

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ROSEMEIRE BATISTA TEODORO**

**ALEITAMENTO MATERNO: PROCESSO EDUCATIVO COM MULHERES  
COMO ESTRATÉGIA PARA EVITAR O DESMAME PRECOCE.**

**FLORIANÓPOLIS**

**MAIO/2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ROSEMEIRE BATISTA TEODORO**

**ALEITAMENTO MATERNO: PROCESSO EDUCATIVO COM MULHERES  
COMO ESTRATÉGIA PARA EVITAR O DESMAME PRECOCE.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem Opção Saúde Materna, Neonatal e do Lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Maria de Fátima Mota Zampieri

**FLORIANÓPOLIS**

**MAI/2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **ALEITAMENTO MATERNO: PROCESSO EDUCATIVO COM MULHERES COMO ESTRATÉGIA PARA EVITAR O DESMAME PRECOCE** de autoria de ROSEMEIRE BATISTA TEODORO

foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Materno Infantil.

---

**Profa. Dra. Maria de Fátima Mota Zampieri**  
Orientadora da monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

**FLORIANÓPOLIS (SC)**  
**2014**

Aos meus pais Dulcinéa (*in memória*) e Pedro, minhas irmãs Nilcéia e Delma, meus irmãos Roberto, Fábio, Flávio, Rodrigo e todos meus sobrinhos.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por criar situações que me levaram ao crescimento espiritual, sabedoria para concluir mais essa etapa de minha vida. Grandes foram nossas lutas, maiores as vitórias. Sempre estiveste conosco. Muitas vezes pensamos que este momento nunca chegaria. Queríamos recuar ou parar. No entanto Tu sempre estavas presente, na alegria ou na tristeza, fazendo da derrota uma vitória, da fraqueza uma força. Com a tua ajuda vencemos. Sabemos que não chegamos ao fim, mas ao início de uma longa caminhada.

A minha mãe Dulcinéa, *in memória*. Sei que onde está agora, olha-me e abençoa cada um de meus passos. Ao meu pai Pedro pela compreensão dos momentos de ausência, e pela confiança e admiração depositada em minha pessoa. Amo muito vocês!

As minhas irmãs, Nilcéia e Delma, pelo apoio e amor incondicional e que felizmente posso dizer ser recíproco. Também aos meus irmãos Roberto, Fábio, Flávio e Rodrigo.

Aos meus sobrinhos, Ítalo Gustavo, Dhauana Aparecida, Thales Iego, Larah Roberta, Jean Felipe, João Pedro, Pedro Henrique e José Ricardo, pelos momentos de diversão, risos que me descontraíam.

A todas as professoras do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem, em especial a tutora Ana Maria Fernandes Borges e a orientadora Maria de Fátima Mota Zampieri pelo tempo, paciência e dedicação destinados a cada aluno.

Aos meus queridos amigos que direta e indiretamente contribuíram para a minha formação: Madalena, Andréia Pinheiro, Prof. Celso, e muitos outros, quero agradecer os grandes momentos de alegria que compartilhamos juntos.

A toda turma do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem Opção: Saúde Materna, Neonatal e do Lactente. Desejo bênçãos sem medida a vocês nessa nova fase de suas vidas.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>19</b>
<b>4.1</b>	<b>CAPÍTULO 1 - O ALEITAMENTO MATERNO E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA DAS CRIANÇAS.....</b>	<b>21</b>
<b>4.2</b>	<b>CAPÍTULO 2 - A EDUCAÇÃO ESTRATÉGIA PARA O ALEITAMENTO MATERNO</b>	<b>27</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>30</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>37</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>39</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. O Mapa Hipsométrico do Município de Terra Alta, Pará, Brasil.....	19
Figura 2. Equipe de Saúde da UBS de Vista alegre, Terra Alta Pará, Brasil.....	20
Figura 3. Aplicação do banner na residência da mãe adscrita.....	22
Figura 4. Diálogo e questionamentos em grupo na UBS.....	23
Figura 5. Orientações concernentes a alimentação e saúde.....	24

## LISTA DE ABREVIATURAS

SUS	Sistema Único de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica na Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde Familiar
ESF	Estratégia Saúde Familiar
OMS	Organização Mundial da saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância
WHOR	World Health Organization
IBFAN	Internacional Baby Food Action Network
UBS	Unidades Básicas de Saúde
SRTM	Shuttle Radar Topography Mission
JPL	Jet Propulsion Laboratory
NASA	National Aeronautics and Space Administration
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CGHFBC	Collaborative Group On Hormonal Factors In Breast Cancer
IHAC	Instituição Hospital Amigo da Criança

TEODORO, R. B. Aleitamento materno: prática educativa com mulheres como estratégia para evitar o desmame precoce. 2013, 57p. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactente [monografia], Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

## RESUMO

O aleitamento materno exclusivo proporciona benefícios à criança, a mulher e família, os profissionais em saúde têm como uma das competências favorecer a prática do AME até o sexto mês, conforme o Ministério da Saúde. Mudanças na condução do aleitamento que venham a evitar o desmame ou o retorno ao aleitamento podem ser alcançadas por um processo educativo, cumprindo-se as agendas de saúde. Este estudo relata experiência da prática educativa com mães e seus familiares de Vista Alegre, município de Terra Alta/PA que reduziram o tempo de amamentação ou deixaram de amamentar exclusivamente seus filhos. No período de seis de agosto de 2013 a 20 de fevereiro de 2014 foi realizada uma prática educativa em quatro fases. Fase um, realizada na USB com 158 usuárias que participaram de palestras sobre amamentação, durante a espera de atendimento médico e odontológico, dentre estas cinco mães em desmame precoce. Para tanto, usou-se o Arco de Charles Maguerez, estratégia capaz de estimular a participação, a autonomia, o pensamento crítico e criativo dos envolvidos para solucionar problemas. Buscou-se reconhecer a realidade, problematizá-la, elencar os problemas chaves, identificar a população alvo e buscar soluções. Fase dois utilizou-se o ciclo de cultura, no qual o diálogo foi o ponto chave para estabelecer a interação social e refletir temas do cotidiano. Esses foram desenvolvidos em grupo com os usuários e as mães na UBS e de forma individual nas residências das cinco mães e seus familiares a cada mês de vida da criança, quando da visita de acompanhamento. Fase três desenvolveu-se a confecção de materiais educativos, cartilha e banner. A cartilha entregue aos participantes buscava socializar conhecimentos sobre as vantagens do aleitamento, problemas da amamentação e manejos para solucioná-los; o banner foi utilizado no auxílio ao acompanhamento da prática do aleitamento no domicílio, como elemento motivador para o exercício da amamentação. Mensalmente a mãe retirava do banner uma frase que a estimulava a continuar com o aleitamento. Durante todo o processo, por meio dos depoimentos, evidenciou-se que mesmo as mulheres apresentando conhecimento prévio sobre a importância do aleitamento materno, interrompiam a amamentação por insegurança, sobretudo as

primíparas; por orientação e prescrição do leite artificial por pediatra; influência cultural, familiar; estresse emocional causado pelo choro da criança e retorno ao trabalho. A ação educativa e o estímulo motivacional propiciaram a continuidade consciente do aleitamento materno exclusivo, como constatado por avaliação, última fase. A avaliação feita pelas mães considerou eficiente esse acompanhamento dos profissionais e da família, relatando sentirem-se seguras e felizes em continuar com o aleitamento. Apenas uma das cinco puérperas não conseguiu seguir as orientações. Os profissionais têm o desafio de evitar o desmame precoce, dando suporte às mulheres e familiares sobre a prática do aleitamento materno. Para tanto, é necessário rever a formação dos profissionais, sensibilizá-los e capacitá-los por meio da educação permanente. O fortalecimento e implantação das UBS de apoio ao aleitamento materno nos municípios, articulado as escolas e instituições parceiras da unidade de saúde, também se mostra um caminho para a redução do desmame precoce. Esse estudo pode contribuir para gerar mudanças nas práticas relativas ao aleitamento e subsidiar os planos de cuidado. Reforça a importância de práticas educativas críticas e criativas para sensibilizar as mães em prol do aleitamento exclusivo, evitando o desmame precoce.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Desmame precoce. Educação.

TEODORO, R.B . Breastfeeding: educational practice with women as a strategy to prevent early weaning 2013. 57 p. Specialization Course in Nursing Care Lines - Area Maternal, Newborn and Infant [ monograph ], Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

## ABSTRACT

Exclusive breastfeeding provides benefits to children, women and families, health professionals have the skills as a favor the practice of exclusive breastfeeding up to six months, according to the Ministry of Health Changes in the conduct of breastfeeding that may prevent weaning or return to breastfeeding can be achieved by a process of education, if they fulfilled the health agendas. This study reports the experience of educational practice with mothers and their families Vista Alegre, municipality of Terra Alta / PA that reduced feeding time or did not exclusively breastfeed their children. In the period from August 6, 2013 a February 20, 2014 an educational practice was conducted in four phases. Phase one, held in USB with 158 users , five mothers in early weaning , using the Arch of Charles Magueres strategy to encourage participation , autonomy , critical and creative thinking to solve the problems involved , we sought to recognize the reality , problematize it , list the key issues , identify the target population and seek solutions . Phase Two used the crop cycle, in which the dialogue was the key point to establish social interaction and reflection everyday themes. These were developed in groups with users and mothers in UBS and individually in homes of five mothers and their families every month of the child's life, when the follow-up visit. Phase Three has developed educational materials, booklet and banner. The booklet given to participants sought to socialize knowledge about the advantages of breastfeeding , breastfeeding problems and management strategies to address them ; the banner, as an aid to monitoring breastfeeding practice at home , as a motivator to exercise breastfeeding element. Each month the mother removed the banner phrase that encouraged to continue breastfeeding. Throughout the process, through testimony, it was revealed that even women having prior knowledge about the importance of breastfeeding, breastfeeding interrupted by insecurity, especially primiparous; for guidance and prescription of artificial milk by a pediatrician; family's cultural influence; emotional stress caused by the crying child and return to work. The educational activity and conscious motivational stimulus enabled the continuation of exclusive breastfeeding, as evidenced by evaluation last phase. The assessment made by the

mothers considered that efficient monitoring of occupational and family, feeling safe and happy to continue breastfeeding. Only one of the five postpartum failed to follow the guidelines. The professionals have the challenge to prevent early weaning, giving support to women and families about the practice of breastfeeding. Therefore, it is necessary to revise the training of professionals, sensitize them and empower them through continuing education. The strengthening and implementation of UBS breastfeeding support in municipalities, schools and articulated partner institutions of the health unit, also shows a way to reduce early weaning. This study may contribute to generate changes in practices related to breastfeeding and subsidize care plans. Reinforces the importance of critical and creative educational practices for educating mothers in favor of exclusive breastfeeding, avoiding early weaning. Keywords: Breastfeeding. Early weaning. Education.

## 1 INTRODUÇÃO

O SUS<sup>1</sup> tem dois níveis de atenção: o programa saúde da família, que presta cuidados primários de saúde em 5.295 municípios; e uma rede de clínicas e hospitais públicos ou contratados pelo SUS, que atende em nível secundário e terciário no país. As intervenções de saúde pública que começaram na década de 1970, associadas às políticas sociais relacionadas ao emprego e à transferência de renda foram positivas e mostram o impacto do SUS depois de vinte anos. Na área infantil, nas últimas três décadas, a mortalidade infantil diminuiu em cerca de 6,3% ao ano e a expectativa de vida aumentou em 10,6 anos (HORTON, 2011).

No Brasil, o trabalho desenvolvido na atenção primária ou na atenção básica, como é chamada, tem recebido muito destaque no SUS. Impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada por programas inovadores. A atenção básica busca oferecer acesso universal e serviços integrais ao usuário, coordenar e expandir a cobertura, realizando encaminhamentos para níveis mais complexos de cuidado (assistência especializada e hospitalar), bem como implementando ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças (PAIM et al, 2011).

Nessa perspectiva, têm sido utilizadas diversas estratégias de repasse de recursos (p. ex., o PAB<sup>2</sup>) e organizacionais, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), com vistas a reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS (PAIM et al, 2011). Uma característica inovadora do PSF é a prática de ações de promoção de saúde e preventivas às famílias e comunidades na atenção básica, articuladas a assistência hospitalar (PAIM et al, 2011). As equipes de saúde da família do PSF são constituídas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde e, desde 2004, o grupo foi ampliado com a inclusão de equipes de saúde bucal em função do aumento populacional do bairro, 17.807 pessoas em 2009. As equipes de saúde da família trabalham em unidades de Saúde da Família que atuam em áreas geográficas definidas e com populações adscritas, com 600 a 1.000 famílias. As equipes de saúde da família representam o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde local, coordenam a atenção e procuram articular-se e integrar com os serviços de apoio diagnósticos, assistência especializada e

---

<sup>1</sup> Sistema Único de Saúde.

<sup>2</sup> Piso de Atenção Básica na Saúde.

hospitalar, estabelecendo a referência e contra referência. Os serviços de saúde e as atividades de promoção de saúde funcionam nas unidades, nas casas dos pacientes e na comunidade. (HORTON, 2011).

Houve uma grande expansão do PSF, sendo que em 2010, havia aproximadamente 236.000 agentes comunitários de saúde e 30.000 equipes de saúde da família que prestavam atenção à saúde de cerca de 98 milhões de pessoas, em 85% (4.737) dos municípios brasileiros. Essa expansão tem fortalecido a tendência à criação e ao fortalecimento de estruturas regulatórias descentralizadas e informatizadas nas secretarias municipais de saúde e nas unidades de saúde da família para a integração do cuidado primário com a rede de serviços especializados como: monitorar as listas de espera para serviços especializados, aumentar a oferta de serviços, implementar diretrizes clínicas e utilizar prontuários médicos eletrônicos (HORTON, 2011).

Os investimentos na atenção básica trouxeram alguns resultados positivos. Em 2008, 57% dos brasileiros referiram a atenção básica como seu serviço de saúde de uso habitual, um percentual acima do encontrado 1998, que era de 42%, reduzindo o percentual dos que mencionaram os ambulatórios hospitalares como sua fonte habitual de cuidados (21% para 12%) no mesmo período (HORTON, 2011). Além disso, o uso de serviços do PSF também teve impacto em alguns resultados em saúde, como a redução na taxa de mortalidade infantil pós-neonatal, decorrentes da redução no número de óbitos por diarreia e infecções respiratórias (HORTON, 2011). A efetividade dos encaminhamentos de serviços, segundo usuários das unidades de saúde da família, é maior quando feita por uma equipe de saúde da família, diminuindo o tempo de espera (HORTON, 2011).

A equipe da saúde família tem um papel fundamental na atenção as doenças prevalentes, recuperação e habilitação das pessoas, sobretudo as crianças e no desenvolvimento de ações de promoção de saúde e de prevenção das doenças. Nesta perspectiva, tem como um dos desafios reduzir agravos, alcançar a redução da desnutrição, aumentar o vínculo entre mãe e filho, estimular o aleitamento materno e, conseqüentemente, reduzir o desmame precoce.

O aleitamento materno exclusivo traz grandes benefícios para a mãe e bebê, pois amamentar significa proteger a saúde do bebê de doenças infecciosas como diarreia, distúrbios respiratórios, otites e infecção urinária; diminuir as chances de desenvolver alergias, diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, obesidade e evitar problemas na arcada dentária. Para as mulheres, proporciona a redução do sangramento após o parto, diminuição da incidência de

anemia, gravidez, câncer de ovário e mama e ajuda no combate à osteoporose. Além disso, diminui os custos com a compra do leite artificial e em consequência a renda familiar torna-se maior, aumentando a qualidade de vida dos familiares. Entretanto, ainda que comprovado o reconhecimento da importância do aleitamento materno, a prevalência do desmame precoce ainda é uma realidade que se evidencia no cotidiano da prática de enfermagem (BRASIL, 2009).

No Brasil, a pesquisa nacional de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, realizada em 1999, constatou que no Nordeste a prevalência do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida do bebê era de 50%, aos 120 dias; esta proporção caía para 19% e aos seis meses para 8% (BRASIL, 2001).

Pesquisa de D Rocci e Fernandes (2014) destaca que entre os principais problemas dificultadores do aleitamento, referidos pelas mães estão o “leite fraco” ou “pouco leite” (39,2%) e trauma mamilar (39,2%). Na seqüência, a volta ao trabalho ou ao estudo foi a segunda dificuldade mais mencionada; apenas aos 15 dias não houve menção a este problema. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), o desmame precoce consiste na introdução de qualquer outro alimento que não seja o leite materno antes dos seis meses de idade. A OMS<sup>3</sup> e a UNICEF<sup>4</sup> recomendam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e até os dois anos de idade associado a uma alimentação saudável como verduras, cereais, frutas, carnes, legumes e grãos (PARIZOTTO, J; ZORZI, T.N, 2008).

Apesar das vantagens oferecidas pelo aleitamento materno à criança nos primeiros meses de vida estarem bem definidas, das evidências científicas provarem a superioridade do leite materno em relação a outras formas de alimentar os recém-nascidos, e dos esforços institucionais e governamentais em defesa do aleitamento, o desmame vem ocorrendo mais precocemente, e os índices de aleitamento exclusivo estão aquém do recomendado. Isso vem despertando o interesse dos pesquisadores e profissionais em detectar as principais causas de desmame precoce e os seus fatores de risco e reforça o papel importante desses para reverter o quadro (BRASIL, 2009).

Ao acreditar nos benefícios que o aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade proporciona à criança, os profissionais de saúde que são comprometidos com a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, tem a responsabilidade de intervir na situação e promover uma reflexão com a mulher, no sentido de favorecer a prática do aleitamento materno

---

<sup>3</sup> Organização Mundial de Saúde.

<sup>4</sup> Fundo das Nações Unidas para a Infância.

exclusivo até o sexto mês, conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde (NETO, 1996; BRASIL, 2009).

Para refletir sobre processo junto à população atendida, a criação de espaços que favoreçam o diálogo individual ou coletivo é fundamental. Práticas educativas permitem problematizar a temática, conhecer as compreensões das mulheres sobre o aleitamento, fatores que dificultam a prática da amamentação e trabalhar em conjunto com elas estratégias para superar as dificuldades e dar continuidade ao aleitamento.

A prática educativa é um instrumento de socialização de saberes, de promoção da saúde e de prevenção de doenças, que contribui para a autonomia no agir, possibilitando aos envolvidos tornarem-se sujeitos ativos e provocarem mudanças de comportamento para o seu bem estar, de seus familiares e comunidade. Ademais, é um espaço dialógico que possibilita refletir criticamente sobre aspectos relativos à sua saúde e vida. Além disso, quando se dá em grupos, propicia a reflexão de temas comuns, podendo a pessoa no coletivo construir saberes conjuntos, superar suas limitações e reconhecer seus papéis sociais (FREIRE, 2003; ZAMPIERI, 2010).

Considerando estes aspectos este trabalho tem como objetivo descrever a experiência de uma prática educativa realizada com mães vinculadas à estratégia saúde da família de Vista Alegre do Município de Terra Alta/PA que reduziram o tempo de amamentação ou deixaram de amamentar exclusivamente seus filhos. Considera-se importante o desenvolvimento dessa experiência, porque seus resultados poderão trazer contribuições à aquisição de novos conhecimentos científicos, bem como subsidiar o enfermeiro (a) da ESF na elaboração e implementação do plano de cuidados que favoreça e incentive a amamentação, contribuindo de maneira significativa para a melhoria da qualidade da assistência prestada às mães e lactentes, especialmente nas comunidades, onde os hábitos alimentares são determinantes na morbimortalidade infantil.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

O desmame precoce tem sido uma preocupação constante dos gestores e profissionais, fazendo parte das agendas de saúde. Para tanto foram elaboradas várias normatizações, iniciativas e programas, a partir de 1980, propagando as vantagens do aleitamento materno, entre elas: Declaração de Innocenti, a instituição da Semana Mundial da Amamentação, o estabelecimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância (NBCAL)<sup>5</sup>, a iniciativa do Hospital Amigo da Criança, a criação de bancos de leite e fortalecimento do acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da criança na atenção básica e a rede amamenta (BRASIL, 2008; CIAMPO, et al, 2008; SOUZA, 2010).

O risco das crianças de morrerem no primeiro ano de vida era 7,6 maior em bebês não amamentados de mães com menor escolaridade quando comparado com as amamentadas, enquanto nas que tinham maior escolaridade o risco era 3,5 vezes maior, (W.H.O.R., 2000). Um estudo demonstrou que a amamentação na primeira hora de vida pode ser um fator de proteção contra mortes neonatais. (EDMOND et al., 2006) (BRASIL, 2009).

Mas mesmo nos países mais desenvolvidos o aleitamento materno previne mortes infantis. Nos Estados Unidos, por exemplo, calcula-se que o aleitamento materno poderia evitar, a cada ano, 720 mortes de crianças menores de um ano. (CHEN; ROGAN, 2004, p.435-9).

Os programas de promoção e prevenção em saúde têm por objetivo incentivar o aleitamento materno, para prevenir muitas doenças e promover uma vida saudável, abrangendo, sobretudo, populações carentes. Apesar do reconhecimento crescente da importância do aleitamento materno, da mobilização de governos e sociedade para a sua promoção em todas as partes do mundo, os resultados obtidos quanto ao tempo de aleitamento materno ainda não alcançam à meta estabelecida e esperada, que as mães amantassem exclusivamente com o leite materno até, no mínimo, seis meses de vida. Considerando-se a confluência de consensos, a força das evidências científicas, os juízos de valores dos profissionais em saúde e a própria opinião pública, verificamos que os alcances dos resultados ainda não são os desejáveis e estabelecidos, atendendo as propostas políticas e metas programáticas. (MARGOTTI; EDFICHER, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), uma alimentação saudável inicia com o aleitamento materno, que isoladamente é capaz de nutrir de modo adequado a criança nos

---

<sup>5</sup> Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância

primeiros seis meses de vida (SOCIEDADE, 2006; MONTE; GIUGLIANI, 2004; WHO, 2001; KRAMER; KAKUMA, 2002; DEWEY et al., 2001; EUROPEAN, 2008). Já após os seis meses de vida, devem ser introduzidos alimentos complementares ao aleitamento materno, por dois anos ou mais (WHO, 2001). Estudos mostram que a tendência de aumento da prática da amamentação é progressiva e persistente, porém ainda há espaço para avanços (SENA; SILVA; PEREIRA, 2007).

Há inúmeros elementos e fatores existentes no leite materno que protegem contra infecções, e propiciam um menor número de mortes entre as crianças amamentadas. Estima-se que 13% das mortes poderiam ser evitadas com a administração do aleitamento materno em crianças menores de cinco anos em todo o mundo (JONES et al., 2003, p.65-71).

O desmame precoce até agora citado pode ser melhor compreendido com o auxílio de alguns conceitos básicos. Entende-se por *aleitamento materno exclusivo*, o ato de alimentar a criança apenas com o leite materno (ou de um banco de leite humano) e não oferecer nenhuma outra substância considerada alimento líquido ou sólido; e por *aleitamento materno predominante*, quando o leite materno é a principal fonte de alimentação do lactente, mas, também é oferecido água, ou bebidas à base de água, ou suco de frutas, e nenhum outro leite ou semissólido. O *desmame precoce* caracteriza-se pela introdução de qualquer tipo de alimento ou bebida, incluindo água, chás ou sucos, na alimentação da criança, diminuindo a ingesta do leite da mãe; e o *processo de desmame*, traduz-se pela transição progressiva da alimentação com leite materno, para alimentação com a dieta habitual da família (SIMONS, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), o leite da mãe é importante para prevenção das patologias que acarretam distúrbios nutricionais, para que a criança cresça forte e saudável e também ajuda na economia familiar. Quando a criança é amamentada somente no peito há a prevenção contra a desnutrição. A proteção da criança diminui quando é administrado outro tipo de alimento que não seja o leite materno. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) afirma que as causas de desmame precoce são inúmeras, e a maioria delas é ligada ao tipo de vida, à alta taxa de urbanização, à tecnologia médica inapropriada e às mudanças dos valores sociais.

A mudança na estrutura familiar também se caracteriza como outro fator responsável pelo declínio da amamentação, ou seja, mudanças na estrutura familiar que comumente é formada pela

tríade: mãe, pai e filho (s) podem acarretar dificuldades da jovem mãe em não receber mais o apoio, a ajuda e o incentivo dos parentes mais velhos, elementos que doravante contribuem para o aleitamento materno (ORLANDI, 1985, SONEGO et al., 2004).

Mãe e filho sofrem influências de fatores como: o uso da mamadeira que é uma forte cultura, os mitos (*leite fraco, queda dos seios*), dentre outros; a falta de informação correta por parte das mães nos serviços de saúde, as rotinas hospitalares incompatíveis com o início e a duração do aleitamento materno; a mídia e multimídia indiscriminada de *substitutos do leite materno*; e a dificuldade em cumprir as leis que protegem as mães trabalhadoras que amamentam segundo o IBFAN<sup>6</sup> (2001).

Nenhuma outra estratégia isolada alcança o impacto que a amamentação tem na redução das mortes de crianças menores de cinco anos. Segundo a OMS<sup>7</sup> e o UNICEF<sup>8</sup>, em torno de seis milhões de vidas de crianças estão sendo salvas a cada ano por causa do aumento das taxas de amamentação exclusiva (BRASIL, 2009, p.13).

Acresce se a isso, o fato de que muitas mães terem medo de perder seu emprego e não cumprirem a licença maternidade. A falta de orientação e preparo dos profissionais em saúde para educar e desenvolver programas educativos de estímulo ao aleitamento materno é evidente, e esse fato foi observado por vários autores que detectaram, não só a falta de médicos, mas de outros profissionais especializados no assunto, que soubessem dialogar com as gestantes e as mães.

Nas UBS<sup>9</sup> não se encontram profissionais preparados para educar as mães e seus familiares. O enfermeiro, profissional melhor qualificado para executar essa atividade educativa, cuida apenas da administração da unidade, ao invés de manter uma relação mais ampla com a comunidade. Assim, nos deparamos com a ineficiência dos serviços para essa clientela, o que pode gerar com enormes prejuízos para o binômio mãe e filho (ENY et al.2001).

Os profissionais da área de saúde em especial os enfermeiros por meio de suas práticas e atitudes podem incentivar a amamentação e apoiar as mães, ajudando-as no início da amamentação para que adquiram autoconfiança em sua capacidade de amamentar. Relevante nesse processo é a atuação do enfermeiro, pois, “é o profissional que mais estreitamente se

---

<sup>6</sup> Internacional Baby Food Action Network

<sup>7</sup> Segundo a Organização Mundial da Saúde

<sup>8</sup> Fundo das Nações Unidas para a Infância

<sup>9</sup> Unidades Básicas de Saúde

relaciona com as nutrizes e tem importante função nos programas de educação em saúde” (ALMEIDA, 2004, p. 358).

## **CAPITULO 01 - O ALEITAMENTO MATERNO E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA DAS CRIANÇAS.**

O leite materno funciona como vacina, protegendo o bebê contra várias doenças como infecções, diarreia, alergias, pneumonias, desidratação, desnutrição e outros agravos. Dessa forma, melhora a resistência orgânica e substitui outras formas de alimentação que possam gerar maior risco de contaminação. Assim, o leite materno diminui significativamente a morbimortalidade dos bebês para inúmeras infecções (BRASIL, 2006). Na primeira hora de vida pode ser um fator de proteção contra mortes neonatais (EDMOND et al., 2006). É importante destacar que essa proteção pode diminuir quando o aleitamento materno deixa de ser exclusivo. Oferecer à criança amamentada água ou chás, prática considerada inofensiva até pouco tempo atrás, pode dobrar o risco de diarreia nos primeiros seis meses (BROWN et al., 1989; POPKIN et al., 1990).

O valor do aleitamento materno como fator de proteção à criança contra as infecções, pela existência de fatores específicos e inespecíficos, é bem conhecido. O colostro atua sobre a mucosa intestinal, auxiliando na maturação dos enterócitos, melhorando a absorção dos nutrientes e formando barreira de proteção contra as infecções. O desmame precoce gera prejuízos à mãe e ao bebê, exercendo um papel de seleção natural. A mãe perde a proteção natural contra a contracepção, o câncer da mama e do ovário e a criança, por sua vez, a defesa contra as gastroenterites e infecções respiratórias. Isso resulta em maior índice de internação hospitalar por esses agravos e não comumente a alergia ao leite de vaca, incluindo, ainda, sensibilização a outros alimentos (soja, milho, feijão, tomate, laranja, ovo, etc.) (ICHISATO; SHIMO, 2002).

A amamentação supre todas as necessidades do bebê nos primeiros meses de vida, para que tenha um crescimento e desenvolvimento saudável. *O leite materno é alimento completo por que* contém todas as substâncias nutrientes e de defesa, vitaminas, minerais, gorduras, açúcares, proteínas, todos apropriados para o organismo do bebê que nenhum outro leite possui. Assim, não existe leite fraco. É um leite completo, ideal e suficiente para seres humanos, sendo leite melhor absorvido pelo estomago da criança. Por ser da mesma espécie, o leite materno contém todos os

nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento ótimos da criança pequena, além de ser mais bem digerido, quando comparado aos demais leites. O leite materno é capaz de suprir sozinho as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses, sendo uma importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas (BRASIL, 2009).

Além de evitar a diarreia, a amamentação também exerce influência na gravidade dessa doença. Crianças não amamentadas têm um risco três vezes maior de desidratarem e de morrerem por diarreia quando comparadas com as amamentadas. (VICTORIA et al., 1992).

A proteção do leite materno contra infecções respiratórias foi demonstrada em vários estudos realizados em diferentes partes do mundo, inclusive no Brasil. Além disso, a amamentação diminui a gravidade dos episódios de infecção respiratória. Em Pelotas<sup>10</sup>, a chance de uma criança não amamentada internar por pneumonia nos primeiros três meses foi 61 vezes maior do que em crianças amamentadas exclusivamente (CESAR et al., 1999). Já o risco de hospitalização por bronquiolite foi sete vezes maior em crianças amamentadas por menos de um mês (ALBERNAZ; MENEZES; CESAR, 2003). O aleitamento materno também previne otites (TEELE; KLEIN; ROSNER, 1989).

Estudos mostram que a amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida diminui o risco de alergia à proteína do leite de vaca, de dermatite atópica e de outros tipos de alergias, incluindo asma e sibilos recorrentes (VAN ODIJK et al., 2003). Assim, retardar a introdução de outros alimentos na dieta da criança pode prevenir o aparecimento de alergias, principalmente naquelas com histórico familiar positivo para essas doenças. A exposição a pequenas doses de leite de vaca nos primeiros dias de vida parece aumentar o risco de alergia ao leite de vaca. Por isso, é importante evitar o uso desnecessário de fórmulas lácteas nas maternidades (BRASIL, 2009).

O aleitamento materno diminui o risco de hipertensão, de colesterol alto e diabetes. Há evidências sugerindo que o aleitamento materno apresenta benefícios quando utilizado por longo prazo. A OMS publicou importante revisão sobre evidências desse efeito (HORTA et al, 2007). Essa revisão concluiu que os indivíduos amamentados apresentaram pressões sistólica e diastólica mais baixas (-1,2 mmHg e -0,5mmHg, respectivamente), níveis menores de colesterol total (-0,18mmol/L) e risco 37% menor de apresentar diabetes tipo 2. Não só o indivíduo que é

---

<sup>10</sup> Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul.

amamentado adquire proteção contra diabetes, mas também a mulher que amamenta. Foi descrita uma redução de 15% na incidência de diabetes tipo 2 para cada ano de lactação (STUEBE et al., 2005). Atribui-se essa proteção a uma melhor homeostase da glicose em mulheres que amamentam. A exposição precoce ao leite de vaca (antes dos quatro meses) é considerada um importante determinante do *Diabetes mellitus* Tipo I, podendo aumentar o risco de seu aparecimento em 50%. Estima-se que 30% dos casos poderiam ser prevenidos se 90% das crianças até três meses não recebessem leite de vaca (GERSTEIN, 1994).

A maioria dos estudos que avaliaram a relação entre obesidade em crianças maiores de três anos e tipo de alimentação no início da vida constatou menor frequência de sobrepeso/obesidade em crianças que haviam sido amamentadas. Pesquisa da OMS sobre evidências do efeito do aleitamento materno a longo prazo aponta que os indivíduos amamentados tiveram uma chance 22% menor de vir a apresentar sobrepeso/obesidade (DEWEY, 2003).

Haisma et al (2005) referem que entre os mecanismos implicados a essa proteção, encontram-se o melhor desenvolvimento da autorregulação de ingestão de alimentos das crianças amamentadas e a composição única do leite materno participando no processo de “programação metabólica”, alterando, por exemplo, o número e/ou tamanho das células gordurosas ou induzindo o fenômeno de diferenciação metabólica. Constatou-se que o leite de vaca altera a taxa metabólica durante o sono de crianças amamentadas, podendo esse fato está associado com a “programação metabólica” e o desenvolvimento de obesidade.

Há evidências também que o aleitamento materno contribui para o desenvolvimento cognitivo. A maioria dos estudos conclui que as crianças amamentadas apresentam maior desenvolvimento cognitivo quando comparadas com as não amamentadas, em especial aquelas com baixo peso de nascimento, sendo observada em diferentes idades, (ANDERSON; JOHNSTONE; REMLEY, 1999) inclusive em adultos (HORTENSEN et al., 2002). Os mecanismos envolvendo a possível associação entre aleitamento materno e o melhor desenvolvimento cognitivo ainda não são totalmente conhecidos havendo duas vertentes. Há aqueles defendem que a presença de substâncias no leite materno aperfeiçoa o desenvolvimento cerebral e outros reforçam que os fatores comportamentais ligados ao ato de amamentar e à escolha do modo como alimentar a criança são os responsáveis (BRASIL, 2009).

No que se refere ao desenvolvimento da cavidade bucal, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) refere que o exercício que a criança faz para sugar o leite materno é muito importante para

o desenvolvimento adequado de sua cavidade oral, propiciando uma melhor conformação do palato duro, o que é fundamental para o alinhamento correto dos dentes e uma boa oclusão dentária. Quando o palato é empurrado para cima, o que ocorre com o uso de chupetas e mamadeiras, o assoalho da cavidade nasal se eleva, com diminuição do tamanho do espaço reservado para a passagem do ar, prejudicando a respiração nasal. Assim, o desmame precoce pode levar à ruptura do desenvolvimento motor-oral adequado, podendo prejudicar as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala, ocasionar má-oclusão dentária, respiração bucal e alteração motora-oral.

A Proteção e redução da prevalência do câncer de mama é outra vantagem associada ao aleitamento materno. Estima-se que o risco de contrair a doença diminua 4,3% a cada 12 meses de duração de amamentação (CGHFBC, 2002), sendo que essa proteção independe de idade, etnia, paridade e presença ou não de menopausa. Além disso, evita nova gravidez. A amamentação é um excelente método anticoncepcional nos primeiros seis meses após o parto (98% de eficácia), desde que a mãe esteja amamentando exclusiva ou predominantemente e ainda não tenha menstruado (GRAY et al., 1990). Estudos comprovam que a ovulação nos primeiros seis meses após o parto retorna mais rápido em função do número de mamadas. Quanto mais mama, mais a ovulação é postergada. Assim, as mulheres que ovulam antes do sexto mês após o parto em geral amamentam menos vezes por dia que as demais (BRASIL, 2009).

A redução dos custos financeiros não é menos importante. Não amamentar pode significar sacrifícios para uma família carente financeiramente. Em 2004, os custos mensais com a compra de leite para alimentar um bebê nos primeiros seis meses de vida no Brasil variou de 38% a 133% do salário-mínimo, dependendo da marca da fórmula infantil. A esse gasto devem-se acrescentar despesas com mamadeiras, bicos e gás de cozinha e de doenças, mais comuns em crianças não amamentadas (BRASIL, 2009).

A promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho é o principal benefício psicológico para a criança e para a mãe do aleitamento materno. Uma amamentação prazerosa, os olhos nos olhos e o contato contínuo entre mãe e filho certamente fortalecem os laços afetivos e o apego entre eles, oportunizando intimidade, troca de afeto, sentimentos de segurança e de proteção na criança, além de aumentar a autoconfiança e a realização da mulher. Amamentação é uma forma muito especial de comunicação entre a mãe e o bebê e uma oportunidade de a criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança (BRASIL, 2009, p.18).

O UNICEF<sup>11</sup>, a OMS<sup>12</sup> e outras organizações internacionais desenvolveram um conjunto de práticas e condutas, como finalidade mobilizar os profissionais de saúde e os funcionários de hospitais e maternidades para apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, a iniciativa teve o nome de Instituição Hospital Amigo da Criança - IHAC (MARGOTTI, 2013).

Os dez passos para o sucesso do aleitamento materno devem ser: 1- Incentivar o aleitamento materno com normas e rotinas de acompanhamento, que devem ser expostas em quadros e cartazes no serviço. 2- Dispor de equipe capacitada para apoiar e ajudar as puérperas em todas as fases da amamentação. 3- Dispor-se a orientar, durante o acompanhamento pré-natal, sobre as vantagens da amamentação, a importância de o bebê mamar logo ao nascer, a prevenção de dificuldades, além de outros assuntos que vão ajudar a futura mãe a ter uma amamentação mais duradoura e prazerosa. 4- Estimular o início da amamentação na primeira hora de vida e o contato prolongado pele a pele entre a mãe e o bebê, desde o nascimento. 5- Orientar às mães como amamentar e manter a amamentação, mesmo quando houver necessidade de a mãe e o bebê ficarem separados. 6- Disponibilizar aos recém-nascidos apenas o leite materno, garantindo que outros leites e líquidos só sejam oferecidos em situações excepcionais, por indicação médica. 7) Garantir que mães e bebês permaneçam em alojamento conjunto vinte e quatro horas por dia. 8) Orientar que os bebês sejam amamentados sempre que quiserem, e o quanto quiserem. 9) Evitar oferecer chupetas, chucas ou mamadeiras aos bebês. 10) Qualificar sempre os grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

Temos também as unidades básicas amigas da criança, que contemplam praticamente os dez passos já colocados, no entanto destacam a questão de ouvir a mulher e acompanhante na gravidez e puerpério e usar o aleitamento exclusivo como método contraceptivo até seis de idade do bebê, se a mulher não menstruar.

---

<sup>11</sup> Fundo das Nações Unidas para a Infância.

<sup>12</sup> Organização Mundial da Saúde

## **CAPITULO 02 – A EDUCAÇÃO PARA O ALEITAMENTO MATERNO COMO ESTRATÉGIA POTENCIALIZADORA.**

A troca de informações e conhecimentos ocorre no cotidiano das pessoas e nas suas relações. A educação sempre acontece independente do propósito a que serve. A prática educativa em saúde relaciona-se com as diferentes visões e modos de viver, adoecer e morrer, bem como, com as distintas interações que o homem busca estabelecer com os outros homens e com a natureza. Ensinar e aprender, portanto, são construções históricas, que mudam à medida que se transforma a sociedade (REIBNITZ; PRADO, 2006; ACIOLI, 2008).

A prática educativa não é neutra, seja ela uma prática pedagógica formal ou não. As correntes pedagógicas refletem os pensamentos dominantes do contexto em que estão inseridas e, têm por base uma concepção de como se quer que as pessoas aprendam alguma coisa e, a partir daí, sejam capazes ou não de transformarem ou se adaptarem a realidade (REIBNITZ; PRADO, 2006).

Educação em saúde há muito tempo, deixou de ser apenas transmissão de informações. Isto porque, o acesso às informações, na atualidade, pode ser feita por meio de inúmeros recursos tecnológicos, entre eles, a *internet*<sup>13</sup>, que é muito mais ágil e abrangente do que os seres humanos. Pode-se encontrar na *web*<sup>14</sup>, um número expressivo de conhecimentos sobre os processos de adoecer, tratamentos e ações de promoção da saúde, capazes de orientar os usuários acerca de sua condição de saúde/doença (PRADO, 2013).

Educar-se é o exercício de vivenciar e refletir sobre seu contexto, de modo que o sujeito possa apropriar-se de sua realidade, desvelá-la, criticá-la, ultrapassá-la, ir além, com vistas a transformá-la. Falamos em educar-se e não em educar, porque entendemos que esse não é um processo unilateral. Não há alguém que aprende e alguém que ensina, existe sim uma relação pedagógica<sup>15</sup>, na qual ambos ensinam e aprendem (PRADO, 2013).

Educar exige apreensão da realidade, não para adaptar-se, mas para transformar, intervir e recriar essa realidade (FREIRE, 1997), o que só se concretiza por meio de uma educação baseada

---

<sup>13</sup> é um conjunto de redes mundial, e o nome tem origem inglesa, onde *inter* vem de internacional e *net* significa rede, ou seja, rede de computadores mundial.

<sup>14</sup> *Web* é uma palavra inglesa que significa teia ou rede. O significado de *web* ganhou outro sentido com o aparecimento da *internet*. A *web* passou a designar a rede que conecta computadores por todo mundo, a World Wide Web (WWW).

<sup>15</sup> que educa, de educação: um método pedagógico

na criatividade, que possibilita uma reflexão e uma ação crítica e comprometimento com a transformação social.

A abordagem crítico-reflexiva vislumbra a ação educativa centrada no diálogo entre o educador e o educando. O ser humano é vocacionado para ser sujeito, na medida em que ele se posiciona criticamente, refletindo sobre sua condição de sujeito comprometido com sua realidade e não como um mero espectador das ações dos outros. Assim, ele interage com o mundo e no mundo, intervém, cria e recria sua própria história e decide sobre ela, exercitando plenamente a condição de sujeito (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Nesta perspectiva, para intervir na realidade e atender às reais necessidades das populações e das equipes de saúde, a problematização aparece como um instrumento essencial na construção de um processo educativo verdadeiro. Trata-se de uma abordagem metodológica utilizada no campo da saúde, que privilegia o diálogo, a participação, o envolvimento político, a reflexão crítica e a autonomia cidadã (FERNANDES; BACKES, 2010).

O cenário contemporâneo desafia os profissionais a superar os limites da pedagogia tradicional, buscando compreender que o processo de ensinar e aprender em saúde requer o compromisso com o desenvolvimento da competência humana. São essas novas competências que permitem ao ser humano viver em ambientes abertos, inconclusos e em constante mudança, nos quais, mais do que conhecer, o que preciso é aprender a conhecer, ou aprender a aprender (DEMO, 2000).

A pedagogia crítica fornece os elementos fundamentais para uma prática pedagógica, na qual quem ensina aprende e vice versa, sendo ambos sujeitos e fazem parte de uma sociedade que deseja aprender. Isso requer um nível mínimo e flexível de conhecimentos, para que o sujeito possa se situar no mundo, assim como, uma imperativa necessidade de aprendizagem ao longo da vida (ASMANN, 1998).

O processo de ensinar e aprender deve partir da realidade, estimular a participação ativa dos envolvidos, de modo que tenham competência para intervir e melhorá-la, promovendo as transformações necessárias para uma vida plena e para o exercício da cidadania. Para alcançar isso surgem as chamadas metodologias ativas (PRADO, 2013).

Por outro lado, o enfermeiro-educador, centro do processo de aprendizagem assume o papel coadjuvante ou facilitador do processo. A ele cabe oferecer as oportunidades significativas de situações de aprendizagem, selecionar experiências adequadas que despertem no aluno-usuário

a curiosidade e a motivação para mobilizar seus potenciais e a capacidade de intervir e mudar sua própria vida e cuidar de sua saúde. Nesse processo, o enfermeiro-educador precisa também reconhecer e valorizar o conhecimento e as experiências prévias dos usuários. Portanto, mais do que ensinar o enfermeiro-educador precisa ser uma força motivadora, um estimulador nesse processo de construção e apropriação do conhecimento (PRADO, 2013).

O enfermeiro ao realizar as atividades de educação em saúde com as pessoas, famílias e com a comunidade tem como papel importante possibilitar o compartilhamento de saberes e habilidades, de experiências e ideias, durante o processo educativo. Sua atividade como “educador” ou como “mediador” é imprescindível, considerando que as suas ações podem ter alcance muito maior do que todas as atividades preventivas e curativas desenvolvidas em seu fazer profissional (PRADO, 2013).

Para se trabalhar uma educação em saúde diferente daquela que aprendemos na escola, é necessário desenvolver outros métodos de ensinar e aprender. É essencial que o profissional de saúde, o enfermeiro, conheça com espírito crítico, outras metodologias de ensino. Ele precisa desenvolver e praticar metodologias educacionais que ajudem as pessoas a tomarem consciência dos problemas e a se empoderarem<sup>16</sup> a fim de melhorar suas condições de vida (BORDENAVE; PEREIRA, 1996). Para tanto, este trabalho reconheceu e potencializou as informações recebidas nas visitas à unidade de saúde básica e as utilizou no arco da problematização de Maguerez realizado com a equipe.

A metodologia da problematização é utilizada em situações nas quais os temas estejam relacionados com a vida em sociedade, com o viver das pessoas e sua realidade, tendo como referência o Método do Arco de Charles Maguerez, apresentado pela primeira vez por Bordenave e Pereira, em 1982. Trata-se de um caminho metodológico capaz de orientar a prática pedagógica de um educador preocupado com o desenvolvimento dos seres humanos e com sua autonomia intelectual, visando o pensamento crítico e criativo. Este método tem origem na concepção da educação histórico-crítica, com propósito maior de preparar o ser humano para a tomada de consciência do seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo.

Para isso, utilizou-se o Arco de Charles Maguerez, o qual é uma das estratégias de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento da problematização. Consta de cinco etapas que acontecem a partir da realidade social: a observação da realidade, os pontos-chaves, a teorização,

---

<sup>16</sup> Conceder ou conseguir poder; obter mais poder.

as hipóteses de solução e aplicação à realidade. Com isso agregou-se o acompanhamento e o fator afetivo motivacional incluso no banner.



Space Administration). Fonte: [http://mapstore.eco.br/mapa\\_carta\\_hipsometria\\_altitudes\\_relevo\\_srtm\\_topo30\\_brasil\\_regiao\\_norte\\_para\\_mesorregiao\\_nordeste\\_paraense\\_microrregiao\\_salgado\\_municipio\\_de\\_terra\\_alta\\_07961](http://mapstore.eco.br/mapa_carta_hipsometria_altitudes_relevo_srtm_topo30_brasil_regiao_norte_para_mesorregiao_nordeste_paraense_microrregiao_salgado_municipio_de_terra_alta_07961).

A agrovila de Vista Alegre é afastada da zona urbana por 27 km, a população adstrita é composta por agrovilas distantes entre si (Santa Maria do Maú, Açaitéua, Boa Fortuna e Urucurana), sendo que a equipe da ESF é formada por uma médica, uma enfermeira, seis agentes de saúde, dois técnicos de enfermagem, uma odontóloga, uma auxiliar de saúde bucal, um agente administrativo e uma auxiliar de serviços gerais (Figura 02), que prestam serviços de saúde para 358 famílias.

A ESF utilizou como critérios de inclusão nesta prática, mães que desmamaram precocemente ou estavam em processo de desmame dos seus filhos com idade de zero a seis meses de vida e que freqüentam o serviço referido, na faixa etária de 15 a 25 anos. As mães foram convidadas verbalmente e receberam informações detalhadas sobre a atividade e solicitada a permissão para uso de suas informações, garantindo-lhes o anonimato.



Figura 02: Equipe de Saúde da Família da UBS de Vista alegre, Terra Alta Pará, Brasil.

Este processo educativo ocorreu no período de seis de agosto de 2013 a 20 de fevereiro de 2014 e foi desenvolvido em quatro fases: 1- aplicação do arco da problematização de Magueréz (BORDENAVE, PEREIRA, 1996); 2- interação com as puérperas e famílias através do ciclo de cultura (FREIRE, 1997); 3- confecção de materiais didáticos ou tecnologia da educação (NIESTCHE, 2000) e (PRADO et al. 2009); 4- avaliação da ação ou processo ou prática educativa. A primeira fase contemplou a ação de reconhecimento ou observação da realidade,

busca de pontos-chave, teorização e aplicação à realidade, sendo efetivada com a equipe de saúde no seu local de trabalho. A metodologia da problematização buscou refletir e dialogar situações do cotidiano com os profissionais da área de saúde, com as famílias das puérperas e usuários da UBS, relacionadas à vida em sociedade e neste estudo, relativa à saúde de crianças e seu desenvolvimento com o aleitamento materno exclusivo, evitando o desmame precoce.

Para atingir os objetivos propostos, na segunda fase, usou-se como tecnologia de educação a produção de recursos tecnológicos que contribuíssem para transformações da realidade que foram o banner<sup>18</sup> e cartilha<sup>19</sup>. Utilizando estes recursos e uma abordagem motivacional, mensalmente as puérperas eram acompanhadas, procurando-se compreender os motivos do desmame em lactentes menores de seis meses, a realidade vivenciada por suas mães, buscando, assim, a conscientizar e ampliar conhecimentos sobre alimentação dos bebês e propor/construir ações de prevenção ao desmame precoce e educação para o aleitamento materno exclusivo.

Niestche (2000) e Prado et al. (2009) afirmam que a tecnologia de educação aponta meios de auxiliar a formação de uma consciência para a vida saudável. As tecnologias de processos de comunicação são meios utilizados pelos profissionais como forma terapêutica e na prestação de informações, ou seja, são formas do profissional e clientela se relacionarem entre si e com os outros. Nessa perspectiva, foram desenvolvidos os materiais didáticos como a cartilha e o banner.

Utilizou-se também o círculo de cultura, cujo elemento-chave era o diálogo que procurava aproximar os sujeitos, promovendo relações de afetividade, humildade, amor e esperança no mundo e entre os homens (FREIRE, 1997).

Foi realizada reunião com a equipe para expor a problemática e também atualização sobre as concepções de aleitamento materno, desmame precoce e enfermagem. Utilizaram-se recursos áudio visuais, como: *datashow*, notebook e álbum seriado para realização de encontros de debate (Figura 3) com o público alvo na unidade de saúde de Vista Alegre, bem como busca ativa por meio de visita domiciliar.

---

<sup>18</sup> Peça de publicidade impressa, própria para ser pendurada em múltiplos lugares com pequena informação.

<sup>19</sup> Livro de poucas páginas com noções sobre qualquer assunto para conscientizar e favorecer procedimento ou comportamento.



Figura 03: Compartilhamento de informações e experiências concernentes à alimentação e saúde.

#### **4 RESULTADOS**

O processo educativo teve quatro fases distintas, como primeira fase, iniciou-se com a aplicação do arco de Maguerez. O arco trata-se de um caminho metodológico capaz de orientar a prática pedagógica de um educador que se preocupa com o desenvolvimento das capacidades dos participantes no processo educativo e com sua autonomia intelectual, e visa o pensamento crítico e criativo (PRADO, 2013, p. 34). O Arco de Charles Maguerez de Borde nave e Pereira orienta a trajetória da ação educativa. Inicia com a observação da realidade local, com a identificação de pontos-chave a serem modificados ou ressignificados, com a teorização da problemática, busca de soluções e posterior aplicação à realidade local. Esta metodologia facilita a identificação dos problemas existentes. (PRADO, 2013).

O reconhecimento ou observação da realidade local foi feito na UBS com diálogos entre a ESF e ACS, no qual se identificou o público alvo, cinco puérperas e seus familiares, como também usuários da unidade básica de saúde que a frequentaram o serviço no período de desenvolvimento do processo educativo. Com esta observação identificou-se o contexto pessoal, geográfico, social e econômico dos participantes através do histórico e prontuários da comunidade. Identificaram-se também os pontos-chave como: insegurança ao amamentar, a influência da cultura da mamadeira, as crenças, auxílios inadequados de familiares e o retorno ao trabalho. Com a teorização desses temas e como proposição à solução optou-se por pôr em prática a segunda fase.

A segunda fase constou de interações sociais estabelecidas com as puérperas, seus familiares e usuários da UBS. Esta atividade foi executada através do círculo de cultura, que possibilitou o diálogo e a proximidade afetiva. Esses foram desenvolvidos em grupo com todos os participantes na UBS e nas residências da puérperas a cada mês de vida da criança, quando da visita de acompanhamento. Além do diálogo, assim como Paulo Freire, trabalhou-se ainda com os conceitos de cultura, conscientização, transformação, práxis e emancipação. Heidemann (2010) propõe uma visão político/filosófica que demonstra a necessidade de um compromisso ético de emancipação e de libertação da sociedade para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

O diálogo proposto pelo círculo de cultura favoreceu a interação social entre todos os envolvidos no processo educativo, assim tornou-se mais fácil expor situações, assuntos e a aquisição de conhecimento relativo ao desmame precoce e dificuldades para amamentar

exclusivamente o bebê. Com os diálogos em grupo (Figura 04) e individuais foram abordados os seguintes assuntos: conhecimento sobre amamentação, importância do aleitamento materno, dificuldades para realizar o aleitamento materno e fatores que levam ao desmame precoce.



Figura 04: Diálogo e questionamentos em grupo com as mães participantes do processo educativo.

Houve relatos, tanto em grupo como individuais ora expondo a importância do desmame, ora a importância da amamentação, fundamentais para subsidiar o processo educativo que estava sendo desenvolvido. Em grupo, antes do processo educativo: mãe 1 *“eu acho que o meu leite é fraco, ele chora, ele quer comida”*; mãe 2 *“eu não entendia que o meu leite tinha tanta importância para a saúde do meu filho”*; mãe 3 *“eu não queria amamentar meu filho só no peito”*. Individualmente, após o processo educativo: mãe 1 *“as orientações são boas é melhor não ir à conversa de ninguém”*; mãe 2 *“é melhor não dá comida antes da idade certa”*; mãe 3 *“pela orientação desse “seu coisa” que eu fui colocar na minha mente, fui pensar bem que é melhor amamentar até os 6 meses ou mais”*; mãe 4 *“eu não convivi com a minha mãe, eu fui logo separada dela e só agora sei que é importante amamentar pelo menos até seis meses”*. A mãe 5 *“mas mesmo que a gente volte a trabalhar é bom continuar amamentando”*.

Na terceira fase, ocorreram os desenvolvimentos de materiais educativos ou tecnologias educativas. Optou-se pela confecção de uma cartilha e de um banner como instrumentos para problematizar com os envolvidos as vantagens da AME e desvantagens do desmame precoce. Esta

fase foi executada com a ESF; as cinco mães contribuíram com seus depoimentos, suas dúvidas a respeito da temática. Além de cederem imagens fotográficas para serem selecionadas para constar no banner, o que aconteceu com uma das participantes. A cartilha composta de orientações sobre o preparo para amamentar, como amamentar, sobre importância do aleitamento materno exclusivo e problemas mais frequentes na amamentação foi entregue aos participantes. O banner (Figura 05) contendo informações relativas às vantagens do aleitamento exclusivo para o bebê, para a mãe, para o pai e para a família ficou exposto no domicílio das puérperas, com a finalidade de servir de fonte de conhecimento “*in loco*”<sup>20</sup>, e nele havia mensagens motivacionais como se fosse o bebê conversando para a mãe com o intuito de estimulá-la, aumentar sua confiança, segurança e disposição para continuar com o AME<sup>21</sup>.

As mensagens foram selecionadas pela mãe, no ato da visita de um profissional em saúde, a cada mês de vida da criança, até suceder o sexto mês, período referencial para a adição da alimentação complementar saudável e com a continuidade do aleitamento materno. As mensagens eram: “1º MÊS: Mamãe me deixa sugar este líquido mágico que me coloca junto de você e me dá Amor!” “2º MÊS: Mamãe, graças ao seu leite, não fico doente.” “3º MÊS: Mamãe, graças ao seu leite, nós estamos cada vez mais juntinhos!” “4º MÊS: Mamãe, eu estou ficando cada vez mais fortinho!” “5º MÊS: Parabéns, mamãe! O seu leite é completo, ainda não preciso de outros alimentos, nem de água!” “6º MÊS: Parabéns mamãe! Chegamos ao 6º mês com sucesso! Oba!!! Agora eu já posso tomar sucos, papinhas, frutas e continuar com meu leitinho!” Nestas ocasiões, foram realizados os acompanhamentos através do diálogo individual, ou com familiares.

---

<sup>20</sup> No próprio local.

<sup>21</sup> Aleitamento Materno Exclusivo.



Figura 05: Exposição do banner na residência da mãe adscrita ao acompanhamento e educação ao aleitamento materno exclusivo, Vista Alegre, Terra Alta, Pará, Brasil.

Com as visitas de acompanhamento motivacional domiciliar obtiveram-se as seguintes informações sobre as mães alvo de estudo: mãe 1 tinha 15 anos de idade, era solteira, estudante, cursando 7º ano fundamental com bebê em desmame precoce aos 26 dias de vida. Foi introduzido o leite tipo "ninho", ocorrendo o aleitamento misto até os três meses, quando foi colocada em prática a intervenção educativa. Na data da visita de acompanhamento domiciliar (06/11/13), o lactente com sete meses e nove dias, não toma mais leite artificial, somente o leite do peito da mãe, com a alimentação complementar saudável.

Mãe 2 (06/11/13): 24 anos, solteira, sem atividade remunerada, ensino médio completo, com a filha em desmame precoce desde o quarto dia de vida, ficou em aleitamento artificial com "nan"<sup>22</sup> até os quatro meses e a partir daí permanecendo com "nestogen"<sup>23</sup> esta mãe não quis aderir ou retornar ao AME, mesmo sabendo das vantagens da amamentação. A mãe 3: 18 anos, solteira, sem atividade remunerada, ensino fundamental incompleto, com bebê em desmame

<sup>22</sup> É um leite artificial de transição indicado para lactentes.

<sup>23</sup> Leite artificial. Alimentação de lactentes nos 6 primeiros meses de vida.

precoce desde um mês de vida até dois meses, período em que apresentou um episódio de diarreia, fato gerador da intervenção educativa extensiva a toda a família. No acompanhamento domiciliar (09/12/13) o bebê com quatro meses e dezesseis dias havia retornado para o AME.

Mãe 4 (16/12/2013: 17 anos, solteira, sem atividade remunerada, ensino fundamental completo, desmame precoce do bebê com apenas dez dias de vida. No dia da visita domiciliar, o bebê estava com dois meses e dois dias e a mãe insistia no aleitamento misto. Após a interferência educativa nos meses de janeiro e fevereiro de 2014, esta mãe voltou para o AME. Mãe 5: 25 anos, união estável, trabalha de carteira assinada, ensino fundamental completo, praticado desmame precoce aos quatro meses de vida da criança. Na ocasião da visita de acompanhamento domiciliar (20/12/13), a criança com cinco meses e vinte seis dias permanecia em aleitamento misto.

Este procedimento de visita de acompanhamento motivacional domiciliar proporcionou a identificação do nível de conhecimento adquirido pelas mães. 80% das mães adstritas apresentaram conhecimento considerado satisfatório, pois demonstram domínio sobre os assuntos referentes ao aleitamento materno e continuaram com a prática do AME<sup>24</sup>. Apenas uma mãe não aderiu ao processo educativo, ficou relutante ao aprendizado, ela administrou leite artificial conforme prescrição médica, levando a não estimulação por sucção do bebê até secar o leite.

Com relação aos fatores que levam ao desmame precoce, qualificados nesta experiência foram: 1- insegurança na aplicação dos conhecimentos por serem primíparas, neste caso apresentado como 80% das mães; 2- negligência/ desconhecimento dos profissionais da área, como verificado na mãe 2, com prescrição pediátrica para o aleitamento artificial; 3- influência cultural, familiar; 4- fator emocional causado pelo estresse pelo choro da criança; 5- Atividade profissional como verificado na mãe 5.

A prática do AME sofre interrupção com frequência por falta de qualificação dos profissionais da atenção básica para atuar junto à população e prepará-la, e estimulá-la para o exercício do aleitamento materno, como também por falta de conhecimento específico por parte das puérperas e familiares. Percebe-se que o grau de conhecimento, a maturidade, o poder aquisitivo das mães também influenciam neste processo. Quando há pouco conhecimento das vantagens do AME, maior é a possibilidade de alimentar a criança com outro alimento. A maturidade está direcionada a responsabilidade, neste caso com o futuro da criança, quanto ao

---

<sup>24</sup> Aleitamento Materno Exclusivo.

aspecto saúde. O recurso financeiro é facilitador da aquisição de um produto que se propõe a substituir o leite materno. O acompanhamento dos profissionais e da família favoreceu a continuidade do aleitamento materno, pois a cada mês os envolvidos recebiam informações e tiravam dúvidas pertinentes, aumentando assim a confiança na administração do leite materno, no assunto e no profissional em saúde.

A fase de avaliação do processo educativo ou quarta fase, esta avaliação foi realizada com a equipe técnica, e com as mães através de diálogos em grupo separadamente. A ação foi considerada satisfatória, pois se conseguiu reverter a situação de desmame precoce em 80% dos casos. Houve um sentimento de satisfação dentre os componentes da equipe de saúde nesta prática educativa, pois 50% deles não acreditavam que poderiam contribuir para a mudança da situação de crianças nesta realidade como se constata nos relatos: *“eu trabalho há muito tempo aqui e to cansado de ver que as pessoas virem aqui na unidade, receberem as orientações e quando chegam em casa não fazem o que era para fazer...”* *“dessa vez eles realmente mudaram, fizeram mesmo”*; *“foi muito bom trabalhar desse jeito”*; *“eu também aprendi com esse trabalho, gostei”*; *“é bom dar mais atenção para as pessoas, foi bom fazer as visitas nas casas”*.

Segundo as mães, elas consideram boa a ação, a mãe 1 disse: *“eu to seguindo as orientações e me sinto feliz agora”*; mãe 3: *“esse coisa foi bom, eu aprendi”*; mãe 4: *“agora me sinto mais preparada e segura do que é pra fazer”*; mãe 5: *“eu já sei, quando chego em casa vou logo dando o peito, foi bom o que aprendi”*.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos diálogos em grupo e individual, constatou-se que todas as mães tinham conhecimento do que é aleitamento materno exclusivo, mesmo assim, em algum momento anterior aos seis meses de vida do filho, deixaram de praticá-lo. Dos fatores analisados, os que demonstraram associação com o desmame precoce foram insegurança, idade e a baixa escolaridade da mãe, juntamente com o fato de a mãe retornar ao trabalho. Outro fato importante para o desmame foi a influência cultural, valores transmitidos pelas famílias.

Devido às culturas enraizadas e aos fatores que levam a ocorrência do desmame precoce, faz-se necessário à capacitação dos profissionais em saúde, para atuarem de forma a informar as mães e incluírem os familiares sobre os benefícios da amamentação e a sua importância, sendo que os mesmos devem estar aptos a oferecer suporte às mães que amamentam, ou que se prepararem para tal. Devem aproveitar as oportunidades que surgem, utilizando as consultas de pré-natal, visitas domiciliares, acompanhamento puerperal, como período e local de promoção do aleitamento materno.

No entanto, para enfrentar a problemática do desmame precoce, é necessário que o enfermeiro tenha, além da fundamentação científica e de competência técnica, também o conhecimento da realidade da usuária/mãe, dos seus sentimentos e das suas necessidades e, a partir desse cenário, propor uma prática educativa que reconheça os conhecimentos prévios, pautada no contexto de vida, no diálogo e no compartilhamento de conhecimentos e experiências.

A prática educativa para promoção da amamentação, realizada durante o pré-natal e período puerperal, é uma importante estratégia para reduzir o desmame precoce, estimular o aleitamento materno, sua manutenção e retorno do mesmo. É necessário que os profissionais estejam sensibilizados para esta questão, preparados e capacitados para os manejos diante de problemas com o aleitamento materno. A cooperação dos familiares e a mídia no incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança é fundamental.

Há necessidade de rever a formação dos profissionais de saúde, sobretudo médicos para não induzirem e prescreverem o uso do leite artificial. O fortalecimento e implantação das unidades básicas de apoio ao aleitamento materno nos municípios e unidades básicas, realizando articulações com escolas e instituições da área de abrangência da unidade de saúde, se mostra um caminho para a redução do desmame precoce e, conseqüentemente, da desnutrição, da obesidade problemas alérgicos e respiratórios e diminuição da morbimortalidade neonatal e infantil.

O emprego de uma prática educativa criativa, capaz de sensibilizar as mães para a importância do aleitamento materno exclusivo em prol da saúde de seus bebês, despertando a confiança dessas na capacidade de amamentar, contribui para o crescimento e desenvolvimento de crianças mais saudáveis, na realidade onde estão inseridos. A prática educativa constitui-se, assim, um espaço de socialização de conhecimentos, de interação e aproximação do núcleo familiar com a unidade básica e enfermeiros da unidade de saúde capaz de mobilizar e fortalecer os potenciais das usuárias/mães e de seus familiares para rever, intervir e mudar as condições de saúde familiares e da própria vida.

## REFERÊNCIAS

ALBERNAZ, E. P.; MENEZES, A. M.; CESAR, J. A. **Fatores de risco associados à hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-natal.** Rev. Saúde Pública, [S.l.], v. 37, p. 37, 2003.

ALMEIDA N.; FERNANDES A.G; ARAÚJO, C. G. **Aleitamento Materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto.** Rev.Eletrôn. Enferm. v. 6, n 3, p. 358-67, 2004.

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672008000100019&lng=pt&nr m=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000100019&lng=pt&nr m=iso)>. Acesso em: 5 ago. 2013.

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto Contexto - Enferm.** Florianópolis, v. 16, n. 2, jun. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000200015&lng=en&nr m=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200015&lng=en&nr m=iso)>. Acesso em: 5 ago. 2013.

ANDERSON, J. W.; JOHNSTONE, B. M.; REMLEY, D. T. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. **American Journal of Clinical Nutrition**, [S.l.], v. 70, p. 525-35, 1999.

ASMANN, H. **Reencantar a educação:** rumo à sociedade aprendente. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

BORDENAVE, J. D; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem.** 27. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR) **Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal:** relatório preliminar. Brasília (DF); 2001.

BRASIL. M.S. e Secretaria de Atenção à Saúde. **Álbum Seriado:** promovendo o Aleitamento Materno. 2 ed. Brasília: Positiva, 2003. p. 1-16.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 66p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Leite materno: sinônimo de bebês bem alimentados. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 29 Ago. 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. **Cadernos de Atenção Básica, Série A. Normas e Manuais Técnicos**, n. 23, 112 p. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica 33 - Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**, Brasília – DF, p. 133-134, 2012.

BROWN, K. H. *et al.* Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. **Pediatrics**, [S.l.], v. 83, p. 31-40, 1989.

CESAR, J. A. *et al.* Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. **B.M.J.**, [S.l.], v. 318, p. 1316-20, 1999.

CHEN, A.; ROGAN, J. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. **Pediatrics**. [S.l.], v. 113, p. 435-9, 2004.

CIAMPO, L. A. *et al.* Aleitamento materno exclusivo: do discurso à prática. **Pediatrics**, São Paulo, v.30, n.1, p. 22-26, 2008.

COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. **Lancet**, [S.l.], v. 360, p.187-95, 2002.

DEMO, P. **Conhecer & aprender: sabedoria dos limites e desafios.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DEWEY, K. G. *et al.* Effects of exclusive breastfeeding for 4 versus 6 months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. **Journal of Nutrition**, Philadelphia, [s.n.], v. 131, p. 262-267, 2001.

DEWEY, K. G; BROWN, K. H. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. **Food Nutr. Bull.**, [S.l.], v. 24, p. 5-28, 2003.

DEWEY, K. G. Is breastfeeding protective against child obesity? **J. Hum. Lact**, [S.l.], v. 1, p. 19: 9-18, 2003.

EDMOND, K. M. *et al.* Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, [S.l.], v. 117, p. 380-6, mar. 2006.

ENY, E.M. N. Causas e consequências do desmame precoce: uma abordagem histórico-cultural. **Rev. Enferm UNISA**; v2, p 52-6, 2001.

EUROPEAN SOCIETY FOR PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY, HEPATOLOGY, AND NUTRITION AND NORTH AMERICAN SOCIETY FOR PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY, HEPATOLOGY AND NUTRITION. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, New York, v. 46, n. 1, p. 99-110, Jan. 2008.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 63, n. 4, ago. 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 abr. 2012.

FREIRE P. **Educação como prática da liberdade**. 27 ed. São Paulo (SP): Paz e Terra, 2003.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 21. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

GERSTEIN, H. C. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. **Diabetes Care**, [S.l.], v. 17, p. 13-19, 1994.

GRAY, R. H. et al. **Risk of ovulation during lactation**. **Lancet**, [S.l.], v. 335, p. 25-9, 1990.

HAISMA, H. et al. Complementary feeding with cow's milk alters sleeping metabolic rate in breast-fed infants. **J. Nutr**, [S.l.], v. 135, p. 1889, 2005.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *et al.* Incorporação teórico-conceitual e metodológica da educador Paulo Freire na pesquisa. **Rev. Bras. Enferm.** v. 63, n. 3, p. 416- 420, maio/jun. 2010.

HORTA, B. L. *et al.* Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: **World Health Organization**, 2007.

HORTENSEN, E. L. *et al.* The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. **J.A.M.A.**, [S.l.], v. 287, p. 2365-71, 2002.

HORTON, R - THE LANCET. Saúde no Brasil (p. 21), maio de 2011. Disponível: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). Acessado em 27/ 02/2014.

IBFAN. **Atualidades em amamentação**. 2001. Disponível em:<<http://www.aleitamento.med.br>>. Acesso em 10 ago. 2013.

ICHISATO S.M.T, SHIMO A.K.K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Rev Latino-am Enfermagem** . v.10, n.4, p.578-85, jul-ago. 2002.

JONES, G. et al. How many child deaths can we prevent this year? **Lancet**, [S.l.], v. 362, p. 65-71, 2003.

KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, [s.l.], n. 1, 2002.

MAHAN, L. K. **Krause**: alimentos, nutrição e dietoterapia. 9. ed. São Paulo: Editora Roca, 1998.

MARGOTTI, EDFICHER. **Fatores associados ao desmame precoce**: percepção de auto eficácia no aleitamento materno e depressão pós-natal. Porto Alegre: PUCRS, 2013.

MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro. v. 80, n. 5, p. 131-141, 2004. Suplemento.

NETO, U.F. - Implantação de um projeto de promoção do aleitamento natural numa comunidade de favelados: profilaxia temporária da enteropatia ambiental, In: NETO, U.F. **Enteropatia Ambiental**: uma consequência do fracasso das políticas sociais e de saúde pública. Rio de Janeiro. Revinter, p.157-97, 1996.

NIESTCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória-possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem**. Ijuí(RS): Unijuí, 2000.

ORLANDI, O. V. **Teoria e prática do amor à criança**: introdução à pediatria social no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

PAIM J, TRAVASSOS C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**. v.377, n.9779 p.11-31, 2011 .

PARIZOTTO,J; ZORZI,T.N. **Aleitamento Materno**: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. Trabalho desenvolvido na Disciplina de Iniciação Científica em Enfermagem do Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo (UPF). 2008.

PRADO, M. L. do *et al.* Produções tecnológicas em enfermagem em um curso de mestrado. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 475-481, jul/set. 2009.

PRADO, M. L. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. **Processo educativo em saúde** / Marta Lenise Prado; Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann; Kenya Schmidt Reibnitz – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

POPKIN, B. M. et al. Breast-feeding and diarrheal morbidity. **Pediatrics**, [S.l.], v. 86, p. 874-82, 1990.

REGO, J.D. **Aleitamento Materno**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 299-312.

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. **Inovação e educação em Enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. Q.. Dificuldades no aleitamento materno e influencia no desmame precoce. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.67, n.1, fev. 2014.

SENA, M. C. F.; SILVA, E. F.; PEREIRA, M. G. Trends of breastfeeding in Brazil in the last quarter of the 20th century. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 4, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2007000400008&lng=e n&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000400008&lng=e n&nrm=iso)>. Acesso em: 7 ago. 2013.

SIMONS, A.D. Alimentos complementares ao desmame: quais, como e quando introduzi-los. In: REGO, J.D. **Aleitamento Materno**. São Paulo: Atheneu, p. 299-312, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação**: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola. São Paulo, 2006.

SONEGO, J. *et al.* Experiência do desmame entre mulheres de uma mesma família. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 341-349, 2004.

SOUZA, C.S.E. A. **Reflexões a cerca da amamentação**: uma revisão bibliográfica. Faculdade de Medicina/ NESCON, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

STUEBE, A. M. *et al.* Duration of lactation and incidence of Type 2 Diabetes. **J.A.M.A.**, [S.l.], v. 294, p. 2601-10, 2005.

TEELE, D. W.; KLEIN, J. O.; ROSNER, B. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: a prospective, cohort study. **J. Infect. Dis.**, [S.l.], v. 160, p. 83-94, 1989.

UNICEF - Marie-Pierre Poirier Representante do UNICEF no Brasil. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o Aleitamento Materno** 2 ed, revisada. Brasília: 2007. Álbum seriado. 18p.

VAN ODIJK, J. *et al.* Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. **Allergy**, [S.l.], v. 58, p. 833-43, 2003.

VICTORA, C. G. *et al.* Breast-feeding, nutritional status, and other prognostic factors for dehydration among young children with diarrhoea in Brazil. **Bull. World Health Organ.** [S.l.], v. 7, p. 467-75, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. **Lancet**, [S.l.], v. 355, p. 451-5, 2000.

ZAMPIERI, M. de F. M. et al . Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 4, Dec. 2010

## APÊNDICE

**Amamentar é**



**Educar para a Vida**

## *Apresentação*

*Esta cartilha contém informações básicas sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, e ainda informações sobre as leis que protegem o aleitamento materno, ela foi elaborada para facilitar a socialização de conhecimentos sobre as vantagens do aleitamento, problemas da amamentação e manejos para solucioná-los; como também sensibilizar as mães do município de Terra Alta- PA para a importância do aleitamento materno exclusivo em prol da saúde de seus bebês.*

*O aleitamento materno é muito mais que uma alimentação completa: é um momento único para a mãe e o bebê. É na amamentação que a criança recebe todos os nutrientes necessários para ter uma vida cheia de saúde, sendo a amamentação um momento de amor e proteção.*



- ✓ *O leite materno dá proteção contra várias doenças.*
  - ✓ *Além disso, está sempre pronta e não custa nada.*
  - ✓ *Se for amamentada toda vez que tiver fome, seu filho não precisa tomar água, suco ou outros tipos de leite nos primeiros seis meses de vida.*
  - ✓ *Quanto mais o bebê mamar, mais leite você vai ter.*
- E não se preocupe: todo leite materno é forte.*
- ✓ *Ao amamentar você transmite amor e carinho.*
  - ✓ *Dar o peito sempre que o bebê quiser evita que ele empedre.*
  - ✓ *Para que o bebê sugue bem encontre, uma posição em que ele fique tranquilo e você, relaxada e confortável.*
  - ✓ *Melhor desenvolvimento da dentição.*

✦ *Vantagens da amamentação para a mãe, o pai e a família:*

❖ *Proteção contra câncer de mama. Essa proteção independe de idade, etnia, paridade e presença ou não de menopausa.*



- ❖ *Evita nova gravidez. A amamentação é um excelente método anticoncepcional nos primeiros seis meses após o parto (98% de eficácia), desde que a mãe esteja amamentando exclusiva ou predominantemente e ainda não tenha menstruado.*
  
- ❖ *Menores custos financeiros. Não amamentar pode significar sacrifícios para uma família com pouca renda*



**+ Cuide adequadamente das mamas:**

- 1. Para evitar rachaduras, não lave os mamilos antes nem depois das mamadas. Basta o banho diário;*
- 2. Tome banho de sol nas mamas sempre que possível, no horário até 10 horas da manhã ou após as 16 horas;*
- 3. Não use cremes e nem pomadas nos mamilos;*
- 4. Troque o sutiã quando estiver molhado;*



*5. Quando o bebê tem uma boa pega (corpo do bebê voltado para o corpo da mãe, boca do bebê bem aberta pegando grande parte da aréola) as mamas não ficam machucadas (com rachaduras) e a mãe não sente dor para amamentar.*



✚ *Mitos e tabus que prejudicam a amamentação:*

*Tudo Isto É Falso:*

*“Dar de mamar faz os peitos caírem.”*

*“Meu leite é fraco e o bebê chora com fome.”*

*“Só meu leite não sustenta, e o bebê chora com fome.”*

*“Criança que nasceu antes do tempo ou muito pequena não pode mamar.”*

*“Se o bebê arrotar mamando, o peito pode inflamar ou o leite secar.”*

*“Mãe que trabalha fora não pode amamentar.”*

✚ *A legislação brasileira protege a amamentação:*

- ✓ *Redução de 1 hora na jornada de trabalho para a amamentação.*
- ✓ *Alojamento conjunto (após o parto, mãe e filho juntos no mesmo quarto ou enfermaria, 24 horas por dia).*
- ✓ *Licença gestante (180 dias).*
- ✓ *Licença paternidade (5 dias).*
- ✓ *Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e*

### **Referências bibliográficas**

Ministério da saúde (MS). Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos. Brasília (DF): 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

OMS. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Brasília: OPAS; 2001.

Promovendo o Aleitamento Materno 2ª edição, revisada. Brasília: 2007. Álbum seriado. 18p.

### **Ilustrações:**

[anadoulaenutri.blogspot.com](http://anadoulaenutri.blogspot.com)

[www.queridadata.com.br](http://www.queridadata.com.br)

**Sites úteis:**

[www.aleitamento.org.br](http://www.aleitamento.org.br)

[www.aleitamento.com](http://www.aleitamento.com)

[www.amigasdopeito.org.br](http://www.amigasdopeito.org.br)

[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)

[www.previdenciasocial.gov.br](http://www.previdenciasocial.gov.br)

[www.trabalho.gov.br](http://www.trabalho.gov.br)

**Autora: Rosemeire Batista Teodoro**

**Enfermeira – ESF de Vista Alegre**

**Terra Alta/ PA. 2014**