

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
DA FAMÍLIA

**ALEITAMENTO MATERNO COMO PROGRAMA DE AÇÃO DE
SAÚDE PREVENTIVA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARIA APARECIDA PANTALEÃO ABDALLA

UBERABA/MINAS GERAIS
2011

MARIA APARECIDA PANTALEÃO ABDALLA

**ALEITAMENTO MATERNO COMO PROGRAMA DE AÇÃO DE
SAÚDE PREVENTIVA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Luciano Soares Dias

UBERABA/MINAS GERAIS

2011

MARIA APARECIDA PANTALEÃO ABDALLA

**ALEITAMENTO MATERNO COMO PROGRAMA DE AÇÃO DE
SAÚDE PREVENTIVA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Luciano Soares Dias

Banca Examinadora

Prof. Luciano Soares Dias (UFMG)

Prof. Edison José Corrêa (UFMG)

Aprovada em Belo Horizonte, 10/12/2011

DEDICATÓRIA

Ao município de Araxá que me possibilitou o trabalho no Programa Saúde da Família e meu ingresso no Curso de Especialização.

À equipe de Saúde da Família, que colaborou na busca de conhecimento.

À minha família, que muito me incentivou, ajudou e acompanhou todas as etapas vencidas durante este curso de capacitação.

AGRADECIMENTOS

À tutora Cibele Chapadeiro pelos conhecimentos adquiridos.

Aos meus filhos Fábio e Afonso pelo apoio e incentivo.

Ao meu marido Abdalla pela paciência e companheirismo.

A meus pais Jesus e Luzia pelo suporte e presença constante.

Resumo

Este trabalho é uma revisão de literatura sobre aleitamento materno e sua importância como ação de saúde preventiva no Programa de Saúde da Família (PSF). Aborda a prática do aleitamento desde os primórdios da humanidade, passando por diversas fases, incluindo a diminuição no século passado e consequente aumento da alimentação artificial. Relata também o seu resgate e as propostas de trabalho para as equipes do PSF no sentido de desenvolverem ações de incentivo e apoio à amamentação. Sabe-se que na Estratégia Saúde da Família (ESF) o aleitamento é uma das mais importantes ações de promoção e prevenção de saúde; para que essa ação seja eficazmente desenvolvida necessita contar com profissionais de saúde bem treinados, que possam fazer uma escuta sensível sobre as dificuldades das mães na amamentação e com conhecimentos adequados para ajudá-las na solução dos problemas que podem interferir no sucesso da amamentação. Por fim, destaca-se o importante papel da rede social da lactante, principalmente a família, para o sucesso do Aleitamento Materno.

Palavras chaves: Aleitamento materno, Saúde da Família.

Abstract

This paper consists of a literature review on breastfeeding and its importance as a Health Program (PSF). It discusses the practice of breastfeeding since the beginning of mankind, going through several phases. It looks at the decrease of breastfeeding in the last century and the consequent increase of artificial feeding. It also shows how breastfeeding is being rescued and the work proposals for FHP teams in order to develop actions to encourage and support breastfeeding.

As the strategy of family health emphasizes health promotion and health prevention, the encouragement of breastfeeding becomes one of the most important activities for the family health teams. In order to be successful it requires well-trained health professionals who can make a sensitive hearing of the difficulties faced by mothers when breastfeeding and who also have appropriate knowledge to help them solving problems which may interfere with the breastfeeding success.

Finally, we highlight the important role of the social network of the mother who is breastfeeding, especially the family, to the success of breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding. Family Health.

Sumário

Introdução.....	9
Objetivo geral.....	13
Metodologia.....	14
Revisão de literatura.....	15
1.1 - Dimensão histórico-cultural.....	15
1.2- Situação da amamentação no Brasil.....	20
1.3- Tipos de aleitamento materno.....	23
1.4- Aleitamento materno na primeira hora.....	24
1.5- Aleitamento materno em população assistida pelo PSF.....	25
1.6 - Aleitamento materno como programa nacional e como ação importante na ESF.....	26
1.7 - Leite humano.....	28
1.7.1- Papel imunológico do leite humano.....	29
1.8 - Lactação.....	30
1.9 - Como atuar para que a amamentação se estabeleça e se mantenha.....	32
1.10 - Situações de risco para a não amamentação ou desmame precoce.....	34
1.11 - Cuidados com as mamas.....	36
1.12 - Manejo dos principais problemas mamários.....	37
1.13 - Possíveis contra-indicações à amamentação.....	39
1.14 - Amamentação – Por que promover.....	41
1.15 - Como promover o aleitamento materno.....	43
1.16 - Como organizar a equipe de PSF para o incentivo ao Aleitamento Materno.....	47
Considerações finais.....	50
Referências.....	52
ANEXO A - Formulário de observação da mamada.....	54
ANEXO B - Dez passos para o sucesso do aleitamento materno.....	55
ANEXO C – Ações da equipe de Saúde da Família para o enfrentamento do desmame.....	56

Introdução

A garantia da saúde infantil é uma das metas mais importantes de uma sociedade, e em países em desenvolvimento como o Brasil, onde a desnutrição e a mortalidade infantil representam importantes problemas de saúde pública, o aleitamento materno constitui-se medida fundamental de proteção e promoção da saúde infantil. O leite materno atende plenamente aos aspectos nutricionais, imunológicos, psicológicos e ao crescimento e desenvolvimento adequado de uma criança no seu primeiro ano de vida, período de grande vulnerabilidade para a saúde da criança.

Historicamente, o leite materno tem se constituído na principal fonte disponível de nutrientes dos lactentes, mas no final do século XIX e início do século XX, com a crescente urbanização e industrialização do país, a indústria do leite encontrou facilidade para se instalar e solidificar. (BACCO e PROGIANTI, 2008)

Após a II Guerra Mundial, o aleitamento artificial adquiriu uma importância cada vez maior, por diversos fatores, entre eles a fabricação dos leites em pó, decorrente do aperfeiçoamento das técnicas de esterilização do leite de vaca e a massiva publicidade, a entrada da mulher no mercado de trabalho e dúvidas das mães a respeito da qualidade de seu leite em relação aos leites industrializados. (ESCOBAR *et al.*, 2002)

Felizmente, ocorreu a partir da década de 70 do século passado, mobilização mundial para retomar a valorização da amamentação natural comandada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (em inglês *United Nations Children's Fund* - UNICEF). A partir de então intensificaram-se as políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno. A OMS passou a recomendar o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses de idade da criança como medida de saúde pública e, após os seis meses, a introdução dos alimentos complementares com a manutenção do aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais. (BARBOSA *et al.*, 2009)

No Brasil, entretanto, apesar dos estudos mostrarem a tendência do aumento da prática da amamentação nas últimas décadas, as ações de proteção, promoção e apoio à amamentação precisam ser intensificadas, uma vez que ainda não conseguimos atingir as metas propostas pela OMS, o que se torna um desafio para toda a sociedade e, especialmente, para os órgãos governamentais e para nós, trabalhadores da área de saúde.

É importante entendermos que a amamentação não pode ser considerada como um comportamento natural da mulher, bastando para isso aproximar mãe e filho. É preciso muito mais: oferecer condições sociais, estruturais e políticas para que essas mães tenham condição e motivação para amamentar. A atuação dos trabalhadores da saúde é fundamental para conseguir êxito no incentivo ao aleitamento materno, desde as ações do pré-natal, passando pela mamada no momento do nascimento, até o apoio à mãe que amamenta no Programa de Saúde da Família (PSF), incluindo a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A mãe que amamenta precisa do apoio de todos nesse importante ato: de seus familiares, incluindo seu companheiro, dos órgãos governamentais, de leis que permitam e incentivem a prática do aleitamento, e da atuação dos trabalhadores da saúde, fundamental para estar ao lado da mãe que amamenta, ouvindo suas dúvidas e suas angústias.

O PSF foi instituído pelo governo federal em 1994 na esteira do êxito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, sendo considerado como uma das principais estratégias de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS).

As bases do programa, atualmente definido com estratégia (Estratégia Saúde da Família - ESF) destacam que, ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua. A atenção à saúde da gestante e da criança é prioridade para o PSF e uma das ações mais importantes é o incentivo ao aleitamento materno, fundamental para redução da morbimortalidade infantil, por seu efeito protetor contra doenças infecciosas, especialmente diarreias e infecções respiratórias. (SÃO PAULO, 2002)

Em 2009, o Ministério da Saúde (MS) fez uma pesquisa (II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal) com objetivo de verificar a situação atual da amamentação e da alimentação complementar no Brasil, analisar a evolução dos indicadores entre 1999 e 2008, identificar grupos populacionais mais vulneráveis à interrupção do aleitamento materno e avaliar as práticas alimentares saudáveis e não saudáveis. (BRASIL, 2009)

A pesquisa mostrou que a prevalência de AME em menores de seis meses foi de 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e DF e o índice de AME em crianças menores de 4 meses foi de 51,2%, mostrando aumento em relação à pesquisa de 1999, que era de 35,5%. A duração média do Aleitamento Materno (AM) aumentou um mês e meio, passando de 296 dias (1999) para 342 dias (2008). Verificou-se que, para o total das crianças menores de 12 meses analisadas, foi frequente o uso de mamadeira (58,4%) e de chupeta (42,6%); observou-

se também introdução precoce de água, chás e outros leites - com 13,8%, 15,3% e 17,8% das crianças recebendo esses líquidos, respectivamente, já no primeiro mês de vida. Cerca de um quarto das crianças entre três e seis meses já consumia comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%). (BRASIL, 2009)

Sou médica formada no ano de 1983 pela Faculdade Federal de Medicina do Triângulo Mineiro, hoje Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Lá conclui também minha especialização em pediatria. Toda minha vida profissional foi exercida na cidade de Araxá/MG, com trabalho em consultório e no serviço público. Trabalhei por sete anos no Banco de Leite Humano da Secretaria Municipal de Saúde e depois no PSF João Ribeiro. Fiquei sabendo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), oferecido na modalidade à distância pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon/UFMG) e percebi a grande oportunidade de aprimoramento, pois, o CEABSF tem a finalidade de proporcionar capacitação de qualidade para profissionais como médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros que atuam nas equipes de Saúde da Família. O curso integra o Programa Ágora do NESCON, e tem duração de dois anos e são ofertadas várias disciplinas: Processo de Trabalho em Saúde, Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde, Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, Práticas Educativas em Atenção Básica em Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, Introdução à iniciação científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde Mental, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde Bucal, Projeto Social: Saúde e Cidadania, Protocolo de Cuidado à Saúde de Organização do Serviço, Saúde do Trabalhador, Saúde Ambiental, entre outros, e ao final, a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). No curso são ofertados cadernos de estudo e outras mídias disponibilizadas em DVD, vídeos na internet e ferramentas de consultas como chats e fóruns.

Em consequência das discussões no módulo de Saúde da Criança fiquei motivada também a desenvolver o TCC tendo como tema o aleitamento materno como programa de ação de saúde preventiva no PSF.

A pesquisa do Ministério da Saúde em 2009, incluindo todas as capitais brasileiras e Distrito Federal, mostrou que 67,0% das crianças mamaram na primeira hora de vida e a prevalência de AME em menores de seis meses foi de 41,0%. A mediana do AME foi de 54,10 dias (1,8 meses) e a duração mediana do aleitamento materno (AM), de 341,6 dias (11,2 meses). Conclui-se que a maioria das crianças iniciou a amamentação, mas esta prática é

abandonada precocemente, estando ainda distante da recomendação da Organização Mundial de saúde (OMS) da AME nos seis primeiros meses e AM até dois anos ou mais.

Portanto, torna-se necessário que as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) se capacitem e tenham uma atuação direta e efetiva na promoção, apoio e assistência à amamentação, e que atuem aos primeiros sinais de desmame precoce.

Este trabalho se justifica diante das diversas causas que interferem direta ou indiretamente no desmame precoce, advindo de dúvidas, inseguranças, dificuldades e desconhecimentos da importância do aleitamento e que foram percebidas pela autora durante o seu trabalho cotidiano observando a população na área de abrangência do PSF onde atua, assim como do despreparo das equipes para darem suporte às mães com dificuldades.

Espera-se que este trabalho possa contribuir com as equipes de PSF e com a população para melhor compreensão dos benefícios do leite materno e, conseqüentemente, com o aumento dos índices de amamentação, especialmente de AME nos seis primeiros meses de vida.

Objetivo geral

Registrar dados relevantes sobre aleitamento materno para suporte científico às ações da ESF.

O tema foi abordado para fins de registro da produção científica sobre o assunto sob dois aspectos: a sua importância para a saúde pública como ação na atenção básica e as ações no incentivo ao aleitamento materno.

Metodologia

Esta revisão é uma pesquisa narrativa, utilizando publicações de autores brasileiros e latino-americanos do período de 1994 a 2010 e que atendiam aos objetivos do trabalho. Pesquisou-se na Biblioteca Virtual em Saúde, na Wikipédia, em publicações do CEABSF, no site da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da FIOCRUZ/redeblh, nos Anais Nestlé do Curso de Atualização em Pediatria, no Curso Manejo Clínico da Amamentação promovido pela Fiocruz e nos livros *Pediatria Ambulatorial e Saúde da Família: Cuidando de Crianças e Adolescentes*. Foram utilizados também dados locais levantados durante a elaboração do diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF João Ribeiro na cidade de Araxá e que foram registrados no portfólio.

Descritores: “Aleitamento Materno.” “Saúde da Família.”

Revisão de literatura

Esta revisão abordará alguns aspectos do aleitamento materno, tais como contexto histórico-cultural e situação atual no Brasil, aspectos do leite humano e sua promoção, e, finalmente, recomendações para a organização das equipes da ESF para o incentivo do aleitamento.

1.1 - Dimensão histórico-cultural

Bosi e Machado (2005) levantaram os dados históricos e descreveram que os problemas relacionados à amamentação são muito antigos e o aleitamento artificial talvez seja tão antigo quanto a história da civilização humana, evidenciada pela grande quantidade de crianças abandonadas em instituições de caridade, como já se verificava na Antiguidade. Há registros de recipientes encontrados em vários sítios ao lado de corpos de lactentes em escavações arqueológicas do século V e VII.

O código de Hammurabi (cerca de 1800 a.C) já regulamentava a prática do desmame e a instituição das amas-de-leite. Na Bíblia está referida a prática das amas-de-leite e do aleitamento materno: “Desejai ardentemente como crianças recém-nascidas o leite genuíno, não falsificado, para que por ele vades crescendo” (I Pedro 2;2) . Em Esparta, a esposa do rei era obrigada a amamentar o filho mais velho, enquanto as plebéias amamentavam todas as crianças. (BOSI e MACHADO, 2005)

O grande médico grego, Hipócrates, considerado o “pai da medicina” reconhecendo a importância da amamentação declarou que: “somente o leite da própria mãe é benéfico, sendo o de outras, perigoso”. Publicações européias do final do período medieval e início da era moderna também exaltam a importância do aleitamento materno para a infância. (BOSI e MACHADO, 2005)

Na época medieval havia total indiferença em relação às crianças, o que pode ser comprovado pelas pinturas daquele período e que as representavam como adultos em

miniaturas. Nos séculos XVI e XVII já mostram grande avanço na discussão de temas da primeira infância, mas somente no final do século XIII as crianças passaram a ser vistas como um ser particular e as pinturas da época até mostravam os anjos e o menino Jesus com morfologia infantil. (BOSI e MACHADO, 2005)

De 1500 a 1700, as mulheres inglesas saudáveis não amamentavam seus filhos. Elas acreditavam que a amamentação espoliava seus corpos e as tornavam velhas antes do tempo. Existiam também normas médicas e religiosas que as proibiam de relações sexuais durante o período da amamentação que deveria ser de 18 a 24 meses, porque entendiam que isto tornaria o leite humano mais fraco e com risco de envenenamento em caso de nova gravidez. A medicina considerava o colostro como leite ruim e que não deveria ser oferecido às crianças. (BOSI e MACHADO, 2005)

Há relatos de que na Constituição Francesa havia um dispositivo que visava proteger crianças nascidas de famílias ditas indigentes: amas-de-leite não poderiam amamentar mais do que duas crianças além da própria. Segundo diários de chefes de família da grande burguesia, as mães do século XVI amamentavam seus filhos, mas no final deste século e início do século XVII a moda passou a ser o envio dos filhos para a casa de uma ama. No século XVIII esse costume se estende por todas as camadas da sociedade urbana. Nesse período, ocorre um aumento crescente de mortes infantis, associadas às doenças adquiridas pelas amas-de-leite. Suas enfermidades contaminavam os bebês e muitas dessas amas, com receio de que estivessem “repassando afeto” aos bebês, passavam a oferecer o leite de vaca em pequenos chifres furados (precursores das mamadeiras) porque se acreditava que sugando o leite, sugava-se também o caráter e as paixões de quem os amamentava. Isto passou a acarretar riscos importantes à saúde das crianças, pois os recipientes não eram esterilizados e as mulheres desconheciam a quantidade certa de água que deveriam ser misturadas ao leite, além de não considerarem o risco de contaminação da água. (BOSI e MACHADO, 2005)

No Brasil, relatos dos séculos XVI e XVII mostram que filhos de indígenas eram amamentados durante um ano e meio e eram transportados em pedaços de panos conhecidos por *typoia* ou *typia*, mesmo durante os trabalhos nas roças. Deste modo, nutriam e defendiam seus filhos dos perigos. Se soubessem que o bebê tinha mamado em outra mulher, não sossegavam enquanto a criança não colocasse para fora todo o leite estranho. (BOSI e MACHADO, 2005)

Nas tribos Tupinambás, no litoral brasileiro, o aleitamento materno era levado a sério e a amamentação só não ocorria em casos de doença grave ou morte materna e também em casos de adultério com índios de tribos inimigas. (BACCO e PROGIANTI, 2008)

Com a chegada dos colonizadores ao Brasil, muitas doenças foram aparecendo nas tribos, contaminando os índios que não possuíam qualquer defesa orgânica. Esse fato produziu uma multidão de órfãos desamparados, o que levou os Jesuítas a criarem instituições destinadas a abrigar legiões de indiozinhos sem pais. (BOSI e MACHADO, 2005)

Os portugueses não tinham o costume de praticar o aleitamento materno, pois os teólogos e filósofos desencorajavam o aleitamento materno como forma de repressão sexual à mulher, pois julgavam que o aleitamento era uma forma de prazer para a mãe e o bebê e alegavam que a criança alimentada ao seio se corromperia moralmente e prejudicava a saúde e a beleza da mulher. Na Europa pagar alguém para amamentar seus filhos era símbolo de prestígio social. No Brasil, os colonizadores tentaram utilizar as índias como amas de leite, mas com a recusa delas, obrigaram as escravas a executar essa atividade, alimentando e cuidando dos filhos dos donos dos engenhos. (BACCO e PROGIANTI, 2008)

No século XVII a amamentação diminuiu também entre as crianças de origem portuguesa e as amas-de-leite ofereciam além de leite materno, o leite *in natura* acrescido de carboidratos, colocando em risco a vida dos bebês. Além disso, os profissionais responsáveis pela assistência orientavam a utilização de práticas “modernas” para alimentar as crianças com o emprego das mamadeiras de vidro e pequenos bules que tinham um bico de borracha adaptado à ponta de saída. Muitos médicos da época atribuíam as doenças da infância aos contatos das mamadeiras com os miasmas atmosféricos. (BOSI e MACHADO, 2005)

Nos séculos XVII e XVIII admitia-se como fato corriqueiro a morte dos bebês, pois 20,0% a 30,0% deles morriam antes de completar 12 meses de vida. Aceitava-se a morte como crença na transformação de crianças em anjos e as famílias suportavam melhor a dor da perda e a consideravam como uma benção do Céu. (BOSI e MACHADO, 2005)

Concomitante à crescente mortalidade verifica-se a negação da maternidade entre a sociedade burguesa, por meio da gravidez indesejada, ou o abandono das crianças pelas mulheres escravas, por falta de condições para criá-las. Isso gerou o aparecimento das mães mercenárias que empregavam desastrosas técnicas de alimentação artificial e também à utilização das amas-de-leite. Como consequência, houve aumento na mortalidade das crianças. A partir de 1800, a utilização das amas-de-leite declinou consideravelmente. (BOSI e MACHADO, 2005)

No século XIX a criança passou a ser vista como futura força de trabalho e a amamentação passou a ser valorizada. Além disso, como estratégia de controle social, a Igreja, o Estado e a medicina uniram-se para valorizar a maternidade e ser mãe passou a ser a consagração e prestígio máximo da mulher na sociedade. Assim a amamentação passou a ser considerado como obrigação. (BACCO e PROGIANTI, 2008)

Reforçando a importância da amamentação, os higienistas pregavam que o leite das amas de leite era fonte de transmissão de doenças e comportamentos repulsivos para as crianças. O aleitamento era imposto às mulheres e várias regras foram instituídas como restrições alimentares, a preconização de horários, o estabelecimento de intervalos das mamadas. Mas muitas mulheres não conseguiam amamentar e para justificar este fracasso, a lactação foi transformada em patologia atribuindo-lhes a responsabilidade pelo chamado leite fraco e posteriormente pela hipogalactia. Assim, começaram as prescrições de leites de animais ou a adoção de amas-de-leite. (BACCO e PROGIANTI, 2008)

As mulheres que não podiam amamentar contratavam amas-de-leite em domicílio, fiscalizando todos os cuidados proporcionados ao bebê. Depois disso, o aleitamento artificial, sob forma de mamadeira com leite de vaca, possibilitado pelo progresso de esterilização, viria a substituir a amamentação por amas-de-leite. (BOSI e MACHADO, 2005)

No final do século XIX e início do século XX, o Brasil passava pela abolição da escravatura, final do império, o declínio do café, a crescente indústria e a chegada de imigrantes para compor a mão-de-obra operária. O país iniciava a urbanização e a indústria do leite encontrou facilidade para se instalar e solidificar, vendendo a ilusão de saúde e modernidade por meio do leite condensado e farinha láctea importados da Holanda, o que incentivou a utilização de leites em pó. (BACCO e PROGIANTI, 2008)

Na década de 70 do século passado houve um consenso sobre a superioridade do leite humano e concluiu-se que o aleitamento deveria ser estimulado, pois o uso indiscriminado de leite em pó favorecia a mortalidade infantil por desnutrição, desidratação e doenças infecciosas. Assim, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em 1979 na cidade de Genebra, organizaram um fórum sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena onde concluíram que a responsabilidade do combate à mortalidade infantil por meio do incentivo ao aleitamento materno era do Estado. (BACCO e PROGIANTI, 2008)

No Brasil, foi criado em 1981 o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) que ressalta a superioridade do leite humano e a importância imunológica do aleitamento materno nos primeiros quatro meses de vida da criança. A criação do

Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) também ajudaram na promoção do aleitamento materno e também no ditar normas e condutas para os profissionais de saúde para uma assistência humanizada, reconhecendo a mulher como ser integral e sujeito das ações e o profissional como facilitador nessa relação. (BACCO e PROGIANTI, 2008)

A partir de 1980 foram criadas as leis de proteção ao aleitamento para as mulheres trabalhadoras, como a licença maternidade que foi, portanto, uma estratégia política de inserção das mulheres no mercado de trabalho. (BACCO e PROGIANTI, 2008)

Ainda segundo Bacco e Progianti (2008), outro fato importante foi a mudança ocorrida nas rotinas das maternidades, especialmente a instituição do alojamento conjunto. Nesse sistema o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, até a alta hospitalar e, entre outras vantagens, ele fortalece os laços afetivos entre mãe e filho, por meio do relacionamento precoce e, com isso, a precocidade do aleitamento materno e sua manutenção por tempo mais prolongado.

Outro fator importante na promoção do aleitamento foi a criação, em 1988, da Norma para a Comercialização de Alimentos para Lactentes baseada no Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite, regulamentando a propaganda de leites artificiais e combatendo a sua distribuição. Foram também criadas as Normas para Implementação e Funcionamento dos Bancos de Leite; esses foram reestruturados e passaram a ser regulamentados. (BACCO e PROGIANTI, 2008)

Em 1990, em Florença, na Itália, foi realizado um encontro internacional organizado pelo UNICEF e OMS de onde surgiu a resolução conhecida como Declaração de Innocenti que atribui ao Estado o compromisso de implantação nas maternidades dos “Dez Passos Para o Sucesso da Amamentação”, aplicação do Código Internacional para a Comercialização de Alimentos para Crianças da Primeira Infância, apoio e proteção à mulher trabalhadora e uma coordenação em prol do aleitamento materno. (BACCO e PROGIANTI, 2008)

Em 1998 foi criada no Brasil a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) que tem como critérios básicos a assistência em aleitamento materno à clientela inscrita no pré-natal e pediatria, vetar as propagandas e distribuição de leites industrializados e acessórios dentro das unidades e a adoção dos “Dez Passos Para o Sucesso da Amamentação” adaptada da IHAC para a realidade das UBS. (BACCO e PROGIANTI, 2008)

1.2- Situação da amamentação no Brasil

As informações sobre a situação da amamentação em nosso país começaram a ser coletadas a partir da década de 80, quando pesquisas evidenciaram a importância dessa prática e da padronização das categorias e indicadores de aleitamento materno. (BRASIL, 2009)

Apesar da escassez de dados sobre a tendência da amamentação no Brasil anteriores à década de 70, estudos regionais mostram que essa prática sofreu um considerável declínio nos anos 60 e início dos anos 70. Já a partir da década de 80, estudos regionais mostraram uma tendência de retorno à amamentação. (BRASIL, 2009)

A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989, realizada pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, revelou que, apesar de a maioria das crianças brasileiras iniciarem a amamentação, a introdução de outros alimentos era freqüente logo nos primeiros dias de vida. A duração mediana da amamentação estava muito aquém do desejado, sendo de 134 dias. (BRASIL, 2009)

Estudo comparando estimativas nacionais da freqüência de aleitamento materno (independente do recebimento de outros alimentos) evidenciou uma tendência ascendente da amamentação no Brasil entre 1974 e 1989, com sua duração mediana aumentando de 2,5 para 5,5 meses. Essa tendência foi verificada principalmente em áreas urbanas, na região Centro-Sul do país e entre mulheres de maior renda e maior escolaridade. (BRASIL, 2009)

Estimativas nacionais provenientes das pesquisas sobre demografia e saúde confirmam a tendência de aumento da prática da amamentação, identificando uma duração mediana do aleitamento materno de sete meses em 1996 e de 14 meses em 2006. (BRASIL, 2009)

Analisando a proporção de crianças menores de quatro meses recebendo exclusivamente leite materno ou leite materno acrescido de água, chás ou sucos nos inquéritos de 1986 e 1996, Monteiro (1997) verificou aumento de 33,3% para 55,3%. (BRASIL, 2009)

Dados mais recentes provenientes da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 2006 (PNDS/2006), mostraram prevalência da AME de 38,6% em menores de seis meses. (BRASIL, 2009)

O Ministério da Saúde coordenou, em 1999, um inquérito sobre amamentação durante a Campanha Nacional de Vacinação em todas as capitais brasileiras (exceto o Rio de Janeiro) e Distrito Federal. Essa pesquisa trouxe contribuições importantes para a análise da situação da amamentação no País e para a formulação de políticas no âmbito dos estados e regiões

analisadas. Verificou-se que a situação da amamentação era bastante heterogênea entre as capitais e regiões do País, sendo baixa a prevalência de AME em menores de quatro meses (35,6%). A duração mediana da amamentação no conjunto das capitais e DF foi de 10 meses. (BRASIL, 2009)

Em 1981 foi lançado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM). Desde então, diversas intervenções visando à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno vêm sendo implementadas, muitas delas normatizadas e implementadas nas três esferas de gestão: federal, estadual e municipal. Entre elas destacam-se a obrigatoriedade do alojamento conjunto, a Norma Brasileira de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, a Regulamentação dos Bancos de Leite Humano, o Método Canguru como política pública, a IHAC e, mais recentemente, a criação da Rede Amamenta Brasil. (GIUGLIANI, 2010)

Atualmente, a Política Nacional de Aleitamento Materno está organizada em seis braços estratégicos: (1) promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na Atenção Básica; (2) promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno com ênfase na atenção hospitalar; (3) Bancos de Leite Humano; (4) proteção legal ao aleitamento materno; (5) divulgação/campanhas e (6) monitoramento dos indicadores do aleitamento materno. (GIUGLIANI, 2010)

O incentivo ao aleitamento materno na **Atenção Básica** é feito por intermédio da Rede Amamenta Brasil. Essa estratégia veio preencher uma lacuna na política de aleitamento materno e se propõe a contribuir para aumentar seus índices por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sempre respeitando a visão do mundo dos profissionais e considerando as especificidades locais e regionais. Têm como pilares de sustentação os tutores, profissionais com experiência em amamentação, preparados para utilizarem referenciais de educação crítico-reflexivo no ensino e aprendizagem do aleitamento materno, além de acompanhar e auxiliar as equipes na implementação das ações pactuadas em prol da amamentação e monitoramento dos índices de aleitamento materno da população atendida. (GIUGLIANI, 2010)

Na **Atenção hospitalar**, duas iniciativas têm contribuído no incentivo ao aleitamento materno: a IHAC e o Método Canguru. A IHAC está inserida na Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância da OMS e do UNICEF e tem como objetivo promover, proteger e apoiar a amamentação mediante a revisão de políticas, práticas

e rotinas em serviços de saúde materno-infantis, tendo como base os “Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno”. (GIUGLIANE, 2010)

Entre as principais estratégias da política governamental de promoção do AM figura a **Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano**. Além de coletar, processar e distribuir leite humano, os bancos de leite prestam assistência às lactantes cujos filhos estão hospitalizados ou que tenham dificuldades com a amamentação em qualquer momento. (GIUGLIANI, 2010)

Com relação à **proteção legal ao aleitamento materno**, o Brasil foi um dos primeiros países a adotar o Código Internacional de Substitutos do Leite Humano na sua totalidade. A partir do Código, criou-se a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, em 1988. Em 2006 foi criada a Lei nº 11.625, que regulamenta a promoção comercial e dá orientações do uso apropriado de alimentos para crianças de até três anos. A licença maternidade que era de quatro meses, foi ampliada para seis meses em 2008. Atualmente, está sendo estimulada a criação de Salas de Apoio à amamentação nas empresas, que possibilitam que a mulher trabalhadora possa coletar seu leite e armazená-lo com segurança durante a jornada de trabalho, para que seja oferecido ao bebê durante a sua ausência. (GIUGLIANI, 2010)

Entre as ações de **divulgação/ campanhas/ mobilização social** estão: comemoração da Semana Mundial da Amamentação, sob a coordenação do MS em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria e com a participação da mídia e de diversos segmentos da sociedade; instituição do Dia Nacional de Doação de Leite Humano, em 1º de outubro de cada ano, com o objetivo de aumentar o volume de leite humano doado no País, Projeto Carteiro Amigo, uma parceria entre a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos e o Ministério da Saúde, e participação do Corpo de Bombeiros Militares, dividindo a tarefa de buscar leite humano doado nas residências das doadoras. (GIUGLIANI, 2010)

Um importante componente da política Pública de Incentivo ao aleitamento materno é o monitoramento tanto das ações como das práticas de amamentação no País. Já ocorreram dois inquéritos nacionais no dia da campanha nacional de vacinação contra poliomielite, em 1999 e 2008. Outras pesquisas de âmbito nacional também investigam as práticas de aleitamento materno como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada a cada 10 anos. Graças a essas pesquisas, é possível acompanhar as tendências dos principais indicadores de aleitamento materno. (GIUGLIANI, 2010)

1.3- Tipos de aleitamento materno

Para melhor entendimento sobre os tipos de aleitamento, a OMS classificou o Aleitamento Materno em (CADERNO DE SAÚDE DA CRIANÇA- BRASIL, 2009b):

- **Aleitamento materno exclusivo** – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- **Aleitamento materno predominante** – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.
- **Aleitamento materno** – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado) independentemente de receber ou não outros alimentos.
- **Aleitamento materno complementado** – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.
- **Aleitamento materno misto ou parcial** – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

1.4- Aleitamento materno na primeira hora

O aleitamento materno na primeira hora proporciona à mãe e ao bebê um contato íntimo que vai facilitar o vínculo mãe-filho, além de ser de extrema importância para o aprendizado da amamentação pela mãe e da sucção pelo recém-nascido (RN).

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e DF revelou que, no total de crianças analisadas, 67,7% mamaram na primeira hora de vida. Esse percentual é maior que aquele encontrado na PNDS/2006, que foi de 43,0%, em uma amostra de crianças menores que 60 meses. Essa diferença pode ser explicada, pelo menos em parte, em função de esta pesquisa analisar essa informação em crianças menores de 1 ano de idade, e talvez por refletir a situação mais recente desta prática nas maternidades brasileiras. (BRASIL, 2009)

Em relação ao aleitamento materno na primeira hora de vida, todas as capitais e DF apresentaram situação considerada “boa” (50,0% a 89,0% de prevalência). No tocante ao AME em menores de seis meses, apesar dos avanços no País, 23 capitais ainda se encontram em situação “ruim” (30,0% a 49,0%), segundo a OMS, e apenas quatro estão em “boa situação”. A situação no conjunto das capitais e DF, portanto, ainda é considerada “ruim”. E, por fim, quanto à duração do aleitamento materno em nosso País, a situação ainda é considerada “muito ruim” (0,0% a 29,0%), com apenas uma capital classificada como “ruim”. (BRASIL, 2009)

1.5- Aleitamento materno em população assistida pelo PSF

Estudo realizado por Parada *et al.* (2005) mostrou que as prevalências do AME e do Aleitamento Materno Predominante (AMP), em menores de quatro meses de vida, foram de 25,4% e 44,4%, respectivamente, e 66,7% do total de crianças menores de um ano ainda eram amamentadas. A prevalência do AME em menores de seis meses foi heterogênea, variando de 7,4% a 41,2%, conforme a equipe do PSF de procedência das crianças.

No mesmo estudo verificou-se que a prevalência de AME entre os menores de seis meses e do AM no primeiro ano de vida não se associou com as condições socioeconômicas das mães (escolaridade e trabalho) ou com o fato delas serem adolescentes (idade até 19 anos). Também não houve relação entre ter recebido influência familiar positiva e entre a manifestação materna de sentimento de segurança com a prática do aleitamento materno, tanto para o AME quanto para o AM. Houve relação significativa entre ter passado por dificuldades no manejo no início do aleitamento (ingurgitamento mamário, traumas mamilares, mastite e outros), ou por dificuldades referidas como: ausência de bico e o fato do leite “ter secado” e a prática do AME e do AM.

Buscando compreender as razões que levaram as mães a abandonar o AME precocemente, antes do quarto mês de vida, avaliaram-se os motivos apontados por elas para a introdução de outros líquidos ou alimentos a seus filhos. Observou-se que as justificativas “leite fraco” ou “leite insuficiente” ainda estão muito presentes entre as mães que abandonam o AME precocemente. Também merece destaque o fato de 19 mães julgarem adequado o abandono do AME mesmo antes do quarto mês de vida de seus filhos. (PARADA *et al.*, 2005)

Investigou-se ainda quem havia orientado a introdução de líquidos ou alimentos, precocemente. As mães informaram que a introdução de chás, sucos ou outros líquidos orientada pelo médico (38,0%), ou realizada por conta própria (35,7%); a introdução de outros leites foi por conta própria (60,0%), ou por orientação médica (23,3%) e quanto à introdução de outros alimentos, 38,5% foi por conta própria e 38,5% por orientação médica. (PARADA *et al.*, 2005)

1.6 - Aleitamento materno como programa nacional e como ação importante na ESF

Segundo Dra. Elsa Regina Justo Giugliani na 67ª edição do Curso Nestlé de Atualização em Pediatria realizado em Belo Horizonte no período de 11 a 14 de agosto de 2010, desde ao início da década de 1980, mesmo antes da criação do SUS, o Brasil tem incluído na sua agenda de prioridades em saúde a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Esta linha de cuidado está sob a responsabilidade da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

No Brasil, 95,0% das crianças iniciam a amamentação, mas, abandonam precocemente. Apesar disto, são evidentes os avanços dos indicadores de AM. As Figuras 1 e 2 mostram a evolução da mediana de AM e das prevalências de AME ao longo do tempo. (GIUGLIANI, 2010)

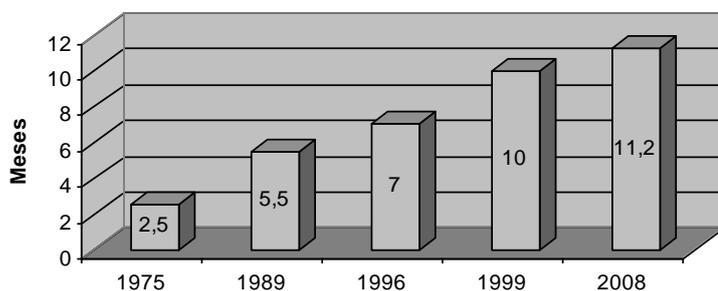


Figura 1 - Mediana do aleitamento materno - Brasil, 1975-2008

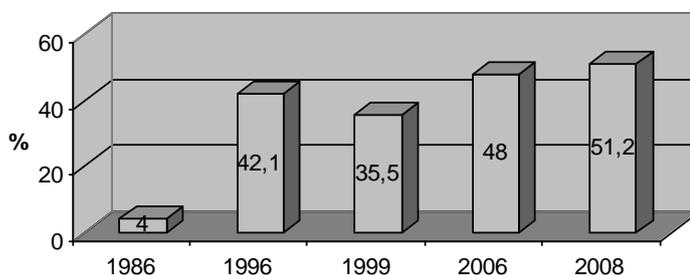


Figura 2 - prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses - Brasil, 1986-2008

Outro importante indicador de aleitamento materno que vem sendo utilizado internacionalmente é a prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida. Só recentemente este dado vem sendo coletado nos inquéritos nacionais. Em 2009, como vimos anteriormente, a II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal mostrou que 67,7% das crianças iniciam a amamentação na primeira hora de vida. (BRASIL, 2009)

1.7 - Leite humano

O leite humano (LH) apresenta uma composição nutricional que é ideal para o RN e a sua complexidade imunológica o torna uma substância viva ativamente protetora. (XAVIER, LAMOUNIER e MOULIN, 2005)

Ele é um alimento complexo e essencial, e adequa-se às mudanças e necessidades nutricionais, imunológicas e afetivas do bebê durante o seu crescimento. A biodisponibilidade e a apropriada concentração e qualidade de todos seus constituintes, tornam o LH o alimento especificamente indicado para o ser humano nos primeiros meses de vida. (XAVIER e MOULIN, 2003)

O leite humano começa a ser produzido no segundo trimestre da gestação e, nesta fase e até os primeiros dias de pós-parto é denominado de colostro. No início ele é branco amarelado, espesso, tornando-se mais líquido no final da gestação e logo após o parto, em uma quantidade mais volumosa para atender as necessidades do RN. (XAVIER, LAMOUNIER e MOULIN, 2005)

O colostro evolui para o leite de transição e leite maduro entre três e 14 dias após o nascimento. A composição do colostro difere do leite maduro, principalmente nos seguintes aspectos: contém o dobro de proteínas, mais albumina e globulinas; menor conteúdo de lactose e gordura; maior concentração de sais minerais, fatores de crescimento e fatores imunológicos, principalmente a imunoglobulina A secretora. Esta imunoglobulina é muito importante na formação de barreira da mucosa gastrointestinal do recém-nascido (RN), que impede a penetração de microorganismos. (XAVIER, LAMOUNIER e MOULIN, 2005)

Entre o segundo e quarto dia de puerpério tem início a produção de leite, às vezes excessiva, levando ao ingurgitamento mamário. Nesse caso, o leite pode ser coletado e ser usado cru sem sofrer o processo de pasteurização, para o uso do próprio filho. Deve ser estocado em baixas temperaturas para evitar o crescimento bacteriano e manter intactos seus componentes nutricionais e imunológicos termolábeis, como algumas proteínas, vitaminas, imunoglobulinas e enzimas. O método de conservação mais adequado, quando estocado por pouco tempo (24 horas), é a geladeira doméstica entre 2 e 6°C e no congelador por 15 dias. Se for submetido à pasteurização, ele conserva-se por seis meses. (XAVIER, LAMOUNIER e MOULIN, 2005)

1.7.1- Papel imunológico do leite humano

O colostro e o leite humano contêm linfócitos T e B, monócitos, macrófagos, neutrófilos e células epiteliais. Os macrófagos são as principais células e chegam a 90,0% a 95,0% do total. Na fase inicial do colostro, observa-se uma alta concentração celular. Ao final da primeira semana de lactação, o colostro pode atingir dez vezes a concentração celular do sangue periférico. (XAVIER, LAMOUNIER e MOULIN, 2005)

Os linfócitos T de memória “ativados” contidos no LH são os principais estimuladores do sistema imunológico dos RNs e lactentes, mediando sua imunidade. O sistema imune dos RNs cresce rapidamente por intermédio da exposição primária de sua microflora intestinal, obtida da mãe após o nascimento. Na lactante, o mecanismo enteromamário ou broncomamário ocorre quando patógenos entram em contato com as mucosas do intestino ou do aparelho respiratório e são fagocitados pelos macrófagos. Isto desencadeia uma ação estimulante nos linfócitos T, promovendo a diferenciação dos linfócitos B produtores de IgA. Os linfócitos migram para a glândula mamária e amadurecem com a mediação de citocinas, tornando-se células plasmáticas, que passam a produzir uma glicoproteína, que é acoplada à IgA, convertendo-se em IgAs (imunoglobulina secretora). Isso explica uma função importante e específica de proteção pelo LH. (XAVIER, LAMOUNIER e MOULIN, 2005)

Os RNS a termo ou pré-termo nascem com uma deficiência ou janela imunológica e ao receberem as imunoglobulinas do colostro e estas assim que atingem a corrente sanguínea, os tornam competentes. Daí a importância de se conhecer e entender a especificidade do LH na sobrevivência e desenvolvimento do homem em toda a sua história. (XAVIER, LAMOUNIER e MOULIN, 2005)

1.8 - Lactação

A lactação acontece com todas as mulheres e se inicia durante a gestação por ação hormonal, principalmente estrógeno e progesterona que atuam sobre as glândulas mamárias preparando-as para a produção láctea. Após o nascimento esses hormônios deixam de exercer sua ação inibitória sobre a prolactina que se eleva no organismo e se torna responsável pela produção do leite. (XAVIER e MOULIN, 2003)

Xavier e Moulin (2003, p.75) descrevem assim o ciclo da produção do leite: “O ciclo sucção → medula → hipófise anterior → prolactina → produção de leite é principalmente somático, ocorrendo em todas as puérperas” (Fig. 3).

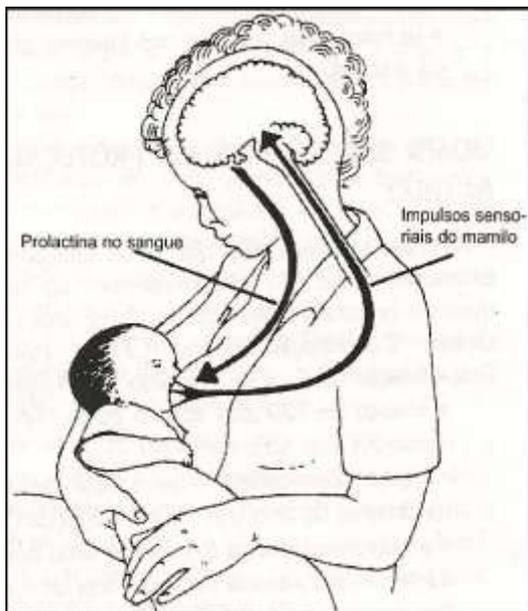


Figura 3- Reflexo da produção (prolactina). (XAVIER e MOULIN, 2003)

Após a produção do leite, outros mecanismos agem para que ele seja liberado. Xavier e Moulin (2003, p. 75) o descrevem assim (Fig. 4):

Ao sugar a mama, o recém nascido estimula as terminações nervosas do mamilo, provocando a liberação de ocitocina pelo lobo posterior da hipófise. Esse hormônio atua sobre as células mioepiteliais que envolvem os alvéolos provocando o reflexo da ejeção ou “descida” do leite. O segundo ciclo sucção → córtex → hipófise posterior → ocitocina → reflexo de ejeção é, basicamente, somato-psíquico. Os fatores emocionais como ansiedade, a confiança, o desejo e as condições ambientais podem facilitá-lo ou inibi-lo.



Figura 4 – Reflexo da ejeção (ocitocina). (XAVIER e MOULIN, 2003)

Xavier, Lamonier e Moulin, (2005, p. 289) descrevem assim a anatomia das mamas e fisiologia de lactação:

As mamas são glândulas exócrinas túbulos alveolares, com 15 a 20 unidades lactíferas envoltas por tecido conjuntivo, vasos sanguíneos e linfáticos. O leite é produzido em unidades lactíferas, denominadas alvéolos. Esses alvéolos são formados por pequenas glândulas secretoras, que se comunicam com a superfície através de um sistema de drenagem formado por canalículos e canais, denominados ductos lactíferos. Ao se aproximarem da superfície, os ductos dilatam-se formando as ampolas ou seios lactíferos – onde o leite é armazenado -, que, por sua vez, vão abri-se no mamilo, através dos poros mamilares. Tanto o mamilo como a aréola são profusamente inervados, fator importante no desencadeamento dos reflexos da descida do leite.

Xavier, Lamonier e Moulin, (2005, p. 289) complementam:

O leite produzido pela mediação da prolactina acumula-se no intervalo das mamadas - leite anterior- e corresponde a um terço do leite total produzido durante cada mamada e é mais diluído e com menor teor de gorduras. Com o reflexo da ejeção, produzido pela ocitocina, ocorre a pressão das células mioepiteliais sobre as células lactíferas, o que provoca a ruptura de suas membranas. Assim, o conteúdo dessas células (gorduras) passa para os ductos, fazendo com que esse leite -leite posterior- seja mais rico em lipídeos e apresente maior consistência, bem como maior teor de energia.

1.9 - Como atuar para que a amamentação se estabeleça e se mantenha

O profissional de saúde precisa ter conhecimentos técnicos e científicos assim como habilidades clínicas e sensibilidade para promover, apoiar e aconselhar gestantes e nutrizes. (XAVIER e MOULIN, 2003)

Porém a decisão de amamentar sempre é da mulher e é construída baseada em suas experiências, em sua cultura e tradição. (XAVIER, LAMOUNIER E MOULIN, 2005)

Xavier e Moulin (2003, p. 77) propõem alguns passos para promover o início e a manutenção da amamentação:

- Sensibilizar e incentivar a gestante para o desejo de amamentar;
- orientar a gestante como preparar a mama e sobre a técnica de amamentação;
- incentivar o parto natural, pois favorece o contato pele a pele da mãe com o filho;
- estimular a escolha de maternidades com alojamento conjunto, para que a mãe e a criança permaneçam juntas desde o parto até a alta;
- estimular a livre demanda, pois faz parte da natureza do bebê mamar com frequência, observando a alternância de seios em cada mamada e o tempo necessário para que o leite posterior seja retirado, pois é mais rico em gorduras;
- propiciar um ambiente familiar incentivador para a amamentação com apoio do pai, avós e outros familiares e amigos.

A recomendação de estimular precocemente a sucção, ainda na sala de parto, para propiciar o contato entre mãe e bebê é reforçada por Xavier, Lamounier e Moulin, (2005, p. 292):

O contato íntimo entre os dois, logo após o nascimento, além de contribuir para o desenvolvimento do vínculo afetivo, também ajuda na adaptação da criança ao novo meio ambiente, favorecendo a colonização da pele e trato intestinal por microorganismos da mãe, que tendem a ser não-patogênicos e contra os quais o leite materno possui anticorpos.

No seguimento no PSF, observar em uma mamada, se:

- o corpo da criança está alinhado com o da mãe;
- todo o corpo da criança está sendo sustentado;
- o queixo da criança toca o seio;
- a boca está bem aberta;

- o lábio superior e inferior está voltado para fora;
- há mais aréola visível acima da boca que abaixo dela;
- a criança está sugando bem, com movimentos lentos, profundos e pausas ocasionais. (XAVIER E MOULIN, 2003, p. 77)

Para manter a amamentação com sucesso, devemos eliminar os fatores que diminuem a duração, a eficiência e frequência da sucção pelo lactente. Isto inclui a limitação do tempo das mamadas, horários fixos, posicionamento incorreto, uso de bicos, oferta de líquidos (água, chás, soluções açucaradas e outros leites). (XAVIER, LAMOUNIER e MOULIN, 2005)

O esvaziamento total de uma mama antes de oferecer a outra e a alternância de ambas propiciam maior estímulo de produção, garantia de ingestão do leite posterior, controle da saciedade, não preferência por uma das mamas e prevenção do ingurgitamento patológico. (XAVIER, LAMOUNIER e MOULIN, 2005)

1.10 - Situações de risco para a não amamentação ou desmame precoce

Xavier, Lamounier e Moulin, (2005, p. 295-296) descrevem situações em que os profissionais de saúde devem ficar atentos para atuarem de modo efetivo para que não ocorra o desmame precoce:

- Mães que “não têm leite”: mulheres de regiões urbanas e industrializadas, de melhor nível educacional e que estão mais expostas a influências sociais, econômicas e culturais contrárias à amamentação podem produzir pouco leite. Geralmente o parto é feito em hospitais, cujas rotinas dificultam o aleitamento natural e incentivam o artificial;
- o insucesso na amamentação de filhos anteriores deve ser abordado, bem como deve ser esclarecido se os seus motivos foram superados;
- trabalho fora de casa, que não respeita as leis de proteção à nutriz. Devem ser esclarecidos para a mãe seus direitos legais e propostas alternativas de compatibilizar a amamentação e o trabalho;
- falta de apoio da equipe de saúde ou dos familiares nos primeiros dias;
- atitudes negativas do pai ou outros familiares;
- aquisição de mamadeiras, bicos, chucas e leites artificiais;
- conceitos como “leite fraco, ralo, aguado e/ou pouco” provêm, geralmente, de mães pouco sensibilizadas e inseguras para a prática do aleitamento materno. Mesmo nutriz desnutridas produzem leite de boa qualidade nutritiva. O aspecto do leite humano varia de acordo com o início e término da mamada, o horário do dia, o tempo de aleitamento e uma ampla variação individual. Orientação e apoio podem mudar conceitos e atitudes;
- dificuldades com o choro da criança e percepção de dor excessiva à sucção;
- mães adolescentes ou solteiras sem companheiro ou sem apoio da família;
- o fato de considerar-se o aleitamento artificial sem riscos para a criança;
- crianças de baixo peso ou prematuras ao nascer que necessitam ficar algum tempo internadas;
- mães submetidas à mamoplastia redutora prévia podem amamentar plenamente, porém muitas não conseguem produzir quantidade de leite suficiente para o filho.

O choro da criança é a forma de comunicação do RN e é a expressão da vida e da capacidade de emissão de sons, portanto nem sempre significa problemas. Ele pode ser

reconhecido pelo seu tipo e timbre. Aos poucos a mãe é capaz de identificar os choros e relacionar com as necessidades do bebê. É muito importante não relacionar o choro somente com fome. Algumas crianças choram mais que outras e a ansiedade da mãe pode contribuir para isto. Nesses casos, mais colo e carinho podem ser necessários. Quando o choro acontece nos mesmos horários, acompanhados por expressão de dor, quase sempre se deve à cólicas. A mãe deve ser orientada sobre o seu significado, a duração e sua benignidade. Deve-se colocar a criança na posição supina para facilitar o esvaziamento gástrico e a eliminação de gases. Quando o choro é excessivo deve-se investigar se a pega está correta, se o tempo de sucção está insuficiente, o que impede a criança de mamar o leite posterior, mais rico em gorduras e se o leite materno está sendo suficiente, o que pode ser avaliado pela frequência das micções e evacuações. (XAVIER e MOULIN, 2003)

1.11 - Cuidados com as mamas

As mamas devem receber cuidados desde a gestação, não sendo necessária uma higienização além do banho diário para não tirar a lubrificação natural dos mamilos e aréola. Expor as mamas ao sol duas a três vezes ao dia propicia o fortalecimento da pele. O uso de sutiã para uma boa sustentação das mamas também deve ser recomendado. Não indicar o uso de protetores de mamilos e ensinar a técnica correta de sucção para que a criança tenha uma pega correta e assim evitar os traumas mamilares. (XAVIER, LAMOUNIER e MOULIN, 2005)

1.12 - Manejo dos principais problemas mamários

As duas primeiras semanas de pós- parto são extremamente importantes para o sucesso da amamentação, pois é neste período que ocorre a adaptação extra-uterina do binômio mãe-filho. (XAVIER e MOULIN, 2003)

Nesse período ocorrem algumas situações que merecem orientações e para evitar a interrupção precoce do aleitamento materno, a equipe multidisciplinar deve estar capacitada para identificar e tratar precocemente os problemas. (DEVITO, 2010)

Devito (2010) propõe orientações para as diversas situações:

- **Bebê que não suga ou sucção ineficaz** - Manter o posicionamento adequado, suspender o uso de chupetas, mamadeiras e fazer a retirada manual de leite para manter a produção láctea e para amaciar a aréola, caso esteja enrijecida.
- **Demora na “descida do leite”** - Estimular a sucção colocando leite suplementar numa seringa e derramando-o na região areolar para que o bebê sugue e estimule a produção do leite.
- **Mamilos planos ou invertidos** - Estimular os mamilos por meio do toque e compressa fria. A sucção pode ser feita de forma não vigorosa, com bomba manual ou seringas de 10 ou 20 ml adaptadas.
- **Ingurgitamento mamário** - Fazer massagens delicadas nas mamas e ordenha manual da aréola; estimular mamadas freqüentes; prescrever analgésicos/antiinflamatórios caso necessário.
- **Fissuras mamilares** - Orientar pega e posicionamento adequado, expor os mamilos à luz solar e ao ar, não higienizar aréola com produtos secantes (sabonetes/álcool), amamentar em livre demanda para evitar o ingurgitamento mamário e sucção excessiva e não usar protetores mamilares.
- **Candidíase** – É causada pelo fungo *Candida sp*, ocasionando pele avermelhada e brilhante, com descamação ou, às vezes, com placas esbranquiçadas, coceira e sensação de queimadura e dor em agulhadas nos mamilos. Mãe e bebê devem ser tratados adequadamente.
- **Mastite** – É um processo inflamatório intenso que pode progredir para uma infecção bacteriana. Conduta: fazer o esvaziamento da mama por meio da amamentação (não oferece risco para a criança) e, se necessário, esvaziar manualmente a mama. Indicar repouso e dar suporte emocional, antibioticoterapia e analgesia, se necessário.

- **Abscesso mamário** - Complicação da mastite. O manejo deve ser dado pelo médico com a suspensão do aleitamento na mama afetada até que seja realizada a drenagem/tratamento; continuar a ofertar leite na mama sadia.

Devito (2010) propôs um fluxograma de manejo clínico quanto aos problemas mamários durante o aleitamento materno:

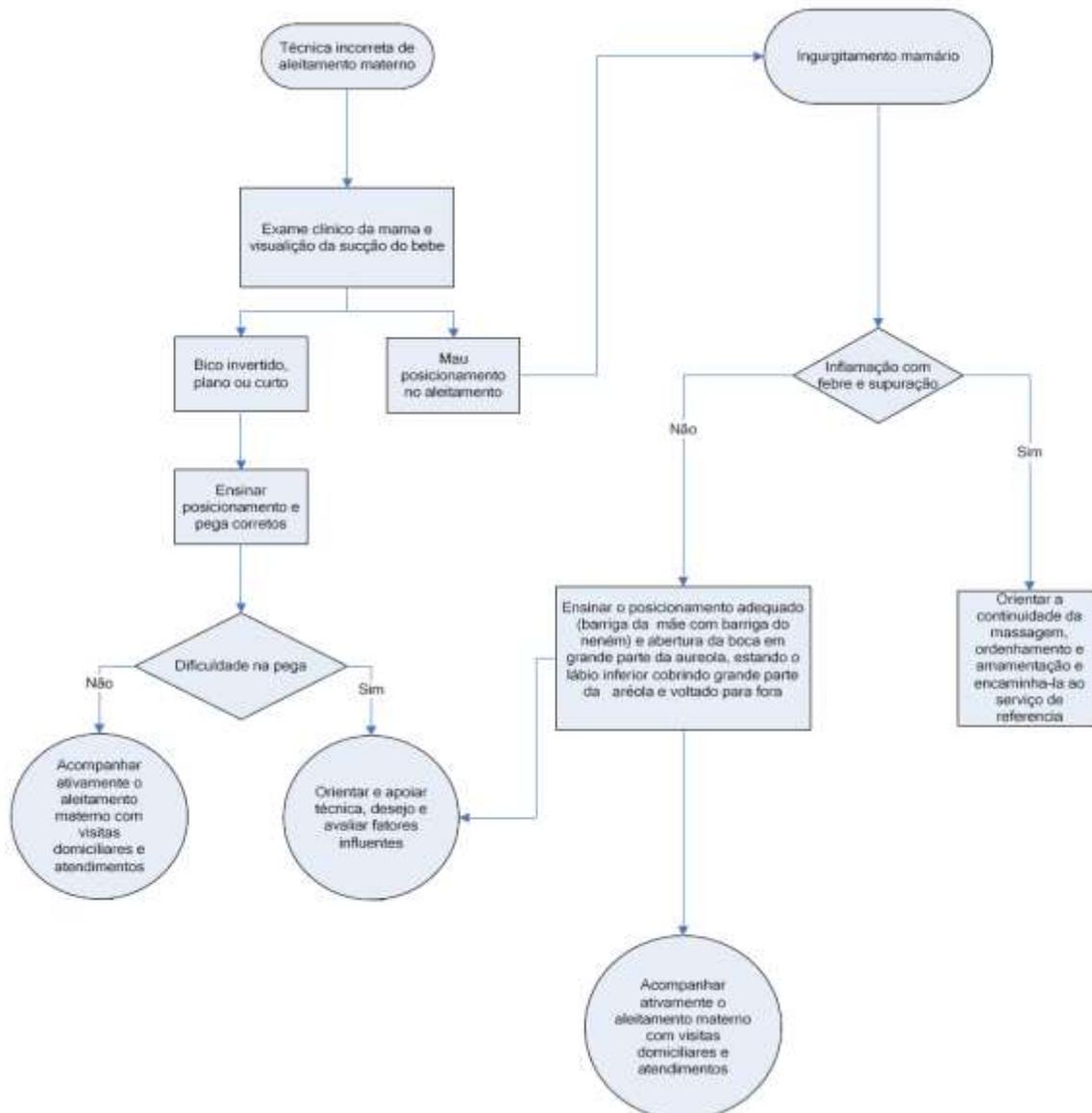


Figura 5 – Fluxograma de manejo clínico da amamentação (DEVITO, 2010).

1.13 - Possíveis contra-indicações à amamentação

Xavier, Lamounier e Moulin, (2005) recomendam que a amamentação não deva ser suspensa nos casos de infecções bacterianas de parede abdominal, de episiorrafia, mastites, infecção urinária e outras que não comprometam o estado geral da mãe. Porém, em algumas situações ligadas à mãe ou ao bebê esta suspensão está indicada:

Situações ligadas à mãe: (XAVIER e MOULIN, 2003)

- A mulher que expressa o desejo de não amamentar, mesmo após ser ouvida e aconselhada.
- Doenças cardíacas, renais, pulmonares ou hepáticas graves; uso de drogas incompatíveis com a amamentação; psicose e depressão pós-parto que não respondem à terapêutica e em que há risco para a criança.
- Em mães portadoras de Human Immunodeficiency Virus (HIV), pois pode ser transmitido pelo leite.
- Mastites acentuadas com grande sofrimento para a mãe à sucção.
- A tuberculose não é contra-indicação para o aleitamento, pois não é transmitida pelo leite e o manejo vai depender da época do diagnóstico. Na tuberculose ativa, em fase de transmissão, a recomendação do Comitê de Doenças infecciosas da Academia Americana de Pediatria é a suspensão do aleitamento por duas semanas após o início do tratamento.
- A hepatite B, mães HbsAg positivas podem amamentar, porque a vacinação e a administração de imunoglobulina específica (HBIG), nas primeiras doze horas após o nascimento, praticamente, eliminam qualquer risco teórico de transmissão da doença via aleitamento.
- Mães portadoras de citomegalovírus (CMV) antes do parto devem amamentar seu RN a termo, pois o leite transfere anticorpos específicos e outros fatores imunológicos, protegendo-o da contaminação por outras vias. Porém os prematuros e os filhos de mães que se tornam positivas para o CMV durante a lactação podem desenvolver a doença. Nesses casos, a pasteurização do leite humano inativa o vírus e o seu congelamento a -20°C reduz a carga viral.

- A toxoplasmose não contra-indica a amamentação.

Situações ligadas à criança: (XAVIER e MOULIN, 2003)

- Recém-nascidos pré-termo e de baixo peso que não suga e não deglute sincronicamente deve ser alimentado com leite ordenhado da própria mãe e, de preferência, cru.
- Lábio leporino e fenda palatina: o sucesso do aleitamento depende do aprendizado rápido da mãe, que fecha com o seio a fenda entre a boca e o nariz da criança.
- A galactosemia, um distúrbio hereditário que envolve o metabolismo da lactose, pode manifestar-se poucos dias após o nascimento por vômitos e diarreia, decorrente da ingestão de LH ou de vaca. Se não tratado evolui rapidamente com déficit de crescimento, hepatomegalia, ascite e catarata. O tratamento consiste em dieta sem lactose ou galactose. Portanto, o LH não poderá ser utilizado.

1.14 - Amamentação – Por que promover

Apesar de a amamentação ser um ato natural, fisiológico, é também um comportamento aprendido. Portanto tanto as mães como profissionais de saúde e assistentes necessitam de encorajamento e apoio para manter práticas apropriadas da amamentação. (Organização Pan Americana de Saúde - OPAS e OMS, 2003)

A amamentação é a melhor maneira de proporcionar o alimento ideal para o crescimento saudável e o desenvolvimento dos RNs, além de ajudar no planejamento familiar (durante AME há a inibição natural da ovulação por mecanismos hormonais), assumindo um importante papel na saúde materna e do RN. (OPAS- OMS, 2003)

Atribui-se ao aleitamento materno a prevenção de mais de seis milhões de mortes em crianças menores de doze meses a cada ano. E se o AME até os seis meses e parcial até doze meses fosse praticado, evitar-se-ia a morte de mais de dois milhões de crianças. A proteção do LH depende da idade das crianças, do tempo de amamentação e do tipo de população. Quanto menor a criança e maior o período de amamentação, maior a sobrevivência. As crianças de baixo nível sócio-econômico tendem a se beneficiar mais com o aleitamento materno, especialmente se for exclusivo. (GIUGLIANI, 1994)

A proteção do LH não se restringe ao início da vida da criança. Há evidências de que a amamentação reduz o risco de certas doenças crônicas ligada ao sistema imunológico, como doenças autoimunes, doença celíaca, doença de Crohn e colite ulcerativa, diabetes melitus e linfoma. Alergia alimentar também tem sido encontrada menos frequentemente em crianças amamentadas exclusivamente ao seio, e a dermatite atópica pode ter seu início retardado com a alimentação natural. (GIUGLIANI, 1994)

Amamentar não é sinônimo apenas de nutrição, é dar também afeto, carinho, atenção e proteção ao RN. É um ato de amor e repercute de forma positiva no desenvolvimento emocional da criança e no relacionamento mãe-filho. (GIUGLIANI, 1994)

O aleitamento traz vantagens para a criança, mãe e comunidade. As vantagens para as mães são: involução uterina pós-parto mais rápida, proteção contra anemia (amenorréia pós-parto mais prolongada), menor incidência de câncer de mama e de ovário, atuação na anticoncepção, além de despertar na mulher um sentimento de profunda ligação com o filho e de realização como mulher e como mãe. (GIUGLIANI, 1994)

Amamentar também tem um significado econômico diante da situação socioeconômica precária de várias famílias e isto reflete na qualidade de vida das crianças e suas famílias, pois as famílias podem ser menos numerosas, não ter que desviarem seus poucos recursos para a aquisição de leites artificiais. Além disso, as crianças adoeceriam e hospitalizariam menos, as mulheres se sentiriam mais realizadas e principalmente, as famílias poderiam ser poupadas da dor e do trauma da morte de uma criança. (GIUGLIANI, 1994)

1.15 - Como promover o aleitamento materno

A promoção do aleitamento materno pode ser feita através de várias ações que, em seu conjunto, formam os diversos componentes dos programas de incentivo à lactação e todos os profissionais de saúde têm papel importante a desempenhar nas atividades promotoras do aleitamento materno. (GIUGLIANI, 1994)

Em 2002, os países membros da OMS durante a Assembléia Mundial de Saúde, endossaram a Estratégia Mundial para a Alimentação do Lactante e da Criança Pequena, com o objetivo de promover, proteger e de apoiar a amamentação. Daí surgiram iniciativas como a IHAC e a Declaração de Innocenti que se direcionam às necessidades de todas as crianças, incluindo aquelas que vivem em circunstâncias difíceis, como filhos de mães infectadas com HIV, bebês de baixo peso e crianças em situações de emergência. (OPAS, 2003)

A promoção do aleitamento passou a ser vista como ação prioritária para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças e de suas famílias. As estratégias de promoção da amamentação foram elaboradas de acordo com a população, sua cultura, seus hábitos, suas crenças, sua posição sócio-econômica, entre outras características. Mas para que elas tenham sucesso é fundamental a conscientização da importância do aleitamento materno. (GIUGLIANI, 1994)

Hoje em dia, na nossa sociedade, as mulheres optam pela amamentação, mas as crianças não podem optar, embora tenham o direito de sobreviver, de crescer sadias física e mentalmente e ter qualidade de vida. Elas têm o direito de ser amamentadas. Os profissionais de saúde têm um papel muito importante na defesa do direito do RN de ser amamentado. (GIUGLIANI, 1994)

O SUS, regulamentado pela constituição de 1998, ao ser desenvolvido sob os pilares da universalização, da descentralização e da integralidade da assistência, visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta dos serviços de saúde da população brasileira. Assim sendo, o MS implantou em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACs), embrião para a formação, em 1994, do PSF. Esse programa tem como objetivo a integração e a organização das atividades em um território definido para enfrentar e resolver os problemas identificados e tendo como foco a família, no seu espaço físico e social, proporcionando à equipe de saúde a compreensão ampliada do

processo de saúde-doença, permitindo intervenções além das práticas curativas. (ALCÂNTARA, 2007)

Em 1989, a OMS, juntamente com o UNICEF, elaborou os “Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno” (Anexo B), que visa informar todas as gestantes sobre o benefício e o manejo do aleitamento materno e também quanto às desvantagens da introdução precoce de leites artificiais. (GIUGLIANI, 1994)

Considerando que a atenção à criança é uma das prioridades do PSF e o incentivo ao aleitamento materno uma das suas ações prioritárias, Ciconil *et al.*, 2005, realizaram uma pesquisa avaliando os conhecimentos da equipe de PSF sobre o manejo do aleitamento materno. A pesquisa mostrou que 98,4% dos profissionais das equipes reconhecem a importância do aleitamento materno para a saúde infantil, mas não possuem conhecimentos sobre o manejo clínico da amamentação para melhor orientação e apoio às mães.

Alcântara, 2007 afirma que há necessidade de se analisar as atividades educativas desenvolvidas nos PSFs, identificando as dificuldades durante esta prática, assim como, verificar de que forma a equipe reage frente às dificuldades. O autor ressalta, ainda, que a educação em saúde tem como meta ensinar as pessoas a viverem de forma mais saudável possível.

É necessário ainda que a transmissão de informações do profissional de saúde para a pessoa que cuida da criança (mãe ou outro familiar) seja clara e objetiva e a pessoa que recebe essas informações precisa atribuir-lhe um significado a fim de efetivamente incorporá-las e, dessa maneira, mudar seu comportamento. Só assim, as ações de promoção à saúde tornam-se importante ferramenta de trabalho. (BRASIL, 2001)

Giugliani (1994) enfatiza que é preciso que os profissionais de saúde se preparem para estarem capacitados para a educação em saúde. O autor mostra que o pré-natal é ótima oportunidade para motivar as mães a amamentarem seus filhos, dando orientações sobre a fisiologia da lactação e manutenção da produção do leite pela sucção. Nesse período devem ser pesquisados fatores de risco para a interrupção precoce da amamentação (pouca educação materna, desmame precoce em filhos anteriores, falta de apoio do marido/companheiro, ausência de empregados domésticos ou parentes na ajuda nos afazeres domésticos) e estas gestantes devem receber atenção especial e apoio.

Ainda no pré-natal, atenção especial deve ser dada às mamas, a fim de diagnosticar precocemente algum problema mamário que possa interferir com a amamentação (mamilos invertidos, cirurgias plásticas etc.) e orientações quanto aos cuidados com os mamilos,

ingestão de dieta saudável e atividade física. Igualmente relevante é a discussão com as mães sobre os problemas relacionados com a amamentação tais como uso de água e/ou chás, leite fraco, associação de dor nos mamilos e frequência das mamadas e a interpretação do choro do bebê como sendo invariavelmente fome. (GIUGLIANI, 1994)

A orientação quanto a uma boa técnica de amamentação é indispensável para o sucesso, pois previne traumas mamilares e garante a retirada efetiva do leite pela criança. (GIUGLIANI, 1994)

O profissional de saúde deve incentivar o parto natural, o contato íntimo entre a criança e a mãe logo após o nascimento, a instalação do alojamento conjunto o mais cedo possível e desaconselhar a suplementação com outros tipos de leite ou quaisquer outros líquidos, incluindo água ou chás, contra-indicar o uso de chupetas para acalmar as crianças e orientar a amamentação sob livre demanda. (GIUGLIANI, 1994)

No pós-parto as mães devem ser orientadas a fazer reavaliação médica do RN em sete a 10 dias para discutir sobre os problemas ou dúvidas que possam interferir na amamentação. (GIUGLIANI, 1994)

A saúde física e mental da mãe deve sempre ser avaliada com cuidado, pois fatores de ordem emocional como motivação, autoconfiança e tranquilidade são fundamentais para uma amamentação bem sucedida. Por outro lado, a dor, o desconforto e o estresse, a ansiedade, o medo e a falta de autoconfiança podem inibir o reflexo da ejeção do leite, prejudicando a lactação. (GIUGLIANI, 1994)

A alimentação balanceada da mãe é imprescindível para o sucesso da amamentação. Por isso é preciso orientar a alimentação de cada nutriz de acordo com as suas possibilidades econômicas. Porém, mesmo em mulheres com alimentação inadequada e mesmo desnutridas, têm condições de amamentarem seus filhos, pelo menos nos primeiros meses de vida, devendo ser encorajadas para tanto. (GIUGLIANI, 1994)

O uso de medicamentos durante a amamentação deve ser restrito e sempre com orientação médica, pois muitos podem ser excretados pelo leite em quantidades suficientes para causar efeitos no lactente. (GIUGLIANI, 1994)

Giugliani (1994), propõe as seguintes ações que podem auxiliar na implementação e manutenção do AM:

- **Educação da população em geral** - os profissionais de saúde devem envolver as pessoas que têm uma participação importante no dia-a-dia das mães e das crianças, como amigos, vizinhas, parentes, avós e principalmente o pai da criança.

- **Mudanças nas rotinas hospitalares** - com a implantação dos Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento.
- **Comunicação de massa** - com campanhas publicitárias de promoção do aleitamento materno.
- **Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras** – em vigor no país desde maio de 2003, visa contribuir para assegurar a adequada nutrição dos lactentes, protegendo e incentivando a amamentação por meio da regulamentação da promoção comercial e do uso apropriado dos alimentos que são comercializados como substitutos ou complementos do LM. (ARAÚJO *et al.*, 2008)
- **Proteção à mãe que trabalha** - a legislação brasileira prevê uma dispensa de até seis meses para a lactação e dois descansos diários de meia hora cada um, durante a jornada de trabalho, para que a mãe possa amamentar seu filho, até ele completar seis meses. Quando não houver creche na empresa ou ela ficar distante do local de trabalho, o descanso de meia hora terá de ser aumentado a fim de que a mãe possa sair da empresa para amamentar o seu filho e nesses casos a mulher tem o direito de receber indenização pelas despesas que tiver.
- **Ações de base comunitária** - formação de grupos de gestantes e de outros grupos que atuem na promoção do aleitamento materno.

1.16 - Como organizar a equipe de PSF para o incentivo ao Aleitamento Materno

Sendo a atenção básica a porta de entrada do binômio mãe-filho, a equipe deve estar atenta para aproveitar todas as oportunidades para incentivar o aleitamento materno, desde as visitas domiciliares das ACS durante a gestação e logo após o parto até qualquer atendimento da mulher e/ou criança por qualquer profissional. (XAVIER e MOULIN, 2003)

Para a abordagem do binômio mãe-filho os autores propõem (XAVIER e MOULIN, 2003 p. 83-84):

Pré-natal:

No atendimento individual e em grupo:

- Examinar e orientar sobre o preparo das mamas.
- Conversar sobre expectativas, experiências e técnica de amamentação.
- Informar sobre os direitos legais da nutriz.
- Priorizar a escolha de maternidades com alojamento conjunto e ações de humanização do parto (Hospital Amigo da Criança).

Profissionais envolvidos: médico, enfermeiro, auxiliar de saúde, agente comunitário de saúde.

Estratégia “5º dia, 5 ações”

Na primeira visita da criança à UBS, realizar:

- Teste do pezinho.
- BCG e a vacina contra Hepatite B.
- Verificação de icterícia.
- Avaliação do puerpério.
- Vacinação da mãe contra rubéola.

É o momento propício para avaliar a amamentação e fornecer o Cartão da Criança. A criança deverá ser agendada para a puericultura em consulta individual e/ou grupo de mães.

Profissionais envolvidos: enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde.

Atendimento individual

A equipe deverá estar preparada para:

- Ouvir e valorizar o “mas...”.
- Discutir as possíveis soluções.
- Não indicar mamadeira.

- Avaliar se técnica de sucção está adequada.
- Estar disponível e interessada.

Atendimento em grupos

Os grupos operativos favorecem o vínculo das mães com a UBS e se torna um momento de muita importância para a transmissão de informações, onde as mães têm oportunidade de tirarem suas dúvidas e receberem informações muito úteis para o incentivo e manutenção da amamentação.

Profissionais envolvidos: enfermeiro, médico, agente comunitário, auxiliar de enfermagem, assistente social, psicólogo e dentista.

Organização do grupo de mães

- A equipe envolvida deve estar treinada e sensibilizada para o manejo do aleitamento materno.
- O serviço precisa estar organizado de maneira a facilitar o acesso da gestante e nutriz aos profissionais.
- A equipe deve definir pelo menos dois profissionais responsáveis por cada encontro e um coordenador do trabalho. Essas pessoas estarão aptas a aconselhar a mãe de maneira empática, sabendo ouvir, respeitar e incentivar as mulheres a amamentar, assim como planejar e organizar os encontros.
- Definir um local apropriado com dia e horário pré-estabelecidos para início e fim das reuniões.
- É importante ter uma agenda própria para a atividade, em que qualquer profissional possa marcar o atendimento para qualquer criança que compareça ao serviço. O número de mães/crianças por grupo não deve ultrapassar quatorze, pois, quanto maior o grupo, mais difícil torna-se coordenar a discussão.
- O agendamento das crianças por faixa etária facilita o trabalho. Dessa forma é possível que a pauta se aglutine em tópicos afins para a idade. A pauta a ser trabalhada deve ser flexível, dentro dos objetivos do trabalho, de tal forma que as participantes expressem suas dúvidas e dificuldades, ouçam a opinião e experiência de outras e consigam, ao final, chegar a um consenso ou proposta de solução para aquela questão. As técnicas de vivências podem ser úteis para trabalhar alguns aspectos específicos.
- Procurar parcerias dentro da equipe para desenvolver um trabalho multiprofissional.
- A cada encontro todas as crianças devem ser pesadas, medidas, os dados anotados no Cartão da Criança e discutida a curva de crescimento do filho com suas mães. A avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor também deve ocorrer de maneira participativa, conversando sobre atividades de estímulo para a faixa etária.

São fatores dificultadores:

- Uma equipe desmotivada, despreparada tecnicamente e sem experiência no assunto.
- Um serviço desorganizado, em que o acesso da nutriz ao serviço é dificultado e o agendamento não funcionam.
- A ausência de coordenador ou um coordenador centralizador ou pouco persistente.

Considerações finais

O CEABSF tem como objetivo formar profissionais de saúde vinculados ao PSF como especialistas em Atenção Básica em Saúde da Família com embasamento teórico e prático do processo de trabalho, cumprindo o importante papel na consolidação da estratégia de saúde da família e no desenvolvimento de um SUS universal e com maior equidade e resolutividade.

A participação no curso de especialização me possibilitou rever a realidade da comunidade em que atuo com um olhar científico, a equipe na sua ação multidisciplinar, a família na sua realidade social, e aprofundar o conhecimento teórico por meio do estudo de artigos científicos para a promoção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança e, com complementação, até dois anos ou mais.

Os dados apresentados nessa revisão bibliográfica indicaram que a amamentação faz parte da vida das mulheres desde os primórdios da humanidade. Ao longo dos anos sofreu várias interferências e a mais marcante foi a da revolução industrial com a valorização dos leites industrializados em detrimento do leite materno. A partir de então, doenças e alterações nutricionais foram sendo diagnosticadas com frequência cada vez maior.

Diante dessa realidade, a amamentação foi resgatada como forma de ação preventiva e reconheceu-se que a amamentação não era apenas um ato mecânico de se colocar o bebê ao seio da mãe e sim um ato aprendido, com técnicas próprias para se evitar as dificuldades decorrentes de uma pega incorreta e que também despertava nas mães que amamentavam uma ligação afetiva muito forte com seus filhos.

Os novos conhecimentos sobre a composição do Leite Humano vieram contribuir para o incentivo, promoção e apoio à amamentação. Surgiram então, várias ações governamentais com este propósito, mas que sozinhas não têm uma efetividade, necessitando que os profissionais realmente acreditem na amamentação e que se qualifiquem para poder repassar conhecimentos para as mães e familiares por meio de várias atividades como grupo de gestantes, hospitais amigos da criança, campanhas educativas sobre aleitamento e incentivo ao parto normal, dentre outras, e dar assistência correta nas intercorrências da amamentação.

O PSF sendo uma porta de entrada do usuário para o SUS torna-se uma grande oportunidade de trabalho no incentivo, promoção e apoio ao aleitamento, pois a mulher e o bebê são vistos dentro da família, na comunidade e em seu contexto socioeconômico e

cultural. O vínculo existente entre a equipe de saúde com a mãe e sua família é de grande importância na manutenção do AME até os seis meses e na correta introdução da alimentação complementar, com manutenção do leite materno até dois anos ou mais, como recomendado pela OMS.

Se estas ações forem executadas estaremos fazendo intervenção preventiva de qualidade, diminuindo a morbimortalidade infantil e contribuindo para que tenhamos no futuro cidadãos mais saudáveis, com estabilidade emocional e com grande capacidade de trabalho, fatores importantes no desenvolvimento do país.

Referências

- ALCÂNTARA, P. P. T.; LOPES, M. S. V. Promoção do aleitamento materno exclusivo em unidades de Programa de Saúde da Família. **Saúde Coletiva**, n.1, v.1, out 2007. Disponível em: <<http://coletanea2007.no.comunidades.net/index.php?pagina=1385737691>> Acesso em: 13 jun. 2011.
- ARAUJO, O. D. *et al.* Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, jul./ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000400015&script=sci_arttext> Acesso em: 13 jun. 2011.
- BACCO, P. A. M.; PROGIANTI, J. M. Discursos dominantes e estratégias utilizadas na prática do aleitamento materno. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, abr/jun 2008. Disponível em : < <http://www.facenf.uerj.br/revenfmuernj.html>.> Acesso em: 14 jul. 2011.
- BARBOSA, M. B. *et al.* . Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creche. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 3: p. 272-281, set 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n3/07.pdf>> Acesso em: 10 jun. 2011.
- BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: Um Resgate Histórico. **Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 1, n. 1, jul/dez, 2005. Disponível em: <<http://www.google.com.br>> Acesso em: 13 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf> Acesso em: 13 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde / Universidade de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em 14 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno Saúde da Criança: Nutrição Infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em <http://www.saude.gov.br/bvs> > Acesso em: 14 jun. 2011.
- CICONIL, R. C. V.; VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, vol. 4, n. 2, abr/jun 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292004000200010&script=sci_arttext> Acesso em: 13 jun. 2011.
- DEVITO, L. A. D. **Promoção e incentivo ao aleitamento materno: orientação para equipe de saúde da família**. Bebedouro, SP 2010. Disponível em:

<<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/bibliovirtual/bead/imagem/0950.pdf>> Acesso em: 13 jun. 2011.

ESCOBAR, A. M. U. *et al.* Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 2, n. 3, set/dez 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextd=S151938292002000300006> Acesso em: 13 jun. 2011.

GIUGLIANI, E. R. J. Amamentação: como e por que promover. **Jornal de Pediatria**, v. 70, n. 3, 1994. Disponível em: <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/94-70-03-138/port.pdf>>. Acesso em 13 jul. 2011.

GIUGLIANI, E. R. J. Programa Nacional de Aleitamento Materno. **Curso Nestlé de Atualização em Pediatria**, 67ª edição, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – Organização Mundial de Saúde, **Amamentação**, 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/amamentar.pdf>>. Acesso em 13 jul. 2011.

PARADA, C. M. G.L *et al.* Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 3, mai/jun 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300016>. Acesso em 13 jun. 2011.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde - **Aleitamento Materno**. Boletim do Instituto de Saúde, n. 27, ago 2002. Disponível em: <<http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/bis/bis27.pdf>> Acesso em: 10 jun. 2011.

UNICEF. **Dez passos para o sucesso do aleitamento materno**. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm> Acesso em 10 jun. 2011.

XAVIER, C. C.; LAMOUNIER, J. A.; MOULIN, Z. S. Aleitamento Materno. In: LEÃO, E. *et al.* **Pediatria Ambulatorial**. 4ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

XAVIER, C. C.; MOULIN, Z. S. Aleitamento Materno. In: Alves, C. R. L. A.; Viana, M. R. A., eds. **Saúde da Família: Cuidando de Crianças e Adolescentes**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003.

ANEXO A - Formulário de observação da mamada

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA MAMADA	
Nome da mãe: _____ Data: ___ / ___ / ___	
Nome do bebê: _____ Idade do bebê: _____	
Sinais de que a amamentação vai bem	Sinais de possível dificuldade
<p>Mãe</p> <p><input type="checkbox"/> Parece saudável</p> <p><input type="checkbox"/> Relaxada e confortável</p> <p><input type="checkbox"/> Mamas parecem saudáveis</p> <p><input type="checkbox"/> Mama bem apoiada, com os dedos fora do mamilo</p>	<p>Mãe</p> <p><input type="checkbox"/> Parece doente ou deprimida</p> <p><input type="checkbox"/> Parece tensa e desconfortável</p> <p><input type="checkbox"/> Mamas parecem avermelhadas, inchadas ou doloridas</p> <p><input type="checkbox"/> Mama segurada com dedos na aréola</p>
<p>Bebê</p> <p><input type="checkbox"/> Parece saudável</p> <p><input type="checkbox"/> Calmo e relaxado</p> <p><input type="checkbox"/> Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê</p> <p><input type="checkbox"/> O bebê busca ou alcança a mama se está com fome</p>	<p>Bebê</p> <p><input type="checkbox"/> Parece sonolento ou doente</p> <p><input type="checkbox"/> Inquieto ou chorando</p> <p><input type="checkbox"/> Sem contato visual mãe/bebê, apoio frágil</p> <p><input type="checkbox"/> O bebê não busca, nem alcança</p>
<p>Posição do bebê</p> <p><input type="checkbox"/> A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados</p> <p><input type="checkbox"/> Bebê seguro próximo ao corpo da mãe</p> <p><input type="checkbox"/> Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo</p> <p><input type="checkbox"/> Bebê apoiado</p>	<p>Posição do bebê</p> <p><input type="checkbox"/> Pescoço e cabeça do bebê girados para mamar</p> <p><input type="checkbox"/> Bebê não é seguro próximo</p> <p><input type="checkbox"/> O queixo e lábio inferior do bebê opostos ao mamilo</p> <p><input type="checkbox"/> Bebê não apoiado</p>
<p>Pega</p> <p><input type="checkbox"/> Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê</p> <p><input type="checkbox"/> A boca do bebê está bem aberta</p> <p><input type="checkbox"/> O queixo do bebê toca a mama</p> <p><input type="checkbox"/> O lábio inferior está virado para fora</p>	<p>Pega</p> <p><input type="checkbox"/> Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior</p> <p><input type="checkbox"/> A boca do bebê não está bem aberta</p> <p><input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca a mama</p> <p><input type="checkbox"/> Lábios voltados para frente ou virados para dentro</p>
<p>Sucção</p> <p><input type="checkbox"/> Sucções lentas e profundas com pausas</p> <p><input type="checkbox"/> Mãe percebe sinais do reflexo da ocitocina</p> <p><input type="checkbox"/> Bebê solta a mama quando termina</p>	<p>Sucção</p> <p><input type="checkbox"/> Sucções rápidas e superficiais</p> <p><input type="checkbox"/> Sinais do reflexo da ocitocina não são percebidos</p> <p><input type="checkbox"/> Mãe tira o bebê da mama</p>

Fonte: ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S. **Saúde da Criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação.** Caderno de estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 112p.

ANEXO B - Dez passos para o sucesso do aleitamento materno

- 1 – Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
- 2 – Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.
- 3 – Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
- 4 – Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
- 5 – Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
- 6 – Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.
- 7 – Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
- 8 – Encorajar a amamentação sob livre demanda.
- 9 – Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
- 10 – Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

Fonte – UNICEF. **Dez passos para o sucesso do aleitamento materno**. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm> Acesso em 10 jun. 2011.

ANEXO C – Ações da equipe de Saúde da Família para o enfrentamento do desmame

Ações da equipe de Saúde da Família para o enfrentamento do desmame					
Atividades	MED	ENF	TE	ACS	Acompanhamento
1. Instituir os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação na Atenção Básica, Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), elaborada pelo Ministério da Saúde;	X	X	X	X	1. Avaliar a implantação e a realização das ações pelos profissionais envolvidos;
2. Instituir o protocolo de observação da mamada elaborado pela Organização Mundial da Saúde;	X	X	X		2. Avaliar a implantação e a realização das ações pelos profissionais envolvidos;
3. Implantar o protocolo de manejo clínico aos problemas mamários;	X	X			3. Checar se o fluxograma do manejo está adequado às necessidades do serviço e atualiza-lo sempre que houver necessidade;
4. Capacitar toda a equipe quanto aos benefícios do aleitamento materno e manejo dos problemas mais frequentes. Se possível, obter apoio da Gerência Regional de Saúde para a capacitação;	X	X	X	X	4. Aplicar pós-teste para ver a assimilação do assunto abordado;
5. Realizar busca ativa e precoce das gestantes a partir do 1º trimestre de gravidez. Priorizar a busca gestantes faltosas, primíparas e mães com antecedentes de desmame precoce;		X	X	X	5. Realizar visita domiciliar e vincular gestantes às ações da ESF;
6. Orientar, na visita domiciliar, o fluxo de atendimento na ESF e os benefícios do aleitamento materno, posicionamento/pega;				X	6. Promover o diálogo e vínculo com a gestante. Planejar junto à equipe ação de assistência aos casos que não aderiram às orientações;
7. Captar e registrar o número de crianças menores de seis meses que não estão em aleitamento materno exclusivo. Avaliar o motivo principal para o desmame;	X	X	X	X	7. Investigar os casos de aleitamento materno misto ou somente complementar que não tenham sido registrados pela ESF e pesquisar o principal motivo do desmame;
8. Realizar grupo de pré-natal;	X	X	X	X	8. Avaliar cientificamente os temas e aceitação destes pelas gestantes e equipe de Saúde da Família
9. Criar um grupo de apoio à amamentação, como suporte à ESF e às mães-nutrizes. A equipe capacitará voluntários existentes na comunidade (ex: mulheres que atuam na pastoral da criança), os quais serão o suporte da equipe para os trabalhos de promoção ao aleitamento materno;	X	X	X	X	9. Verificar aceitação das gestantes, o aumento nos índices de prevalência de ALM e promover educação continuada para os voluntários;

MED – médico; ENF – enfermeiro; TE – técnico de enfermagem; ACS – agente comunitário de saúde

(Continua)

(Continuação)

Ações Equipe Saúde da Família para o enfrentamento do desmame					
Atividades	MED	ENF	TE	ACS	Acompanhamento
10. Realizar o acompanhamento domiciliar de todos os binômios que tiverem dificuldade para amamentar;			X	X	10. Relatar a evolução dos casos selecionados para os demais membros da equipe;
11. Orientar as lactantes sobre técnicas de amamentação e de retirada manual do leite, sua conservação e administração ao lactente, quando necessário;		X	X		11. Checar a adoção das recomendações caso a caso, ajudando a nutriz na ação manual de retirada;
12. Orientar as nutrizes sobre seus direitos trabalhistas, durante o período de amamentação;	X	X	X	X	12. Orientar para que conheçam e não percam seus direitos;
13. Atender os casos contra-referenciados;	X				13. Checar a efetivação da contra-referência;
14. Acompanhar o atendimento de referência;				X	14. Relatar a evolução dos casos referenciados para os demais membros da equipe;
15. Difundir e intercambiar, na comunidade, informação sobre a ocorrência, a prevenção, causas e conseqüências da introdução desnecessária de alimentos em crianças menores de 6 meses;	X	X	X	X	15. Verificar o grau de informação de informação das pessoas sobre a ocorrência, a prevenção, causas e conseqüências do abandono do aleitamento materno exclusivo durante os seis meses;
16. Promover o ALM por meio de ações intersetoriais junto a comunidade e gestores públicos para aumentar os índices de aleitamento materno no município;	X	X	X	X	16. Conferir o surgimento e evolução de iniciativas, ações ou projetos intersetoriais para melhoria no índice;

MED – médico; ENF – enfermeiro; TE – técnico de enfermagem; ACS – agente comunitário de saúde
ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2003