

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

**ALCIDES TRANCOSO JUNIOR**

**ALEITAMENTO MATERNO: UM ATO POSSÍVEL DE SER  
PROMOVIDO PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ALCIDES TRANCOSO JUNIOR**

**ALEITAMENTO MATERNO: UM ATO POSSÍVEL DE SER  
PROMOVIDO PELO 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: Flávia Casasanta Marini

**ALCIDES TRANCOSO JUNIOR**

**ALEITAMENTO MATERNO: UM ATO POSSÍVEL DE SER  
PROMOVIDO PELO 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: Flávia Casasanta Marini

Banca Examinadora

Profa. Flávia Casasanta Marini – Orientadora

Profa. Marlene Azevedo Magalhães Monteiro – Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 21/11/2013

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho para a minha família, constituída de pessoas diferentes, mas igualmente belas e admiráveis em suas essências, que me estimulam e impulsionam na busca de uma vida mais plena e cheia de beleza.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos mestres que transmitem conceitos, despertam a consciência, incentivam a criatividade, desenvolvendo a responsabilidade e ensinando a busca da verdade, não como algo definitivo, mas um horizonte infinito.

Aos colegas de classe pela espontaneidade e alegria na troca de informações e materiais, numa rara demonstração de amizade, solidariedade e companheirismo.

À minha família pela paciência, por compreender a minha ausência nas várias reuniões em que não pude comparecer.

E, finalmente (e principalmente), a DEUS. Pelo caminho iluminado. Pelo privilégio de poder compartilhar experiências e estudar, em profundidade, temas tão relevantes, que não faziam parte de minha vida. Pelas bênçãos e consolo nos momentos difíceis. Pela compaixão renovada a cada manhã.

## RESUMO

Esta pesquisa realizou o levantamento de informações atualizadas, contidas em trabalhos científicos, pesquisados na base de dados LILACS, MEDLINE, SCIELO, e em dissertações de mestrado e teses de doutorado, recolhidas na base de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A seleção feita utilizou os descritores “Aleitamento Materno” e “Programa da Saúde da Família” (PSF) para discutir as vantagens do Aleitamento Materno e as possibilidades da transmissão de tais saberes às pessoas atendidas na Atenção Primária à Saúde. O Programa de Saúde da Família é um lugar privilegiado para promoção da amamentação. Há um aumento da prevalência do aleitamento materno, quando as mães são conscientizadas da importância do ato de amamentar e recebem, ao menos, uma visita domiciliar no puerpério. Neste trabalho, investigamos as causas do desmame e as dificuldades relatadas pelas mães para a manutenção do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), além de apresentar um plano de ação cujo objetivo é aumentar a primazia e promover a expansão do Aleitamento Materno. Vislumbra-se a preponderância do Aleitamento Materno com a efetivação do Programa de Saúde da Família. Entende-se, ainda, a necessidade de capacitar seus agentes de saúde para que, de fato, esse crescimento e essa predominância ocorram.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno, Aleitamento Materno Exclusivo, Programa de Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

This research mapped out updated information from scientific papers searched on databases as LILACS, MEDLINE, SCIELO and from master's theses and doctoral dissertations searched on the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES) database. Our research was based on keywords as "Breastfeeding" and "Program of Family Health" (Programa de Saúde da Família, PSF) in order to discuss the advantages of nursing and possible transmission of that knowledge to people assisted by Primary Health Care. The Family Health Program is a privileged project for breastfeeding promotion. Prevalence of nursing practice increases when mothers are made aware of importance of lactation and when they receive at least a household visit during puerperium. In this paper, we investigate causes of weaning and difficulties of maintaining exclusive breastfeeding (Aleitamento Materno Exclusivo, AME) reported by mothers, in addition to presenting an action plane whose goal is increasing the primacy and expansion of nursing. It throws light on the prevalence of breastfeeding since the creation of the Family Health Program in Brazil. In addition, it emphasizes the need of training health agents in order to make possible breastfeeding expansion and prevalence.

**Keywords: Breastfeeding, Exclusive Breastfeeding, Program of Family Health.**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>11</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>14</b>
<b>5. PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>15</b>
<b>6. A AMAMENTAÇÃO E OS MÚLTIPLOS PAPÉIS DA MULHER .....</b>	<b>17</b>
<b>7. COMPLEXIDADES E DIFICULDADES DO PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>8. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>22</b>
<b>9. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>27</b>
<b>10. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>29</b>



## 1. INTRODUÇÃO

A importância do leite materno para o bebê é indiscutível. Em toda a literatura existente, ele aparece como um alimento completo – equilibrado – e é considerado uma das maneiras mais eficientes de atender os aspectos nutricionais, imunológicos, psicológicos e de desenvolvimento da criança, em seu primeiro ano de vida, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1994). Nas últimas décadas, inúmeras investigações científicas também constataram os muitos benefícios do leite materno para a saúde do bebê e da mulher, o que fundamentou a atual Política de Aleitamento Materno (PAM) no Brasil (TOMA; REA, 2008). No entanto, o Aleitamento Materno (AM) não pode ser reduzido apenas a uma ação de saúde, uma vez que é uma prática social permeada “por representações, valores e, inclusive, ideologias e ocorre de modos diferentes, a depender do período histórico e do estrato social considerado” (REZENDE *et al.*, 2002, p.154).

É de suma importância que tenhamos consciência destes fatores ao considerarmos as metas de promoção do Aleitamento Materno que o Ministério da Saúde do Brasil (MSB) preconiza (BRASIL, 2002). Segundo estas metas, espera-se que o lactente seja amamentado com exclusividade (isto é, sem uso de chás, sucos, água ou alimentos sólidos – exceto medicamentos), durante seus primeiros seis meses de vida. Paradoxalmente, uma Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno, realizada nas capitais dos estados e no Distrito Federal, revelou que a mediana de Aleitamento Materno Exclusivo é de apenas 54 dias (BRASIL, 2009). Portanto, ainda estamos longe da meta proposta pelo Ministério da Saúde.

Estudos demonstram que o processo de industrialização, a partir da Segunda Guerra Mundial, a arrancada do trabalho feminino, os movimentos feministas, as mudanças na formação da família, o despreparo ou indiferença dos profissionais de saúde e a publicidade agressiva das indústrias produtoras de substitutos do leite materno, gerou uma baixa na incidência e no predomínio do Aleitamento Materno.

As mulheres com maior instrução/escolaridade foram as que mais precocemente deixaram de amamentar os seus filhos, sendo rapidamente imitadas pelas mulheres com menor escolaridade (LEVY; BÉRTOLO, 2008).

No Brasil, a importância do Aleitamento Materno teve o seu redescobrimto a partir dos anos oitenta, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e diminuindo o índice de mortalidade infantil; redução comprovada em todo território nacional (ALMEIDA, 1999). O Aleitamento Materno é uma das bases da Atenção Primária à Saúde (APS), pois, quando se trata de Saúde Coletiva, é considerado prioridade pelos organismos internacionais: Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Ministério da Saúde do Brasil.

Os hábitos alimentares são construídos pela interação da criança com a própria mãe ou com a pessoa mais ligada à sua alimentação, além do ambiente doméstico, das condições socioeconômicas e das relações familiares. Assim, o grupo familiar poderá ser o determinante na adoção de práticas de alimentação, favorecendo o estabelecimento de um padrão de comportamento alimentar infantil, adequado ou não (BERCINI *et al.*, 2007). Como está escrito no Caderno de Atenção Básica, nº 23, do Ministério da Saúde do Brasil (2009, p. 9), “é na infância que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas”. As carências que se observam nessa fase deixam marcas para toda a vida. Deve-se falar também do vínculo, binômio mãe/bebê, que a prática do Aleitamento Materno proporciona.

Mesmo com a ampliação de ações que impulsionem em um maior índice de adesão ao AM, os números ainda estão aquém dos ideais. Uma das maneiras de promover o aumento do AM é capacitar profissionais da APS, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), utilizando ferramentas como as visitas domiciliares às gestantes e puérperas (Proposta de Intervenção). O próprio Ministério da Saúde do Brasil (2009) chama a atenção sobre a importância da prevenção de agravos e promoção à saúde e cita o Programa Saúde da Família como instrumento de consolidação e compartilhamento de conhecimento, como se vê:

Na área da Atenção Básica à Saúde, a Estratégia Saúde da Família, desde a sua criação, no ano de 1993, vem se consolidando como um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de um movimento de expressiva expansão de cobertura populacional, aprimorando em muito o acesso da população às ações de saúde.

Dentro desse processo, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto pela Vida e a Política Nacional de Atenção Básica vieram para contribuir como instrumentos para o fortalecimento da Saúde da Família no âmbito do SUS.

Recentemente, o UNICEF, em sua publicação “Situação Mundial da Infância 2008 – Sobrevivência Infantil”, reconheceu a Estratégia Saúde da Família como uma das principais políticas adotadas pelo País responsável pela redução da mortalidade infantil nos últimos anos.

Segundo dados do UNICEF, o Brasil ocupa o segundo lugar no ranking de países capazes de atingir a meta de redução da mortalidade infantil em dois terços, de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, da Organização Mundial da Saúde. O Brasil apresentou expressiva evolução na redução da mortalidade na infância entre 1990 e 2006, o que permite prever o cumprimento da meta muito antes do pactuado.

O Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna em Minas Gerais (Viva Vida) foi lançado em outubro de 2003 e aposta na sistematização de ações e na parceria entre governo e sociedade civil organizada como a principal estratégia no enfrentamento da mortalidade infantil e materna (Ministério da Saúde do Brasil, Caderno de Atenção Básica, nº 23, p. 9).

## 2. JUSTIFICATIVA

A prevalência do Aleitamento Materno no Brasil é um dado importante a ser considerado, especialmente, quando a proposta é aumentar a adesão e a ampliação, pois sabemos (SENA *et al.*, 2007) que o percentual de mães que praticam o AM não exclusivo (Belo Horizonte) é de 82.4% (nos primeiros 30 dias), 69.9% (até os 120 dias) e 59.4% (até os 180 dias). Tais percentuais são diferentes, quando se trata de Aleitamento Materno Exclusivo: 30.6% (nos primeiros 30 dias), 30.6% (até 120 dias) e 10.9% (até 180 dias).

Os fatores de risco da não adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo são descritos em vários artigos científicos. O Ministério da Saúde do Brasil (2009) declara que o AME evita mortes infantis, diarreias, infecções respiratórias e nova gravidez; diminui o risco de alergias, hipertensão, colesterol alto e diabetes; reduz a chance de obesidade e os custos financeiros; melhora a nutrição e o desenvolvimento da cavidade bucal; causa um efeito positivo na inteligência; protege contra o câncer de mama; promove um vínculo afetivo definitivo entre mãe e filho.

O Aleitamento Materno é uma estratégia que integra as demais ações na redução da mortalidade infantil e materna. Neste sentido, a capacitação de profissionais que atuam diretamente na assistência maternal-infantil, no manejo adequado do Aleitamento Materno (em maternidades e quaisquer outros serviços, como APS/SUS-MG), é condição essencial na multiplicação de tal conhecimento.

Um dos grandes desafios das equipes do Programa de Saúde da Família – para alcançar os objetivos dos projetos e programas de incentivo ao Aleitamento Materno – reside na busca por compreender os reais motivos pelos quais muitas mulheres deixam de amamentar seus filhos. Desafio maior, por conseguinte, é atuar junto a elas, na tentativa de intervir nos aspectos que levam à decisão de deixar de amamentar e introduzir precocemente outros alimentos na dieta do recém-nascido.

Conseqüentemente, a manutenção da amamentação nos seis primeiros meses de vida ainda é um desafio para os profissionais de saúde, uma vez que a amamentação depende das condições de vida e trabalho, do momento vivido pela mulher, de suas experiências anteriores, da trajetória cultural e, também, da compreensão que a sociedade tem a respeito do assunto.

Desse modo, este estudo foi pensado e delineado com o objetivo de conhecer os aspectos que envolvem o período do Aleitamento Materno e verificar as medidas

possíveis para uma melhor atuação do Programa de Saúde da Família nesta mediação mãe e filho, a fim de promover o diálogo, identificar dificuldades, atender necessidades particulares e ampliar a adesão ao Aleitamento Materno e Aleitamento Materno Exclusivo.

### **3. OBJETIVO GERAL**

Apresentar Plano de Intervenção no Programa de Saúde da Família para o aumento do índice de adesão ao Aleitamento Materno e Aleitamento Materno Exclusivo.

#### **3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Analisar produção acadêmica a respeito do Aleitamento Materno.

Identificar elementos chave para a elaboração do Plano de Intervenção.

Estabelecer o papel da Equipe de Saúde da Família na promoção do Aleitamento Materno e Aleitamento Materno Exclusivo.

#### 4. METODOLOGIA

Para analisar produção acadêmica a respeito do Aleitamento Materno foi feita uma revisão bibliográfica de produção científica publicada entre os anos de 2000 a 2013, utilizando artigos científicos, publicados em revistas nacionais e internacionais, dissertações de mestrado e teses de doutorado, publicadas no Brasil. Estudamos alguns artigos científicos selecionados nas bases de dados bibliográficas LILACS, MEDLINE e SCIELO. Já as dissertações de mestrado e teses de doutorado foram escolhidas do banco de dados da CAPES. Esta seleção se valeu dos descritores: “Aleitamento Materno”, “Aleitamento Materno Exclusivo” e “Programa da Saúde da Família”.

Por serem considerados relevantes para o tema tratado, além da produção científica enquadrada dentro dos critérios acima, foram utilizadas duas publicações que não atendiam ao critério “período de publicação”: uma tese de doutorado de 1996 e uma publicação da OMS de 1994.

Para identificar elementos-chave na elaboração do Plano de Intervenção foi evidenciado o baixo índice de adesão ao Aleitamento Materno, como citado por Sena *et al.*, (2007), e a grande importância da assistência à nutriz nas primeiras semanas pós-parto (CARVALHAES *et al.*, 2007; RAMOS, ALMEIDA, 2003). As visitas domiciliares como ferramenta na mudança da realidade, como citado por Debarbieux e Blaya (2002), têm como alvo reconhecer fatores de risco: “deficiência na criação dos filhos, na supervisão”, por exemplo.

Para estabelecer o papel da ESF na promoção do AM foi proposto um Plano de Intervenção que prioriza as visitas domiciliares às nutrizes, imediatamente ao parto, com descrição pormenorizada ao final trabalho.

## 5. PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa de Saúde da Família é proveniente do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Posteriormente, na sua fase de consolidação, foi chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2008), e fez alterações no modelo de assistência médica. O PFS entende que a população carente é discriminada positivamente. Sua atuação está voltada para a prevenção e promoção à saúde, o que tem causado uma reorganização dos serviços de saúde.

Durante esse período de formulação e reformulação da assistência da saúde no Brasil, além do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), citamos, aqui, a Constituição Federativa Brasileira, que amplia o entendimento conceitual de saúde, declarando que a saúde é “direito de todos e dever do estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença, agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (ANDRADE, 2007, p. 39).

O PSF, que ainda está em fase de implantação em todo território nacional, aparece como modelo alternativo no enfrentamento de agravos crônicos. Atualmente, como diz Terris (2001), a promoção da saúde está diretamente ligada ao controle de determinantes, sejam do meio ambiente, estilos de vida, sociais ou econômicos. Terris (2001) diz, ainda, que a epidemiologia das doenças crônicas prevalentes, desde 1943, já era observada pela medicina social inglesa que correlacionava condições sociais e ocupacionais à prevenção.

Nesse sentido, o Programa Saúde da Família pode ser uma boa estratégia de promoção e apoio ao Aleitamento Materno, na medida em que oferece às famílias atenção à saúde preventiva e curativa; em suas próprias comunidades. Especificamente, com relação à amamentação, a Equipe de Saúde da Família pode desenvolver atividades educativas, desde o período pré-natal, buscando interagir mais efetivamente com as mulheres, possibilitando conhecer suas experiências anteriores, os significados da gravidez, naquele momento, e outros aspectos subjetivos que possam favorecer ou não o processo do Aleitamento Materno (PARADA *et al.*, 2005).

Outra frente na qual é possível atuar efetivamente são as intercorrências comuns do início da amamentação, como traumas mamilares, ingurgitamento



mamário e mastite, responsáveis, muitas vezes, pelo desmame precoce. Entretanto, mesmo em áreas de atuação de Equipes de Saúde da Família, tem sido um desafio ampliar a adesão à prática do Aleitamento Materno, especialmente na forma exclusiva (PARADA *et al.*, 2005).

Intercorrências dessa natureza evidenciam a necessidade de uma rede de apoio à nutriz, sobretudo nas primeiras semanas após o parto (CARVALHAES *et al.*, 2007; RAMOS, ALMEIDA, 2003). Considerado um momento delicado, o período puerperal requer atenção e cuidados especiais da Equipe de Saúde, que, entre outras coisas, deve avaliar criteriosamente a amamentação (SANCHES, 2004). Assim, para que a prática do Aleitamento Materno seja efetivamente estabelecida, além da vontade da mulher, é fundamental um ambiente favorável e o apoio familiar e de profissionais de saúde mais próximos. Neste caso, do PSF.

Os relatos de dor e da falta de apoio dos profissionais de saúde (o não acolhimento da mulher) contribuem, em grande parte, para o abandono da amamentação (RAMOS, ALMEIDA, 2003). Além da falta de sensibilidade em acolher a mulher no processo de decisão e adaptação ao Aleitamento Materno, é importante lembrar que a assistência parte de um pressuposto de que a amamentação é algo natural; além de um dever. Por consequência, a mulher é reduzida à sua função nutridora, negando-se sua condição de ser humano (sujeito) envolvido no processo (REZENDE *et al.*, 2002; REZENDE, 2000).

A discussão foi fundamentada na concepção de Aleitamento Materno como prática social (ALMEIDA, NOVAK, 2004; REZENDE *et al.*, 2002) que demanda um cuidado centrado em valores humanísticos. Isto é: uma abordagem de compreensão e de apoio (REZENDE, 2000), ao invés apenas da prescritiva tradicional.

## 6. A AMAMENTAÇÃO E OS MÚLTIPLOS PAPÉIS DA MULHER

A manutenção da amamentação é uma tarefa complexa para os profissionais do PSF. Especialmente, durante os primeiros seis meses de vida da criança, como é recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Isso porque muitos fatores influenciam na decisão de Aleitamento Materno.

Segundo a OMS podemos determinar três diferentes categorias de aleitamento materno:

- Aleitamento Materno Exclusivo (AME): prevalência de crianças menores de quatro ou seis meses, alimentadas – nas últimas 24 horas – exclusivamente com leite materno;
- Aleitamento Materno Predominante (AMP): prevalência de crianças menores de quatro ou seis meses alimentadas com leite materno, mas que – nas últimas 24 horas – ingeriram água, chá ou suco;
- Aleitamento Materno (AM): prevalência de crianças menores de um ano que receberam – nas últimas 24 horas – leite materno, independentemente de outro alimento.

Para a maioria das mulheres, a amamentação é uma experiência trabalhosa e, algumas vezes, traumática. Envolve uma variedade de fatores biológicos, psicológicos e sociais, além de ser mediada pela própria experiência da mulher (REZENDE *et al.*, 2002). A manutenção da amamentação configurou-se como uma experiência complexa e difícil para as mulheres a partir do fenômeno da globalização, com a difusão cada vez mais rápida da informação (até mesmo em tempo real). A vida social é, agora, organizada pela tecnologia e pela informática, fiéis seguidoras das premissas de rapidez de uma Nova Ordem Mundial.

Contudo, a amamentação se mostra uma ação imprescindível na promoção da saúde e prevenção de uma série de doenças para a criança, mãe e família, tornando-se uma das mais úteis ferramentas de baixo custo no crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças (ALVES *et al.*, 2005). Antigamente, as mulheres, quando ganhavam seus bebês – muitas até em seu próprio lar – tinham, em relação ao Aleitamento Materno, um acolhimento intra e peridomiciliar: eram acolhidas, cuidadas e orientadas pelas amas de leite, parteiras ou familiares mais antigos e experientes no assunto. O contexto social em que estavam inseridas era

de famílias numerosas, com mais proximidade, muitas ainda não tinham descoberto o trabalho fora de casa e possuíam total disponibilidade para exercer essa função.

Com o passar dos anos, e depois da Revolução Industrial, a maioria das mulheres já estava residindo em zonas urbanas. As famílias estavam estruturalmente mudadas e tornaram-se menos numerosas. A mulher conquistou o trabalho fora do lar, mas isso lhe custou tempo e presença no lar: o tempo ficou mais escasso e a necessidade de alguém para cumprir os múltiplos papéis (mãe e gestora do lar), mais urgente. Tais fatos contribuíram para que a mulher, ao ganhar seu bebê, tivesse que buscar ajuda de um profissional de saúde para lhe ensinar sobre o Aleitamento Materno (o que é cientificamente recomendado e mais correto). O Aleitamento Materno passa a ser, então, uma questão de saúde da família e não mais apenas da mulher.

Como o novo papel na sociedade, a mulher vem, de forma gradativa, afastando-se da função de amamentar seus filhos. Alguns fatores podem ser observados no decréscimo do Aleitamento Materno e no apogeu do aleitamento artificial (NAKANO, 1996): cuidado com o corpo, crença de que a amamentação torna as mamas flácidas, família nuclear constituída apenas de mãe, pai e filho, dificultando a transmissão natural dos costumes antigos, invenção da mamadeira, refrigeração e pasteurização.

Outro agravante é a reestruturação familiar, na qual a mulher vem exercendo, cada vez mais, o papel de chefe de família. A instabilidade do mercado de trabalho exige disponibilidade da mãe/mulher em seu emprego para competir com os homens. Isso acontece com mais um agravante: sem a devida orientação quanto aos seus direitos de cidadania, no exercício do seu papel de mãe/nutriz (creche, disponibilidade de horário, local para coleta e conservação do leite materno) e no direito de amamentar, mesmo exercendo atividades fora do lar.

## 7. COMPLEXIDADE E DIFICULDADES DO PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO

O processo de amamentação, embora aparentemente simples e fisiologicamente singular, requer um conjunto complexo de condições interacionais no contexto social da mulher e de seu filho. Só a informação e a orientação não bastam para o sucesso da experiência de amamentar ou para motivar as mulheres a abraçarem a amamentação como uma demanda íntima e imperativa. É necessário dar condições concretas para que mães e bebês vivenciem esse processo de forma prazerosa e com eficácia (PARADA *et al.*, 2005).

Alguns problemas (mamilos doloridos, fissuras e ingurgitamento mamário) são dificuldades que interferem no estabelecimento e êxito da amamentação (ARAÚJO *et al.*, 2008; CARVALHAES *et al.*, 2007; OSÓRIO, QUEIROZ, 2007; PARADA *et al.*, 2005; RAMOS, ALMEIDA, 2003). Exercitar e aprimorar a técnica da amamentação é importante para prevenir dor e traumas mamilares. A adoção de medidas profiláticas durante o ciclo gravídico-puerperal tende a evitar problemas comuns que, além de interferirem na dinâmica de sucção e extração do leite, certamente atrapalham o estabelecimento do Aleitamento Materno (SANCHES, 2004).

A prática de amamentar sem restrições de horário associa-se ao ganho de peso adequado para o bebê e ao melhor estabelecimento (e maior duração) do Aleitamento Materno (GIUGLIANI, 2000; EUCLYDES, 1997). Desse modo, deve ser sempre encorajada. Entretanto, mamadas com intervalos muito curtos – a cada trinta ou quarenta minutos ou mesmo de hora em hora – são preocupantes e podem indicar que o lactente não está “pegando a mama” corretamente. Mas não se pode esquecer que a fome é mais frequente no Aleitamento Materno Exclusivo, devido à própria composição do leite materno, que é rapidamente digerido (UNICEF, 2009).

A má pega pode ser causada, por exemplo, por uma posição inadequada e torna a mamada ineficiente, “com o bebê ‘brigando’ com a mama, ou mesmo recusando o peito, vindo a reforçar a ideia errônea da mãe e de familiares de que o leite é insuficiente ou fraco” (SANCHES, 2004, p.157). A má pega prejudica o esvaziamento da mama e impede que a criança receba o leite do final da mamada, mais rico em gordura e, portanto, indispensável para a saúde do bebê. Por consequência, pode haver diminuição da saciedade, o que faz a criança encurtar o intervalo entre as mamadas.

Os intervalos curtos têm a tendência de aumentar a fermentação da lactose, o que pode agravar as cólicas, além de levar as mães a acharem que seu leite é fraco ou insuficiente, razão que também dificulta a manutenção do Aleitamento Materno Exclusivo (BRASIL, 2002). Esta dificuldade pode chegar a constituir uma autêntica crise no processo de estabelecimento da amamentação, que poderia ser diminuída ou evitada, se os serviços de saúde estivessem organizados para um pronto atendimento: uma intervenção mais rápida e apoiadora.

Ao achar que seu leite é fraco ou insuficiente, a mãe busca a causa e o modo de solucionar o mal-estar do bebê. Assim, o choro é interpretado como fome e a conjectura de que o “leite é fraco” (e a introdução de novos alimentos) é o acontecimento mais comum, conforme indicam diversas pesquisas (CARVALHAES *et al.*, 2007; OSÓRIO; QUEIROZ, 2007; PARADA *et al.*, 2005; RAMOS; ALMEIDA, 2003). Para Ramos e Almeida (2003), a alegação de que o ‘leite é fraco’ sinaliza um pedido de ajuda das mulheres em relação às dificuldades que estão vivendo. Precisa ser enxergado e interpretado pelas equipes de apoio a fim de se evitar o desmame e a introdução de outros alimentos.

A depressão, que acomete mais de um terço das mulheres no período puerperal (VITOLLO *et al.*, 2007; CRUZ *et al.*, 2005), também determina frequências significativamente menores de Aleitamento Materno Exclusivo, como revelou o estudo de Vitolo *et al.* (2007). Nos casos de depressão, a rede de apoio é fundamental. Dessen e Braz (2000) chamam a atenção para a importância da rede social na manutenção da saúde mental e enfrentamento de situações potencialmente estressantes como são as fases de transição decorrentes do nascimento de filhos. São várias as pessoas que podem oferecer suporte, destacando-se, entre elas, membros da própria família, vizinhos e profissionais. O apoio pode ser material, financeiro, execução de tarefas domésticas, cuidado com outras crianças, orientação e, por último, mas não menos importante, emocional.

Tal suporte é fundamental na fase de estabelecimento e manutenção do Aleitamento Materno. No entanto, implica, por parte dos serviços de saúde, a reorganização em torno de outra lógica. Família e comunidade são, ao mesmo tempo, sujeitos e suportes do cuidado. O cuidado, por sua vez, passa a abarcar a prevenção do isolamento social como estratégia de promoção do AM.

Diante do que foi investigado, podemos apontar os seguintes fatores que influenciam no processo de amamentação:

- De ordem psíquica: condições da mãe, experiências anteriores, significados e valores do Aleitamento Materno;
- Influência do meio: representações sociais sobre o Aleitamento Materno, significados e valores sociais e culturais da comunidade na qual a mãe está inserida;
- Apoio Social: família, trabalho, creches, berçários;
- Condições biológicas: dores, enfermidades, disfunções.

Nesta pesquisa, fica evidente a complexidade do processo de amamentação. Fica evidente, também, o quanto as condições de suporte social são importantes para o sucesso dessa experiência tão rica. Detectamos, ainda, alguns exemplos dos cotidianos vividos pelas mães, nos quais se identifica a necessidade de apoio a fim de favorecer o aleitamento de cunho social: quando uma nutriz retorna para casa após o parto e se vê sozinha, tendo que cuidar de uma série de tarefas, ou quando termina sua licença materna e precisa retornar ao trabalho remunerado. Essas realidades contribuem para a interrupção da amamentação, pois são situações que exigem intervenção imediata e, muitas vezes, as mães não contam com nenhum tipo de ajuda.

## 8. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O Plano de Intervenção está proposto em três blocos.

Primeiro, são apresentados alguns dos protocolos e rotinas já em uso no atendimento à mulher gestante. Em seguida, é apresentado o princípio fundamental e os procedimentos pedagógicos a serem utilizados. Por fim, as ações, em dois quadros. No primeiro quadro estão as ações, os comentários que as fundamentam e os esclarecimentos da perspectiva utilizada. O segundo, mais pragmático, reapresenta as ações dentro de um plano que evidencia, resumidamente, como serão realizadas: a frequência e os responsáveis.

Já são protocolos e rotinas efetivas da assistência à mulher gestante os procedimentos (considerados importantes, diga-se de passagem), listados abaixo, que continuarão sendo seguidos dentro das possibilidades da equipe do PSF:

- Manutenção de pré-natal padrão, com a realização de seis consultas, no mínimo, durante o período da gravidez;
- Realização de exames complementares: US + exames sangue, fezes, urina, por exemplo;
- Avaliação do cartão vacinal;
- Administração de suplementos minerais, especialmente ferro e ácido fólico;
- Realização de visitas domiciliares, intercaladas com as consultas de rotina;
- Realização de visita domiciliar pós-parto imediato, mediante acompanhamento/monitoramento, com atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), na qual a abordagem é identificar/solucionar problemas possíveis no impedimento do Aleitamento Materno. Ingurgitamento das mamas, as fissuras no bico do seio, a não 'descida' do leite para o seio, no caso da mãe. Dificuldade na pega da mama e posicionamento incorreto, especialmente, no caso da criança.

As ações complementares propostas neste Plano Inicial de Intervenção visam, portanto, maior adesão das nutrizes ao Aleitamento Materno, reafirmando os protocolos e as rotinas existentes, e complementando ações já desenvolvidas. O princípio de orientação deste plano é a construção de capacidades, especialmente, através do compartilhamento de informações e conhecimentos, e da demonstração

prática. Serão utilizados, para isso, dois procedimentos pedagógicos: a visita domiciliar e a oficina. Como citado por Debarbieux e Blaya (2002), as visitas domiciliares têm como alvo identificar fatores de risco, tais como “deficiência na criação dos filhos, na supervisão ou na disciplina, alta impulsividade, baixa empatia e egocentrismo”. Nesse contexto, cita-se experiência exitosa, obtida através de visitas domiciliares, compartilhada pelos autores:

No mais famoso dos programas de visitas domiciliares intensivas, David Olds e seus colegas (1986), em Elmira, (Nova York) selecionaram aleatoriamente 400 mães, ou para receberem visitas domiciliares de enfermeiras durante a gravidez ou durante a gravidez e os dois primeiros anos de vida da criança, ou para um grupo de controle que não recebia visita alguma.

Cada visita durava de uma hora a uma hora e quinze minutos, com a periodicidade aproximada de uma visita a cada duas semanas. As enfermeiras visitantes davam conselhos sobre cuidados pré e pós-natais, sobre desenvolvimento infantil e sobre a importância de uma boa nutrição e de evitar fumar e beber durante a gravidez.

Os resultados desse experimento demonstraram que as visitas domiciliares no período pós-natal acarretaram diminuição dos casos registrados de maus-tratos físicos e cuidados negligentes a crianças durante os dois primeiros anos de vida, principalmente entre mães solteiras adolescentes de baixa renda. Entre as mães visitadas, apenas 4% foram indiciadas por maus-tratos ou negligência do filho, ao passo que entre o grupo não visitado, esse percentual foi de 19%.

No acompanhamento de 15 anos de duração, o alvo principal foram as mães solteiras de baixas condições econômicas. Dentre essas mães, as que haviam recebido visitas domiciliares pré e pós-natais houve menos casos de prisão que entre as mães que não haviam sido visitadas, ou que haviam recebido apenas visitas pré-natais (OLDS *et al.*, 1997).

Além disso, entre os filhos dessas mulheres que haviam recebido visitas domiciliares pré e/ou pós-natais, o número de casos de prisão correspondeu a menos da metade do total verificado entre os filhos das mães que não haviam recebido visitas de qualquer tipo (OLDS *et al.*, 1998; DEBARBIEUX; BLAYA, 2002).

Observa-se, assim, a importância das visitas domiciliares como ferramenta na complementação das orientações dadas nos consultórios durante o pré-natal. Neste tipo de visita, a gestante é abordada no seu convívio, possibilitando ao profissional de saúde ‘entrar’ em contato, ainda que de forma parcial, com o cotidiano das mães, podendo interagir e, por conseguinte, influenciar nas mudanças necessárias.

As oficinas são instrumentos pedagógicos fundamentais, quando se quer, além de produzir conhecimento de forma coletiva e reforçar conceitos de forma interativa, estabelecer responsabilidades (também coletivas) com os resultados produzidos. Como escreve Corcione (2004, p. 21, grifos do autor): “uma oficina,



além de ser um processo pluridimensional e criativo, é algo COLETIVO, que passa pela construção de várias pessoas. Por isso o compromisso e a responsabilidade dos participantes do grupo são essenciais”. Todos assumem o papel de coparticipantes e, portanto, responsáveis pelo processo, seus resultados e encaminhamentos originados.

Com o objetivo de ampliar a adesão ao Aleitamento Materno e ao Aleitamento Materno Exclusivo, propomos a realização três ações complementares para uma Equipe de Saúde do PSF, conforme quadro abaixo.

**Quadro 01: Ações propostas e comentários gerais de esclarecimento**

Ações	Comentários
1. Realizar diagnóstico situacional das mulheres gestantes e das gestantes em potencial.	<p>A agilidade na abordagem dos problemas inerentes, assim como a eficácia das ações, quando se fala de PSF, é devido ao amplo conhecimento que os integrantes da ESF têm de sua área adscrita; possibilitada pelo diagnóstico situacional.</p> <p>Assim, tal diagnóstico permite elencar cada grupo temático: hipertensos, diabéticos, gestantes e demais. Além de eleger estratégias na abordagem de cada um.</p>
2. Realizar visitas domiciliares.	A visita deverá ser realizada pelo profissional enfermeiro e um ACS o mais breve possível à data do parto, na
2.1. Elaborar plano de visita a PUÉRPERAS.	qual seriam reforçadas as orientações sobre o Aleitamento Materno, cuidado com as mamas e a
2.2. Elaborar cartilha e/ou roteiro de temas fundamentais a serem tratados na visita domiciliar com a gestante e com familiares, principalmente o cônjuge.	<p>escuta de todas as dúvidas e anseios da mãe.</p> <p>Após esta visita inicial, poderão ser mantidas visitas subsequentes, com periodicidade mensal, até o sexto mês pós-parto.</p> <p>Paralelamente às visitas, será realizado um cadastro da <i>performance</i> de cada caso, registrando as semanas de</p>
2.3. Realizar visitas	gestação, peso ao nascer, comprimento, dias de

domiciliares propriamente ditas.	Aleitamento Materno Exclusivo, causas do não aleitamento, quando for o caso, dificuldades para o Aleitamento Materno, possibilitando traçar ajustes ao plano de ação, visando sempre o aumento da adesão ao AM e ao AME.  Assim, será possível mensurar a resolutividade da proposta de ação, com base nos dados anteriores à sua implantação, quando comparados aos dados posteriores, em um determinado período de tempo.
3. Realizar oficina de amamentação.	As oficinas representam um elemento novo, inserido para fortalecer o compromisso das gestantes e puérperas com a prática do AM.

Fonte: Elaborado pelo autor. (2013).

Com essas considerações, o resultado esperado pelo Plano de Ação é ampliar, ao máximo, a adesão ao Aleitamento Materno e ao Aleitamento Materno Exclusivo, conforme quadro abaixo:

#### Quadro 02: Plano de Ação

<b>Ação</b>	<b>Como</b>	<b>Frequência</b>	<b>Responsáveis</b>
1. Realizar diagnóstico situacional das mulheres gestantes e das gestantes em potencial.	Utilizar fichário próprio de cada equipe de PSF das gestantes cadastradas, assim como intranet, cruzando dados.	Uma vez. Início da intervenção.	ESF.
2. Realizar visitas domiciliares.	De acordo com data provável do parto, monitorar gestantes prestes a “darem a luz”, agendando visita o mais rápido possível pós-parto.	Uma vez pós-parto imediato.	Enfermeiro/ACS.
2.1 Elaborar plano de visita a PUÉRPERAS.	Análise dos cadastros da ESF, obtidos através de dados da própria ESF e da Intranet.	Imediatamente pós-parto, mantendo frequência mensal e de acordo com	Enfermeiro, ACS.

		demanda.	
2.2 Elaborar cartilha e/ou roteiro de temas fundamentais a serem tratados na visita domiciliar com as gestantes e familiares, principalmente o cônjuge.	Reunião técnica. Elaborar lista de assuntos que devem constar nas orientações. Deverá conter, pelo menos: benefícios e mitos da amamentação, orientações a respeito dos direitos de cidadania da mãe/nutriz, estratégias de conciliação entre trabalho e amamentação.	Anual.	Enfermeiros da unidade, médicos, profissionais do NASF (nutricionista, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional).
2.3 Realizar visitas domiciliares propriamente ditas.	Uso do cadastro prévio e das informações anteriormente produzidas.	Mensal.	Enfermeiro/ACS.
3. Realizar oficina de amamentação.	Pelo menos dois encontros com grupos de gestantes para discutir estratégias de amamentação, direitos de cidadania, prática de amamentação.	Trimestral.	Equipe multidisciplinar.

Fonte: Elaborado pelo autor. (2013).

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o Ministério da Saúde e outros órgãos internacionais recomendem o Aleitamento Materno dos bebês (de maneira exclusiva até o sexto mês de vida), existem inúmeras dificuldades na permanência das mães ao Aleitamento Materno Exclusivo; seja pelo desejo de introduzir outros alimentos ou por outras causas estruturais, financeiras e culturais. Nesse sentido, é imprescindível que a equipe de profissionais do PSF atue efetivamente na promoção do AM e do AME, com embasamento teórico-científico no manejo do aleitamento, na instrução destas mulheres e no acolhimento – tanto físico quanto psicológico.

Pode ser concluído que os serviços de saúde parecem exercer influência, porém as mães relatam a importância do profissional de saúde estar disponível para ajudá-las no cotidiano. Diversas pesquisas indicam que não basta querer amamentar, conhecer suas vantagens da amamentação e sua duração recomendada. Para que essa prática seja efetivamente estabelecida, e mantida, a mulher precisa de apoio e compreensão das suas particularidades socioculturais.

Os profissionais de saúde orientam para que o Aleitamento Materno Exclusivo seja exercido nos seis primeiros meses de vida do bebê, porém apenas informar não é suficiente, pois as situações cotidianas são específicas para cada mulher e dependem de sua história e vivência, havendo necessidade de pronto atendimento rápido em ocasião das crises próprias dos primeiros dias e semanas após o parto. Desse modo, a Equipe de Saúde da Família pode desenvolver atividades educativas desde o período pré-natal, buscando interagir mais efetivamente com as mulheres, possibilitando conhecer suas experiências anteriores, os significados da gravidez e outros aspectos subjetivos que possam favorecer ou não o processo do aleitamento materno.

Também é possível atuar, de maneira mais satisfatória, nas intercorrências comuns no início da amamentação, como traumas mamilares, ingurgitamento mamário e mastite, responsáveis, muitas vezes, pelo desmame precoce, visando ampliar a adesão à prática do Aleitamento Materno, especialmente na forma exclusiva.

Para maior eficácia, será fundamental atentar para toda a demanda que uma ESF comumente encontra, reorganizando a agenda e reestruturando a Unidade para que seja possível a implantação do Plano de Ação que se propõe.

## 10. REFERÊNCIAS

- ALVES, C. R. L.; ALVIM, C. G.; JUNQUEIRA, H. S.; GOULART, L. M. H. F.; DIAS, L. S.; MAGALHÃES, M. E. N.; VIANA, M. R. A.; CRUZ, R. M. B.; AMARAL, T. M.; MOULIN, Z. S. **Atenção à Saúde da Criança**. Viva Vida. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2005. 224 p.
- ANDRADE, L. O. M. BARRETO, I. C. H. C. **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais**, 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- ALMEIDA, J. A. G. de. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. 20a. ed. São Paulo: Fiocruz, 1999. 119 p.
- ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
- ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F.R. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. **J. Pediatr.**, v. 80, no. 5, p. S119-25, 2004.
- ARAÚJO, O. D.; CUNHA, A. L.; LUSTOSA, L. R.; NERY, I. S.; MENDONÇA, R. C. M.; CAMPELO, S. M. A. **Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce**. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, no. 4, p. 488-92, 2008.
- BERCINI L. O., MASUKAWA M. L. T., MARTINS M. R., LABEGALINI M. P. C., ALVES N. B. Alimentação da criança no primeiro ano de vida, em Maringá, PR. **Cienc. Cuid. Saúde**. 2007; 6(2): 404-10.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.200 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Panamericana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos n.107). Disponível em: <[http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/guia\\_crianças.pdf](http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/guia_crianças.pdf)>. Acesso em: 12 jul. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa\\_pdf.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa_pdf.pdf)>. Acesso em: 12 jul. 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

112 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L.; COSTA, M. P. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses, em Botucatu-SP. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 15, no. 1, p. 62-9, 2007.

CORCIONE, D. Fazendo oficina. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **VER – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, no. 4, p. 181-8, 2005.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psic. Teor. Pesq.**, v. 16, no. 3, p. 1-18, 2000.

DEBARBIEUX, E; BLAYA, C. **Violência nas escolas e políticas públicas** – Brasília: UNESCO, 2002. 268p.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **J. Pediatr.**, v. 76, no. 3, p. S238-52, 2000.

LEVY, L; BÉRTOLO, H. **Manual de Aleitamento Materno**. Edição Comitê Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês, 2008. Disponível em: [http://www.unicef.pt/docs/manual\\_aleitamento.pdf](http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf). Acesso em 12 jul 2013.

NAKANO A. M. S. **O Aleitamento materno no cotidiano feminino**. [doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1996.

Organização Mundial da Saúde (OMS) Lactação. In: **Organização Mundial da Saúde (OMS) Alimentação infantil bases fisiológica**. São Paulo (SP): IBFAN Brasil e Instituto de Saúde, OMS, OPAS e UNICEF Brasil; 1994. p. 17-35

Organização Mundial de Saúde. (OMS). **World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Update. Programme Control Diarrhoeal Dis**, 1992; (10): 1-4

OSÓRIO, C. M.; QUEIROZ, A. B. Z. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: teste de associação livre de idéias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 11, n. 2, p. 261-7, 2007.

PARADA, C. M. G. L.; CARVALHAES, M. A. B. L.; WINCKLER, C. C.; WINCKLER, L. A. WINCKLER, V. C. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 13, no. 3, p. 407-14, 2005.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. **Alegações maternas para o desmame**: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 385-390, set./out. 2003.

REZENDE, M. A.; SAWAIA, B. B.; PADILHA, K. G. Mãe boa amamenta ou a força da ideologia. **Fam. Saúde Desenv.**, v. 4, no. 2, p. 154-62, 2002.

REZENDE, M. A.; SIGAUD, C. H. S.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R.; CHIESA, A. M.; BERTOLOZZI, M.R. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 10, n.2, p. 234-8, 2002.

SENA, M.C. F; SILVA, E.F; PEREIRA, M.G. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, 2007, vol. 53, no. 6, p. 520-524.

TERRIS, M. Conceptos sobre Promoción de la Salud – Dualidades en La Teoría de la Salud Pública. Washington, OPAS/OM. **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol. 47 no. 4 São Paulo Oct./Dec. 2001.

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, supl. 2, p. S235-46, 2008.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 3 promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de vinte horas para equipes de maternidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/modulo3\\_ihac\\_alta.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/modulo3_ihac_alta.pdf)>. Acesso em: 12 jul. 2013.

VITTOLO, M. R.; BENETTI, S. P. C.; BORTOLINI, G. A.; GRAEFF, A.; DRACHLER, M. L. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. **Rev. Psiquiatr.** Rio Grande do Sul, v. 29, n. 1, p. 28-34, 2007.

