

Universidade Federal de Minas Gerais UFMG  
Faculdade de Odontologia

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte  
Secretaria de Saúde

Déborah Lúcia dos Santos de Oliveira

**ALEITAMENTO MATERNO  
UMA VISÃO CULTURAL, SOCIAL E  
POLITICA**

**ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA COM  
ÊNFASE NA ODONTOLOGIA**

Universidade Federal de Minas Gerais UFMG

Faculdade de Odontologia

Deborah Lúcia dos Santos de Oliveira

**ALEITAMENTO MATERNO  
UMA VISÃO CULTURAL, SOCIAL E  
POLÍTICA**

**Monografia apresentada ao curso  
de Especialização para obtenção  
do título de especialista**

**Orientadora: Professora Dra. Mara  
Vasconcelos**

**Belo Horizonte - 2009**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais, aos pacientes e aos que direta ou indiretamente colaboraram para a conclusão desta minha etapa da vida.

## **RESUMO**

Incentivar a amamentação é estimular a saúde de milhares de crianças, pois o aleitamento traz benefícios à saúde geral, emocional e bucal delas. O Centro de Saúde Cachoeirinha incentiva essa prática além de contribuir para a redução da desnutrição infantil. Dessa forma, esta monografia vem demonstrar a importância da amamentação natural, expondo seus diversos benefícios, além de promover a saúde bucal com inclusão social em todos os níveis de atenção para a família e para o Estado.

Palavras chaves: Aleitamento materno, saúde bucal, amamentação.

## SUMÁRIO

Resumo.....	4
Introdução .....	6
Revisão de Literatura	
Capítulo 1 – Uma Visão Histórico-Cultural do Aleitamento Materno ....	9
Capítulo 2 – A Amamentação e a Odontologia .....	16
Objetivo Geral .....	28
Objetivo Específico .....	28
Capítulo 3 – O Conhecimento, a Experiência e a Prática - Metodologia.	29
Conclusão .....	38
Referências Bibliográficas .....	40
Anexo .....	42

## INTRODUÇÃO

A relação médico-dentista-paciente é imperativa para que se redefinam os padrões de atendimento com o foco na saúde. Visando desenvolver um atendimento de qualidade à gestante e ao bebê, deve-se estabelecer um intercâmbio de informações.

Muitos problemas bucais podem ser prevenidos através da orientação do pediatra, pois considerando que crianças não vão ao consultório odontológico, a não ser que a mesma apresente evidências clínicas, as quais levam os responsáveis a se preocuparem.

O fato das crianças usualmente visitarem o médico antes do odontopediatra, assim como, a influência que o primeiro exerce sobre os pais, faz com que o médico pediatra desenvolva um importante papel sobre a saúde bucal das crianças. Num estudo realizado com 232 pediatras da cidade de São Paulo, objetivando avaliar o conhecimento deles em relação à promoção de saúde bucal, foi constatado baixo percentual de profissionais com conhecimento adequado em relação aos conceitos relacionados à doença cárie, orientação da dieta, uso e cuidados com alimentos açucarados, assim como, com respeito à higiene bucal. É sabido que a cárie e a doença periodontal são patologias comuns durante a fase gestacional. No entanto, esse fato está associado às condições de risco, observadas na gestação, tais como, a negligência na higienização bucal, as alterações na dieta, as náuseas e os vômitos e a hiperacidez do meio bucal, as quais precisam ser controladas.

Os pais constituem a primeira fonte de atenção e, portanto, devem ser conscientizados das necessidades odontológicas de seus filhos. As gestantes

tendem a ser mais colaboradoras em assumir a responsabilidade pelos cuidados com a saúde bucal de seus bebês e aplicam os conhecimentos recebidos durante o pré-natal. Além disso, a gestante deverá ter consciência da importância da saúde bucal não só do seu bebê, mas da sua própria saúde. Então, a paciente grávida necessita de maior atenção odontológica, devendo ser encorajada a cuidar da sua higiene bucal, consultar o dentista ao menos uma vez a cada trimestre, bem como restringir o consumo de açúcar, visto que a dieta é um dos fatores etiológicos da cárie dentária que o indivíduo pode modificar.

A Organização Mundial de Saúde – OMS considera o aleitamento materno exclusivo, quando as crianças são alimentadas exclusivamente no peito até cerca de seis meses de vida, e busca ótimas formas de promover a alimentação complementar por até dois anos nos programas de amamentação.

O incentivo ao aleitamento materno continua sendo um grande desafio em saúde pública, levando em conta as dificuldades encontradas pelas mães que trabalham fora e necessitam introduzir outro tipo de alimentação ou líquidos. O alto nível de desmame precoce e o grande número de óbitos infantis por causas evitáveis podem ser minimizados através de ações sistematizadas de incentivo e orientação quanto ao aleitamento materno.

Do ponto de vista odontológico, a amamentação natural representa um fator de primordial importância para o desenvolvimento dento facial, favorecendo a obtenção de uma oclusão dental normal, uma vez que previne a síndrome do respirador bucal, a deglutição atípica, além de diminuir a possibilidade de adquirir hábitos de sucção não nutritivos diminuindo a ocorrência de lesões de cárie precoce. As teorias que tentam explicar essa tendência sugerem que os bebês aleitados de forma natural executam um intenso trabalho muscular ao sugar o seio materno,

ficando a musculatura peribucal fatigada, o que faz com que a criança durma e não necessite da sucção de chupeta, dedo ou objetos. Além disso, o preenchimento das necessidades psicoafetivas pelo contato próximo, através do aleitamento, sobrepõe a busca por objetos comumente utilizados para a satisfação oral: chupeta e dedo.

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, com o intuito de chamar a atenção dos profissionais de saúde para a questão do aleitamento materno lançou em 1997 o certificado “Centro de Saúde Amigo do Peito”. Essa iniciativa visa promover as Unidades de Saúde que se destacam e incentivar as demais para que promovam o aleitamento materno exclusivo. Os certificados são fornecidos anualmente, na época em que se comemora a Semana Mundial de Aleitamento Materno.

O Centro de Saúde Cachoeirinha, localizado na região Nordeste de Belo Horizonte possui um acordo com o Censo Belo Horizonte social. O bairro Cachoeirinha é povoado com pessoas de classe média e tem uma grande proximidade geográfica com o centro comercial da cidade e é o foco dessa pesquisa.



## REVISÃO DE LITERATURA

### CAPÍTULO 1 - UMA VISÃO HISTÓRICO-CULTURAL DO ALEITAMENTO MATERNO

De acordo com Maria Lúcia Magalhães Basi e Márcia Tavares Machado Essa (2005) essa abordagem visa situar o aleitamento materno como um fenômeno sócio-histórico, com repercussões na prática cultural e, não somente no plano biológico. Os problemas relacionados à amamentação no contexto da alimentação infantil são muito antigos. Talvez o aleitamento artificial seja tão antigo quanto a história da civilização humana. Os mistérios e tabus relacionados ao tema, ao que parece, datam do começo da civilização.

O Código de Hammurabi (cerca de 1800 a. C.) já continha regulamentações sobre a prática do desmame, significando amamentar criança de outra mulher, sempre na forma de aluguel (amas-de-leite). Na Bíblia também é referida a prática das amas-de-leite e do aleitamento materno, sendo comparada à palavra de Deus entendida como o leite genuíno: “Desejai ardentemente como crianças recém-nascidas o leite genuíno, não falsificado, para que por ele vades crescendo”(I Pedro 2;2). Nos tempos espartanos, a mulher, se esposa do rei, era obrigada a amamentar o filho mais velho; plebéias amamentavam todas as crianças. Plutarco relata que o segundo filho do rei Themistes foi preterido por seu irmão mais velho, somente porque ele não havia sido amamentado por sua mãe e sim por uma estranha. Hipócrates escrevendo sobre o objetivo da amamentação declara que: “somente o leite da própria mãe é benéfico, (sendo) o de outras perigoso”. Publicações européias do final do período medieval e início da era moderna também exaltam a importância do aleitamento materno para a infância. No século XII, havia

uma atitude de indiferença em relação à criança, retratando que a arte medieval desconhecia a infância ou não tentava representá-la, pois não havia registro de nascimentos e mortes e raramente no diário da família fazia-se referência aos infantes. Com o advento da modernidade, essa “descoberta da infância” expande-se e torna-se particularmente significativa no final do século XVI e durante o século XVII, caracterizando um período de grande avanço na discussão de temas da primeira infância.

Existiam, ainda, as normas médicas e religiosas que iam ao encontro desse propósito, pois se proibia a relação sexual durante o período de amamentação, que deveria ser de 18 a 24 meses, por entenderem que isso tornaria o leite humano mais fraco e com risco de envenenamento em caso de nova gravidez. O conhecimento médico vigente também considerava que o colostro era um leite ruim e que não deveria ser oferecido à criança. A alimentação das crianças era à base de leite de animais e de um alimento chamado “panado”, feito à base de pão (farinha) e água.

As mães do século XVI amamentavam seus filhos e somente no final deste século ao início do século XVII, a moda de enviar os filhos para casa de uma ama conquistou as famílias de uma maneira irreversível. No século XVIII, o envio das crianças para casa de amas se estende por todas as camadas da sociedade urbana. Ocorre, nesse período um aumento crescente de mortes infantis, associadas às doenças adquiridas pelas amas de leite. Suas enfermidades contaminavam os bebês e muitas dessas amas, com receio de que estivessem “repassando afeto” aos bebês, passaram a oferecer o leite de vaca em pequenos chifres furados (precursores das mamadeiras) porque se acreditava “que sugando o leite, sugava-se também o caráter e as paixões de quem os amamentava”. Além

disso, esse procedimento passaria a acarretar importantes riscos à saúde das crianças, pois além da oferta em um recipiente não estéril, as mulheres desconheciam a quantidade exata de água que deveria ser misturada ao leite, sem considerar o risco de contaminação dessa água.

No Brasil, existem relatos dos séculos XVI e XVII, imprecisos e contraditórios, ao tratar dos antigos Tupinambás. Os filhos das indígenas eram amamentados durante um ano e meio e, neste período, eram transportados em pedaços de pano conhecidos por *typoia* ou *typyia*. Mesmo se as mulheres tivessem que trabalhar nas roças, não largava seus filhos: carregavam as crianças nas costas ou encaixavam-nos nos quadris. Do mesmo modo que os animais, as índias nutriam e defendiam seus filhos de todos os perigos. Se soubessem que o bebê tinha mamado em outra mulher, não sossegavam enquanto a criança não colocasse para fora todo o leite estranho.

Nos séculos XVII e XVIII, a sociedade brasileira, admitia como fato corriqueiro a morte de bebês. Àquela época, 20 a 30% morriam antes de completar o primeiro ano de vida. Aceitavam a morte como a crença da transformação de crianças em anjos, o que contribuía para que as famílias suportassem a dor da perda e a considerassem como uma benção do céu. Concomitantemente a essa crescente mortalidade, verificava-se a negação da maternidade entre a sociedade burguesa, através da gravidez indesejada, ou o abandono das crianças pelas mulheres escravas, por falta de condições para criá-las. Isso levou a prática de mães mercenárias e mães escravas de aluguel, que empregavam desastrosas técnicas de alimentação artificial, levando milhares de bebês à morte.

Até meados do século XIX, as mães brasileiras não cultivavam o hábito de amamentar os recém-nascidos. Com a implantação das faculdades e academias de

medicina, surgiram vários projetos destinados a combater as altas taxas de mortalidade dos expostos. O Estado, visando reduzir os gastos com saúde, passou a destacar as vantagens do aleitamento, como forma de promovê-lo. Surgem então as primeiras regras normatizadoras da amamentação, muitas das quais, embora ultrapassadas, são ainda amplamente difundidas: regulamentação de horário e intervalos das mamadas, duração determinada das mesmas, emprego de chupetas para acalmar o bebê, restrições alimentares à nutriz e outras.

Em seu livro, Almeida (1999) discorre sobre o panorama histórico do aleitamento materno no Brasil e discursa que o aleitamento não era suficiente, era preciso estimular e ensinar as mães a fazê-lo, pois elas tradicionalmente não tinham este costume. O “leite fraco” surgiu como uma justificativa “biológica” para o insucesso, permitindo a aceitação social da ama-de-leite e, posteriormente, das mamadeiras e leites industrializados, estimulando o desmame.

O uso dos substitutos do leite materno foi bastante difundido, atingindo o auge de 1940 a 1970. Além disso, o aumento do número de partos hospitalares contribuiu para a queda na prevalência do aleitamento materno. Seja pela imposição de rotinas que dificultavam o estabelecimento do vínculo mãe-filho, como implantação de berçários e separação dos recém-nascidos de suas mães, seja pela ampla divulgação de produtos industrializados nas próprias maternidades e, inclusive, por intermédio dos profissionais de saúde, que desconheciam os principais aspectos da nutrição do lactente. As mudanças na estrutura familiar também tiveram grande influência. As mulheres passaram a participar cada vez mais ativamente do mercado de trabalho e da renda familiar, sendo obrigadas a assumir o triplo papel de mãe, dona-de-casa e trabalhadora.

Na década de 70, foi publicado um estudo inglês – “The Baby Killer”- que alertava para contribuição do marketing das multinacionais de leites industrializados para a ocorrência de diarreia e desnutrição, com conseqüente elevação das taxas de morbi-mortalidade infantil nas populações pobres dos países da África, Ásia e América Latina.

No início dos anos 80, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o UNICEF promoveram uma mobilização mundial para retomar a valorização da amamentação natural. Em 1981, foi aprovado pela Assembléia Mundial de Saúde o Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno, o qual deveria controlar as práticas inadequadas de comercialização de alimentos infantis, protegendo o aleitamento.

No Brasil, o Ministério da Saúde criou o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e, em 1981, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM). Em 1988, o país aprovou sua própria Norma para Comercialização de Alimentos para Lactentes, posteriormente revisada em 1992.

Na década de 80 foram introduzidos fatores importantes como estímulo à amamentação: a implantação de alojamento conjunto nas maternidades e bancos de leite humano nos hospitais, grupos de apoio à amamentação, a legislação que garantiu às mulheres que trabalham a licença-maternidade de 120 dias, as pausas durante o trabalho para amamentar e a obrigatoriedade de creches nas empresas. Apesar da melhora dos índices observada nas décadas de 80 e 90, persiste ainda a tendência muito elevada ao desmame precoce.

Nesse íterim, a indústria reagiu à perda de seus rendimentos com a venda das fórmulas lácteas investindo em outra estratégia. Uma vez que o aleitamento passou a ser considerado a forma de nutrição mais adequada ao recém-

nascido normal, as fórmulas modificadas começaram a ser divulgadas como alternativas ideais às situações excepcionais, como os prematuros e os recém-nascidos de baixo peso. Como já foi dito, o leite humano (fortificado ou não) é superior às fórmulas em relação à quantidade de sua composição, mais do que em relação à quantidade de seus nutrientes. É preciso considerar os benefícios do leite humano quanto ao desenvolvimento do sistema nervoso e à prevenção de infecções, em comparação ao crescimento que as fórmulas artificiais proporcionam.

Em 1990, na Itália, a OMS e o UNICEF organizaram um encontro internacional sobre aleitamento, em conjunto com diversas organizações não governamentais. Os documentos foram reunidos na chamada Declaração de Innocenti.

Nela, reconhece-se que “o aleitamento materno é um processo único e, mesmo quando aplicado isoladamente, é capaz de reduzir a morbi-mortalidade infantil ao diminuir a incidência de doenças infecciosas; proporciona nutrição de alta qualidade para a criança, contribuindo para seu crescimento e desenvolvimento; contribui para a saúde da mulher, reduzindo riscos de certos tipos de câncer e anemia assim como amplia o espaçamento entre os partos; proporciona satisfação à maioria das mulheres”. A Declaração também recomendava o aleitamento exclusivo até os primeiros 4 a 6 meses de vida, e mesmo após a introdução de outros alimentos, as crianças deveriam continuar a ser amamentadas até os 2 anos de vida ou mais.

Visando atingir este objetivo, a Declaração estabeleceu diversas metas para todos os países até o ano de 1995. Entre estas metas, deveria ser colocada em prática em todas as maternidades os “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação”, que constituiriam a base da proposta da Iniciativa Hospital Amigo da

Criança (IHAC), que tinha duas metas: mudar as rotinas hospitalares segundo o cumprimento da Declaração, e não aceitar doações de substitutos do leite materno. Essa iniciativa cria pela primeira vez um referencial de avaliação internacional única para os hospitais. No Brasil, a IHAC começou em 1992. Até 1996 o crescimento de hospitais foi acelerado, sendo esse o ano com maior número de hospitais credenciados. Se a velocidade de aprovação de novas maternidades continuasse como vinha acontecendo, chegaríamos a 2000 com cerca de quatrocentos Hospitais Amigos da Criança. Nesse ano, entretanto, o Ministério da Saúde decide agregar pré-requisitos para que os hospitais se credenciem, além dos dez passos, exigiu uma taxa mais baixa de cesáreas. Desacelera-se a IHAC desde então, e em 2000 não havíamos atingido nem a metade do que foi pretendido.

O UNICEF, profissionais independentes e diversas organizações não governamentais (entre as quais: IBFAN, La Leche League, ILCA – International Lactation Consultant Association -, Wellstart, etc.) preocupados com a possibilidade da não implementação de políticas com metas tão importantes que haviam sido decididas no início da década de 90, decidem criar em fevereiro de 1992 a Aliança Mundial de Ações Pró-Amamentação (WABA). Essa coalizão mostrou-se fundamental para instigar anualmente a participação de grupos e pessoas na *Semana Mundial de Amamentação*, quando temas diferentes são tratados, como a questão da IHAC, do trabalho da mulher, da educação, etc. No nosso país a *Semana Mundial de Amamentação* tem tido atuação destacada, está presente hoje em inúmeros municípios e já se avaliou que cumpre esse papel de mobilizador social para o qual ela foi originalmente criada (SIQUEIRA & TOMA, 2001).

## **CAPÍTULO 2 – A AMAMENTAÇÃO E A ODONTOLOGIA**

Na promoção da saúde oral da criança e na prevenção de patologias da face é imprescindível que diversas disciplinas troquem informações sobre o impacto da amamentação como poderosa tecnologia subutilizada. O aleitamento materno é área de interseção de vários conhecimentos e devemos aproveitar esta oportunidade para possibilitar uma melhor qualidade de vida.

A amamentação exclusiva possibilita todos os nutrientes necessários para o crescimento saudável do lactente até o seis meses e com alimentos complementares até dois anos ou mais. Contem uma variedade de leucócitos, de fatores antimicrobianos, antiinflamatórios e anticorpos que protegem contra alergias, infecções e cáries.

O fato de a amamentação ter-se colocado destacadamente como medida de promoção de saúde, especialmente nos últimos 10 anos, como componente da política nacional de saúde, envolveu o profissional da odontologia, que se tornou um estudioso e defensor do aleitamento materno. Assim, passou a colocar seu interesse desde a orientação às mães no pré-natal até o manejo clínico da amamentação. Uma vez que tem conhecimento do crescimento e do desenvolvimento facial, além de todos os prejuízos nutricionais, emocionais e físicos gerados pela falta da amamentação, a incidência de hábitos orais indesejáveis e as maloclusões. Essas alterações e um grande número de distúrbios são conseqüências do uso de mamadeiras, chupetas e dos ditos substitutos do leite materno.

Algumas questões têm causado controvérsias, e se faz necessário que os cirurgiões-dentistas ligados aos grupos de apoio à amamentação colaborem no sentido de esclarecer dúvidas quanto ao uso de chupetas e mamadeiras e quanto à



cariogenicidade dos diferentes leites, pois esses temas têm sido abordados quando a indústria de tais artefatos e a indústria das fórmulas infantis fazem promoção do aleitamento artificial. As mães recebem informações antagônicas e podem decidir pelo que for culturalmente mais aceito e desmamam precocemente.

Prevenir as alterações das funções orais é cuidar de estabelecer corretas estruturas, duras e moles, que possibilitem tonicidade adequada de toda a musculatura do aparelho estomatognático, correta postura da língua e lábios em perfeito vedamento labial. Respiração com padrão nasal. Além disso, no ato de sugar, na verdade ordenhar a mama, o lactente é beneficiado com o desenvolvimento da musculatura lingual e do sistema estomatognático, deglutindo, respirando adequadamente pelo nariz, evitando a respiração bucal, promovendo futuras funções de mastigação e fonação corretas.

Destaca-se ainda a prevenção de problemas ortodônticos que a mamada propicia favorecendo o correto desenvolvimento da maxila e mandíbula, prevenindo maloclusões, além de outros fatores positivos relativos ao não uso de mamadeiras. Seu uso deletério, além das chupetas e bicos de silicone, pode levar a disfunções motora-orais (“confusão de bicos”) provocando o desmame precoce e suas conseqüências. Desta forma deveremos estar sempre atentos proteção à prática da amamentação. Uma série de iniciativas como a dos “Hospitais Amigos de Criança”, a “Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Mamadeiras” (Portaria 2051 do Ministério da Saúde, de 08/11/2001), o “Regulamento Técnico sobre Chupetas, Bicos, Mamadeiras e Protetores de Mamilo” (ANVISA, RDC 221 – agosto/2002), as “Unidades Básicas Amigas da Amamentação”, a “Associação Brasileira de Odontologia Neonatal” estão preservando a cultura da amamentação.

Nos primeiros meses de vida, o desenvolvimento motor-oral ocorre através dos movimentos realizados pelos OFAs (lábios, mandíbula, maxila, bochechas, palato mole, palato duro, soalho da boca, musculatura oral e arcadas dentárias) durante a função de sucção.

Através da sucção na mama, nos primeiros meses de vida, o recém-nascido poderá desenvolver adequadamente os OFAs e as funções exercidas por eles. Para cumprir este designo, o recém-nascido deve sugar de maneira harmônica, com ritmo, força e sustentação, o que inclui adequação nos seguintes aspectos: reflexo de busca e de sucção, vedamento labial, movimentação de língua e mandíbula, coordenação sucção-deglutição-respiração e ritmo de sucção, ou seja, eclosões de sucção alternadas com pausas. Esses movimentos permitem uma variação na pressão infra-oral, fundamentais na extração e na condução do leite.

O mecanismo de sucção inicia-se com o reflexo de procura. Esse reflexo é um precursor para a pega correta, pois, quando os lábios ou as bochechas são estimulados, a criança move sua face em direção ao estímulo, ocorre abertura da boca e protrusão da língua. A pega adequada da aréola e do mamilo é essencial para a movimentação correta das estruturas orais durante a mamada, e o lábio inferior deve estar evertido, possibilitando que a língua avance até a linha da gengiva. Quando o recém-nascido suga apenas o mamilo, ocorre sucção ineficaz e maior possibilidade de rachadura mamilar.

A partir do momento em que ocorre a pega, o reflexo de sucção é desencadeado e iniciam-se os movimentos de língua e mandíbula. A língua tem a função de realizar o vedamento anterior (aderida ao redor da aréola) e posterior (contra o palato mole e a faringe), ordenhar a aréola, variar o volume da cavidade oral e realizar a propulsão do bolo alimentar. Tem uma participação ativa durante a

sucção, realizando os movimentos de deslocamento ântero-posterior, acanulamento (bordas laterais da língua aderidas ao palato, formando um sulco na sua porção medial) e movimento peristáltico (elevação da porção medial da língua para a porção lateral e elevação de seu dorso conduzindo o leite à faringe).

Nos primeiros 4-6 meses de vida do recém-nascido, não há dissociação entre os movimentos da língua e mandíbula, sendo que essas estruturas realizam o movimento em conjunto. Os movimentos de língua e mandíbula são sincrônicos; além disso, lábios, mandíbula, bochechas e faringe participam da sucção.

Inicialmente, quando a mandíbula se eleva, a ponta e o dorso da língua movem-se para cima, comprimindo mamilo e aréola contra o palato, de modo que a parte anterior da língua adere ao mamilo, sem deixar espaço vazio entre língua, palato duro e superfície oral, enquanto a parte posterior realiza o selamento com o palato mole e com a faringe. Nessa etapa do movimento, a língua encontra-se plana, e forma-se um sistema oclusivo com o palato mole.

Quando a mandíbula se move para baixo, a língua se acanula, desencadeando uma rápida ampliação da cavidade oral, resultando em pressão negativa, que auxilia na extração do leite. Dessa forma, o leite passa a ocupar o espaço entre o dorso da língua e o palato. Logo após o acanulamento, a língua inicia a movimentação peristáltica, na qual ocorre elevação da mandíbula, elevação da parte medial e do dorso da língua. Esses movimentos, acanulamento e peristaltismo, repetem-se, exercendo sucessivas pressões positivas e negativas na cavidade oral.

A sucção necessária ao aleitamento materno faz com que ocorra o desenvolvimento motor-oral adequada, promovendo o estabelecimento correto das funções realizadas pelos OFAs.

O recém-nascido apresenta algumas características orais que facilitam a amamentação. Elas correspondem à presença de depósito de tecido gorduroso localizado nas bochechas (*sucking pads*), pequeno espaço intra-oral, retração da mandíbula (permitindo que a língua preencha toda a cavidade oral e realize movimento de extensão-retração), não dissociação entre os movimentos de língua e mandíbula, proximidade palato/epiglote e respiração nasal. Através do movimento de sucção, as estruturas se desenvolvem, de modo que ocorre a absorção das *sucking pads*, o crescimento da mandíbula e, conseqüentemente, o aumento do espaço intra-oral, com maior possibilidade de movimentação da língua, que passa a alternar o movimento ântero-posterior com o movimento de elevação e rebaixamento, e maior dissociação dos movimentos de língua, lábios e mandíbula.

Carvalho aponta que, ao sugar o seio materno, a criança estabelece o padrão adequado de respiração nasal e postura correta da língua. Considera que durante a sucção no seio materno, os músculos envolvidos estão sendo adequadamente estimulados, aumentando o tônus e promovendo a postura correta para futuramente exercer a função de mastigação.

Alem desses aspectos, ressalta-se que o desenvolvimento motor-oral reflete no desenvolvimento craniofacial, no crescimento ósseo e na dentição. Subtelny destaca que o formato da arcada dentária é influenciado por forças exercidas nos dentes através dos músculos da língua, lábios e bochechas. Para Garliner, o movimento dos dentes sofre influências dos tecidos moles, de modo que um desequilíbrio pode gerar uma má oclusão. Bianchini destaca que o tecido ósseo é influenciado por todos os tecidos moles nos quais está inserido durante o crescimento.

Os dentes e demais estruturas sofrem pressões de forças provenientes da musculatura da face e da língua durante as funções de sucção, mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons, indicando estreita relação entre o desenvolvimento da dentição e a atividade muscular. Estas forças musculares, quando adequadas, promovem uma ação modeladora; entretanto, em condições inadequadas, podem conduzir a alterações anatômico-funcionais indesejáveis.

Bönecker, Fonseca e Duarte destacam que, entre os neonatos, o ramo mandibular é curto verticalmente, e a eminência mentoniana está incompleta. A estimulação durante a amamentação e, posteriormente, a mastigação leva ao crescimento mandibular adequado, estabelecendo uma relação harmônica com a maxila.

O desenvolvimento motor-oral adequado também influencia a evolução nutricional do recém-nascido, permitindo a adequada transição alimentar, de modo que a criança tenha condições de receber os alimentos certos na idade adequada, garantido que a mobilidade e a força da musculatura possam evoluir adequadamente.

O desmame precoce pode levar à ruptura do desenvolvimento motor-oral adequado, provocando alterações na postura e força dos OFAs e prejudicando as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala. A falta da sucção fisiológica ao peito pode interferir no desenvolvimento motor-oral, possibilitando a instalação de má oclusão, respiração oral e alteração motora-oral.

Straub aponta que o aleitamento artificial interfere na realização das funções de mastigação, sucção e deglutição e pode levar à presença de alterações na musculatura orofacial, na postura de repouso dos lábios e da língua, alterações na formação da arcada dentária e alterações no palato.

Davis e Bell verificaram, num estudo longitudinal realizado com 108 crianças, a existência de associação significativa entre crianças que receberam mamadeira e a presença de má oclusão ântero-posterior, frisando que o aleitamento materno diminui o risco desse problema.

Carvalho enfatiza que somente a sucção no peito materno promove a atividade muscular correta. A mamadeira propicia o trabalho apenas dos músculos bucinadores e do orbicular da boca, deixando de estimular outros músculos, tais como pterigóideo lateral, pterigóideo medial, masseter, temporal, digástrico, gênio-hióideo e milo-hióideo. O excessivo trabalho muscular dos orbiculares pode influenciar no crescimento crânio facial, levando a arcadas estreitas e falta de espaço para dentes e língua. Induz, ainda, disfunções na mastigação, deglutição e articulação dos sons da fala, conduzindo a alterações de mordida e má oclusão. Também a sucção do bico de borracha não requer os movimentos de protrusão e retração da mandíbula, que são importantes para o correto crescimento mandibular.

Aponta-se que, durante a sucção no seio materno, o recém-nascido exercita melhor a musculatura facial. Além disso, encontraram que, em pacientes de ambulatório com um período de aleitamento materno inadequado ou inexistente, 33% apresentavam alteração na deglutição e 34%, alterações fonoarticulatórias. Na alimentação com mamadeira, o lactente recebe pouca estimulação motora-oral, ocorrendo flacidez da musculatura perioral e da língua, o que conduz à instabilidade na deglutição. Frequentemente há deformação dentofacial, ocasionando mordida aberta anterior ou lateral e distúrbios respiratórios.

Assim como a mamadeira, os hábitos orais refletem diretamente no desenvolvimento motor-oral, craniofacial e no crescimento ósseo. A presença de hábitos orais afeta o sucesso do aleitamento materno, podendo trazer, como

conseqüência, o desmame precoce ou vice-versa, ou seja, com o desmame precoce a criança não supre suas necessidades de sucção e acaba adquirindo hábitos de sucção não-nutritiva (SNN), dentre eles, a sucção digital e o uso de chupeta, decorrendo em alterações na oclusão dentária.

Uma pesquisa realizada com 214 crianças demonstrou que, dentre as crianças que usaram chupeta, 31% foram alimentadas exclusivamente com mamadeira. Por outro lado, das crianças que não usaram chupeta, 58,8% receberam aleitamento natural por no mínimo 3 meses. Já entre as crianças que apresentaram sucção digital, foi observado resultado diferente, dado que 20,6% receberam aleitamento natural por 3 meses ou mais, e 13,1% foram amamentadas artificialmente.

Outra pesquisa mostrou que crianças amamentadas no peito materno por no mínimo 6 meses apresentaram menor freqüência de hábitos orais, já as crianças que receberam mamadeira por mais de um ano apresentaram 10 vezes mais risco de estabelecer hábitos orais.

Numa reunião conjunta da OMS/UNICEF sobre Alimentação de Lactentes e Crianças na Primeira Infância (Genebra, 1979) mostrou um estudo realizado com 427 crianças entre 3 e 6 anos de idade, onde quanto mais prolongado o aleitamento materno, menor a ocorrência de hábitos orais nocivos, hábitos de sucção, respiração oral e bruxismo.

Um estudo recente, realizado em 2001, com 150 crianças com idades entre 1 ano e 7 anos, constatou que as crianças amamentadas exclusivamente no peito por no mínimo 6 meses, em sua maioria, não desenvolveram hábitos de sucção. Porém, aquelas que o fizeram mantiveram os hábitos por um período mais curto, se comparadas com as crianças que não foram amamentadas.

A má oclusão parece ser menos freqüente na criança que recebeu o aleitamento materno, uma vez que o desenvolvimento dental e da oclusão pode relacionar-se ao modo de sucção. No entanto, como citado anteriormente, a ação da musculatura orofacial no repouso, nas funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons, pode ocorrer de forma inadequada, conduzindo à má oclusão.

Labbok e Hendershop estudaram a influência do aleitamento materno em relação à má oclusão em crianças e adolescentes, comparando três grupos: amamentados por 6 meses ou mais, amamentados por menos de 6 meses e com uso exclusivo de mamadeira. Concluíram que o aleitamento materno oferece proteção contra a má oclusão, porém, apenas quando a duração do aleitamento é de 6 meses ou mais. Também foi observado maior indicação de tratamento ortodôntico com o aumento da exposição à mamadeira.

Leite, Rodrigues, Faria, Medeiros e Pires verificaram maior freqüência de mordidas abertas ou cruzadas entre as crianças que iniciaram precocemente o uso de mamadeira, mesmo na alimentação mista.

Algumas pesquisas apontam que a má oclusão advém da presença de hábitos orais, que, por sua vez, pode ser conseqüência do uso de mamadeira. Dentre elas tem-se um estudo realizado na Finlândia, com 1.018 crianças, que mostrou que a introdução precoce da mamadeira acompanhou-se do uso prolongado de chupeta, mordida aberta e mordida cruzada.

Fagundes e Leite, em uma revisão da literatura sobre amamentação e má oclusão, concluíram que a instalação da mordida aberta anterior está, em certo grau, relacionada ao aleitamento artificial, sendo que o aleitamento misto ou artificial pode levar ao estabelecimento de hábitos orais deletérios.



Os hábitos orais deletérios comumente observados são a sucção de chupeta e a sucção digital, sendo que desempenham papel importante na etiologia da má oclusão. A sucção não-nutritiva está fortemente associada com a instalação de má oclusão, em especial à mordida cruzada posterior, à mordida aberta anterior e à sobressaliência. Vale ressaltar que os desvios na forma dos arcos dentários são também determinados pela intensidade, força e duração do hábito.

Ogaard, Larsson e Lindsten num estudo retrospectivo com 445 crianças, verificaram que o uso da chupeta leva à mordida cruzada. Além disto, mostram que o uso de chupeta por dois anos produz alteração significativa na maxila, e o uso por três anos produz alteração na mandíbula.

Alguns autores apontam a sucção digital como um dos fatores etiológicos da mordida aberta e também que os hábitos orais nocivos podem determinar desvios na morfologia dentoalveolar.

Fayyat realizou uma pesquisa com 106 crianças com idade entre quatro e seis anos e concluiu que, dos maus hábitos orais, a sucção digital parece ser o que mais interfere no aparecimento da mordida aberta.

O padrão correto de respiração pode sofrer influências negativas do desmame precoce. O lactente com aleitamento materno mantém a postura de repouso de lábios ocluídos e respiração nasal. Quando ocorre o desmame precoce, a postura de lábios entreabertos do bebê é mais comum, facilitando a respiração oral.

Leite, Rodrigues, Faria, Medeiros e Pires observando 100 crianças com idade entre 2 e 11 anos, verificaram que as que receberam mamadeira exibiram 40% a mais de respiração oral.

A criança que recebe aleitamento natural nos primeiros meses de vida tem maior possibilidade de ser um respirador nasal, assim como a falta de amamentação natural pode ser um dos fatores que contribuem para o surgimento da respiração oral ou oronasal.

A alteração motora-oral compromete as funções de respiração, mastigação e deglutição, podendo estar associada a outros problemas. Esta alteração pode decorrer do uso de mamadeiras e dos hábitos de sucção não-nutritiva, provocando modificações na respiração e má oclusão.

A Associação Americana da Fonoaudiologia (ASHA) define esta alteração como distúrbio miofuncional oral, que inclui anteriorização anormal da língua, incompetência labial, podendo incluir alterações fonoarticulatórias.

A amamentação promove estímulos adequados à musculatura da língua, favorecendo o fortalecimento da mesma e a conseqüente produção correta dos sons da fala, uma vez que alterações da fala podem ser decorrentes do mau funcionamento das estruturas orais.

Barbosa e Schonberger verificaram, entre crianças não amamentadas ou desmamadas precocemente, que 34% apresentaram alterações fonoarticulatórias e 33%, alteração na deglutição.

Além do desmame precoce, demonstrou-se que outros fatores podem interferir no estabelecimento de padrões motores-orais e da oclusão dentária, como, por exemplo, os genéticos, que são menos influenciáveis pelo trabalho do profissional de saúde, e os ambientais.

Do ponto de vista odontológico, a amamentação natural representa um fator de primordial importância para o desenvolvimento dento facial, favorecendo a obtenção de uma oclusão dental normal, uma vez que previne a síndrome do

respirador bucal, a deglutição atípica, além de diminuir a possibilidade de adquirir hábitos de sucção não nutritivos diminuindo a ocorrência de lesões de carie precoce. Deve-se levar em consideração que o grau de instrução das mães e a orientação sobre aleitamento materno resultou num prolongamento do período de aleitamento natural exclusivo e num retardo na época de oferta da chupeta e também está diretamente relacionado com a menor incidência de más oclusões nas crianças.

## **OBJETIVO GERAL**

Este trabalho tem como objetivo, incentivar uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional na busca de melhores condições de saúde bucal para a gestante e o bebê, através do esclarecimento de alguns tópicos concernentes à abordagem da gestante, a importância da amamentação para o desenvolvimento do sistema estomatognático, assim como mencionar alguns aspectos relacionados à dieta e a primeira visita ao consultório odontológico.

## **OBJETIVO ESPECÍFICO**

O foco dessa pesquisa está voltado, em especial, para o Centro de Saúde Cachoeirinha e também como um alerta para a necessidade primordial de educar e despertar o interesse da família e cuidados com uma boa saúde geral e bucal. Os profissionais da área de saúde, tais como os pediatras e obstetras, que devem atuar conjuntamente com os odontólogos para maiores esclarecimentos em relação à saúde bucal, visando assim à promoção de saúde oral para gestantes e para seus bebês.

## **CAPÍTULO 3 – O CONHECIMENTO A EXPERIÊNCIA, E A PRÁTICA - METODOLOGIA**

Nos últimos anos, novos conhecimentos sobre a alimentação ideal da criança pequena tornaram obsoletos muitos conceitos e práticas preconizados por muito tempo. Tem sido reconhecida a importância da amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida e a introdução de alimentos complementares adequados em tempo oportuno. Os profissionais de saúde têm um papel relevante na melhoria da nutrição das crianças, no esclarecimento às gestantes e à família e desmistificação de crendices populares.

E, com o objetivo de chamar a atenção dos profissionais de saúde para a questão do Aleitamento Materno e premiar as Unidades de Saúde que obtiveram os melhores índices de aleitamento entre as crianças acompanhadas, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte lançou em 1997 o certificado “Centro de Saúde Amigo do Peito”. Os parâmetros usados para a avaliação são os índices de aleitamento materno exclusivo e misto superiores a 70%.

O Centro de Saúde Cachoeirinha, foco deste estudo, está situado na região Nordeste de Belo Horizonte e é um bairro de classe média, localizado na região Nordeste que tem uma grande proximidade geográfica com o centro comercial da cidade.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE/2000 a área de abrangência fica em torno de 18 mil habitantes e, de acordo com o Censo Social de Belo Horizonte a população em idade fértil entre 12 aos 49 anos (cerca de 6.000 pessoas).

Esse dado despertou ainda mais o interesse e a preocupação do Centro de Saúde Cachoeirinha, para o papel a que foi designado, de educar e fazer participar tanto as gestantes quanto os próprios profissionais da saúde.

Assim, num trabalho conjunto, criaram um curso multidisciplinar, buscando trabalhar os conhecimentos sobre a amamentação, tabus existentes e temas como a anatomia da mama, fisiologia da lactação, cuidados, nutrição, aspectos emocionais, higiene bucal do bebe e da mãe, sobre o desmame, importância do aleitamento materno exclusivo e seus benefícios. Tópicos esses, que descreveremos no trabalho de intervenção realizado. Infelizmente, por causa da gripe suína, esse trabalho teve que ser interrompido.

## **Metodologia**

### **1º dia**

#### **“Leite humano é vida plena”**



O ato de amamentar prestava-se a regular a vida da mulher no universo disciplinar imposto pela normalização higiênica. Sob esse prisma, o primeiro objetivo disciplinar da amamentação foi o de regular o tempo livre da mulher na casa, livrando-a do ócio e dos passatempos nefastos à moral e aos bons costumes familiares. A amamentação também se prestou para deter a mulher no lar e arrefecer a independência feminina decorrente da emancipação do patriarcado. O discurso higiênico sobre a amamentação orientou-se por comprometer as mulheres com a política de utilização “machista” do homem, fazendo-as crer na nobreza da função de amamentar. A circunscrição da sexualidade feminina à zona de controle higienista envolveu várias manobras, e a limitação do ato sexual no curso da amamentação foi uma das mais bem-sucedidas. As restrições justificavam-se, segundo a lógica da medicina social, por evitar uma nova concepção que comprometeria a secreção láctea e pelo fato de a própria relação sexual ser capaz de corromper as qualidades do leite. A medicina higienista se valeu do aleitamento materno como instrumento para se fortalecer junto à sociedade e colonizar progressivamente a família, tornando-a cada vez mais dependente dos agentes educativo-terapêuticos. A amamentação foi construída socialmente a partir de atributos naturais e instintivos, comuns às espécies definidas como mamíferos. Dessa forma, para atender a fins estratégicos, a medicina social fundou a prática da amamentação natural sob a égide do determinismo biológico, desconsiderando propositadamente em seu favor, a magnitude dos condicionantes socioculturais que permeiam essa prática.

As mães que desmamavam mais precocemente os primogênitos e mantinham o aleitamento materno tanto mais prolongado quanto maior o número de

ordem da criança na família. A razão estaria, talvez, relacionada à insegurança da “mãe de primeira viagem”, eventualmente mais jovem, com menor grau de instrução ou não e menor experiência de vida, Em se tratando de ter ou não uma experiência anterior com aleitamento materno, às mães que tiveram uma experiência previa positiva, provavelmente, terão mais facilidade para estabelecê-lo com os demais filhos. O fato de a mãe, muitas vezes, falhar na amamentação, apesar de um forte desejo de efetivá-la, pode ser devido à falta de acesso à orientação e ao apoio adequado de profissionais ou de pessoas mais experientes dentro ou fora de sua família.

Quem ganha com tudo isso?

A criança que, mamando exclusivamente nos primeiro 6 meses e mantendo o aleitamento materno por dois anos ou mais, tem melhor qualidade de vida e menor risco de adoecer e morrer, ao mesmo tempo em que tem a oportunidade de estreitar o vínculo afetivo com a mãe.

A mulher que, amamentando mais, tem menos riscos de ter complicações após o parto, câncer de mama e ovários e de desenvolver diabetes.

A família que, quando a criança é alimentada ao seio, economiza e seus laços afetivos ao reforçados.

Os profissionais da saúde que tem um aumento das suas competências e conhecimentos sobre o aleitamento materno.

O Sistema Único de Saúde que, com o aumento das taxas de aleitamento materno há redução de agravos à saúde das crianças e das mulheres. O País terá cidadãos mais saudáveis, evitando gastos com remédios e internações hospitalares.

Mas, o maior ganho seria a interação das gestantes com os palestrantes (profissionais da saúde) no que concernem as perguntas efetuadas, necessidade de



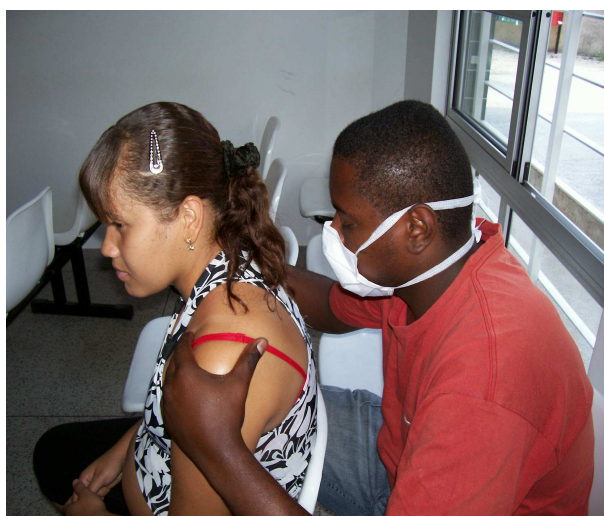
esclarecimentos mais minuciosos e a tranqüilidade de que seus questionamentos estarão sendo sanados.

## 2º dia

### “O Parto”

Com relação à assistência recebida pelas mulheres, merecem destaque o pré-natal e o momento do parto. O fato de a gestação representar um dos momentos de maior vulnerabilidade na vida da mulher, apesar de não constituir novidade deveria se configurar num dos principais objetos de preocupações do Centro de Saúde.

As mulheres, com base na experiência vivida durante o transcurso da gravidez, parto e puerpério dentro da maternidade, podem avaliar constantemente a assistência recebida. Elas, como clientes e não apenas pacientes, denunciam em suas falas a falta de um suporte adequado no serviço hospitalar, capaz de responder a seus anseios e necessidades individuais. Essa constatação, mais do que um alerta, representa uma oportunidade para reformular as estruturas assistenciais destinadas a promover suporte à mulher que precisa vencer as dificuldades iniciais para o estabelecimento da amamentação.



OFICINA DE TRABALHO C. SAUDE CACHOEIRINHA



OFICINA DE TRABALHO C. SAUDE CACHOEIRINHA

Por outro ponto de vista, as mulheres relataram aos profissionais da saúde informações sobre a sua vivência. Esses valores que compõem a matriz vivencial da mulher, na maioria das vezes construída a partir do senso comum, tendem a sobrepor aos novos conhecimentos que lhe são ofertados através dos serviços de saúde, particularmente, no que tange a amamentação.

A maior preocupação das gestantes é a falta de informação sobre o parto, a banalização da dor por parte da equipe médica, durante o trabalho de parto e a vulnerabilidade emocional em que se encontram.

Urge então, uma maior atenção da equipe de saúde, no pré-natal com o intuito de oferecer um apoio efetivo, que possa transmitir à parturiente uma segurança durante o ciclo gravídico-puerperal e para a consecução da amamentação.

### **3º dia**

#### **“Cuidados com o bebe”**

Há mães que tem muito medo e sentem-se incompetentes, algumas chegam a tremer de medo. É preciso dar forças à essa mãe que resiste em cuidar do filho e ficar com ele do lado dela. A segurança transmitida irá incentivá-la a dar todos os passos, muitas vezes intuitivos, com relação ao bebe.

O Centro de Saúde tem o dever de apoiar e orientar a nutriz no domicilio na primeira semana após o parto e detectar alterações na amamentação. Nesse acompanhamento, deve incentivar ações de promoção a saúde e prevenção da desnutrição, tais como: orientação alimentar, incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (curva de Gauss), avaliação da anemia e hipovitaminose A com tratamento adequado; uso do ferro profilático e

polivitamínicos para o recém-nascido prematuro e de baixo peso, e orientação para o desmame. Tudo isso, devidamente registrado no Cartão da Criança onde também terá compilado o estado vacinal.



Participantes do Curso no Centro de Saúde Cachoeirinha

#### **4º dia**

#### **“Saúde Bucal da mãe e do bebê”**

Crenças e mitos de que o tratamento odontológico realizado durante a gravidez prejudica o desenvolvimento do filho ainda acompanham as gestantes e contribuem para dificultar o cuidado com a saúde bucal. Mitos como perda de um dente e aumento de caries prejudicam a ida ao dentista. Com os cuidados apropriados, o tratamento odontológico pode ser realizado durante a gestação, de preferência no segundo semestre.

Como já foi dito anteriormente, a amamentação é um exercício fisiológico que proporciona uma tonicidade adequada a toda a musculatura do aparelho estomatognático, correta postura de língua e lábios em perfeito vedamento labial, proporcionando uma respiração nasal.

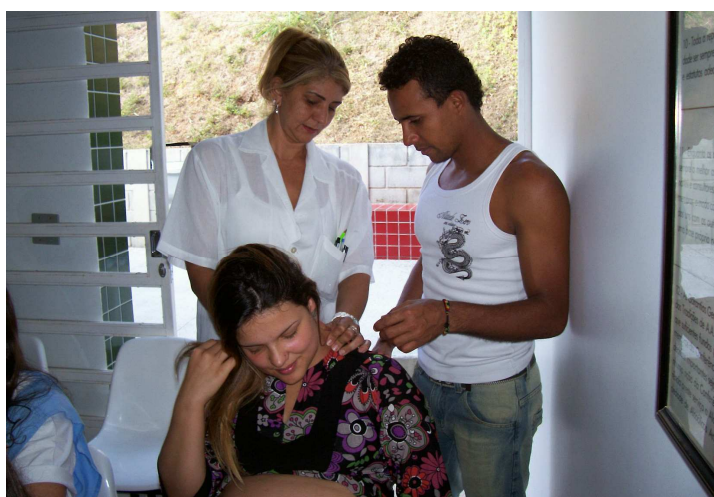
Para se obter uma boa oclusão na criança e, conseqüentemente, na sua fase adulta, é necessário um equilíbrio de forças entre a área externa e a interna da boca. As estruturas musculares são as principais determinantes da forma e executoras das funções e essas estruturas dependem da amamentação.

A criança nasce com uma disto-relação entre a maxila e a mandíbula. A maxila está aproximadamente de 8 a 12 milímetros em relação a mandíbula (FAUSTIN. JR, 1983). São os movimentos da amamentação que anteriorizam a postura mandibular, estimulando seu crescimento. Músculos firmes ajudarão na fala.

Na amamentação, o bebe aprende a respirar corretamente pelo nariz e a posicionar corretamente a língua. Crianças que não são amamentadas apresentam os músculos hipotônicos e funções orais com distúrbios aumentando as chances de futuros usuários de aparelhos ortodônticos.

Por esses motivos é muito importante que o bebe mame de forma correta. Que ele tenha uma grande abertura de boca e abocanhe grande parte da aréola de forma que, todo o palato duro entre em contato com o bico do seio. Quando o bico de mamadeira é utilizado isso não ocorre. Nesta posição a língua da criança permite que a orofaringe fique totalmente liberada, desobstruindo a passagem de ar.

O Centro de Saúde oferece um acompanhamento odontológico durante o pré-natal.



## **5º dia**

### **“Oficinas criativas”**

Num trabalho de criatividade, afetividade, auto-estima e lazer, o Centro de Saúde deverá proporcionar oficinas para a interação mãe-bebê.

### **Justificativa da suspensão dos trabalhos**

O curso de aleitamento materno estava programado para ser realizado em cinco dias. Mas, devido à pandemia da influenza A/H1N1 que, segundo informe da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, na data de 8 de maio de 2009, alguns casos suspeitos da referida influenza foram monitorados em Belo Horizonte.

O mecanismo de transmissão é por gotículas respiratórias geradas principalmente na pessoa fonte, quando ela tosse, espirra, escarrega ou conversa.

A transmissão requer contato próximo entre o paciente e a pessoa receptora, porque elas não ficam suspensas no ar e conseguem se deslocar apenas a curta distância. A transmissão por aerossóis ocorre quando pequenas partículas residuais de gotículas evaporadas contendo vírus, permanecem suspensas no ar e são inaladas por uma pessoa susceptível em um mesmo ambiente ou até mesmo a uma distância maior que um metro do paciente fonte.

O número crescente de contaminados pela influenza A/H1N1 na população de Belo Horizonte, levou a Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, através do Diário Oficial do Município (DOM), a expedir uma norma no dia 21 de agosto de 2009, Ano XV, Edição número 3407, impedindo aglomerações e reuniões em locais fechados.

Este fato singular nos obrigou a interromper o curso de gestantes até uma segunda ordem.

## CONCLUSÃO

O aleitamento materno é um ato cultural, social e político de múltiplas dimensões.

Muitos profissionais de saúde ainda não estão preparados e os modelos assistenciais não propiciam ambientes adequados para o apoio, a promoção e a proteção à amamentação. O Governo e a Imprensa também devem ser acionados para essa tarefa.

A amamentação, na atualidade, é uma questão tipicamente propensa a análise com os recursos desta visão ampla que a transdisciplinaridade propicia. O desmame precoce está mais além de uma opção individual; é transversal, multidimensional e planetária nessa época de globalização.

Assim, embora caiba às mulheres efetivamente a decisão (e a prática) de amamentar seus filhos, é necessário que se compreenda os diversos determinantes sociais dessa vivência, seus desafios e possibilidades. Dessa forma, os profissionais devem encontrar, conjuntamente com as mães, formas de superação das dificuldades vivenciadas, evitando o uso de linguagem e comunicação rígidas, que as façam se sentirem culpadas quando muitas vezes não dispõem de suporte – objetivo ou subjetivo – para amamentar. Nesse sentido, este ensaio evidencia a necessidade de se considerar no âmbito das estratégias de incentivo a educação permanente dos profissionais de saúde. Calcada em uma proposta pedagógica que leve a uma parceria entre os atores sociais envolvidos – mulheres e profissionais – e não à culpabilização das mulheres sem a consideração do contexto em que elas se inserem o que, conforme procuramos apontar, não raras vezes impossibilita determinadas práticas com a que ora focalizamos.

O Centro de Saúde Cachoeirinha, inicialmente, num trabalho de “porta a porta” das agentes comunitárias, com convites de adesão ao um novo grupo de aleitamento materno, arregimentou-se, em 2009, apenas quatro parturientes para um novo curso sobre o aleitamento materno. Quando, na primeira palestra, essas gestantes viram que havia um novo enfoque sobre o assunto, houve na aula seguinte, uma adesão de mais 20 parturientes e seus respectivos acompanhantes.

O que havia de diferente?

Empenho, motivação e conscientização.

O Centro de Saúde tem o propósito de fomentar esse tema e refletir sobre alguns aspectos que se mostraram importantes no que diz respeito ao aleitamento materno como um processo social e o significado dessa prática tal como vivenciada por mulheres, em diferentes momentos da história da humanidade.

## Referências Bibliográficas

Aleitamento e hábitos deletérios relacionados à oclusão. Revista Paulista de Odontologia, ano XXII, n. 6, nov/dez, 2000.

ALMEIDA JAG. Amamentação: Repassando o paradigma [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

AMAURY, O. Alimentação do lactente. 8 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988, p.51-59.

BITTENCOURT LP, MODESTO A, BASTOS EPS. Influência do aleitamento sobre a frequência dos hábitos de sucção. Rev. Bras. Odontol. 2001. 58(3): 191-193

BRAGHINI, M. et al Relação entre aleitamento materno, hábito de sucção, forma do arco e profundidade do palato. Ortodontia Gaúcha, Porto Alegre, v. t, p. 57-64, 2002.

CARVALHO G.D. A amamentação sob a visão funcional e clínica da odontologia. Revistas Secretarias de Saúde 1995; 10:12-3.

CARVALHO, A.B. R. et. al. Crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo. Jornal de Pediatria, v. 68, n.9, p. 329-333, 1992.

CARVALHO, Marcus Renato de. 17 Congresso Internacional de Odontologia do Rio de Janeiro; 2005.

COSTA, M. C. O. et. al . Aleitamento materno: causas de desmame e justificativa para amamentar. Jornal de Pediatria, v. 69, n.3, p.177-178, 1993.

GIMENEZ, C.M.M. A amamentação sob a ótica da Odontologia. Jornal Brasileiro de Ortodontia & Ortopedia Facial, ano 4, n. 24, p. 498-506, 1999.



MARTINES JC, Ashworth A, Kirkwood B, et al Breast feeding among the urban poor in southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. Bull World Health Org 1989; 67; 452-8.

MONTE CMG. Improving weaning food hygiene practices in a slum area of Northeast Brazil: a new approach [tese]. Londres, University of London; 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. 2001. Brasília: Organização Panamericana da Saúde.

PASTOR, I; MONTANA, K. Amamentação natural no desenvolvimento do sistema estomatognático. Revista de Odontopediatria, v. 3, n. 4, out/Nov/dez., 1994, p. 185-191.

SERRA NEGRA JMC, PORDEUS IA, ROCHA JR. JF. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. Rev. Odontol. Univ. São Paulo, 1997. 11(2): 79-86.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Child Health and Development. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: World Health Organization; 1998.

## ANEXO

### Programação do Grupo de Aleitamento Materno

Curso Multidisciplinar para Gestantes da Área de abrangência do Centro de Saúde Cachoeirinha Regional Nordeste

<b>Dias</b>	<b>1º</b>	<b>2º</b>	<b>3º</b>
<b>Data</b>	27/07/2009	05/08/2009	12/08/2009
<b>Assunto</b>	Aleitamento Materno	Parto e Modificações Fisiológicas na gestante	A primeira consulta com a pediatria
<b>Palestrantes</b>	Enfermeiro Tiago Vieira	Ginecologista Dra. Carolina Passos de Resende Martins	Pediatra Dra. Silvia Sabino dos Santos
	Equipe Saúde Bucal	Equipe Saúde Bucal	Equipe Saúde Bucal
	ACS	ACS	ACS
<b>Oficinas</b>	Mesa Redonda: cuidado com a mama.	Mesa Redonda Relaxamento e massagem com óleo de amêndoas doce.	Mesa Redonda e o Primeiro Banho.
	Responsável: Nilda Ribeiro Medina (ACS)	Responsável: Barbara Regina Rodrigues (ASB)	Responsável: Barbara Regina Rodrigues (ASB)
<b>Participantes</b>	03 gestantes e 02 acompanhantes	15 gestantes e 15 acompanhantes	15 gestantes e 15 acompanhantes

Agradecimentos:

- **Agente Comunitário de Saúde**
- Ana Maria Rodrigues Feuchard Linhares
- Ana Verdin de Magalhães
- Claudia Aparecida de Almeida Tavares
- Ediane Alves dos Santos
- Maria Aparecida dos Reis
- Maria do Carmo Matos de Araújo
- Maria Rosaria da Silva França
- Maurício Eduardo de Lima
- Meire das Mercês Santana
- Nilda Ribeiro Medina
- Sandra Suely Albuquerque
- Sheila Kelly Patrícia de Andrade
- Sonia dos Santos Silveira