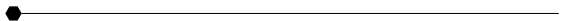


Parte 2



O trabalho em equipe e o aleitamento materno

O trabalho em equipe e o aleitamento materno

CAPÍTULO 1 ●

A QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

● Gerência do cuidado

Transcende a simples aplicação de técnicas administrativas.

É importante que os profissionais da equipe de saúde tenham uma visão integrada dos problemas.

A programação (normas, regulamentos, rotinas) orienta a organização do processo de trabalho.

O processo tem início com a identificação e análise dos problemas, passa pela determinação das prioridades, definição dos objetivos, desenho das operações, identificação dos recursos (inclusive financeiros) necessários e dos instrumentos de avaliação, o acompanhamento da execução e, se for o caso, a determinação de nova ordem de prioridades.

● Avaliação da qualidade

A eficácia de uma organização se refere à sua capacidade de alcançar os objetivos propostos, relaciona-se, portanto, com o fim. A eficiência está voltada para a aplicação dos métodos da forma mais racional. Relaciona-se, então, com os meios.

Um exemplo caricatural pode ajudar na compreensão desses conceitos. Um time de futebol será eficiente se jo-

gar uma bela partida, acertando os passes e encantando a torcida, será eficaz se ganhar a partida ou, melhor ainda, o campeonato.

Assim, se um gerente se preocupa mais com o melhor uso dos recursos estará voltado para a eficiência. Porém, quando verifica se os objetivos estão sendo alcançados estar-se-á analisando a eficácia.

Contudo, nem sempre a organização consegue reunir eficácia e eficiência. Algumas vezes pode consumir grande quantidade de recursos (desperdício ou altos custos operacionais) para atingir os objetivos e, nesse caso, não será eficiente. Em outras situações, apesar da utilização intensiva e racional dos recursos, pode-se não alcançar os objetivos, indicando que há baixa eficácia. O ideal é que a organização seja eficiente e eficaz. Quando ocorre essa situação, considera-se que prevalece a efetividade.

A qualidade do cuidado em saúde pode ser definida por sete atributos: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Com a finalidade de facilitar o entendimento sobre as relações conceituais entre três atributos, recorre-se à sua explicitação em termos matemáticos:

- Eficácia = alcança os objetivos
- Eficiência = baixos custos operacionais
- Efetividade = se funciona na prática

OTIMIDADE: conceito próximo ao de eficiência. Vale a pena adicionar pequenas melhorias se estas agregam um montante desproporcionalmente alto de custos?

ACEITABILIDADE: adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos indivíduos e das famílias. Relaciona-se com a acessibilidade, que resulta da combinação de fatores de distintas ordens que podem ser classificados como geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos. Uma situação frequente no setor saúde pode ajudar a compreender a importância desse atributo da qualidade. Basta verificar o fracasso de várias ações de educação em saúde que ignoram aspectos culturais e econômicos.

Uma das dificuldades no controle da epidemia de cólera era convencer as mães a levar os filhos com diarreia ao posto de saúde. Na imprensa, eram comuns depoimentos desse tipo: “aquí sempre teve diarreia porque não tem comida direito e nem água boa, mas a gente resolve em casa mesmo...” Fica claro que, sem levar em conta a percepção da população sobre o problema de saúde, as medidas adotadas podem ser inócuas.

LEGITIMIDADE: significa que, além da preocupação com os indivíduos, deve-se levar em conta a responsabilidade pelo bem-estar da comunidade. Destinam-se ao benefício da sociedade em geral.

EQUIDADE: é o atributo pelo qual se determina o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Toda definição de um modelo de atenção à saúde deve levar em consideração os atributos supracitados.

CAPÍTULO 2 ●

O TRABALHO EM EQUIPE

● Diríamos que a ideia de equipe advém

Da necessidade histórica do homem de somar esforços para alcançar objetivos que, isoladamente, não seriam alcançados ou o seria de forma mais trabalhosa ou inadequada; e.

Da imposição que o desenvolvimento e a complexidade do mundo moderno têm imposto ao processo de produção, gerando relações de dependência e/ou complementaridade de conhecimento e habilidades para o alcance dos objetivos.

O trabalho em equipe, portanto, pode ser entendido como uma estratégia concebida pelo homem para melhorar a efetividade do trabalho e elevar o grau de satisfação do trabalhador.

Hoje, mais do que nunca, o trabalho em equipe tem sido incentivado em praticamente todas as áreas da atividade humana. Vários autores têm destacado vantagens do trabalho em equipe sobre o trabalho individual. Apesar desse reconhecimento, constatam-se, na prática, muitas dificuldades em realizar o trabalho em equipe. Em parte, isto se deve às diferentes percepções do que seja uma equipe de trabalho.

● **Vejam algumas definições de equipe**

- “Conjunto ou grupo de pessoas que se aplica a uma tarefa ou trabalho”

De acordo com esse conceito, para ser uma equipe basta que as pessoas trabalhem numa mesma tarefa. Não importa, neste caso, o significado/objetivo que o trabalho tem para cada um, nem como as pessoas se relacionam nesse trabalho. Na medida em que os componentes do grupo não compartilham dos mesmos objetivos, podendo até ter objetivos conflitantes, podem-se encontrar situações nas quais o “fracasso” do grupo seja intencional – o “boicote”.

- “Conjunto ou grupo de pessoas que partilham de um mesmo objetivo”

Nesse conceito, o fundamental é que as pessoas tenham o mesmo objetivo, não importando como cada um pretende alcançá-lo. É comum em uma equipe de futebol amadora em que os jogadores têm o mesmo objetivo (ganhar o jogo), mas não têm um “esquema tático” para vencê-lo.

- “Conjunto ou grupo de pessoas que ao desenvolver uma tarefa ou trabalho almejam um objetivo único pelo consenso / negociação”

Esse conceito amplia o anterior na medida em que o objetivo do trabalho não é definido externamente ao grupo ou por parte dos seus componentes. O objetivo é resultante da discussão / negociação entre todos os membros da equipe.

- “Conjunto ou grupo de pessoas que tem objetivos comuns e está engajado em alcançá-los de forma compartilhada”

Esse conceito avança um pouco mais, na medida em que as pessoas têm o mesmo objetivo e querem alcançá-lo de for-

ma compartilhada. Provavelmente, neste caso, a equipe tem um plano para atingir o seu objetivo.

● “Conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras pela missão comum, objetivos comuns (obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos) e um plano de trabalho bem definido”

Nesse conceito, reconhece-se a diversidade de conhecimentos e habilidades entre os membros da equipe, que se complementam e enriquecem o trabalho como um todo, contribuindo, desta maneira, para que a equipe tenha mais chances de atingir seu objetivo. E mais, o grupo tem um projeto de como alcançá-lo.

Atualmente, tem-se agregado, ainda, a ideia de que, no desenvolvimento do processo de trabalho e na busca de seus objetivos, os componentes da equipe deverão criar as condições necessárias ao crescimento individual e do grupo.

● **O funcionamento da equipe**

Quando nos referimos a determinado tipo de trabalho como sendo de equipe, é necessário ter claro que não há como conceber equipe como algo que se passa à margem do processo de trabalho.

O funcionamento das equipes pode apresentar diferenças significativas em função do tipo de trabalho que está sendo executado. Este, por sua vez, determina os conhecimentos e habilidades essenciais para seu desenvolvimento e a necessidade de uma coordenação e de um plano de trabalho ora mais, ora menos flexíveis. Tomem-

se, a título de exemplo, dois tipos de equipe: o time de futebol e uma orquestra sinfônica.

O TIME DE FUTEBOL: OS COMPONENTES dessa equipe têm objetivos comuns - marcar gols, vencer jogos e ganhar campeonatos -, habilidades diferentes (o goleiro, o beque, o atacante), uma coordenação (o técnico) e um plano de trabalho (o esquema tático). Quando se observa atentamente o seu funcionamento, percebem-se alguns detalhes que a fazem um tipo de equipe bastante singular.

Embora as habilidades e até as características físicas de um beque sejam diferentes, se comparadas às de um atacante, nada impede que o beque marque gols, nem que o atacante ajude no trabalho da defesa ou que ambos substituam o goleiro. Pode-se dizer que existe certa inespecificidade no trabalho dos jogadores.

A atuação do técnico (coordenação), no momento de uma partida, pode ser prescindida, sem que isto signifique necessariamente o fracasso da equipe. Têm-se vários exemplos nos quais o técnico não estava presente (tinha sido expulso) e o time ganhou a partida. Observa-se, ainda, que, no decorrer de uma partida, alguns jogadores podem assumir a coordenação da equipe na execução de uma tarefa específica, por exemplo: organizar a defesa quando o time está sendo atacado, comandar o ataque, preparar uma jogada, etc.

O plano de trabalho é bastante flexível e pode mudar de acordo com as circunstâncias, sem que isto implique a

derrota da equipe. Aliás, é justamente essa flexibilidade que permite ao time adaptar-se a uma nova realidade, no transcorrer de uma partida como, por exemplo, quando da expulsão de um dos seus jogadores ou quando se faz necessário assegurar um resultado que seja considerado satisfatório.

A ORQUESTRA SINFÔNICA: OS componentes dessa equipe têm um objetivo comum – executar uma sinfonia – conhecimentos e habilidades diferentes (o pianista, o violinista, o clarinetista), uma coordenação (o maestro) e um plano de trabalho (as partituras).

Diferentemente do time de futebol, na execução de uma sinfonia o pianista jamais fará o trabalho do violinista ou vice-versa. Pode-se dizer que existe alta especificidade no trabalho dos músicos, ou seja, o pianista sempre tocará piano e o violinista sempre tocará violino.

O trabalho do maestro é fundamental. Por mais competentes que sejam os músicos, individualmente, sem a coordenação do maestro a equipe não conseguirá alcançar o objetivo de executar uma sinfonia.

O plano de trabalho é rígido. Um músico jamais poderá substituir sua partitura durante a execução de uma sinfonia.

Esses quatro elementos – objetivos; conhecimentos e habilidades dos membros da equipe; coordenação do trabalho; e plano de trabalho – sempre estarão presentes e determinarão o funcionamento de uma equipe.

● Como um grupo se torna uma equipe?

Uma das mudanças mais significativas de nossa época é a passagem da ação individual para o trabalho em grupo. No mundo de hoje pode-se identificar vários tipos de grupos trabalhando nas mais diferentes situações. Alguns conseguem se tornar equipes e outros permanecem apenas como grupos. Uma questão surge dessa constatação: quais são os elementos fundamentais que marcam essa diferença e o que se deve considerar para construir-se uma equipe de trabalho?

Pode-se identificar alguns elementos para a transformação de um grupo de trabalhadores em uma equipe de trabalho:

- O grupo conseguir vislumbrar vantagens do trabalho em equipe – complementaridade, interdependência e sinergismo das ações – em relação ao trabalho isolado, individual;
- a disposição de compartilhar objetivos, decisões, responsabilidades e também resultados;
- a necessidade de definir com clareza os objetivos e resultados – individuais e do grupo – a serem alcançados;
- a importância de construir, em conjunto, um plano de trabalho e definir a responsabilização de cada membro do grupo, para alcançar os objetivos;
- a necessidade da avaliação constante dos processos e dos resultados;
- a percepção de que o fracasso de um pode significar o fracasso de todos e que o sucesso de um é fundamental para o sucesso da equipe;

- a importância de se garantir a educação permanente de todos os membros da equipe;
- a necessidade de aprimorar as relações interpessoais e de valorizar a comunicação entre os membros da equipe;
- a disposição das pessoas em ouvir e considerar as experiências e saberes de cada membro do grupo. O trabalho em equipe não implica eliminar as diferenças existentes entre seus membros (sociais, culturais, etc.) e sim trabalhar essas diferenças – os conflitos;
- é fundamental que os objetivos e resultados definidos se constituam em desafios constantes para o grupo, algo que instigue cada integrante.

Como se pode perceber, fazer de um grupo de trabalhadores uma equipe de trabalho é realmente um grande desafio. Desafio que passa pelo aprendizado coletivo da necessidade de uma comunicação aberta, de uma prática democrática que permita o exercício pleno das capacidades individuais e uma atuação mais criativa e saudável de cada participante do grupo, evitando, assim, a cristalização de posições, a rotulação e a deterioração das relações interpessoais. Dessa forma, o grupo poderá buscar seus objetivos, responsabilizando-se, solidariamente, pelos sucessos e fracassos.

CAPÍTULO 3 ● —————

COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E AÇÃO SOCIAL

Hoje, todo mundo fala sobre a importância da comunicação e da informação. Os organismos nacionais e internacionais as invocam em documentos oficiais. As autoridades públicas dizem que a comunicação é fundamental

para que a população fique sabendo sobre o que estão planejando e que tipo de ações ou política pretendem implementar em seu benefício. O político pleiteia concessões de canais de rádio e televisão para divulgar o que julga importante para o público. O Movimento dos Sem Terra - MST - investe na criação de rádios comunitárias, publicação de jornais e desenvolve estratégias comunicacionais para aparecer na televisão e nos jornais. As Secretarias e os Conselhos de Saúde começam a implantar setores especializados para melhorar a comunicação com os usuários. Hoje, dificilmente implanta-se um programa de saúde sem cuidadosa estratégia de comunicação ou, quando assim o faz, os resultados costumam ser desastrosos e os prejuízos creditados na conta social.

Mas, o que será mesmo que essas pessoas, instituições e programas entendem por comunicação e informação? Será que estão falando a mesma coisa?

Para responder a esta questão, deve-se pensar, conceitualmente, essas duas palavrinhas e depois tentar relacioná-las ao que acontece com uma equipe que desenvolve algum tipo de ação social. Vamos começar falando de comunicação.

A comunicação pode ser entendida sob duplo sentido. O primeiro, a partir da origem da palavra, oriunda do latim *comunicare*, quer dizer comunhão, estar com, partilhar de alguma coisa. O segundo, embora também seja derivado dessa mesma raiz etimológica, é entendido na perspectiva de dar conhecimento às pessoas de alguma coisa, informar.

Os dois entendimentos não são, necessariamente, divergentes. Entretanto, na prática, eles costumam revelar diferenças fundamentais e servir para diferentes propósitos dos agentes da comunicação. Por exemplo, na perspectiva da comunhão e do compartilhamento (primeiro entendimento), a comunicação é entendida como um processo horizontal no qual o diálogo é sua principal característica. Em consequência, os diferentes interlocutores podem emitir e receber mensagens, interpretá-las e reinterpretá-las na construção de um significado. Tanto o emissor pode ser receptor quanto o receptor pode ser emissor no processo comunicacional.

Já no outro entendimento – a ideia da comunicação como informar ou dar conhecimento de alguma coisa a alguém – a relação entre emissor e receptor é mais hierarquizada e menos mutável. Geralmente, o emissor detém o papel ativo de selecionar e emitir mensagens, cabendo ao receptor a tarefa passiva de interpretá-las, como um recipiente vazio que vai ser cheio pelos conteúdos informacionais do primeiro. No processo comunicacional, essa perspectiva é preferencialmente adotada pelos sistemas autoritários e verticais de poder ou pelas ações sociais e políticas destinadas a doutrinar ou a fazer com que o receptor adote, sem muita discussão, as ideias e prescrições do emissor. Segundo o educador Paulo Freire, essa modalidade comunicacional e educacional pode ser chamada de invasão cultural, cujo resultado é o promover a domesticação e não a educação das pessoas.

Mas, para entender-se melhor o que seja comunicação e como ela funciona, é também importante analisá-la sobre o prisma do conflito, pois nenhum processo comunicacional é destituído de maior ou menor grau de tensão entre os in-

terlocutores. Cada um tem uma história diferente, ocupa um lugar diferente na hierarquia social e tem diferentes competências comunicativas (domínio técnico e autoridade para falar e ser escutado). Assim, muitas vezes, ocorre, por exemplo, que a palavra de um médico valha mais que a de um usuário no serviço de saúde, podendo, com isso, impor com mais facilidade suas ordens, sugestões ou prescrições.

Também se pode perceber que as instituições (públicas, privadas ou culturais) funcionam como um conjunto de símbolos que comunicam às pessoas sobre como elas devem se comportar. Por exemplo, pelo seu funcionamento pode-se nela reconhecer várias regras que presidem o seu jogo hierárquico: quem manda, quem deve obedecer, como mandar e como obedecer, sem que ninguém fique nos lembrando dessas coisas. Esse jogo pode ser decodificado pela maneira de falar ou pelas roupas usadas pelas pessoas (macacão significa trabalho braçal; e terno, gerente ou proprietário, sendo que o primeiro denota inferioridade na hierarquia organizacional e o outro significa o poder de mando) e, a partir de nossa interpretação, teremos o comportamento alterado em relação a elas. Assim, nosso olhar pode tornar-se mais baixo se estivermos diante de uma autoridade; e mais alto se for um subalterno; e horizontal se estivermos diante de pessoas do mesmo nível ou classe social.

Assim, grande parte da comunicação que se promove ou se é induzido a promover está relacionada à posição e hierarquia das pessoas nos grupos ou na sociedade. Dependendo do caso, elas podem impor ou fazer valer melhor as suas ideias, propostas e ações. Quando isto acontece, diz-se que tais pessoas ou grupos têm competência política, social e cul-

tural maior e, por esta razão, são detentoras de determinado poder. É o velho ditado: “manda quem pode, obedece quem tem juízo”. Significa, portanto, que o contexto da comunicação sempre se dá, também, em um contexto de poder, o que influi diretamente no processo de comunicação.

Além disso, a comunicação e a informação envolvem o significado ou a interpretação das mensagens, mas estas só adquirem sentido para o público ou receptor se estiverem relacionadas às questões práticas e cotidianas das pessoas. Por exemplo, todos os dias somos obrigados a tomar centenas de decisões: que roupa vestir, para onde viajar, com quem conversar ou ignorar, participar ou não de uma reunião, estudar ou ir ao campo de futebol, comprar ou não um aparelho de som, votar neste ou naquele candidato, e assim por diante. Sem informação, nem sempre podemos tomar uma decisão mais consciente e, por essa razão, ela torna-se parte indispensável da formação do cidadão e possibilita a ele ter mais acesso a determinados bens culturais, políticos ou serviços disponibilizados pela sociedade.

Entretanto, como existem infindáveis modalidades e processos de comunicação, estes se apresentam diferentemente em cada caso. Vamos ater-nos aqui em dois casos específicos, mas que julgamos relevantes para o entendimento da importância da comunicação para o grupo em treinamento. O primeiro se refere ao processo de comunicação existente no interior de determinada equipe de trabalho; o segundo se refere ao processo de comunicação dessa equipe com um grupo externo, mas que com ela mantém ou deve manter alguma forma de relação social, humana ou profissional.

A desigualdade ou hierarquização no processo comunicacional faz com que alguns se julguem mais competentes para falar e agir, não só pela competência em si, mas também porque se julgam detentores de um poder que os separa dos demais; por exemplo, em uma estrutura militar, que nega a individualidade e a comunhão das pessoas na construção de um projeto social coletivo. A hierarquia pode até ter seus pontos positivos, mas aí não estamos mais falando de equipe e sim de realização de objetivos estranhos ao grupo, já que a maioria dos membros de uma corporação militar não é convocada a participar das decisões, apenas a obedecer.

● **Comunicação, informação e experiência cultural**

Embora não sejam coisas separadas, didaticamente, podemos dizer que a comunicação é diferente da informação. Informação é o conteúdo de uma mensagem, enquanto comunicação seria o processo que ajuda a promover a circulação e a compreensão dessa informação. Mas qual é o significado da informação no processo comunicacional?

Podemos dizer, em primeiro lugar, que a informação é algo novo que pode ser incorporado ao nosso conhecimento e comportamento. É isso que dizemos que quando temos informação, aumentam as nossas probabilidades de conhecimento acerca de alguma coisa, tornando o mundo em que vivemos mais familiar e domável. Entretanto, a informação não pode ser compreendida com algo que, diante de sua presença, tudo se resolveria.

Com isso queremos dizer que a informação não se processa em um vazio. Ela existe à medida que existe também um conhecimento latente, uma dada percepção sobre o va-

lor da informação. Quando há um excesso de informações podemos nos defrontar com o que chamamos de saturação informacional, ou seja, como um vaso de flores que recebe mais água do que necessita, matando, com isso, a planta.

Também queremos dizer que em um determinado grupo ou equipe coexistem diferentes pessoas, com diferentes experiências educativas e de vida e, portanto, também com diferentes cargas e demandas informacionais. Uma comunicação somente poderá tornar-se eficaz se levar em conta essas diferenças, pois, para alguns, uma determinada informação pode ser redundante (repetitiva), mas para outros significa uma novidade e uma nova possibilidade de interpretação do mundo e do próprio trabalho em questão. Ademais, cada pessoa faz uso também diferenciado da informação, dependendo da expectativa que mantém em relação ao trabalho e de acordo com suas experiências anteriores. Alguns são mais atirados, pois sempre interpretam utopicamente o mundo. Outros são mais céticos, pois experiências anteriores ou a análise da atualidade estão dizendo-lhes que “mais uma vez nada vai dar certo”. Já outros são indiferentes e apenas cumprem, de maneira positiva ou negativa, o seu dever.

Para cada um, a informação terá um sentido diferente, pois os membros da equipe são portadores de diferentes histórias de vida e perfis culturais, profissionais, ideológicos ou políticos. Mas isto não significa dizer que as funções da comunicação e da informação deveriam ser eliminar essas diferenças, mas sim fazer com que elas se transformem em uma variável positiva para o trabalho da equipe, sem desconsiderar o perfil específico e a individualidade de seus membros.

Isso implica entender que o processo comunicacional e informacional, além de levarem em conta as diferenças entre os interlocutores, devem buscar entender também como cada membro se vê e aos outros no conjunto da equipe. É dessa avaliação que se pode buscar formas eficazes de comunicação e circulação de conteúdos informacionais relevantes para os seus membros.

CAPÍTULO 4 ●

O QUE DIFICULTA OU FACILITA A COMUNICAÇÃO EM UMA EQUIPE

● Verticalidade e horizontalidade no contexto da comunicação grupal

Quanto mais estivermos em um contexto vertical de comunicação, maiores serão os conflitos e os desentendimentos entre as pessoas, o que compromete e dificulta os trabalhos e a integração das pessoas em um grupo ou equipe de trabalho. A separação rígida entre quem pode falar/mandar e quem deve calar-se/obedecer gera diferentes formas de integração e de sensibilidade entre seus membros a respeito dos objetivos e das ações colocadas em prática. Como alguns se tornam mais responsáveis pelo desenvolvimento do trabalho, outros se veem menos comprometidos com o esforço coletivo na consecução dos objetivos.

Em um contexto verticalizado de comunicação é muito comum a presença de formas de interdição (proibição) das falas, de silêncios e de passividade das pessoas, o que pode comprometer o trabalho de uma equipe.

Podemos distinguir algumas dessas formas:

- o poder de falar, de decidir ou de agir é tão concentrado que as pessoas não se sentem responsáveis em participar ativamente das decisões e preferem cumprir apenas ordens.
- a opinião dissonante (diferente) tem um custo emocional e político para as pessoas e, dentro de um clima de comunicação verticalizada, torna-se mais vantajoso, para o indivíduo, calar a sua opinião e restringir a sua participação.
- a comunicação, ainda nesse contexto, concentra o poder em pessoas detentoras de cargos ou de alguma forma de saber (o médico, o chefe, o gerente, por exemplo) de tal maneira que inibe os outros membros de se manifestarem, por insegurança ou intuição de que sua opinião terá pouco valor ou credibilidade.
- também a ausência de condições reais de participação (instrução, dificuldades de acesso e entendimento da informação) inibe as pessoas e determina uma integração pouco produtiva entre os membros da equipe.

A partir das variáveis levantadas, pode-se dizer que a comunicação, por um lado, envolve todos os sentidos e ações das pessoas (falar, ouvir, sentir, avaliar, decidir, julgar, opinar, agir, compartilhar) e, por outro lado, envolve um determinado contexto comunicacional de poder que pode facilitar ou dificultar a integração de um grupo ou equipe de trabalho. É assim que as variáveis citadas no parágrafo anterior, o contexto verticalizado da comunicação, podem transformar-se em um terreno propício para a geração de cochichos, mal-

entendidos e conflitos que minam a coesão e comprometem o trabalho da equipe.

O contraponto a esse processo vertical é a forma de comunicação horizontal na qual as possibilidades de falar, intervir e participar podem ser estendidas igualmente a todos os membros da equipe. Isto não significa a quebra de todas as hierarquias ou de diferentes competências no interior de uma equipe e sim o reconhecimento de que os seus membros, conscientemente, cumprem diferentes funções em torno de objetivos claros e comuns para todos. Em consequência, torna-se mais fácil a sincronização das ações e o estabelecimento de um desafio coletivo em torno das finalidades do trabalho desenvolvido.

Para mediar essa forma de comunicação, deve haver disponibilidade de informações, diferentes formas de capacitação e ampla possibilidade de manifestação e expressão por parte de cada membro da equipe, independentemente da hierarquia ou dos cargos.

Ressalta-se que esse processo é bem mais difícil de ser desenvolvido do que aquele que predomina na forma verticalizada de poder e de comunicação.

● **Comunicação e poder**

Como acontece em qualquer agrupamento humano, incluindo equipes de trabalho, é muito comum o surgimento de variadas formas de disputa pelo poder, que sempre interferem, direta ou indiretamente, nos processos comunicacionais, influenciando ou alterando os processos de codificação

e interpretação das mensagens. Se uma pessoa está envolvida nesse tipo de disputa, ela passará, fatalmente, a restringir a circulação de algumas mensagens e, por outro lado, a promover a circulação e a codificação de outras, de acordo com o seu interesse.

Já as outras pessoas também envolvidas na disputa, mas sem possibilidades ou acesso àqueles recursos, passam a produzir e fazer circular suas mensagens nos labirintos ou margens do poder. Transformam as suas mensagens em uma fonte permanente de boatos, de gestação de “panelinhas” e de táticas grupais para desestabilizar o “inimigo” e influir no jogo de posições políticas, portanto, de decisões, no interior da equipe.

A permanência prolongada de pessoas ou grupos no poder também pode contribuir para gerar esse clima e suscitar comportamentos e atitudes passivas dos membros da equipe nos processos decisórios e nas ações desenvolvidas. Como não compartilham das decisões, sentem-se descompromissados com os erros ou acertos do trabalho. Neste caso, a responsabilidade é invariavelmente atribuída a um núcleo restrito de pessoas que ocupa espaços estratégicos na equipe. Quando isso acontece, normalmente instaura-se um processo intensivo de comunicação do tipo aclamativa, isto é, a participação se resume a simples atos de declaração de apoio e concordância com as decisões dos mandatários da equipe.

É muito difícil evitar as disputas pelo poder em um determinado grupo ou equipe, pois elas fazem parte da essência política do ser humano. Também, muitas vezes, é difícil distinguir o que são disputas provocadas por ressentimentos,

vaidades ou simples problemas e interesses pessoais daquelas formas legítimas de disputas pela implementação de determinadas propostas ou estilos na condução dos trabalhos de um grupo ou equipe. De qualquer forma, nem sempre o resultado costuma ser positivo em termos de coesão do grupo e, muitas vezes, pode mesmo ameaçar a existência da própria equipe.

O melhor remédio para evitar os efeitos nefastos de qualquer disputa é que ela seja claramente exposta para o conjunto da equipe e que possa ser amplamente discutida por todos.

CAPÍTULO 5 ●

A COMUNIDADE E O TRABALHO DE EQUIPE

Se o trabalho no interior de uma equipe é difícil, mais difícil é quando se trata do relacionamento desta com o grupo social com o qual ela se relaciona para prestar serviços ou promover alguma forma de intervenção externa. Isto porque os problemas mencionados anteriormente são ampliados e a eles são acrescentados outros que nem sempre estão sob o controle da equipe ou que ela tenha a sensibilidade necessária para interpretá-los em um quadro dinâmico que marca as relações sociais.

Apesar das boas intenções e propósitos democráticos de ação, a intervenção da equipe se dá em um universo culturalmente estruturado, isto é, as comunidades têm história, universos simbólicos de referência e formas de poder específicas. A entrada de um novo ator social (a equipe, por exemplo), por um lado, desestrutura esse universo e, por outro lado, provoca a entrada de novos conteúdos cul-

turais e ideológicos gerados pela instância institucional, principalmente pelo Estado. As consequências são mais variadas possíveis.

● **As expectativas da equipe e da comunidade são diferentes**

Além disso, as diferentes expectativas existentes entre a equipe e a comunidade geram diferentes formas de comportamento. Inicialmente, as comunidades esperam mais do que a equipe promete ou pode dar e, por essa avaliação, participam ativamente das primeiras atividades. Por meio desse processo são introduzidas novas relações de poder, concentradas tanto nos membros da equipe quanto em algumas pessoas da própria comunidade que se transformam em interlocutores privilegiados da equipe. Essa situação pode ser claramente percebida durante reuniões com a comunidade nas quais o uso da palavra e a iniciativa da ação ficam concentrados em alguns indivíduos específicos que oferecem mais poder de “diálogo” com a equipe, hierarquizando ou excluindo pessoas do processo comunicacional.

Se, por um lado, a presença desses mediadores comunitários pode ser entendida como uma maneira de facilitar a relação da equipe com a comunidade, por outro lado, ela cria uma nova estrutura de poder que inibe a participação do restante da comunidade, que ficou fora do círculo decisório. Muitas vezes, apenas tardiamente a equipe toma conhecimento desse problema e, quando assim acontece, as relações entre as pessoas já estão deterioradas e os conflitos irreversivelmente instalados, com graves consequências para o trabalho. E não custa lembrar que essa questão está ligada à disputa por supostos benefícios a serem auferidos e distribuídos para a

comunidade e, como se sabe, quem distribui alguma coisa é detentor de alguma forma de poder.

● **A equipe tem mais poder que a comunidade**

Mas não se pode esquecer também que a equipe é uma estrutura de poder diante da comunidade e que essa estrutura se revela pelo comportamento e nos diversos símbolos ostentados pelos seus membros. A competência para convocar uma reunião, dirigir a palavra aos membros da comunidade, interpelar por seus hábitos de saúde e promover um discurso prescritivo (o que fazer, como fazer) são formas concretas de poder. O processo comunicacional derivado dessa situação passa a ser unilateral, no qual a equipe se transforma em produtora de mensagens e a comunidade apenas em receptora, com poucas condições de emissão.

Mesmo quando se dá um caráter didático e pedagógico ao processo comunicacional, para evitar essa desigualdade entre o polo emissor e o polo receptor, nem sempre as mensagens produzidas surtem o efeito esperado junto à comunidade, pois os referenciais de interpretação impedem que elas sejam entendidas e compreendidas pela comunidade. Por exemplo, o uso excessivo de siglas, termos técnicos e conceitos abstratos funcionam como verdadeiras barreiras culturais, pois dizem respeito a uma reflexão feita fora do contexto comunitário.

Por exemplo, quando um agente diz: “a partir de agora vamos deixar de trabalhar com a medicina curativa e trabalhar mais com a medicina preventiva” está promovendo uma espécie de terrorismo cultural, pois a comunidade não consegue absorver facilmente esse conceito, já que ele foi objeto de refle-

xão realizada em outro contexto. Para que ele possa ser efetivamente apreendido, deve ser transmitido por uma mediação educativa levando-se em conta os conteúdos culturais existentes na comunidade, isto é, ele tem de ser apreendido criticamente, da mesma forma como foi inicialmente produzido.

● **O que a comunidade acha importante e será capaz de entender**

Assim, para saber o que pode ou não fazer sentido para uma comunidade e avaliar sua capacidade de entendimento diante dos conteúdos da ação social, deve-se aguçar a sensibilidade para escutá-la e auscultá-la. Escutar é ouvir sons, decifrar o seu significado; mas auscultar é uma maneira mais cuidadosa e sensível de ouvir, pois até mesmo o silêncio é portador de significados. É como o médico com o estetoscópio, ao ouvir os sons do corpo de um paciente. Ele tem de interpretá-los, avaliar o que estão “dizendo”, principalmente entender os intervalos de silêncio entre uma batida cardíaca e outra, por exemplo. Mas, para fazer isso, o médico depende de muito treinamento, atenção e sensibilidade.

No caso de uma comunidade, ou agrupamento social, o processo não é muito diferente. É preciso auscultá-la, pois os sons que emitem, por meio de várias formas de linguagem: o corpo, a forma de vestir, a ação coletiva, os silêncios, o domínio da fala, os termos utilizados, a compreensão e atitude diante dos acontecimentos, etc., referem-se a variáveis culturais complexas, que sempre estão dizendo alguma coisa. Por exemplo, por meio das festas, mutirões, conversas formais e informais, rituais religiosos, ritos de passagem, pode-se perceber uma espécie de gramática sobre as experiências de vida acumuladas e maneiras de resolver problemas, inclusive os de

saúde, antes da chegada da equipe. E tem-se que levar isso em conta, se se quer produzir uma comunicação mais horizontalizada e respeitadora dos valores comunitários.

● **A comunidade nem sempre aceita o que é sugerido a ela**

Nesse processo de ausculta, tem-se que entender que uma comunidade nunca é totalmente passiva e muda diante dos “invasores”, embora suas palavras e gestos nem sempre tenham o poder de alterar o jogo político institucional. Também nem sempre ela se manifesta por um discurso racional e linear. Ela diz muitas coisas, mas nem sempre se está preparado para ouvi-la, ou melhor, auscultá-la, dentro de sua própria história ou lógica de funcionamento.

É apenas quando se entende a complexidade cultural, histórica e política em que está envolvida é que se pode estabelecer melhor uma comunicação menos hierarquizada e menos artificial com a comunidade, evitando-se, assim, torná-la um objeto passivo de nossas ações.

● **Qual o desafio da comunicação com a comunidade?**

É por essas razões que se pode concluir aqui que o desafio da comunicação não se resume apenas em produzir material educativo ou persuasivo, mas sim em contribuir para que a equipe perceba as variáveis políticas, culturais e humanas presentes na comunidade ou grupo com o qual pretende atuar, possibilitando, dessa maneira, um verdadeiro diálogo entre uma instância e outra. A ausculta a qual se faz referência é fundamental nesse processo para saber-se o que pode ou não fazer sentido para a comunidade e de que maneira o trabalho da equipe pode ser dialogicamente conduzido.

CAPÍTULO 6 ●

MITOS MAIS IMPORTANTES

A sucção pouco efetiva ou até mesmo não-efetiva concorre para manter o mito do “leite fraco” ou “pouco leite”. As mães se referem a isso dizendo “o bebê suga, suga, suga, suga... e continua chorando, não engorda”. Outro grande mito é que amamentar é cansativo. Mito, sim, pois amamentar relaxa e descansa. Coisas que não acontecem quando se dá a mamadeira.

● Mito - Leite fraco

O leite definitivo pode apresentar coloração e consistência semelhantes às da água de coco. Não parece forte se comparado ao leite de vaca integral. Mas, qualquer que seja sua aparência, ele é bom. Até as mães com desnutrição leve ou moderada produzem leite de boa qualidade. Somente na desnutrição grave há diminuição na produção de leite, que pode conter menos gordura e vitaminas do que o leite de uma mulher bem nutrida, mas, no restante, é de boa qualidade.

A crença de leite fraco reflete, na grande maioria das vezes, insegurança da mãe quanto à capacidade de amamentar seu filho. A insegurança faz com que ela interprete o choro e as mamadas frequentes - comportamento normal em crianças pequenas - como sinais de que o leite não as está sustentando. A ansiedade que tal situação gera é transmitida para o recém-nascido, aumentando o choro. A suplementação com outros leites alivia a ansiedade materna, essa tranquilidade é repassada à criança, que passa a chorar menos, vindo a reforçar a ideia de que ela estava passando fome. Conseqüentemente,

ela suga menos o seio materno, reduzindo a produção de leite; processo que culmina com o desmame total.

● Mito - Pouco leite

Repetindo Suzana Melo: hoje não se diz mais a uma mãe: quanto mais o bebê sugar, mais leite você produzirá. O correto é dizer: quanto mais leite o recém-nascido ordenhar do peito, mais leite será produzido. Portanto, não é só a quantidade de vezes que o bebê mama, mas também a qualidade (intensidade, duração, correção) da sucção influi sobre a produção de leite. Esses aspectos qualitativos têm que ser checados quando há queixa por parte da mãe, quando a curva de crescimento da criança não está adequada ou ela manifesta insatisfação.

Queixas de pouco leite são muito ouvidas no dia-a-dia. Uma das razões mais comuns para introduzir precocemente o leite artificial ou outros alimentos é a mãe achar que tem pouco leite. Na maior parte das vezes a queixa de pouco leite não tem fundamento, é devida a uma suspeita infundada da mãe, pois o bebê costuma receber todo o leite de que necessita. Mas, um bebê pode receber, por exemplo, pouco leite materno porque não está mamando durante tempo suficiente ou porque a pega não correta leva à sucção não eficaz. Nos dois casos, e em muitos outros, o leite da mãe não é pouco, é a ingestão do leite que está diminuída. Se o bebê ordenha mal, pouco leite será produzido.

Um bebê pode também receber pouco leite porque a mãe está amamentando de forma irregular, por exemplo, poucas vezes ao dia, o que a impede de produzi-lo em quantidade suficiente. Quase toda mãe pode produzir mais do que o seu

recém-nascido necessita, mas baixa produção de leite também é possível, sendo a maioria das causas de fácil resolução. Mães de gêmeos em amamentação podem produzir aproximadamente o dobro de leite de mães de filho único. De forma semelhante, uma mãe de trigêmeos produz em torno de três litros em 24 horas, mostrando que grande quantidade pode ser produzida se a demanda for grande. A mãe que estiver bem, física e psicologicamente, produz leite de acordo com a necessidade do bebê ou dos bebês, desde que eles estejam basicamente mamando sob livre demanda e tenham estabelecido uma boa pega.

Praticamente toda mulher é, portanto, por natureza, apta a produzir leite em quantidade suficiente para sustentar o crescimento e o desenvolvimento de seu filho. Nas culturas primitivas, onde se desconhece completamente a mamadeira, a escassez ou carência de leite nas mães raramente ocorre. As mães ensinam às filhas de modo tão natural, que todas as crianças são alimentadas no peito. O fracasso do aleitamento, portanto, não se deve, quase sempre, a deficiências do organismo materno, mas sim aos costumes equivocados.

● **Pode ocorrer produção na mãe desnutrida grave**

Na desnutrição grave ocorre diminuição da produção. Nos casos de desnutrição leve ou moderada, o leite é produzido em quantidade normal e é de boa qualidade. Uma mulher gravemente desnutrida ainda pode produzir cerca de 500 mL de leite por dia, se o recém-nascido mamar frequentemente, isto é, se houver estímulo frequente à produção de prolactina. Seu leite pode conter menos gordura e vitaminas do que o leite de uma mulher bem nutrida, mas, afora isso, é de boa qualidade.

● **A cólica do recém-nascido faz a mãe pensar em pouco leite**

O aparecimento da cólica, própria do recém-nascido geralmente por volta da terceira semana de vida, constitui-se em outra situação favorecedora do entendimento de que o leite é pouco. A mãe insegura e desconhecendo que a criança aumenta suas horas de vigília e a quantidade de choro em razão da cólica, interpreta imediatamente estes dados como fome e tende a introduzir complemento alimentar.

● **Alegar pouco leite pode ser um desejo de não amamentar**

A alegação da mãe de ter pouco leite pode ser uma maneira de ela justificar, consciente/inconscientemente, o desejo de não amamentar, desejo que ela raramente assume por temer o seu próprio julgamento, por saber estar deixando de oferecer o que reconhece ser o melhor para seu bebê ou por temer o julgamento dos seus familiares e dos profissionais de saúde. Diz-se que “quando o leite começa a diminuir no peito, ele já secou na cabeça”, querendo-se dizer com isso que a hipogalactia é, primeiramente, uma decisão, mesmo que inconsciente, depois é que ela acontece.

Com a disseminação da importância da amamentação, a mulher que não quer amamentar tem dificuldades em expressar sua vontade. Portanto, o seu não querer amamentar poderá se transformar consciente/inconscientemente em não poder amamentar e ela então transforma dificuldades comuns, que a maioria das mães solucionaria facilmente, em dificuldades insuperáveis.

● **O quero e não quero amamentar está sempre presente**

A amamentação produz na mãe sentimentos ambivalentes. O fenômeno básico da amamentação é a ambivalência, senti-

mentos opostos em relação à amamentação, o querer e o não querer amamentar. Os conflitos surgem em situações em que duas ou mais necessidades incompatíveis concorrem e fazem com que a mãe se sinta puxada simultaneamente para direções diferentes. Ela reconhece as vantagens da amamentação, e por isto quer amamentar, mas isto exige dela obrigações, compromissos e mudanças profundas no seu modo de viver, e por isto reluta. A ambivalência aparece porque há grandes perspectivas de mudanças, que vão envolver ganhos, mas certamente também perdas.

A amamentação tem momentos agradáveis e desagradáveis. O contato estreito com o filho pode ser muito bom para ele e também para a mãe. Mas, para a mãe, a amamentação não é só prazer. Tolhe a liberdade e dificulta o lazer e a profissão, por ser ela a única pessoa que pode alimentar o filho. Por isso, ela oscila entre o sim e o não.

● **Se a mama está vazia após o parto, a mãe acha que não teve leite**

As mamas logo após o parto podem parecer vazias. O leite produzido até o terceiro dia pós-parto, eventualmente até o sétimo, é chamado colostro, diferente do leite maduro, porque contém mais proteínas, menos gordura, menos lactose. No primeiro dia, quase todo leite produzido é colostro, mas ele vai sendo substituído pelo chamado leite de transição. Após o terceiro/sétimo dia, o colostro já foi totalmente substituído pelo leite de transição, que passa, por sua vez, a ser substituído gradativamente pelo leite maduro ou definitivo, substituição que se completa por volta do 15o. dia pós-parto (Figura 6.1).

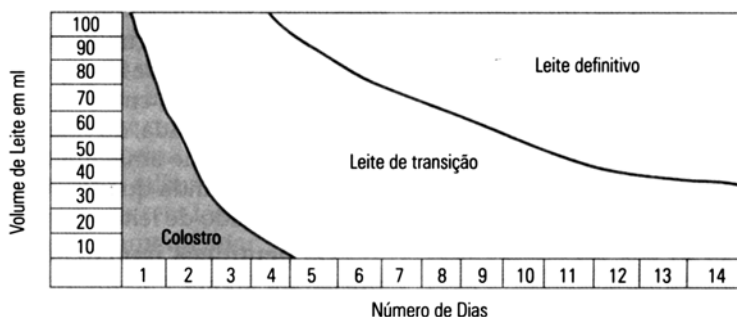


FIGURA 6.1 ● — SEQUÊNCIA DA PRODUÇÃO LÁCTEA.

FONTE: LANG S. ALEITAMENTO DO LACTENTE: CUIDADOS ESPECIAIS. SÃO PAULO: SANTOS LIVRARIA EDITORA; 1999.

● A pequena quantidade de colostro preocupa a mãe

O colostro sai pouco, de 5 a 20 mL por mamada, mas é uma quantidade suficiente para o recém-nascido, compatível com sua capacidade gástrica (Figuras 6.2 e 6.3). O pequeno volume de colostro que objetivamente é percebido pela mãe pode dar-lhe a ideia de que seu leite é pouco, sendo necessário colocá-la a par destes fatos, de preferência no pré-natal.

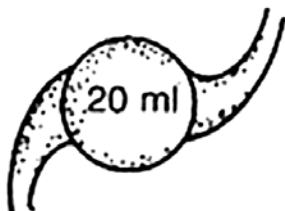


FIGURA 6.2 ● — CAPACIDADE RECÉM-NASCIDO.

FONTE: PIPES PL. NUTRITION IN INFANCY AND CHILDHOOD. FOURTH EDITION. ST. LOUIS: TIMES MIRROR/MOSBY COLLEGE PUBLISHING; 1989.

● Se os seios aumentam pouco durante a gravidez, a mãe acha que terá pouco leite

Os seios aumentam de tamanho durante a gravidez e, às vezes, no final da gravidez podem ficar tensos e intumesci-

dos para atender a uma atividade que irá começar dentro de pouco tempo. A intensidade dessas mudanças varia de mulher para mulher e, assim como em algumas as mudanças são evidentes, em outras elas podem passar despercebidas, levando-as a pensar que não conseguirão amamentar.

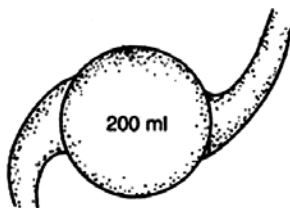


FIGURA 6.3 ● — CAPACIDADE COM 1 ANO.

FONTE: PIPES PL. NUTRITION IN INFANCY AND CHILDHOOD. FOURTH EDITION. ST. LOUIS: TIMES MIRROR/MOSBY COLLEGE PUBLISHING; 1989.

● A apoiadura não implica a imediata descida do leite

A lactação tem início com a secreção de lactose para o interior do alvéolo, o que aumenta significativamente a pressão osmótica intra-alveolar, provocando a rápida migração de água intersticial para dentro do alvéolo com a finalidade de restabelecer o equilíbrio osmótico. Essa migração de lactose seguida por água termina por provocar abrupto aumento no volume das mamas, configurando a chamada apoiadura, que ocorre por volta do segundo dia nas múltíparas e no terceiro dia nas primíparas. As mamas ficam cheias e quentes, podendo haver a sensação de desconforto. Essa condição não é causada por acúmulo de leite, como costuma ser pensado.

A apoiadura provoca a dilatação dos alvéolos e ductos, o que possibilitará a posterior descida do leite, mas não

implica obrigatoriamente a imediata descida do leite. Se após a apojadura ocorrer demora na descida do leite e a mãe não tiver sido informada dessa possibilidade, pode achar que não teve leite e introduzir uma mamadeira.

Após a apojadura, a quase totalidade das células alveolares inicia a produção de leite em consequência ao elevado nível de prolactina presente no sangue. O número de alvéolos produzindo leite tende a ser maior do que o necessário para secretar o volume de que o recém-nascido necessita, ocasionando acúmulo de leite no interior da mama. Aqui a mama atinge seu maior volume.

● **As mamas diminuem de volume com o passar dos dias**

Como sobra leite, dá-se a síntese de peptídeos supressores da lactação, que impedem a ligação da prolactina nos receptores alveolares específicos e, devido a isso, muitas células alveolares vão parando progressivamente de funcionar, adequando a produção de leite ao volume que a criança consegue mamar. Em consequência disto, depois de alguns dias, as mamas não enchem tanto. A mãe, que tinha a expectativa de permanecer durante todo o tempo com aquele volume de mama, pode se achar com pouco leite.

● **A prolactina não é por si só suficiente para produzir leite**

A produção de leite depende da ligação da prolactina com os chamados receptores de prolactina situados nas células do alvéolo. Essa ligação pode ser impedida pelos chamados peptídeos supressores da lactação, que atuam bloqueando receptores. Esses peptídeos aumentam sua concentração no sangue e, portanto, limitam a produção

de leite, quando a mãe está estressada, emocionada negativamente, cansada, duvidando de sua capacidade de amamentar, com muita dor ou ainda quando há acúmulo exagerado de leite nas mamas.

● **O que impede a mama de “explodir” de tanto leite**

Os peptídeos impedem a “explosão da mama”. Se muito leite é deixado na mama, os peptídeos impedem que haja mais produção de leite e, portanto, ajudam a proteger a mama de enchimento excessivo e doloroso, impedindo a “explosão da mama”. Quando o leite acumulado na mama é removido, por sucção ou ordenha, o peptídeo também é removido e a mama consegue produzir mais leite. Portanto, a mama para de produzir leite se não for sugada e produz mais leite se for mais sugada. Se a mãe não suga e tiver condições de sugar, sua mãe ainda estará produzindo leite.

● **Mesmo com a mama superlotada, o leite pode não descer**

Se a mãe produzir uma quantidade de leite maior do que aquela que o recém-nascido consegue retirar e esse excesso não for ordenhado após a mamada, o leite que sobra determina os ingurgitamentos mamários. Isso porque o leite remanescente - nos alvéolos, ductos e seios lactíferos - é submetido a uma pressão exercida pelas paredes dessas estruturas, o que aumenta progressivamente a sua viscosidade, até atingir o estágio máximo, o leite empedrado. O forte aumento da pressão sobre as células alveolares impede que as células mioepiteliais se contraíam, mesmo sob a ação da ocitocina. A descida do leite pode, por isto, falhar e a mãe poderá achar que não tem leite, apesar de a mama estar superlotada.

● **Pode não pingar leite de uma mama enquanto a criança mama na outra**

Depois de três ou quatro semanas após o parto pode não jorrar mais leite de um peito de uma primípara enquanto o bebê está mamando no outro. As fibras musculares que estão ao redor do mamilo já adquiriram mais força e não deixam escapar tão facilmente o leite quando ocorre a descida. Mas algumas mães podem achar que isto significa que estão ficando sem leite. Nas múltiparas, o tônus dessas fibras musculares já é grande em decorrência da amamentação do filho anterior. Se a múltipara não perde leite no seio não sugado, como aconteceu no início da amamentação do filho anterior, pode não se sentir segura da quantidade de seu leite.

● **Mama pequena não significa pouco leite**

A mãe pode entender que tem pouco leite quando o seu seio é pequeno, mas o tamanho da mama não tem nada a ver com a quantidade de leite produzido. A quantidade de tecido glandular, que é o tecido produtor de leite, é o mesmo em todas as mulheres. A variação de tamanho das mamas deve-se ao fato de umas terem maior quantidade de gordura que outras, isto é, as glândulas mamárias ficam no meio de um tecido gorduroso, cuja abundância ou escassez é que determina o seu tamanho.

● **Surtos de crescimento geram insegurança**

À medida que os bebês ganham idade, podem ter períodos de crescimento rápido, surtos de crescimento, que resultam em mamadas frequentes, pois precisam de mais leite nessa fase. A maioria desses períodos dura

dois ou três dias, às vezes um pouco mais. Os bebês parecem alcançar esses surtos de crescimento entre 2,5 e cinco semanas, seis e sete semanas, 12 e 13 semanas e mais tarde a cada dois ou três meses. A cada surto, dias de insegurança para a mãe mal informada.

● **Marcos de desenvolvimento preocupam a mãe**

Os bebês também costumam querer mamar muito quando estão no limiar de um marco de desenvolvimento como, por exemplo, sentar, engatinhar, ficar de pé ou andar. Esses períodos de mamadas frequentes determinam um estímulo mais assídua da aréola e do mamilo e maior produção de prolactina pela hipófise e, conseqüentemente, mais produção de leite, superando em poucos dias essas fases. A quantidade de leite precisa ser aumentada, mas não é necessário introduzir alimentação artificial, bastando aumentar a frequência das mamadas, o que o bebê faz naturalmente.

● **Dentes nascendo confundem a mãe**

Os bebês vão também mais frequentemente ao peito quando seus dentes estão nascendo, para tentar aliviar a dor proveniente da gengiva inchada, esfregando-a no peito da mãe, e não por o leite ser pouco, mas a mãe precisa desse esclarecimento.

● **Não saber o volume de leite que a criança retira da mama levanta dúvidas**

Durante o aleitamento materno, a mãe não tem controle sobre a quantidade de leite ingerida pelo bebê, sendo, portanto, levada a aceitar que ele está satisfeito quando para de sugar. Nesse momento, muitas vezes o

seio também acabou de ficar completamente vazio. Isto pode gerar sentimentos de insegurança, que levam à oferta de mamadeira. Precisa ser orientada a prestar mais atenção no bebê que no seio. Se o bebê estiver dando demonstrações de estar plenamente satisfeito, o que está acontecendo é a sabedoria/ economia da natureza, a última gota é aquela que termina por saciá-lo.

● **Pouca autoestima materna gera preocupação com a quantidade e o valor do leite materno**

A queixa de pouco leite ou de leite fraco pode, em alguns casos, refletir a baixa autoestima materna quanto à capacidade de seu leite nutrir o bebê. Isso faz com que a mãe, frequentemente, interprete o choro do filho e as marmadas frequentes (comportamentos normais em recém-nascidos pequenos) sempre como sinais de fome. Pensar que a criança está passando fome gera ansiedade na mãe e na família e pode ser transmitida ao recém-nascido, que responde com mais choro. A suplementação do leite materno com leite artificial muitas vezes alivia a tensão materna e esse alívio é repassado à criança, que passa a chorar menos, vindo a reforçar a ideia de que estava mesmo passando fome. Uma vez iniciada a suplementação, ela passa a sugar menos o peito e, como consequência, haverá menos produção de prolactina, menos produção de leite, mais choro, mais leite artificial, processo que quase sempre culmina na interrupção da amamentação.

● **A avó não ter amamentado não é um mal de família**

Houve um tempo em que as mulheres não amamentavam porque era moda não amamentar. O fato de a mãe,

a avó ou outras mulheres da família não terem amamentado pode levar a mãe a acreditar que na sua família ninguém consegue amamentar. Com a confiança minada por esse tipo de pensamento, ela tenderá a introduzir precocemente outros alimentos.

● **É preciso saber que emoções negativas e cansaço precisam ser evitados**

A mãe pode jorrar leite numa mamada e, de repente, na próxima não. A secreção do hormônio ocitocina, responsável pela descida do leite, é fortemente diminuída por fatores emocionais negativos, como ansiedade, falta de confiança, bem como por estresse e cansaço. Basta à mãe ter um problema para que o leite se “recuse” a sair. Diz-se que a mãe “esconde o leite”. Basta que ela fique tranquila para que o leite saia imediatamente. Daí a razão de se recomendar amamentar em um ambiente calmo e bem tranquilo e deve-se facilitar para que ela fale sobre si, encorajando a expressão de seus sentimentos e dúvidas, visando a assegurar alívio de suas possíveis ansiedades.

● **Pensar que mães, em geral, têm pouco leite pode ser uma crença local**

Reclamar de pouco leite pode significar, também, a maneira de a mãe expressar crenças comuns ao lugar onde vive ou maneira de expressar sua desinformação acerca da técnica ou da psicofisiologia da amamentação.

O profissional de saúde pode ajudá-la a verificar se efetivamente está produzindo pouco leite e, se for o caso,

a identificar as causas e a introduzir as mudanças necessárias para aumentar a produção.

● Mito - Amamentar é cansativo

Durante as mamadas, a estimulação do mamilo e da areola pela boca do bebê gera impulsos nervosos que chegam à hipófise materna, causando a produção de um hormônio, a ocitocina, que além de determinar a contração do útero, reduzindo assim a chance de hemorragia materna no pós-parto, causa também a descida do leite. Além disso, a ocitocina proporciona à mãe a sensação de bem-estar, euforia, mais resistência à dor e ao cansaço e sentimento de mais amor pelo bebê, por isso, chamada hormônio do amor.

Essa ocitocina pode parecer milagrosa, pode parecer até produto de uma fantasia, mas esse tipo de hormônio participa do nosso cotidiano. Uma pessoa chega cansada do trabalho, o corpo doendo, indisposta. Mas, como é preciso não levar uma vida sedentária e praticar algum exercício, parte, relutante, por exemplo, para uma caminhada. A partir de determinado momento, durante a caminhada, em vez de ficar cada vez mais cansada, cada vez mais doída, como era de se esperar, por estar exercendo um trabalho físico, passa a sentir-se bem consigo mesma e em relação à vida e o cansaço e as dores, como por encanto, desaparecem. Isto decorre da produção, pelo organismo, durante os exercícios físicos, das chamadas endorfinas, morfina responsáveis por esse sentimento do bem-estar. A ocitocina é também uma endorfina, só que em vez de ser fabricada durante o exercício físico, é fabricada durante uma mamada.

● **Miton - Mãe é perfeita**

Toda mamada libera ocitocina, mas nos primeiros minutos, nas primeiras horas e até mesmo nos primeiros dias após o parto, há intensa liberação de ocitocina, constituindo o **período sensitivo**, assim chamado porque nele a mãe se mostra mais disposta e mais ativa na interação com o recém-nascido: está com os braços e coração abertos para o filho, possibilitando que ele seja mais plenamente assumido. A criança que usufrui desse período de maior sensibilidade da mãe tem seu desenvolvimento e sua personalidade favorecidos. Esse é também chamado período crítico, pois, se não for aproveitado, o vínculo afetivo que será estabelecido entre mãe e filho não será tão intenso. Para o resto da vida, a força e a qualidade desse vínculo influenciarão a qualidade de todos os futuros elos que serão estabelecidos pela criança com outras pessoas. É imprescindível que, nesse **período crítico**, tão importante, mãe e filho estejam 24 horas por dia juntos, no chamado alojamento conjunto. É inaceitável, portanto, que se separe o recém-nascido da mãe, colocando-o, mesmo por tempo mínimo, em um berçário.

A mãe do mito, a mãe perfeita, essa não existe. Mas a capacidade que as mães têm de amar está longe de ter desaparecido, embora esteja, sem dúvida, embaçada, escondida ou mesmo sufocada por problemas individuais. É possível, porém, existir a mãe boa. Além do paradigma social vigente, um fator de muita importância para reforçar na mãe o desejável amor pelo filho e, assim, permitir a ela enfrentar com tranquilidade e alegria as tarefas relacionadas à amamentação e à maternagem é o período sensitivo.

A amamentação, mesmo se não houvesse a produção de ocitocina, determinaria por si só um vínculo muito maior do que o conseguido com a mamadeira, pois durante as mamadas no seio os contatos mãe-filho são muito mais demorados, frequentes, profundos, calorosos e mais aconchegantes. Contato físico fala diretamente ao coração, tem estreita relação com o desenvolvimento do amor. Para o bebê, o contato físico, além de ser um estímulo agradável e de possibilitar-lhe alcançar mais plenamente suas potencialidades, é uma necessidade biológica, uma necessidade vital.

As primeiras horas, os primeiros dias, os primeiros meses constituem o alicerce da saúde emocional da criança. O vínculo é um processo que deve, portanto, começar o mais cedo possível, logo após o nascimento. Por isso, todos os obstáculos que possam interferir no contato e na interação plenos e precoces da mãe com o recém-nascido devem ser removidos. Mãe e filho devem estar conscientes e alertas e não sedados por medicamentos. A primeira mamada deve-se dar na primeira meia hora após o nascimento, ainda na sala de parto, continuando-se a amamentação na sala de recuperação obstétrica e no alojamento conjunto.

● **Mito- A criança deve ficar no berçário para que a mãe descanse**

O alojamento conjunto consiste em colocar o recém-nascido permanentemente ao lado da mãe, desde o nascimento até a alta hospitalar. Somos os únicos animais mamíferos que separam a mãe do filho depois do nascimento. As cabras, entre várias outras espécies, revelam de que maneira

a natureza proporciona o vínculo afetivo entre esses animais. Cabritinhos que logo após o nascimento foram separados da mãe por até uma hora são rejeitados por ela. Já foi demonstrado que crianças separadas de suas mães logo após o nascimento tornam-se mais susceptíveis ao abandono, a sofrer abusos e ser vítimas de violência, exatamente por problemas no estabelecimento do vínculo decorrentes dessa separação. Há um estudo mostrando que a taxa de abandono de recém-nascidos em um hospital foi reduzida de 1,8/1.000 nascidos vivos para 0,1/1.000 nascidos vivos dois anos após o início do alojamento conjunto.

O Artigo 10 do Estatuto da Criança e do Adolescente obriga os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde da gestante, quer sejam públicos ou particulares, a manter alojamento conjunto, possibilitando aos recém-nascidos a permanência junto à mãe. As razões alegadas pelas maternidades para não cumprir a lei são: o cuidado dos berçários permite melhor supervisão do recém-nascido; o sono da mãe é perturbado se a criança estiver no mesmo quarto; as mães solicitam que seus filhos sejam levados para o berçário para que possam descansar; a disposição da enfermaria torna o alojamento conjunto difícil e as mudanças na arquitetura seriam caras; em hospitais particulares o alojamento conjunto pode tornar difícil a cobrança de taxas para uso do berçário.

É questão de informação. Mães devidamente informadas a respeito dos benefícios do alojamento conjunto e dos possíveis problemas advindos da utilização do berçário certamente optarão pelo alojamento conjunto. O alo-

jamento conjunto permite a observação constante do recém-nascido pela mãe, o que a faz conhecer melhor o seu filho e possibilita a comunicação imediata de qualquer anormalidade. Oferece condições aos profissionais de promover o treinamento materno por meio de demonstrações práticas dos cuidados indispensáveis ao recém-nascido, de tal forma que, no momento da alta, a mãe já esteja segura e competente para prestá-los sozinha.

Estar sempre junto de seu filho facilita o encontro da mãe com o pediatra por ocasião das visitas médicas para o exame do recém-nascido, possibilitando troca de informações. Os recém-nascidos em berçário choram mais e os trabalhadores de saúde não os atendem com tanta frequência quanto as mães, que estão no mesmo quarto. E, ainda, o recém-nascido chora de angústia pela separação, pela ausência de contato com o corpo materno.

Um vínculo mal estabelecido pode gerar problemas de toda ordem para a criança – físicos e emocionais. Mais de 50% das mortes de crianças menores de cinco anos de idade nos países em desenvolvimento relacionam-se, direta ou indiretamente, à desnutrição. Essa desnutrição, no entanto, só resulta minimamente da falta de alimentos, pois 84,7% das mães de desnutridos não são desnutridas, 30,5% delas têm sobrepeso ou são até mesmo obesas. O alimento, portanto, nessas famílias, chega à mesa. O número de desnutridos seria drasticamente reduzido se o vínculo afetivo mãe-filho tivesse sido adequadamente formado. O fraco vínculo, associado à educação materna insuficiente, é que leva a atitudes erradas

na preparação dos alimentos, atitudes que refletem a falta de informação, mas também a falta de interesse.

● **Mito- A amamentação só beneficia a criança**

Não é só a qualidade de vida da criança que depende da força e da qualidade desse vínculo. Também a qualidade de vida da mãe está em jogo. O ditado popular diz: “ser mãe é padecer no paraíso”. Mas ser mãe pode ser padecer ou ser paraíso. Ser mãe tendo um vínculo afetivo mãe-filho fortemente formado é estar apaixonada pela criança; é estar o tempo todo deliciosamente atenta às necessidades da criança; é procurar coisas para fazer por ela, pois quanto mais faz, mais satisfeita fica. Ser mãe assim é um paraíso. Mas ser mãe tendo um vínculo afetivo não adequado é favorecer que as demandas da criança sejam mal recebidas: “não aguento mais essa criança”; “já vem ela de novo”. Ser mãe assim é padecer.

Níveis muito altos de ocitocina são observados no período sensitivo. Passado esse período, a ocitocina continua sendo produzida durante todas as mamadas, mas em níveis mais baixos, todavia, continuando a proporcionar à mãe os mesmos benefícios, ainda que com menos intensidade. Isso constitui uma imensa vantagem da amamentação para a mãe, porque são momentos mágicos de paz e tranquilidade, verdadeiros oásis nas atribulações do dia-a-dia. A mãe muitas vezes não toma consciência desses momentos deliciosos devido a, atualmente, ela fazer tudo apressadamente, passando de uma atividade a outra com uma urgência gerada pela ansiedade que não consegue controlar. A amamentação

descansa em vez de cansar e tranquiliza em vez de angustiar, mas é um mito arraigado ser vista como cansativa, como mais uma obrigação num dia-a-dia quase sempre já muito tumultuado.

A existência desses momentos de amor e paz também torna muito provável que o sentimento materno durante a mamada seja de prazer, possibilitando que o bebê receba não só o sempre bom leite físico que nutre o corpo, mas também um bom leite emocional, que nutre a alma. A amamentação é, portanto, uma das muitas chaves do paraíso, tanto para a mãe quanto para a criança.

CAPÍTULO 7 ●

ESTADO ATUAL DO ALEITAMENTO MATERNO

As propriedades nutricionais, imunológicas e fisiológicas do leite humano, os aspectos psicoafetivos que resultam da interação mãe-filho durante a amamentação e o aspecto econômico podem ser traduzidos em benefícios para a criança, a mãe, a família, a sociedade e o próprio Estado.

Dados nacionais mostram que 96% das mulheres que iniciam a amamentação, apenas 11% amamentam exclusivamente até quatro a seis meses, 41% mantêm o aleitamento materno durante um ano e 14% até os dois anos, índices abaixo dos aconselhados pela Organização Mundial de Saúde, que recomenda aleitamento exclusivo até seis meses e aleitamento materno complementado até dois anos, no mínimo.

Em Belo Horizonte, dados de 1998 mostram que, das 15.410 crianças com idade ≥ 3 meses < 4 meses, acompanhadas pelos 129 Centros de Saúde, somente 35,14% estavam recebendo aleitamento materno exclusivo mais aleitamento materno predominante.

Dados da pesquisa em 25 capitais e no Distrito Federal, durante a Campanha Nacional de Imunização em outubro de 1999, mostram duração mediana de 33,7 dias do aleitamento materno exclusivo (Tabela 1). Esses índices estão muito abaixo do aconselhado pela Organização Mundial de Saúde, que é de aleitamento exclusivo em 100% dos recém-nascidos até 180 dias.

Pesquisa em 111 cidades de São Paulo mostrou que em municípios com cinco ações de incentivo, 22,4% das crianças recebem aleitamento exclusivo no primeiro semestre de vida. Em municípios com quatro ações, o índice é de 21,5%; três ações levam ao percentual de 12,4%. A inexistência de programas faz esse índice cair pela metade: 10,2%.

Adequada orientação para o aleitamento materno, fornecida no pós-parto em Porto Alegre, RS, aumentou as chances das mães em 1,7 vez de obter um escore acima da média de conhecimentos maternos sobre aleitamento, em comparação com as mães de grupo-controle. Mostrou também que as mães que aprenderam mais que a média tiveram 8,2 chances a mais de estar amamentando exclusivamente no final do terceiro mês e duas vezes mais de estarem amamentando no final do sexto mês. Assim, estratégias simples para aumentar o conhe-

cimento das mães sobre o aleitamento materno podem ter impacto positivo nas taxas de amamentação.

QUADRO 1 — DURAÇÃO MEDIANA DE DIAS DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO BRASIL

CIDADE	DIAS (MÉDIA)
FORTALEZA	77,2
BELÉM	70,7
FLORIANÓPOLIS	67,6
NATAL	66
DISTRITO FEDERAL	57,6
MACAPÁ	48,2
CURITIBA	48
SÃO LUIZ	45,8
BOA VISTA	42,8
PORTO ALEGRE	42,4
TERESINA	40,8
VITÓRIA	33,1
JOÃO PESSOA	32,8
PALMAS	29,4
ARACAJÚ	28,5
CAMPO GRANDE	24,1
RIO BRANCO	23,9
SALVADOR	23
PORTO VELHO	21,5
GOIÂNIA	14,6
MACEIÓ	12,5
SÃO PAULO	12,5
RECIFE	10,5
MANAUS	10,2
BELO HORIZONTE	9,6
CUIABÁ	8,3

FONTE: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NAS CAPITAIS BRASILEIRAS E NO DISTRITO FEDERAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; 1999.

● O que se faz oficialmente para aumentar a prevalência

Variadas foram as estratégias utilizadas para reversão da baixa prevalência de aleitamento materno no nosso meio, desde a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM/MS), no início da década de 80; a instituição do Alojamento Conjunto nas Maternidades; a criação dos Comitês Nacionais Político-Executivos (PNIAM/92); a criação da Rede de Bancos de Leite Humano a partir da experiência do Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ); a introdução do Hospital Amigo da Criança (AHC), pelo UNICEF e OMS; a criação da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes em 12/10/1992, posteriormente ampliada para Bicos, Mamadeiras e Chupetas.

O Amamenta Brasil lançado há um ano pelo Ministério da Saúde conseguirá uma abrangência ampla e afetiva no Aleitamento Materno no Brasil. As estratégias constantes do Programa tem tudo para aumentar a prevalência da amamentação.

CAPÍTULO 8 ●**O HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (HAC)**

Em 1990 o Brasil foi um dos países participantes de um encontro realizado em Florença, Itália (SPEDALE DEGLI INNOCENTI), promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), buscando mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Nessa época, foi produ-

zida a chamada “Declaração de *Innocenti*”, um conjunto de metas resgatando o direito de a mulher aprender e praticar a amamentação com sucesso. Essa declaração também enfatizava a recomendação do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e até os dois anos com outros alimentos, o que vem sendo adotado pelo Ministério da Saúde com o apoio da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Nesse encontro foi idealizado o Hospital Amigo da Criança (HAC), onde os profissionais de saúde de hospitais e maternidades seriam treinados para apoiar, proteger e promover o aleitamento materno. Haveria também mobilização de funcionários para mudanças em rotinas e condutas visando a prevenir o desmame precoce. O programa HAC foi concebido para remover as barreiras hospitalares à amamentação, adotar práticas e rotinas que favorecem o aleitamento e para capacitar os profissionais de saúde para proteger, promover e apoiar corretamente a amamentação. São mais de 20.400 no mundo e em torno de 344 no Brasil, até agosto de 2007.

O impacto desse programa foi medido em Santos-SP e resultou nas medianas de 75 dias de aleitamento materno exclusivo no hospital que adotou o programa, contra mediana de 22 dias no hospital-controle, comprovando a positividade do trabalho desenvolvido pelos hospitais que cumprem esses passos. Ao conjunto de medidas para atingir as metas contidas na “Declaração de *INNOCENTI*” denominou-se “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (Quadro 8.1).

QUADRO 8.1 ● — DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO (HAC)

PASSO	PROCEDIMENTO
1	TER NORMA ESCRITA SOBRE ALEITAMENTO MATERNO QUE DEVE SER ROTINEIRAMENTE TRANSMITIDA A TODA A EQUIPE DE SAÚDE
2	TREINAR TODA A EQUIPE DE CUIDADOS DE SAÚDE, CAPACITANDO-A PARA IMPLEMENTAR ESSA NORMA
3	INFORMAR TODAS AS GESTANTES SOBRE AS VANTAGENS E O MANEJO DO ALEITAMENTO
4	AJUDAR AS MÃES A INICIAR A AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA MEIA HORA
5	MOSTRAR ÀS MÃES COMO AMAMENTAR E COMO MANTER A LACTAÇÃO, MESMO SE VIEREM A SER SEPARADAS DE SEUS FILHOS
6	NÃO DAR A RECÉM-NASCIDOS NENHUM OUTRO ALIMENTO OU BEBIDA ALÉM DO LEITE MATERNO, A NÃO SER QUE SEJA INDICADO PELO MÉDICO
7	PRATICAR O ALOJAMENTO CONJUNTO; PERMITIR QUE MÃES E RECÉM-NASCIDOS PERMANEÇAM JUNTOS 24 HORAS POR DIA
8	ENCORAJAR O ALEITAMENTO SOB LIVRE DEMANDA
9	NÃO DAR BICOS ARTIFICIAIS OU CHUPETAS A CRIANÇAS AMAMENTADAS AO SEIO
10	ENCORAJAR A FORMAÇÃO DE GRUPOS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO, PARA ONDE AS MÃES DEVEM SER ENCAMINHADAS LOGO APÓS A ALTA DO HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

Tal fato é de especial importância em países subdesenvolvidos, pelo impacto positivo em reduzir taxas de morbimortalidade infantil.

No Brasil, em 1992, o IMIP – Instituto Materno Infantil de Pernambuco em Recife – foi o primeiro estabelecimento de saúde a receber a placa de Hospital Amigo da Criança. O número dos HACs tem crescido muito no Brasil: cinco hospitais em 1993, nove em 1994, 26 em 1995, 103 em 1998 e 344 até agosto de 2007. Tem crescido também no mundo: 4.282 em 1995, 8.041 em 1996 e 20.400 em 2004 em aproximadamente 171 países.

● Categoria dos Hospitais Amigos da Criança

Públicos – 176, Privados – 26, Filantrópicos – 112, Universitários – 24, Militar – 06, Outros – 01.

● Hospitais Amigos da Criança Habilitados por estado

AC- 01	ES-04	PB-21	RR- 00
AL - 07	GO-22	PE-11	RS - 16
AM - 05	MA-21	PI-12	SC-19
AP- 01	MG -18	PR-19	SE- 02
BA- 08	MT- 00	RJ-17	SP- 37
CE- 36	MS- 04	RN-28	TO- 04
DF-11	PA- 10	R0 -00	

● Impacto das ações IHAC no aleitamento materno

A eficiência e o impacto da IHAC, comparado com outros hospitais ou maternidades tradicionais, têm resultado em aumento na incidência e na duração do aleitamento materno. No Chile, os dez passos elevaram as taxas de amamentação exclusiva de 32 para 67%. Em outro estudo, também no Chile, compararam-se os resultados obtidos em aleitamento materno num hospital do programa IHAC, que seguia os dez passos com um hospital tradicional. Os hospitais eram semelhantes, diferindo apenas no programa de incentivo ao aleitamento materno. A prevalência do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses foi de 66,8% no HAC contra 23,3% no hospital tradicional.

No Brasil, um estudo comparativo entre o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, SP, com outro hospital com

as mesmas características (controle), porém que atuava de maneira tradicional, mostrou que a mediana de amamentação com leite materno exclusivo foi de 75 dias contra 22 dias, representando um benefício de 53 dias no HAC.

As falsas crenças existentes em relação à prática da amamentação também são encontradas entre o pessoal de saúde. Por isso, programas de promoção do aleitamento materno que incluem a capacitação da equipe de saúde têm grande impacto nas práticas desses profissionais, ocasionando maior duração da amamentação nas comunidades por eles assistidas. A implantação de programas de incentivo à amamentação nos municípios pode mudar radicalmente o quadro do desmame precoce. Quanto mais alto o número de ações implementadas pelo município, maiores serão as chances de o aleitamento ser exclusivo até o sexto mês e chegar aos dois anos.

Somente a partir de 1999 ocorreu uma prática significativa do HAC no estado de São Paulo, pela realização de uma série de cursos para sensibilização de gestores e chefias de serviços.

● **Como se tornar Hospital Amigo da Criança**

PORTARIA Nº. 756 DE 16 DE DEZEMBRO DE 2004

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

Considerando a criação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC pela Organização Mundial da Saúde

e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, estabelecida e assinada na Declaração de Innocenti, Itália, 1990;

Considerando a promoção do aleitamento materno por intermédio dessa Iniciativa;

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

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

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

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

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

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

JORGE SOLLA
SECRETÁRIO

ANEXO

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

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

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

1. Comprovar cadastramento no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES;

2. Comprovar cumprimento à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância;

3. Não estar respondendo à sindicância no Sistema Único de Saúde – SUS;

4. Não ter sido condenado judicialmente, nos últimos dois anos, em processo relativo à assistência prestada no pré-parto, parto, puerpério e período de internação em unidade de cuidados neonatais;

5. Dispor de profissional capacitado para a assistência à mulher e ao recém-nascido no ato do parto;

6. Garantir, a partir da habilitação, que pelo menos 70% dos recém-nascidos saiam de alta hospitalar com o Registro de Nascimento Civil; comprovado pelo Sistema de Informações hospitalares, mediante incentivo instituído pela Portaria nº. 938/GM, 20 de maio de 2002;

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

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

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

10. Permitir a presença de acompanhante no Alojamento Conjunto;

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

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

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

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

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

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

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

7º Praticar o alojamento conjunto (permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 horas por dia);

8º Encorajar o aleitamento sob livre demanda;

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

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

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

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

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

V. A partir da verificação do cumprimento dos critérios descritos no item I, o gestor municipal/estadual, dependendo das prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, solicitará a avaliação global pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, mediante o envio de declaração e de cópia dos documentos comprobatórios do cumprimento. Solicitando ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPES/SAS/MS a habilitação do estabelecimento de saúde como Hospital Amigo da Criança, assumindo desta forma, as despesas adicionais decorrentes da habilitação. Após aprovado pela área técnica do DAPES, o resultado será encaminhado ao Gabinete da SAS que deverá providenciar Portaria com a habilitação do estabelecimento devidamente identificado com os seus números no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES. Competirá a Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação – CGSI, do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC/SAS/MS garantir que os sistemas de informação obedecerão às habilitações aprovadas.

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

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

VIII. As reavaliações dos hospitais serão realizadas pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

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

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

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

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

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

XIII. Os valores de remuneração dos hospitais habilitados como Amigo da Criança constam da Portaria GM/MS nº. 1117, de 07 de junho de 2004.

● **As maternidades são submetidas a avaliações**

Os estabelecimentos de saúde, para se tornarem Hospitais Amigos da Criança, precisam ser submetidos a avaliações do cumprimento dos dez passos. Para um estabelecimento de saúde receber a placa comemorativa de Hospital Amigo da Criança, é necessário que obtenha no mínimo 80% de aprovação dos critérios globais estabelecidos para cada um dos dez passos.

Os hospitais candidatos a HAC devem preencher os seguintes critérios: 1) taxa de mortalidade materna intra-hospitalar $\leq 70/100.000$ nascidos vivos; 2) taxa de cesariana 30% para hospitais gerais e $\leq 40\%$ para hospitais de referência (atendimentos a pacientes de risco); 3) dispor de médico habilitado para assistência ao binômio mãe-filho na maternidade e sala de parto; 4) apresentar tempo de permanência hospitalar de no mínimo 48 horas para parto cesariano; 5) apresentar declaração de nada consta da instituição quanto à existência de processo judicial relativo à assistência prestada e/ou sindicância instaurada pelo SUS.

Numa outra fase, tendo o hospital implantado e cumprido os dez passos do aleitamento materno, solicita à Secretaria de Saúde do Estado o questionário de auto-avaliação, fornecido pelo Ministério da Saúde. Uma vez que os problemas e dificuldades possivelmente existen-

tes tenham sido solucionados, é solicitada pelo hospital uma avaliação local pela equipe do PNIAM. Os resultados são enviados para aquele órgão para análise e elaboração do relatório final de avaliação.

Se aprovado o credenciamento, o hospital receberá uma placa identificando-o como Hospital Amigo da Criança. O ingresso de um hospital na rede “Hospital Amigo da Criança” significa um reconhecimento ao trabalho desenvolvido pela instituição, passando a constituir um ponto de referência não só para a comunidade como também para outros hospitais, podendo servir de local de estágios e treinamentos de equipes multiplicadoras. Além disso, o Hospital Amigo da Criança vinculado ao SUS recebe 40% a mais sobre atendimentos no pré-natal e 10% a mais sobre a assistência ao parto. São formas de estimular e incentivar os hospitais e maternidades a se tornarem HAC.

● Conclusões

Para que as mudanças nas rotinas hospitalares e a implantação dos dez passos sejam possíveis de ser alcançadas, é necessário contar com o apoio da diretoria do hospital. Além disso, é necessária também ampla divulgação e discussão com todos os profissionais envolvidos na assistência materno-infantil. Aos profissionais de saúde cabe acreditar nos dez passos e se empenhar para que os mesmos possam ser implantados e executados no hospital. Porém, algumas práticas comuns, tais como uso de bicos e chupetas e presença de mamadeiras no berçário, podem ser interpretadas como pouca convicção dos próprios profissionais em promover o aleitamento materno.

Essa postura, além de contribuir para o desmame, pode ser vista pelas mães como uma solução relativamente simples, em face de qualquer obstáculo na amamentação após alta hospitalar. As experiências mostram que existem dificuldades na implantação e no cumprimento das normas para se tornar um Hospital Amigo da Criança. Porém, os resultados obtidos demonstram que o esforço é válido, não só pela humanização do atendimento materno-infantil, mas pelo aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo que tem sido alcançado com esse programa.

As equipes de saúde aprendem a valorizar a relação com os pacientes e todos os funcionários são estimulados para resgatar a prática do aleitamento materno. O resultado desse processo é a melhoria da qualidade do atendimento e da assistência à mulher e à criança. Embora a IHAC represente um sucesso, é necessário estar atento no sentido de que as instituições mantenham os padrões de qualidade. A reavaliação dos atuais hospitais credenciados como HAC é prevista pelo PNIAM e, na ocorrência de problemas não solucionados, poderá haver perda do credenciamento.

CAPÍTULO 9 ●

CONDIÇÕES QUE CONTRAINDICAM O ALEITAMENTO MATERNO

● Condições maternas infecciosas que contraindicam o aleitamento materno

- A) Vírus da imunodeficiência humana (HIV) - o risco de transmissão desse vírus pelo leite materno é ele-

vado, entre 7 e 22%, e se renova a cada exposição. A transmissão ocorre tanto por vias sintomáticas quanto assintomáticas. Por essa razão:

- o aleitamento materno é contraindicado.
- quanto mais a criança mama, maior será a chance de ela ser infectada.
- quando por falta de informações o aleitamento materno tiver sido iniciado, faz-se necessário orientar a mãe para suspender a amamentação o mais rapidamente possível, mesmo em mulheres em uso de terapia antirretroviral.
- a amamentação cruzada - aleitamento da criança por outra mulher - está formalmente contraindicada.

B) Vírus linfotrófico humano de células T (HTLV 1 e 2) – o risco de transmissão vertical pela amamentação é variável, sendo mais importante para o HTLV 1. Há referências que apontam para um risco de 13,5 a 22%. Por esse motivo:

- o aleitamento materno é contraindicado.
- quanto mais a criança mama, maior a chance de ela ser infectada.

● **Condições maternas infecciosas que contraindicam temporariamente o aleitamento materno**

A) Citomegalovírus (CMV) – o risco de transmissão do CMV é frequente, mas, apesar de até 40% dos lactantes filhos de mães soropositivo para o CMV se infectarem ao fim do primeiro mês

de vida, a infecção é assintomática e não deixa sequelas. Por essa razão, não está contraindicado o aleitamento materno em filhos de mães CMV+. Entretanto, o risco de transmissão da doença é alto, podendo causar infecções sintomáticas significativas em recém-nascidos prematuros que nascem com idade gestacional inferior a 32 semanas. Por essa razão, o uso do leite materno cru é contraindicado apenas para essas crianças prematuras ou imunodeficientes por qualquer etiologia.

A pasteurização assegura a inativação térmica do citomegalovírus. Por esse motivo o leite humano pasteurizado é biologicamente seguro, podendo ser ofertado sem risco para qualquer criança.

b) Herpes simples e herpes zoster – a transmissão pelo leite materno é infrequente e o aleitamento materno está contraindicado somente nos casos em que a lesão de pele ocorre na mama.

c) Vírus da varicela-zoster – o vírus varicela-zoster pode ser transmitido pelo leite materno, porém a via respiratória e o contato direto com as vesículas na pele da nutriz são a principal fonte de infecção. Quando a doença materna se inicia dois dias antes do parto ou até cinco dias após, o recém-nascido pode adquirir varicela e a infecção nessas circunstâncias pode ser grave. Por esse motivo, o aleitamento materno está contraindicado temporariamente, quando as lesões surgirem

nesse período mencionado. Nesses casos, a criança deverá receber a imunoglobulina específica para o vírus varicela-zoster (VZIG), 125 unidades, via intramuscular.

Durante esse período, a criança poderá ser alimentada com leite da própria mãe, pasteurizado em BLH, ou leite humano doado pelo BLH, quando disponível. Após a cobertura vacinal, o leite materno poderá ser oferecido por ordenha ou na própria mãe, se suas condições físicas o permitirem.

D) Infecções maternas pelo vírus da hepatite C (o HCV) – embora presente, o risco de transmissão vertical pelo aleitamento materno é desconhecido, não representando por isso contra-indicação absoluta para a amamentação. A amamentação é contra-indicada quando a mãe tem carga viral elevada ou lesões mamilares sangrantes.

E) Hanseníase – a principal forma de transmissão ocorre a partir das secreções respiratórias e lesões da pele. O bacilo pode ser isolado em secreções lácteas nos casos de hanseníase virchowiana não-tratada ou com tratamento inferior a três meses com sulfona (dapsona ou clofazimina) ou três semanas com rifampicina, estando, por esse motivo, contra-indicado o aleitamento materno nesses casos até que o tratamento atinja o tempo necessário para o controle da transmissão.

Lesões de pele localizadas na mama também podem ser fonte de infecção para o recém-nascido, por isso a amamentação é contraindicada enquanto existir a lesão. Não há contraindicação para o aleitamento materno quando a mãe estiver sob tratamento adequado

F) Doenças de Chagas – o parasita (*Tripanosoma Cruzi*) pode ser excretado no leite de mulheres na fase aguda ou crônica da doença, podendo determinar infecção aguda no lactante.

Essa infecção aguda, entretanto, parece ter evolução benigna e as sequelas tardias são raras. Por esse motivo, o aleitamento natural deve seguir algumas diretrizes para sua indicação. Está indicado nas mulheres com doença de Chagas crônica, exceto se houver sangramento mamilar evidente. Está contraindicado nas mulheres com doenças de Chagas aguda.

● **Condições maternas infecciosas que, apesar de não contraindicar o aleitamento materno, merecem considerações para sua indicação**

A) Infecção materna pelo vírus da hepatite B (o HBV) – apesar de possível a transmissão do HBV pelo leite materno, a principal via de transmissão da mãe para o recém-nascido é a exposição ao sangue materno que ocorre durante o trabalho de parto e no parto. O uso de vacina e imunoglobulina específica anti-hepatite B protege o recém-

nascido e elimina o eventual risco de transmissão por essa via e pela amamentação.

B) Tuberculose pulmonar – a presença do *M. tuberculosis* no leite materno é excepcional, sendo a transmissão predominantemente respiratória. Por esse motivo, o aleitamento materno pode ser mantido, observando-se algumas recomendações. Tratar essas mães, visto que a administração de drogas antituberculose à mãe não contraindica a amamentação. Orientar para o uso de máscaras ou similares e diminuição do contato íntimo, até que a nutriz deixe de ser bacilífera, o que acontece após duas a três semanas do início do tratamento. Realizar quimioprofilaxia com insoniazida no recém-nascido de mãe bacilífera não-tratada ou com tratamento inferior a três semanas de duração, na dose de 10 mg/kg/dia, durante três meses, realizando-se em seguida o teste tuberculínico (PPD).

Se o PPD for positivo, rastrear a doença da criança por intermédio de exames clínicos e radiológicos. Uma vez afastada a infecção ativa, manter a profilaxia até o sexto mês, sempre com vigilância do caso e daí proceder à vacinação com BCG.

Se o PPD for negativo após o terceiro mês de insoniazida, esta pode ser interrompida e a vacinação efetuada com exames clínicos periódicos do lactante.

A imunização com BCG na criança que recebe a insoniazida deve ser adiada, mas se existir o risco do não-seguimento do lactante, independentemente da quimioprofilaxia, é mais seguro proceder à vacinação concomitante.

● **Condições maternas não-infecciosas que contraindicam o aleitamento materno**

- A) Mães em quimioterapia/radioterapia – as mulheres em tratamento quimioterápico/radioterápico eliminam substâncias radioativas pelo leite materno durante e por um período após essa terapia. Por esse motivo, essas mulheres devem ser orientadas para não amamentar seus filhos.
- Observação: existem casos que permitem o reinício da amamentação. Seguir a orientação do especialista.

B) Nos casos de exposição ocupacional e/ou ambiental a metais pesados (por exemplo: chumbo, mercúrio, etc.) – as mulheres que apresentam níveis circulantes superiores aos aceitáveis não podem amamentar, em virtude dos riscos de passar pelo leite materno esses metais para a criança.

c) Uso de medicamentos, drogas e metabolitos – as mães que fazem uso de medicamentos devem seguir a orientação de seu médico-assistente. Auxiliar as mães, de forma livre e esclarecida, a eliminar o risco de transmissão vertical de seu agravo é um dever de todos os profissionais de saúde. O

não-fornecimento de informações/orientações e o não-cumprimento do cuidado que visa à redução/eliminação do risco de transmissão vertical constituem falta enquadrada em Código de Ética Profissional e passível de punição pelo órgão de classe e por outras leis do Código Penal Brasileiro.

CAPÍTULO 10 ●

DOENÇAS DO RECÉM-NASCIDO E AMAMENTAÇÃO

Em algumas situações muito pouco frequentes, os recém-nascidos não podem amamentar ou devem ser amamentados com cautela. É o caso de certas doenças metabólicas congênicas e hereditárias, caracterizadas por deficiência de enzimas específicas que limitam gravemente (fenilcetonúria, doença do xarope de bordo) ou tornam impossível (galactosemia) a utilização do leite materno, podendo causar distúrbios graves de saúde se sua ingestão não for restrita (fenilcetonúria, doença do xarope de bordo) ou completamente eliminada (galactosemia).

Uma doença banal que cause breve separação entre mãe e filho pode diminuir a duração do aleitamento materno, mesmo se os recém-nascidos forem amamentados durante a separação (Figura 2.1).

● GALACTOSEMIA

A galactosemia é uma doença rara, com incidência variando de 1:20.000 a 1:200.000, de caráter genético autossômico recessivo. Ocorre pela falta da enzima galactose-1-fosfato-uridiltransferase, que transforma a galac-

tose-1-fosfato em glicose-1-fosfato ou por deficiência da enzima galactoquinase que catalisa a fosforilação inicial da galactose. A lactose é o açúcar do leite materno e do leite de vaca. A lactose se desdobra em uma molécula de galactose e uma de glicose. Se recém-nascidos com deficiência de uma dessas enzimas são alimentados com leite humano ou de vaca, resultará doença. São necessárias fórmulas especiais sem lactose ou leite de soja.

A deficiência de galactoquinase produz aumento de concentração de galactose no sangue, galactosuria e cataratas, sem deficiência mental. Se a dieta contém lactose, as cataratas começam a se formar logo após o nascimento, sendo difícil o diagnóstico antes que a catarata se forme, a não ser que irmãos mais velhos já tenham tido galactosemia e o teste seja feito ao nascimento. A instituição pós-natal de dieta isenta de lactose e galactose impede a formação de cataratas. Uma vez que as crianças são, de outro modo, normais, o prognóstico pode ser bom.

A deficiência de galactose-1-fosfato-uridiltransferase constitui a galactosemia “clássica” e é uma doença grave, com início precoce de sintomas. Sem a transferase, o recém-nascido é incapaz de metabolizar a galactose-1-fosfato, cujo acúmulo resulta em lesões das células parenquimais do rim, fígado e cérebro, resultando icterícia, hepatomegalia, cirrose hepática, ascite, vômitos, hipoglicemia, convulsões, letargia, irritabilidade, catarata, retardamento mental. Quando o diagnóstico não é feito ao nascimento, a cirrose e o retardamento mental tornam-se cada vez mais intensos e irreversíveis.

A galactosemia é a única doença do recém-nascido que inviabiliza total e permanentemente o leite materno.

● FENILCETONÚRIA

A fenilcetonúria tem risco de 1:15.000 e é também autossômica recessiva. Sua investigação é feita pelo teste do pezinho no quinto dia, devendo a alimentação láctea já ter sido estabelecida pelo menos 48 horas antes.

É caracterizada por falha do metabolismo do aminoácido fenilalanina devida à ausência da enzima fenil-hidroxilase no fígado. O acúmulo de fenilalanina causa lesão cerebral. Isto pode ser evitado usando-se dieta com baixo teor de fenilalanina e o prognóstico é então ótimo. Leite humano tem baixa concentração de fenilalanina, muito menor que o leite de vaca. Assim, os recém-nascidos com fenilcetonúria podem ser amamentados monitorando-se a concentração de fenilalanina no sangue. Se o nível sanguíneo alcançar concentrações perigosas, o leite materno pode ser suplementado com fórmula especial de baixo teor de fenilalanina.

Suspeita-se de fenilcetonúria em criança de cabelos lisos e finos, pele clara e olhos azuis, apresentando vômitos persistentes e graves, irritabilidade acentuada, choro constante, eczema, urina com cheiro de rato. A característica fundamental da doença é deficiência mental grave, que se torna aparente após alguns meses de evolução. O início de tratamento no primeiro mês de vida permite que o paciente tenha inteligência normal. O tratamento tardio melhora o quadro clínico, mas permanece a deficiência mental.

● DOENÇA DO XAROPE DE BORDO

A doença do xarope de bordo é ainda mais rara e incide em 1:200.000 recém-nascidos. É devida a defeito no metabolismo dos aminoácidos valina, leucina e isoleucina, componentes normais das proteínas naturais. Caracteriza-se pelo odor típico de xarope de bordo na urina, comparado ao cheiro de açúcar queimado.

Há recusa de alimentação, vômito e deterioração neurológica e mental progressiva.

Como na fenilcetonúria, o leite materno pode ser combinado a produtos sintéticos especiais, com baixo teor dos aminoácidos não tolerados, embora o prognóstico seja frequentemente sombrio.

REFERÊNCIAS ● ———

1. Akre J. Alimentação Infantil: bases fisiológicas. São Paulo: OMS; 1989.
2. Almeida JAG, Novak FR. Banco de leite humano. In: Santos JR. A mama no ciclo gravídico-puerperal. Rio de Janeiro: Atheneu; 2000.
3. Almeida JAG. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1999.
4. Alvarado RM, Atalah ES, Díaz SF, Rivero SV, Labbé MD, Escudero YP. Evaluation of a breastfeeding-support programme with health promoters' participation. Food Nutr Bull 1996; 17: 49-53.
5. Arantes CIS. O fenômeno amamentação: uma proposta compreensiva [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo; 1991. 86p.

6. Araújo LDS. Querer/poder amamentar: uma questão de representação? Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina; 1997.
7. Araújo MFM. A problemática do aleitamento materno: realidade brasileira. In: Santos JR. Rio de Janeiro: Atheneu; 2000.
8. Armstrong HC. Breastfeeding promotion: training of mid-level and outreach health workers. *Int J Gynecol Obstet.*1990;31 (suppl. 1):91-103.
9. Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics.* 2000;106(5):E67.
10. Avoa A, Fischer PR. The influence of perinatal instruction about breast-feeding on neonatal weight loss. *Pediatrics.* 1990;865(2):313-5.
11. Baranowski T, Bee DE, Rassin DK, Richardson CJ, Brown JP, Guenther N, et al. Social support, social influence, ethnicity and the breastfeeding decision. *Social science and medicine,* 17(21):1599-1611.
12. Barcia AA, Eliecer VC. Lactancia materna: causas de suspension em dos ciudades de Ecuador. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1981;91(5):408-16.
13. Barros FC, Halpern R, Victora CQ, Teixeira AMB, Beria JU. Promoção da amamentação em localidade urbana da região sul do Brasil: estudo de intervenção randomizado. *Rev Saúde Pub.* 1994;28(4):277-83.
14. Barros FC, Semer TC, Tonioli Filho S, Tomasi E, Victora CG. The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. *Acta paediatrica.* 1995;84:1221-6.

15. Barros FC, Victora CG, Semer TC, Tonioli Filho S, Tomasi S, Weiderpass E. Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. *Pediatrics*. 1995;95(4):497-9.
16. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório da Comissão perinatal. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 1999.
17. Brasil. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar. Familiar no Brasil. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde. 1996. Amamentação e situação nutricional das mães e crianças. Rio de Janeiro: Benfam; 1997.
18. Bergevin Y, Dougherty C, Kramer MS. Do infant formula samples shorten the duration of breast-feeding? *Lancet*. 1983;(8334):137-42.
19. Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LA. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast-feeding. *Acta Paediatr*. 1994;83(11):1122-6.
20. Bloom K et al (1982) II. Factors affecting the continuance of breast feeding. *Acta paediatrica Scandinavica Suppl* 300: 9-14.
21. Bloom K, Goldbloom RB, Robinson Sc, Stevens Fe. Factors affecting the continuance or breast-feeding. *Acta Paediatr Scand*. 1982;300:9-14.
22. Bloom K, Goldbloom RB, Robison SC, Stevens FE. Factors effecting the continuance of breastfeeding. *Acta Paediatr Scand*, 1982;300:9-14.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

25. Haggerty PA, Rutstein SO. Breastfeeding and complementary infant feeding, and the postpartum effects of breastfeeding. Calverton: Macro International; 1999. 282 p.
26. Caldeira AP, Goulart EMA. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. *J Pediatr*. 2000;76(1):65-72.
27. Caldeira AP. Estudo da situação do aleitamento materno na zona urbana de Montes Claros (MG) [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais; 1998. 113 p.
28. Carvalho MR. Amamentação: impacto em saúde pública. Disponível em: <http://www.aleitamento.med.br>.
29. Cavalcanti MLF. Conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de saúde sobre aleitamento materno. [tese de doutorado]. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo; 1982. 391pp.
30. Chen CH. Effects of home visits and telephone contacts on breast-feeding compliance in taiwam. *Matern Child Nurs J*. 1993;21(3):82-90.
31. Chung-Hey. Effects of home visits and telephone contacts on breastfeeding compliance in Taiwan. *Maternal-Child nursing journal*. 1983;21(3): 82-90.
32. Correa AMS. Evaluacion del impacto de las actividades de promocion de la lactancia materna: Hospital Guilherme Álvaro. USAID/LAC; 1994.
33. Costa MCO, Figueiredo EM, Silva SB. Aleitamento materno: causas de desmame e justificativa para amamentar. *J Pediatr*. 1993;69(3):176-8.
34. Cronenwett L, Stukel T, Kearney M, Barrett J, Covington C, Del Monte K, et al. Single daily bottle use in the early weeks postpartum and breast-feeding outcomes. *Pediatrics*. 1992;90(5):760-6.

35. Currò V, Lanni R, Scipione F, Grimald, V, Mastroiacovo P. Randomised controlled trial assessing the effectiveness of a booklet on the duration of breast feeding. *Arch Dis Child.* 1997;76(6):500-4.
36. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. *Epi Info, version 6: a Word Processing, Database, and Statistics Program for Epidemiology on microcomputers.* Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention; 1994.
37. Dix DN. Why women decide not to breastfeed. *Birth.* 1991;18:222-5.
38. Feinstein JM, Berkelhamer JE, Gruszka ME, Wong CA, Carey AE. Factors related to early termination of breast-feeding in an urban population. *Pediatrics.* 1986;78(2):210-5.
39. Freed G, Frankley JK, Schanler RJ. Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. *Pediatrics.* 1992;90(2):224-7.
40. Freed GL, Fraley JK. Effect of expectant mother's feeding plan on prediction of father's attitudes regarding breastfeeding. *Am J Perinatol.* 1993;10:300-3.
41. Gigante DP, Victora CG, Barros FC. Nutrição materna e duração da amamentação. *Rev Saúde Pub.* 2000;34(3):259-65.
42. Giugliani ER, Caiaffa WT, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA. Effect of breastfeeding support from different sources on mother's decisions to breastfeed. *J Hum Lact.* 1994;10(3):157-61.
43. Giugliani ER. Amamentação: como e porque promover. *J Pediatr.* 1994;70(10):138-51.
44. Giugliani ERJ, Rocha VLL, Neves JM, Polanczyk C.A, Seffrin CF, Susin LRO. Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. *J Pediatr.* 1995;71:77-81.
45. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *J Pediatr.* 2000;76(supl 3):238-52.

46. Grossman LK, Harter C, Hasbrouck C. Testing mother's knowledge of breastfeeding: instrument development and implementation and correlation with infant feeding decision. *J Pediatric Perinatol Nutr.* 1990;1:43-63.
47. Gulick EE. Informational correlates of successful breastfeeding. *Mater Child Nurs J.* 1982;7:370-5.
48. Haggerty PA, Rutstein SO. Demographic and health surveys. *Comparative studies n.30.*
49. Hally MR, Bond J, Crawley J, Gregson B, Philips P, Russell I. Factors influencing the feeding of first-born infants. *Acta Paediatr Scand.* 1984;73(1):33-9.
50. Hardy EE, Vichi AM, Sarmiento RC, Moreira LE, Bosqueiro CM. Breastfeeding promotion: Effect of an educational program in Brazil. *Stud Fam Plann.* 1982;13(3):79-86.
51. Hill PD. Effects of education on breast-feeding success. *Matern Child Nurs J.* 1987;16(2):145-56.
52. Iker CE, Mogan J. Supplementation of breastfed infants: does continuing education for nurses make a difference? *J Hum Lact.* 1992;8(3):131-135.
53. Issler H, Leone C, Quintal VS. Duração do aleitamento materno em uma área urbana de São Paulo, Brasil. *Bol of Sanit Panam.* 1989;106(6):513-22.
54. Jenner S. The influence of additional information, advice and support on the success of breastfeeding in working class primiparas. *Child: Care, Health and Develop. Child Care Health Dev.* 1988;14(5):319-28
55. Jones Da, West RR. Lactation nurse increases duration of breast feeding. *Arch Dis Child;* 60:772-4, 1985.
56. Jones DA. Attitudes of breastfeeding mothers: a survey of 649 mothers. *Soc Scienc.* 1986;23:1151-6.

57. Jones DA, West RR. Effect of a lactation nurse on the success of breast-feeding: a randomised controlled trial. *J Epidemiol Health*, 1986;40:45-49.
58. Kaplowitz DD, Olson CM. The effect of an education programme on the decision to breastfeed. *J Nutr. Educ*, 1983; 15:61-65.
59. Kessler LA, Gielen AC, Diener-West M, Paige DM. The effects of a woman's significant other on her breastfeeding decision. *J Hum Lact*. 1995;11(2):103-9
60. Kistin N, Abramson R, Dublin P. Effect of peer counsellors on breast-feeding initiation, exclusivity, and duration among low-income urban women. *J Hum lact*: 10(1):11-5, 1994.
61. Kistin N, Benton D, Rao S, Sullivan M. Breast feeding rates. *Midwifery*; 13(4):189-96, 1997.
62. Klaus MH, Kennel JH. Vínculo afetivo: observações recentes que alteram o cuidado perinatal. *Pediatric Rev*. 1998;19(1):4-12.
63. Kleinbaum DG, Kupper LL, Margenstern H. *Epidemiologic Research: Principles and quantitative methods*. New York: Van Nostrand Reinhold; 1982.
64. Koctürk T, Zetterström R. The promotion of breastfeeding and maternal attitudes. *Acta Paediatr Scand*. 1989;78(6):817-23.
65. Lamounier JA, Leão E. Estratégias para aumentar a prática da amamentação. *J Pediatr*. 1998;74(5):355-6.
66. Lamounier JA, Leão E. Estratégias para aumentar a prática da amamentação. *J Pediatr*. 1998;74(5):355-6.
67. Lamounier JA. Experiência Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Belo Horizonte. *Rev Ass Med Brasil*. 1998;44(4):319-24.
68. Lana APB, Lamounier JA, César CC. Impacto de um programa para promoção da amamentação em um centro de saúde. *J Pediatr*. 235-239, 2004.

69. Lana APB, Lamounier JA. Aleitamento Materno. In: Perinologia Básica. Alves Filho NI. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
70. Lana APB, Lamounier JA. Centro de Saúde Amigo da Criança: Referência em Aleitamento Materno. Rev Med Minas Gerais. 2001;11(4):235-45.
71. Lana APB. Leite Materno: como mantê-lo sempre abundante. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2008.
72. Lana APB. O livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica comportamental da amamentação. São Paulo: Atheneu, 2001.
73. Lang S. Aleitamento do lactente cuidados especiais. São Paulo: Livraria Editora Santos; 1999.
74. Lawrence RA. Practices and attitudes toward breast-feeding among medical professionals. Pediatrics. 1982;70(6):912-20.
75. Lazzaro E, Anderson J, Auld G. Medical professionals' attitudes towards breastfeeding. J Hum Lact. 11(2):97-101.
76. Leone CR. Alimentação do recém-nascido de baixo peso. PRO-NAP-SBP.1999;4:65-95.
77. Lopez MG, Pérez GJG. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia em áreas periféricas de Guadalajara, México. Bol Oficina Sanit Panam. 1193;115(2):118-26.
78. Lundgren R et al (1992) The promotion of breastfeeding and birth spacing in rural areas. Final Technical report (documento não publicado). Asociacion Hondureña de Lactancia Materna (AHLACMA) and the population Council.
79. Lynch SA, Koch AM, Hislop G, Coldman AJ. Evaluating the effect of a breast-feeding consultant on the duration of home visits and telephone contacts on breast-feeding. Can J Public Health. 1986;77(3):190-5.

80. Lynch SA, Koch AM, Hislop TG, Coldman AJ. Evaluating the effect of a breastfeeding consultant on the duration of breastfeeding. *Can J Publ Health*. 1986;77:190-5.
81. Maldonado MT, Canella PRB. A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia. Rio de Janeiro: Atheneu; 1980.
82. Maldonado MT. Comunicação entre pais e filhos: a linguagem do sentir. 22ª ed. São Paulo: Saraiva; 1997.
83. Martins Filho J. A criança terceirizada: os descaminhos das relações familiares do mundo contemporâneo. Campinas: Papirus; 2007.
84. Martins J Filho. Como e porque amamentar. São Paulo: Sarvier; 1984.
85. Matich JR, Sims LS. A comparison of social support variables between women who intend to breast or bottle feed. *Soc Sci Med*. 1992;34(8):919-27.
86. McKinney JP, Fitzgerald HE, Strommen EA. Psicologia del desarrollo: edad adolescente. Cidade do México: Manual Moderno; 1982.
87. Meara H. La Leche League in the United States: A key to successful breast-feeding in a non-supportive culture. *J nurse-midwifery*. 1976;21(1):20-6.
88. Miranda CF, Miranda ML. Construindo a relação de ajuda. 11ª ed. Belo Horizonte: Crescer; 1999
89. Miranda CF. Atendendo o paciente: Perguntas e respostas para o profissional de saúde. Belo Horizonte: Crescer; 1996.
90. Miranda CF. Construindo a relação de ajuda. Belo Horizonte: Crescer; 1993.
91. Montrone VG, Arantes CI. Prevalência do aleitamento materno na cidade de São Carlos, São Paulo. *J Pediatr*. 2000;76(2):138-42.

92. Moura EFA. Duração do período do aleitamento materno de crianças atendidas em ambulatório de pediatria. *J Pediatr.* 1997;73(2):106-10.
93. Muller M. O matador de Recém-nascidos. São Paulo: Cemi-camp; 1977.
94. Murahovschi J, Teruya KM, Bueno LGS, Baldin PEA . Amamentação: da teoria à prática. Manual de amamentação para profissionais de saúde. Santos: Fundação Lusíada; 1999.
95. Naylor A, Wester R. Providing professional lactation management consultation. *Clin Perinatol.* 1987;14(1):33-8.
96. Neifert M, Gray J, Gary N, Camp B. Factors influencing breast-feeding among adolescents. *J Adolesc Health Care.* 1988;9(6):470-3
97. Neutzling MB, Vieira MF, Csar JA, Gigante DP, Martins EB, Fanchini LA. Medindo o impacto da promoção do aleitamento materno em serviços de atenção primária à saúde em Pelotas, Rio Grande do sul, Brasil. *Cad Saúde Publ.* 1993;9(2):149-54.
98. Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MB, Mirrendorf R, Greenberg ER, Clapp EW, et al. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *N Engl J Med,* 1994;330:81-87.
99. Nóbrega FJ, Campos ALR, Nascimento CFL. Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe-filho. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
100. Nóbrega FJ, Campos ALR. Fraco vínculo mãe-filho. Importante fator de risco de desnutrição. *Ars Curandi.* Jun. 1993.
101. Nylander G, Lindermann R, Helsing E, Bendvold E. Unsupplementend breastfeeding in the maternity ward. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1991;70:205-9.
102. Organização Mundial de Saúde. Criando Hospitais “Amigos de recém-nascidos”: a meta da OMS e do UNICEF é promover o Aleitamento Materno. 1991.

103. Organização Mundial de Saúde. Unicef. Reunion conjunta OMS/UNICEF sobre la alimentacion del lactante y del niño pequeño. Genebra: OMS; 1979.
104. Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático Brasília: OPAS; 1996
105. World Health Organization/UNICEF. Breastfeeding counselling: A training course. Geneva: World Health Organization/UNICEF; 1993.
106. OMS/UNICEF. Curso intensivo para planejadores e gestores de saúde: “iniciativa Hospital Amigo da Criança. 1996.
107. OMS/UNICEF. Manejo e promoção do aleitamento materno. Curso de 18 horas para equipe de maternidades. 1993.
108. OMS/UNICEF. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento natural: a função especial dos serviços de maternidade. 1989.
109. Popkin BM. An evaluation of a national breastfeeding promotion programme in Honduras. *J Biol Sci* 1991;23:5-21.
110. Rea MF, Venancio SI. Avaliação do curso de aconselhamento em amamentação OMS/UNICEF. *J. Pediatr.* 1999;75(2):112-8.
111. Rezende MA. Amamentação e trabalho na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: um estudo sobre representações sociais. [tese de doutorado]. Escola de Enfermagem. USP; 1998
112. Ribeiro MO, Sigaud CHS. Relacionamento e comunicação com a criança e sua família. In: Sigaud CHS, Veríssimo M, De La OR. *Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente.* São Paulo: EPU; 1996. p. 99-111.
113. Rio de Janeiro. Secretaria de Estado da Saúde. Grupo técnico interinstitucional de incentivo ao aleitamento materno. Dez passos para uma unidade básica de saúde amiga da amamentação. Disponível em: <http://www.aleitamento.med.br>.

114. Rodrigues FMA, Ribeiro KT, Sá FMDL, Pinto ML. Rede básica de saúde amiga da amamentação: Um sonho a ser planejado. Niterói: Fundação Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Niterói. RJ.
115. Rogers CR. Liberdade para aprender. 2ª ed. Belo Horizonte: Interlivros; 1973
116. Rossiter JC. The effect of a culture-specific education program to promote breastfeeding among Vietnamese women in Sydney. *Int J Nurs Studies*. 1994; 31(4):369-79.
117. Rossiter Jg. The effect of a culture-specific education program to promote breast-feeding among Vietnamese women in Sydney. *Int J Nurs Stud*. 1994;31(4):369-79.
118. Rothman KJ. *Modern Epidemiology*. Boston: Little, Brown and Company; 1986.
119. Salariya EM, Easton Pm, Cater JI Duration of breast-feeding after early initiation and frequent feeding. *Lancet*. 1978;(8100):1141-3.
120. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Planejamento e Avaliação da Coordenadoria de Saúde do Interior. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2000.
121. Schmidt E, Ferreira GM. Transferência e iatrogenia na relação médico-paciente. *Rev Med Minas Gerais*. 2008;18(1):37-40.
122. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Situação do aleitamento materno em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: DI-SAP; 1998.
123. Silva AAM. *Amamentação: Fardo ou Desejo?* [dissertação de mestrado]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.. USP; 1990. 302 p.
124. Siqueira R, Durso N, Almada AGP, Moreira MT, Massad GB. Reflexões sobre as causas do desmame precoce observadas em

- dinâmicas de grupo de incentivo ao aleitamento materno. *J Pediatr.* 1994;70:16-20.
125. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - 1996. Amamentação e situação nutricional das mães e crianças. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997. p.125-38.
126. Sokol EJ. Em defesa da amamentação. Manual para implementar o código internacional de mercadização de substitutos do leite materno-IBFAN. São Paulo. 1999.
127. Souza LMBM. Promoção, proteção e apoio: Apoio? Representações sociais em aleitamento materno. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz; 1996.
128. Spinelli MGN, Sesoko EH, Souza JMP, Souza SB. A situação de aleitamento materno de crianças atendidas em creches da Secretaria da Assistência Social do município de São Paulo - região Freguesia do Ó. *Rev Bras Saúde Infant.* 2002;2(1):23-8.
129. Stokamer CL. Breastfeeding promotion efforts: why some do not work. *International J Obstet Gynecol.* 1990;31(1):61-65.
130. Susin LRO, Giugliani ERJ. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. *J Pediatr.* 1998;75(5):368-75.
131. Susin LRO. Conhecimento das mães e dos pais sobre aleitamento materno antes e após orientação pós-natal e sua relação com a prevalência de amamentação nos primeiros seis meses. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1997. 174p.
132. Tedesco JJA, Zugaib M, Quayle J. Obstetrícia psicossomática. Rio de Janeiro: Atheneu; 1998.
133. Trotto MRN. Gravidez, parto e puerpério: uma abordagem psicossomática. *Femina.* 1989;17(9):773-4.

134. UNICEF. Amigo da Criança. Boletim Nacional da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. 1995, 12:2.
135. UNICEF. Situação mundial da infância. New York: UNICEF; 1996.
136. Valdés V, Pérez A, Labbok M, Pugin E, Zambranco I, Catalan S. The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. *J Trop Pediatr*. 1993;39(6):142-51.
137. Valdés V, Perez A. Santiago breastfeeding promotion program: preliminary results of an intervention study. *Am J Obstet Gynecol*. 1991;165:2039-44.
138. Valdés V, Pugin E, Labbok M, Pérez A, Catalán S, Aravena R, Adler MR. The effects on professional practices of a three-day course on breastfeeding. *J Hum Lact*. 1995;11(3):185-190.
139. Valdés V, Sánchez AP, Labbok M. Manejo clínico da lactação. Assistência à nutriz e ao lactente. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.
140. Valdés V, Sánchez AP, Labbok M. Manejo Clínico da Lactação. Assistência à nutriz e ao lactente. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.
141. Valdés V, Schooley J. The role of education in breastfeeding success. *Food and Nutr Bull*. 1996;12(4): 431-439.
142. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infections diseases in Brazil. *Lancet*. 1987;2(8554): 319-22.
143. WABA. Mulher, trabalho e amamentação: todos saem lucrando. Folheto. 1993.
144. WHO CDD. Breastfeeding Counselling: a training course. UPDATE. n.14. 1994.
145. WHO. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva. 1991.

146. Wiles LS. The effect of prenatal breastfeeding education on breastfeeding success and maternal perception of the infant. *JOGN Nurs.* 1984;13(4):253-7.
147. Williamson NE. Breastfeeding trends and patterns. *Suppl Int J Gynecol Obstet.* 1989;1:145-52.
148. Winikoff B, Mensch B. Rethinking postpartum family planning. *Stud Fam Plann.* 1991;22(5):294.
149. Winikoff B. Overcoming obstacles to breast-feeding in a large municipal hospital: applications of lessons learned. *Pediatrics.* 1987;80(3):423-33.
150. World Health Organization. Indicators for assessing breast-feeding practices. Geneva: Who; 1992.
151. World Health Organization. The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva: WHO; 1981.
152. Xavier CC, Rego MAS, Viana MRA. Aleitamento materno no ensino de 1º grau: relato e análise de uma experiência em Minas Gerais. Secretaria de Estado de Educação de Minas Gerais; 1987.
153. Yunes J, Ronchezel VS. Estudo da lactação em mulheres do Distrito de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Publ.* 1975;9:191-213.