaram como motivos a mastite (n=3), a redução cirúrgica mamária (n=1) e a inversão de mamilo (n=1).

Embora seja reconhecida a importância do conhecimento da mãe quanto aos benefícios do aleitamento materno, a informação, por si só, não é suficiente para garantir a continuidade da amamentação. Diversos fatores influenciam a mulher na decisão de amamentar. Escobar *et al.* (2002) destacam que o nível socioeconômico, a escolaridade, a idade materna e o trabalho materno, bem como o incentivo do cônjuge e de parentes, relacionam-se diretamente com a intenção da mulher em aleitar ou não. Ademais, as crenças individuais de que “o leite é fraco”, “não sustenta” ou “o leite seca” representam importantes dados subjetivos para o insucesso deste processo. No presente estudo, a falta de apoio familiar desencadeou falha no aleitamento de uma das enfermeiras; porém, este é um motivo frequente de não aleitamento e da AME, conforme mostra a literatura a seguir.

As crenças e os tabus fazem parte de uma herança sociocultural que implica em diversos significados do aleitamento para a mulher, interferindo diretamente em sua decisão. A prática de amamentação, portanto, sofre influência de informações transmitidas culturalmente pelo relacionamento mãe-avó-filha, bem como de informações advindas de fontes como livros, revistas, parentes e profissionais da saúde (ICHISATO; SHIMO, 2001).

Primo e Caetano (1999), procurando compreender o papel da mãe da nutriz na decisão de amamentar, observaram que mães-avós têm grande valor no incentivo de tal prática, sendo responsáveis pelo fornecimento de subsídios para a amamentação por meio de seus exemplos de vida e do modelo transmitido de geração para geração.

Estudo sobre a influência das avós na prática do aleitamento materno, realizado em hospital universitário na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, identificou que as variáveis, avós maternas e paternas, que aconselhavam o uso de água ou chá, e de outro leite, mostraram associação significativa com a interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês: a interrupção do aleitamento materno nos primeiros seis meses esteve associada com avós maternas e paternas que aconselhavam o uso de outro leite, portanto. Já o contato não diário com a avó materna foi fator de proteção para a manutenção da amamentação aos seis meses (SUSIN; GIUGLIANI; KUMMER, 2005).

Percebe-se que as avós podem influenciar positiva ou negativamente a duração da amamentação a depender de sua própria experiência e dos valores que serão passados à filha. Ainda citando Susin, Giugliani e Kummer (2005), foi observado que mais de 75% das avós da amostra estudada tiveram seus filhos na década de 60 ou 70, época em que o aleitamento materno, em especial o exclusivo, não era tão valorizado. Naquelas décadas, as taxas de aleitamento materno eram muito baixas, o uso de água e chás era recomendado pelos pediatras e imperava a crença do “leite fraco” ou do “pouco leite”.

A influência exercida pelos familiares, especialmente avós e o próprio marido, são cruciais para a continuidade da amamentação ou para o desmame precoce, à medida que são emitidos julgamentos capazes de provocar na mulher sentimentos de incapacidade ou mesmo conflitos nas relações familiares. A atitude positiva do pai parece exercer um maior efeito na motivação e na capacidade da mãe para amamentar. Machado e Bosi (2008) afirmam que a presença do companheiro, compartilhando as tarefas que envolvem os cuidados com o filho é interpretada, pela mulher, como “ajuda” e incentivo ao processo de amamentação. O envolvimento do pai é, assim, fundamental como suporte à companheira e ao bebê. De modo contrário, nutrizes que não recebem o apoio esperado pelos companheiros, passam por



momentos de intranquilidade e medo de não produzir leite e de não continuar com a amamentação.

Deste modo, é importante enfatizar a participação não apenas da mãe da nutriz, mas de toda a família, especialmente a do pai no processo de aconselhamento e promoção da AME e da LAM, dissipando mitos e dúvidas relacionados ao processo de amamentar e oferecendo apoio à nutriz e seus familiares. É importante aumentar a informação do pai sobre as vantagens do AME e da LAM, incentivando-o ao adequado apoio materno, na certeza de uma nutrição adequada para o seu filho e de uma opção anticonceptiva saudável e segura.

Portanto, promover a LAM é promover o AME, exigindo um lidar profissional com todas as interferências sociais, econômicas, culturais, emocionais e biológicas nas quais esta se encontra imersa.

Outras duas enfermeiras não vivenciaram a amamentação por terem filhos adotados. A este respeito, destaca-se experiências de mães adotivas que amamentaram seu filho por meio da lactação adotiva, ou seja, da estimulação da produção láctea em mulher que nunca engravidou. A lactação é um processo natural para as mulheres que passaram por um parto; no entanto, pode ser uma alternativa para aquelas que decidem adotar um bebê. No processo natural, após o parto, o corpo da mulher libera hormônios que vão iniciar a produção de leite. A continuidade da amamentação e a manutenção dos níveis hormonais estão diretamente ligados à estimulação externa, à sucção do bebê. Para se promover a lactação em mães adotivas, toma-se o caminho inverso ao da natureza. Assim, colocar o bebê em contato direto com o seio materno, sugando frequentemente, provoca a produção de hormônios e o início da amamentação. Além disso, a realização de massagens, compressas quentes, alimentação adequada e, em alguns casos, uso de medicação associada, facilita o processo. Ressalta-se que, tanto o profissional de saúde, quanto a mãe adotiva, têm de estar conscientes das limitações que podem ocorrer com relação à produção do leite e ao atendimento das necessidades nutricionais da criança (SARMENTO, 2001).

A hospitalização do filho foi apontada como causa para a não amamentação por uma outra enfermeira que por três meses consecutivos teve a sua criança hospitalizada, entrando em um processo de redução da produção do leite por falta de estímulo de sucção e por fatores emocionais e de alto *stress* desencadeados pela situação. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2007), recém-nascidos que necessitam de cuidado neonatal intensivo apresentam dificuldade em desenvolver a amamentação de forma eficaz, sendo, portanto, contraindicado o uso da LAM.

Enfatiza-se que o elevado grau de escolaridade dos sujeitos do estudo e a profissão, já que eram enfermeiros, pode ter determinado o fato de 94,2% dos que tinham filhos ter tido experiência em amamentar, e 92,4% dos que tiveram experiência com amamentação tê-la realizado de forma exclusiva por algum tempo. Todavia, tão importante quanto simplesmente amamentar, é estabelecer sua prática exclusivamente, pelo menos até os seis meses de vida do bebê, como recomendado pela OMS. Este fato é corroborado por Escobar *et al.* (2002), que identificaram porcentagem maior de crianças que mamaram mais de quatro meses entre mães trabalhadoras e com maior nível de escolaridade.

As causas apontadas pelos 5 (7,6%) enfermeiros que tinham filhos e amamentaram, mas não de forma exclusiva, foram a redução cirúrgica mamária, a inversão de mamilo e a mastite.

A macromastia ou hipertrofia mamária é uma condição que leva à presença de sintomatologia de ordem física, como dor, limitação funcional e psíquica. O tratamento destes casos consiste na redução cirúrgica, por meio da mamoplastia redutora. De modo geral, a mamoplastia redutora não impede a amamentação, desde que a inervação do mamilo, os ductos e os seios lactíferos sejam preservados. No entanto, a redução das mamas pode interferir no aleitamento materno no momento em que há remoção de parte do tecido mamário com a intenção justamente de diminuir o seu volume. Além disso, a cicatrização interna do tecido mamário, com a fibrose, pode dificultar a eliminação do leite pelos ductos. Na prática clínica, muitas mulheres com cirurgia redutora mamária prévia não conseguem sucesso na amamentação (GIUGLIANI, 2000). Ainda assim, o aleitamento deve ser estimulado porque uma parte das mulheres operadas consegue amamentar.

Os mamilos influenciam diretamente a eficiência ou não da mamada, dependendo de sua forma anatômica. Desse modo, os mamilos são classificados em protruso ou normal, semiprotruso ou subdesenvolvido, invertido ou umbilicado ou mal formado, pseudoinvertido ou pseudoumbilicado e mamilo hipertrófico (SÃO PAULO, 1998).

O mamilo protuso ou normal apresenta-se saliente e se protraí com facilidade após estimulação, sendo ideal para uma mamada eficiente. O semiprotruso ou subdesenvolvido se apresenta pouco saliente, protraindo-se com dificuldade após estímulo. O mamilo invertido ou umbilicado tem sentido oposto ao normal (protruso). Após estímulos e exercícios, não se exterioriza, conservando-se inalterado, e com o estímulo da sucção pode tornar-se aplanado com a aréola. O mamilo pseudoinvertido ou pseudoumbilicado também tem sentido oposto ao normal, no entanto, após estímulos e exercícios, se protraí pobremente, tornando-se temporariamente semelhante ao semiprotruso. O mamilo hipertrófico apresenta todas as

características de um mamilo protuso, porém, pelo seu tamanho exagerado, não torna possível a mamada, pois a sucção provoca náusea no RN. Particularmente, os mamilos planos ou invertidos podem dificultar o processo de amamentação, o que, no entanto, não a impedem, tendo em vista que a estimulação pela sucção do bebê pode torná-lo protuso ou semiprotuso. Mães com mamilos invertidos ou planos devem iniciar intervenções logo após o nascimento do bebê para garantir o sucesso da amamentação. Para tanto, devem ser orientadas de que a sucção pela criança e a realização de manobras de estimulação com bomba de sucção ou seringa de 20 ml ajudam a protrair os mamilos; uma pega adequada do mamilo e de parte da aréola favorece a mamada; e a ordenha manual, enquanto o bebê não sugar efetivamente, mantém a produção do leite e esvazia as mamas, deixando-as macias e facilitando a pega pela criança (GIUGLIANI, 2000).

Mastite é um processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama devido ao aumento da pressão intraductal por estase do leite que pode ou não progredir para uma infecção bacteriana, determinando a presença de bactérias no leite e tendo como principal porta de entrada a fissura. Ocorre comumente na segunda e terceira semanas após o parto e raramente após a 12ª semana (GIUGLIANI, 2000).

Qualquer evento que promova a estagnação do leite materno, segundo a World Health Organization (2000), predis põe ao aparecimento de mastite, incluindo redução súbita de mamadas, longo período de sono do bebê, uso de chupetas ou mamadeiras, não esvaziamento completo das mamas, criança com sucção débil, produção excessiva de leite, separação entre mãe e bebê e desmame abrupto.

Na mastite, a mama apresenta-se dolorosa, hiperemiada, edemaciada e quente. As manifestações sistêmicas, como malestar, febre alta (acima de 38 °C) e calafrios, relacionam-se à presença de infecção. Geralmente, a mastite é unilateral, mas também pode ser bilateral (GIUGLIANI, 2004). O tratamento adequado da mastite consiste no esvaziamento da mama por meio da manutenção da amamentação e da retirada manual do leite após as mamadas, se necessário. Apesar da presença de bactérias no leite materno quando há mastite, a manutenção da amamentação está indicada por não oferecer riscos ao recém-nascido a termo sadio, já que essas bactérias, usualmente, colonizam sua nasofaringe, conforme dados apresentados pela World Health Organization (2000).

Portanto, a partir do exposto, pode-se inferir que as causas de interrupção do aleitamento materno exclusivo entre as enfermeiras pesquisadas não são causas absolutas, cabendo aos que promovem a LAM manejar com competência tais ocorrências para evitar oportunidades perdidas de AME e de LAM.

O tempo de AME variou de 1 a 6 meses, com uma média de 4,31 meses. A volta ao trabalho foi o obstáculo mais relatado pelos enfermeiros que suspenderam a amamentação exclusiva antes de seis meses pós-parto, seguido pela hipogalactia.

Apesar da importância do aleitamento materno para a criança, a mãe, a família e a sociedade, as taxas de amamentação no Brasil, em especial a de AME, ainda são baixas. Atualmente, 2,17 meses é o tempo médio de AME, como citado anteriormente em pesquisa nacional sobre demografia e saúde da criança e da mulher (BRASIL, 2008).

No entanto, observou-se aumento do tempo médio de AME em relação à investigação nacional, realizada em outubro de 1999 nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, com exceção do Rio de Janeiro, em que foi demonstrada mediana da duração do aleitamento materno exclusivo de apenas 23 dias (BRASIL, 2001b).

Em pesquisa com profissionais do PSF, da região de Montes Claros/MG, sobre conhecimento e prática de promoção do aleitamento materno, na qual foram entrevistados 41 profissionais de nível superior e 153 de nível médio, destacou-se o fato de que mais da metade dos profissionais vivenciou uma interrupção precoce da amamentação exclusiva dos seus próprios filhos (CALDEIRA *et al*, 2007).

Em comparação realizada entre 20 mães enfermeiras e 20 mães que não atuavam na área na saúde, destacou-se a frequência de mastite aparecendo única e exclusivamente entre as enfermeiras. Com relação ao período de amamentação observou-se que 29 mães iniciaram a amamentação e onze mães não amamentaram. Dentre as primeiras, apenas seis conseguiram manter a amamentação até os quatro meses e treze mães amamentaram além dos quatro meses. Partindo-se do princípio de que as mães enfermeiras estivessem teoricamente, melhor preparadas para o aleitamento materno, procedeu-se à análise da efetividade do processo, entre as duas amostras. Observou-se que as mães que não atuavam na área da saúde foram melhor sucedidas na prática do aleitamento, tendo em vista que conseguiram manter a amamentação por um período maior que o das enfermeiras. Observou-se que, das onze mães que deixaram de amamentar antes dos quatro meses, a maioria eram enfermeiras, sendo que três delas deixaram de amamentar antes de a criança completar o primeiro mês. Ainda constatou-se que as mães não enfermeiras conseguiram manter o aleitamento exclusivo acima dos 4 meses, em proporções maiores que as mães enfermeiras (FERTONANI; HIGARASHI 2002).

O trabalho e a dificuldade de se conciliar diferentes funções atuam como uma barreira para muitas mulheres que pretendem amamentar. Assim, estas buscam apoio na família para continuar com o processo de amamentação ou encontram-se obrigadas a decidir

sobre priorizar trabalho/estudo ou os cuidados com o filho. Este fato é ainda mais acentuado nas camadas mais pobres da população, submetidas a empregos informais (sem registro), em que o desrespeito à lactente é maior, o que a obriga a retornar às atividades laborais como forma de garantir sua sobrevivência e a do filho (MACHADO; BOSI, 2008).

As razões alegadas pelas mães para o desmame ou para a introdução de outros alimentos à dieta infantil perpassam por diversos fatores, tais como deficiências orgânicas maternas, problemas com o bebê e atribuição de responsabilidade materna (ICHISATO; SHIMO, 2002). Este último fator está associado à inserção da mulher no mercado de trabalho e à necessidade desta tornar-se, também, uma provedora da família, obedecendo a determinações sociais e econômicas. Tal fato é corroborado por Rea *et al.* (1997) ao afirmarem que uma das principais razões para o desmame precoce é a separação da mãe de seu filho pela volta ao trabalho fora do lar. Nas grandes cidades, esta situação é agravada devido às grandes distâncias e precárias condições dos transportes coletivos.

Em estudo sobre a eficácia da LAM entre mulheres trabalhadoras, não foi observada gravidez entre as usuárias do método antes do retorno ao trabalho. No entanto, ocorreram três gestações, aos 4, 5 e 6 meses, respectivamente, entre as mulheres que retornaram ao trabalho. Assim, os autores consideraram que o retorno ao trabalho pode ser um fator comprometedor da LAM, e enfatizaram a importância da conscientização das mulheres a esse respeito (VALDÉS *et al.*, 2000).

O uso passivo da LAM é definido como o seguimento de seus três critérios básicos por mulheres que não fazem uso de outro método complementar e que não confiam no prolongamento da amamentação como forma de planejamento familiar. Estudo que objetivou avaliar o potencial de uso da LAM e da forma passiva de LAM entre mulheres com filhos menores de seis meses de vida, no Egito, constatou relação inversamente proporcional entre uso passivo de LAM e retorno da mulher ao trabalho fora do lar. O autor justifica a assertiva na grande demanda de tempo exigida para o uso do método, mesmo que de forma passiva, e na inclinação das mulheres pela escolha de MAC “modernos” (AFIFI, 2007).

Conforme a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), os estabelecimentos de trabalho, com pelo menos 30 mulheres com mais de dezesseis anos, deverão ter local apropriado no qual as empregadas possam guardar, sob vigilância e assistência, seus filhos no período da amamentação. Garante também dois descansos de 30 minutos em cada turno de trabalho. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) garante benefícios trabalhistas às mulheres grávidas e lactantes, tais como a garantia de emprego, licença maternidade remunerada, creche no ambiente de trabalho e pausas para amamentar, bem como a

possibilidade de retirada do leite materno durante a jornada de trabalho (ANTUNES *et al.*, 2008).

No entanto, o cumprimento de tais disposições não é seguido por parte dos empregadores e do próprio Estado, visto não disponibilizarem opções às nutrizes trabalhadoras para a continuidade do processo de AME, reduzindo ainda a oferta de emprego a este grupo. Esta evidência é observada em estudo realizado por Oliveira e Silva (2003), que, avaliando 17 hospitais públicos e privados da cidade de Maceió-AL, constataram cumprimento apenas parcial da legislação, havendo descaso dos órgãos competentes na fiscalização das leis de proteção ao aleitamento materno. Os empregadores, na maioria das vezes, não disponibilizam opções às nutrizes trabalhadoras, de modo a favorecer a continuidade do aleitamento materno. Apesar da garantia da licença maternidade remunerada de 120 dias, com proposta de se estender o prazo para 180 dias, ocorre redução da oferta de emprego a este grupo de mulheres, causando receio nas trabalhadoras e consequente retorno às atividades laborais antes do tempo estipulado.

Para Silva e Souza (2005), o trabalho materno representa um desafio que contribui para indicadores mais baixos de aleitamento materno exclusivo após os quatro meses de vida da criança, pois o retorno ao trabalho implica em redução das mamadas, dificultando a manutenção do AME por mais tempo, cabendo ao Estado assegurar condições para continuidade e prolongamento do aleitamento materno, por meio da garantia da licença remunerada por maior período e instalação de creches em locais de trabalho.

O adequado seguimento das determinações legais de proteção ao AME influencia positivamente esta prática, conforme demonstra pesquisa de comparação do período de aleitamento materno entre crianças em creches internas (no local de trabalho da nutriz) e externas (fora do local de trabalho da nutriz), a qual apontou associação estatística significativa entre presença de crianças em creches internas e amamentação superior a três meses. Crianças em creches externas estão expostas a risco de desmame precoce quase três vezes maior do que aquelas em creches internas (ISSLER *et al.*, 1994).

É importante destacar que não apenas o fato de trabalhar fora do lar interfere na decisão materna de amamentar. Em estudo sobre os fatores relacionados à decisão da mulher em amamentar e a duração planejada, realizado entre trabalhadoras da cidade de Campinas-SP que dispõem de creche na empresa, foi observado que a existência de creche no local de trabalho é relevante para a manutenção do aleitamento materno após licença, particularmente o exclusivo. Entretanto, esta decisão também está relacionada às informações recebidas antes, durante e após a gravidez, pelas mais diversas fontes, sejam parentes, profissionais,

propagandas ou leituras (OSIS *et al.*, 2004). Portanto, informações adequadas acerca da amamentação despertam o desejo de amamentar e sedimentam este sentimento no imaginário das mulheres, mesmo no período pré-gestacional, fortalecendo, pois, a figura do profissional da saúde como provedor de informações.

Machado e Bosi (2008) reiteram tal assertiva em pesquisa realizada em Fortaleza-CE, sobre o significado do ato de amamentar. Evidenciou-se complexidade em amamentar e a importância de pais, avós e profissionais no processo da amamentação. Destaca-se, também, que o sucesso do aleitamento materno está relacionado aos significados construídos pelas nutrizes ao longo de suas vidas e suas experiências como lactentes.

A diminuição na produção do leite também foi citada pelos enfermeiros como causa para a interrupção da amamentação exclusiva até o sexto mês do bebê. É importante reforçar que a produção de leite é diretamente influenciada pela sucção do mamilo. A sucção mamilar efetiva estimula terminações nervosas do mamilo e da aréola, que chegam ao hipotálamo, o qual, por sua vez, induz à secreção de prolactina pela hipófise anterior e ocitocina pela posterior, mantendo, assim, a lactação. O retorno ao trabalho provoca automaticamente uma redução no número de mamadas, o que pode estar associado à diminuição do leite produzido. Arantes (1995) destaca tal assertiva em estudo sobre a visão das mulheres que amamentam, em que a mulher cita a volta ao trabalho associada como causa da diminuição da produção de leite e à recusa da criança. O autor aponta a falta de drenagem do leite, o que provoca desestímulo da glândula mamária, acarretando, como consequência, a hipogalactia.

Quanto ao uso da LAM pelos enfermeiros participantes deste estudo, 12 (19,6%) afirmaram ter adotado o método para evitar gravidez, considerando sua praticidade e seus benefícios; entre os que não adotaram, a principal razão apontada foi a falta de confiança no método.

Este resultado pode ser interpretado como negativo sob o ponto de vista da promoção da LAM, pois ao não se confiar no método para a prática pessoal, é de se esperar que estes mesmos enfermeiros estejam a influenciar a clientela para o não uso do método ou deixando de promovê-lo.

### 5.3 Conhecimento e confiança dos enfermeiros a respeito da LAM

Tabela 4. Distribuição do número de enfermeiros conforme conhecimento e confiança com relação a LAM. Programa Saúde da Família. Fortaleza – CE. fev.-jul., 2008.

Variáveis (n=137)	Nº	%
<b>Reconhece a LAM como MAC</b>		
Sim	135	98,5
Não	2	1,5
<b>Conhece o percentual da eficácia da LAM corretamente</b>	5	3,7
<b>Conhece as três condições para o funcionamento da LAM</b>	19	13,9
<b>Demais condições de funcionamento da LAM citadas pelos enfermeiros (n=106)</b>		
Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	53	38,7
AME e amenorréia pós-parto	36	26,3
AME até 6 meses de vida do bebê	12	8,7
AME por 2 ou 4 meses	5	3,7
Não lembravam ou não sabiam	12	8,7
<b>Confia no método da LAM</b>	72	52,6

O método anticoncepcional da LAM tem eficácia comprovada por diversas pesquisas. No entanto, o conhecimento e a segurança em sua eficácia por parte da população, e até mesmo entre os profissionais, são limitados.

Apenas 2 (1,5%) enfermeiros afirmaram não reconhecer a LAM como método de anticoncepção. Apesar de quase todos os entrevistados reconhecerem a LAM como método anticoncepcional, quando a estes foi indagado sobre a taxa de eficácia do mesmo, apenas 5 (3,7%) enfermeiros conheciam a eficácia de 98%, e somente 19 (13,9%) as três condições para o funcionamento ótimo do método.

Os dois principais hormônios responsáveis pelo processo da lactação são a prolactina e a ocitocina, sendo o primeiro responsável pela lactogênese e o segundo pela ejeção do leite. Durante a mamada é liberado o hormônio prolactina que favorece a produção do leite, sendo o estímulo da sucção responsável pela maior produção de leite materno. Além de atuar na lactogênese, a prolactina inibe a secreção das gonadotrofinas pelo hipotálamo, assim não ocorre a liberação dos hormônios folículo estimulante e luteinizante, o que impede a ovulação. Portanto, como garantia da alta eficácia do método (98%), a mulher, além de estar em amenorréia e amamentar o bebê exclusivamente até seu sexto mês de vida, deve manter a



amamentação em intervalos regulares, não ultrapassando quatro horas durante o dia e seis horas à noite. O retorno da menstruação antes dos seis primeiros meses de vida da criança aumenta o risco de gravidez (KING, 2007). O padrão ideal de mamadas para atender as necessidades nutricionais da criança e um dos critérios da LAM, consiste em respeitar a demanda do próprio bebê, ou seja, deve ser oferecido leite materno sempre que a criança desejar ou, pelo menos, 10 a 12 vezes por dia durante as primeiras semanas após o parto e 8 a 10 vezes por dia, mais uma vez durante a noite, nos primeiros meses (OMS, 2007). O profissional deve conhecer estas indicações e encorajar a lactante diante de possíveis dificuldades que essa venha a encontrar.

Indagados sobre as condições que garantem a alta eficácia da LAM, constatou-se que apenas 19 (13,9%) enfermeiros conheciam os três requisitos para o seu funcionamento, ou seja, relataram a amamentação exclusiva do bebê até o sexto mês de vida e a ausência de menstruação. O aleitamento materno exclusivo associado à amenorréia pós-parto foi citado como requisito de eficácia da LAM por 36 (26,3%) profissionais. Somente o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança foi apontado como critério de eficácia por 12 (8,7%) enfermeiros e, ainda, 53 (38,7%) apontaram que apenas a amamentação exclusiva garante a eficácia do método. O aleitamento materno exclusivo por dois ou quatro meses foi relatado por 5 (3,7%) enfermeiros como condição para a LAM. Portanto, 106 (86,1%) dos enfermeiros apresentaram conhecimento incompleto e/ou incorreto sobre o quesito em discussão. Ademais, quanto à ter confiança na eficácia da LAM, 72 (52,6%) enfermeiros entrevistados relataram ter confiança.

Do exposto, é perceptível o despreparo dos enfermeiros do PSF de Fortaleza para promover a LAM, pois o sucesso deste método exige que a mulher seja conhecedora e praticante das três condições que estabelecem o seu funcionamento ótimo, bem como tenha conhecimento de sua elevada eficácia (98%) para sentir-se encorajada e segura de seu uso. Não estando o enfermeiro apto a dar essas informações, com convicção e por meio de estratégia de educação e comunicação adequada, dificilmente a clientela irá sentir-se motivada para adotar a LAM.

Capacitação é uma estratégia para melhorar a competência técnica de profissionais de um modo geral. Pesquisa realizada por Moura e Silva (2005) com 29 enfermeiros que atuam em PSF em municípios do Ceará, identificou que 21 (72,4%) tinham participado de algum tipo de capacitação em anticoncepção; entretanto, a maioria afirmou debilidade em desempenhar suas funções relacionadas a tal temática. As autoras identificaram que apenas 5 (17,2%) enfermeiros se sentiam preparados para lidar com questões relacionadas

à anticoncepção; 17 afirmaram dificuldades técnicas para avaliar possíveis contraindicações; 10 (34,5%) relataram dificuldades no manejo de efeitos colaterais e/ou complicações; 8 (27,6%) reconheceram dificuldades para informar sobre o uso correto de alguns MAC, sendo que 2 (6,8%) apontaram deficiência técnica e os demais a alta demanda de trabalho. A livre escolha foi identificada como um grande desafio por 14 (48,3%) enfermeiros, tendo em vista a reduzida disponibilidade de métodos oferecidos nas unidades de saúde.

A competência profissional no campo da anticoncepção envolve, conhecimentos técnicos e científicos adquiridos na graduação, bem como em capacitações já na prática profissional; e conhecimentos culturais baseados nas interações profissionais visando atender as necessidades da clientela. Isso inclui a capacidade de fornecer orientação de tal forma que o/a cliente tome a decisão mais acertada de acordo com a sua realidade sexual e reprodutiva (MOURA; SILVA, 2005).

Com o intuito de certificar se o tema LAM é abordado na graduação em Enfermagem, entrevistou-se quatro docentes de disciplinas voltadas à Saúde da Mulher (duas de Universidades públicas e duas de Universidades privadas de Fortaleza-CE), conforme instrumento apresentado no APÊNDICE – D. Todas as docentes entrevistadas afirmaram ser a LAM assunto abordado nas referidas disciplinas, sendo que duas afirmaram, ainda, ser o tema revisto nas aulas teóricas e práticas da disciplina de Saúde Coletiva.

As docentes informaram que o assunto é explanado juntamente com os outros MAC durante as aulas de planejamento familiar, e a carga horária total, para todos os métodos, é de oito horas, em uma das Universidades públicas, e de quatro horas nas demais. Neste contexto, a LAM é abordada nos principais cursos de graduação em Enfermagem do Ceará.

A eficácia e as condições de funcionamento da LAM correspondem a exposição central do tema em três universidades, com exceção de uma universidade particular, na qual a docente entrevistada afirmou explorar somente a fisiologia da lactação. Ainda sobre esta questão, duas docentes afirmaram não abordar a fisiologia da lactação na disciplina de Saúde da Mulher, mas informaram que o assunto é visto nas aulas de aleitamento materno em disciplinas da área de Pediatria.

Interrogadas sobre o encorajamento dos alunos para a promoção deste método, todas as entrevistadas informaram que os mesmos são estimulados a promover a LAM nos campos de prática curricular. Duas docentes afirmaram ainda que são desenvolvidos estudos de caso e momentos de educação em saúde para a promoção do método entre os alunos. Uma

docente apresentou sua percepção de difícil adesão à LAM, tanto pela clientela quanto pelos discentes, reconhecendo, pois, a necessidade de melhor explorar tal conteúdo.

#### 5.4 Promoção da LAM pelos enfermeiros e percepção destes quanto a aceitação do método pela clientela

Tabela 5. Distribuição do número de enfermeiros conforme promoção da LAM e percepção destes quanto a aceitação do método pela clientela. Programa Saúde da Família. Fortaleza – CE. fev.-jul., 2008.

Variáveis	Nº	%
<b>Promove a LAM (n=137)</b>		
Sempre	78	56,9
Às vezes	34	24,7
Nunca	25	18,4
<b>Atitude da clientela frente à promoção da LAM (n=112)</b>		
Aceitam a LAM prontamente	14	12,5
Aceitam a LAM parcialmente solicitando um MAC complementar	86	76,8
Recusam a LAM solicitando um outro método	12	10,7

Em relação à promoção da LAM como um método anticonceptivo, 78 (56,9%) enfermeiros relataram orientar sempre às suas clientes. A orientação é dada, às vezes, por 34 (24,7%) profissionais. A falta de confiança na eficácia da LAM foi o principal motivo para que 25 (18,4%) dos participantes não apresentassem a LAM como método de anticoncepção. Tal fato vem ao encontro do que foi observado em pesquisa sobre a avaliação da assistência em planejamento familiar no contexto do PSF do Ceará, em que a autora identificou que 165 (86,4%) profissionais entrevistados, entre médicos e enfermeiros, orientavam a LAM às suas clientes. Foi demonstrado, também, que os enfermeiros informam bem mais sobre os métodos anticoncepcionais comportamentais, inclusive a LAM, que os médicos, pois enquanto 71,4% dos enfermeiros o faziam, apenas 54,2% dos médicos tinham a mesma conduta (MOURA, 2007b).

Os enfermeiros que “sempre” orientam o método referiram como motivos os benefícios da amamentação, as vantagens de ser um método natural e a oportunidade de conhecimento por parte da mulher. Já os que orientam “às vezes”, afirmaram avaliar se a mulher tem ou não condições para o uso correto do método. Uma minoria informou a falta de condições da cliente em assimilar e seguir as instruções de uso adequado da LAM, aumentando, assim, o risco de gravidez. Faz-se necessário banir do discurso dos profissionais

tal suposição, na medida em que são os responsáveis em preparar à cliente para o desenvolvimento de habilidades cognitivas e práticas, tomando por base, o contexto social, econômico e cultural da mesma, de modo a otimizar o uso do método. A co-responsabilização dos usuários por suas escolhas é uma das diretrizes da Estratégia Saúde da Família.

É pertinente observar que não são todas as mulheres que têm condições de uso da LAM, e o profissional deve estar atento para tal fato. Mesmo com todas as vantagens já relatadas a respeito da LAM e da ausência de efeitos colaterais e/ou riscos para a saúde do binômio mãe e filho, existem casos em que é desaconselhado o uso do método. Segundo a OMS (2007), mulheres infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou portadoras da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA), por exemplo, têm contra-indicação ao uso da LAM, pelo risco de transmissão para o bebê, tendo em vista que cerca de 10 a 20% de filhos de mães infectadas que são alimentados ao seio são infectados com o vírus, mesmo a mãe estando em uso de terapia antiretroviral (ARV). Mulheres em uso de terapia medicamentosa, durante a lactância, a base de corticóides, radioativos, ciclosporina, antimetabólitos, anticoagulantes e drogas que afetam o estado de ânimo, devem evitar o uso do método. Ainda citando OMS (2007), recém-nascidos com afecções que dificultem sua alimentação ao seio, como os pequenos para a idade gestacional (PIG), prematuros que requerem cuidado neonatal intensivo, bebês que não podem digerir alimentos normalmente ou com algum tipo de malformação na boca, mandíbula ou paladar têm contra-indicação para uso da LAM.

Apesar de algumas mulheres não poderem utilizar o método, todas estão aptas a ouvir as informações sobre o mesmo. A eficácia da LAM depende da usuária, do modo como esta conduz o aleitamento do filho, se exclusivo ou não, já que a redução no número de mamadas aumenta a probabilidade de ovulação e o risco de gravidez. É importante enfatizar, também, que o método não protege contra infecção por Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), inclusive a SIDA, e que a mulher em uso da LAM está suscetível a intercorrências mamárias, tais como, mastite, fissura e ingurgitamento mamário, que a depender do grau de acometimento poderá deixá-la impossibilitada de amamentar e, conseqüentemente, utilizar a LAM.

A baixa credibilidade na eficácia é a razão para que boa parte dos profissionais não promova o uso da LAM. Percebe-se, assim, um pré-julgamento errôneo a respeito do método, bem como a quebra de um preceito básico do planejamento familiar, na medida em que uma das metas do programa é oferecer toda variedade de métodos anticoncepcionais. Esta

variedade permite à mulher escolher o melhor método em função de suas necessidades de reprodução em determinado momento.

Ressalta-se, também, que o uso da LAM como método seguro de anticoncepção muitas vezes não é enfatizado nas campanhas de promoção do aleitamento materno. Tais campanhas se apóiam em argumentos relacionados à saúde e ao desenvolvimento psicomotor das crianças. Às mulheres que não desejam engravidar ou pretendem espaçar os nascimentos são oferecidos métodos convencionais, como o condom, DIU e anticoncepcionais hormonais (VERA *et al.*, 2003).

Foi questionado aos 112 (81,6%) enfermeiros que responderam orientar, “sempre” ou “às vezes”, sobre a LAM, quanto à aceitação das mulheres ao método. Destes, 14 (12,5%) afirmaram que as mulheres aceitam prontamente, 86 (76,8%) relataram que as mulheres aceitam a LAM parcialmente e solicitam associação com outro método anticoncepcional, sendo que 12 (10,7%) informam a total recusa pelas mulheres, com a solicitação de outro método substituto.

O achado mostra elevada porcentagem da clientela atendida pelos enfermeiros em questão que confia parcialmente na LAM, tendo em vista que solicitam associação de um outro método. Neste ponto, faz-se uma correlação com os resultados de baixo conhecimento ou conhecimento incompleto dos enfermeiros para promover a LAM, bem como a elevada falta de confiança no método o que pode estar gerando desconfiança na clientela.

Os profissionais da saúde têm um papel cada vez mais relevante como fonte de informação, principalmente entre as mulheres mais jovens. Assim, reconhece-se que as atitudes desses profissionais exercem influência na decisão de amamentar. Atitudes negativas e crenças inadequadas em relação ao aleitamento materno podem influenciar o apoio e o incentivo dado às mulheres grávidas e às mães.

Estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros frente ao aleitamento materno, realizado em Lisboa, identificou que a maior parte dos profissionais discute com as mães sobre a forma de alimentar o bebê e as vantagens do aleitamento materno, salientando-se que 87,9% concordam com o fato de que o tema aleitamento materno é sempre abordado mesmo que a iniciativa não parta da grávida/mãe. Quando questionados se incentivam o aleitamento materno a mulheres que ainda não tomaram uma decisão quanto à forma de alimentar o seu bebê, a quase totalidade dos inquiridos referiu que o fazem; no entanto, ocorre um decréscimo no caso da mulher já se ter decidido pela alimentação artificial. (MARINHO, LEAL, 2004).

Ainda citando Caldeira e Aguiar (2007), foi avaliado o desempenho dos profissionais do PSF sobre aleitamento materno e observou-se um desempenho superior a 80% para as três categorias profissionais (médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde) no aspecto de reconhecimento das vantagens do aleitamento materno. Em relação à técnica correta da amamentação, conhecimentos gerais sobre o leite materno, cuidados com a mama e manejo dos principais problemas, o melhor desempenho observado foi do grupo de enfermeiros. Entre os profissionais de nível superior, o enfermeiro realiza mais ações de promoção do que o médico, com diferenças estatisticamente significantes para as ações de observação da mamada, participação em grupos de gestantes e de nutrizes ( $p < 0,05$ ).

Ao avaliar a opinião de 872 mulheres, em Havana, acerca da eficácia do uso da LAM, Pérez, Carballo e Durán (1999) identificaram que 52,4% das entrevistadas consideravam o método pouco eficaz, 25,2% não o consideravam como método anticoncepcional, 20,3% acreditavam ser um método altamente seguro e 2,1% afirmaram não ter conhecimento sobre o tema. Os autores concluíram que os provedores dos serviços de saúde estavam mal informados sobre o método, o que sugere que a necessidade de atualização profissional a respeito da LAM está também presente em outros territórios.

Estudo que avaliou o nível de conhecimento de gestantes e puérperas sobre a LAM, identificou que 60% das mulheres entrevistadas desconheciam suas vantagens e seus critérios de uso. Ademais, demonstrou que as poucas informações foram adquiridas com amigas e não com profissionais da saúde (VERA *et al.*, 2003). Desta forma, então, a mulher se mantém desinformada, podendo receber orientações positivas ou negativas sobre a LAM advindas das amigas ou ainda fazer uso inadequado do método fora dos três critérios exigidos para o seu funcionamento ótimo, aumentando o risco de gravidez não planejada e desconfiança no procedimento.

Ainda citando Vera *et al.* (2003), o estudo mostrou que após receber instrução acerca das vantagens da LAM, 97,9% das mulheres consideraram que a população deveria receber instruções sobre os benefícios e o uso correto do método. E, ainda, uma porcentagem relativa das mulheres, 16,8%, demonstrou interesse em usá-lo.

Pérez, Carballo e Durán (1999), com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento, uso e eficácia da LAM, mostraram que de 662 mulheres que utilizaram anticoncepcionais no período pós-parto, apenas 16% utilizaram a LAM. A frequência de uso foi de 25,2% entre primíparas e de 14,2% entre multíparas.

Pretende-se, assim, enfatizar a relevância e a necessidade dos enfermeiros do PSF de Fortaleza em adquirir conhecimento suficiente para uma prática segura voltada para a promoção da LAM.



### 5.5 Estratégias e oportunidades utilizadas pelos enfermeiros para promover a LAM

A forma de abordagem e de promoção de ações em saúde pelos profissionais é imprescindível para o correto entendimento e seguimento pela clientela. Assim, as estratégias de promoção da LAM pelos enfermeiros é crucial para o adequado uso do método pelas nutrizes. Ressalta-se a adesão à amamentação exclusiva para a garantia da alta eficácia da LAM, tendo o enfermeiro a necessidade de abordar, também, o aleitamento materno em sua prática. De tal maneira, a amamentação deve ser discutida desde o pré-natal, devendo as gestantes ser sensibilizadas e informadas não só sobre os benefícios do aleitamento para a dupla mãe/filho, como também do correto manejo do seu uso como opção anticoncepcional.

Desta forma, foi interrogado sobre os diferentes momentos e estratégias adotadas pelos enfermeiros para a indicação da LAM. Foram destacados três grupos de estratégias usadas para promoção da LAM: palestras e oficinas, orientação individual e visita domiciliária. As oportunidades adotadas pelos enfermeiros para a promoção da LAM foram agrupadas em dois momentos: abordagem durante o ciclo gravídico-puerperal, ou seja, nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura, e fora do ciclo gravídico-puerperal, nas consultas de planejamento familiar. Os resultados encontram-se apresentados na tabela a seguir.

Tabela 6. Distribuição do número de enfermeiros quanto as estratégias e oportunidades de promoção da LAM. Programa Saúde da Família. Fortaleza – CE. fev.-jul., 2008.

Variáveis	Nº	%
<b>Estratégias adotadas na promoção da LAM (n=112)</b>		
Orientação individual	59	52,7
Palestras e oficinas; Orientação individual e Visita domiciliária	28	25,0
Palestras e oficinas	12	10,7
Orientação individual e Visita domiciliária	11	9,8
Visita domiciliária	2	1,8
<b>Oportunidades usadas pelos enfermeiros para promover a LAM</b>		
Ambos os momentos	82	73,3
Ciclo gravídico puerperal (pré-natal, puerpério e puericultura)	27	24,1
Fora do ciclo gravídico puerperal (Planejamento familiar)	3	2,6

Conforme se observa na tabela acima, a maior parte dos enfermeiros que orienta a LAM, 59 (52,7%), utiliza apenas a orientação individual como estratégia de promoção, 12 (10,7%) empregam somente palestras ou oficinas e apenas 2 (1,8%), adotam apenas a visita domiciliária. Palestras e oficinas associadas à orientação individual e visita domiciliária são utilizadas por 28 (25,0%) profissionais, enquanto 11 (9,8%) adotam a orientação individual e a visita domiciliária como estratégias de promoção do método. É importante ressaltar que o estudo não tinha como objetivo observar a realização de quaisquer das formas utilizadas como estratégia de promoção da LAM, sendo analisado apenas os relatos dos enfermeiros.

Como citado anteriormente, a noção de promoção da saúde busca romper com o modelo médico curativo e subsidiar as pessoas para que tomem as decisões a respeito de sua vida e saúde da forma mais segura possível. Sendo assim, os profissionais, em especial o enfermeiro, devem procurar compreender a real necessidade da clientela, trabalhando suas dificuldades e aumentando suas potencialidades.

A orientação em planejamento familiar envolve muito mais do que o simples repasse de informações e distribuição de métodos existentes na unidade. A mulher tem o direito de conhecer os métodos não disponibilizados, os métodos comportamentais e o natural (LAM), para que possa decidir o ideal para a sua saúde.

A realização de atividades com grupos, palestras e oficinas é reconhecidamente uma forma eficaz de se trabalhar questões relacionadas ao planejamento familiar, no entanto, a forma de se conduzir determina o interesse, a participação e a aceitação das pessoas, sendo, o manejo profissional, fundamental para a melhor compreensão e aceitação dos diferentes métodos pela cliente.

Destaca-se que mais da metade dos enfermeiros entrevistados, 59 (52,7%), utilizava somente a consulta individual como estratégia de promoção da LAM. Houve relatos de que a unidade de saúde não dispunha de local adequado para a realização de atividades grupais. Moura e Sousa (2002) observaram em sua pesquisa que o déficit das práticas educativas relacionava-se também à resistência dos profissionais e da população. O acompanhamento das ações educativas pelas autoras identificou pouca troca de experiências entre os participantes, orientação não direcionada às necessidades do grupo, uso de linguagem científica e uso inadequado de material de apoio.

Em investigação sobre as concepções de educação em saúde realizada por Wendbausen e Saube (2003) com 52 profissionais que atuam em PSF, entre enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos e dentistas, foi constatado que a maioria dos profissionais entende a temática como o repasse do saber de forma vertical a um usuário passivo, que deve

modificar seu comportamento de acordo com o que lhe é recomendado, sem garantir a emancipação dos usuários.

Pereira *et al.* (2007), em projeto de reconstrução de um grupo de planejamento familiar, identificou que a realização de atividades grupais centradas na equipe de saúde, e não nos reais interesses das usuárias, mediante a realização de palestras e a distribuição de anticoncepcionais, não era eficaz e não estimulava a cidadania e a autonomia dos sujeitos. O estudo mostrou que a mudança de foco, voltando-o aos interesses da mulher como cidadã, com o objetivo de despertar as usuárias para o planejamento em família em sua integralidade, inclusive com a participação de seus parceiros de forma mais dinâmica e participativa, proporcionou inúmeras mudanças. Houve a facilitação do diálogo, a contemplação da troca de conhecimento, a garantia da expressão de idéias e a discussão das mesmas pelo grupo. Aumentou a procura pela pílula, pelo DIU e pelo preservativo masculino, na busca do controle da natalidade e da prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), evidenciando-se, inclusive, o aumento da autoestima e do autocuidado. A realização do exame citopatológico aumentou 98%, e a relação com a equipe de saúde tornou-se mais aberta e horizontal.

O momento em que tais estratégias foram adotadas como forma de promoção da LAM foi questionado aos enfermeiros. Dividiu-se em dois momentos: o do ciclo gravídico-puerperal, ou seja, durante a gestação e o pós-parto, nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura; e fora do ciclo gravídico-puerperal, destacando-se o atendimento em planejamento familiar. Assim, 11 (9,8%) enfermeiros afirmaram orientar o método somente durante o período gestacional, nas consultas de pré-natal e 16 (14,3%) apenas no pós-parto, durante as consultas de puerpério e puericultura, ou seja, 27 (24,1%) adotavam estratégias de promoção da LAM somente durante o ciclo gravídico puerperal. Apenas 3 (2,6%) enfermeiros informaram orientar o método somente nas consultas de planejamento familiar. A orientação era fornecida durante as consultas que englobavam o ciclo gravídico-puerperal e fora deste, durante o planejamento familiar, por 82 (73,3) enfermeiros.

Percebe-se que grande parte dos entrevistados afirmou utilizar tanto o ciclo gravídico-puerperal quanto as consultas de planejamento familiar para orientar o método. Convém lembrar que a orientação sobre amamentação dada ainda durante a gestação aumenta as taxas de aleitamento materno, particularmente o aleitamento exclusivo, favorecendo, conseqüentemente, o uso da LAM.

Estudo aponta que não há associação estatística entre acompanhamento regular de crianças no posto de saúde e tempo de aleitamento materno, bem como realização de pré-natal

e aleitamento materno. Escobar *et al.* (2002) observaram que 96,9% das mães envolvidas no estudo realizaram acompanhamento pré-natal, no entanto, a idade média do desmame foi 3,3 meses.

Melo *et al.* (2002) identificaram que 96,5% das primíparas em seu estudo tiveram acesso ao serviço de saúde, realizando, em média, 6,4 consultas de pré-natal. No entanto, apesar desta alta frequência, quase 60% do total de mães entrevistadas relataram não ter recebido nenhum tipo de informação sobre aleitamento materno durante o pré-natal. Ainda sobre este aspecto, Percegoni *et al.* (2002) relataram que, embora 94% das puérperas tenham realizado o pré-natal, 67,3% não receberam qualquer informação sobre o tema.

Neste sentido, questiona-se: como estão sendo realizadas as consultas de acompanhamento pré-natal? Há incentivo à prática do aleitamento materno e, especialmente, de aleitamento materno exclusivo?

Os profissionais que prestam cuidados às gestantes e às crianças deveriam ter um papel educativo mais decisivo no sentido de promoção desta prática, haja vista o importante papel que desempenham junto à clientela como formadores de opinião. A amamentação deve ser discutida desde a gravidez, e as gestantes devem ser sensibilizadas de suas vantagens para que tomem a decisão de amamentar, visto estarem, naquele instante, mais receptivas às informações de como melhor cuidar de seu filho. O profissional deve, também, informar às gestantes sobre as dificuldades e as intercorrências que podem ocorrer durante o processo, evitando, desta maneira, a sensação de frustração e o desmame precoce. O encaminhamento para grupos de aleitamento materno facilita o trabalho dos profissionais após o nascimento, bem como incentiva a adesão das mães. O estabelecimento de suporte contínuo é fundamental para fortalecimento e manutenção do aleitamento, sendo reconhecido que o declínio nas taxas de aleitamento materno ocorre especialmente nas primeiras semanas após o parto (ALMEIDA *et al.*, 2008).

## 5.6 Prática dos enfermeiros com relação ao acompanhamento de usuárias de LAM

Tabela 7. Distribuição do número de enfermeiros de acordo com variáveis relacionadas a prática em acompanhamento da LAM. Programa Saúde da Família. Fortaleza – CE. fev.-jul., 2008.

Variáveis	Nº	%
<b>Enfermeiros com usuárias de LAM no período da pesquisa (n=112)</b>		
Sim	59	52,7
Não	53	47,3
<b>Tempo de permanência em LAM (em meses) (n=59)</b>		
Até 2 meses	7	11,8
3 – 4 meses	31	52,6
5 – 6 meses	18	30,5
1 ano	2	3,4
Não lembram	1	1,7
<b>Motivos de interrupção relacionados ao MAC (n=59)</b>		
Trabalho e aleitamento materno misto	21	35,6
Menstruação e aleitamento materno misto	13	22,0
Falta de confiança	12	20,5
Até 6 meses	8	13,4
Não lembram	5	8,5
<b>MAC que sucedeu a LAM (n=59)</b>		
Anticoncepcional Combinado Oral (ACO)	40	67,8
Pílula Exclusivamente de Progestágeno (PEP)	7	11,8
ACO e PEP	5	8,5
Condom, ACO e PEP	5	8,5
Não lembram	2	3,4

Aos enfermeiros que orientavam o método sempre ou às vezes às suas clientes, 112 (81,7%), foi interrogado sobre o acompanhamento de usuárias de LAM no momento. Assim, 59 (52,7%) afirmaram que estavam acompanhando alguma usuária do método durante a pesquisa. O tempo de utilização do método pelas clientes variou de um mês a um ano, em que 31 (52,6%) enfermeiros informaram tempo médio de uso da LAM de 3 a 4 meses. Dezoito (30,5%) entrevistados afirmaram o uso da LAM pelo período recomendado de 6 meses e 2 (1,7%) afirmaram o uso do método por suas clientes por até um ano. O relato dos enfermeiros que orientam a LAM por um período superior a 6 meses, estendendo-se até

mesmo a um ano, revela o desconhecimento acerca dos critérios básicos de uso do método, já demonstrado anteriormente nesta pesquisa. Ademais, reconhece-se que este fato aumenta o risco de gravidez indesejada entre as usuárias e, conseqüentemente, o descrédito em relação ao método.

Os principais motivos relatados pelos enfermeiros como desencadeantes da interrupção do uso da LAM pelas usuárias foram a volta da mulher ao trabalho fora do lar associado à introdução de outros alimentos na dieta da criança e o retorno menstrual igualmente associado à introdução de outros alimentos na dieta infantil, relatado, respectivamente, por 21 (35,6%) e 13 (22%) profissionais. Ainda, 12 (20,5%) enfermeiros relataram a falta de confiança no método pela usuária como principal motivo para a interrupção de seu uso.

O ACO foi indicado como o principal método anticoncepcional que sucedeu o uso da LAM, sendo relatado por 40 (67,8%) enfermeiros, seguido do anticoncepcional exclusivo de progestágeno, fato que corrobora Moura (2007a), citada anteriormente, que afirma que ACO é o método mais disponibilizado nas UBS. Em pesquisa sobre a assistência em planejamento familiar na perspectiva de usuárias e enfermeiros do PSF, Moura (2003) identificou aspecto semelhante, em que o ACO e a PEP foram os anticoncepcionais encontrados disponíveis no universo estudado. A oferta de outros MAC como o diafragma, o preservativo feminino, os espermicidas e a pílula de emergência mostrou-se igualmente inexistente.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi identificado que 135 (98,5%) enfermeiros reconheciam a LAM como anticoncepcional natural. No entanto, retomando os objetivos propostos nesta pesquisa, conclui-se que o conhecimento, bem como o desempenho destes profissionais na prática do PSF, relacionados à LAM, foram insuficientes para uma maior adesão das usuárias e consequente aquisição de benefícios que o método proporciona para criança, mulher, família e sociedade. O não conhecimento dos critérios básicos de uso da LAM, da sua eficácia e a baixa credibilidade dos profissionais ao método traduz-se na mulher em sentimento de insegurança, o que determina o não uso da LAM. A identificação deste fato revela a necessidade de desenvolvimento de estratégias para capacitação destes profissionais, como forma segura de garantir à clientela o acesso e a escolha segura ao método.

Faz-se necessário que gestores valorizem e favoreçam a educação continuada em serviço, mobilizando esses profissionais para a formação de grupos de estudos locais, funcionando com regularidade. A participação em capacitação também deve ser encorajada pelos gestores, de modo a promover a criatividade dos profissionais, aumentando habilidades pessoais em lidar com necessidades do cotidiano, destacando-se a ruptura na oferta de métodos anticoncepcionais, a baixa variedade de métodos e a LAM como uma opção a ser melhor aproveitada e promovida. Também é inegável que o compromisso com a atualização e a melhoria do desempenho profissional seja uma busca de cada profissional, a cultivar um processo de auto-aprendizagem como parte do seu processo de trabalho.

A população estudada foi predominantemente feminina, 121 (88,3%) participantes foram mulheres. A idade média dos entrevistados foi de 35,16 anos e, a maior parte, 70 (51,1%), tinha filhos. As experiências pessoais dos profissionais (incluídos os enfermeiros, em que se tomou como resposta a experiência da parceira) com aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo foram relativamente elevadas, tendo em vista que entre os enfermeiros com filhos, 61 (92,4%) amamentaram exclusivamente em média por 4,31 meses. Observou-se que o aleitamento materno exclusivo foi significativo entre os participantes da pesquisa, o que pode ser decorrente da elevada escolaridade da população estudada, bem como devido à própria profissão fazer parte da grande área de ciências da saúde. Ressalta-se que o retorno ao trabalho fora do lar foi relatado como obstáculo que impediu a prática de aleitamento materno exclusivo por um período maior de tempo. Apesar da boa experiência com amamentação exclusiva pelos profissionais, fator determinante para o uso da LAM, a experiência pessoal destes com o método foi relativamente baixa, já que apenas 12 (19,6%)

afirmaram tê-lo utilizado. A falta de confiança foi identificada como motivo para o não uso e, deste mesmo modo, para a não indicação do método às usuárias do PSF. Reconhece-se, portanto, a necessidade de proporcionar o conhecimento e a desmistificação da LAM, primeiramente, entre os próprios profissionais.

Profissionais de saúde, em particular, o enfermeiro, são multiplicadores de saber entre a clientela, o descrédito quanto a um método, por parte dos profissionais, tende a influenciar negativamente na promoção deste à população, mesmo o método apresentando vantagens inquestionáveis para a saúde do binômio mãe e filho, família e sociedade de um modo geral, como é a LAM.

Apesar do descrédito em relação à eficácia do método ser referido por quase metade da amostra, 65 (47,4%), a maioria dos enfermeiros, 112 (81,6), informou orientar a LAM, sempre ou às vezes, às suas clientes. A estratégia e o momento de abordagem dos diferentes métodos anticoncepcionais determinam a aceitação ou não dos mesmos pela clientela. Em especial, a LAM, por ser um método natural de planejamento familiar, deve ser trabalhada com possíveis usuárias de forma gradual e progressiva, em diferentes oportunidades e de modo interativo, para que a troca de experiências desperte sentimentos positivos em relação à LAM.

A gestação é um momento no qual a mulher busca maiores conhecimentos para melhor cuidar de seu filho, sendo, portanto, o instante ideal para o início da discussão sobre o tema. No entanto, por ser um método ainda com baixa credibilidade entre usuárias e até mesmo entre profissionais, a promoção da LAM deve ir além da gestação, e o seu acompanhamento deve ser feito ainda em outros momentos, o que foi observado no estudo.

Foi afirmada pelos enfermeiros, a promoção da LAM nas consultas de pré-natal, puerpério, puericultura e nas consultas de planejamento familiar, portanto, a promoção ocorreu no ciclo gravídico puerperal e fora deste, aumentando as chances de contato da mulher com as informações sobre o método. A utilização de medidas educativas e incentivadoras de promoção do método, entretanto, não foi ouvida de modo satisfatório, tendo em vista que 59 (52,7%) enfermeiros que promoviam o método, o fazia em consulta individual. Em planejamento familiar, reconhece-se que a troca de experiências e saberes entre profissionais e clientela e, principalmente, da clientela entre si, tende a facilitar a compreensão e a aceitação do uso de diferentes métodos, em especial da LAM. A pouca ou não realização de atividades interativas e estimulantes para a clientela, bem como o descrédito profissional em relação a LAM, pode ter contribuído para a não aceitação integral do método



pelas usuárias, que, na maioria das vezes, 86 (76,8%), solicitavam o uso de método complementar.

No momento da pesquisa, 59 (52,7%) enfermeiros informaram acompanhar alguma usuária de LAM. O tempo médio de utilização do método pelas mulheres, referido pelos entrevistados, foi de três a quatro meses. Como motivos para interrupção do método foram apontados a volta da mulher ao trabalho fora do lar associado à introdução de outros alimentos na dieta da criança e o retorno menstrual igualmente associado à introdução de outros alimentos na dieta infantil. A falta de confiança entre as mulheres também foi apontada, pelos enfermeiros, como motivo para interrupção do uso da LAM. O anticoncepcional combinado oral foi o método anticoncepcional de escolha entre as mulheres após o uso da LAM.

Nesse contexto, os resultados da prática dos enfermeiros relacionados ao acompanhamento das usuárias de LAM mostraram-se pouco abrangentes em termos de adesão de puérperas, bem como da continuidade com o método. Constatou-se uma prática de oportunidades perdidas de promoção da LAM, o que significa oportunidade perdida de promover a saúde materna e infantil, bem como de se ofertar um serviço de anticoncepção com mais uma variedade de método, seguro, gratuito e inócuo.

## 6 REFERÊNCIAS

---

AFIFI, M. Lactational amenorrhoea method for family planning and women empowerment in Egypt. **Singapore Med J.**, Cingapura, v. 48, n.8, p. 758-762, 2007.

ALMEIDA, G. G. *et al.* Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 487-494, 2008.

ALMEIDA, V. L. Reforma do estado, saúde e qualidade de vida: um debate necessário. In: RIGOTTO, Raquel M. (Org.). **As Tramas da (In)Sustentabilidade: Trabalho, Meio Ambiente e Saúde no Ceará**. Fortaleza: INESP, 2001.

ALMEIDA, J. A. G.; GOMES, R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3. p. 71-76, jul. 1998.

ANDRADE, P. C. *et al.* Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 9, p. 697-702, 2004.

ANDRADE, F. M. O. **O Programa Saúde da Família no Ceará**: uma análise de sua estrutura e funcionamento. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 1998. 220 p.

ANTUNES, L. S. *et al.* Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 13, p. 103-109, 2008.

ARANTES, C. I. S. Amamentação – visão das mulheres que amamentam. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 4. p. 195-202, 1995.

ARAÚJO, M. F. M. *et al.* O papel imunológico e social do leite materno na prevenção de doenças infecciosas e alérgicas na infância. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 7, n. 3, p. 91-97, set./dez. 2006.

AZEVEDO, G. D. *et al.* Efeito da Idade Materna sobre os Resultados Perinatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p. 181-185, 2002.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos da metodologia científica**: um guia para a iniciação científica. 2. ed. São Paulo: Person Makron Books, 2000. 122 p.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 307 p.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Mensal de Emprego**. Brasília: IBGE, 2005

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos** (Res. CNS nº196/96 e outras). 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 106 p.

\_\_\_\_\_. **Planejamento Familiar:** manual do gestor. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 80 p.

\_\_\_\_\_. **Assistência em Planejamento Familiar:** manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 150 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil.** Recife, v. 2, n. 2, p.193-196, maio-ago. 2002c.

\_\_\_\_\_. **Promoção da saúde.** Declaração de Alma-Ata. Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santafé de Bogotá. Declaração de Jacarta. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 54 p.

\_\_\_\_\_. **Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no distrito federal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

\_\_\_\_\_. Decreto-lei n. 5.452, de 1 de maio de 1943. **Lex:** coletânea de legislação: edição federal, São Paulo, v.7, 1943. Suplemento.

\_\_\_\_\_. **Consolidação das Leis Trabalhistas,** 1999. São Paulo: Saraiva, 1999. 987 p.

BRITO, R. S.; OLIVEIRA, E. M. F. Opinião do pai sobre o aleitamento materno. **Revista RENE,** Fortaleza, v.7, n. 1, p. 9-16, jan./abr. 2006.

BRUCE, J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. **Stud. fam. plann.,** New York, v.21, n. 2, p.61-91, 1990.

CALDEIRA, A. P. et al. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1965-1970, ago.2007.

CEARÁ (Estado). Secretaria de Saúde. **Saúde reprodutiva e sexual:** um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial). Fortaleza: SESA, 2002. 294 p.

CECATTI, J.G. *et al.* Introdução da lactação e amenorréia como método contraceptivo (LAM) em um programa de planejamento familiar pós-parto: repercussões sobre a saúde das crianças. **Revista brasileira saúde materna e infantil.,** Recife, v. 4, n. 2, p. 159-169. abr./jun. 2004.

COSTA, A. M. **Planejamento familiar no Brasil.** Disponível em: <<http://www.portalmédico.org.br/revista/bio2v4/planeja.html>>. Acesso em: 10 nov. 2006.

COSTA, J. R. A.; LIMA, J. V.; ALMEIDA, P. C. Stress no trabalho do enfermeiro. **Revista Escola Enfermagem da USP**, v. 37, n. 3, p. 63-71, 2003.

COUTINHO, S. B. *et al.* Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. **J. pediatr.** Rio de Janeiro, v. 8, n. 6, p. 471-477, 2005.

CRUZ, N. L. A. *et al.* Evolução da mortalidade infantil e componentes neonatal e pós-neonatal, 1979-2002, em Feira de Santana, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 286-299, 2005.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C. N. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 39-53.

ESCOBAR, A. M. U. *et al.* Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 2, n. 3, p. 253-261, 2002.

FAMILY HEALTH INTERNACIONAL. **Declaración de Consenso: El método de Lactancia y Amenorrea para la Planificación Familiar.** Disponível em: <<http://www.fhi.org/sp/rh/pubs/booksreports/lamconsensus.htm>>. Acesso em: 19 out. 2007.

FARIA, L. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde Pública: identidades profissionais em construção. **Cadernos Pagu**, n. 27, p. 173-212, jul./dez. 2006.

FERRAREZE, M. V. G.; FERREIRA, V.; CARVALHO, A. M. P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n.3, p. 310-315, 2006.

FERTONANI, H. P.; HIGARASHI, I. H. Estudo comparativo entre profissionais enfermeiros e outros profissionais na prática do aleitamento materno. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde.** Maringá, v.1, n.1, p. 89-95, 1 sem. 2002.

FORTALEZA (CE). Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2006.** Fortaleza: SMS, 2006. 333 p.

\_\_\_\_\_. **Boletim de Saúde de Fortaleza: Análise Situacional de Saúde.** Fortaleza: SMS, 2004. 38 p.

GAZZINELLI, M. F. *et al.* Educação em saúde: conhecimento, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, jan./fev. 2005.

GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, supl. 5, p. 147-154, 2004.

GIUGLIANI, E. R.J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 238-252, 2000.

HATCHER, R. A.; RINEHART, W.; BLACKBURN, R.; GELLER, J. S.; SHELTON, J. D. **Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção**. Baltimore: Escola de Saúde Pública Johns Hopkins, 2001.

ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 578-585, 2002.

ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 70-76, 2001.

ISSLER, R. M. S. *et al.* Estudo comparativo do período de aleitamento materno de crianças em creches internas e externas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 5, p. 287-290, 1994.

JOHNS HOPKINS SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. *Population Information Program: Center for Communication Programs*. **Populations Reports**, n. 17, 2003. (Série M).

KING, J. Contraception and lactation. **Journal of Midwifery & Women's Health**, Silver Spring, v.52, n.6, p. 614-620, 2007.

KENNEDY, K; VISNESS, G. M. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhea. **Lancet**, London, v. 339, n. 8787, p. 227-230, jan.1992.

KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001. 375 p.

LABBOK M. H. *et al.* Multicenter study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM): I. Efficacy, duration, and implications for clinical application. **Contraception**, Washington, v. 55, n. 6, p. 327-336, 1997.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção da Saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004. p. 22-58.

LIMA, T. M.; OSÓRIO. M. M. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses da Região Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. Recife, v. 3, n.3, p. 305-314. jul./set. 2003.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 24, p.105-125, jan./jun. 2005.

LÓPEZ-MARTINEZ, M.G. *et al.* Acceptance of lactational amenorrhoea for family planning after postpartum counseling. **Eur. j. contracept. reprod. health care**, Belgium, v. 11, n. 4, p. 297-301, dez. 2006.

MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da Rede de Serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 8, n. 2, p. 187-196, 2008.

MAIA, M. B.; CHACHAM, A. S. **Grupos de planejamento familiar dos Centros de Saúde do Município de Belo Horizonte**: proposta de avaliação da qualidade do serviço ofertado na rede. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/gt\\_gen\\_st43\\_maia\\_texto.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/gt_gen_st43_maia_texto.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2006.

MARINHO, C.; LEAL, I. P. Os profissionais de saúde e o aleitamento materno: um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros. **Psicologia, saúde e doenças**. Lisboa, v.5, n.1, p.93-105. 2004.

MARTINS, C. A.; PEREIRA, S. V. M. Qualidade da assistência obstétrica e perinatal em hospital amigo da criança: experiência de uma maternidade – Anápolis/GO. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 451-463, dez. 2002.

MATOS, K. S. L.; VIEIRA, S. L. **Pesquisa educacional**: o prazer de conhecer. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2001. 144 p.

MCNEILLY, A. S. Lactational control of reproduction. **Reprod. fértil. dev.**, v. 13, n. 8, p. 583-590, 2001. Disponível em: <<http://www.publish.csiro.au/paper/RD01056.htm>>. Acesso em: 28 out. 2007.

MELO, A. M. C. A. *et al.* Conhecimentos e atitudes sobre aleitamento materno em primíparas da cidade do Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. Recife, v. 2, n. 2, p. 137-142, maio/ago. 2002.

MOURA, E. R. F. Pesquisa avalia atuação dos profissionais do Programa Saúde da Família em lidar com o planejamento familiar. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 15, abr., 2007a. Caderno Viva, p. 6.

MOURA, E. R. F. **Avaliação da assistência prestada em planejamento familiar no contexto da Programa Saúde da Família**. Relatório de pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde/DECIT/SESA-CE/FUNCAP; Edital 06/2004. Fortaleza; 2007b

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Competência profissional e assistência em anticoncepção. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 795-801, 2005.

MOURA, E. R. F. **Assistência ao planejamento familiar na perspectiva de usuárias e enfermeiros do Programa de Saúde da Família.** 2003. Orientadora: Raimunda Magalhães da Silva. 2003. 133 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

MOURA, E. R.F.; SOUSA, R. A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Caderno de Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1809-1811, 2002.

MOURA, E. R. F. **Assistência de Enfermagem no pré-natal no contexto do Programa Saúde da Família.** 2001. 140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

NARCHI, N. Z. *et al.* Análise da efetividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno em uma comunidade carente de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil.** Recife, v. 5, n.1.p. 87-92, 2005.

NOVAK, F. R. *et al.* Colostro humano: fonte natural de probióticos? **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, v. 77, n. 4, p. 202-8, 2001.

NYQVIST, K.H.; EWALD, U. Avaliação eletromiográfica dos músculos faciais durante o aleitamento natural e artificial de lactentes: identificação de diferenças entre aleitamento materno e aleitamento com uso de mamadeira ou copo. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, v. 82, n. 2, p. 85-86, 2006.

OLIVEIRA, M. A. A.; OSÓRIO, M. M. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, v. 81, p. 361-367, 2005.

OLIVEIRA, R. L.; SILVA, A. N. Aspectos legais do aleitamento materno: cumprimento da lei por hospitais de médio e grande porte de Maceió. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil.** Recife, v. 3, n. 1, p.43-48, jan./mar. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Departamento de saúde reprodutiva e investigação. **Planejamento familiar: um manual mundial para provedores.** Estados Unidos. 2007. 384p

OSIS, M. J. D. *et al.* Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 22, n.11. p. 2481-2490, 2006.

OSIS, M. J. D. *et al.* Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 38, n. 2, p. 172-179, 2004.

PERCEGONI, N. *et al.* Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. **Revista de Nutrição**. Campinas, v.15, n. 1, p. 29-35, jan./abr. 2002.

PEREIRA, Q.L.C. et al. Processo de (re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 320-325, 2007.

PEREIRA NETO, A. F. interfaces da história da enfermagem: uma potencial agenda de pesquisa. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 524-531, 2006.

PÉREZ, F. S.; CARBALLO, G. O.; DURÁN, R. S. P. Método de lactancia amenorrea como anticoncepción posparto en un área de salud urbana. **Revista Cubana Endocrinología**. Cuba, v.10, n.2, p. 110-115, 1999.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 391 p.

PRADO, L. B. *et al.* **A escolha do curso de enfermagem pelo sexo masculino**. 2003. Projeto de Pesquisa desenvolvido no módulo PIM/N-3, Escola de Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, Paraná, 2004.

PRIMO, C. C.; CAETANO, L. C. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 75, n. 6, p. 449-455, 1999.

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, 2003.

REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 80, supl. 2, p. 142-146, 2004.

REA, M. F., Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. 37-45. 2003.

REA, M. F. *et al.* Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 149-156, 1997.

RIBEIRO, E.M. *et al.* O conhecimento das mães sobre aleitamento materno no Hospital São Lucas – Juazeiro do Norte (CE). **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza, v. 17, n. 4, p. 170-176, 2004.

SANTOS, E. K. A. *et al.* Especialização em enfermagem obstétrica da UFSC-1999/2003: perfil e atuação dos egressos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.7, n. 2, p. 155-162, 2008.



SANTOS, S. R.; PAULA, A. F. A.; LIMA, J. P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n.1, p. 80-87, 2003.

SANTOS, C. B.; LUCHESI, L. B. A imagem da enfermagem frente aos estereótipos: uma revisão bibliográfica. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: EERP, 2002.

SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de procedimentos: prevenção e tratamento das intercorrências mamárias na amamentação**. São Paulo: SMS, 1998. 46 p.

SARMENTO, Regina. **Mães adotivas que amamentam**. Disponível em: <http://www.bolsademulher.com/familia/materia/Adocao/677/4>. Acesso em: 24 Out. 2007.

SCHULTHEISS, K. **Bodies and souls: politics and the professionalization of nursing in France, 1880-1922**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001.

SENESI, L. G. *et al.* Morbidade e mortalidade neonatais relacionadas à idade materna igual ou superior a 35 anos, segundo a paridade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 26, n. 6, p. 477-482, 2004.

SENNA, M.C M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, supl, p. 203-211, 2002.

SILVA, A. P.; SOUZA, N. Prevalência do aleitamento materno. **Revista de Nutrição**. v. 18, n.3, p. 301-310, 2005.

SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER, J. A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 69-77, jan. 2006.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da Saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20 n. 5, p. 1354-1360. set./out. 2004.

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2001.

SUSIN, L. R. O.; GIUGLIANI, E. R. J.; KUMMER, S. C. Influência das avós na prática do aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.2, p. 141-147, 2005.

ULYSSES FILHO, D. Introdução à bioestatística para simples mortais. São Paulo: Negócio Editora; 1999.

VALDÉS, V. *et al.* The efficacy of the lactational amenorrhea (LAM) among working women. **Contraception**, Washington, v.62, p. 217-219, 2000.

VERA, E. M. V.; TAMAYO, C. V.; REYES, D. R.; JOANICOT, O. G.; CRUZ, C. A.; PACHECO, L. L. Nivel de conocimiento sobre el método da la lactancia-amenorrea como recurso anticonceptivo. **Revista Cubana de Enfermería**, Ciudad de la Habana, v.19, n.2, 2003. Disponível em: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192003000200005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000200005&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 01 Nov. 2008.

WENDBAUSEN, A.; SAUPE, R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 12, n. 1, p.17-25. jan./mar. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mastitis: Causes and management**. Geneva: WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding**. Geneva: WHO, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion**. Disponível em: <[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2006.

YAZLLE, M. E. H. D. *et al.* Anticoncepção no Puerpério, **Femina**, Rio de Janeiro, v. 34, n.1, p. 13-20, jan. 2006.



**APÊNDICE – B: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****DADOS PESSOAIS**

1. Sexo: 1(  ) Masculino      2(  ) Feminino      1 \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_      2 \_\_\_\_\_
3. Tem filhos? 1(  ) Sim      2(  ) Não      3 \_\_\_\_\_

Se não têm filhos passe para o item DADOS PROFISSIONAIS

4. Caso sim, já amamentou? (Se homem, a esposa amamentou?)      4 \_\_\_\_\_  
 1(  ) Sim      2(  ) Não
5. Manteve amamentação exclusiva por algum tempo?      5 \_\_\_\_\_  
 1(  ) Sim      2(  ) Não  
 Caso sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_  
 Caso tenha amamentado exclusivamente por menos de 6 meses, quais os motivos?  
 1(  ) Volta ao trabalho    2(  ) Diminuição do leite    3(  ) Leite fraco  
 4(  ) Outros \_\_\_\_\_  
 Caso não tenha realizado amamentação exclusiva, o que dificultou?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6. Adotou amamentação como método de planejamento familiar?      6 \_\_\_\_\_  
 1(  ) Sim      2(  ) Não  
 Por quê? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**DADOS PROFISSIONAIS**

7. Instituição de Graduação: \_\_\_\_\_      7 \_\_\_\_\_
8. Tempo de Graduação: \_\_\_\_\_      8 \_\_\_\_\_
9. Tempo de atuação em Planejamento Familiar: \_\_\_\_\_      9 \_\_\_\_\_

**CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE LAM**

10. Conhece o Método da Lactação com Amenorréia (LAM) ou método da amamentação, como contracepção?      10 \_\_\_\_\_  
 1(  ) Sim      2(  ) Não
11. Em disciplinas da graduação, você recebeu orientações sobre a LAM?      11 \_\_\_\_\_  
 1(  ) Sim    2(  ) Não    3(  ) Não lembro
12. Qual a eficácia, em porcentagem, do método da LAM de acordo com a literatura científica?      12 \_\_\_\_\_  
 1 (\_\_\_\_%)    2(  ) Não sei

13. Você confia na eficácia do método? 13\_\_\_\_\_

1( ) Sim 2( ) Não 3( ) Não sei

14. Cite três condições para que a LAM alcance a eficácia desejada.

---



---

### **PRÁTICA DE PROMOÇÃO DA LAM**

15. Você orienta às clientes sobre LAM? 15\_\_\_\_\_

1( ) Sempre 2( ) Às vezes 3( ) Nunca

Por quê? \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja NUNCA, encerrar a entrevista.

16. Caso promova a LAM, como você percebe a aceitação das mulheres ao método? 16\_\_\_\_\_

1( ) Aceitam prontamente

2( ) Aceitam parcialmente, solicitando outro método complementar

3( ) Recusam totalmente e solicitam outro método

4( ) Outros: \_\_\_\_\_

### **ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA PROMOÇÃO DA LAM**

17. Estratégias adotadas para indicar o método? 17\_\_\_\_\_

1( ) Palestras 2( ) Oficinas 3( ) Grupos 4( ) Orientação individual

5( ) Visita domiciliária

6( ) Outros: \_\_\_\_\_

18. A orientação sobre a LAM é dada em que momento? 18\_\_\_\_\_

1( ) Pré-natal 2( ) Puerpério 3( ) Puericultura 4( ) Planejamento familiar

5( ) Outros: \_\_\_\_\_

19. Atualmente, acompanha alguma usuária de LAM? 20\_\_\_\_\_

1( ) Sim 2( ) Não

Caso sim, quantas? \_\_\_\_\_

20. Entre as mulheres em uso da LAM acompanhadas no momento da pesquisa, responda:

1. Tempo médio da LAM: \_\_\_\_\_

2. Eficácia (não houve gravidez): \_\_\_\_\_

3. Sinais e sintomas que surgiram para a interrupção da LAM:

---



---

4. Qual o método contraceptivo que sucedeu a LAM? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE – C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Enfermeiro(a):

Estou convidando o(a) senhor(a) a participar de um estudo que será desenvolvido sob minha responsabilidade. Neste estudo pretendo: Analisar o conhecimento e a prática de enfermeiros que atuam no Programa Saúde da Família relacionados à LAM; Identificar experiências pessoais de enfermeiros (pais ou mães) relacionadas ao aleitamento materno e a LAM; Verificar o conhecimento e a credibilidade de enfermeiros a respeito da LAM; Identificar a promoção da LAM por parte dos enfermeiros e percepção destes quanto a aceitação do método pela clientela; Conhecer estratégias e oportunidades utilizadas por enfermeiros para promoção da LAM e acompanhamento de usuárias.

A amostra será formada por enfermeiros que atuam em PSF, atendem nas Secretarias Executivas Regionais I, III e V, na cidade de Fortaleza-CE, e que aceitarem participar desta pesquisa. Neste sentido, solicito sua permissão para entrevistá-lo. O tempo previsto para nosso encontro será de quinze minutos. Os dados obtidos serão apresentados ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem e divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial das identidades. Pretendo, com esta pesquisa, contribuir para a prestação de uma assistência de enfermagem mais qualificada no que se refere ao planejamento familiar e à promoção do aleitamento materno.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu estudo e que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer, também lhe asseguro, que o(a) senhor(a) não ficará exposto a nenhum risco. Você tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade do mesmo e, finalmente, lhe informo que, quando apresentar o meu trabalho, não usarei seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo(a). O estudo não trará nenhuma despesa para você e todos os recursos utilizados serão gratuitos.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com você (entrevistado).

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFC poderá ser consultado sobre o projeto pelo telefone (85) 33668338. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Giselle Lima de Freitas

Rua: Catarina Laboure, Nº106, Monte Castelo, Fortaleza-CE, tel: 32435835.

[gisellelf@yahoo.com.br](mailto:gisellelf@yahoo.com.br)

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura de quem coletou os dados

## **APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFESSORAS UNIVERSITÁRIAS**

### **APÊNDICE – C: LAM COMO CONTEÚDO NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DE 04 UNIVERSIDADES DA CIDADE DE FORTALEZA, CE.**

1. A temática da LAM é conteúdo curricular durante o curso de graduação em Enfermagem?
2. Qual a carga horária dedicada a esse tema?
3. Qual o conteúdo central da exposição?
  - ( ) Eficácia
  - ( ) Fisiologia da lactação
  - ( ) Condições para o funcionamento da LAM
  - ( ) Outros
4. Os alunos são encorajados a promover o MAC? Como?



Universidade Federal do Ceará  
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 38/08

Fortaleza, 07 de fevereiro de 2008

**Protocolo COMEPE nº 02/08**

**Pesquisador responsável:** Gisele Lima de Freitas

**Deptº./Serviço:** Departamento de Enfermagem/ UFC

**Título do Projeto:** "Anticoncepção pela lactação com amenorréia: conhecimento e prática de enfermeiros"

Levamos ao conhecimento de V.Sª, que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 31 de janeiro de 2008.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Dra. Miriam Parente Monteiro  
Coordenadora Adjunta do Comitê  
de Ética em Pesquisa  
COMEPE/UFC



F936a Freitas, Giselle Lima de

Anticoncepção pela lactação com amenorréia: conhecimento e prática de enfermeiros/ Giselle Lima de Freitas. – Fortaleza, 2009.

87 f.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Escolástica Rejane Ferreira Moura

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Planejamento Familiar Natural 2. Anticoncepção 3. Programa Saúde da Família I. Moura, Escolástica Rejane Ferreira (orient.) II. Título.

CDD 613.94