

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

**CURSO TÉCNICO NO MANEJO DO ALEITAMENTO
MATERNO EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE ALFENAS - MINAS GERAIS:RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

Campos Gerais/Minas Gerais
2011

DÉBORA SIQUEIRA DE SOUZA

**CURSO TÉCNICO NO MANEJO DO ALEITAMENTO
MATERNO EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE ALFENAS - MINAS GERAIS RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

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

Orientador: Professor Edison José Corrêa

**Campos Gerais/Minas Gerais
2011**

DÉBORA SIQUEIRA DE SOUZA

**CURSO TÉCNICO NO MANEJO DO ALEITAMENTO
MATERNO EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE ALFENAS - MINAS GERAIS: RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

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

Orientador: Edison José Corrêa

Banca examinadora

1. Edison José Corrêa
2. Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2012.

Dedicatória

À Professora Professora Dra. Patrícia Mônica Ribeiro pelo acolhimento e orientação no curso técnico no manejo aleitamento materno incentivando e acreditando que sempre poderemos fazer melhor pela clientela

Agradecimento

Ao meu orientador, professor Edison José Corrêa, pela dedicação ao trabalho, pelos ensinamentos, pela sua paciência durante todo o estudo, pela orientação segura e criteriosa

RESUMO

Esse trabalho teve o objetivo de relatar a experiência exitosa vivenciada pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde na implantação do curso técnico no manejo do aleitamento materno, na atenção primária à saúde, em uma equipe da saúde da família. É precedida de revisão bibliográfica utilizando os descritores em ciências da saúde, aleitamento materno e saúde da família. A busca foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde, nas bases SciELO e LILACS, totalizando 45 referências entre artigos, dissertações e teses. Foram também utilizadas consultas a livros e documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde. A oferta desse curso favoreceu a criação de um espaço efetivo para a promoção, proteção e apoio à amamentação, demonstrando que estratégias e ações efetivas conduzidas junto às equipes podem interferir positivamente no estímulo ao aleitamento materno, além de oportunizar o pensar das práticas diárias dos profissionais envolvidos.

Palavras chave: Aleitamento materno. Saúde da família.

ABSTRACT

This work had the goal of reporting the successful experience by practitioners of health primary care in the implementation of the technical course in breastfeeding management in a family health team. Is preceded by bibliographic revision using the health sciences descriptors, breastfeeding and family health. The search was performed in the Virtual Health Library, SciELO and LILACS databases, totaling 45 references between articles, dissertations and theses. Consultations were also used in books and official documents of the Ministry of Health and the World Health Organization. The offering of this course favored the creation of an effective space to the promotion, protection and support of breastfeeding, demonstrating that effective strategies and actions conducted with family health teams can interfere with positive stimulation of breastfeeding, as well as expand the thinking of daily practices of the professionals involved.

Keywords: Maternal breastfeeding. Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	Aleitamento Materno Predominante
DF	Distrito Federal
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 1
ESF	Estratégia Saúde da Família
GH	Hormônio do Crescimento
HPL	Hormônio Lactogênio Placentário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAN	Instituto Nacional de Alimentos e Nutrição
IUBAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança
MS	Ministério da Saúde
LM	Leite Materno
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organizações Pan-americanas de Saúde
PNSMI	Programa Nacional de Saúde Materno Infantil
PNIAM	Programa Nacional Incentivo do Aleitamento Materno
SF	Saúde Da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	United Nations Children's Fund
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Anatomia da mama	22
FIGURA 2 – Tipos de mamilo: plano, protruso e invertido	23
FIGURA 3 – O reflexo da prolactina ou reflexo de produção	26
FIGURA 4 – O reflexo de ocitocina ou reflexo de descida	28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	15
4 MÉTODO	16
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
5.1 aleitamento materno: aspectos gerais	17
5.1.1 Aleitamento materno: conceito e classificação	17
5.1.2 Aleitamento materno: importância e vantagens	18
5.1.3 Aleitamento materno: bases anatômicas e fisiológicas	21
5.1.4 Dificuldades na amamentação	28
5.1.5 Amamentação em situações especiais	37
5.1.6 Ações políticas e sociais de incentivo ao aleitamento materno	38
6 RELATO DE EXPERIÊNCIA	43
6.1 Clientela	43
6.2 Temas abordados no Curso	43
6.3 Resultados da capacitação	45
7 CONCLUSÕES	49
8 REFERÊNCIAS	50
ANEXO A - Portaria nº 756 de 16 de dezembro de 2004	56

1 INTRODUÇÃO

O leite materno é alimento ideal para a criança, tanto do ponto de vista nutritivo como imunológico, além de favorecer o vínculo afetivo mãe-filho (COELHO, 2010). Achados apontam que a amamentação reduz consideravelmente a mortalidade neonatal. Assim se todas as crianças fossem iniciadas na amamentação no primeiro dia de vida, a mortalidade infantil por todas as causas poderia ser reduzida em 16,3% e em 22,3% se a amamentação ocorresse na primeira hora de vida (TOMA e REA, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde (MS) preconizam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e a sua manutenção até os dois anos de idade, associados a verduras, cereais, carnes, legumes, frutas e grãos (PARIZOTTO e ZORZI, 2008).

Dados atuais de todo o mundo mostram que apenas cerca de um terço das crianças estão sendo amamentadas exclusivamente até os seis meses. Isso é muito longe do ideal recomendado de amamentação exclusiva por seis meses completos (DEVITO, 2010).

Para Venâncio *et al.* (2010) houve uma melhora significativa da situação do aleitamento materno (AM) na última década, mas esforços precisam ser implementados para que o Brasil atinja os índices de AM compatíveis com a recomendação da OMS. É evidente a necessidade de novas estratégias de incentivo ao aleitamento materno para que os indicadores brasileiros atinjam melhores patamares.

Num panorama geral, a II Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno revelou que segundo parâmetros da OMS, o AM na primeira hora de vida considerando todas as capitais do Distrito Federal (DF) apresentou situação “boa”. Entretanto, no tocante ao aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses (AME), 23 capitais ainda se encontram em situação “ruim”, apenas quatro estão em “boa condição”. Quanto à prevalência do AME a região sudeste do Brasil apresentou

o percentual de 39,4 e Belo Horizonte o de 37,9 de prevalência dessa prática (BRASIL, 2009).

A equipe de Saúde Família Santos Reis (2010) após levantamento realizado durante o recadastramento das famílias de sua área de abrangência observou um baixo índice de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida.

2 Justificativa

Embora inúmeras estratégias tenham sido criadas para aumentar os índices de AM no país, a sua prevalência ainda é baixa. Assim, novas abordagens devem ser pensadas e incentivadas não só para ações efetivas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, mas também para refletir sobre o contexto que elas podem acontecer na nossa realidade.

O sistema de saúde orientado pela atenção primária apresenta uma série de dificuldades inerentes à promoção e manutenção do aleitamento materno, como o pouco suporte às demandas pertinentes a cada fase do ciclo de vida familiar (criança, mãe, pai, outros) e a ineficaz interdisciplinaridade do trabalho dos profissionais de saúde, acarretando uma resposta insatisfatória do serviço de saúde.

A equipe de Saúde da Família Santos Reis, de Alfenas, Minas Gerais da qual participa a autora, identificou, após levantamento por recadastramento das famílias de sua área de abrangência, um baixo índice de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida conforme dados do SIAB de 2010.

A equipe se integra em um serviço de saúde municipal que possui três ambulatórios, 12 equipes de Saúde da Família (SF), que cobrem 60% da população do município, recenseada em 73.774 habitantes, em 2010 (IBGE, 2010) Vale ressaltar que algumas ações em nível federal, estadual e municipal foram implementadas com o objetivo de promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno, entre elas, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAC) e a rede de amamentação. Entretanto, nenhum dirigente de hospital ou de serviço de saúde, no município, aderiu a essas iniciativas.

Sabe-se, ainda, que a amamentação precisa ser um comportamento apreendido e exercitado pelos profissionais de saúde, com as mulheres. Todos devem ser estimulados, encorajados e apoiados a fim de manter os indicadores de amamentação em níveis satisfatórios.

É imprescindível, também, que os profissionais de saúde recebam qualificação, atualização, cursos e aperfeiçoamento no manejo correto do aleitamento materno.

Com o compromisso de promover o apoio ao aleitamento materno e a melhora das taxas de aleitamento materno no município decidiu-se investir na capacitação dos profissionais de saúde da rede básica, para que pudessem incentivar a prática do AME durante o atendimento a gestantes e puérperas.

Com isso justifica-se o relato da experiência exitosa vivenciada pelos profissionais de saúde envolvidos no processo de amamentação em uma equipe de Saúde da família.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Relatar a experiência vivenciada por profissionais da Atenção Básica a Saúde na realização de um curso técnico no manejo do aleitamento materno, para uma equipe de Saúde da Família.

3.2 Específicos

Descrever os passos do processo do curso técnico no manejo do aleitamento materno em uma equipe de saúde da família,

Demonstrar como a implantação do curso técnico no manejo do aleitamento materno pode contribuir para a promoção e incentivo ao aleitamento materno em uma equipe de saúde da família e

Relatar a contribuição do curso técnico no manejo do aleitamento materno tanto para os profissionais de saúde da família como para as mães que aleitam seus filhos.

4 MÉTODO

Este trabalho está baseado em pesquisa ~~de referências~~ bibliográfica por meio dos seguintes descritores em ciências da saúde: Aleitamento materno. Saúde da família.

A busca foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde nas bases SciELO e LILACS, totalizando 45 referências entre artigos, dissertações e teses, e consultas a livros e documentações oficiais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 aleitamento materno: aspectos básicos

Para a proposição de uma capacitação sobre o aleitamento materno são abordados inicialmente os conceitos e classificação sobre aleitamento, a importância e vantagens do aleitamento materno; suas bases anatômicas e fisiológicas, as dificuldades na amamentação e como ocorre em situações especiais São abordadas também, as ações políticas e sociais de incentivo ao aleitamento materno.

5.1.1 Aleitamento materno: conceito e classificação

Segundo World Health Organization (2007 e 2008), Caldeira, Fagundes e Aguiar, (2008), Silveira (2009) e, especialmente o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p 12) referem como categorias de aleitamento materno:

Aleitamento materno exclusivo (AME) quando a criança recebe apenas leite materno, diretamente do seio ou extraído, ou leite humano de outra fonte, sem qualquer outro complemento, com exceção de gotas ou xarope contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

Aleitamento materno predominante (AMP): quando o lactante recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de fruta e chás.

Aleitamento materno (AM): quando lactante recebe leite materno, direto do seio ou extraído, independente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não humano.

Aleitamento materno complementado: quando lactante recebe, além de leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo e não substituí-lo A criança pode receber além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado complemento.

Aleitamento materno misto ou parcial: lactante recebe leite materno e outros tipos de leite.

A amamentação exclusiva até os seis meses de vida e a manutenção do AM juntamente com alimentos complementares por dois anos ou mais se tornou recomendação renovada em revisão extensa da literatura, (BRASIL, 2009a; PARIZZOTO e ZORZI, 2008; TOMA e REA, 2008; CORREIA, 2009; VENÂNCIO *et*

al., 2010; RESENDE, 2010; CAMINHA *et al.*, 2011; FERREIRA, NELAS e DUARTE, 2011).

5.1.2 Aleitamento materno: importância e vantagens.

A amamentação é considerada pela UNICEF, pela OMS e órgão de proteção à criança, como a melhor estratégia de sobrevivência infantil (CAMINHA *et al.* 2011).

São inúmeras as vantagens do aleitamento materno principalmente no início da vida (BRASIL, 2002). Nos parâmetros de uma alimentação infantil, configura-se o leite materno como a única alimentação saudável até os seis meses de vida favorecendo o crescimento e desenvolvimento saudável (CORREIA, 2009).

Levy e Bértolo (2007, p. 7) ao relatar as vantagens do AM afirmam que “o leite materno é um alimento vivo, completo, natural, adequado para quase todos os recém-nascidos”, excetuando raras exceções.

Baseado em evidências científicas Toma e Rea (2008) relatam sobre os benefícios da amamentação na redução da mortalidade infantil, uma vez que a amamentação confere proteção contra infecção do trato gastrointestinal e está relacionada a menor risco de morbidade e mortalidade por diarreia e maior proteção contra infecções do ouvido e pulmão.

Venâncio *et al.*, (2010) apontam que o leite materno ofertado na primeira hora de vida tem o potencial de reduzir em 13% a mortalidade infantil em menores de cinco anos, e em 19 a 22% os óbitos neonatais.

Correia (2009) aponta que a lactância reduz a incidência de infecções entéricas, respiratórias e urinárias, uma vez que o leite materno estimula o desenvolvimento do sistema imunológico e tem ação antimicrobiana contra vários vírus, bactérias e protozoários.

A amamentação confere proteção contra a doença celíaca, diminui o risco de desenvolver doença alérgica, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca e contribui para uma melhor adaptação a outros alimentos. Em longo prazo, atua na prevenção do *diabetes mellitus* tipo 1 (DM1) e *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2), mais tardiamente na vida (LEVY e BÉRTOLO, 2007; CORREIA, 2009).

O aporte diário de 500 ml de leite materno é capaz de suprir cerca de 75% das necessidades de energia, 50% de proteína, 95% da vitamina A, além de fatores imunológicos (TOMA e REA, 2008).

O leite humano diminui a incidência de vômitos, diarreia, obstipação, regurgitação e refluxos; isso se deve a presença de prostaglandinas em sua composição, o que favorece a motilidade do tubo digestivo e uma melhor tolerância digestiva (FERREIRA, NELAS e DUARTE, 2011).

É consenso na literatura que a amamentação é uma das fases mais importantes da relação mãe-filho, pois contribui na formação do vínculo afetivo (PEREIRA, 2008; MORAIS, FREITAS e NEVES, 2010), uma vez que o vínculo se constrói através da interação íntima entre ambos, permitindo a troca de afeto e amor, sentimentos essenciais para o desenvolvimento psicossocial do lactante (COELHO, 2010).

Neste contexto, Dodt *et al.*, (2010) reforçam que o fenômeno interativo vai além dos aspectos psicoativos, mas também orgânicos e fisiológicos, uma vez que a sucção do peito desencadeia a liberação de 19 tipos de hormônios gastrointestinais. Desses hormônios são parte a colicistoquinina e a gastrina, hormônios responsáveis pelo crescimento das vilosidades intestinais, favorecendo uma maior absorção de calorias a cada mamada.

Pesquisadores como Santana *et al.*, (2010), Caminha *et al.* (2011), Ferreira *et al.*, (2010) e Silveira (2009) comprovam os benefícios conferidos pelo aleitamento materno para o desenvolvimento da tonicidade orofacial, favorecendo a sucção, correta erupção dos dentes, melhor oclusão e efetiva mastigação e correta articulação dos sons.

Assim o leite humano favorece o desenvolvimento sensorial, motor, intelectual, cognitivo e linguagem (FERREIRA *et al.* 2010).

Em revisão da literatura sobre os benefícios do AM para a saúde da mulher que amamenta, vários autores (TOMA e REA, 2008; SILVEIRA, 2009; COELHO, 2010; MORAIS, FREITAS e NEVES, 2010 e RIBEIRO, 2010) descrevem as seguintes vantagens para a mãe: retorno ao peso pré-gestacional mais precocemente, involução uterina pós-parto pela liberação da ocitocina, maior espaçamento Intergestacional, decorrente da amenorreia puerperal mais prolongada, redução da incidência de artrite reumatoide, osteoporose, esclerose

múltipla, neoplasia endometrial, ovariana e de mama anterior à menopausa. Para Melo (2005) o leite materno apresenta uma composição diferenciada em relação ao tempo de produção, correlacionadas a fatores de proteção à criança, assim dividido:

- Colostro: até o quarto dia pós-parto -- amarelo, protege contra infecções, rico em Imunoglobulina e com alta concentração de proteína e minerais.
- Leite de transição: do quarto ao 15º dia pós-parto – evolução do colostro para o leite maduro.
- Leite maduro: após o 15º dia -- é mais claro, contém fatores de proteção contra infecção e nutrientes necessários para crescimento/desenvolvimento do bebê.

Correia (2009) explica que o colostro contém o quintuplo da quantidade de proteína comparativamente com o LM maduro, com uma quantidade maior de sódio e potássio, mas com menor concentração de hidratos de carbono e gordura. Uma dose diária habitual de colostro é 10 a 40 ml, que aos poucos vai sendo substituída por leite maduro.

King (2001) afirma que a grande quantidade de fatores de crescimento no colostro tem como função o desenvolvimento do intestino imaturo da criança, restringindo assim a absorção de proteínas não digeridas. Se anteriormente ao colostro, a criança ingerir leite de vaca ou qualquer outro alimento, estes podem lesar o intestino e causar alergias.

Outra ação benéfica do colostro está na eliminação do mecônio, pois tem ação laxativa, reduzindo o ciclo êntero-hepático da bilirrubina e prevenindo a icterícia (KING, 2001; PACHECO, 2005).

O colostro é rico em proteína e anticorpos maternos e pobre em lipídio (PACHECO, 2005). Entre os vários fatores imunológicos está o IgA secretória, anticorpo que atua na proteção contra as infecções e combate microrganismos presentes nas superfícies da mucosa (BRASIL, 2009 a). Estima-se que a criança amamentada receba cerca de 0,5 a 1g de IgA secretora por dia (CORREIA, 2009).

Além do IGA, o leite materno apresenta outros fatores de proteção como: anticorpos IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisosima e fator bífido (BRASIL, 2009a). Os linfócitos e macrófagos são reflexos das doenças que a mãe já teve ou é imune e o fator bífido auxilia na eliminação do mecônio e impede a proliferação de bactérias nocivas ao trato gastrointestinal (RIBEIRO, 2010).

Parizzoto e Zorzi (2008) e Coelho (2010) justificam o incentivo à prática do AM pela vantagem da composição do leite materno, para o bebê humano, em relação aos outros leites, como aporte de vitaminas, água, lipídios com ácidos graxos essenciais proteínas e minerais em quantidades adequadas e por ser de fácil digestão. Possui ferro em pouca quantidade, mas com excelente absorção (biodisponibilidade). Ressaltam a ação anti-infecciosa e a presença de fatores de crescimento.

O teor de gordura do leite aumenta no decorrer da mamada Assim, o leite do final da mamada é mais rico em gordura, sendo, portanto mais rico em energia (calorias), saciando melhor a criança (KING, 2001; BRASIL, 2009a; RIBEIRO, 2010). Já o leite do início da mamada, acinzentado, é rico em proteína, lactose, vitaminas, minerais e água (KING, 2001).

O leite maduro contém uma pequena quantidade de galactose, frutose e outros oligossacarídeos Em relação à lactose apresenta uma concentração de 7%, favorecendo a absorção de cálcio e ferro e a colonização intestinal pelo *Lactobacillus bifidus* (MORAIS, FREITAS e NEVES, 2010).

King (2001) informa que o leite maduro fornece nutrientes necessários para o crescimento da criança. Seu aspecto mais aquoso leva as mães a acreditarem que seu leite é fraco, pelo que as mulheres devem ser orientadas que essa aparência é normal.

Quanto ao leite de transição é rico em valor proteico, que varia entre 8-10g/L. Conta também com a lactose, principal hidrato de carbono na composição do leite materno, contribuindo com 42% da sua energia; os lipídeos presentes fornecem até cerca de 50% do conteúdo energético (CORREIA, 2009).

5.1.3 Aleitamento materno: bases anatômicas e fisiológicas

A mama é formada em parte por tecido glandular (glândula mamária) e em parte por tecido conjuntivo e gordura (KING, 2001; PACHECO, 2005). A quantidade de tecido gordo determinará o aspecto externo da glândula mamária (BARDALO, 2008).

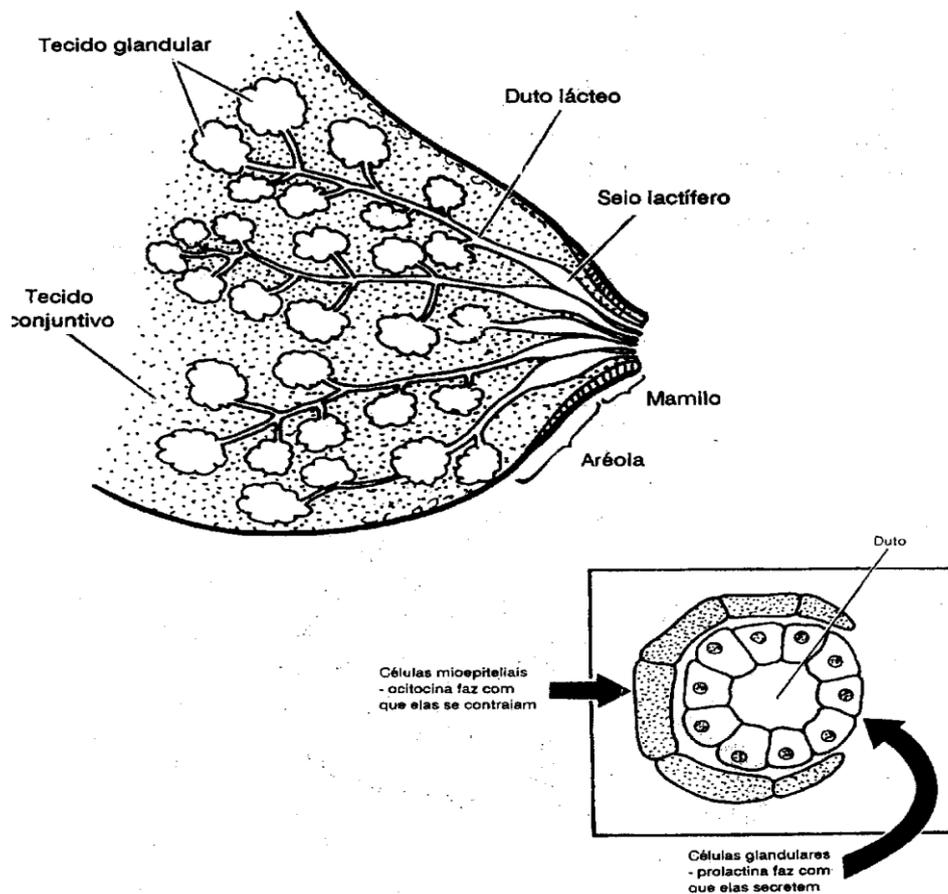
Cada mama da mulher adulta possui entre de 15 a 25 lobos mamários, consideradas glândulas túbulos-alveolares. Os lobos mamários são subdivididos em 20 a 40 lóbulos e cada um se subdivide em 10 a 100 alvéolos (BARDALO, 2008; BRASIL, 2009a; RIBEIRO, 2010).

O tecido glandular produz o leite que posteriormente é conduzido ao mamilo através de pequenos canais ou dutos (KING, 2001). Esses pequenos canais que saem dos alvéolos são chamados de ductos lactíferos e levam o leite até os seios lactíferos que ficam situados na ponta da mama, em baixo da aréola e, quando sugados, levam o leite à boca do bebê (REGO, 2008).

Ribeiro (2010) considera que os seios lactíferos também chamados de ampolas lactóforas, possuem a função de armazenar o leite para o consumo da criança. Para cada lobo mamário há um seio lactífero com uma saída independente para o mamilo (BRASIL, 2009a; RIBEIRO, 2010).

FIGURA 1. Anatomia da mama.

Fonte: KING, 2001.



Para que o leite seja extraído de forma eficiente a criança deve abocanhar toda a aréola, comprimindo os seios lactíferos, caso ela abocanhe somente o mamilo a ejeção do leite não ocorrerá de forma adequada (MORAIS, FREITAS e NEVES, 2010).

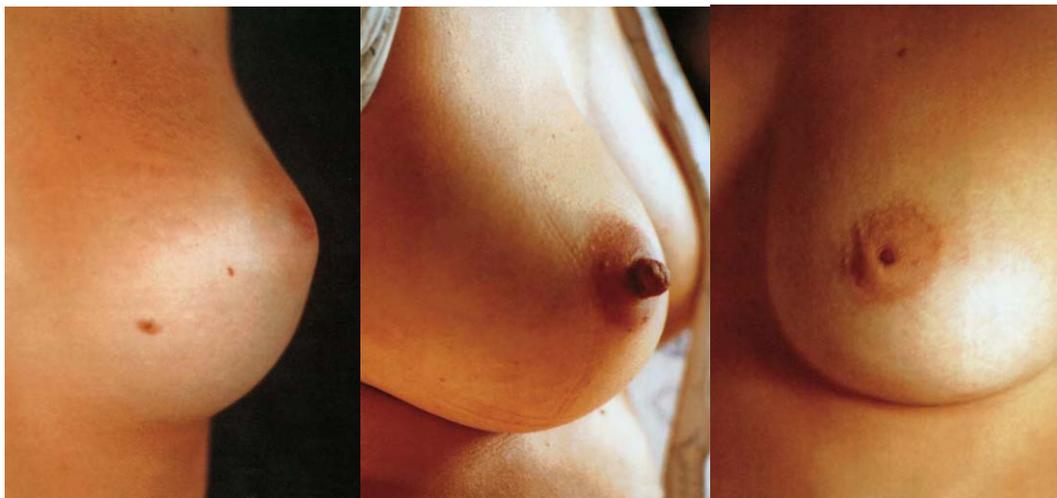
Rego (2009) define que na aréola, a parte mais escura ao redor do mamilo, estão localizadas as glândulas de Montgomery, que aumentam durante a gestação, com a função de proteger, a pele do mamilo, lubrificando-o e, também, tendo ação antibacteriana.

Bardalo (2008) justifica a cor escura da aréola à grande quantidade de melanócitos e glândulas presentes na pele, o que pode servir para guiar o recém-nascido a encostar a boca em toda esta região e não somente no mamilo.

Segundo o álbum seriado do Ministério da Saúde, Promovendo o Aleitamento Materno (BRASIL, 2007) os tipos de bicos mamários são: plano – com o bico achatado; protuso – com o bico saliente; invertido – com o bico virado para dentro Nenhum tipo de bico impede a amamentação, pois para fazer uma boa pega o bebê abocanha a parte escura do peito (aréola) e não apenas o bico.

Figura 2 Tipos de mamilo: plano, protruso e invertido.

Fonte: Brasil, 2007.



O mamilo é muito sensível, pois possui várias terminações nervosas. Isso é um importante fator para o desencadeamento dos reflexos que auxiliam a “descida” do leite (KING, 2001).

A lactação é a fase inicial do ciclo reprodutivo completo dos mamíferos. Esse processo pode ser dividido em três estágios:

1) mamogênese ou crescimento e desenvolvimento da glândula mamária, que compreende todo período gestacional resultando na produção do leite;

2) lactogênese que é o processo de produção do leite pelas células alveolares e a sua secreção no lume do alvéolo, tendo seu início logo após o parto com a queda dos esteroides placentários e a *lactopoiese* que é a manutenção da lactação estabelecida e que depende da duração e frequência das mamadas;

3) lactoejeção ou ejeção do leite, que é descida do leite do lume alveolar para o sistema de ductos maiores e a ampola, resultando no fornecimento do leite para o bebê (AIRES, 2008);

Para Bardalo (2008) a mamogênese é o processo de desenvolvimento mamário tendo início na puberdade e finaliza no segundo trimestre da gestação.

Tão logo a gravidez se inicia algumas alterações já são visíveis como: sensação de peso da mama, latejamento e maior sensibilidade, maior pigmentação dos mamilos e aréola e, no segundo mês da gravidez, aumento do tamanho das mamas (PACHECO, 2005).

Fase de mastogênese correspondente ao crescimento e desenvolvimento da glândula mamária, durante o período de gravidez (AIRES, 2008; BARDALO, 2008). Alguns hormônios atuam nesta fase: estrogênios, progesterona, glicocorticóides, prolactina, hormônio lactogênico placentar (HPL), hormônio do crescimento (GH) e insulina (GUYTON, 2006; AIRES, 2008; BARDALO, 2008).

Nesta etapa a grande quantidade de estrogênio secretado pela placenta favorece o crescimento e ramificação dos ductos (GUYTON, 2006; AIRES, 2008; BRASIL, 2009 a) e também o aumento do estroma e do tecido adiposo (GUYTON, 2006; BARDALO, 2008).

Por sua vez a progesterona, juntamente com o estrogênio, é responsável pelo crescimento dos lóbulos mamários (BRASIL, 2009 a) e diferenciação das estruturas

alveolares tornando-os estruturas secretoras de leite (GUYTON, 2006; BARDALO, 2008).

Segundo Aires (2008) a prolactina, juntamente com estrogênio, causa o desenvolvimento dos ductos e alvéolos e, na presença da progesterona tem sua ação aumentada. Assim como o estrogênio, a progesterona e o hormônio prolactina têm importante papel no desenvolvimento das glândulas mamárias durante a gestação.

No quinto mês de gestação a mama está completamente desenvolvida (BARDALO, 2008), mas a produção e ejeção do leite não ocorrem antes do parto. Isso se deve às altas concentrações dos hormônios estrogênicos e progesteronas que inibem a ação prolactina nas células alveolares (AIRES, 2008).

O processo inicial de produção do leite começa logo após o nascimento da criança com a expulsão da placenta e mama passa a produzir leite sob ação da prolactina (RIBEIRO, 2010).

Há uma queda drástica de estrogênio e progesterona seguida, do aumento do hormônio prolactina na circulação sistêmica materna (AIRES, 2008; BRASIL, 2009a). A prolactina é produzida pela glândula pituitária (KING, 2001) e secretado pela hipófise anterior materna e sua concentração eleva-se gradualmente na corrente sanguínea materna, a partir da quinta semana de gestação até o parto (GUYTON, 2006).

Aires (2008) define a fase de lactogênese como a presença do hormônio prolactina na circulação sistêmica materna se ligando aos receptores das células secretoras dos alvéolos induzindo a produção do leite e sua secreção para o lume alveolar. A produção do leite ocorre até o terceiro ou quarto dia pós-parto, independente da criança sugar ou não o seio (BRASIL, 2009a).

Lactopoiese: estabelecida à lactação inicia-se a fase de manutenção da produção do leite, definida como lactopoiese ou galactopoiese, que tem início a partir do terceiro dia após o parto (BARDALO, 2008). Essa fase se mantém por todo o aleitamento, dependendo estritamente do estímulo de sucção do bebê e do esvaziamento das mamas. Entretanto se por qualquer motivo este esvaziamento for prejudicado, a produção de leite estará comprometida, por inibição mecânica e química (AIRES, 2008; BRASIL, 2009a; DEVITO, 2010).

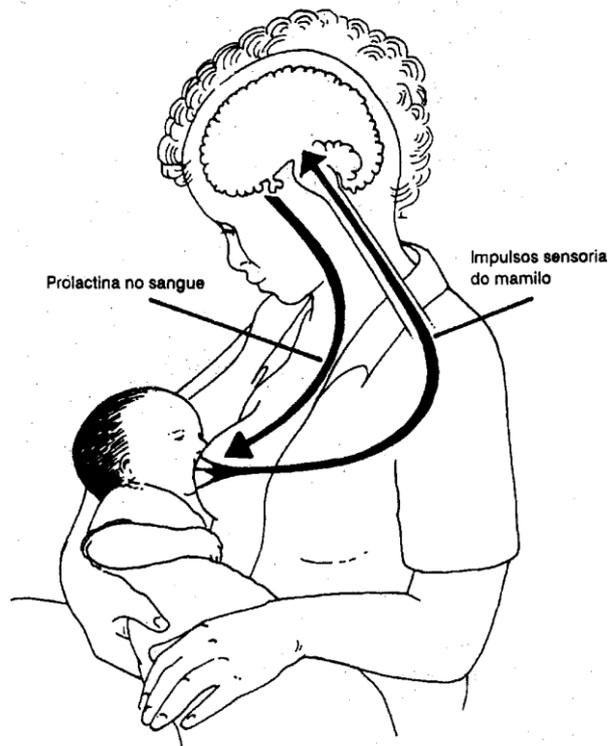
Por sua vez, Guyton (2006) considera que após algumas semanas ao nascimento do bebê as concentrações de prolactina retornam ao nível não gravídico. E que o mecanismo de manutenção da lactação ocorrerá em resposta à sucção do mamilo, onde sinais neurais são enviados ao hipotálamo causando a elevação de 10 a 20 vezes de prolactina durante e depois dos períodos de amamentação.

Bardalo (2008) refere ainda que a prolactina permanece na corrente sanguínea materna por um período de 30 minutos após cada mamada, preparando a mama para a mamada seguinte.

Aires (2008) reforça que se senão houver sucção, apenas uma pequena quantidade de leite será secretada, num período de três a quatro semanas após o parto. A manutenção da secreção copiosa do leite só será possível na presença do estímulo de sucção como mostra a Figura 3.

FIGURA 3: O reflexo da prolactina ou reflexo de produção.

Fonte: King, 2001.



Para que o leite flua dos alvéolos para os ductos de forma contínua é necessário que seja ejetado. Isso é possível através de impulsos sensoriais enviados dos nervos somáticos da região do mamilo para a medula espinhal materna, chegando ao hipotálamo e provocando sinais neurais, liberando a secreção de ocitocina simultaneamente à secreção de prolactina (GUYTON, 2006).

Através do estímulo de sucção a neuro-hipófise secreta a ocitocina, que é transportada do sangue para as mamas atingindo as células epiteliais que circulam os alvéolos mamários, fazendo com que essas células se contraiam, forçando a saída do leite dos alvéolos para os ductos. Esse reflexo é denominado de lactoejeção (GUYTON, 2006; AIRES, 2008; BARDALO, 2008).

Assim Guyton (2006) coloca que a descida do leite ocorre dentro de 30 segundos a um minuto depois que o bebê inicia a sucção. E que o ato de sugar estimula não só aquela mama, mas a oposta também.

Tanto a má pega como a técnica incorreta de amamentação leva a uma sucção ineficaz, fazendo com que o leite, embora produzido nas mamas, não seja ejetado dos alvéolos para os ductos, comprometendo o processo a amamentação (BARDALO, 2008).

É consenso na literatura (REGO, 2008; BRASIL, 2009a; RIBEIRO, 2010; DEVITO, 2010; AIRES (2008) que a liberação da ocitocina responde ao estímulo de sucção e aos estímulos condicionados como os táteis, auditivos, visuais, bem como os sentimentos, pensamentos e emoções como mostra a Figura 4. Assim, o reflexo neuroendócrino de ejeção do leite está condicionado por tais estímulos, uma vez que o som do choro do bebê aumenta a secreção tanto de ocitocina como de prolactina.

Fatores de ordem emocional, como motivação, autoconfiança e tranquilidade, são estímulos condicionantes que favorecem a ejeção do leite. Por outro lado, fatores como dor, insegurança, estresse, ansiedade e medo podem reduzir a produção de ocitocina e comprometer a lactação (LEVY e BÉRTOLO, 2007; BRASIL, 2009a; RIBEIRO, 2010).

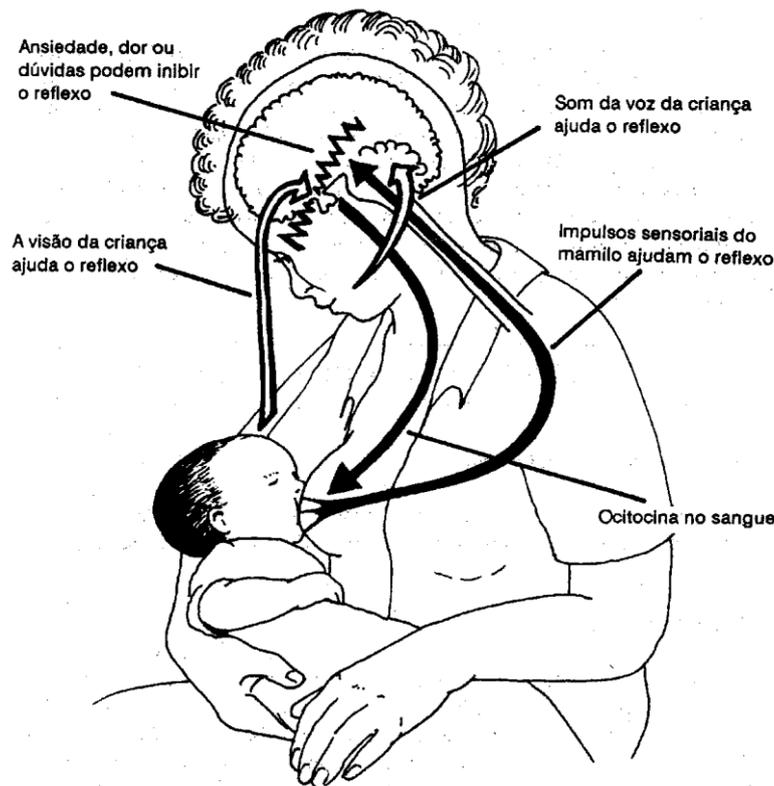
Existem ainda três reflexos relacionados com a amamentação. São eles (LEVY e BÉRTOLO, 2007):

1. Reflexo de busca e apreensão: o lactante abre a boca e faz movimentos de procura quando é tocado por alguma coisa nos lábios e bochechas.

2. Reflexo de sucção: o lactante começa a sugar quando é tocado com alguma coisa no palato.
3. Reflexo de deglutição: o bebê engole quando tem a boca cheia de leite.

FIGURA 4: O reflexo da ocitocina ou reflexo da “descida”.

Fonte: King, 2001.



5.1.4 Dificuldade na amamentação

Caminha *et al.*, (2011) salientam que, embora a amamentação seja um processo natural, muitas dificuldades podem surgir durante esse processo, favorecendo ao desmame precoce. Cabe ao profissional de saúde, que detém o conhecimento teórico, competências clínicas e habilidade em comunicação, oferecer apoio frente às dificuldades presente.

Algumas complicações podem surgir no período pós-natal decorrente de práticas e condutas inadequadas como: fissuras mamilares, bloqueio de ductos

lactíferos, ingurgitamento mamário, mastites, abscesso mamário e outros (PEREIRA, 2008).

São salientadas, a seguir, algumas dessas dificuldades:

a) Bebê que não suga ou tem sucção fraca

A ausência de sucção ou sucção ineficaz pode ter como causa ao uso de bicos artificiais ou chupetas ou a presença de dor quando ao amamentar (BRASIL, 2009a).

O manejo adequado está na manutenção de posicionamento correto do bebê, na restrição do uso de bicos e chupetas quando presentes, na ordenha manual do leite para manter a produção láctea e na extrusão do leite para amaciar as aréolas, caso estejam enrijecidas (DEVITO, 2010).

b) Fissura mamilar

Na visão de Ribeiro (2010) cabe ao profissional de saúde o compromisso de prevenir as fissuras, que podem ser unilaterais ou bilaterais. Ocorrem ao redor da base do mamilo, em formato de estrela e/ou no meio do mamilo (intramamilar) (REGO, 2008).

Ribeiro (2010), Rego (2008) e Silveira (2009) destacam que a lesão mamilar se deve à pega incorreta do bebê. A amamentação se torna muito dolorosa, diminuindo o tempo e/ou número de mamadas (LEVY e BÉRTOLO, 2007) ou até mesmo interrompendo o AM e causando o desmame precoce (PEREIRA, 2008). Moraes Freitas e Neves (2010) consideram imprescindível para a prevenção de tais processos a abordagem das mulheres quanto à técnica correta de amamentar.

O manejo adequado da lesão mamilar deve se iniciar com o alívio da dor e a cicatrização da lesão. O estímulo aos receptores da dor na região do mamilo e aréola deve ser reduzida da seguinte forma (BRASIL, 2009a):

- Iniciar a mamada pela mama menos dolorosa.
- Realizar ordenha para que uma pequena quantidade de leite saia antes das mamadas, favorecendo a ejeção do leite para que o bebê sugue com menos intensidade no início da mamada.

- Diversificar a posição para amamentar diminuindo a pressão nas áreas dolorosas e lesadas.
- Avaliar os riscos e benefícios da utilização das conchas, uma vez que a sua utilização favorece a drenagem espontânea do leite, porém expõe o tecido aréolo-mamilar à maceração.
- Indicar analgesia se houver dor importante por forma sistêmica, via oral.
- Limitar a duração da mamada em nada contribui para prevenção ou tratamento da fissura. Reduzir o número de mamadas pode levar a criança ao choro e irritação e um ganho ponderal insuficiente se mantido por períodos longos e levar a mama ao ingurgitamento mamário (REGO, 2008).

O Caderno de Atenção Básica 23 – Saúde da Criança, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a) sinaliza que há dois tipos de tratamento: seco e úmido, este com o uso do próprio leite materno ordenhado na fissura. Assim, o tratamento a seco tem sido abolido. Isto se justifica uma vez que o processo de cicatrização da lesão é mais efetivo quando as camadas externas da epiderme se mantiverem úmidas.

Silveira (2009) considera aceitável manter o mamilo seco na prevenção da fissura, porém não é recomendável como forma de tratamento.

Outras orientações devem ser direcionadas a mãe com fissura mamilar, (RIBEIRO, 2010):

- Acalmar a nutriz.
- Inspeccionar a fissura, sinais de inflamação ou nódulos presentes.
- Durante a sucção, avaliar a pega, contorno da bochecha, os sinais de satisfação e a expressão facial materna.
- Na presença de qualquer irregularidade, corrigir e orientar a mãe sob a forma correta.
- Se a dor local for intensa, pode ser necessário indicar a suspensão da amamentação por 24 horas na mama afetada, seguido da ordenha manual e, posteriormente, o uso de protetor.
- Orientar a nutriz para retorno no dia seguinte para uma nova inspeção do mamilo.
- Indicar avaliação médica, nos casos de sinais de infecção.

King (2001), Levy e Bértolo (2007), o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a), Rego (2008) Silveira, (2009) ressaltam também que bactérias podem penetrar o tecido mamário lesado resultando em mastite ou abscesso mais facilmente. Tais complicações podem ser prevenidas através da adoção de medidas profiláticas no período gravídico-puerperal (FUJIMORI *et al.* 2010).

Estudiosos como Pereira (2008) e Rego (2008) recomendam alguns cuidados na prevenção das lesões mamilares.

- Não utilizar cremes, pomadas, sabão e álcool nos mamilos.
- Realizar ordenha antes de amamentar, aumentando a flexibilidade da aréola.
- Manter sempre a pega correta, observando a posição da língua do bebê, que deve tocar a parte interna do lábio inferior.
- Não interromper a mamada, aguardando que o bebê solte a mama espontaneamente. Se a mãe tiver que interromper a mamada, introduzir o dedo mínimo no canto dos lábios.

Existem muitas práticas baseadas em crenças populares para amenizar as fissuras mamilares como chás, casca de banana ou mamão, entre outras. Estudos realizados demonstram que essas práticas devem ser contraindicadas uma vez que podem desencadear processos alérgicos e contaminação (BRASIL, 2009a; SILVEIRA, 2009).

c) Candidíase (monilíase) mamária

A candidíase mamária é uma infecção causada pela *Cândida sp*, ocorrendo no período puerperal, e atingindo a pele, aréola e até mesmo os ductos lactíferos. Sua ocorrência está associada a umidade, lesão mamilar, uso de antibióticos, anticoncepcionais orais e esteróides. Na criança – monilíase oral, ou sapinho – a utilização de chupetas e bicos artificiais são fontes de infecção ou reinfecção (BRASIL, 2009a).

Tal intercorrência se manifesta por prurido, sensação de queimação, dor tipo agulhada nos mamilos; a pele do mamilo e aréola apresentam-se hiperemiada, brilhante e/ou com fina descamação (DEVITO, 2010).

O manejo adequado está no tratamento de mãe e bebê, com Nistatina, Clotrimazol, Miconazol ou Cetoconazol tópico, entre outros antimicóticos, por duas semanas (BRASIL, 2009a).

d) Ingurgitamento mamário

Segundo o Caderno de Atenção Básica 23 – Saúde da Criança (BRASIL, 2009a) e Dodt *et al.*, (2010) o ingurgitamento mamário deve ser considerado na presença de alguns componentes, como: congestão/aumento da vascularização da mama, retenção de leite na região dos alvéolos e em último edema devido à congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático.

Isto ocorre em consequência da limitação da frequência e duração das mamadas e, também, pela pega incorreta do bebê. Decorrente disso as mamas ficam túrgidas, edemaciadas, hiperemiadas e dolorosas (MORAIS, FREITAS e NEVES, 2010; RIBEIRO, 2010).

O aumento de leite e a quantidade de sangue e de fluidos nos tecidos da mama podem elevar a temperatura corporal materna (LEVY e BÉRTOLO, 2007).

A prevenção deve ser feita, segundo Rego (2008), com as seguintes condutas:

- Iniciar a amamentação o mais cedo possível na sala de parto.
- Não interromper a amamentação; a criança deve parar e largar a mama espontaneamente;
- Amamentar em livre demanda, em horário livre, sempre que o bebê quiser.
- Amamentar com técnica correta.
- Esvaziar adequadamente as mamas – ordenha manual, se necessário.
- Verificar se aréola está flexível e macia para uma sucção eficaz, com aréola tensa, realizar a ordenha das mamas.
- Não oferecer água ou chás; o leite materno possui toda água que a criança precisa.

- Evitar o uso de complementos; dar preferência ao próprio leite ordenhado.
- Usar sutiã de tamanho maior ao habitual, de alças largas e firmes.
- Evitar visitas em excesso para que a mãe repouse e o bebê também.

O Ministério da Saúde preconiza que o manejo mais adequado do ingurgitamento mamário se faz através das seguintes medidas (BRASIL, 2009a):

- Ordenha manual antes da mamada mantendo a aréola sempre macia e fácil de abocanhar.
- Mamadas freqüentes.
- Massagens circulares da base para a aréola, facilitando a saída do leite e estimulando o reflexo de ejeção do leite, pois favorece a produção de ocitocina.
- Usar sutiãs de alças largas e firmes, aliviando a dor e mantendo os ductos em posição anatômicas.
- Utilizar analgesia sistêmica/anti-inflamatórios. O Ibuprofeno é o mais indicado, reduzindo a inflamação e o edema presente Paracetamol e Dipirona podem ser utilizados como outras opções.
- Compressas frias são indicadas após ou entre as mamadas ou de 2/2 horas, não ultrapassando mais que 20 minutos, devido ao efeito rebote de aumento do fluxo sanguíneo, para compensar a temperatura diminuída.
- Na ausência de sucção pelo bebê a ordenha manual ou mecânica é indicada; o esvaziamento das mamas é imprescindível para dar alívio à mãe, reduzindo a pressão dos alvéolos, favorecendo a drenagem da linfa e o edema, não interferindo na produção do leite e prevenindo as mastites.

e) Retenção de leite ou ducto bloqueado

Segundo Levy e Bértolo (2007) no mamilo encontra-se um sistema de ducto formado por cerca de 10 a 20 canais responsáveis pela drenagem do leite. Pode ocorrer o bloqueio de tais canais e a drenagem do leite produzido fica comprometida (PEREIRA, 2008).

Na visão de alguns autores essa ocorrência está relacionada à amamentação infrequente, retirada inadequada do leite (sucção ineficiente), pressão local (sutiã apertado) e utilização de cremes no mamilo. A mulher manifesta nódulos locais sensíveis e dolorosos, calor e eritema local e queixa-se de dor. Na maioria dos casos a febre não faz parte quadro da clínica (PEREIRA, 2008; REGO, 2008; BRASIL, 2009a).

A prevenção de tal agravo, segundo Rego (2008), está nas seguintes condutas:

- Não usar sutiã ou roupas muito apertados;
- Evitar intervalos muito longos entre as mamadas;
- Fazer ordenha manual, caso a criança não consiga esvaziar totalmente a mama.

Sendo assim Pereira (2008), o Ministério da Saúde (2009 a) e Rego (2008) consideram como manejo mais adequado:

- Amamentação com frequência;
- Uso de variadas posições com início pela mama afetada;
- Uso de calor local e massagens suaves antes e durante as mamadas, na região atingida;
- Esvaziamento completado a ordenha manual;

F) Mamilos planos ou invertidos

A presença de mamilos planos ou invertidos pode comprometer o início do AM, mas, contudo, não deve impedi-lo (PARRIZOTO e ZORZI, 2008; BRASIL, 2009a).

Na visão de Rego (2008) a falta de informação pode desencadear angústias desnecessárias entre as gestantes, sendo assim imprescindível o apoio e o contato contínuo durante o pré-natal, parto e puerpério.

Algumas recomendações são discutidas na literatura para a manutenção da lactação nestes casos, King, (2001), Rego (2008), o Ministério da Saúde (2009a), e Ribeiro (2010) sugerem, entre outras estratégias:

- Promover a confiança e o empoderamento da nutriz, informando-a que o AM é possível, uma vez que a sucção é da mama e não do mamilo.

- Atenção especial à nutriz deve ser dada, quanto às variadas posições, pois o sucesso da amamentação dependerá de paciência e persistência.
- Favorecer a boa pega do bebê, abocanhando o mamilo e parte da aréola que deve estar bem macia.

Segundo Levy e Bértolo (2007), o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a) e Devito (2010) é indicada também a utilização de sucção com bomba manual ou seringa de 10 e 20 ml adaptada (cortada para eliminar a saída estreita e com o êmbolo inserido na extremidade cortada). Esta técnica deve ser usada antes das mamadas e nos intervalos das mamadas se a mãe o quiser.

Além disso, o Caderno de Saúde da Criança (2009a) e Devito (2010) salientam a prática de manobras que ajudam a aumentar o mamilo antes das mamadas, com o simples estímulos (toque) e a aplicação de compressa fria nos mamilos e quando a sucção não for efetiva realizar ordenha.

g) Mastite

É um processo inflamatório de origem bacteriana que atinge um ou mais segmentos da mama, geralmente unilateral. As mamas se apresentam dolorosas, com eritema localizado (vermelhidão) edemaciada e quente. Frequentemente há febre, calafrios e mal-estar, o que indica infecção (PEREIRA, 2008; BRASIL, 2009a).

Ela ocorre mais comumente, na segunda e terceira semana após o parto e raramente após a 12ª semana (REGO, 2008; BRASIL, 2009a e SILVEIRA, 2009).

Alguns fatores predispoem à mastite, além de fissuras, como um esvaziamento incompleto das mamas, a retenção de leite, a redução do número de mamadas, o uso de chupetas/mamadeiras, e o freio da língua excessivamente curto (BRASIL, 2009a).

A prevenção se relaciona, segundo Rego (2008), às seguintes condutas:

- Manter a posição e pega correta;
- Tratar precocemente as lesões mamilares;
- Não usar sutiã apertado;
- Evitar fadiga e estresse;
- Esvaziar as mamas com ordenha manual;

- Manter repouso;
Conforme descrito pelo Caderno de Atenção Básica 23 – Saúde da Criança (2009a) o manejo mais adequado da mastite é:
 - Retirar manualmente o leite residual após as mamadas;
 - Manter o aleitamento materno; a presença de bactéria no leite materno não contraindica a amamentação;
 - Antibioticoterapia na presença de sintomas graves, sendo as opções: Cefalexina, 500mg, via oral de 6/6horas; Amoxicilina 500mg ou Amoxilina associada ao Ácido Clavulânico (500mg/125mg) via oral de 8/8 h. Considerar como abscesso mamário a não regressão do quadro.

h) Pouco leite/leite fraco

Uma das queixas bastante comuns durante a amamentação é 'o meu leite é pouco, não é suficiente'. É importante o acompanhamento de mãe e bebê para a verificação do real situação de alteração no volume do leite oferecido (REGO, 2008).

É uma queixa bastante comum durante a amamentação, porém a grande maioria das mulheres tem condições biológicas para produzir leite e nutrir seus filhos, devendo seguir as seguintes orientações (BRASIL, 2009a):

- Melhorar a posição e pega do bebê.
- Aumentar o número de mamadas.
- Oferecer ambas as mamas em cada mamada.
- Esvaziar completamente as mamas.
- Trocar as mamas várias vezes numa mesma mamada se criança estiver sonolenta.
- Evitar mamadeiras, chupetas e protetores de mamilo.
- Consumir dieta balanceada.
- Ingerir líquidos em quantidade suficiente.
- Repousar.

5.1.5 Aleitamento materno em situações especiais

Em revisão de bibliográfica sobre o aleitamento materno em situações especiais, encontraram-se as seguintes situações, para as quais a conduta de orientação deve ser conhecida da equipe de saúde.

- **Bebê prematuro:** deve-se estimular a permanência da mãe junto ao bebê no maior período de tempo possível, encorajando-a para a lactação nesta situação. A indicação mais correta é a ordenha manual que deve ser iniciada o mais precoce, até seis horas após o parto, a fim de manter a produção de leite durante todo período de internação (REGO, 2008).

- **Gemelaridade:** é perfeitamente possível a amamentação de um ou mais bebês, pois as mamas respondem às demandas nutricionais exigidas pelas crianças; o grande desafio não é produção eficiente de leite e sim o tempo dispendido neste processo (PARIZZOTO e ZORZI, 2008).

- **Crianças com malformações orofaciais:** crianças que apresentam malformações de mandíbula, nariz e boca terão dificuldade para amamentar, porém é imprescindível a oferta do leite materno uma vez que este alimento reduz a ocorrência de otite média e infecções da mucosa nasal causada por refluxo do leite. A expressão manual do leite é indicada para amaciar mamilo e aréola. Crianças com fissuras labiopalatais, bem como suas mães devem receber assistência multiprofissional especializada (BRASIL, 2009a).

- **Criança com icterícia:** manter a amamentação, não oferecer adicionalmente água ou chá e iniciar exposição ao sol e acompanhamento médico (REGO, 2008). Em algumas situações especiais, sob indicação médica, pode ser necessário estabelecer, em prazo curto, a suspensão da amamentação (icterícia pelo leite materno).

- **Amamentação com copinho:** é comumente utilizada em situações em que o bebê não consegue pegar o peito, apresenta sucção ineficiente, encontra-se hipoglicêmico e em situações especiais - fissura labiopalatina, problemas neurológicos e icterícia, casos em que a mãe precisa se ausentar por motivo de viagem, trabalho ou lazer, entre outros (MELO, 2005). Nessas situações o leite materno deve ser guardado em geladeira, em frasco esterilizado, por um período de

12 horas. Deve ser aquecido em banho-maria, evitando a fervura, e amornando, apenas, a temperatura (RIBERO, 2010).

- Criança portadora de distúrbio neurológico: nestes casos se a criança não consegue sugar ou a sucção é pouco eficaz, deve ser ofertada a criança o leite através da ordenha manual. Além disso, estimular a região perioral da criança e introduzir o dedo mínimo na cavidade oral para incentivar o reflexo de sucção. Em caso de hipotonia característica de crianças com a Síndrome de Down o acompanhamento do binômio mãe/filho pela equipe multiprofissional (BRASIL, 2009a).

- Nova gravidez: se for desejo da mulher e a gravidez for sem risco é possível manter lactação em nova gestação. Porém tal situação pode inferir para a ocorrência do desmame precoce em decorrência das seguintes alterações: baixa produção de leite, gosto alterado do leite (mais salgado por conteúdo de sódio e potássio), redução do espaço destinado ao colo com o avanço da gravidez, exacerbação da sensibilidade do mamilo Na ameaça de parto prematuro, a lactação deve ser restringida (BRASIL, 2009a).

5.1.6 Ações políticas e sociais de incentivo ao aleitamento materno

São indiscutíveis os benefícios, para a saúde materna e infantil, possibilitados através das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (AM), assim como as ações para organizar e qualificar os serviços (PEREIRA *et al.*, 2010).

Todavia, embora a literatura científica tenha demonstrado que o Brasil, de forma geral, apresentou um aumento dos índices de AM, ainda está longe do recomendado pela OMS, de AM até os seis meses de vida e a continuidade do AM até o segundo ano de vida, ou mais, com as complementações (ANTUNES *et al.*, 2008; ARANTES, 2010).

Nesse cenário, o Brasil na década de 1970 apresentava uma mediana de amamentação de 2,5 meses (BRASIL, 2009b; SILVEIRA, 2009).

Em 1974 foi lançado o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PNSMI) que tinha como objetivo principal o incentivo ao AM. Posteriormente foi

criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) que buscava a implantação de políticas para a população carente (SILVEIRA, 2009).

Em 1981, o Ministério da Saúde lançou em favor da amamentação o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) (ALMEIDA e NOVAK, 2004; BACCO e PROGIANTI, 2008; FUJIMORE *et al.*, 2010; MEDINA, 2010). O programa destacava a superioridade do leite materno e seus benefícios em relação aos outros leites. O plano trazia importantes políticas pró-amamentação que foram implementadas, tais como o alojamento conjunto (1983), a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactantes (1988), a licença a maternidade, de 120 dias, e a criação da licença à paternidade de cinco dias (BRASIL, 2009b; MEDINA, 2010).

Na visão de Fujimori *et al.*, (2010), o PNIAM tinha como objetivo reduzir a mortalidade infantil, propagando os benefícios do AM para o bebê – 'Aleitamento materno: seis meses que valem uma vida', 'Amamentar: a saúde do seu filho depende de você'.

Neste contexto Silveira (2009) considera que embora conseguisse reduzir a mortalidade infantil, o programa foi incapaz de incluir a visão da mulher nesse processo.

Para Almeida e Novak, (2004) o paradigma do programa reduziu a questão do AM à dimensão biológica, considerando a amamentação como algo instintivo, natural e biológico.

Como estratégia para a mobilização global, um encontro internacional foi organizado pela UNICEF e OMS, em Florença – Itália, em 1990, na *Spedale Del Innocenti* – o primeiro hospital pediátrico do mundo –, com representantes de entidades governamentais e não governamentais. Deste encontro surgiu a resolução denominada 'Declaração de Innocenti' (BACCO e PROGIANTI, 2008). O Brasil foi um dos 12 países a participar desse encontro assinando o documento produzido – 'Aleitamento Materno na década de 90: uma iniciativa global'.

Para atingir as metas da Declaração de Innocenti, a OMS e a UNICEF propuseram um conjunto de medidas, adotado pelo Brasil, denominado 'Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno' (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2011a, p. 01).

¹Ter uma política de aleitamento materno inscrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados da saúde.

- 2 Capacitar toda a equipe de cuidados da saúde nas práticas necessárias para implementar essa política.
- 3 Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
- 4 Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
- 5 Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se separadas dos seus filhos.
- 6 Não oferecer aos recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.
- 7 Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos - 24 horas por dia.
- 8 Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.
- 9 Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
- 10 Promover grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

Os critérios globais compreendem a adesão das maternidades aos ‘Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno’, a aplicação do Código Internacional para a Comercialização de Alimentos para a Criança da Primeira Infância, o apoio e proteção à mulher trabalhadora e uma coordenação de ações em prol do AM (BACCO E PROGIANTI, 2008; SILVEIRA, 2009).

O resultado desse esforço mundial foi a institucionalização em 1992, da *Iniciativa Hospital Amigo da Criança* (IHAC), pelo Ministério da Saúde (MS) -- Grupo de Defesa da Saúde da Criança --, com o apoio da UNICEF e da OPAS (SILVEIRA, 2009).

Segundo a UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND (2009) e Ferreira *et al.* (2010) as normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança (HAC), integrante do SUS foram estabelecidas pela Portaria nº 756, de 16 dezembro de 2004 (ANEXO A), tendo como pontos principais:

Autoavaliação das práticas adotadas em relação ao AM, tendo como roteiro o questionário de auto-avaliação, fornecido pelo Ministério da Saúde. Uma equipe treinada pelo Programa de Saúde da Criança realiza pré-avaliação no estabelecimento e entrega o certificado de compromisso. Nesse documento, o hospital é orientado a solucionar as dificuldades existentes na adoção dos ‘Dez Passos’ e estabelece o prazo para cumprir essa meta Se for indicado ao

credenciamento, o hospital receberá, em solenidade oficial, uma placa que o identificará como Amigo da Criança.

Segundo dados da UNICEF (UNITED UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2010) no Brasil o número de hospitais credenciados como Hospital Amigo da Criança (HAC), é de 335, sendo, na região Sudeste, 79, contribuindo Minas Gerais com 21.

É consenso na literatura de que as ações de incremento da prevalência e duração do AME, realizadas através do programa 'Iniciativa Hospital Amigo da Criança' (IHAC), conseguiram mudar a rotina dos hospitais (PEREIRA *et al.* 2010; ANTUNES *et al.* 2008; TOMA e REA, 2008, BRASIL, 2011). Segundo a Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno divulgada em 2010 a duração média do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças que nasceram em HAC foi de 60,2 dias, contra 48,1 dias em crianças que não nasceram em HAC. Para quem nasce em HAC as chances aumentam em 9% para a amamentação na primeira hora de vida, em 6% para a amamentação no primeiro dia, em casa, após a alta da maternidade e em 13% para o AME em menores de dois meses, 8% para o AME em menores de três meses e 6% para o AME em menores de seis meses (BRASIL, 2011).

Apesar da existência de algumas experiências municipais para a promoção do AM na Atenção Básica, uma grande parte das políticas públicas e das estratégias implementadas no Brasil, no nível nacional, desde a década de 1980, teve como foco principal a rede hospitalar. Faz-se necessário, portanto, uma política nacional de promoção, proteção e apoio ao AM na Atenção Básica (BRASIL, 2009 b).

Assim, em 1998 foi criada no Brasil a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) que propõe promover, proteger e apoiar o AM através da mobilização das unidades básicas da saúde (UBS) a fim de adotar os 'Dez Passos Para o Sucesso da Amamentação na Atenção Básica' (BACCO e PROGIANTI, 2008; CALDEIRA, FAGUNDES e AGUIAR, 2008; PARIZZOTO e ZORZI, 2008; DEVITO, 2010).

Assim, a IUBAAM resulta de uma revisão sistemática sobre as intervenções conduzidas no período de pré-natal e sobre o acompanhamento do binômio mãe-bebê, efetivadas em estender a duração da amamentação (CALDEIRA, FAGUNDES e AGUIAR, 2008; DEVITO, 2010).

Vale ressaltar que a IUBAAM traz para o cenário das UBS a prática da assistência ao AM atendendo a clientela inscrita no pré-natal e no acompanhamento da pediatria, com o compromisso de vetar as propagandas e distribuição de leites artificiais e acessórios dentro das unidades e a adoção dos dez passos para o sucesso da amamentação, adaptada da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (BACCO e PROGIANTI, 2008; DEVITO, 2010).

Como resultado dessas ações, a duração mediana do AM, no Brasil, passou de 2,5 meses em 1970 para 10 meses em 1998 (BRASIL, 2009b).

Algumas legislações foram implementadas para que direta ou indiretamente protegessem o AM (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009a):

Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras Regulamentada através da Portaria GM/MS 2051, de 08/11/01.

- Resolução ANVISA RDC nº 221 e 222 de 05/08/02 que protege a amamentação contra a propaganda indiscriminada de produtos que favorecem o desmame precoce, definindo suas regras de comercialização (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009a).
- Declaração do Milênio, de que o Brasil é signatário, que inclui, entre seus oito objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a redução da mortalidade na infância. E consonante com esses objetivos, o Brasil lançou, em 2004, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2009b).
- Programa Rede Amamenta Brasil, lançado pelo Brasil, em 2008, com o objetivo de elevar os índices de aleitamento materno (AM) no país, com um novo paradigma para a educação em AM na UBS, reconhecendo a historicidade do saber e respeitando a visão de mundo do aprendiz, considerando as peculiaridades de cada região (BRASIL, 2009b). Nesse contexto, a Rede Amamenta Brasil, visa aumentar a resolutividade de suas ações, de forma a consolidar uma rede horizontal, participativa, colaborativa e descentralizada, atuando em conjunto com as demais redes, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e a outras iniciativas intra e extrassetoriais de apoio e estímulo ao AM (BRASIL, 2009b).

As iniciativas implementadas são consideradas políticas públicas eficazes para promover e apoiar a prática do AM (BACCO E PROGIANTI, 2008).

6 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O relato descreve uma experiência de capacitação em grupo por meio do Curso Técnico no Manejo do Aleitamento Materno realizado pela equipe de Saúde da Família Santos Reis, no município de Alfenas - Minas Gerais. Esse curso foi realizado entre os meses de abril e junho de 2010 e totalizou 10 encontros atendendo a disponibilidade dos profissionais.

6.1 Clientela

Participaram da capacitação os seguintes profissionais:

- Equipe PSF Santos Reis: 1 dentista, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem).
PSF Itaparica: 1 enfermeira;
- Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): 1 fonoaudióloga e 1 dentista, coordenadora da Saúde Bucal de Alfenas.

A capacitação foi realizada pela enfermeira profa. Dra. Patrícia Mônica Ribeiro docente em saúde pública, com foco em saúde materno-infantil, na Faculdade de Ciências Médicas e Faculdade de Enfermagem de Alfenas, Minas Gerais.

O curso teve 10 encontros semanais com duração de quatro horas. A proposta pedagógica constituiu de discussões dos temas considerados relevantes no manejo correto do AM, com a utilização de recursos audiovisuais.

O grupo teve caráter participativo, com liberdade dos participantes para interromper a apresentação, caso houvesse dúvida, além disso, espaço era aberto à discussão, permitindo aos participantes expressar suas opiniões e troca de experiências.

6.2 Temas abordados no Curso

1 Introdução do Tema "Histórico, benefícios da amamentação e desmame precoce" e a apresentação da norma escrita: "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno":

2. Anatomia da Glândula Mamária e Fisiologia da Lactação

As questões apresentadas foram a influências dos hormônios prolactina e ocitocina, regulação dos reflexos de produção do leite e ejeção do leite respectivamente.

3. Técnicas de Amamentação

Os temas abordados foram: aspectos que devem ser avaliados para colocar o bebê para mamar; como colocar o bebê no peito.

4. Como avaliar uma mamada:

As questões discutidas foram a postura do profissional frente à nutriz, abarcando a dimensão mãe-filho e sendo importante verificar a técnica correta de amamentação Observar:

- quanto à mãe: condições do peito; da aréola, mamilo, posição da mãe, como a mãe segura e coloca o bebê no peito e posição de Dancer.
- quanto ao bebê: pega correta, lábio superior voltado para fora; o ciclo da sucção/deglutição/respiração Avaliando a sucção: não faz covinhas na bochecha, não faz estalos na língua; a língua está com as bordas levantadas, pode ver o movimento da garganta do bebê deglutir, ouve o bebê deglutir quando o leite passa pela garganta, sinais de satisfação.

5. Manejo dos principais problemas relacionados à amamentação:

Foram abordados os seguintes intercorrências, assim como definição, classificação, sinais e sintomas prevenção e tratamento.

- Ingurgitamento mamário
- Mastite puerperal/abscesso mamário;
- Trauma mamilar;
- Freio lingual;
- Lábio leporino;

6. Droga e Aleitamento Materno:

Revisão dos fármacos (analgésicos, antitérmicos, anti-inflamatórios, opioides, hormônios e antagonistas) e seus respectivos marcadores.

7. Discussão de casos clínicos:

Apresentação de dois casos clínicos, envolvendo problema do AM: mamilos invertidos, ingurgitamento mamário.

6.3 Resultados da capacitação

Introdução do Tema

No primeiro encontro do curso iniciou-se com a introdução ao tema: "Histórico, benefícios da amamentação e desmame precoce" e em seguida a apresentação e discussão dos *Dez Passos para o Sucesso da Amamentação* como importante política pública de promoção ao AM e pré-requisito para que uma instituição de saúde receba o título de Amigo da Criança.

O grupo compreendeu a importância do papel educativo dos profissionais de saúde frente à promoção da amamentação e a necessidade de se intensificar as ações de incentivo e apoio ao AM no contexto das políticas públicas existentes na rede de atenção à saúde.

Conhecer os dez passos para o sucesso do aleitamento materno foi de grande relevância, pois suas recomendações favorecem a amamentação a partir de práticas e orientações no período pré-natal, sendo uma norma adotada como pré-requisito na obtenção do título: Hospital Amigo da Criança e Unidade Básica Amiga da Amamentação.

Anatomia da glândula mamária e fisiologia da lactação

Os profissionais compreenderam que o adequado manejo clínico da amamentação exige conhecimentos da anatomia e fisiologia da lactação, sendo a

fisiologia responsável pelos reflexos de produção e ejeção do leite pela sucção periódica resultando na produção de leite. A anatomia está diretamente relacionada à pega correta do bebê, pois o leite será extraído de forma eficiente se a criança abocanhar toda a aréola, comprimindo os seios lactíferos. Se porventura a criança abocanhar somente o mamilo estará diante de uma má pega, o que irá comprometer a retirada do leite e, conseqüentemente, lesar o mamilo.

O grupo concluiu que a amamentação não é um fenômeno instintivo, mas que sofre a interferência de vários fatores, a exemplo os condicionantes como: visão, cheiro e choro da criança, e os de ordem emocional como motivação, autoconhecimento e tranquilidade. Ficou evidente para todos os profissionais no apoio emocional, técnico, científico e relacional à nutriz para que o aleitamento materno se estabeleça com sucesso.

Técnica de amamentação

Grande parte das participantes demonstrou conhecer as técnicas correta de amamentação como: estar bem acordado, braços e pernas desembrulhados; caso esteja frio, cobrir após abocanhar o peito, não usar touca, devido à transpiração durante a mamada, não estar usando luvas; colocar o bebê para mamar de acordo com a posição da mãe: - mãe sentada em várias posições, mãe e bebê deitados, posição contrária e outras posições.

Ao longo do curso, o grupo assimilou conceitos e conteúdos a serem aplicados no dia a dia de seus respectivos trabalhos, reconhecendo a importância da assistência mãe/filho e do conhecimento da técnica correta de AM, para que a criança tenha um padrão de sucção e ganho ponderal satisfatório e a nutriz não apresente traumas mamilares, mastites e outras intercorrências.

Como avaliar uma mamada

Em relação ao tema "Como avaliar as mamadas" ficou evidente para os participantes como a apropriação dessa habilidade é importante para o sucesso da amamentação.

A abordagem do tema repercutiu fortemente entre os participantes, sobretudo no repensar das práticas diárias da equipe frente ao aconselhamento à nutriz como: o respeito aos seus sentimentos e o interesse fiel em ajudá-la. Foi lançado mão de alguns recursos para o acolhimento de mães e bebês como: fala baixa e calma, abster-se termos pejorativos como “problemas” e “fracasso” a fim de se obter um ambiente favorável ao AM.

Tornou-se consenso entre o grupo a importância da equipe multiprofissional na avaliação do jeito de amamentar oportunizando a escuta humanizada da nutriz, respeitando suas crenças, mitos e tabus; e apoiando-a no seu papel de mãe provedora do alimento do filho, sem, entretanto dirimir suas dúvidas.

Manejo dos principais problemas relacionados à amamentação

Um dos problemas mais comuns relatados pelos participantes quanto ao manejo do AM foi sem dúvida, o tema leite fraco/pouco leite. Para o grupo muitas mulheres verbalizam tal situação, num processo frequente que culmina com o desmame precoce e a suplementação com outros leites.

A insegurança materna foi citada pelo grupo como um dos maiores obstáculos para o êxito do aleitamento materno, pois a nutriz desconhece a sua capacidade nutrir o filho, contribuindo para o desmame precoce à menor dificuldade.

Os atores envolvidos na capacitação concordaram que as mães podem apresentar falta de confiança e motivação quanto à prática do AM, sendo imprescindível o apoio e incentivo dos profissionais para lidar e direcionar tais questões.

Houve consenso entre o grupo que o manejo clínico do aleitamento materno requer a orientação e educação das mães, encorajando-as na sua capacidade de produzir leite em quantidade suficiente, uma vez que as disfunções lactogênicas mamárias são raras, permitindo refutar com fundamento científico às teses de hipogalactia e de leite fraco.

Drogas e aleitamento materno

A abordagem do tema junto aos participantes, quanto à classificação dos medicamentos em categoria de risco para uso na lactação trouxe grande expectativa entre o grupo. Que reconheceu a importância de se conhecer a classificação dos fármacos, entre aqueles que não comprometem amamentação, aqueles que devem ser empregadas com cautela e outros que não devem ser indicados. Uma atenção especial foi dada para aqueles medicamentos que podem suprimir a lactação.

Os participantes exemplificaram suas inseguranças em relação a algumas drogas mais empregadas como: analgésicos, antitérmicos, anti-inflamatórios, opioides, hormônios e antagonistas. Dúvidas surgiram quanto à interrupção do aleitamento materno, quanto à nocividade das medicações para os lactentes e a respeito de certas drogas poderem ser substituída por outras compatíveis com a amamentação.

A relevância do tema “droga e aleitamento materno” proporcionou aos participantes refletir sobre a responsabilidade do seu papel na educação e orientação às nutrizes.

Discussão de casos clínicos

No último encontro foi apresentado ao grupo uma situação real ou fictícia, com para ser discutida, possibilitando o desenvolvimento analítico e espírito científico, bem como a tomada de decisão frente às situações apresentadas. Além de retomar conceitos teóricos, o estudo de caso permitir ao grupo relacionar com a prática uma dada realidade. Dos casos em discussão emergiram de um contexto mais próximo à da experiência de cada profissional como uma forma de resgatar os conteúdos até então abordados no curso.

Finalmente, um dos aspectos mais importantes ocorridos durante a capacitação, foi sobre a importância do atendimento multidisciplinar no que tange ao atendimento a amamentação.

7 CONCLUSÕES

É inegável que a oferta de um curso técnico no manejo do aleitamento materno na atenção primária à saúde favorece a criação de um espaço efetivo para a promoção, proteção e apoio a amamentação.

O curso propiciou aos participantes verbalizarem suas dificuldades, dúvidas e anseios quanto à assistência as mães e bebês, facilitando a construção em conjunto de soluções viáveis a fim de melhorar o panorama das práticas na área do AM.

Tendo em vista que o conhecimento é imprescindível para que os profissionais incentivem, orientem e apoiem efetivamente as mulheres e suas famílias durante o processo de lactação Estratégias e ações em prol do aleitamento junto às equipes contribuem para a mudança das práticas e melhoram o conhecimento, a motivação e formação dos profissionais de saúde envolvidos.

Considerado que a equipe de saúde um importante aliado na luta pró-amamentação, acredita-se que um maior investimento na capacitação dos profissionais em aleitamento materno sendo capaz de potencializar melhores ações, que são como um sopro revitalizador, possibilitando mudanças nas instituições. Ao acolher precocemente as puérperas e gestantes, os profissionais tenham habilidade técnica/científica e segurança para o manejo adequado do AM.

Todos os atores que compõem a rede (enfermeiros, nutricionistas, fonoaudiólogos, dentistas e outros) sentiram-se sensibilizados quanto às práticas de incentivo e apoio a amamentação, sendo a educação permanente e intermitente como um desses instrumentos.

Finalmente, espera-se que iniciativas que valorizem o AM na rede básica sejam fortalecidas Que este relato de experiência de um curso técnico no manejo do AM proporcione reflexões crítica quanto à mudança dos paradigmas de gestão do serviço de saúde.

8 REFERÊNCIAS

AIRES, M. M. **Fisiologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ALMEIDA, J. A. G. A.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **J Pediatría**, v80, n5, p119-125, nov 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a02.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2011.

ANTUNES, L.; ANTUNES, L. A. A.; CORVINO; M. P. F.; MAIA, L. C. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v13, n1, p 103-109, jan/fev 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63013114.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2011.

ARANTES, A. V. **Desmame precoce em Seritinga - Minas Gerais**: Uma proposta de intervenção junto ao Programa Saúde da Família Dissertação (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais Disponível em: <<http://www.nesconmedicinaufmg.br/biblioteca/imagem/2386.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2011.

BACCO, P. A. M.; PROGIANTI, J. M. Discurso dominantes e estratégias na utilizadas na prática do aleitamento materno. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v16, n2, p206-11, abr/jun2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a11.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2011.

BARDALO, D. J. **Aleitamento Materno Relactação e Lactação Induzida**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade Ciências da Saúde. Covilhã, 2008. Disponível em: <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/724/joanabardalo_aleitam.pdf>. Acesso em: 15 out. 2011.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia Alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília, 2002. Disponível em:<<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guiao.pdf>>. Acesso em:10 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o Aleitamento Materno**. 2 ed. Brasília, DF, 2007. Álbum seriado. 18p. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1461>. Acesso em: 11 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento**

Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília (DF):Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: nutrição Infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília, 2009a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. **Rede amamenta Brasil: caderno do tutor.** Brasília, 2009b. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/caderno_tutores_rede_amamenta.pdf>. Acesso em: 10 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2010. Disponível em:<<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/amdrog10.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança.** Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2011.

CALDEIRA, A. P.; FAGUNDES, G.C.; AGUIAR, G.N. **Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação.** Rev. Saúde Pública, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2008nahead/6980.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2011.

CAMINHA, M.C.F.; SERVA, V. B.; ANJO, M.M.R.; BRITO R.B.S.; LINS, M.M.; FILHO, M.B. Aleitamento exclusivo entre os profissionais de um Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v16, n4, jan/fev 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&lng=pt&pid=S1413-81232011000400023>. Acesso em: 19 ago. 2011.

COELHO, C.V.A. **Fatores que interferem e dificultam na duração do aleitamento materno:** revisão de literatura. Dissertação (Especialização em Atenção Básica em

Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2386.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2011.

CORREIA, A. C. dos S. **Breastfeeding as an Obesity's Prevention Fact.** Dissertação (Mestrado) - Universidade do Porto, 2009. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54499/1/132244_0998TCD98.pdf>. Acesso em: 12 de jun. 2011.

DEVITO, L. F. A.D. **Promoção e incentivo ao aleitamento materno:orientações para equipe de saúde da família.** Dissertação (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0950.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2011.

DODT, R.C.M.; ORIÁ, M. O. B.; PINHEIRO, A. C. B. P.; ALMEIDA, P. C.; XIMENES, L. B. Perfil epidemiológico das puérperas assistidas em alojamento conjunto. **Revista de Enfermagem**, v03, n18: p345-56, jul/set 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a02.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2011.

FERREIRA, M.F.; LANZELLOTTI, H.S.; BARBOSA, R.G.D.; SOUZA, A.S. Avaliação do cumprimento dos “dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em uma unidade de saúde do Rio de Janeiro, RJ. **Ceres: Nutrição & Saúde**, v. 05, n.01: p.37-47, 2010. Disponível em: <http://www.nutricao.uerj.br/revista/v5n1/pdf/art_4.pdf>. Acesso em: 16 set. 2011.

FERREIRA, M.; NELAS, P.; DUATE, J. Motivação para o aleitamento materno: variáveis intervenientes. **Millenium**, v40, p23-38, 2011. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/3.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2011.

FUJIMORI, E. et al. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v14, n33, p315-27, abr/jun 2010. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1801/180115834007.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2011.

GUYTON, A. C. **Tratado de fisiologia médica.** Rio de Janeiro, 2006.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>Acessado>. Acesso em: 8 nov. 2011.

KING, F. S. **Como ajudar as mães a amamentar**. 4ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.189p. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/cd03_13.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2011.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. **Manual do Aleitamento Materno**, 2007. Disponível em:<http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf>. Acesso em 20 ago. 2011.

MEDINA, C. L. P. **Fatores Associados à Prática do Aleitamento Materno Exclusivo em Crianças Menores de Seis Meses de Vida no Município de Niterói – 2006**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25990_medinacipm.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2011.

MELO, S. L. **Amamentação: Continuo Aprendizado**. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

MORAIS, T. C.; FREITAS, P.X.; NEVES, J.B. Percepção das primigestas acerca do aleitamento materno. **Revista de Enfermagem Integrada**, v3, n2: p621-636, nov/dez 2010. Disponível em:<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/13-percepcao-das-primigestas-acerca-do-aleitamento-materno.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2011.

PACHECO, D.R. **Prevalência de complicações relacionadas à amamentação no Hospital Nossa Senhora da Conceição no Ano de 2005**. Tubarão 2005. Disponível em:<<http://inf2.unisul.br/~fisiotb/Tcc/DeboraRamos/tcc.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2011.

PARIZZOTO, J.; ZORZI, N. T. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **O Mundo da Saúde**, v32, n4, p466-474, 2008. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/65/08_Aleitamento_baixa.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2011.

PEREIRA, F. C. B. **Proposta de criação de um curso on-line sobre aleitamento materno complementar à disciplina distúrbios da fala**. Belo horizonte, 2008. Disponível em: <<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cachexeqvGa3rxgqj.df>>. Acesso em: 19 jul. 2011.

PEREIRA, R. S. V.; OLIVEIRA, M. I. C.; ANDRADE, C. L. T. Fatores associado ao aleitamento materno exclusivo: papel do cuidado na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v26, n12, p2343-2354, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n12/13.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

RIBEIRO, P. M. **Aleitamento materno: como incentivar**. São Paulo, 2010.

REGO, J. D. **Aleitamento Materno: Um Guia para Familiares**. 2ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

RESENDE, L.N. **Situação do Aleitamento Materno em crianças menores de um ano no município de São Brás do Sapucaí, MG 2010**. Dissertação – (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) Universidade Federal de Minas Gerais, 2011. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2386.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

SANTANA, M.C.C.P. *et al.* Aleitamento em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada dos pressupostos na educação para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v2, n15, p411-417, 2010. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012321013.pdf>> Acesso em: 11 ago. 2011.

SILVEIRA, M. M. M. **Aleitamento materno de Anápolis: saberes e práticas na estratégia de saúde da família**. Dissertação (mestrado) - Centro Universitário Unievangélica de Anápolis, 2009. Disponível em: <<http://www2.unievangelica.edu.br/gc/imagens/file/mestrados/DissertacaoMarlusse.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. Saúde Pública**, v 24, n2, p235-246, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/09.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2011.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND . **Passos para ser Hospital Amigo da Criança, 2009**. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9997.htm > Acesso em: 12 out. 2011.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Placar dos Hospitais Amigos da Criança, 2010**. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9997.htm>. Acesso em: 17 out. 2011.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento materno**. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm > Acesso em: 12 out. 2011.

VENÂNCIO, S.I. *et al.* Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the federal District: current status and advances. **J. Pediatria**, v86 n5, out 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n4/en_a12v86n4.pdf>. Acesso em: 14 set. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Indicadores for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007.** Washington, 2007. Disponível em:
<http://www.who.int/nutrition/publications/iycf_indicators_for_peer_review.pdf>.
Acesso em: 23 set. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Consultation on approaches for scaling up breastfeeding interventions at community level.** 28-30 April, 2008, Geneva, Switzerland. Disponível em:
<<http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding/en/index.html>>. Acesso em: 06 set. 2011.

ANEXO A PORTARIA Nº 756 DE 16 DE DEZEMBRO DE 2004

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a criação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, estabelecida e assinada na Declaração de Innocenti, Itália, 1990;

Considerando a promoção do aleitamento materno por intermédio dessa Iniciativa;

Considerando o compromisso assumido pelo Governo Brasileiro na Reunião de Cúpula em Favor da Infância, realizada em Nova Iorque, 1990, de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida, e complementado com alimentos apropriados até os dois ou mais anos de idade;

Considerando a importância da ampliação e fortalecimento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil, e

Considerando a necessidade de atualização e adequação das diretrizes da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, resolve:

Art. 1º Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, as normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 2º Determinar o prazo de 06 (seis) meses para os Hospitais já credenciados/habilitados adequarem-se às normas estabelecidas por esta Portaria.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Portaria Conjunta SAS/SPS nº 29, de 22 de junho de 2001.

JORGE SOLLA, Secretário

ANEXO**NORMAS PARA O PROCESSO DE HABILITAÇÃO DO HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA INTEGRANTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.**

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC no Brasil será desenvolvida consoante às normas e orientações a seguir descritas.

I - O estabelecimento de saúde para ser habilitado pelo gestor estadual/municipal na Iniciativa Hospital Amigo da Criança, deverá atender aos seguintes critérios:

1. Comprovar cadastramento no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES;
2. Comprovar cumprimento à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância;
3. Não estar respondendo à sindicância no Sistema Único de Saúde – SUS;
4. Não ter sido condenado judicialmente, nos últimos dois anos, em processo relativo à assistência prestada no pré-parto, parto, puerpério e período de internação em unidade de cuidados neonatais;
5. Dispor de profissional capacitado para a assistência à mulher e ao recém-nascido no ato do parto;
6. Garantir, a partir da habilitação, que pelo menos 70% dos recém-nascidos saiam de alta hospitalar com o Registro de Nascimento Civil; comprovado pelo Sistema de

Informações Hospitalares, mediante incentivo instituído pela Portaria nº 938/GM, 20 de maio de 2002;

7. Possuir comitê de investigação de óbitos maternos, infantis e fetais implantado e atuante, que forneça trimestralmente ao setor competente da Secretaria Municipal de Saúde - SMS e/ou da Secretaria Estadual de Saúde - SES as informações epidemiológicas e as iniciativas adotadas para a melhoria na assistência, para análise pelo Comitê Estadual e envio semestral ao Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e fetal;

8. Apresentar taxa percentual de cesarianas conforme a estabelecida pelo gestor estadual/municipal, tendo como referência as regulamentações procedidas do Ministério da Saúde – MS;

9. Apresentar tempo de permanência hospitalar mínima de 24 horas para parto normal e de 48 horas para parto cesariana;

10. Permitir a presença de acompanhante no Alojamento Conjunto;

11. Realizar os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, proposto pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, assim definidos:

1º ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deverá ser rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;

2º treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar a referida norma;

3º informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno;

4º ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto;

5º mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a serem separadas de seus filhos;

6º não dar aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno a não ser que seja prescrito pelo médico;

7º praticar o alojamento conjunto (permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia);

8º encorajar o aleitamento sob livre demanda;

9º não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas no peito;

10º encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após a alta do hospital ou ambulatório.

II. O processo de credenciamento/habilitação é iniciado com o preenchimento do questionário de auto-avaliação padronizado pelo Ministério da Saúde e fornecido pela Secretaria de Estado da Saúde - SES, pelo responsável do estabelecimento hospitalar, e encaminhado pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS dos municípios não habilitados em Gestão Plena para a SES.

III. Os municípios habilitados em Gestão Plena e as SES procederão à análise do questionário de auto-avaliação e do cumprimento dos critérios descritos no item I. A SES também designará um avaliador da IHAC para realizar a pré-avaliação do hospital, mediante instrumento padronizado pelo Ministério da Saúde - MS.

IV. Durante o processo de pré-avaliação o estabelecimento de saúde que não atender integralmente aos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, a SMS/SES estabelecerá o prazo para adequação ao cumprimento dos passos pendentes e reavaliação.

V. A partir da verificação do cumprimento dos critérios descritos no item I, o gestor municipal/estadual, dependendo das prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, solicitará a avaliação global pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, mediante o envio de declaração e de cópia dos documentos comprobatórios do cumprimento, solicitando ao Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas – DAPES/SAS/MS a habilitação do estabelecimento de saúde como Hospital Amigo da Criança, assumindo desta forma, as despesas adicionais decorrentes da habilitação. Após aprovado pela área técnica do DAPES, o resultado será encaminhado ao Gabinete da SAS que deverá providenciar Portaria com a habilitação do estabelecimento devidamente identificado com o seus números no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES. Competirá a Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação – CGSI, do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC/SAS/MS garantir que os sistemas de informação obedecerão às habilitações aprovadas.

VI. A avaliação global dos Dez Passos será realizada por uma equipe de dois avaliadores credenciados e designados pela SAS/MS, sendo um do próprio estado. Os resultados dessa avaliação deverão ser encaminhados pelos avaliadores à referida Secretaria para fins de análise e divulgação.

VII. O hospital que cumprir o estabelecido nesta Portaria receberá a placa de IHAC em solenidade oficial.

VIII. As reavaliações dos hospitais serão realizadas pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPES/SAS/MS - Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, a cada três anos ou quando houver denúncia de irregularidades. O hospital poderá ser descredenciado / desabilitado caso seja constatado o não cumprimento dos critérios e dos Dez Passos listados no item I.

IX. O descredenciamento/desabilitação será feito mediante publicação de portaria revogando o ato anterior de habilitação, editada pela Secretaria de Atenção à Saúde/SAS/MS.

X. As supervisões anuais nos hospitais credenciados serão realizadas pelos avaliadores designados pelas SMS/SES, utilizando como roteiro formulários específicos da IHAC. Os resultados deverão ser encaminhados, até o último dia útil do mês de novembro de cada ano, ao DAPES/SAS/MS - Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno.

XI. Para a avaliação e a reavaliação globais, a equipe de avaliadores designados contará com dois profissionais de saúde não envolvidos com o treinamento nem com o processo de credenciamento, sendo que um deles não deverá ser do município onde esteja ocorrendo tal processo.

XII. As SES e SMS e os estabelecimentos de saúde credenciados deverão zelar pela continuidade das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, mantendo o cumprimento dos critérios e dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”.

XIII. Os valores de remuneração dos hospitais habilitados como Amigo da Criança constam da Portaria GM/MS nº 1117, de 7 de junho de 2004