



**Curso: Fisioterapia**

**Equipe:**

**Professor Coordenador/Orientador:** Maria do Carmo Pinto Lima

**Professor Colaborador:** Aline Silva Santos Sena

**Alunos:** Thais Évelly Soares Aranha

Karoline Lima da Silva

Ledayana Karla Farias de Assis

Franklin melo Peixoto

Bianca Nery Benevides Gadelha

Thayse Colaço Silva Lima

Raíssa Geovana Fernandes Furtado

## **ALEITAMENTO MATERNO: EDUCAÇÃO, CONSCIENTIZAÇÃO E INTERVENÇÃO**

### **Relatório de Projeto de Extensão**

**Campina Grande-PB  
2013**

**MARIA DO CARMO PINTO LIMA  
ALINE SILVA SANTOS SENA**

**ALEITAMENTO MATERNO: EDUCAÇÃO, CONSCIENTIZAÇÃO E  
INTERVENÇÃO**

Relatório de Projeto de Extensão apresentado ao Núcleo de Pesquisa e de Extensão (Nupex) do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (Cesed) de acordo com o que preconiza o regulamento.

**SUMÁRIO**

<b>1. INTRODUÇÃO-----</b>	<b>05</b>
<b>2. OBJETIVOS-----</b>	<b>06</b>
<b>3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA-----</b>	<b>07</b>
<b>4. DESENVOLVIMENTO-----</b>	<b>12</b>
<b>5. CONCLUSÃO-----</b>	<b>16</b>
<b>REFERÊNCIAS-----</b>	<b>17</b>

## RESUMO

A situação da amamentação tem melhorado no Brasil, entretanto, a meta recomendada pela Organização Mundial de Saúde está longe de ser alcançada o que reforça o compromisso de promoção do aleitamento materno no país. O leite materno contribui para a maturação gastrointestinal do bebê, o fortalecimento do vínculo mãe-filho, o aumento do desempenho neuro-comportamental da criança, menor incidência de infecções, de re-hospitalização e melhor desenvolvimento infantil. Além disto, protege as mulheres contra a depressão pós-parto, ajuda a reduzir o sangramento após o parto, é um excelente método anticoncepcional e reduz a incidência de doenças como câncer de mama, diabetes e osteoporose. Os primeiros dias de amamentação podem ser um período decisivo para muitas mulheres, por isso o apoio da equipe multidisciplinar de obstetrícia, durante a gestação e no pós-parto, pode ser suficiente para ajudar a mãe a decidir pela amamentação, facilitar o processo e evitar complicações. O projeto foi desenvolvido na Faculdade de Ciências Médicas e teve como participantes as gestantes atendidas na clínica de Ultrassonografia Embrion. Foram realizados dois encontros semanais, no decorrer do ano de 2013, a partir de fevereiro, com duração de 30 a 60 minutos sob supervisão da professora Maria do Carmo Pinto Lima. Foram apresentadas palestras e demonstrações sobre os tipos e tempo do aleitamento materno, pega apropriada do bebê, posturas corretas da mãe que amamenta, cuidados adequados com as mamas, saúde bucal do bebê, complicações da lactação, dentre outras. As informações fornecidas e o incentivo realizado, através das palestras, mostraram-se potencialmente úteis na prática e manutenção de um aleitamento consciente, bem como na prevenção de suas complicações. Além disso, a elevada prática de aleitamento materno e a baixa incidência de sintomas e complicações pressupõem conscientização e comprometimento das mães com o processo de amamentação e conseqüente qualidade de vida de seus filhos.

## 1. INTRODUÇÃO

A amamentação é uma prática milenar com benefícios nutricionais, imunológicos cognitivos, econômicos e sociais. Esses benefícios são aproveitados em sua plenitude quando o Aleitamento Materno (AM) é praticado por pelo menos dois anos, sendo de forma exclusiva até o sexto mês de vida (CHAVES et al., 2007).

O AM traz benefícios para as mulheres, famílias, comunidades e meio ambiente. É um método eficiente para o bebê e para a mãe, pois incentiva o vínculo afetivo entre os dois. Além disso, a mulher que amamenta corre menos risco de ter hemorragia e anemia no pós-parto e os bebês que mamam têm risco diminuído de ter doenças respiratórias, infecções urinárias ou diarreias (SILVA et al., 2007).

De acordo com Almeida e Novak (2004), a amamentação, além de biologicamente determinada, é sócio e culturalmente condicionada, tratando-se, portanto, de um ato repleto de ideologias e determinantes. Destarte, a mulher precisa ser assistida e acompanhada neste momento para assegurar o AM por período adequado, garantindo todos os benefícios proporcionados pelo leite materno para a saúde dela e do seu bebê.

Para isso, são necessárias estruturas assistenciais preparadas para atuar de maneira eficaz no apoio ao processo de amamentar. A equipe multidisciplinar de obstetrícia deve oferecer este apoio de forma efetiva, preventiva e terapêutica, assumindo os riscos e/ou garantindo os benefícios deste processo para os seus protagonistas (POLDEN & MANTLE, 2000).

Diante do exposto, torna-se necessário o desenvolvimento de estudos que incentivem o desejo de amamentar e afirmem a manutenção do AM por tempo apropriado, conscientizando a população acerca dos benefícios do leite humano para a mãe e o bebê.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GERAL

- Incentivar e manter o AM, conscientizando a população acerca dos benefícios do leite humano para a mãe e o bebê.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Incentivar a co-responsabilização das mães perante a sua qualidade de vida e a dos seus filhos, através de orientações teóricas e práticas.
- Favorecer o AM através da preparação das mamas e de orientações que facilitem o processo e evitem complicações da lactação.
- Direcionar a realização de exercícios para os mamilos, em casos específicos determinados pela avaliação;
- Verificar através de questionários os benefícios das orientações e do programa de intervenção para o sucesso e a manutenção do aleitamento materno;

### 3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1. Aleitamento materno

No século XVIII, houve aumento da morbimortalidade infantil em consequência de processos infecciosos e transtornos hidroeletrólíticos decorrentes do uso de fórmulas láteas infantis. A produção destas fórmulas foi incitada pela revolução industrial, a entrada das mulheres no mercado de trabalho e a aplicação crescente de processos tecnológicos na manufatura de produtos alimentícios (OMS, 1991; MULLER, 1995; ANDERSON *et al.*, 1982).

A Pesquisa Interamericana de Mortalidade na Infância, realizada entre 1968 e 1970 na América Latina, revelou que das 35.095 mortes em menores de cinco anos, 34,1% tinham como causas subjacentes a deficiência nutricional condicionada, sobretudo, pelo desmame precoce. No Brasil, estudos regionais mostram que a amamentação sofreu um considerável declínio nos anos 60 e início dos anos 70 (PUFFER e SERRANO, 1973; SOUSA *et al.*, 1975; ZUNIGA e MONTEIRO, 1995).

A partir da década de 80, no entanto, a disponibilidade de dados sobre amamentação e as campanhas pró-aleitamento materno, destacando-se as da OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), incentivaram tendência ascendente da amamentação, mais acentuada no Brasil do que em vários países latino-americanos. Pesquisas nacionais sobre demografia e saúde identificaram uma duração mediana do AM de sete meses em 1996 e 14 meses em 2006 (ORLANDI, 1985; SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997; SEGALL-CORRÊA *et al.*, 2009).

Mesmo assim, de acordo com Chaves *et al.* (2007), os índices de aleitamento no Brasil ainda continuam muito abaixo do nível ideal considerado pela OMS. Segundo estes autores, a criança deve ser amamentada até os dois anos de idade, sendo até os seis meses indicado o AME e a partir do sexto mês, a introdução de alimentos complementares.

Para a OMS, o AME acontece quando a criança recebe somente leite materno e nenhum outro tipo de alimento, líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos. No Brasil, os últimos dados disponíveis sobre a prevalência do AM referem-se à II Pesquisa de Prevalência de AM nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, na qual para a tipologia do AME aos quatro e seis meses, descreveu uma ocorrência no Nordeste, respectivamente, de 19,8% e 8,4% (OMS, 1991; BRASIL, 2009).

Segundo Giugliani (2000), a amamentação deve ser iniciada de preferência na primeira hora após o nascimento, estando associada com maior duração da amamentação, melhor controle de temperatura, menos choro do recém-nascido, níveis mais altos de glicose e maior vínculo entre mãe-bebê. Em 43,0% do total de crianças amamentadas no Brasil, o AM ocorreu como recomendado, prevalecendo nas regiões Norte (53,6%) e no Nordeste (51,4%) do País (BRASIL, 2009).

Durante os primeiros dias após o parto, o recém nascido alimenta-se de colostro, fluido de cor clara ou amarelada, contendo mais proteínas, minerais, vitamina A, E e imunoglobulina que o leite maduro, porém menos carboidratos e gorduras. As imunoglobulinas protegem a criança contra infecções que penetram na circulação através do trato gastrintestinal (LONNERDAL *et al.*, 1988; SAMSON *et al.*, 1980).

Após os seis meses de idade, a maioria das crianças atinge um nível de desenvolvimento geral e neurológico, tornando-se necessária a introdução de alimentos complementares para suprir suas necessidades nutricionais. Para a OMS (1991) o Aleitamento Materno Predominante (AMP) acontece quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás. Porém, é recomendado que a criança receba o leite materno até os dois anos de idade (MONTE e GIUGLIANI, 2004).

O AMP também é importante porque o aporte de 500 ml diários de leite materno ainda será capaz de fornecer 75% das necessidades de energia, 50% das de proteína e 95% das de vitamina A, além da proteção imunológica. Há evidências de que, tanto em países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos, a amamentação protege as crianças contra infecções gastrintestinais e respiratórias, sendo maior a proteção quando a criança é amamentada de forma exclusiva e por tempo prolongado (OMS, 2001; KRAMER *et al.*, 2001).

Alguns dos fatores associados com uma menor duração na amamentação são pega inadequada, eficácia e frequência da sucção do bebê, horários fixos, limitação do tempo da mamada, fornecimento de líquidos, uso de outros leites, de chupeta ou mamadeira, de álcool ou tabaco pela mãe, situação socioeconômica alta, menor grau de instrução, mães muito jovens e mamilos planos ou invertidos (ALVES *et al.*, 2007; FALEIROS *et al.*, 2006; CHAVES *et al.*, 2007).

O leite materno varia de mãe para mãe, podendo alterar de acordo com a etnia, individualidade genética, hábitos alimentares da lactante, entre mulheres e o período de amamentação. É composto por 160 substâncias (proteínas, gorduras, carboidratos e células), sendo um alimento imprescindível e essencial para o desenvolvimento do bebê. Além de

água, vitaminas e sais minerais, o leite materno contém imunoglobulinas, algumas enzimas e lisozimas e muitos outros fatores que ajudam a proteger a criança contra infecções, incluindo anticorpos, hormônios e outros componentes (MORGANO *et al.*, 2005; NASCIMENTO E ISSLER, 2003; SANTOS *et al.*, 2005).

A amamentação contribui para a maturação gastrointestinal, o fortalecimento do vínculo mãe-filho, aumento do desempenho neuro-comportamental, menor incidência de infecções, de re-hospitalização e melhor desenvolvimento cognitivo e psicomotor. Além disto, protege as mulheres contra a depressão pós-parto, ajuda a reduzir o sangramento após o parto, é um excelente método anticoncepcional e reduz a incidência de doenças como câncer de mama, diabetes e osteoporose (NASCIMENTO E ISSLER, 2003).

Estudo de revisão com dados do Brasil, Gâmbia, Ghana, Paquistão, Filipinas e Senegal, encontrou efeito protetor do AM em relação aos óbitos de crianças. Assim, nos primeiros seis meses de vida, a proteção contra mortes por diarreia foi substancialmente maior (OR 6.1) que em relação às mortes por infecção respiratória (OR 2.4). Em crianças com idades entre seis e 11 meses, níveis similares de proteção foram observados (OR 1.9 e OR 2.5, respectivamente) (WHO, 2000).

Estudo de Eickmann *et al.* (2007) em uma coorte no Estado de Pernambuco, avaliada pela Escala de Bayley na idade de 12 meses, encontrou efeitos estatisticamente significantes no desenvolvimento mental de crianças que usaram o AME ou predominante no primeiro ano de vida em comparação com as que utilizaram o aleitamento parcial ou que não amamentavam.

Estudo sobre a duração da amamentação mostra relação entre desenvolvimento da linguagem, coeficiente de inteligência e desempenho motor de homens adultos que foram amamentados quando bebês até nove meses de idade (MORTENSEN *et al.*, 2002).

### **3.2. Equipe multidisciplinar e aleitamento materno**

Aconselhamento é definido por McKinney *et al.* (1982) como "uma relação interpessoal na qual o conselheiro assiste o indivíduo na sua totalidade psíquica a se ajustar mais efetivamente a si próprio e ao seu ambiente". É considerado, ainda, como "ajuda na tomada de decisões das pessoas para resolverem os seus próprios problemas, abrangendo informações objetivas que possibilitam uma melhor utilização dos recursos pessoais" (SCHEEFFER, 1989).

É importante entender a diferença entre o simples ato de aconselhar e aconselhamento. Aconselhar ou dar conselho é dizer à pessoa o que ela deve fazer; aconselhamento é uma forma de atuação do profissional com a mãe onde ele a escuta, procura compreendê-la e, com seus conhecimentos, oferece ajuda para propiciar que a mãe planeje, tome decisões e se fortaleça para lidar com pressões, aumentando sua autoconfiança e auto-estima (UNICEF, 1993).

Durante a gestação, a mulher encontra-se numa situação diferente da habitual, com suas dúvidas, insegurança e medo. Isso a torna mais sensível e suscetível frente às pressões de familiares, profissionais de saúde e amigos quanto à sua capacidade de amamentar. Além disso, a mãe pode estar em conflito consigo mesma sobre a decisão de amamentar. Nesse contexto, a mãe pode facilmente perder sua confiança e auto-estima e estar muito propensa a oferecer mamadeira ao seu bebê (SCHEEFFER, 1989).

Para a manutenção da amamentação, a mãe precisa receber apoio e ajuda centrada nas dificuldades específicas ou nas suas crises de autoconfiança. No seguimento, a atenção ao acolhimento é semelhante à do acompanhamento pré-natal. A dinâmica de grupo antes das consultas oferece às mães informações relevantes, deixando-as mais tranquilas e facilitando a comunicação com o profissional durante a assistência (BUENO, TERUYA, 2004)

Exercícios e orientações devem ser realizados na tentativa de preparar os mamilos para o processo de amamentação e facilitar a pega do bebê. A gestante deve ser orientada respeitando sua individualidade e suas expectativas para amamentação (STEPHENSON e O'CONNOR, 2004).

Quando os mamilos forem invertidos, o alongamento será desenvolvido, porém freqüentemente a protusão acontece espontaneamente durante o curso da gravidez. A técnica de Hoffman para o estiramento e falência de adesões na base de mamilos planos ou invertidos pode ser sugerida como terapia. Contudo, não há evidência para concluir que ambas as técnicas são benéficas e, em qualquer evento, os bebês são alimentados pelas mamas e não realmente pelos mamilos (POLDEN; MANTLE, 2000; GIUGLIANI, 2000).

No pós-parto, os profissionais devem incentivar a mamada na primeira hora de vida e realizar análise e orientação cuidadosa quanto ao posicionamento da mãe e a pega do bebê na tentativa de evitar complicações da lactação que podem interromper a amamentação. Posturas adequadas durante o aleitamento materno evitam dores nas costas e nos membros superiores da mãe, impedindo a instalação de complicações mamárias como as fissuras, o

ingurgitamento e as mastites. Estas complicações são normalmente associadas ao mau posicionamento da mãe durante a amamentação, à pega incorreta da criança no mamilo, à falta de preparo da mama, principalmente em mulheres de primeira gestação e de pele muito clara. Estudos mostram que mulheres que recebem orientações acerca da amamentação conseguem mantê-la por um período mais prolongado, com menor incidência de complicações (BARACHO, 2007; STEPHENSON E O'CONNOR, 2004).

O desconforto músculo-esquelético é uma queixa comum entre as puérperas freqüentemente atribuído à sobrecarga física que está relacionada aos cuidados com o bebê e à amamentação. Um estudo transversal controlado investigou esse problema no pós-parto, entre as mulheres que amamentavam e as que não amamentavam, e percebeu que aquelas referiram a amamentação como a segunda causa de seu desconforto. Este resultado aponta a necessidade de ampliar as considerações sobre o tema para buscar estratégias eficazes de prevenção e tratamento a fim de contribuir para a saúde e o bem-estar materno-infantil (MORARI-CASSOL, 2008).

#### 4. DESENVOLVIMENTO

O projeto propunha realizar a extensão com as pacientes do setor de Obstetrícia da Clínica-Escola da FCM, no entanto, após levantamento no referido setor constatou-se que não havia gestantes suficientes para o desenvolvimento dos objetivos propostos. Diante dessa realidade, foi realizado contato com a médica e ultrassonografista da clínica Embrion, Dr<sup>a</sup> Adriana de Oliveira Melo, e apresentação do projeto de extensão. Depois de devida permissão da responsável citada, foi concretizado um piloto com as gestantes da referida clínica.

Inicialmente foi feita a captação das participantes em uma reunião (15/02/2014) no local, onde os pesquisadores apresentaram e explicaram os objetivos do estudo para as gestantes e clientes da clínica. Com as mulheres que aceitaram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram agendados os dias para suas avaliações.

Nos dias marcados, foram realizadas as avaliações das mamas, utilizando-se a ficha de avaliação confeccionada anteriormente pela equipe de extensão. O exame das mamas faz parte da rotina de atendimento às gestantes e nutrizes, e através dele foram observadas anormalidades anatômicas, que pudessem representar dificuldades para o processo de amamentação.

O exame foi realizado com a gestante com tronco desnudo, sentada numa cadeira com os braços elevados até a cabeça. Nesse momento foram analisadas e registradas, nas fichas correspondentes, características das mamas das gestantes como forma, simetria, retrações, tipos de mamilos, rede venosa e aspecto da pele.

Em seguida, foram aplicados os questionários para verificar o nível de informação das gestantes acerca dos benefícios da amamentação e do processo de amamentação em si, também confeccionado pela equipe de extensão.

Quanto às características pessoais e socioeconômicas, as 21 gestantes incluídas apresentaram entre 17 e 41 anos, com média de idade de 27,2 anos; dessas, 80,96% (17) eram casadas, 9,52% (3) eram tabagistas e nenhuma etilista; 61,92% (13) exerciam atividade remunerada, 61,92% (13) tinham casa própria e todas tinham acesso à eletricidade, água encanada e esgotamento sanitário.

Cernadas et al (2003) apontaram que o suporte familiar constitui um aspecto extremamente relevante na prática do aleitamento natural, sendo que o principal envolvido é o

companheiro. Também para Zimmermam e Guttman (2001), o sucesso nas práticas de aleitamento materno está relacionado à estabilidade conjugal dos pais, isto é, mães casadas têm maiores chances de iniciar e estender a amamentação natural.

No que concerne aos antecedentes obstétricos e perinatais, 57,14% (12) eram multíparas e 66,6% (8) relataram parto hospitalar e vaginal. Das multíparas, todas amamentaram seus filhos, de gestações anteriores, sendo que 58,3% (7) dos recém-nascidos receberam leite materno na primeira hora de vida e 8,3% (1) após a primeira hora de vida, 33,3% (4) não souberam informar. Aproximadamente 43% (9) realizaram AME, com uma média de aleitamento de 22,36 meses. Das mulheres que amamentaram seus filhos, 83,3% (10) receberam informações sobre a amamentação durante a gestação, tendo 80% (8) delas sido orientadas por enfermeiro e/ou médico de família, normalmente acerca das vantagens da amamentação para a mãe e para o bebê.

Dentre as causas do desmame citadas pelas multíparas que não amamentaram exclusivamente por seis meses estavam à necessidade de retomar as atividades laborais e o fato de não ter leite suficiente para a saciedade da criança. As razões comumente referidas pelas mães para a interrupção da amamentação são diversas, dentre elas a prematuridade, o trabalho ou estudo, além de outras explicações como o “leite secou”, o “leite é fraco” ou “insuficiente” e o recém-nascido “não ganhou peso”, sendo estas decorrentes de conceitos inadequados sobre o leite e aleitamento maternos.

Das gestantes, 9,5% (2) estavam no primeiro trimestre de gravidez, 29% (6) no segundo e 65% (13) no terceiro; 90,48% haviam realizado pré-natal, com média de 3,2 consultas. Conforme Alves et al (2008), a realização do pré-natal aumenta progressivamente a duração do aleitamento materno.

No exame físico das mamas, todas (21) as gestantes apresentaram macromastia e assimetria, 28,57% (6) mamas caídas e afastadas, 33,3% (7) caídas e 38,09% (8) afastadas. Com relação ao tamanho da aréola, 38% (8) apresentaram aréola normal, 33,3% (7) microaréola e 23,8% (2) macroaréola. Quanto aos mamilos, todas tinham mamilo protuso ou semiprotuso; 42,85% (9) mamilos grandes, 28,57% (6) mamilos pequenos e 28,57% (6) normais. Quando avaliada a rede venosa, 38,09% (8) mostraram rede venosa aparente, 33,3% (7) discreta e 28,57% (6) rede venosa proeminente. A maioria (95,24%) demonstrou pele hidratada e 71,43% (15) não apresentou colostro.

Os dados coletados na avaliação física das mamas excluíram a necessidade de intervenção através de exercícios para preparação dos mamilos, uma vez que as características

apresentadas pelas mamas das gestantes eram compatíveis com uma prática de aleitamento materno adequada.

Após a avaliação das mamas e aplicação do questionário, foram agendados os dias para a apresentação das palestras. As palestras aconteceram sempre aos sábados, das 8 às 11 horas, na clínica Embrion e foram ministradas por estudantes do curso de fisioterapia ou medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande – PB (FCM), sob supervisão das professoras responsáveis pelo projeto. Os temas das palestras foram: Tipos e tempo correto de aleitamento, “Pega” apropriada do bebê, Postura correta da mãe durante a amamentação e cuidados adequados com as mamas.

Concluídas as apresentações das palestras, as gestantes foram contatadas por telefone após o nascimento do seu bebê, para aplicação do questionário com o intuito de averiguar se as orientações e informações obtidas através das palestras haviam sido colocadas em prática beneficiando, assim, o processo de aleitamento materno.

Das 21 gestantes avaliadas, apenas 15 conseguiram ser contatadas no puerpério. Dessas, 53% (8) tiveram parto do tipo cesárea, 93,3% (14) afirmaram ter amamentado e 93,3% (14) iniciaram o aleitamento materno ainda no hospital. Destas, 46,6% (7) amamentaram na primeira hora, 33,3% (5) nas primeiras seis horas e 20% (3) após este tempo. Quando interrogadas sobre o uso da chupeta, 86,6% (13) afirmaram não ter oferecido chupeta ao recém-nascido.

Merece destaque o fato da grande maioria das gestantes que foram contatadas e receberam orientações, através das palestras ministradas, ter amamentado seu filho. Segundo Uchimura et al (2001), 64,7% dos casos de desmame precoce poderiam ser evitados através de um programa de conscientização e acompanhamento. Do contrário do que afirma Venancio et al (2002) em seus estudos, a primiparidade não foi um fator de risco para a não adesão, nem para a interrupção do aleitamento materno.

Os resultados também mostraram que não houve diferenças nas incidências de amamentação conforme o tipo de parto, tendo sido consistente com o estudo de Rowe-Murray e Fisher (2002).

Dentre as alternativas do questionário quanto aos cuidados com as mamas após a mamada, as mais citadas pelas puérperas foram espalhar o leite (40%) pelo mamilo e lavar sempre as mamas (73,3%).

No que diz respeito às complicações da lactação, 26,6% (4) apresentaram fissuras, 13,3% (2) fissuras e ingurgitamento, 6,6% (1) fissuras e bloqueio de ductos e 6,6% (1) ingurgitamento, bloqueio de ductos e mastite. Aproximadamente 47% (7) relataram dor e em

71% (5) destas a dor permaneceu após o quinto dia. Todas as gestantes com sintomas foram orientadas a procurar um serviço especializado.

Quando investigadas quanto ao reconhecimento de uma pega correta, a abertura da boca foi citada por 66,6% (10), a protrusão do lábio inferior por 60% (9) e a forma arredondada das bochechas por 80% (6) delas. Quanto à frequência da mamada, 60% (9) afirma oferecer a mama sempre que o bebê tem fome e 66,6% (10) garante que a outra mama só é oferecida após o esvaziamento da primeira.

Levando-se em consideração os dados apresentados, as informações fornecidas e o incentivo realizado, através das palestras, mostraram-se potencialmente úteis na prática e manutenção de um aleitamento consciente, bem como na prevenção de suas complicações. Além disso, a elevada prática de aleitamento materno e a baixa incidência de sintomas e complicações pressupõem conscientização e comprometimento das mães com o processo de amamentação e consequente qualidade de vida de seus filhos.

Entende-se que as orientações teóricas e práticas fornecidas através das palestras foram essenciais para o sucesso e a manutenção do aleitamento materno, como mostraram os resultados da pesquisa e o estudo anterior de Carrascoza, Costa Júnior e De Moraes (2005), cuja conclusão também afirma que a atuação de grupos de incentivo ao aleitamento materno reforçam o conteúdo explicitado durante o pré-natal, disponibilizam apoio psicossocial às mães e solucionam os inúmeros problemas que surgem durante os primeiros dias e meses após o parto.

## 5. CONCLUSÃO

Orientar a gestante acerca dos benefícios e forma correta de amamentar se mostra essencial não apenas para que a mulher compreenda a amamentação como sinônimo de saúde para ela e para o seu filho, mas também para que entenda e ponha em prática todas as posturas e cuidados adequados com as mamas, reconhecendo o momento correto de procurar a intervenção de um profissional de saúde, como nos casos das complicações de lactação.

Amamentar é um ato de amor e para que este momento seja prazeroso e eficiente se faz necessário o acompanhamento da gestação e a inclusão, no pré-natal, de orientações e demonstrações sobre o aleitamento garantindo a segurança dessa prática.

Assegurar que esse processo aconteça de forma segura e consciente é responsabilidade da equipe de profissionais que acompanham a gestante e a puérpera, por esse motivo a conscientização dos profissionais que lidam com a gestante deve começar ainda na graduação. Essa prática preventiva e promotora de saúde não é uma postura que se consegue assumir instantaneamente, por isso os estudantes precisam participar de projetos de extensão com esse objetivo, que demonstrem a importância de ações simples para a garantia da saúde e a prevenção de doenças.

No caso específico da amamentação e corroborando com a presente pesquisa, muitos estudos demonstram que a adesão da mãe e a manutenção do aleitamento adequado possibilitam um melhor crescimento e desenvolvimento para a criança e propiciam saúde e bem-estar para a mulher. Além disso, também comprovam que a atuação da equipe interdisciplinar nesse momento reforça e, na maioria das vezes, assevera a conscientização da mãe e a prática apropriada do aleitamento materno.

**REFERÊNCIAS**

Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J Pediatr*. 2007; 8(3):241-246.

Silva RM et al. Incentivo ao Aleitamento Materno em Unidades Básicas de Saúde de Santa Maria-RS. *CogitareEnferm*, v.12, n.1, jan./mar 2007.

Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80(5Supl): S119-S125.

World Health Organization/The United Nations Children's Fund. The international code of marketing of breast-milk substitutes. Geneva: World Health Organization; 1991.

Muller M. Edição Original por "War on Want", 1974. O Matador de Bebês (The Baby Killer). Tradução Prof. Fernando Figueira. Recife: IMIP; 1995.

Anderson SA, Chinn HI, Fisher KD. History and current status of infant formulas. *Am J Clin Nutr*. 1982; 35: 381-97.

Puffer RR, Serrano CV. The role of nutritional deficiency in mortality: Findings of the Inter-American investigation of mortality in childhood. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) English Edition*. 1973; 7(1). Disponível em: <http://hist.library.paho.org/English/BUL/ev7n1p1.pdf> [2011 Maio 23].

Sousa PLR, Barros FC, Pinheiro GMN, Gazalle RV. The decline in breast-feeding in Brazil. *J Trop. Pediatr. Environ. Child Health*. 1975; 21: 212-215.

Zuniga HPP, Monteiro CA. Uma nova hipótese para a ascensão da mortalidade infantil na cidade de São Paulo nos anos 60. In: Monteiro C A. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 157-173

Orlandi O. Teoria e prática do amor à criança: introdução à pediatria social no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985.

Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Amamentação e Situação Nutricional das Mães e Crianças. 1996. Rio de Janeiro, 1997. p. 125-138.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 108 p.

Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *J Pediatr.* 2000; 76(3): 238-52.

Lonnerdal B, Zetterstrom R. Protein content of infant formula - how much and what age? *Acta Paediatr.* 1988; 77: 321-325.

Samson RR, Mirtle C, McLelland DBL. The effect of digestive enzymes on the binding and bacteriostatic properties of lactoferrin and vitamin B12 binder in human milk. *Acta Paediatr.* 1980; 70: 115-116.

Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J Pediatr.* 2004; 80: 131-41.

Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.

Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (Probit): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA.* 2001; 285: 413-420.

Alves AML, Silva EHDAAD, Oliveira ECD. Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru. *RevSocBrasFonoaudiol.* 2007; 12(1): 23-28.

Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr.* 2006; 19(5): 623-630.

Morgano MA, Souza LA, Neto JM, Rondó PHC. Composição mineral do leite materno de bancos de leite. *Ciênc. Tecnol. Aliment.* 2005; 25(4): 819-824.

Nascimento MBR, Issler H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. *Rev HospClinFac Med Univ São Paulo.* 2003; 58(1): 49-60.

Santos VLF, Soler ZASG, Azoubel R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2005; 5 (3): 283-291.

World Health Organization (WHO). Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. *Lancet.* 2000; 355 (9202): 451-5.

Eickmann SH, de Lira PI, Lima Mde C, Coutinho SB, Teixeira Mde L, Ashworth A. Breast feeding and mental and motor development at 12 months in a low-income population in northeast Brazil. *PediatrPerinatEpidemiol.* 2007; 21: 129-37.

Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA.* 2002; 287(18): 2365–2371.

Santos VLF, Soler ZASG, Azoubel R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2005; 5 (3): 283-291.

Scheffer R. Aconselhamento psicológico: teoria e prática. São Paulo: Ed. Atlas S.A.; 1989.

Rea MF, Venâncio SI. Avaliação do curso de Aconselhamento em Amamentação OMS/UNICEF. *J Pediatr (Rio J).* 1993;75:112-8

Brasil. Ministério da Saúde. PNDS 2006 Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília.

Stephenson RG, O'Connor LJ. Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia. 2ª ed. Barueri: Manole, 2004.

Morari-Cassol EG et al. Desconforto músculo-esquelético no pós-parto e amamentação. Fisioterapia Brasil vol9 n.1.2008

Brasil. Ministério da Saúde. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 108 p.

Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF, Maia LC. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2008; 13(1).

Spyrides MHC, Struchiner CJ, Barbosa MTS, Kac G. Amamentação e crescimento infantil: um estudo longitudinal em crianças do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(3).

Angelsen NK, Vik T, Jacobsen G, Bakketeig LS. Breast feeding and cognitive development at age 1 and 5 years. Arch Dis Child. 2001; 85(3): 183–188.

Clark KM, Castillo M, Calatroni A, Walter T, Cayazzo M, Pino P, Lozoff B. Breastfeeding and Mental and Motor Development at 5 ½ Years. AmbulPediater. 2006; 6(2): 65–71.

Vestergaard M, Obel C, Henriksen T, Sorensen H, Skajaa E, Ostergaard J. Duration of breastfeeding and developmental milestones during the latter half of infancy. ActaPaediatr. 1999; 88: 1327–3132.

Innis SM, Gilley J, Werker J. Are human milk long-chain polyunsaturated fatty acids related to visual and neural development in breast-fed term infants? *J Pediatr.* 2001; 139: 532 –538.

Dee DL, Li R, Lee LC, Grummer-Strawn LM. Associations Between Breastfeeding Practices and Young Children's Language and Motor Skill. *Pediatr.* 2007; 119: 92-98.

Mckinney JP, Fitzgerald HE, Strommen EA. *Psicología del desarrollo: edad adolescente.* México, D. F.: Ed. Manual Moderno; 1982.

Scheffer R. *Aconselhamento psicológico: teoria e prática.* São Paulo: Ed. Atlas S.A.; 1989.

World Health Organization/UNICEF. *Breastfeeding counselling: A training course.* Geneva: World Health Organization/UNICEF; 1993

Bueno, LGS ; Teruya, KM; *Aconselhamento em amamentação e sua prática, J. Pediatr.* Rio J. vol.80 no.5 suppl. Porto Alegre, Nov. 2004

Cernadas JM, Noceda G, Barreira L, Martinez AM, Garsd A. (2003). Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *Journal of Human Lactation, 19 (2), 136-44.*

Zimmerman DR, Guttman N. (2001). “Breast is best”: Knowledge among low-income mothers is not enough. *Journal of Human Lactation, 17 (1), 14-19*

Alves, CRL, Goulart EMA, Colosimo EA, Goulart LMHF. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(6):1355-1367, jun, 2008.*

Uchimura NS, Gomes AC, Uchimura TT, Yamamoto A E, Miyazato P, Rocha SF. Estudo dos fatores de risco para desmame precoce. *Acta Scientiarum Maringá, v. 23, n. 3, p. 713-718, 2001.*

Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *rev saúde pública* 2002;36(3):313-8.

Rowe-Murray HJ, Fisher J.R.W. (2002). Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth*, 29 (2), 124-131.

Carrascoza KC, Costa Júnior AL, De Moraes ABA; Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estudos de Psicologia*. Campinas. 22(4). 433-440. outubro - dezembro 2005.