

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

A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO
ATÉ O SEXTO MÊS DE VIDA E O IMPACTO DA ATUAÇÃO DA
EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

MARÍLIA COSTA GONÇALVES

PIMENTA/MINAS GERAIS

2010

MARÍLIA COSTA GONÇALVES

**A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO
ATÉ O SEXTO MÊS DE VIDA E O IMPACTO DA ATUAÇÃO DA
EQUIPE DO PROGRAMA DE 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.

Orientadora: Dra Lenice de Castro Mendes Villela

PIMENTA/MINAS GERAIS

2010

MARÍLIA COSTA GONÇALVES

**A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ
O SEXTO MÊS DE VIDA E O IMPACTO DA ATUAÇÃO DA EQUIPE
DO PROGRAMA DE 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.

Orientadora: Lenice de Castro Mendes Villela

Banca Examinadora

Dra Lenice de Castro Mendes Villela

Dr Edison José Corrêa

Aprovada em Belo Horizonte _____/_____/_____

RESUMO

Este estudo tem como objetivo sistematizar o conhecimento sobre a importância do aleitamento materno para a saúde da criança até o sexto mês de vida, bem como para sensibilizar a equipe de Saúde da Família no município de Pimenta. Constatou-se, pelo presente trabalho, que o acompanhamento da mulher durante a gravidez e no puerpério facilita o processo de aprendizagem sobre os cuidados que devem ser priorizados quando a criança está amamentando. As orientações devem ser dadas tanto em domicílio como na Unidade Básica de Saúde, o que proporciona um maior envolvimento e mais informações sobre o processo, considerando-se que o leite humano é o alimento mais completo para a alimentação do recém nascido, nos seis primeiros meses de vida, e o aleitamento materno traz inúmeros benefícios, tanto para a mãe quanto para o recém nascido.

Palavras-Chave: Aleitamento materno; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This study aims to systematize the knowledge about the importance of breastfeeding for the health of the child until the sixth month of life, as well as to sensitize the staff of Family Health in the City of Pepper. We found that, by this work, the monitoring of women during pregnancy and puerperium facilitates the process of learning about the care that should be prioritized when the child is breastfeeding. The guidelines should be given both at home and in the Basic Health Unit, Which provides a greater involvement and more information about the process, considering that human milk is the most complete food for feeding newborn in the first six months, and breastfeeding is beneficial for both the mother and for the newborn.

Keywords: Breastfeeding; Family Health Program.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 OJETIVOS.....	07
2.1 OBJETIVO GERAL	07
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	07
3 METODOLOGIA.....	08
4 REFERENCIAL TEÓRICO	09
4.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ALEITAMENTO.....	09
4.2 FISILOGIA DAS MAMAS.....	14
4.2.1 TÉCNICAS DE ALEITAMENTO.....	15
4.2.2 IMPORTÂNCIA DO LEITE MATERNO.....	17
4.2.3 BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A SAÚDE DO RECÉM NASCIDO	22
4.3 A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O ALEITAMENTO MATERNO	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	295

1. INTRODUÇÃO

A década de 1990 tornou-se um marco para a Atenção Primária à Saúde (APS) com a proposta do Ministério da Saúde para reorganizar a Rede Básica de Saúde (RBS), a partir da inserção do Programa Saúde da Família (PSF). Essa foi uma das principais estratégias estruturantes para o Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de integrar o serviço de saúde com a comunidade, criando uma relação mais próxima entre as pessoas e gerando maior qualidade para os usuários. Isso porque, diferentemente do modelo tradicional, que focaliza a doença, o PSF tem como princípio a integralidade da assistência tendo em vista a promoção da saúde. Um novo modelo de saúde da família que pretende enfatizar as ações de promoção, proteção, atenção e recuperação à saúde dos indivíduos com origem no seu núcleo familiar, no próprio local de moradia, criando um vínculo mais permanente entre a equipe de saúde e a população sob sua responsabilidade, além de contribuir para a democratização do conhecimento, na trajetória de consolidar o conceito de saúde como exercício de cidadania. (BRASIL, 2001).

Em relação à saúde da mulher e da criança, várias iniciativas foram definidas, tendo em vista as ações de promoção e prevenção à saúde desta população. Segundo Almeida (1999), várias ações estão propostas para as equipes de saúde, entre as quais, destaca-se o aleitamento materno exclusivo, pois a prática de amamentar não é instintiva e, requer ser aprendida pela mulher e reconhecida pela sociedade.

Araújo (1999) relata que a amamentação, quando praticada exclusivamente até os seis meses de idade e complementada até os dois anos ou mais, traz inúmeras vantagens para a mãe, criança, família, equipe de saúde e sociedade. Além disso, proporciona um adequado crescimento e desenvolvimento e previne doenças prevalentes na infância, como a desnutrição infantil.

Para Souza e Bispo (2007) o leite materno é reconhecido como o alimento adequado para a criança nos primeiros meses de vida não só por sua disponibilidade em energia, macro e micronutrientes, mas também pela proteção que confere contra as

doenças. Além disso, o efeito psicossocial positivo da amamentação sobre o binômio mãe-filho o torna superior aos demais leites.

Tendo em vista esses aspectos observa-se que a assistência pré-natal é uma oportunidade ímpar para dialogar com mulheres sobre suas reais possibilidades e desejos para amamentar. Quando apoiadas e bem orientadas pela equipe de saúde, ou seja, médicos, enfermeiros, odontólogos e agentes comunitários de saúde, a mulher optará mais facilmente pela amamentação exclusiva até o sexto mês de vida. Nesse momento é que se torna tão importante a atuação da equipe do PSF.

Ao pensar a necessidade de enfatizar a prática do aleitamento materno, justifica-se o presente estudo que tem como tema a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e a atuação da equipe de saúde do Programa Saúde da Família, na orientação às gestantes e puérperas. Este trabalho nasce do desejo, de fazer um estudo que reúna informações capazes de ampliar a visão sobre a importância do aleitamento, sensibilizando quanto à importância de grupos operativos com as gestantes.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Sistematizar o conhecimento e propor estratégias para a promoção do aleitamento materno até o sexto mês de vida.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Refletir sobre os benefícios da amamentação para a saúde da mãe e do recém nascido;
- Descrever a anatomia e fisiologia das mamas e identificar técnicas de aleitamento materno;
- Caracterizar a importância do aleitamento materno nas ações da equipe de saúde do PSF
- Indicar estratégias do PSF para a promoção do aleitamento materno exclusivo

nos seis primeiros meses de vida.

3 METODOLOGIA

O referido estudo consiste de uma revisão bibliográfica, acerca da importância do aleitamento materno exclusivo e sua compreensão para a atuação da equipe do Programa Saúde da Família. Essa revisão teve como objetivo buscar informações elaboradas em livros, revistas, jornais, publicações periódicas e impressos diversos, disponíveis em meio eletrônico de sites científicos: Google acadêmico, Scielo, além de publicações do Ministério da Saúde.

Para o desenvolvimento do estudo optou-se por dois momentos: no primeiro momento foram discutidas algumas considerações acerca do aleitamento materno e a respeito da anatomia e fisiologia das mamas. Posteriormente tratou-se da importância do leite materno para a saúde da mãe e do bebê. E, finalmente, uma reflexão referente às estratégias possíveis que podem ser utilizadas pela equipe do Programa de Saúde da Família, tendo em vista a promoção da saúde da mulher e da criança no aleitamento materno.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ALEITAMENTO

Segundo Lessa (2004, p.2.) há quem afirme que o uso de leite não humano para alimentar crianças “é o maior experimento não controlado envolvendo a espécie humana”. Segundo a autora nossa espécie parece ser geneticamente programada para a prática da amamentação.

Desde a era antes de Cristo, 2.500 a.C., no Egito foram encontrados vasilhames próprios para alimentar crianças. No século XVII as crianças faziam uso do leite animal, no entanto, a alimentação artificial tinha pouco sucesso e as crianças morriam, ou de desnutrição ou de diarreia. Em quase toda sua existência a humanidade vem amamentando seus descendentes, mas essa deixou de ser uma prática universal a partir do século XX, devido às influências socioculturais.

Frota *et al* (2010) indicam que o aleitamento é reconhecido desde as antigas civilizações tendo como uma de suas qualidades mais relevantes a prevenção das doenças, como também o favorecimento do vínculo entre mãe-filho. Relatam ainda, que a maioria das crianças amamentadas, exclusivamente, nos primeiros meses de vida, cresce saudáveis, reduzindo significativamente a taxa de morbimortalidade infantil.

Lessa (2004) acrescenta que a partir da década de 70, iniciou-se um movimento de resgate da prática da amamentação na maioria dos países, inclusive no Brasil, em resposta às denúncias frequentes do aumento da mortalidade infantil decorrente das conseqüências do uso indiscriminado de leite de outras espécies. A autora observa que a última pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 1999, sobre a situação do aleitamento natural, encontrou uma duração mediana de aleitamento materno de sete meses e duração mediana de amamentação exclusiva de apenas um mês. Apesar de 96% das mães iniciarem a amamentação, apenas 9,7% a mantêm de forma exclusiva até os quatro a seis meses e 44,2% continuam amamentando seus filhos até um ano de vida.

Frota *et al* (2010) demonstram que a Organização Mundial da Saúde (OMS)

ênfatiza a necessidade da amamentação até final do segundo ano de vida, devendo ser exclusiva nos primeiros seis meses, e com manutenção do aleitamento materno, acrescido de alimentos complementares, até os dois anos de vida ou mais. No entanto, apesar dos comprovados benefícios do aleitamento, programas governamentais no Brasil não conseguiram atingir essas recomendações.

Para Souza e Bispo (2010) mesmo sendo conhecidas, apontadas e valorizadas as inúmeras vantagens do leite humano, especialmente quando este é reconhecido e indicado como o alimento ideal para os lactentes, o desmame, ou seja, sua substituição por outros leites ou fórmulas infantis artificiais, é uma prática comum em nosso meio.

Segundo Frota *et al* (2007) a interrupção precoce da amamentação ainda prevalece e ocorre de forma significativa, justificando as inadequadas condições de vida da maioria das crianças brasileiras. Em relação à morbimortalidade infantil, ressaltam ainda que usualmente o processo de desmame ocorre nas primeiras semanas de vida do bebê.

Souza e Bispo (2007) relatam que o desmame precoce causa várias conseqüências negativas sobre a saúde infantil, especialmente nos países do terceiro mundo, pois a ausência ou a curta duração do aleitamento materno contribui para o declínio dos níveis de hemoglobina no primeiro ano de vida e, portanto, para a anemia, o que pode levar a patologias mais sérias.

Segundo Takushi *et al* (2006) no Brasil a superioridade nutricional do leite humano é o principal argumento de incentivo ao aleitamento materno exclusivo, buscando assim reverter a prática freqüente de oferta de alimentos ao recém-nascido desde o início da amamentação. Apontam ainda que, do ponto de vista bioquímico, o leite materno tem sido amplamente exaltado, tanto pela capacidade de suprir os elementos nutricionais e hídricos da criança até o sexto mês de vida, quanto pelo complexo imunológico que protege a saúde gastrointestinal da mesma.

Marques, Lopez e Braga (2004) apontam que, na fase inicial da vida, o leite humano é, indiscutivelmente, o alimento que reúne as características nutricionais ideais, com balanceamento adequado de nutrientes, além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas, importantes na diminuição da morbidade e mortalidade infantil. A amamentação é, então, importante para a criança, para a mãe, para a família e

para a sociedade em geral.

Souza e Bispo (2007) relatam que, de acordo com as recomendações da União Internacional das Ciências Nutricionais para o Ano Internacional da Criança, publicado pela UNICEF, nada mais do que o leite humano é necessário para manter o crescimento e a boa nutrição durante os primeiros seis meses de vida. Salienta ainda que a alimentação infantil não deve ser considerada somente em relação ao fornecimento dietético de nutrientes, mas também num contexto social mais amplo.

De acordo com Amorim e Andrade (2009) o leite materno é importante para prevenção das doenças referentes aos distúrbios nutricionais, pois previne a desnutrição, auxilia no crescimento da criança, ajuda na economia familiar e pode aumentar o intervalo entre os partos. Entretanto a proteção do leite materno à criança é insuficiente quando outro tipo de alimento que não seja o leite materno for inserido na sua alimentação, incluindo água, sucos, chás ou papinhas. Existem evidências de que a introdução precoce de outros líquidos ou alimentos para bebês com menos de seis meses não é somente desnecessária, mas, também, potencialmente perigosa para o desenvolvimento de várias infecções, como, por exemplo, as respiratórias.

Souza e Bispo (2007) relatam ainda que a amamentação resulta também, em benefícios para a saúde reprodutiva da mulher, pois sua prática freqüente com mamadas duradouras contribui para preservar a saúde materna ao ampliar o espaçamento entre gestações e partos, além de vantagens para a relação mãe e filho, tendo em vista que, para amamentar, a mãe adquire o costume de oferecer aconchego à criança, promovendo o vínculo afetivo desejável na relação mãe e filho. Outros ganhos com a amamentação incluem a praticidade e a isenção de despesas com substitutos do leite materno.

De acordo com Takushi *et al* (2006) a decisão de amamentar é condicionada pela história de vida da mulher e pela sua experiência passada, incluindo o conhecimento adquirido desde a infância, pela 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.

Segundo dados do Brasil (2001), as concepções e valores assimilados no

processo de socialização, também interferem na prática da amamentação. Takushi *et al.* (2006) acrescentam que cada sociedade cria percepções e construções culturais sobre o aleitamento materno, traduzindo-se em saberes próprios.

Takushi *et al.* (2006) indicam que muitas mulheres não optam por amamentar por desconhecimento e pelas dificuldades que envolvem esse processo. Assim é essencial a participação da equipe de saúde no envolvimento da família e principalmente na motivação dessas mulheres. Para os autores, a motivação é uma das estratégias que podem ser utilizadas pela equipe de saúde, no processo de orientação 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.” (TAKUSHI *et. al.*, 2006, p. 123).

Segundo Lessa (2004) o sucesso do aleitamento não depende só da opção da mãe pelo aleitamento. Depende também da sua habilidade em levar adiante esta opção e também do ambiente em que ela se encontra que pode favorecer ou desestimular completamente o aleitamento materno. Nas sociedades mais antigas o papel de agentes estimuladores era desempenhado pelas mulheres mais velhas do círculo familiar. Hoje este papel está ao encargo dos profissionais da área de saúde, como os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e outros. Quanto mais precoce e mais constante for a intervenção, maiores as chances do sucesso.

O período de atenção pré-natal é o mais adequado para motivar a mulher a amamentar, mostrando-lhe as vantagens do uso do leite humano. O apoio psicológico a essas mães é muito mais eficaz e a própria evolução da gravidez se encarrega de preparar as mamas para o aleitamento. É nessa fase que se detecta mulheres em risco para o desmame precoce as quais deverão receber maior atenção no pré, intra e pós-parto.

Para Takushi *et al.* (2006) outro fator é o trabalho feminino que pode influenciar na duração da amamentação de forma exclusiva. Lessa (2004) indica que em nosso país a Licença Maternidade é de 120 dias, podendo se iniciar após o parto ou quatro semanas antes e ou 12 após o mesmo. Por motivo de saúde da mãe ou da criança em caso de prematuros extremos, o período de 120 dias pode ser ampliado em duas semanas antes e duas semanas após o parto, mediante apresentação de atestado médico. Em casos

excepcionais esta ampliação pode chegar até seis meses. Além disso, até que a criança complete seis meses de idade, na volta ao trabalho a mãe tem direito a dois descansos de 30 minutos cada para que possa amamentá-lo, podendo ser ampliado a critério médico. Atualmente, segundo dados da Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (2010), o Senado Federal aprovou, em segundo turno a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 64/07, que amplia a licença à gestante de 120 para 180 dias. A PEC, que recebeu 62 votos favoráveis e nenhum voto contrário, vai agora à Câmara dos Deputados. A proposta altera a redação do inciso XVIII do artigo 7º da Constituição. Na prática, estende a todas as trabalhadoras o benefício que havia sido concedido pela Lei 11.770/08 às funcionárias das empresas que aderissem ao Programa Empresa Cidadã. Por essa lei as empresas que aderissem ao programa teriam benefícios fiscais. Alguns estados, municípios e empresas do setor público também ampliaram, anteriormente, para seis meses a licença de suas servidoras gestantes, o que passará a ser obrigatório caso a Câmara confirme a decisão do Senado.

Outros fatores referem-se às condições maternas relacionadas à anatomia das mamas que podem dificultar o estabelecimento da amamentação, consistindo em impedimento físico que desestimula a intenção de amamentar. Por outro lado Takushi *et al* (2006) discutem que o sucesso do aleitamento materno depende da habilidade de sucção da criança, ato reflexo importante para a estabilidade do lactente à mama.

Lessa (2004) observa ainda que, no puerpério, as primeiras duas semanas pós-parto são de suma importância para o sucesso do aleitamento. Idealmente todas as puérperas deveriam receber visitas domiciliares de agentes de saúde durante esse período, para que pudessem vencer as dificuldades e dúvidas inerentes ao momento. Como nosso sistema de saúde ainda não nos faculta este privilégio, devemos estar atentos para detectar e sanar problemas que podem acarretar o desmame precoce, antes da alta hospitalar, postergando a mesma, caso seja preciso. A permanência por mais um ou dois dias de internação, até que o aleitamento se estabeleça com segurança, é bem menos nocivo para mãe e filho quanto menos oneroso para o sistema de saúde.

4.2 FISILOGIA DAS MAMAS

Segundo Ghislandi (1999) durante a gestação há um estímulo intenso e contínuo no desenvolvimento alvéolo-lobular da glândula mamária, sob ação do estrogênio, progesterona, prolactina e lactogênio placentário. Com a saída da placenta durante o parto, há uma queda brusca nos níveis plasmáticos de progesterona, desencadeando o início da lactação. A síntese do leite depende da prolactina e do esvaziamento das mamas e a não remoção do leite induz à inibição de sua produção. Com o estímulo das terminações nervosas areolares a sucção provoca a liberação da prolactina pela adeno-hipófise e da ocitocina pela neuro-hipófise. Esta última produz, além da concentração muscular uterina, contração das células mio-epiteliais da glândula mamária com conseqüente liberação do leite, causando o reflexo de ejeção ou descida do leite. O reflexo da prolactina decorre, obrigatoriamente, do estímulo nervoso pela sucção. Entretanto, o reflexo de ejeção tem também natureza psicossomática podendo ser inibido pela dor, *stress*, ou estimulado simplesmente ao ouvir o choro, ver ou até imaginar a presença do bebê.

Ghislandi (1999) enfatiza que a "descida do leite" pode ser bloqueada pelas emoções da mãe: nervosismo, ansiedade, medo, insegurança, dor, fadiga. Isso porque de acordo com as emoções da mãe as supra-renais produzem a adrenalina em concentrações elevadas impedindo a ação do hormônio responsável pela formação do leite, a prolactina. O uso do cigarro um pouco antes da mamada também bloqueia a descida do leite.

Diante desse mecanismo tão perfeito e fascinante fica demonstrado o quanto é necessário conhecer e repassar para a sociedade informações sobre o leite materno. Tais informações enfatizam a necessidade do aleitamento materno e devem ser divulgadas em campanhas para toda a população.

4.2.1 TÉCNICAS DE ALEITAMENTO

A maioria das mães e bebês consegue alimentar e serem alimentados naturalmente, porém alguns necessitam de ajuda em situações especiais. A melhor técnica é a que proporciona relaxamento, conforto e prazer à díade mãe-filho.

Lessa (2004) aponta que a mãe deve ser informada que a criança nasce preparada para enfrentar no período pré-lácteo nas primeiras horas pós-parto, hipogalactia fisiológica. Neste sentido, não é necessário complementar a alimentação a não ser que haja risco de distúrbios metabólicos e excesso de perda de peso em relação ao nascimento. A autora relata ainda que o recém-nascido tem os três reflexos principais para efetiva amamentação ao seio:

- O reflexo de busca e apreensão – quando algo toca os lábios ou a face, o bebê vira a cabeça para o lado tocado, abre a boca, colocando a língua para baixo e para fora. O reflexo é lento e imperfeito, com trinta semanas de idade gestacional (IG). O reflexo rápido e incompleto, com trinta e duas semanas de IG.
- O reflexo é rápido, completo e duradouro, com trinta e quatro semanas de IG; O reflexo de sucção, quando algo toca o palato o recém-nascido começa a sugar;
- O reflexo de deglutição, desencadeado quando a boca se enche de líquido.

Todos estes reflexos podem estar presentes desde muito cedo na vida do recém-nascido (RN), ainda intra-útero, porém para que haja alimentação efetiva é necessária uma perfeita coordenação entre sucção–deglutição–respiração, o que é natural em recém-nascidos a termo e saudáveis. Porém, naqueles prematuros, ocorre por volta de trinta e quatro semanas de idade gestacional.

Lessa (2004) enfatiza ainda que a pega adequada ocorre quando o recém-nascido apresenta a boca bem aberta, queixo tocando o peito e o lábio inferior virado para fora. Parte ou toda a aréola deve estar dentro da boca da criança. Sinais de pega inadequada: bochechas do RN encovadas, mamilos achatados ao sair da boca, ruídos da língua, dor e ou fissuras nos mamilos.

Ainda segundo Lessa (2004) a postura indica o sucesso do aleitamento, pois

deve ser confortável e relaxada para a mãe e filho. Ambos decidem qual a melhor posição. A mãe deve ter apoio nas costas, e não-curvada, o recém-nascido é levado à mama e não a mama ao mesmo. O corpo do recém-nascido deve estar bem aconchegado ao da mãe e voltado para ela, tórax com tórax, e em linha horizontal. A mãe deve apoiar a mama com a mão em forma de C, polegares na parte superior e os outros dedos na inferior. A duração da mamada deve ser livre demanda, inclusive à noite, pois é quando ocorre maior produção de prolactina. No caso de recém-nascidos prematuros, também e especialmente, é indicada amamentação. Em algumas situações são necessários cuidados especiais, como prematuros, doentes e com malformação congênita. Neste caso, deve-se promover a ordenha frequente, no mínimo sete vezes nas vinte e quatro horas, para manter a lactação.

Em algumas situações são necessários cuidados específicos. Lessa (2004) elenca algumas situações. Quando os mamilos se apresentarem planos ou invertidos deve-se promover autoconfiança na mãe e ajudá-la com a “pega”, técnicas para protrair o mamilo e ordenha mamária. Quando aparece um trauma mamilar recomenda-se correção da técnica da amamentação, mudança de posição nas mamadas, e, se necessário, analgésicos sistêmicos. Em casos de fissura importante, às vezes é necessário um repouso de vinte e quatro horas no lado mais afetado promovendo ordenha freqüentes; Quando há o ingurgitamento mamário, geralmente está ocorrendo uma falha no mecanismo de auto-regulação da fisiologia da lactação. É mais freqüente em primíparas e ocorre, geralmente, entre o terceiro e quinto dia de pós-parto. Nesse caso é aconselhado o esvaziamento da mama, por sucção ou ordenha, o que evita o aparecimento de mastite e abscesso mamário. As massagens são recomendadas, pois fluidificam o leite. As compressas frias podem ser usadas por, no máximo, 15 minutos, pois a vasoconstrição reduz o fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, a produção do leite. Caso seja necessário indicam-se anestésicos sistêmicos; Quando ocorre a mastite e infecção bacteriana de um ou mais segmentos mamários, esta se apresenta dolorosa, quente, hiperemiada e edemaciada. O agente etiológico geralmente é o *Staphylococcus aureus* e a porta de entrada são fissuras mamilares. Tal infecção não contra-indica a amamentação, desde que sejam tomados cuidados especiais como esvaziamento mamário freqüente, antibióticos sistêmicos anti-estafilococos, analgésicos ou

antiinflamatórios não-esteróides. Além disso, deve ser considerada investigada a necessidade de drenagem cirúrgica, na presença de abscesso que caso não melhore em 48 horas. Quando ocorre a hemorragia ductal, pode haver presença de sangue no leite, provocada pelo rompimento de capilares, em decorrência ao aumento súbito da pressão nos ductos e alvéolos. Ocorre com mais freqüente em primíparas e não contra-indica o aleitamento. Geralmente há melhora nas primeiras 48 horas e recomenda-se a promoção do esvaziamento mamário; Quando anteriormente ocorreu a redução cirúrgica das mamas não há interferência na lactação desde que: a inervação do mamilo seja preservada, os ductos permaneçam patentes e os seios lactíferos não percam o contato com os poros mamilares, porém na prática, muitas mulheres com mamoplastia redutora não produzem leite em volume suficiente para as demandas do recém-nascido.

Portanto, só o acompanhamento rigoroso, poderá indicar ou não a necessidade de complementação alimentar, pois é difícil predizer o sucesso ou insucesso do aleitamento exclusivo.

4.2.2 IMPORTÂNCIA DO LEITE MATERNO

Para Ghislandi (1999) o ato de amamentar vai além do ato de amar, pois está em jogo a transferência de nutrientes da mãe para o filho, diferenciada da realizada na gestação. Barbosa e Schonberger (1996) descrevem que o leite materno possui cerca de cento e sessenta substâncias representadas por proteínas, gorduras, carboidratos e células. Entre as proteínas encontram-se caseína, lactoglobulina, lactoferrina, albuminas e globulinas. O conteúdo do leite humano em proteínas é de cerca de um terço do conteúdo do leite bovino. Uma alimentação muito rica em proteínas, como seria a alimentação à base de leite de vaca, causaria uma excessiva perda de água, através da urina, e uma maior tendência à desidratação. Davanzo *apud* Ghislandi (1999) salienta que qualidade das proteínas do leite humano é superior, pois elas são mais bem digeridas, de maior valor nutritivo, mais adequadas ao desenvolvimento da criança, menos alergizantes e com funções anti-infecciosas mais acentuadas. O autor acrescenta ainda que 90% dos açúcares do leite humano é a lactose, encontrada exclusivamente no leite dos mamíferos. Assim enquanto o bebê é amamentado ao seio,

a lactose representa praticamente o único açúcar que ele absorve. A lactose é uma fonte de energia, fornece material de construção para o cérebro e apresenta ação inibidora sobre o crescimento no intestino de germes potencialmente responsáveis pelas gastroenterites. Além disso, a ausência de sacarose no leite humano evita que a criança se habitue à absorção de alimentos doces desde os primeiros meses, diminuindo o risco de futuras cáries dentárias e de obesidade.

Ghislandi (1999, p.15) enfatiza ainda que as “gorduras presentes no leite humano são digeridas e absorvidas com maior eficácia. O elevado conteúdo de colesterol do leite materno, três vezes mais do que o leite de vaca, parece representar um fato relevante na prevenção da arteriosclerose”. Segundo ela há estudos que comprovam que “níveis modestos de colesterol na dieta das primeiras semanas de vida são úteis para assegurar no organismo o desencadeamento de mecanismos de defesa, que no resto da vida se opõem a uma eventual hipercolesterolemia”.

O leite humano pode ser considerado um leite pobre em minerais, mas esse fato é vantajoso. Ghislandi (1999) relata que, através da urina, o organismo do recém-nascido não seria capaz de eliminar excesso de minerais e, ao mesmo tempo, reter a água, uma vez que os seus rins ainda não adquiriram uma capacidade plena de concentrar a urina. O cálcio do leite materno apresenta-se em quantidades inferiores que no leite de vaca e é mais bem absorvido pela criança. A escassez de sódio no leite materno reduz o risco de hipertensão nas idades futuras, pelo menos nas pessoas predispostas. Apesar do conteúdo do leite humano em ferro ser baixo, os recém-nascidos amamentados ao seio apresentam menor incidência de anemia, em virtude de uma melhor absorção intestinal desse mineral e pela presença no leite materno de outros componentes com funções anti - anêmicas, por exemplo, a vitamina C.

Segundo Barbosa e Schonberger (1996) os diversos tipos de células e enzimas, principalmente linfócitos, neutrófilos e lisozimas, todos encontrados no leite materno conferem proteção imunológica ao recém-nascido. Assim sendo o leite humano contém todos os nutrientes necessários ao crescimento e desenvolvimento da criança até os seis meses de vida, na proporção exata, inclusive de água não sendo necessário complementar, exceto em situações especiais como vômito, diarreia, etc.

Ghislandi (1999) aponta ainda informações adicionais do benefício do

aleitamento materno exclusivo: Melhor digestibilidade: menos solutos, melhor relação lactoalbumina/caseína, presença de enzimas como lipase, protease e amilase. As proteínas do leite materno são a alfa-lactoalbumina, lactoferrina, lisozima, soroalbumina e imunoglobulina. IgA, IgG e IgM. O leite materno é pobre em fenilalanina e tirosina cuja metabolização é limitada no recém-nascido. O leite de vaca tem três vezes mais proteínas, que metabolizadas liberam altas concentrações de uréia o que sobrecarrega os rins relativamente imaturos do recém-nascido. A proteína predominante ser a caseína, 82% a qual produz coágulos grandes e consistentes de difícil digestão. Contém também betalactoalbumina, ausente no leite humano, cuja hidrólise é lenta e altamente alergênica sendo responsabilizada pelas alergias provocadas pelo leite de vaca; Grande quantidade de ácidos graxos de cadeia longa, sete a oito vezes mais que o leite de vaca, inclusive o ácido araquidônico derivado do ácido linoleico e o ácido docosahexaenóico derivado do linolênico que entram na composição dos fosfolípidios encontrados na retina e sistema nervoso central; Maior nível sérico de colesterol em crianças alimentadas com leite materno que nas alimentadas com leite de vaca, o que favorece a indução de sistemas enzimáticos reguladores da biossíntese e catabolismo do colesterol o que se acredita ser importante na prevenção da doença aterosclerótica do adulto; Melhor absorção do ferro do leite materno provavelmente devido à presença de vitamina C; A concentração de cálcio no leite de vaca é bem mais elevada que no leite materno, porém grande parte é excretada como palmitato não sendo aproveitada. A presença de vitaminas é pequena tanto no leite materno quanto no leite de vaca, porém o recém-nascido saudável tem reservas adequadas com exceção da vitamina K, o que é compensado pela produção por sua flora intestinal e pela administração rotineira ao nascer. Em relação aos aspectos imunológicos, a quantidade de células de defesa presentes no leite materno, nas duas primeiras semanas de lactação assemelha-se à encontrada no sangue, aproximadamente 4 mil células por mm^3 . O leite materno contém uma série de componentes imunológicos como macrófagos, linfócitos, lactoferrina, lisossomas, fator bifido e imunoglobulinas. A mãe que entra em contato com antígenos estranhos, como patógenos presentes em uma UTI neonatal, produz anticorpos específicos e os transfere ao recém-nascido.

Além de tudo isso estudos feitos por Anderson *apud* Ghislandi (1999)

evidenciaram melhor performance intelectual em crianças amamentadas ao seio, parecendo haver inclusive uma relação na proporção de ingestão de leite humano e o QI destas crianças.

O colostro é definido por Fishbein, *apud* Ghislandi (1999) como a primeira substância que sai do peito, um líquido espesso e amarelado. Nas últimas semanas de gravidez, nos primeiros dias após o parto, tem-se o colostro, o qual possui grande concentração de anticorpos, sendo extremamente eficiente contra as infecções, sendo assim um dos melhores fatores protetores que se conhece.

Segundo Pessoa *apud* Ghislandi (1999), logo após o nascimento o colostro começa a ser secretado. O volume pode variar entre 10 e 100 ml. Comparativamente ao leite maduro, o colostro contém menos lactose, gordura e vitaminas hidrossolúveis, mais proteínas, vitaminas lipossolúveis (especialmente A,E,K), minerais, como sódio (Na) e zinco (Zn), e imunoglobulina. Ghislandi (1999) acrescenta, ainda, que o colostro é perfeitamente adequado ao recém-nascido, é produzido em baixa quantidade, pois os rins ainda não estão preparados para processar grande volume de líquido. O colostro protege o recém-nascido melhor que qualquer outra substância, pois suas imunoglobulinas forram a mucosa intestinal, protegendo-o de bactérias, vírus e outros intrusos.

Murahovschi *et al*, *apud* Ghislandi (1999), enfatizam que amamentar é doar amor. As crianças criadas no peito são mais inteligentes, mais tranqüilas, mais seguras de si mesmas, mais felizes. Os autores ainda complementam que o calor do corpo da mãe e do seu leite substitui o calor de dentro da barriga e que o bico do peito, como antes o cordão umbilical, mantém a relação mãe / filho, iniciada no útero.

Davanzo, *apud* Ghislandi(1999), indica que a amamentação ao seio deve ser entendida também como uma oportunidade que a mulher tem de estabelecer uma integração total, física e psicológica, com seu filho, de modo a favorecer a instauração de um vínculo verdadeiro, reconhecido pela mãe e sociedade.

A amamentação não é apenas um processo fisiológico de alimentar o bebê mas envolve um padrão mais amplo de comunicação psicossocial entre mãe e bebê podendo ser uma excelente oportunidade de aprofundar o contato e suavizar o trauma da separação provocada pelo parto. (MALDONATO *apud* GHISLANDI, 1999, p.30).

Davanzo *apud* Ghislandi (1999) afirma que para cada aspecto físico do ato de amamentar há um importante componente emocional. O contato entre o mamilo da mãe

e a boca da criança é fonte de prazer, independente da necessidade de absorção do alimento. Assim ocorre com os eventuais estímulos auditivos provenientes da mãe que fala com o filho, também com os estímulos visuais possibilitados pela posição frontal, face a face, bem como com os estímulos olfativos e térmicos propiciados pela quente pele da mama.

Assim, durante a amamentação cria-se um fluxo de estímulos extremamente variados, em duas direções: da mãe para criança e desta para a mãe. Por outro lado, a mulher se vê tomada pelo desejo de explorar o recém-nascido, tocá-lo, olhá-lo, dirigir-se a ele com voz suave, tê-lo próximo de si, embalá-lo. Nenhuma criança fica passiva diante do comportamento materno. (DAVANZO *apud* GHISLANDI, 1999, p.30)

Newcomb, *apud* Ghislandi (1999), por meio de seus estudos concluiu que as mulheres que amamentam reduzem a taxa de câncer de mama em 25%. Complementando os estudos anteriores, Fraudenheim, *apud* Ghislandi (1999), mostra que as mulheres também apresentam uma chance reduzida de câncer de mama, se foram amamentadas quando bebês. Assim sendo, parece haver uma estreita relação do aleitamento materno com a prevenção do câncer de mama. Ghislandi (1999) cita ainda que há indícios de que os benefícios da amamentação à saúde da mulher sejam muito importantes, confirmando-se o menor risco de câncer de mama e ovário, menor índice de fraturas de quadril por osteoporose e contribuição para o maior espaçamento entre gestações.

Para Ghislandi (1999) o aleitamento materno é uma etapa do processo reprodutivo feminino que resulta em benefícios para a saúde da mulher e da criança envolvidas no processo da amamentação, com repercussões positivas para a sociedade. Observa ainda que o leite materno está sempre pronto para servir, a qualquer hora do dia ou da noite, sem precisar fazer a criança esperar, e na temperatura certa para ser ingerido. Não há erro de preparação, nem problemas de concentração: o leite humano é sempre adequado. Além disso, o aleitamento artificial tem um custo que não se esgota no preço, marcado na lata do leite em pó. Os acessórios que permitem administrá-lo à criança também têm um preço, o que pesa sobre o orçamento familiar.

4.2.3 BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO

Muito se tem dito e escrito sobre a amamentação e as vantagens dessa prática, quando realizadas com sucesso, são indiscutíveis. A prevenção e a promoção da saúde em um bebê que recebe essa “dáviva leite materno” são visíveis.

Estudos realizados por Victora, apud Ghislandi (1999), demonstraram que as lactentes que haviam recebido somente leite artificial apresentavam um risco três vezes maior de contrair pneumonia do que aquelas que receberam leite de peito.

Ghislandi (1999) observa que existem elementos no leite humano que inibem microorganismos, ajudam no desenvolvimento celular e impedem que as bactérias se fixem às células de revestimento dos tratos intestinal, urinário e respiratório. Na Suécia, pesquisadores, observaram que o leite humano, de fato, mata células cancerosas do pulmão. Um fator protéico do leite eliminou células de revestimento do pulmão que eram cancerosas ou estavam em fase de desenvolvimento, mas não as células maduras ou normais (Hakansson *et al*, apud Ghislandi (1999). Sugerem que esse fato possa ajudar na maturação das células de revestimento intestinal da criança e prevenir o crescimento de células anormais. Sugerem, ainda, a amamentação protege contra a esclerose múltipla porque os leites infantis à base de leite de vaca têm níveis muito baixos de ácidos graxos insaturados. A amamentação poderia influenciar o desenvolvimento do sistema imune, de modo a afetar a susceptibilidade à esclerose múltipla. Com quantidades inadequadas de ácidos graxos disponíveis, o organismo pode não ser capaz de construir uma camada sadia de mielina para cobrir os nervos. A mielina pode degenerar ou permitir a entrada de um agente infeccioso no sistema nervoso.

Os mamíferos nascem com pequenos poros no intestino, os quais permitem a passagem de macromoléculas para o sangue. Sabe-se que o tipo de dieta afeta a velocidade com que tais “poros” se fecham. Catassi, apud Ghislandi (1999), verificou que os intestinos dos recém-nascidos amamentados maturam mais rápido, se comparados com fórmulas artificiais. O autor sugere isso possa ser devido a dano na

mucosa intestinal provocado pelas reações à proteína do leite de vaca.

Newman, *apud* Ghislandi (1999), relata que crianças amamentadas apresentam um risco menor de adquirir infecções do trato urinário, o aleitamento materno induz à imunidade local no trato urinário. Aponta ainda que a amamentação freqüente é protetora contra xeroftalmia, cegueira noturna. O risco de uma criança amamentada tornar-se xeroftálmica é cerca da metade do risco apresentado por crianças não amamentadas no primeiro ano de vida.

A melhor maneira de prevenir alergias é amamentar por cerca de seis meses. O leite de peito é hipo-alergênico. Davanzo, *apud* Ghislandi (1999), afirma que os problemas de natureza alérgica são menos freqüentes ou menos graves nas crianças amamentadas ao seio. Em linhas gerais, afirmação vale para os diversos tipos de alergias encontradas na infância, tanto localizadas no intestino, intolerância às proteínas do leite de vaca, intolerâncias alimentares múltiplas, inflamações celíacas, quanto também às localizadas fora dos intestinos, eczema e asma.

4.3 A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O ALEITAMENTO MATERNO

Neste item, pretende-se relatar o que pode ser desenvolvido na atenção a saúde, com vistas a promover a saúde da mulher e da criança. Por meio do aleitamento.

Rios e Vieira (2007) apontam que o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado no início dos anos 1980, deu ênfase aos cuidados básicos de saúde e destacou a importância das ações educativas no atendimento à mulher, trazendo assim, marca diferencial em relação a outros programas.

Relatam ainda que a dimensão educativa é, sem dúvida, um dos aspectos mais inovadores do PAISM, pois objetiva contribuir com o acréscimo de informações que as mulheres possuem sobre seu corpo e valorizar suas experiências de vida. Como um dos componentes das ações básicas de saúde, a ação educativa deve ser desenvolvida por todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde. Além disso, deve estar inserida em todas as atividades e deve ocorrer em todo e qualquer contato entre profissional de saúde e a clientela, com o objetivo de levar a população a refletir sobre a

saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção e realizar mudanças e novos hábitos para a solução de seus problemas.

O profissional deve ter autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse, de crise e decidir sobre a vida e a saúde. É um dos momentos na vida dessa mulher, em que ela vivencia uma gama de sentimentos, é durante a gravidez que, se desejada, traz alegria, se não esperada pode gerar surpresa, tristeza e, até mesmo, negação. Ansiedade e dúvidas com relação às modificações pelas quais vai passar, sobre como está se desenvolvendo a criança, medo do parto, de não poder amamentar, entre outros, são também sentimentos comuns presentes na gestante.

Segundo Rios e Vieira (2007) a realização de ações educativas para esse grupo é fundamental em todas as etapas do ciclo grávido-puerperal. No entanto, é no pré-natal que a mulher deverá ser mais bem orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério e desenvolverem a educação como dimensão do processo de cuidar.

Souza e Bispo (2007) enfatizam que a abordagem sobre o tema aleitamento materno deve ser realizada, nas ações de pré-natal, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, no teste do pezinho, na imunização, no planejamento familiar, nas visitas domiciliares. Para as autoras, a equipe de saúde do Programa de Saúde da Família deve estar organizada para assistir a mulher e o recém-nascido, com ênfase nas ações de proteção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e humanizada.

Souza e Bispo (2007) observam que a prática do aleitamento materno pode ser amplamente favorecida, quando a população encontra-se próxima ou de alguma forma assistida por serviços de saúde que ofereçam, de maneira efetiva, os processos de incentivo ao aleitamento, podendo estar vinculados a projetos acadêmicos ou motivados pelo interesse e esforço pessoal dos profissionais envolvidos.

Souza e Bispo (2007) relatam que a prática do aleitamento materno, principalmente o exclusivo até os seis meses de idade, ainda é uma realidade distante

entre muitas famílias atendidas no PSF. Diante de tal situação, percebe-se a necessidade de serem atividades de incentivo ao aleitamento materno, visando à redução do desmame precoce e melhora dos indicadores de saúde local.

De acordo com Amorim e Andrade (2009) a ação da equipe do PSF, no processo de amamentação é de suma importância. Para eles o enfermeiro é o profissional que, na rede básica, hospitalar ou ambulatorial, deve estar preparado para lidar e direcionar uma demanda diversificada, principalmente quando se tratar de questões de ordem da mulher nutriz, ele ela deve ser capaz de identificar e oportunizar momentos educativos, facilitando a amamentação, o diagnóstico e o tratamento adequados. Este profissional de saúde tem compromisso de atuar não apenas em função de seu conhecimento científico ou habilidades técnicas que possui, mas principalmente pela arte e sensibilidade que pode desenvolver no outro os sentimentos, vontades que induzem ao aleitamento materno.

Amorim e Andrade (2009) apontam ainda que a possibilidade de garantir informações contínuas, claras e objetivas e de uma assistência de enfermagem mais humanizada junto à comunidade, exige uma atuação do profissional de enfermagem junto às mães e futuras mães que irão promover o aleitamento materno para com suas crianças.

A importância do enfermeiro em todos os níveis da assistência e, principalmente, no PSF é de substancial relevância. No que concerne à assistência pré-natal, ele deve mostrar à população a importância do acompanhamento da gestação na promoção, prevenção e tratamento de distúrbios durante e após a gravidez bem como informá-la dos serviços que estão à sua disposição. (CARIRI, NASCIMENTO e MARTINS, apud RIOS E VIEIRA, 2007, p.480).

Amorim e Andrade (2009) observam ainda que, em visitas domiciliares do enfermeiro, imediatamente após a alta hospitalar, devido às dificuldades da apojadura, principalmente após o parto cesariano, a presença de um profissional da equipe de saúde inibe a ação de parentes e vizinhos, que incentivam a mãe a introduzir outros alimentos. Durante essas visitas domiciliares poderão ser proporcionadas às famílias, principalmente às mães, orientações sobre o aleitamento materno, o que pode ser verificado como sendo uma das responsabilidades de toda a equipe de Saúde da Família. Os autores relatam que a presença do profissional, além de tolher o incentivo ao desmame precoce, serve como apoio a puérpera, em relação aos cuidados com a

criança. Sendo assim a ação da equipe é dupla, incentivando e apoiando o aleitamento, evitando o desmame precoce, mas também o cuidando do coto umbilical e higienização do recém-nascido, que ainda se traduz como algo cheio de mitos no cuidado.

Orientar sobre amamentação requer tempo e isso muitas vezes nas consultas médicas de pré-natal dificilmente acontece. É preciso disponibilidade para ouvir essas mulheres, afim de que ela conte suas experiências anteriores, suas crenças e mitos que sem dúvida são fatores relevantes para o futuro da próxima amamentação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se, pela presente pesquisa, que o papel da equipe de saúde do Programa Saúde da Família (PSF) é essencial e que, no ambiente da unidade básica, é possível acompanhar de perto a gestante, percebendo se e como, no período de gestação, a mulher se envolve e busca informações que irão facilitar no processo de amamentação. É importante não excluir o pai ou o companheiro, as avós, os componentes familiares, que também devem ser encarados como alvo das estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Diferentemente de outros níveis de atenção à saúde, é na atenção primária que o profissional poderá acompanhar toda a evolução da gravidez e as mudanças físicas e psicológicas que irão contribuir para a decisão de amamentar exclusivamente no peito. O PSF oferece a possibilidade das mães serem acompanhadas e educadas em relação ao aleitamento materno porque o ato de amamentar, embora pareça natural do ser humano, está envolvido em crenças, mitos, culturas e experiências concretas que envolvem as mulheres, mães e nutrizes.

As mães que têm acesso à informação através dos meios de comunicação sobre o aleitamento materno, dependendo do grau de compreensão, passam a conhecer bem sua importância. Mas se não tiverem um acompanhamento e o apoio dos profissionais de saúde e da família, normalmente não conseguem superar as dificuldades, ocorrendo o desmame precoce, que põe em risco a saúde do recém-nascido. As visitas domiciliares do enfermeiro e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) devem ser feitas imediatamente após a alta hospitalar, pois assim qualquer dificuldade e dúvidas relacionadas à amamentação serão imediatamente esclarecidas, muitas vezes inibindo a introdução de mamadeiras e alimentos artificiais.

Outro aspecto importante a ser considerado é que as equipes do Programa de Saúde da Família devem estar capacitadas para acolher precocemente a gestante no atendimento pré-natal e às puérperas nas consultas pós-parto, garantindo-lhes orientações apropriadas quanto aos benefícios da amamentação para a mãe, a criança, a família e a sociedade, além de organizar reuniões, palestras e rotinas que apoiem e

promovam o aleitamento materno.

O primeiro passo para sensibilizar as mulheres é o conhecimento que a equipe de saúde detém; se a equipe conhece os benefícios da amamentação e entende que haverá ganhos para a mulher, para a criança, a família e a sociedade, o primeiro passo já está dado, pois quanto maior envolvimento da equipe, maior serão os resultados; a própria gestante identificará no profissional, se a sua orientação e apoio é algo concreto.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA J.A.G. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. Disponível em 15 fev.2010

AMORIM, M. M.; ANDRADE, E. R. Atuação do enfermeiro no PSF sobre aleitamento materno. **Revista Perspectiva**. São Paulo, v. 3, n 9, 2009 Disponível em:: [http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2009vol3n9/volume%203\(9\)%20artigo9.pdf](http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2009vol3n9/volume%203(9)%20artigo9.pdf). Acesso em 13 mai. 2010.

ARAÚJO R.T. Importância da educação para a saúde na assistência pré-natal expresso por gestantes de um Centro de Saúde. In: XVI Encontro de Enfermagem do Nordeste. **Anais**. Aracajú: Universidade Federal de Sergipe, 1999. p. 5-11. Disponível em <http://br.monografias.com/trabalhos903/educativas-prenatal/educativas-prenatal2.shtml> Acesso em 12 mai. 2010.

BARBOSA, T. C; SCHNONBERGER, M. B. Importância do aleitamento materno no desenvolvimento oral. In: MARCHESAN, Irene Queiróz (org.). **Tópicos em fonoaudiologia**. São Paulo: Lovise, 1996. Disponível em http://www.fisiointensivasobrati.com.br/biblioteca/arquivo/arquivo_1200665249.htm. Acesso em 21 ago 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=1&id_artigo=560&id_subcategoria=1

CENTRAL DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DO BRASIL. Senado aprova PEC que amplia licença-maternidade para seis meses Disponível em: http://www.portalctb.org.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=10703. Acesso em: 22 ago 2010.

FROTA, M. A. *et al.* **Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um Programa de Saúde da Família**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400022. Acesso em 03 maio 2010.

GHISLANDI, L. **Aleitamento Materno**: o conhecimento das mães. 1999. 65 f. Monografia - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica e Motricidade oral (CEFAC), CURITIBA. Disponível em: Acesso em: <http://www.cefac.br/library/teses/f8e1d2b3973a1d6e11152d5295ae6721.pdf>

LESSA, N. P. **Aleitamento Materno**. 2. Ed. São Paulo: Paulo R. Margotto. 2004. Disponível em: www.paulomargotto.com.br/documentos/aleitamentomaterno.doc. Acesso em: 30 abr 2010.

MARQUES, R. F. S. V.; LOPEZ, F. A.; BRAGA, J. A. P. O crescimento de crianças

alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v.80, n.2, mar/abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000200005&script=sci_arttext. Acesso em: 03 abr. 2010.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações Educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde, **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.12, n.02, p. 477-486, 2007. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012221.pdf>. Acesso em 25 abr. 2010.

SOUZA, T. O.; BISPO. T. C. **Aleitamento Materno Exclusivo e o Programa Saúde da Família da Chapada, município de Aporá (BA), 2007**. Ministério de Saúde da Bahia. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume31/P%C3%A1ginas%20de%20Revista_Vol31_n1_2007%20%2038.pdf. Acesso em: 15 mar 2010.

TAKUSHI S.A.M. *et al.* Perspectiva de alimentação infantil obtida com gestantes atendidas em centros de saúde na cidade de São Paulo. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v. 06, n.01, p.115-125, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732008000500002&script=sci_arttext. Acesso em 13 mai. 2010.