

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

BIANCA KELLY DOS SANTOS DINIZ

**O INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO NO
CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS

2013

BIANCA KELLY DOS SANTOS DINIZ

**O INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO NO
CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

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.

Orientadora: Prof^a. Cibele Alves Chapadeiro

CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS

2013

BIANCA KELLY DOS SANTOS DINIZ

**O INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO NO
CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Banca Examinadora

Prof^a. Cibele Alves Chapadeiro

Prof^a Fernanda Carolina Camargo

Aprovado em Belo Horizonte, em __/__/__

Ao município de Congonhas-MG, que possibilitou o meu desenvolvimento profissional e acolheu-me carinhosamente.

À equipe de trabalho e comunidade pela oportunidade de desenvolver este estudo.

À minha família e amigos pela compreensão.

Ao meu querido marido Ecio, pelo incentivo e apoio nessa jornada.

Ao meu filho amado Bernardo, por ser a alegria do meu viver.

“Eu sou aquela mulher a quem o tempo muito ensinou. Ensinou a amar a vida e não desistir da luta, recomeçar na derrota, renunciar a palavras e pensamentos negativos. Acreditar nos valores humanos e ser otimista. Creio na força imanente que vai gerando a família humana, numa corrente luminosa de fraternidade universal. Creio na solidariedade humana, na superação dos erros e angústias do presente. Aprendi que mais vale lutar do que recolher tudo fácil. Antes acreditar do que duvidar”

Cora Coralina

RESUMO

A Saúde da Família é uma estratégia de reorientação da atenção à saúde no âmbito da atenção primária. A realidade do cotidiano da comunidade onde a equipe de saúde da família está inserida mostra a necessidade de uma intervenção mais engajada por parte dos profissionais de saúde. Sobretudo, porque a comunidade apresenta alto índice de analfabetismo e não raro observa-se abandono precoce do aleitamento materno, ou ele nem é iniciado. Verificou-se a necessidade de trabalhar o tema neste ciclo de vida, para aumentar o número de mães que consigam realizar essa prática. O objetivo desse trabalho foi descrever uma proposta de intervenção que incentivasse o aleitamento materno. Para o desenvolvimento do trabalho, foi realizado o Planejamento Estratégico Situacional com o intuito de intervir no desmame precoce das nutrizes da área de abrangência. Também, procedeu-se revisão de literatura sobre o assunto para embasar o plano de ação. Foi realizado um breve histórico sobre amamentação e foram relacionados os benefícios do aleitamento materno. Foram descritos padrões de aleitamento materno e contra indicações à amamentação, assim como o desenvolvimento do aleitamento materno. Ao final, foi proposto um plano de ação para o incentivo ao aleitamento materno. Considerou-se importante que os profissionais envolvidos, estejam sempre engajados e comprometidos com o aleitamento materno para que haja continuidade das ações e os resultados sejam satisfatórios.

Palavras-chave: aleitamento materno, programa saúde da família, comunidade.

ABSTRACT

The Family Health Strategy is a reorientation of health care within primary care. The reality of everyday life in the community where the family health team is inserted shows the need for a more engaged intervention by health professionals. Mainly because the community has a high rate of illiteracy and it is often observed early withdrawal of breastfeeding, or it is not even started. So, it is important to work with mothers at this time of the life cycle in order to help them go through breastfeeding. The aim of this study was to describe an intervention proposal that encourages breastfeeding. For the development of the work, the Situational Strategic Planning was used in order to intervene in the early weaning of the mothers of the covered area. The study also consisted in a literature review on the subject to support the action plan. We conducted a brief history of breastfeeding and the benefits of breastfeeding were listed. Breastfeeding patterns and contraindications to breastfeeding were also exposed, as well as the description of the development of breastfeeding. At the end, it was proposed an action plan to encourage breastfeeding. It was considered important that professionals involved be always engaged and committed to breastfeeding for the sustainability of the actions and the results are satisfactory.

Keywords: breastfeeding, family health program, community.

LISTA DE SIGLAS

AME – aleitamento materno exclusivo

CEABSF – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

LAM – lactação e amenorreia como método

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência

VD – visita domiciliar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. JUSTIFICATIVA.....	13
3. OBJETIVO.....	14
4. METODOLOGIA.....	15
5. DESENVOLVIMENTO.....	16
5.1 Breve histórico sobre amamentação.....	16
5.1.1 Benefícios do aleitamento materno.....	18
5.1.2 Padrões de aleitamento materno.....	19
5.1.3 Contraindicação à amamentação.....	21
5.1.4 Desenvolvimento e incentivo ao aleitamento materno.....	22
5.2 PLANO DE AÇÃO.....	25
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

A Saúde da Família é uma estratégia de reorientação da atenção à saúde no âmbito da Atenção Primária. Destina-se a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe interdisciplinar, habilitada para desenvolver as atividades de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1997). Trata-se de um modelo centrado no usuário, demandando das equipes a incorporação de discussões acerca da necessidade de humanizar a assistência de saúde e assistência de saúde médico-sanitária em nosso país. Este é um modelo extremamente favorável para o enfrentamento das dificuldades de acesso ao cuidado à saúde em suas diferentes formas, que variam de acordo com cada realidade local. Também vislumbramos aspectos muito favoráveis para a urgente mudança do paradigma na direção do acolhimento e do cuidado (OSÓRIO, 2006).

O conceito de promoção de saúde modificou-se nas últimas décadas, promovendo a articulação de conhecimentos técnicos e populares, a mobilização de recursos públicos e privados, em busca da qualidade de vida da população. Neste sentido, os profissionais de saúde são responsáveis pela promoção de saúde da população; entretanto, é importante que os indivíduos assumam a responsabilidade de sua própria saúde e da coletividade (ANTUNES *et al.*, 2008).

As formas de trabalhar e atuar da Equipe de Saúde da Família (ESF) são baseadas em metas que contemplam todos os ciclos de vida. São exercidas pela equipe e monitoradas pela gestão municipal, pactuadas com a gestão estadual e federal, com o propósito de minimizar agravos e reduzir danos (MUNIZ, 2010, p. 07).

A visita domiciliar, que é uma das ferramentas utilizadas pela ESF, constitui uma atividade que tem o escopo de auxiliar nas medidas de intervenção no processo saúde-doença de indivíduos e o planejamento de ações com o propósito de promover a saúde da coletividade. A sua execução ocorre no local de moradia dos usuários da área adscrita e obedece a uma sistematização prévia. Ela possibilita

ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário e a constatação das reais condições de habitação, bem como a identificação das relações familiares. Além disso, facilita o planejamento da assistência por permitir avaliar os recursos de que a família dispõe. Pode ainda contribuir para a melhoria do vínculo entre o profissional e o usuário, posto que é frequentemente uma atenção diferenciada advinda do serviço de saúde (TAKAHASHI, 2001).

Trabalho como enfermeira no PSF Vila São Vicente em Congonhas/MG. Atualmente a equipe é constituída por duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, uma médica, uma recepcionista, uma dentista, uma auxiliar de higiene dental, uma técnica de higiene dental e uma auxiliar de serviços gerais. A equipe do NASF está inserida no PSF, que é composta por uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma educadora física e uma psicóloga.

A equipe atende a uma população de 3.100 pessoas. Destas, 22 são gestantes e apenas 04 realizam o pré-natal particular. Existe o serviço centralizado e de apoio as gestantes em casos de urgência: a Clínica da Mulher e o hospital Bom Jesus.

Observa-se que a maioria das puérperas carece de apoio profissional e familiar, informações e soluções no pós-parto imediato, para que a chance de amamentar não seja perdida. E é nesse momento que a equipe de saúde encontra uma boa oportunidade de desenvolver esse trabalho de incentivo à amamentação.

Neste sentido, a equipe de saúde deve incentivar o aleitamento materno, durante o pré-natal e principalmente no puerpério imediato, haja vista inúmeros benefícios ao binômio mãe-filho, uma vez que é uma comunidade carente, com alto índice de analfabetismo e crescente número de primigestas menores de 18 anos. Por apresentar essas características, observou-se que as gestantes e puérperas pertencentes à área adscrita, não possuem as informações e o manejo necessários para iniciar essa nova etapa. As primigestas possuem muitas dúvidas e dificuldades relacionadas à gestação e ao aleitamento materno. Assim é descrito:

A motivação é uma das estratégias conferidas no processo de decisão da mulher em direção à prática do aleitamento materno. No percurso entre o desejo de amamentar e a concretização da prática, a motivação é o que permeia este processo de decisão materna, de modo favorável ou contrário. É condicionada pela história de vida da mulher e pela sua experiência passada, incluindo o conhecimento adquirido desde a infância, por observação de alguém da família amamentando, pelo que foi aprendido e facilitado no contexto das oportunidades socioculturais e, por último, pelo conhecimento adquirido durante a assistência pré-natal e pediátrica (TAKUSHI, 2008, p. 3).

2. JUSTIFICATIVA

A unidade de saúde está inserida em uma comunidade com baixas condições socioeconômicas e cultural. Portanto, a população da área adscrita, torna-se especialmente vulnerável a doenças, ao tratamento da saúde e conseqüentemente à melhora na qualidade de vida. Com o intuito de melhorar os indicadores que se relacionam à saúde materno-infantil, decorrentes da falta de informação adequada durante o pré-natal e a dificuldade de amamentar em decorrência do medo e da insegurança durante o puerpério imediato, verificou-se importante realizar uma proposta de trabalho que incentivasse o aleitamento materno.

3. OBJETIVO

O objetivo desse trabalho foi descrever uma proposta de intervenção, que incentivasse o aleitamento materno durante o pré-natal e puerpério imediato, a fim de aumentar o número de mães conseguindo realizar esta prática.

4. METODOLOGIA

Foi realizado o Planejamento Estratégico Situacional da comunidade, que utilizou ferramentas da atenção primária como: acolhimento, visitas domiciliares e grupo operativo para identificar e desenvolver o tema. Adicionalmente, foi feita revisão narrativa de literatura sobre o aleitamento materno, tendo como fonte de dados artigos científicos publicados obtidos no GOOGLE e no SCIELO, assim como livros texto manuais do Ministério da Saúde, publicações de monografias do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), teses de mestrado e doutorado da biblioteca virtual Domínio Público. Os termos de consulta foram: incentivo ao aleitamento materno, PSF, dificuldades na amamentação, saúde da mulher e saúde da criança.

Foi também realizada proposta de intervenção a fim de melhorar a adesão das mães ao aleitamento materno.

5. DESENVOLVIMENTO

5.1 Breve histórico sobre amamentação

O aleitamento era o costume entre os índios tupinambás até a chegada dos europeus, que trouxeram o não aleitamento materno em sua bagagem cultural. O ato de aleitar diretamente ao seio, cultivado pelos integrantes da sociedade tupinambá, foi percebido pelos portugueses como um comportamento instintivo e natural, impróprio para o homem civilizado, cujo padrão de referência comportamental era relacionado aos hábitos e costumes da cultura europeia (FREIRE, 1992 apud OSÓRIO, 2006). Para as mulheres européias pertencentes às classes sociais dominantes do séc. XIV (BADINTER, 1985 apud OSÓRIO, 2006, p.23),

o amor materno não tinha valor social e moral, fato que levava a considerar-se a amamentação uma tarefa indigna para uma dama. Esse comportamento tendia a ser copiado pelas demais classes, como forma de distinção social.

Com a chegada das mulheres européias, adotou-se no Brasil o hábito de recorrer às amas de leite para prover a alimentação das crianças. A primeira opção trilhada, sem sucesso, foi pela mulher indígena, substituída com sucesso pela negra escrava, vinda da África. Assim, a figura da ama-de-leite foi socialmente construída e instituída, impondo-se o desmame aos filhos de escravas em favor da amamentação da criança branca. A urbanização ampliou a propagação das amas-de-leite entre as novas camadas sociais e possibilitou o aparecimento da figura da mãe preta de aluguel (OSÓRIO, 2006).

No final do século XIX, com o surgimento do movimento higienista, os estigmas do brasileiro colonial e senhorial funcionaram de forma negativa e, em nome das crianças, a higiene insurgiu-se contra a insalubridade. A preocupação com os elevados índices de mortalidade infantil observados na época e conseqüentemente reflexo sobre a diminuição da população, trouxeram mudanças na percepção sobre a infância, que encontrou na amamentação a principal

estratégia para a reversão desse quadro. Sendo assim, a mulher foi chamada para assumir a responsabilidade pela saúde do seu filho (COSTA, 1999, apud OSÓRIO, 2006).

O modelo implantado na década de 1980 para diminuir o desmame precoce e as taxas de desnutrição e mortalidade infantil no Brasil, continuou com os mesmos padrões do modelo estabelecido pela medicina higienista do século XVIII, mantendo o reducionismo biológico e responsabilizando a mulher pela saúde da criança. No final da década de 1980, as ações empregadas indicaram baixa resolutividade, quando se verificou que a amamentação passou de 7% para 33%, porém estabilizou-se neste patamar, determinando o esgotamento do modelo gerador do aleitamento materno (ALMEIDA, 2004 apud, HAMES, 2006, p. 29)

Como consequência à época, o movimento pró-aleitamento dava grande ênfase aos aspectos biológicos da amamentação, pontuando principalmente a superioridade nutricional e imunológica do leite materno *in natura* em relação às fórmulas lácteas e ao leite de vaca e de outros mamíferos utilizados para alimentação humana (POLIDO, 2009, p. 29).

A partir desse período, o leite materno foi reconhecido como o alimento mais completo que um recém-nascido pode receber, sendo sua superioridade justificada principalmente pela sua composição (anticorpos, gorduras, vitaminas, proteínas e água), proporcionalmente adequada para o crescimento e o desenvolvimento do lactente. A tarefa de convencer as mães a amamentarem seus filhos passava pela divulgação de sua facilidade digestiva, alto valor nutricional, capacidade de promover crescimento e proteção contra infecções e, também, por sua apresentação como o método mais prático, conveniente e de mais baixo custo. Por outro lado, os substitutos do leite materno com composição menos adversa à saúde (fórmulas lácteas) eram caros e inacessíveis a maior parte da população (LEVY, 2012).

Nos anos 1990, o Brasil passou por uma grande crise no paradigma da amamentação, do ponto de vista sociocultural e político. Observou-se que somente a promoção não era suficiente para garantir o resgate do ato de amamentar, então, a proteção e o apoio começaram a aflorar. Este resgate na tentativa de transformar

o ato de amamentar em processo cujos limites estavam definidos previamente desconsiderou, com raras exceções, o real desejo e conhecimento dos envolvidos para a vivência do mesmo (ALMEIDA, 2004, apud HAMES, 2006, p. 30).

5.1.1 Benefícios do aleitamento materno

Conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é fator fundamental no sentido de colaborar para que mãe e criança possam vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranquila, recebendo do profissional as orientações necessárias e adequadas para seu êxito (BRASIL, 2001).

São inúmeros os benefícios que a prática do aleitamento materno oferece, tanto para o crescimento e desenvolvimento de lactentes, como para a mãe, criança e família, do ponto de vista biológico e psicossocial. Atualmente, o aleitamento materno exclusivo é recomendado por um período de seis meses de vida. Neste período, ele supre todas as necessidades nutricionais da criança. Só a partir desse período está indicada a introdução de alimentos complementares (BRASIL, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), as vantagens do aleitamento materno são:

Para a mulher:

- facilita o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho;
- previne as complicações hemorrágicas no pós-parto e favorece a regressão uterina ao seu tamanho normal;
- contribui para o retorno mais rápido ao peso pré-gestacional;
- é um método natural de planejamento familiar, entretanto, somente antes de seis meses, quando a criança está em aleitamento materno exclusivo, em livre demanda, inclusive durante a noite, e que a mãe não tenha ainda menstruado (LAM – lactação e amenorreia como método);

- pode reduzir o risco de câncer de ovário e mama;
- pode prevenir a osteoporose.

Para a criança:

- é o alimento completo para o lactente menor de seis meses, tanto no aspecto nutricional, como digestivo;
- facilita a eliminação de mecônio e diminui o risco de icterícia;
- protege contra infecções (especialmente diarreias e pneumonias), pela ausência do risco de contaminação e pela presença de anticorpos e de fatores anti-infecciosos;
- aumenta o laço afetivo mãe-filho, promovendo mais segurança ao bebê;
- colabora efetivamente para diminuir a taxa de desnutrição proteico-calórica e, conseqüentemente, para a diminuição dos índices de mortalidade infantil;
- diminui a probabilidade de processos alérgicos, pelo retardo da introdução de proteínas heterólogas existentes no leite de vaca;
- melhora a resposta às vacinações e capacidade de combater doenças mais rapidamente.

Para a família e a sociedade:

- o leite materno não custa nada;
- é limpo e não contém micróbios, diminuindo os custos de internações por problemas gastrointestinais, respiratórios e outras doenças;
- já vem pronto e está na temperatura certa, representando uma economia quanto ao uso de gás de cozinha, porque dispensa o aquecimento e preparo;
- diminui o absenteísmo dos pais ao trabalho, uma vez que a criança se mantém mais saudável.

5.1.2 Padrões de aleitamento materno

Aleitamento materno exclusivo: Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) ocorre quando a criança só recebe leite materno, seja diretamente do seio ou

ordenhado da própria mãe, ou ainda leite humano de banco de leite, e não recebe nenhum outro líquido ou alimento sólido.

Aleitamento materno predominante: Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), ocorre quando a principal fonte de alimento da criança é o leite materno, sendo permitido apenas receber água, chá, medicamentos ou soro de reidratação oral.

Aleitamento materno parcial: Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), ocorre quando a criança, além da amamentação ao peito, recebe, antes da época adequada, outros alimentos (leite, cereais, frutas, legumes, etc.) em alguma refeição

Composição e características do leite humano

O leite materno é o alimento ideal para o lactente (BRASIL, 2009). Ele contém:

- todos os nutrientes, inclusive água, que a criança precisa nos seis primeiros meses de vida. Devido às suas características físicoquímicas, é facilmente absorvido e digerido;
- anticorpos (especialmente a IgA secretória), células (macrófagos, polimorfonucleares e linfócitos) e outras substâncias (fator bífido e lactoferrina) que protegem o organismo do bebê contra infecções;
- fatores de crescimento que preparam o intestino imaturo da criança para digerir e absorvê-lo, evitando assim que proteínas não digeridas sejam absorvidas, lesando o intestino e causando alergias.

O leite humano sofre alterações na sua composição:

- de acordo com a hora do dia, os dias após o parto e durante uma mesma mamada;
- em relação ao início e final da mamada. No intervalo das mamadas, é produzido o leite chamado anterior, que corresponde a um terço do volume

total produzido e, durante a sucção, é secretado o leite posterior, que corresponde a dois terços desse volume.

O leite posterior difere do anterior por ser mais rico em gorduras. O conhecimento deste mecanismo mostra a importância da sucção no processo da produção do leite. O leite do começo "mata a sede" e o leite do fim "engorda".

5.1.3 Contraindicações à amamentação

Apesar do aleitamento materno ser extremamente importante e vantajoso tanto para a mãe quanto para o bebê, existem restrições. Mulheres portadoras de doenças graves e debilitantes de qualquer natureza ou que necessitem de uso prolongado de medicação nociva para os bebês, portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e ainda bebês portadores de doenças metabólicas (ARAÚJO *et al.*, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), não **há contraindicação ao aleitamento materno** nas seguintes situações:

- **Tuberculose:** recomenda-se que as mães não tratadas ou ainda bacilíferas (duas primeiras semanas após início do tratamento) amamentem com o uso de máscaras e restrinjam o contato próximo com a criança por causa da transmissão potencial por meio das gotículas do trato respiratório. Nesse caso, o recém-nascido deve receber isoniazida na dose de 10mg/kg/dia por três meses. Após esse período deve-se fazer teste tuberculínico (PPD): se reator, a doença deve ser pesquisada, especialmente em relação ao acometimento pulmonar. Se a criança tiver contraído a doença, a terapêutica deve ser reavaliada; caso contrário, deve-se manter isoniazida por mais três meses e, se o teste tuberculínico for não reator, pode-se suspender a medicação e a criança deve receber a vacina BCG.

- **Hanseníase:** por se tratar de doença cuja transmissão depende de contato prolongado da criança com a mãe sem tratamento e considerando que a primeira dose de Rifampicina é suficiente para que a mãe não seja mais bacilífera, deve-se manter a amamentação e iniciar tratamento da mãe.
- **Hepatite B:** a vacina e a administração de imunoglobulina específica (HBIG) após o nascimento praticamente eliminam qualquer risco teórico de transmissão da doença via leite materno.
- **Hepatite C:** a prevenção de fissuras mamilares em lactantes HCV positivas é importante, uma vez que não se sabe se o contato da criança com sangue materno favorece a transmissão da doença;
- **Dengue:** não há contraindicação da amamentação em mães que contraí dengue, pois há no leite materno um fator antidengue que protege a criança.
- **Consumo de cigarros:** acredita-se que os benefícios do leite materno para a criança superem os possíveis malefícios da exposição à nicotina via leite materno. Por isso, o cigarro não é uma contraindicação à amamentação. O profissional de saúde deve realizar abordagem cognitiva comportamental básica, que dura em média de três a cinco minutos e que consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar a mãe fumante (BRASIL, 2009).

Segundo Alves et al (2005) apud Brito (2010), as dificuldades na amamentação mais frequentes são ingurgitamento mamário e apojadura dolorosa, escoriações e fissuras, mastites, choro da criança, uso de bicos e chupetas, uso de medicações e drogas.

5.1.4 Desenvolvimento e incentivo ao aleitamento materno

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz

intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade (BRASIL, 2009).

A amamentação necessita ser praticada e conhecida para a obtenção do sucesso dessa prática, pois não é totalmente instintiva no ser humano. Nesse sentido, as mulheres, ao iniciarem pela primeira vez o aleitamento, requerem que lhes sejam apresentados modelos ou guias práticos de como devem conduzir-se nesse processo (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Desde a infância, a sociedade estimula a mulher a ser mãe, no entanto, não fornece o suporte necessário para que a maternidade seja uma experiência rica e agradável e não um sacrifício. Amamentar não deve significar privação da liberdade feminina e sofrimento. A sociedade deve assegurar à mulher nutriz o direito de trabalhar, estudar, divertir-se, passear, namorar e continuar amamentando pelo tempo que desejar (WABA, 2003 apud HAMES, 2006, p. 30).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF) preconizam que desde a infância e durante a adolescência, as meninas deveriam ser orientadas positivamente em relação à amamentação através das vivências e da educação formal. Ver frequentemente mulheres amamentando, especialmente na mesma família ou grupo social é uma forma importante através da qual, meninas e adolescentes, podem desenvolver atitudes positivas em relação à amamentação (HAMES, 2006, p. 30).

Particularmente, para a consolidação das ações de promoção e troca de saberes, especialmente o enfermeiro tem de se mostrar como uma pessoa que está ali para ajudar e não julgar. Esta é a base de um vínculo de confiança entre ambos, necessários para que os objetivos propostos sejam alcançados. As ações de orientação e apoio ao aleitamento materno devem ser iniciadas desde a primeira consulta de pré-natal e continuar durante os meses seguintes, inclusive no pós-parto imediato e puerpério (REZENDE, 2001).

Segundo Osório (2006, p. 38):

as possibilidades trazidas no bojo do PACS e do PSF como continuidade da assistência prestada pela mesma equipe, entre pré-natal e puerpério, a ampliação da cobertura de visitas domiciliares nos primeiros dias de pós-parto são muito valiosas pelo seu reconhecido impacto positivo na duração da amamentação.

Assim, a Atenção Primária facilita a interação com a comunidade, em busca de construir de forma participativa e corresponsável, práticas e estratégias mais eficazes de enfrentamentos aos problemas e necessidades de saúde. Um dos problemas prioritários nos quais esses programas buscam intervir é a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (AME). Nesta perspectiva, a comunicação é uma forma indispensável para garantir o AME, pois é o principal meio de veiculação do processo educativo. Assim sendo, o profissional de saúde, deve estar apto a conversar e aconselhar as mães sobre amamentação e verificar como elas se sentem, ampliando o conhecimento e a compreensão do processo de amamentação e seus determinantes (OSÓRIO, 2006).

5.2 PLANO DE AÇÃO

Observa-se na área de atuação da equipe de saúde PSF Vila São Vicente, um grande número de mulheres que abandonaram a amamentação antes do sexto mês de vida do lactente. Neste sentido, destacaram-se os aspectos socioeconômicos, ambientais, culturais e também dificuldades inerentes deste período, como a falta de disponibilidade materna, retorno ao trabalho, dificuldades intrínsecas das nutrizes, entre outros. Baseando-se na literatura e na experiência do trabalho da equipe de saúde, foi delineada uma proposta para melhorar a adesão ao aleitamento materno.

1 - A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem suas características próprias e assim é necessário destacar a importância do acolhimento. Este deve ser qualificado e os profissionais devem ter a capacidade de colocar-se no lugar do outro. Deve ocorrer na primeira consulta de pré-natal e é um momento único para ganhar a confiança da gestante e assim consolidar a parceria para o desenvolvimento das ações, que buscam orientá-las sobre a amamentação e os benefícios para o binômio mãe-filho.

2- É importante que haja interação da equipe de saúde da família com as gestantes, puérperas e nutrizes da área de abrangência. Para que esse vínculo seja fortalecido, torna-se imprescindível o acompanhamento dessas mulheres durante todo o ciclo gravídico. A equipe deve estar capacitada, engajada e apta para atender a demanda dessas gestantes, cada uma com suas particularidades e singularidades. Além da consulta de pré-natal, os grupos operativos são necessários para uma abordagem integral e de qualidade. Nesse momento, a equipe interdisciplinar possui um papel fundamental para o êxito das ações e dos resultados esperados.

3- Para que a amamentação aconteça, inúmeros fatores psicossociais e culturais estão envolvidos. Nesse sentido, a participação do psicólogo nos grupos é de extrema relevância. Isto faz com que as pacientes se sintam encorajadas para falar dos sentimentos, dos medos e inseguranças que afloram nessa fase, como certas crenças populares do “leite fraco” e “flacidez das mamas”. É um momento para trabalhar em grupo, em que as trocas de experiências são valiosas para a

construção de saberes e a desmistificação popular que impede a amamentação plena e prazerosa.

4- O envolvimento de todos os profissionais da unidade como, o fisioterapeuta, o enfermeiro, o educador físico, o nutricionista, o psicólogo, o dentista e o médico são essenciais para a consolidação da melhor prática do aleitamento materno. Cada profissional deve estimular a amamentação, trabalhando temas que são peculiares a sua prática profissional. O aconselhamento é uma das formas de trabalho que mais se aproxima das diretrizes da ESF e colabora para estreitar laços entre a equipe e a comunidade.

5- Acredita-se que realizar frequentemente grupos para as gestantes, com orientações sobre o período gestacional e pós-parto, dando ênfase ao aleitamento materno de forma multifacetada, seja determinante para o sucesso e continuidade dessa prática.

6- Realizar capacitações aliadas à boa comunicação inter-equipe e equipe-comunidade, com envolvimento dos agentes de saúde e técnicos de enfermagem, podem contribuir de forma significativa para multiplicar essas informações tão valiosas na abordagem dessas mulheres e seus familiares. A inclusão das agentes de saúde nesse processo, por meio de capacitações acerca do tema e nos grupos operativos, reflete positivamente na qualidade da visita domiciliar. Esta é uma ferramenta importante, que tem o condão de verificar in loco o ambiente em que vive a gestante e seus familiares. Ter habilidade para abordar o indivíduo, a família e a própria comunidade em seu contexto socioeconômico e cultural, permite conhecer melhor o ambiente em que vive essas pessoas, sua estrutura familiar, o tipo de família e como se relacionam. Isto possibilita um planejamento mais adequado para a captação, envolvimento e a permanência dessas mulheres nas ações relacionadas ao aleitamento materno, no mínimo até o sexto mês de vida do lactente.

Assim, para a obtenção de resultados mais satisfatórios, é necessário aliar todo esse processo de trabalho com os conhecimentos teóricos e científicos dos

profissionais, as habilidades clínicas e a sensibilidade para ajudar as gestantes e nutrizas (GIUGLIANE, 1994).

No trabalho com as gestantes, alguns passos são importantes para a promoção da amamentação:

- sensibilizar e orientar a gestante para a prática do aleitamento materno;
- orientar a gestante como preparar a mama e sobre a técnica de amamentação;
- incentivar o parto natural, pois favorece o contato pele a pele de mãe e filho;
- propiciar o início precoce da sucção ainda na sala do parto;
- estimular a escolha de maternidades com alojamento conjunto;
- estimular a livre demanda, pois faz parte da natureza do bebê mamar com frequência;
- proporcionar um ambiente familiar incentivador para a amamentação com apoio do pai e familiares.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O incentivo ao aleitamento materno no contexto da ESF Vila São Vicente revelou-se de grande importância no processo de trabalho da unidade. Frequentemente apresenta-se o desafio da amamentação e nesse sentido, é necessário aprimorar o acolhimento, com o escopo de ganhar a confiança da mulher e por meio da comunicação tentar estabelecer vínculos sólidos. Tem-se verificado que a interação da equipe com essas mulheres contribui para melhorar a prática do aleitamento materno e facilitar sua aceitação e continuidade. Um dos principais aspectos que mereceu a atenção e um olhar diferenciado da equipe é a interrupção do aleitamento materno exclusivo. Assim, é importante que os profissionais de saúde estejam aptos a aconselhar e acompanhar o processo de amamentação de forma integral. Também, os fatores socioculturais são marcantes na comunidade e há mitos a serem desconstruídos com o auxílio da equipe interdisciplinar.

Este trabalho procurou contribuir para modificar a forma de atuar dos profissionais da equipe, com o objetivo de incentivar o aleitamento materno e evitar sua interrupção precoce. As capacitações, a boa comunicação, o planejamento das ações, bem como, a participação dos atores envolvidos são determinantes na busca de melhorar a corresponsabilização e a adesão das mães no processo de amamentar, o que geralmente traz benefícios para mãe e filho. Outrossim, a utilização das ferramentas de trabalho da ESF, sobretudo a visita domiciliar no período puerperal, realizada pelas agentes de saúde, ajuda a modificar o cenário existente e melhora a prática da amamentação em nossa comunidade.

Torna-se necessário que os profissionais envolvidos, estejam sempre engajados e comprometidos nesse projeto para que haja continuidade das ações e os resultados sejam satisfatórios. Certamente, seria mais difícil melhorar os índices de aleitamento materno exclusivo, sem a corresponsabilização das mães e seus familiares. Sabe-se que a tarefa é árdua e os obstáculos estarão sempre presentes, mas acredita-se que é necessário caminhar e neste sentido, novas e extensas contribuições sobre o tema valorizarão ainda mais o papel da Atenção Primária como instrumento de promoção de saúde por meio do aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, L. S. et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciências e Saúde coletiva**, 2008, p. 103 a 109.

ARAÚJO, O. D. **Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce**. Universidade Federal do Piauí, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/15.pdf>>. Acesso em: 14 set. de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Humanizada à Mulher**. Parto, aborto e puerpério. Brasília, DF, 2001, 202p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 113p – Série A. Normas e Manuais Técnicos (Cadernos de Atenção Básica, n. 23) Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicações/cadernos_ab/abcad23.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.36p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 16 jun. de 2013.

BRITO, A. V. **A importância da equipe de saúde da família na promoção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida**. Conselheiro Lafaiete. Minas Gerais. 2010. 41p. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0348.pdf>>. Acesso em: 14 ago. de 2013.

GIUGLIANI, E.R.J. **Amamentação: como e por que promover**. Jornal de Pediatria, v.70, n.3, 1994. Disponível em: < <http://www.jped.com.br/conteudo/94-70-03-138/port.pdf>>. Acesso em 15 de novembro de 2013.

HAMES, M. L. C. **Amarras da liberdade: representações maternas do processo de amamentação**: desmame de crianças com idade superior a dois anos. Florianópolis, 2006. Tese (Doutorado). Disponível em:< <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/ResultadoPesquisaPeriodicoForm.do>>. Acesso em: 08 ago de 2013.

LEVY, L; BÉRTOLO, H. **Manual de Aleitamento Materno**. Lisboa, 2012. Disponível em: <www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf>. Acesso em 10 ago de 2013.

MUNIZ, M. D. **Benefícios do aleitamento materno para a puérpera e neonato**: a atuação da equipe saúde da família. Formiga, Minas Gerais, 2010. 22p. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2843.pdf>. Acesso em: 05 jul de 2013.

OSÓRIO, C. M. **Representações sociais acerca da amamentação para mulheres que interromperam precocemente o aleitamento materno exclusivo**: um estudo de enfermagem. Rio de Janeiro, 2006. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Centro de Ciências da Saúde. Escola de Enfermagem Anna Nery. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&o_obra=170948>. Acesso em: 20 set. 2013.

POLIDO, C. G. **Amamentação: das expectativas às vivências cotidianas de usuárias do sistema único de saúde**. Botucatu, 2009. Tese (Doutorado). Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&o_obra=185358>. Acesso em: 13 set. de 2013.

REZENDE, M. A; FUJIMORI, E. **Promoção do aleitamento materno e alimentação da criança**. In: Manual de Enfermagem – PSF. Ministério da Saúde, São Paulo, 2001. P. 93.

TAKAHASHI, R. F; OLIVEIRA, M. A. C. **A visita domiciliar no contexto da saúde da família**. In: Manual de Enfermagem – PSF. Ministério da Saúde, São Paulo, 2001. P. 43.

TAKUSHI, S. A. M. et al. **Motivação de gestantes para o aleitamento materno**. Rev. Nutr. Campinas, v. 21, n. 5, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-2732008000500002. Acesso: 02 ago de 2013.