

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

DENISE MARIA ALVES GRANJA

**RELAÇÕES ENTRE MODALIDADES DE ALIMENTAÇÃO E
HÁBITOS ORAIS DE SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA EM LACTENTES
ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:
ABORDAGEM FONOAUDIOLÓGICA**

MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA

**SÃO PAULO
2012**

DENISE MARIA ALVES GRANJA

**RELAÇÕES ENTRE MODALIDADES DE ALIMENTAÇÃO E
HÁBITOS ORAIS DE SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA EM LACTENTES
ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:
ABORDAGEM FONOAUDIOLÓGICA**

Dissertação apresentada à Banca examinadora de Mestrado da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Fonoaudiologia, sob a orientação da Prof^a Dra Maria Claudia Cunha.

**São Paulo
2012**

DENISE MARIA ALVES GRANJA

**RELAÇÕES ENTRE MODALIDADES DE ALIMENTAÇÃO E
HÁBITOS ORAIS DE SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA EM LACTENTES
ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:
ABORDAGEM FONOAUDIOLÓGICA**

Aprovada em: _____ / _____ / _____

Banca Examinadora

Profª Drª Maria Claudia Cunha – Orientadora
PUC-SP

Profª Drª Suzana Magalhães Maia
PUC-SP

Profª Drª. Denise de Sousa Feliciano
Instituto Sedes Sapientiae

A minha Mãe e ao meu Pai (que transcendeu a matéria) com todo meu amor.

E aos meus queridos irmãos, sobrinhos e cunhada, mas especialmente a você, Paulo, mais que irmão querido, um parceiro.

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria Claudia Cunha, por sua orientação e sugestões oferecidas ao longo deste trabalho, fundamentais para esta dissertação.

À CAPES, pelo incentivo à pesquisa e à bolsa concedida.

Às Professoras participantes da banca examinadora, pela leitura cuidadosa, oferecendo sua contribuição preciosa.

As minhas queridas Professoras dos tempos de graduação, Ruth Ramalho Ruivo Palladino, exemplo de competência, presença marcante na minha formação acadêmica e profissional, por suas contribuições fundamentais na realização deste trabalho. Ruth, serei sempre sua fã. E a acolhida carinhosa e o prazer do reencontro com as Professoras Cecilia Bonini e Dóris Ruth Lewis.

Aos Professores do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia, sempre abertos a colaborar com os alunos independentemente da linha de pesquisa. E à Virginia por secretariar com grande maestria, revelando um pronto atendimento em todos os momentos.

Aos colegas da Pós-Graduação, especialmente ao Wladimir Damasceno, André Luis Lopes e Glória Oti, pelos momentos compartilhados na busca do saber.

À Professora Cíntia Santoro, amiga e colega de trabalho, pelo apoio, incentivo e por sua generosidade em compartilhar comigo seu conhecimento durante a trajetória desta dissertação.

À Enfermeira Roberta Uchôa, Diretora Técnica do Centro de Especialidades Municipal de Itapeçerica da Serra e Michele Sales da Silva Santos, Superintendente da Autarquia de Saúde de Itapeçerica da Serra, pela gestão diferenciada em apoiar seus funcionários na qualificação profissional.

À Enfermeira Tânia Claudia Barbosa por acreditar no Grupo “Fono Bebê” e me incentivar a permanecer com ele mesmo quando saímos da UBS.

À Enfermeira Isabel Cristina Santos, Diretora da Unidade Básica de Saúde Salvador de Leone, por autorizar a realização deste estudo e também aos colegas e funcionários da unidade companheiros de longa data.

Aos pequenos bebês do grupo e suas mães.

RESUMO

Introdução: No início da década de 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas (UNICEF) elaboraram a “Declaração de Innocenti”, contendo uma série de medidas para promover o aleitamento materno (AM). Pesquisas assinalam que o desmame precoce está associado, entre outros fatores, à presença de hábitos orais de sucção (HOS) nutritiva (mamadeira) e não nutritiva (chupeta, dedo) (LAMOUNIER, 2003; CHAVES, 2007). **Objetivo:** descrever e relacionar modalidades de alimentação e HOS em lactentes de 01 a 06 meses, que participaram de um programa de intervenção fonoaudiológica em uma unidade básica de saúde do município de Itapeverica da Serra/ SP. **Método:** 1. Casuística: 19 díades de lactantes e seus lactentes atendidos entre janeiro de 2005 a dezembro de 2010. 2. Procedimento: Seleção dos sujeitos a partir de prontuários. Categorização dos dados de acordo com: tipo de alimentação do lactente e presença/ausência de HOS do início das intervenções, 1mês, até os 6 meses e 29 dias de vida. Os resultados foram submetidos a análise estatística. **Resultados:** No final das intervenções a maioria dos bebês (89,5%) estava em AM. E todos (100%) dos que não apresentavam HOS estavam em AM. **Conclusão:** houve associação estatisticamente significativa entre presença de AM e ausência de HOS ($p=0,012$) na população estudada. Tais resultados sugerem que as intervenções fonoaudiológicas – numa abordagem biopsíquica - influenciaram a prevalência do AM em relação ao aleitamento artificial, além da redução dos HOS não nutritiva no período.

Palavras chave: aleitamento materno, hábitos orais de sucção, aleitamento artificial.

ABSTRACT

Introduction: In the beginning of the nineties, the World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF) established the "Declaration of Innocent," instituting many measures to promote breastfeeding. Researchers indicate that prematurely stopping breastfeeding is connected to the presence of oral habits such as sucking a pacifier or finger. (Lamounier 2003, Chaves2007). **Objective:** Describe and relate ways of feeding and oral habits in babies of one to six months who participate in a program of speech pathologic intervention in a basic unit of health in the County of Itapeceirica da Serra-SP. **1.Method:**Casuistic 19 mothers and their babies were attendant between January 2005 to December 2010. **2.Procedure:** The study was done using medical records that had been in systematized forms. The information contained the type of food the infant had and the presence or absence of oral suction in early intervention up to 6 months and 29 days of life. The results were submitted using statistical analysis. **Results:** In the end of intervention, the majority of babies (89.5%) were breastfeeding. And all (100%) don't show any who were demonstrating proper oral habits were breastfeeding. **Conclusion:** There was a significant statistical association between breastfeeding and the lack of habits of oral suction ($P=0,012$) in the population studied. These results suggest that speech pathologic intervention in approach biopsychic influence the prevalence of breastfeeding in comparison with artificial breastfeeding and the reduction of oral habits of nutritive suction not nutritive in the period.

Keywords: breastfeeding, oral habits suction, artificial breastfeeding.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICO

TABELA 1	Distribuição dos bebês por gênero.....	34
TABELA 2	Comparação entre a presença/ausência de AM e presença/ausência de HOS no período final das intervenções.....	36
GRÁFICO 1	Modalidades de alimentação e hábitos orais de sucção (chupeta e/ou dedos) nos períodos inicial e final das intervenções.....	35

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	ALEITAMENTO MATERNO E HÁBITOS ORAIS DE SUCÇÃO: ASPECTOS SOCIOCULTURAIS	13
2	ALEITAMENTO MATERNO E HÁBITOS ORAIS DE SUCÇÃO: ASPECTOS BIOPSÍQUICOS	18
3	CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO FONO/BEBÊ	23
3.1	HISTÓRICO.....	23
3.2	FUNCIONAMENTO.....	24
3.3	REPERCUSSÕES DAS INTERVENÇÕES.....	28
4	MÉTODO	31
4.1	CASUÍSTICA.....	31
4.2	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL.....	31
4.3	PROCEDIMENTO.....	32
4.4	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	32
4.5	ÉTICA.....	33
5	RESULTADOS	34
6	DISCUSSÃO	37
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
	ANEXOS	44
	ANEXO 1 DECLARAÇÃO DE INOCENNTI	45
	ANEXO 2 INICIATIVA DO HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA	49
	ANEXO 3 CARTA DE CONSENTIMENTO PARA UTILIZAÇÃO DE PRONTUÁRIOS OU BANCO DE DADOS	51

ANEXO 4 FICHA DE COLETA.....	52
ANEXO 5 FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA MAMADA.....	53
ANEXO 6 APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP.....	54

INTRODUÇÃO

No início da década de 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas (UNICEF) elaboraram a “Declaração de Innocenti” (ANEXO 1), contendo uma série de medidas com o objetivo de promover a prática do aleitamento materno (AM). Tal iniciativa pautou-se nos altos índices de mortalidade infantil em países pobres e em desenvolvimento associados, entre outros fatores, à reduzida prática do AM.

Os principais argumentos utilizados, do ponto de vista da criança, são: o AM que favorece o vínculo com a mãe, supre necessidades nutricionais, influencia o desenvolvimento da criança reduzindo as chances do desenvolvimento da obesidade e doenças cardiovasculares (OMS/UNICEF, 1990). Também possibilita que os grupos musculares do complexo maxilo-mandibular (temporal, pterigoideo lateral e milo-hióideo) sejam acionados pela sucção, promovendo o crescimento e o desenvolvimento harmônico da musculatura miofacial e da articulação têmporo-mandibular, coordenação de funções essenciais como respiração, sucção e deglutição propiciando assim, o desenvolvimento harmônico do sistema estomatognático (VAN DER LAAN, 1995). Fortalece o sistema imunológico, reduzindo os riscos de infecções das vias aéreas superiores e da síndrome do respirador bucal (CARVALHO, 2003) e previne a ocorrência de diarreia e desnutrição (OMS/UNICEF, 1990).

Já para a mãe, o AM reduz a chances do ingurgitamento mamário (isto é, congestão vascular) que ocorre pelo esvaziamento insuficiente das mamas, auxilia na volta do útero ao tamanho normal, diminui o risco para câncer de mama e favorece o vínculo com o bebê (MURAHOVSKI et al, 1999).

Uma das medidas de destaque encontrada na referida Declaração foi a implantação da “Iniciativa do Hospital Amigo da Criança” (IHAC) (ANEXO 2), presente em 120 países, incluindo o Brasil, visando o aprendizado da prática da amamentação natural já no ambiente hospitalar.

Apesar dos benefícios mencionados, a adesão ao aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida e ao aleitamento materno complementado (AMC) por dois anos ou mais - critérios estipulados pela OMS e

UNICEF (1990) continuam abaixo do esperado no Brasil. Assim, o desmame precoce (anterior ao sexto mês de vida) ainda se faz presente, associado entre outros fatores, a frequente introdução dos chamados hábitos orais de sucção (HOS) nutritiva (mamadeira) e não nutritiva (chupeta, dedo) (LAMOUNIER, 2003; CHAVES, 2007).

Por sua vez, a utilização precoce da mamadeira, com vistas à sucção nutritiva, de acordo com Carvalho (1995) pode condicionar a introdução da chupeta e da sucção digital. De maneira geral, os HOS influenciam, de maneira negativa, no tempo de duração do AME. (COTRIM, 2002; LAMOUNIER, 2003; CHAVES, 2007; ARAÚJO et al, 2007).

Contudo, há controvérsias na literatura sobre o tema, pois, para alguns autores, os HOS podem ser benéficos na medida em que acalmam a criança, saciando sua necessidade de prazer associado à sucção, que pode não ter sido satisfeito durante a nutrição (SERTÓRIO, 2005). Além disso, podem ser inofensivos em relação às possíveis deformidades mio dento faciais acarretadas se extintos até o terceiro ou quarto ano de vida (CASTILHO, 2009).

Sendo assim, estudos direcionados a este tema, a saber, as relações entre AM (exclusivo ou não) e HOS (nutritiva ou não) são pertinentes para subsidiarem as condutas clínicas na área de saúde, incluindo as fonoaudiológicas.

Tradicionalmente, a Fonoaudiologia tem a sua prática voltada à intervenção quanto às dificuldades alimentares de lactentes relacionadas às disfunções motoras orais associadas à pré-maturidade, baixo peso, síndromes e lesões neurológicas; isso tem importância fundamental, mas, pode conduzir o fonoaudiólogo à desconsideração/subestimação de aspectos socioculturais e psíquicos envolvidos na alimentação da criança. Nessa direção, Palladino (2004), aponta que restringir as alterações funcionais da região oral apenas à fisiologia é desconectar-se da mútua influência existente entre o corpo e o psiquismo.

Nesse cenário, o objetivo deste trabalho é descrever e relacionar modalidades de alimentação e HOS não nutritiva em lactentes de 01 a 06 meses, que participaram de um programa de intervenção fonoaudiológica em uma unidade básica de saúde do município de Itapeverica da Serra/ SP.

1 ALEITAMENTO MATERNO E HÁBITOS ORAIS DE SUÇÃO: ASPECTOS SÓCIOCULTURAIS

No Brasil, os dados da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (PPAM, 2008) demonstraram que a prevalência do AME em menores de 06 meses foi de 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e DF. Contudo, o comportamento desse indicador foi bastante heterogêneo, variando de 27,1% em Cuiabá/MT a 56,1% em Belém/PA. A duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do AM de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras e DF.

Chaves et al (2007), em estudo longitudinal de 246 duplas de mãe e bebês em Itaúna (MG), apontou ocorrência de AME = 62,6% no primeiro mês e de 5,3% no sexto mês de vida dos bebês.

Retomando os dados da PPAM (2008), mencionada inicialmente, verificou-se que, no total das crianças menores de 12 meses analisadas foi frequente o uso de mamadeira (58,4%) e de chupeta (42,6%). Além disso, o uso de mamadeira foi, comparativamente, mais frequente na região Sudeste (63,8%) e menos frequente na região Norte (50,0%). Quanto ao uso da chupeta, a região Sul apresentou o dobro de prevalência de uso quando comparado com a região Norte (53,7% e 25,5%, respectivamente). Nas palavras de Elsa Giugliani, coordenadora da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde sobre os resultados da PPAM: “A Região Norte, onde mais se amamenta no Brasil, apresenta menor prevalência do uso de chupeta e mamadeira”, ou seja, nas regiões onde mais se amamenta ocorre menor índice de HOS, e quanto maior a prevalência de HOS menor o tempo de duração do AM.

Sertório e Silva (2005) comentam ser impossível isolar, especificamente, o uso da chupeta do contexto da prática do AM ou da sua interrupção. Nessa direção, Cotrim et al (2002), em estudo sobre o uso de chupeta no estado de São Paulo constataram que, entre as crianças que fazem uso da mesma, há maior prevalência de uso de mamadeira e França et al (2008) relacionaram a mamadeira como causadora de prejuízos à técnica de amamentação, e não o

inverso. Para Cotrim et al (2002) a ampliação da IHAC poderia reduzir a frequência do uso de chupetas.

Contudo, o estudo de Soares et al (2003), desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (credenciado na IHAC) revelou que na população de 237 crianças, filhas de mães bem informadas quanto AME e acompanhadas até o sexto mês de vida, o uso da chupeta ocorreu (já nas primeiras semanas) em 61,6% dos lactentes e em 50,8% deles o desmame ocorreu até o sexto mês de vida, versus 22,4% naqueles que não tinham esse hábito. Assim, os autores assinalaram a relação positiva entre o uso de chupeta e o desmame precoce nessa população.

Nessa direção, Pizzol et al (2012) relatou, em sua pesquisa, que a chupeta foi o hábito de sucção não nutritiva, de maior prevalência entre crianças de 05 meses a 2 anos.

Lamounier (2003) aponta que estudos realizados em diferentes países (Estados Unidos, Inglaterra, Itália e Nova Zelândia) também demonstraram associação entre uso de chupeta e menor duração do AME e AM; não havendo associação significativa apenas nos casos em que o uso da chupeta foi inferior a 02 meses ou quando foi usada apenas ocasionalmente. Contudo, a relação causal entre esse hábito e o desmame precoce não foi estabelecida, pois, segundo o autor, o aspecto cultural envolvido na prática da amamentação também deve ser considerado e a presença de HOS pode estar camuflando a ansiedade e a insegurança maternas frente ao processo alimentar dos filhos.

Diante dos dados exibidos na literatura, vale destacar os aspectos sócio culturais envolvidos no AM, ao longo da história da humanidade.

Segundo Silva (1990) a maneira de alimentar o recém-nascido variou de acordo com cada época, mais em função de fatores culturais, sociais e econômicos do que propriamente respaldada em conhecimentos científicos.

A psicanalista Middlemore (1951) relata que entre povos primitivos, que consideravam o AM como natural, essa prática variava nas diferentes condições tribos.

A propósito, Bósi e Machado (2005) comentam que talvez o aleitamento artificial seja tão remoto quanto a história da civilização humana, como constatado pelos registros de recipientes encontrados ao lado de corpos de lactentes em

sítios arqueológicos (séc.V e VII).

É interessante notar, também, que tão remoto quanto estes, são os registros com referência a objetos açucarados e mel (precursores da chupeta¹) usados para acalmar recém-nascidos, datados de Sorano (séc.II) e Oribasius (sec.IV), como aponta Castilho (2009).

Bósi e Machado (2005), relatam que regulamentações sobre prática de amamentar crianças em forma de aluguel já constavam do código de Hamurabi (cerca de 1800 a.C.) As autoras mencionam citações bíblicas, nas quais o AM é referido como “não falsificado” e com a afirmação de Hipócrates de que “somente o leite da própria mãe é benéfico, o de outras é perigoso”. Relatam, também, que no final do séc. XIII, a França é apontada como o primeiro país a ter uma agência de amas-de-leite para servir à aristocracia. A propósito, Ichisato e Shimo (2002) mencionam que, até o século XVII, o envio de crianças para casa de amas foi generalizado nesse país, levando a altos índices de mortalidade infantil.

Badinter (1980) diz que no período influenciado pelas concepções de Santo Agostinho, anterior a 1760 (início do século XVII), as crianças eram consideradas como “símbolo da força do mal, um ser imperfeito, esmagado pelo pecado original” (p.54), portanto, como seres destituídos de valor; o que justificaria o abandono, o infanticídio, a indiferença e a contratação de amas de leite para substituir o AM.

Nessa perspectiva, Ichisato e Shimo (2002) citam que no séc.XVIII um panfleto de autoria do médico Dr Willian Cadogan, intitulado “Ensaio sobre amamentação e o manejo de crianças do nascimento aos 3 anos” e divulgado na Inglaterra, França e America do Norte, estabelecia horário para as mamadas, que deveriam ser num total de 04 com intervalos regulares no período de 24hs e com a interdição das mamadas noturnas.

Já no Brasil, segundo Silva (1990), a civilização indígena frequentemente amamentava amplamente seus filhos, porém na sociedade colonial e nos tempos do Império, influenciadas possivelmente pelas concepções europeias, as mulheres brancas e mais ricas, geralmente, tinham o costume de entregar seus

¹ Segundo Castilho (2009), este artefato deriva dos mordedores oferecidos as crianças no período da erupção dentária um pedaço de pano amarrado em forma de chumaço que continha algum alimento e que podia ser embebido em liquido doce, alcoólicos ou mesmo opiáceos para acalmar a criança com fome ou dor. Sendo a obra de Albrecht Durer, (1506), a tela Madonna with Siskin, a retratação mais antiga da chupeta.

filhos aos cuidados de uma ama de leite. Inicialmente foram as índias e depois as escravas negras; através de aluguel pelos seus senhores ou por iniciativa própria.

Ainda, segundo o autor, tal prática foi valorizada e prestigiada até o final do século XIX, quando o sistema de amas-de-leite é substituído pelo uso de mamadeira, respaldado por argumentos científicos baseados em concepções higienistas e postulados por pesquisadores de faculdades de medicina da Alemanha e França.

E prossegue, afirmando que no Brasil, sob forte influência francesa, em 1838, é apresentada a primeira tese médica sobre amamentação elaborada por Agostinho José Ferreira Bretas, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e intitulada “A utilidade do aleitamento maternal e os inconvenientes que resultão do desprezo deste dever”; onde seu autor defendia o argumento de “a transmissão da pureza dos costumes” era feita pelo AM, e que a não realização de tal prática “romperia a afeição implicando em um apagamento do amor maternal”. O estudo em questão, como aponta Silva (1990), imprimia às mães a responsabilidade e a culpa pelos agravos à saúde da criança e de si mesmas, no último caso apoiado na teoria das metástases lácteas (que produziria o câncer de útero e o ingurgitamento das mamas) na ausência do AM.

Frente aos casos de dificuldades ou falhas no AM, o mesmo autor, refere que, para Bretas, algumas mulheres apresentavam exceções típicas do organismo, para esta a medicina higienista, em 1869, cunhou o conceito de agalactia ou hipogalactia (falta de leite ou produção insuficiente) que, passou a justificar o uso da mamadeira. Suposto, inicialmente, pelos estudiosos que a utilização de tal artefato não reduziria a resposta de sugar o seio materno. Porém, no século seguinte, diminuição foi observada, mas, mesmo assim, o artefato era amplamente recomendado e teve a adesão de diferentes classes sociais.

Diante dessas controvérsias quanto ao AM, vale destacar o ponto de vista da filósofa francesa Simone de Beauvoir (1949) de que o amor materno não é instintivo, mas dependente das representações que as crianças ocupam no psiquismo materno e das condições de saúde mental da mãe. Assim, questiona a universalidade da indicação do AM ao referir à pluralidade de situações (favoráveis ou desfavoráveis) nas quais uma gravidez pode acontecer.

Observa-se que, no Brasil, segundo Silva (1990), a queda do AM tem início

na década de 40, sob forte influência da pediatria americana, que aconselhava a supressão das mamadas noturnas para evitar a fadiga materna. A introdução, cada vez mais precoce de alimentos sólidos amassados, ainda no início do primeiro semestre de vida, por ser mais fácil da criança se acostumar e por compensarem nutrientes faltantes no leite materno.

Tais condutas referenciaram as práticas médicas de várias gerações, bem como as condutas maternas; e na década de 70, o AM passa a ser raro, fato que contribuiu, de acordo com o autor, para o aumento da mortalidade infantil mundial, principalmente em países pobres devido à contaminação da água, onde se preparavam as mamadeiras, falta de higiene e/ou diluição do leite para economia dos custos nas classes menos favorecidas.

Para Nakano (1996), outro fator que contribuiu para o declínio gradativo e universal do AM, foram as mudanças sociais decorrentes da revolução industrial, determinando transformações sociais e gerando novas necessidades, em particular para a mulher, que passou a atuar no mercado de trabalho, permanecendo fora de casa por períodos longos, dificultando e/ou impossibilitando a amamentação. Assim, destaca que, com frequência, a mulher passa a se deparar com o dilema de ter que optar pelo êxito profissional ou na vida familiar, principalmente no desempenho de papéis de esposa e mãe.

Nessa direção, de acordo com a mesma autora, constata-se que as dificuldades da mulher nutriz e trabalhadora se dão por ocasião do término da licença maternidade, na medida em que procura ajustar-se aos horários da amamentação, para evitar prejuízos/transtornos ao bebê e no trabalho.

Finalmente, é importante salientar que, o AM não é uma prática simples nem inerente à condição feminina (apesar da determinação biológica), pois está submetida às determinações socioeconômicas e culturais (ALMEIDA e NOVAK, 2004) implicando em aprendizado tanto da prática por parte das lactantes, como do manejo pelos profissionais de saúde. (BENIS, 2002; LAMONIER, 2003; ABRÃO, 2006; ARAUJO, 2007).

2 ALEITAMENTO MATERNO E HÁBITOS ORAIS DE SUCÇÃO: ASPECTOS BIOPSÍQUICOS

Ao nascer, o bebê tem seu corpo imerso em uma série de reações reflexas, não possuindo nenhum tipo de controle sobre si e, portanto, em situação de total dependência e desamparo. E como aponta Winnicott (1967), é nesse contexto que ele comunica-se com a mãe.

Por sua vez, é por meio do ato da sucção, durante a amamentação, que o recém-nascido experimenta a sensação de ser apaziguado, possibilitada pela presença dos reflexos orais de procura do mamilo e sucção do leite que, por meio da coordenação das funções neurovegetativas (sucção, deglutição e respiração), permitem ao neonato obter a sua nutrição. Segundo Douglas (1999), o reflexo de sucção está presente desde a vida uterina: inicia-se entre a 17^a e 24^a semana fetal, mas só estará aperfeiçoado entre a 34^a e 35^a. Após o nascimento, o reflexo de sucção, bem como os reflexos de procura e deglutição, só passarão para o controle volitivo do bebê entre o 3^o e o 4^o mês de vida.

Tenório et al (2005), em estudo de monitoramento da sucção oral do feto via ultrassonografia, concluiu não haver relações significativas entre a manifestação da sucção digital ou da mão em fetos e aceitação (ou não) da gravidez e saúde da mãe.

A sucção do seio materno, por sua vez, desencadeia o reflexo de produção do leite ou reflexo da prolactina (substância secretada pela parte anterior da glândula pituitária) e o reflexo da descida do leite ou da ocitocina (secretada pela parte posterior da glândula pituitária) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O reflexo da ocitocina é suscetível aos pensamentos e sensações da mãe; que podem afetar esse processo, frequentemente, favorecendo-o, mas, algumas vezes, inibindo-o (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Como aponta Jaldin (2001), sentimentos agradáveis propiciados pelos atos de ver e/ou tocar o bebê, ou mesmo o seu choro, podem ser estímulos suficientes para ativar a tal reflexo, o que explica porque, muitas vezes, o simples ato de pensar no bebê pode desencadear o gotejamento das mamas maternas.

Nos primeiros dias após o parto, as mamas produzem pequena quantidade do primeiro leite (colostró), mas o suficiente para nutrir o recém-nascido. O colostró tem coloração amarelada, é rico em substâncias de defesa imunológica e tem ação laxativa; facilitando a eliminação do mecônio (primeiras fezes) e ajudando a evitar a icterícia (MURAHOVSKI, 2000).

Após alguns dias - prazo variável de uma mulher para outra - as mamas começam a ficar mais cheias e endurecidas. E, como afirma Lawrence (1994), o colostró tem sua composição modificada com a diminuição de imunoglobulinas e proteínas, e o aumento da lactose e gorduras atingindo, gradativamente, as características de leite maduro.

Ao mesmo tempo em que, por meio dos reflexos orais de procura e sucção, a boca do recém-nascido cumpre sua função de alimentação, concomitantemente, possibilita a vivência de uma sensação de satisfação e relaxamento, descrita por Freud (1905) como o marco do início do desenvolvimento psicosssexual infantil. Atribuindo a existência da sexualidade desde os primeiros anos de vida, o autor organiza o desenvolvimento dessa sexualidade em fases universais e consecutivas: oral, anal, fálica e genital; respectivamente relacionadas às partes do corpo (zonas erógenas) onde as pulsões (energia libidinal) estão predominantemente localizadas. E afirma que há uma trajetória longa e complexa a ser percorrida até a sexualidade adulta, na qual o objeto de desejo deixa de estar no próprio corpo situando-se, então, fora dele (objeto externo).

Ainda, de acordo com Freud (1905), a Fase Oral tem seu início desde o nascimento e se estende até por volta do segundo ano de vida da criança, subdividida em:

- ✓ **Fase Oral precoce ou passiva:** o prazer do recém-nascido, via sucção, está ligado diretamente à alimentação (satisfação pulsional²) constituindo-se em prazer auto-erótico, já que ainda não há diferenciação entre o bebê e o seio materno.

² Satisfação da pulsão: trata-se uma característica exclusivamente da sexualidade humana cujo objeto não está presente a priori, sendo decorrente da sobredeterminação da história individual (CESAROTTO e LEITE, 1987)

- ✓ **Fase Oral sádica ou ativa:** iniciada com o surgimento dos primeiros dentes. Neste período o bebê morderá tudo que estiver ao alcance de sua boca, incluindo o seio materno (se ainda estiver sendo amamentado), o que configura sua primeira pulsão agressiva. Aqui a incorporação do objeto (seio materno) está implicada na sua destruição; desencadeando um sentimento infantil de ambivalência em relação ao mesmo.

Esta atividade intensa da região oral do bebê, também é apontada por Winnicott (1968), que pontua a relevância deste estágio para estruturação da personalidade, porém há entre estes dois autores diferenças conceituais importantes.

Sobre as divergências entre Freud e Winnicott, no que tange a Fase Oral, Loparic (2005) aponta que Winnicott não nega que a boca seja uma região erógena organizada ainda na infância. E que os bebês humanos usam dedos e punhos para aplacar, autoeroticamente aos instintos dessa zona e obter prazer.

Contudo, segundo o autor, Winnicott considera que, além do prazer autoerótico, o ato de chupar o dedo/punho pode significar muita coisa tomando como exemplo, um consolo frente à ausência do seio materno. Assim, o uso da chupeta ou do dedo pode representar uma defesa diante dos sentimentos de insegurança e/ou ansiedade primitivos.

Especificamente sobre o AM, Winnicott (1966) afirma que, ao longo da gestação, a mulher desenvolve a capacidade de cuidar de maneira acertada de seu bebê, e esse processo tem origem nas modificações que ocorrem em seu corpo, juntamente com as repercussões psíquicas que o acompanham; aspectos que se acentuam no final do período gestacional e no pós-parto. Tais circunstâncias lhe proporcionam condições para o desenvolvimento da chamada “preocupação materna primária”, quando a mãe está totalmente voltada aos cuidados com seu bebê, o que inclui a amamentação.

Segundo o autor, a amamentação é um processo configurado por intensas vivências para mulher, tanto ao nível fisiológico quanto ao psíquico, colocando-a em contato com conteúdos arcaicos de sua existência, que permaneceram adormecidos no inconsciente, até então (cabendo ressaltar que será por meio de uma boa experiência de amamentação que se constituirá a base para o desmame

uma vez que a criança só pode perder alguma coisa que já possuiu). Tais conteúdos referem-se às primeiras experiências de vida intrauterina, ao nascimento e às primeiras relações com sua própria mãe. Mas, embora essas representações permaneçam, em geral, inconscientes, passam a ser vivenciadas a partir de mecanismos de regressão, que levam a mãe a identificar-se com o feto e o bebê, sendo revividas as angústias experimentadas nos primórdios de sua existência. Assim, dependendo de como ela (mãe) foi cuidada, essas lembranças podem ajudar ou atrapalhar sua experiência de ser mãe embora, em geral, a maioria das mulheres tenha esse conhecimento (como cuidar) intuitivamente.

Middlemore (1951) ressalta que qualquer perturbação ocorrida com um dos membros da dupla em amamentação pode alterar o delicado e complexo estabelecimento do sucesso do AM, seja afetando a produção de leite ou alterando as reações do bebê no momento da mamada. Também aponta que o estado emocional de algumas mães (nervosismo, ansiedade), mesmo quando a amamentação ao seio parece bem, pode gerar desprazer em amamentar e, nesse caso, ela precisará de ajuda. E observa que as condutas das mães em relação ao AM são influenciadas pela classe social, sendo as de classes mais favorecidas, naquela época, as que tendiam a ter mais dificuldades e resistências.

Por sua vez, Winnicott (1968) critica os psicanalistas pelo relativo exagero com que evidenciaram o seio materno ao tratar do desenvolvimento infantil. E propõe uma ampliação do significado da noção kleiniana de “seio bom”³ para uma maternidade e paternidade satisfatórias, introduzindo o conceito de *holding* (segurar). Para o autor, o ato de segurar/manipular o bebê é mais importante, em termos vitais, do que a experiência concreta da amamentação. Nessa perspectiva, aponta que muitos bebês passam pelo que parece ser uma experiência bem sucedida de amamentação e, no entanto, apresentam deficiências no processo de desenvolvimento, bem como na capacidade de relacionamento com as pessoas. Em seu ver, tais dificuldades resultam do fato de terem sido segurados/ manipulados de forma insatisfatória.

³ A noção refere-se às experiências experimentadas pelo bebê com seu primeiro objeto: o seio materno. Se ao sentir fome for alimentado pelo seio real da mãe, este seio estará fundido a um objeto bom = seio bom. Caso contrário, se ele for deixado faminto por muito tempo, será dominado pela fantasia de raiva, e o seio materno será fundido com o objeto mau= seio mau. (SEGAL, 1975).

Nessa direção, o autor afirma que na experiência habitual de segurar adequadamente um bebê, a mãe é capaz de atuar como um ego auxiliar, de tal forma que o bebê construa seu próprio ego desde os primeiros dias de vida. Um ego ainda frágil, mas impulsionado pela adaptação sensível da mãe, pela sua capacidade em identificar-se com as necessidades básicas de seu bebê. Porém, segundo o autor, os instintos naturais da mãe só poderão se desenvolver se ela se sentir amparada e segura, caso contrário, dentre outros problemas, o AM será dificultado.

Contudo, refere existir outras maneiras, além do AM, por meio das quais o bebê pode experimentar o contato físico íntimo com a mãe. No entanto, mesmo não focado em fomentos e incentivos à amamentação, faz questão de enfatizar a importância do seio materno.

Em síntese, na abordagem psicanalítica, a experiência bio-psíquica da amamentação é fundamental para a constituição da subjetividade humana. As manifestações comportamentais do lactente (como rejeição/dificuldades, amamentação prolongada, choro excessivo), frequentemente, expressão transtornos da interação mãe-bebê (ou mesmo pai-bebê) que devem ser investigadas, na medida em que sinalizam possíveis riscos o desenvolvimento psíquico da criança e conflitos na dinâmica familiar. (QUEIROZ, 2005; SALES, 2005; ARONIS e ATEM, 2005).

3 CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO FONOLÓGICO/ BEBÊ

3.1 HISTÓRICO

A implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) no Município de Itapeverica da Serra, influenciou os profissionais das unidades básicas de saúde (UBS) municipais, no sentido de desenvolverem atividades voltadas para o incentivo à prática do aleitamento materno (AM); amplamente preconizada pelo Ministério da Saúde.

Uma vez que o atendimento à população usuária do IHAC local é realizado nos períodos pré e pós-natal nas UBS, foi solicitado que a fonoaudióloga da UBS “Salvador de Leone,” bem como aos demais profissionais de outras especialidades (enfermagem, pediatria, odontologia e ginecologia) da referida UBS, a colaboração no incentivo à prática do AM. Então, em parceria com o serviço de Odontologia, e considerando-se que as primeiras semanas de vida do bebê compõem o período mais oportuno para a identificação/acompanhamento das possíveis dificuldades encontradas pelas mães no trato com seus bebês; optou-se pela criação de um grupo de atendimento – o Fono/bebê (GFB) – voltado para essas díades.

Assim, o GFB foi implantado na UBS em questão, em janeiro de 2001, com o objetivo de estimular e esclarecer dúvidas maternas sobre o AM; com ênfase no desencorajamento / redução dos chamados hábitos orais de sucção (HOS), conduta apoiada no protocolo “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” (ANEXO 2) proposto pela Organização Mundial da Saúde (1990) na implantação mundial da IHAC, na década de 90. Ressalta-se que tal protocolo propõe explicitamente a restrição do uso de chupetas e mamadeiras (passo 09).

3.2 FUNCIONAMENTO

O agendamento para a participação no GFB é realizado na primeira consulta no serviço de Enfermagem ou no serviço Odontologia (conforme a disponibilidade de vagas); ambos sediados na UBS. As vagas são disponibilizadas a todas as díades que manifestarem interesse e, especificamente, para aquelas encaminhadas pelos demais serviços da UBS.

No primeiro encontro são dadas informações gerais sobre os objetivos e funcionamento do GFB e, a seguir, é realizada uma entrevista com cada uma das mães para a obtenção de informações sobre:

- História gestacional, condições de nascimento e saúde do bebê.
- Triagem auditiva neonatal.
- Tipo de alimentação oferecida ao bebê.
- Presença/ ausência de hábitos orais de sucção não nutritiva. Sendo a resposta positiva: natureza de hábitos, período e motivo(s) da introdução.

Em seguida, é realizada a avaliação fonoaudiológica do bebê (no colo de sua mãe) quanto aos seguintes aspectos:

- Inspeção dos reflexos orais de procura e sucção observando a força, ritmo, pressão intra oral, coordenação dos reflexos de sucção, deglutição e respiração.
- Checagem de possíveis alterações nos frênuos lingual e labial.
- Observação das proporções faciais, selamento labial e padrão respiratório.
- Observação da comunicação entre mãe e bebê inspirada no protocolo proposto pela UNICEF (1993, ANEXO 5), com ênfase na troca de olhares entre a dupla, nas maneiras da mãe falar, tocar, segurar e embalar o bebê.

Durante os primeiros seis meses de vida dos lactentes, os encontros acontecem a cada dois meses e, caso surjam dificuldades por parte das mães os encontros podem ter sua frequência aumentada, onde são feitas intervenções a

partir das demandas de cada caso. Tais dificuldades abrangem insegurança em relação à suficiência do leite materno, estranhamento quanto à troca do dia pela noite nas primeiras semanas de vida, uso de chupeta, preocupações com a ocorrência da sucção digital e/ou peculiaridades das funções orais durante o AM (morder no lugar de sugar).

As lactantes são atendidas em conjunto e os lactentes são examinados pela fonoaudióloga individualmente a cada encontro para observação e registros descritivos de evolução dos bebês quanto ao tipo de alimentação, presença ou ausência de HOS, padrão respiratório, respostas auditivas, desenvolvimento motor global e características da interação mãe/bebê.

As intervenções com as mães, nas quais troca de experiências entre elas é estimulada, são assim caracterizadas:

- Até o 5º mês de vida do bebê, a ênfase é no incentivo ao AME, por meio de esclarecimento de dúvidas sobre a suficiência do leite materno, frequência/regularidade e posicionamento corporal adequado do bebê durante as mamadas, presença/ausência de obstrução nasal durante a amamentação e riscos da introdução de alimentos alternativos. Os HOS são investigados e suas implicações na fisiologia da alimentação são discutidas. De maneira geral, sugere-se a não oferta de chupeta diante dos primeiros gemidos e, principalmente, quando o bebê está tranquilo (dormindo ou em vigília). Ou seja, a indicação é não utilizar a chupeta ininterruptamente como uma espécie de medida preventiva ao choro. Portanto, sua utilização deve restringir-se aos momentos considerados críticos, isto é: quando os pais não conseguem identificar o(s) motivo(s) do desconforto ou lidar com a situação de choro do bebê.

No sexto mês, são tematizados os procedimentos para a oferta de outros alimentos e os HOS característicos desse período, a saber:

- **Para a oferta da dieta líquida:** uso preferencial do copo (com tampa com furo) em relação à mamadeira uma vez que, nesta fase, o bebê já senta, possui coordenação motora manual e visual, condição de tragar e,

geralmente, manifesta interesse pelo objeto (copo). Para os que já fazem uso da mamadeira: reforço das orientações sobre os cuidados quanto ao tamanho do furo do bico, que não deve ser aumentado ou cortado com tesoura para evitar o risco de aspiração de leite para pulmões durante o processo de deglutição devido à imaturidade neurológica dos esfíncteres que permitem a elevação da epiglote seguido da elevação do palato mole, fechamento nasofaríngeo e abertura do esfíncter esofágico superior durante o trânsito do alimento para fase esofágica da deglutição, associado à proximidade anatômica entre a porção superior da faringe e a tuba auditiva. E também sobre o período de troca do bico levando em conta o estado de conservação e higiene destes artefatos, bem como o modelo (com indicação para os achatados em razão de sua menor dimensão vertical, que atenua o impacto da pressão da língua (posicionada sob o bico da mamadeira) contra a pré-maxila.

- **Para a oferta da dieta pastosa:** esclarecimentos quanto a reações orais típicas do início da função mastigatória, especialmente a presença do reflexo de protrusão da língua, o que não significa que o bebê não gostou e/ou está tentando cuspir o alimento. Controle da velocidade entre uma colherada e outra, a qual deve adequar-se ao ritmo mastigatório do bebê (que será mais lento principalmente se a boca estiver mais cheia do que o adequado e/ou se houver obstrução nasal). Adequação da quantidade alimento oferecido ao bebê (o consumo alimentar do adulto não deve ser usado com referência), do tamanho da colher e do posicionamento da mãe (privilegiando o contato visual da díade). Estabelecimento de rotinas alimentares (local e horários específicos). Acolhimento do desejo do bebê: respeitar seu estado de saciedade ou recusa de determinados alimentos.

- **Dieta:** manutenção da indicada pelo pediatra.

- **HOS:** não deixar a chupeta no campo visual e, principalmente, não pendurá-la na roupa da criança. E, porque nessa fase os dentes decíduos começam a erupcionar, disponibilizar mordedores de acordo com a

preferência do bebê. Se estiver ocorrendo a sucção digital, as mães são orientadas quanto a diferenciar hábito da sucção digital do ato de levar o dedo à boca para morder (em função da erupção dentária). No primeiro caso, deve observar as segurar, brincar e/ou morder; sem fazer críticas verbais à sucção digital.

3.3 REPERCUSSÕES DAS INTERVENÇÕES

De maneira geral, observa-se a seguinte tendência nas díades que participam do GFB: menor incidência de HOS quando prevalece o AM em relação ao aleitamento artificial via mamadeira. Realizada essa pesquisa, os resultados das relações entre HOS e AM (exclusivo ou não) serão apresentados detalhadamente no capítulo pertinente.

Contudo, além das questões relativas especificamente aos procedimentos de nutrição do bebê (com prioridade para o AM), o GFB constitui-se num espaço no qual se manifestam (e são acolhidos) os conteúdos subjetivos envolvidos no processo de alimentação, por acreditar que estes são determinantes das ações realizadas por cada família.

Assim, as singularidades das histórias familiares, as representações maternas de seus filhos, os sentimentos e conflitos envolvidos na maternagem e o vínculo entre mãe e bebê; são temas sensíveis à escuta terapêutica durante os 06 meses de intervenção fonoaudiológica.

Algumas vinhetas clínicas ilustram essa abordagem.

A díade começou a frequentar o GFB aos dois meses e meio de vida do bebê. A mãe relatou que queria preparar a filha para o ingresso na creche (no terceiro mês de vida), pois teria que voltar ao trabalho. Assim, já vinha reduzindo ao mínimo o contato físico com ela (desde o início do segundo mês) bem como o AM; introduzindo o aleitamento misto (seio e mamadeira) o que é considerado precoce (isto é, antes do sexto mês) que foi acompanhado de redução da produção de leite. Tal conduta, somada à introdução da chupeta para aplacar o choro ou substituir o desejo de ficar em seu colo ou mamar, visava evitar que o bebê sofresse com sua futura ausência. Destaca-se que, nessas circunstâncias, a filha permanecia com a chupeta praticamente de maneira ininterrupta.

Nas suas palavras: “tirando do peito agora é melhor para não por costume, porque lá (na creche) não vai ter ninguém pra ficar com ela no colo, com tantos bebês pra se tomar conta. E eu não quero que ela sofra.” Quando questionada se sentia desejo de acolher o bebê no colo, respondeu: “Ah, e como! Por mim ficava com ela juntinho o tempo todo, mas depois o que iria ser dela?” Começamos a

falar sobre “abraços” e ela mencionou a saudade que sentia de abraçar e ser abraçada pela própria mãe que, atualmente, morava em outro estado. E prosseguiu dizendo que somente essa lembrança do abraço materno já era boa, apesar da distância. E perguntou-me:

- Você acha que isso pode ser bom pra ela [seu bebê] também? Pelo menos é algo pra ela lembrar, né? Vou aproveitar para abraçar [o bebê] sempre que puder.

Como, inclusive, havia mencionado o seu próprio prazer em amamentar o bebê, foi orientada a usufruir o tempo em que ainda podiam estar juntas; oferecendo o seio neste período final da licença maternidade. Além disso, a chupeta deveria ser oferecida com a menor frequência possível, e seu tamanho (menor) e modelo (ortodôntico) adequados.

No retorno seguinte, chegou com a criança no colo e não mais no carrinho.

Parecendo aliviada, disse que agora elas ficavam “sempre juntinhas”, pedindo confirmação à filha: “Fala prá doutora, sempre juntinhas assim, né ?” (se olham e sorriem uma para outra). Referiu que a produção do leite havia aumentado e que a chupeta (agora de tamanho e modelo adequados) só estava sendo utilizada “na hora de dormir, porque ela já está acostumada, mas chupa um pouquinho, pega no sono rápido e larga”.

Outro exemplo: a mãe faz uma “visita” a um dos encontros do GFB quando a criança já completou 02 anos de idade. Ao chegar afirma: “Eu não via a hora de chegar aqui pra lhe dizer que hoje eu sou mãe, eu me sinto mãe!”. Peço que ela justifique seu comentário, e diz: “É assim: antes [ao ingressar no GFB] eu me sentia apenas uma mulher desesperada cuidando de uma bebezinha e tinha muito medo de não dar conta. Queria muito agradecer pelos nossos encontros, eu consegui e ela está bem. Para nós, foi fundamental”.

Quando essa díade, ingressou no GFB o bebê estava AME e sem HOS até que, por volta do terceiro mês de vida, o pediatra avaliou que ele não havia ganhado peso de maneira suficiente e sugeriu a introdução complementar da mamadeira, além de solicitar exames clínicos para investigar melhor a situação.

Esse evento teve forte impacto na mãe: passou a manifestar angústia, insegurança quanto à qualidade do seu leite e chorava com frequência. Dizia não conseguir compreender “o que estava fazendo de errado”, questionando

insistentemente: “será que meu leite não é bom?”, “então, não seria melhor ficar só na mamadeira?”, “será que a nenê está com alguma doença?”. Simultaneamente, relatava que a criança havia se tornado inquieta e chorosa. E, vale sublinhar, tinha iniciado a sucção digital.

Com o objetivo de acolher a díade, ofereci escuta aos conflitos maternos pontuando a qualidade com que exercia a maternagem - a qual incluía os cuidados com a própria alimentação com vistas à produção do “melhor leite possível” – e também o aspecto saudável e bem nutrido do bebê. Tal intervenção resultou em aparente alívio da sua parte. Quanto à sucção digital foi solicitado que observasse os momentos em que ocorria e, caso fosse a horários próximos às mamadas, deveria antecipá-las um pouco e observar os efeitos dessa conduta.

Nesse contexto, aguardaram-se os resultados dos exames clínicos do bebê (aproximadamente por 20 dias) mantendo-se o aleitamento misto. Por fim, os resultados permitiram descartar a existência de qualquer problema de saúde na criança. Assim, o AME foi retomado por solicitação da mãe (cuja percepção era de que a bebê não gostava da mamadeira) e contou com a anuência e apoio do pediatra, o bebê voltou a ganhar peso e a sucção digital foi naturalmente abandonada.

Os dois casos relatados, ilustram o ponto de vista assumido nessa pesquisa, qual seja, o processo de AM e os HOS, quando abordados em termos biopsíquicos favorecem a efetividade das intervenções fonoaudiológicas.

4 MÉTODO

Estudo de natureza transversal e quantitativo.

4.1 CASUÍSTICA

Prontuários de 19 duplas de lactantes e lactentes participantes do grupo Fono/bebê na UBS Salvador Leone, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2010, com frequência agendada pela fonoaudióloga de acordo com as necessidades de cada caso.

Critérios de seleção dos sujeitos:

Duplas de lactantes e lactentes cuja participação no grupo Fono/bebê iniciou-se no período de 0 a 2 meses e 15 dias, prosseguindo com regularidade até os seis meses e 29 dias de vida do bebê, perfazendo um total de no mínimo 03 encontros.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL

A UBS Salvador Leone está localizada em um bairro do centro de Itapeverica da Serra/ SP, município da região metropolitana da capital, com população estimada de 161.983 habitantes e a área é de 151, 458 km, considerada região de mananciais e caracterizada por uma população predominantemente de baixa Renda. O município dispõe de duas maternidades, uma para acompanhamento de gestação e partos de risco prioritariamente, a qual esta credenciada como o Hospital Amigo da Criança. E outra, para partos sem indicação de risco. Todos os neonatos são encaminhados para UBS de referencia, de acordo com o bairro de moradia.

4.3 PROCEDIMENTO

- ✓ Autorização da diretoria da UBS para a realização da pesquisa. (ANEXO 3)
- ✓ Mapeamento dos sujeitos a partir dos critérios de seleção, por meio do levantamento de dados de prontuários.
- ✓ Sistematização dos dados dos prontuários em formulário (ANEXO 4) composto pelos seguintes itens:
 - Tipo de alimentação do lactente (aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno + mamadeira, aleitamento materno + copo e mamadeira exclusiva) ao longo do período estudado.
 - Presença/ausência de HOS ao longo do período estudado.

4.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para a análise estatística dos resultados foram utilizadas as seguintes técnicas:

- ✓ Teste T. Student Pareado para o cálculo da média das idades entre os períodos inicial e final. (dados longitudinais).
- ✓ Teste de Igualdade de duas proporções para cálculo percentual de frequência por gênero e para comparar, entre os períodos estudados, o percentual de prevalência das categorias de alimentação e HOS, com nível de significância definido de 0,05 (5,0%).
- ✓ Teste Exato de Fisher para medir o grau de associação entre as categorias HOS e AM, nos período final das intervenções fonoaudiológicas.

4.5 ÉTICA

O estudo seguiu as normas éticas para pesquisas com seres humanos propostas pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Processo 067-2011)

5 RESULTADOS

A amostra constituiu-se de 19 duplas de mães e bebês, que foram acompanhados no GFB pelo período de 05. A distribuição da faixa etária dos lactentes foi de 1 mês e 7 dias de vida no período inicial (PI) deste estudo, e de 06 meses e 3 dias no período final (PF).

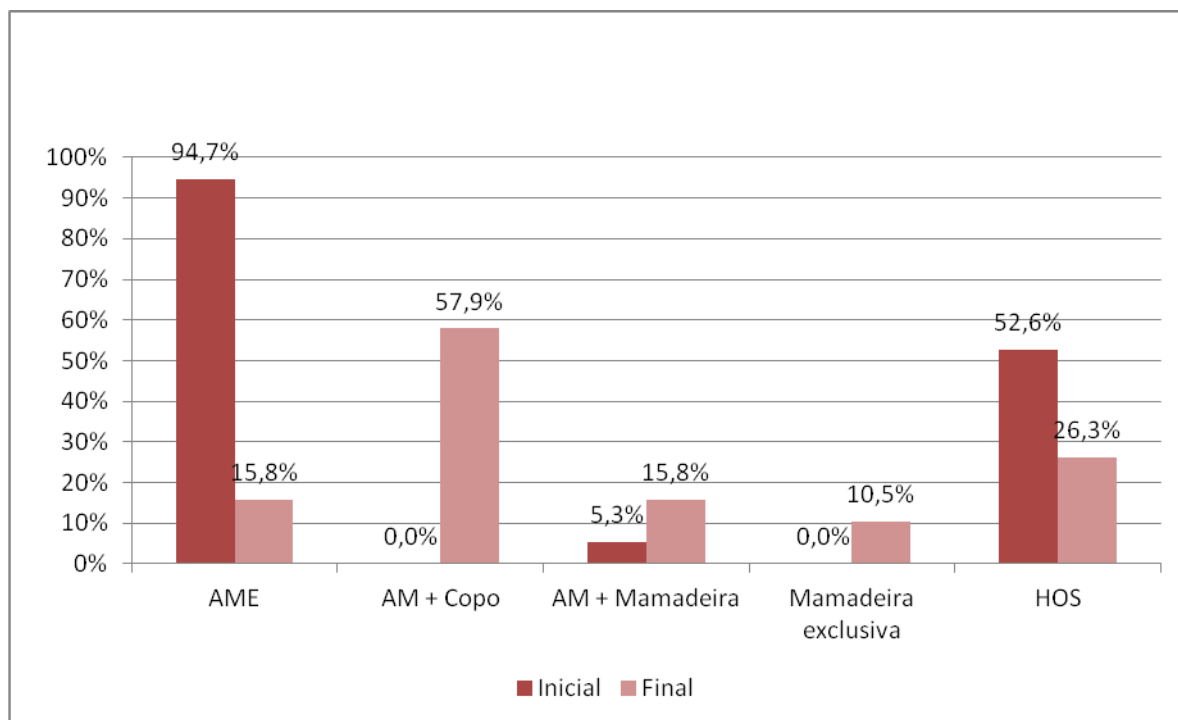
Não houve diferença estatística significativa em relação ao gênero da população estudada, embora se observe porcentagem discretamente maior de lactentes do gênero feminino em relação aos do masculino, conforme tabela 1.

Tabela 1
Distribuição dos bebês por gênero

Sexo	N	%	P-valor
Feminino	11	57,9%	0,330
Masculino	8	42,1%	

O Gráfico 1, a seguir, apresenta as modalidades de alimentação e HOS (chupeta e/ou digital) no PI e PF.

Gráfico 1
Modalidades de alimentação e hábitos orais de sucção (chupeta e/ou dedos)
nos períodos inicial e final das intervenções



Legenda

AM= aleitamento materno

AME= aleitamento materno exclusivo

HOS= hábitos orais de sucção

Observa-se que no PI havia apenas duas modalidades de alimentação: AME (94,7%) e AM + Mamadeira (5,3%). Mas, no PF surgiram duas novas modalidades além das anteriores, a saber: AM + copo (57,9%) e Mamadeira exclusiva (10,5%). Destaca-se também no PF: significativa redução do AME (para 15,8%), com aumento do AM + mamadeira (para 15,8%), com prevalência da AM + copo em relação às demais modalidades.

Em síntese, no PF constatou-se que a maioria dos bebês estava em AM (89,5%), salientando-se que destes apenas 10,5% interromperam o AM e introduziram o aleitamento artificial (com mamadeira), embora o AME tenha se reduzido (para 15,8%).

Ainda no Gráfico 1, quanto aos HOS (chupeta e/ou dedos) observa-se que

no PI não havia diferença estatística significativa entre os bebês que tinham (52,6%) em relação aos que não tinham esses hábitos (47,4%). Já no PF se observou significativa redução dos HOS, agora presentes em apenas 26,3% na população estudada.

Quanto à relação entre AM e HOS observam-se, no PF, 100% dos bebês que não apresentavam HOS, estavam em AM, o que indica associação positiva entre AM e ausência de HOS; conforme a Tabela 2.

Tabela 2
Comparação entre a presença/ausência de AM e presença/ausência de HOS no período final das intervenções

PF		HOS					
		Não		Sim		Total	
		N	%	N	%	N	%
AM	Não	0	0%	2	40%	2	11%
	Sim	14	100%	3	60%	17	89%
	Total	14	74%	5	26%	19	100%

p-valor = 0,012

Legenda

PF: período final

AM: aleitamento materno

HOS: hábitos orais de sucção.

6 DISCUSSÃO

De acordo com estudos anteriores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; CHAVES et al, 2007; ARAUJO, 2007; ABRÃO, 2006), a probabilidade de lactentes estarem em AME nos primeiros dias de vida supera 90%, com queda acentuada a partir do quarto mês. Neste estudo, o decréscimo acentuado do AME (no caso, no sexto mês) também foi observado. Contudo, os resultados obtidos para esta modalidade de alimentação no período final do presente estudo foram superiores à mediana nacional de 1,8 mês Ministério da Saúde (2008), e aos 5,3% de Chaves et al (2007), para o mesmo período.

Já, em relação ao aleitamento artificial (via mamadeira), os resultados obtidos nesta pesquisa também foram comparativamente melhores, por apresentarem menores índices de presença deste artefato 26,3% contra os 63,8% em relação aos obtidos na região sudeste do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Quanto à presença de HOS (chupeta, sucção digital), os resultados demonstraram menor incidência dos mesmos no período final das intervenções em relação a pesquisas anteriores (COTRIM et al, 2002; BENIS, 2002; SOARES et al, 2003, LAMOUNIER, 2003; CHAVES et al, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; CASTILHO, 2009), o que sugere efetividade das intervenções fonoaudiológicas realizadas junto à população estudada, na medida em que tais intervenções foram pautadas na singularidade de cada caso.

Destaca-se que 100% dos bebês que não apresentavam HOS não nutritiva estavam em AME ou AM + copo, o que também é evidenciado na literatura (BENIS, 2002; COTRIN et al, 2002; SOARES 2003; LAMOUNIER 2003; CHAVES 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; FRANÇA et al, 2008).

Mas, embora os resultados quantitativos apresentados corroborem os dados da literatura sobre a importância das intervenções dos profissionais da saúde quanto à prática do AME e sobre a associação negativa entre HOS e AM (COTRIN et al, 2002; SOARES, 2003; LAMOUNIER, 2003; CHAVES, 2007; ARAUJO, 2007; FRANÇA et al, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008); é

necessário abordar qualitativamente os aspectos subjetivos envolvidos nesse processo.

Assim, como já discutido anteriormente, dispomos de conhecimento científico relevante sobre o estudo das práticas de alimentação de lactentes nas dimensões socioeconômicas e culturais (BEAUVOIR, 1949; MIDDLEMORE, 1951; BADINTER, 1980; SILVA, 1990; NAKANO, 1996; ICHISATO E SHIMO, 2002; ALMEIDA e NOVAK, 2004; BOSI e MACHADO, 2005) e psíquicas (FREUD, 1905; MIDDLEMORE, 1951; WINNICOTT, 1958; QUEIROZ, 2005; SALES, 2005; ARONIS e ATEM, 2005).

A partir de tal abordagem da questão, é necessário se reconhecer que o AM é um processo complexo, marcado especialmente pela vulnerabilidade emocional materna, demandas biopsíquicas intensas do bebê e constituição do vínculo entre ambos. Nesse contexto, possíveis dificuldades surgidas nesse período podem ser acentuadas ou amenizadas, dependendo das vivências maternas anteriores e durante a gestação (FREUD, 1905; MIDDLEMORE, 1951; WINNICOTT, 1958) aliadas à natureza das intervenções dos profissionais da saúde no período pós-parto / primeiros meses de vida do bebê.

Sendo assim, salienta-se que as intervenções realizadas no GFB pautaram-se no investimento na escuta clínica dos conteúdos subjetivos das díades mãe / bebê, de maneira a possibilitar-lhes escolhas e respeitando suas demandas e possibilidades psíquicas e socioeconômicas. Acredita-se que tal abordagem favoreceu o AM e a dinâmica singular dos HOS dos bebês, além do equilíbrio funcional do sistema estomatognático dos mesmos. Em síntese, tais intervenções visaram compatibilizar a prática do AM com a constituição da subjetividade infantil.

A propósito, cabe citar Palladino (2007, p.213): “o desafio proposto ao clínico em fonoaudiologia é que invista em uma escuta sensível às narrativas familiares sobre as dificuldades e idiosincrasias alimentares da criança, naquilo que elas possam revelar de conflitos e sofrimentos.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados aqui expostos, foi possível descrever e relacionar as modalidades de alimentação e HOS não nutritiva junto aos lactentes do GFB e constatar a associação positiva entre presença de AM e ausência de HOS não nutritiva na população estudada.

Sendo assim, também é possível sugerir que as intervenções fonoaudiológicas, numa abordagem biopsíquica, influenciaram a prevalência do AM em relação ao aleitamento artificial, além da redução dos HOS não nutritiva no período.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÃO, A. C. F. V. Aleitamento Materno. In: BARROS, Maria Oliveira. *Enfermagem no ciclo gravídico e puerperal*. São Paulo: Editora Manole, 2006.

ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *J Pediatr*. 80 (5 Supl): Rio de Janeiro, 2004.

ARAUJO, C.M.T.; SILVA, P.A.G.; COUTINHO, B.S. Aleitamento materno e uso de chupeta: repercussões na alimentação e no desenvolvimento sistema sensorio motor oral. *Rev Paul Pediatr*. 25 (1): 59-65, 2007.

ARONIS, A.E.; ATEM, M.L. . Pra que essa boca tão grande? Questões acerca da oralidade. L. Sales (Org.). Salvador: Ágalma In: *Oralidade e transdisciplina na clínica com o bebê em UTI neonatal*. 2005.

BADINTER, E. Um Amor conquistado: o mito do amor materno. Elisabeth Badinter; tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. Tradução de: L'Amour en plus¹. Amor materno I. Filosofia francesa.. Dutra, Waltensir II. Título 85-0655. Disponível em: http://groups.google.com/group/Viciados_em_Livros Acesso em: 19 abr 2012.

BEAUVOIR, S. *O segundo sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BENIS M.M. Are pacifiers associated with early weaning from breastfeeding? *Adv Neonatal Care*, 2:259-66, 2002.

BOSI, M.L.M, MACHADO, T.M. Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos ESP-ESCOLA DE SAUDE PÚBLICA DO CEARÁ-V.1-N.1- jul.-dez, 2005*.

BRASIL, INAM-INST. DE SAÚDE. Amamentação da teoria a prática manual para profissionais, Brasília, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. *II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais brasileiras e DF (PPAM)*, Brasília, 2008.

BRASIL, UNICEF. Nossas prioridades. Disponível em URL <<http://www.unicef.org/brasil>> Acesso em: 05 jun 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Desenvolvimento da Saúde da Mulher e da Criança (PNDS)*, Brasília, 2008.

CARVALHAES, M.A.B.L; CORRÊA, C.R.H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J Pediatría*. v.79,n.1,p.13-20, 2003.

CARVALHO, G.D. *SOS Respirador bucal*. Uma visão funcional e clínica da amamentação. São Paulo: Lovise, 2003.

CASTILHO, S. D.; ROCHA, M. A. M. Uso de chupeta: História e Visão multidisciplinar *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v 85, n. 6 de dezembro de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 de junho de 2012.

CESAROTTO, O.; LEITE, S.P.M. *O que é psicanálise*. São Paulo, 3ªed Brasiliense, 1987.

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A.; CESAR, C C.. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *Rev.paul.Pediatr.* São Paulo, v. 25, n. 3, set, 2007.

COTRIM, L. C.; VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* Recife, v. 2, n. 3, Dec. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jun 2012.

DEL CIAMPO, L.A. et al. Aleitamento Materno Exclusivo : do discurso à prática. *Revpediat.* São Paulo, 30 (1): 22-26, 2008.

DOUGLAS, C. R. *Tratado de fisiologia aplicada às ciências da saúde*. São Paulo: Robe editorial, 1994.

FALCONE, V.M. et al Trabalho Multiprofissional com gestantes. *Rev. Saúde Pública.* 39(4):612-8, 2005.

FELICIANO, D. S. *Para além do seio*. Uma proposta de intervenção psicanalítica pais-bebê, a partir da escuta dos sentidos ocultos nas dificuldades de amamentação como auxiliar no desenvolvimento. [TESE, São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo], 2009.

FRANÇA et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saúde Pública.* São Paulo; 42(4):607-614, 2008.

FREUD, S. *A organização genital infantil* (J. Salomão, Trad.). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XIX). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1923), 1980.

HERNANDEZ, A. M. Atuação fonoaudiológica em neonatologia: uma proposta de intervenção. In: ANDRADE, C. R. F. (org). *Fonoaudiologia em berçário normal e de risco*. Série Atualidades em Fonoaudiologia. São Paulo, Editora Lovise, v.1, 1996.

ICHISATO, S.M.T.; SHIMO A.K.K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. *Rev.Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.10, n.4, p. 578-585, jul./ago.2002.

JALDIN, M.G.M, SANTANA, R.B. Anatomia da mama e fisiologia da lactação. In: Rego JD. *Aleitamento materno*. São Paulo: Atheneu, 2001.

LAAN, T.V.D. A importância da Amamentação no Desenvolvimento Facial Infantil. *Pró- Fono*,v. 7 n.1, p 3-5. São Paulo, 1995.

LAMOUNIER, A. J. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, v. 79, n4. p. 284-286, 2003.

LAWRENCE, R.A. Biochemistry of human milk. In: Breast-feeding. *A guide for medical profession*. 4th ed. St Louis: Mosby; p.149-80,1994.

LOPARIC, Zeljko. Elementos da teoria winnicottiana da sexualidade. *Nat. hum.*, São Paulo, v. 7, n. 2, dez. 2005.

MIDDLEMORE,M.P. Mãe e filho na amamentação Uma analista observa a dupla amamentar. Edição brasileira. São Paulo: IBREX,1974.

MONTEIRO,D.S.F. *A amamentação e seus enredamentos psíquicos*. [Dissertação. São Paulo, Instituto de psicologia da universidade de São Paulo], 2003.

MURAHOVSKI, J. et al. *Amamentação: da teoria à prática*. Santos: Fundação Lusíada; 2000.

NAKANO, A. M. S. *O Aleitamento Materno no Cotidiano Feminino*. [Tese de Doutorado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo], 1996.

PALLADINO, R.R.R, et al Problemas de linguagem e alimentares em crianças:co-ocorrendia ou coincidência ? *Pró-Fono Rev. Atualização Científica*. v.19,n2, p. 205-214, abr-jun, 2007.

PALLADINO, R.R.R; SOUZA, L.A.P.; CUNHA, M .C. Transtornos alimentares em crianças. *Psicanálise e Universidades*: São Paulo, v.2, n.21,p.95-108, set.,2004.

PENTEADO, R.Z; SERVILHA, M.A.E. Fonoaudiologia em Saúde Pública : Compreendendo Prevenção e o Paradigma da Promoção da Saúde . *Rev Dist. Com*. São Paulo, v.16,n.1, p.107-116, abr., 2004.

PIZZOL, K. E. D. C. et al . Prevalência dos hábitos de sucção não nutritiva e sua relação com a idade, gênero e tipo de aleitamento em pré-escolares da cidade de Araraquara. *Rev. CEFAC*, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151618462012005000001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jun 2012.

QUEIROZ, T. C. N. *Do desmame ao sujeito*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2005. Robe Editorial, 1999.

ROCHA, M.A.; LEAL, I.; MAROCO, J. Amamentação, o feminino e o materno. *Análise psicológica*, Lisboa, v. 3, n. XXV, p. 363-380, 2007.

SALES, L. M. Pra que essa boca tão grande? Questões acerca da oralidade. L. Sales (Org.), Salvador, Ágalma In: *Preocupações acerca dos efeitos psíquicos do aleitamento materno exclusivo sobre a função materna e sobre o bebê*, 2005.

SANCHES, M.T.C. Manejo Clínico das Disfunções Orais na Amamentação. *J. Pediatr.* (Rio J.), Porto Alegre, v 80, n5, novembro de 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Out. 2010.

SEGAL, H. *Introdução à obra de Melanie Klein*: Rio de Janeiro: ed. Imago, 1975.

SERTÓRIO, S.CM.; SILVA, I.A. As faces simbólica e utilitária da chupeta na vida das mães. *Rev. de Saúde Públ.*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 156-162, 2005.

SILVA, A.A.M. Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1990.

SOARES, M. E. M. et al . Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J. Pediatr.* (Rio J.), Porto Alegre, v. 79, n. 4, p.309-16, ago. 2003.

TENÓRIO, M. D. H. et al. Sucção digital: observação em ultra-sonografia e em recém-nascidos. *Radiol Bras*, v.38, n.6, p.435-438, Dez. 2005.

VICTORA C.G, et al. Anthropometry and body composition of 18 year old men according to duration of breast feeding: birth cohort study from Brazil. *BMJ*; 327:901. 2003.

VICTORA, C.G., et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: Cause, consequensic or coincidencic ? *Pediatrics* v. 99 n. 3, p.445-453, mar. 1997

WINNICOTT, D.W. *Os bebês e suas mães*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. *A Mãe dedicada comum* São Paulo: Martins Fontes, 1966.

_____. *A amamentação como forma de comunicação*. São Paulo: Martins Fontes, 1968.

ANEXOS

ANEXO 1 - DECLARAÇÃO DE INNOCENTI

Apresenta-se a 1ª Declaração Innocenti aprovada em 1990, mas que, tendo sido atualizada em 2005 apresenta-se no final desta Declaração as principais conclusões desta revisão sob o título "O que todos deviam saber sobre a amamentação".

**A Declaração de Innocenti foi elaborada e adotada por um grupo de alto nível de formuladores de políticas de saúde de governos, agências bilaterais e das Nações Unidas, reunidos em Spedale degli Innocenti, Florença, Itália, de 30 de Julho a 1 de Agosto de 1990. A Declaração reflete o conteúdo de um documento prévio elaborado para a reunião, os pontos de vista manifestados em grupo ou nas sessões plenárias pelos representantes governamentais. A Declaração representa o consenso dos participantes da reunião, mas não necessariamente os pontos de vista individuais.*

Sobre a Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno.

RECONHECENDO que

O Aleitamento Materno é um processo único e uma atividade que, mesmo tomada isoladamente, é capaz de:

- Reduzir a morbidade infantil ao diminuir a incidência de doenças infecciosas;
- Proporcionar nutrição de alta qualidade para a criança, contribuindo para o seu crescimento e desenvolvimento;
- Contribuir para a saúde da mulher, reduzindo riscos de certos tipos de cancro e de anemia e ampliando o espaçamento entre partos,
- Proporcionar benefícios económicos para a família e a nação;
- Quando bem adoptado, proporcionar satisfação à maioria das mulheres;
- E que pesquisas recentes demonstram que:

- Estes benefícios aumentam com a exclusividade do aleitamento materno na infância e com a manutenção do aleitamento na época de introdução da alimentação complementar;
- Intervenções programadas podem resultar em mudanças positivas de comportamento em relação ao aleitamento materno,

DECLARAMOS que

Para otimizar a saúde e a nutrição materno infantil, todas as mulheres devem estar capacitadas a praticar o aleitamento materno exclusivo e todas as crianças devem ser alimentadas exclusivamente com o leite materno, desde o nascimento até os primeiros 4 a 6 meses de vida. As crianças devem continuar a receber leite materno, quando começarem a receber alimentação adequada e apropriada, até aos dois anos de idade ou mais. Esta alimentação ideal deve ser alcançada através da criação de um processo de consciencialização e de apoio para que as mães possam alimentar as suas crianças dessa maneira.

Devem ser tomadas medidas para assegurar que a mulher esteja devidamente alimentada para elevar seu próprio nível de saúde e o da sua família. Além disso, deve ser garantido que a mulher tenha acesso às informações e serviços sobre planeamento familiar, permitindo-lhe praticar o aleitamento materno e evitar a redução dos intervalos entre partos que podem comprometer o seu estado de saúde e nutrição e a saúde e nutrição dos seus filhos.

Atingir este objetivo exige que muitos países reforcem a cultura do aleitamento materno, defendendo vigorosamente esta prática contra as incursões da cultura do biberão. Isto requer compromisso e campanhas de mobilização social, utilizando o prestígio e a autoridade de líderes reconhecidos da sociedade em todos os sectores.

Devem ser desenvolvidos esforços para aumentar a confiança da mulher na sua habilidade de amamentar. Estes esforços envolvem a remoção de constrangimentos e influências que manipulam a percepção e o comportamento da mulher, e uma abrangente estratégia dirigida a todos os sectores da sociedade

e que envolva todos os meios de comunicação.

Todos os países devem desenvolver políticas nacionais de aleitamento materno e estabelecer metas de curto e longo prazo para os anos 90. Os países devem estabelecer um sistema nacional de acompanhamento para atingir as metas, adotando indicadores como a prevalência do aleitamento materno exclusivo ao sair da maternidade e prevalência do aleitamento materno exclusivo até os quatro meses de idade.

As autoridades nacionais são conclamadas a integrar as políticas de aleitamento materno nas políticas globais de desenvolvimento e saúde, procurando evitar políticas divergentes. E devem reforçar todas as ações que complementem os programas de aleitamento materno, como maternidade sem risco, prevenção e tratamento das doenças infantis comuns e planejamento familiar.

Algumas metas possíveis

Todos os países, até ao ano de 1995, devem ter:

- Nomeado uma autoridade competente como coordenador nacional de aleitamento materno e estabelecido um comitê nacional de aleitamento materno composto por membros do governo e organizações não governamentais;
- Assegurado que todas as maternidades coloquem em prática os “DEZ PASSOS PARA O ALEITAMENTO BEM-SUCEDIDO”;
- Implementar totalmente o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as subseqüentes resoluções da Assembléia da Organização Mundial da Saúde;
- Elaborar uma legislação criativa de proteção ao direito ao aleitamento da mulher trabalhadora e estabelecido meios para sua implementação,

CONCLAMAMOS AS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS A:

- Encorajar e apoiar as autoridades nacionais no planejamento e

implementação das políticas nacionais de aleitamento materno;

- Apoiar pesquisas nacionais e elaboração de planos de ação com metas específicas;
- Estabelecer suas próprias estratégias de ação para a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, incluindo acompanhamento global e avaliação.

1º de Agosto de 1990

Florença, Itália

ANEXO 2 - INICIATIVA DO HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA



A importância da amamentação já está bem documentada. Muitos são os esforços governamentais, dos profissionais de saúde e da sociedade no sentido de promover, proteger e apoiar esta prática, destacando-se a implementação de políticas e ações para propiciar à criança o melhor início de vida possível.

Inserida na Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) encontra-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada em 1991 e adotada por mais de 20.000 hospitais em cerca de 156 países, incluindo o Brasil.

Os Critérios Globais da IHAC compreendem a adesão aos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (ou à legislação nacional, no caso do Brasil, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, bicos, chupetas e mamadeiras) pelas maternidades certificadas. Os dez passos são recomendações que favorecem a amamentação a partir de práticas e orientações no período pré-natal, no atendimento à mãe e ao recém-nascido ao longo do trabalho de parto e parto, durante a internação após o parto e nascimento e no retorno ao domicílio, com apoio da comunidade.

DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

Toda e qualquer unidade que preste serviços de maternidade e tratamento neonatal deve:

1. Ter uma política de aleitamento materno, escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde.

2. Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.
3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vier a ser separadas dos seus filhos.
6. Não oferecer a recém-nascidos, bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia.
8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.
9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

Fonte: UNICEF BRASIL (2010)

ANEXO 3 – CARTA DE CONSENTIMENTO PARA UTILIZAÇÃO DE PRONTUÁRIOS OU BANCO DE DADOS

Carta de consentimento para utilização de Prontuários e ou Banco de Dados.

Itapeçerica da Serra, 26 de julho de 2010

A Comissão de Ética do PEPG de Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Eu, Isabel Cristina dos Santos, corem n.014442, Diretora Técnica da Unidade Básica de Saúde "Salvador de Leone" a pesquisadora Denise Maria Alves Granja, crfga 4415, a realizar a pesquisa: Efeitos da intervenção fonoaudiológica no manejo de hábitos orais de sucção em lactentes e promoção do aleitamento materno exclusivo em uma Unidade Básica de Saúde, utilizando prontuários.

Unidade Básica de Saúde "Salvador de Leone"


Isabel Cristina dos Santos
Diretora Técnica
COREN-SP 014.442

Assinatura do responsável (com carimbo).

ANEXO 4 – FICHA DE COLETA

FICHA DE COLETA					
Caso Número			Data da Coleta		
Data de Nascimento do RN		Idade da Mãe		Profissão da Mãe	
Idade do Atendimento	Aleitamento Materno Exclusivo	Aleitamento Materno + Mamadeira	Mamadeira Exclusivamente	Chupeta	Dedo
0 a 1 mês					
1 a 2 meses					
2 a 3 meses					
3 a 4 meses					
4 a 5 meses					
5 a 6 meses					
Observações:					

ANEXO 5 - FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA MAMADA

Sinais favoráveis na amamentação:	Sinais de possíveis dificuldades
Mãe	Mãe
<input type="checkbox"/> A mãe parece saudável	<input type="checkbox"/> A mãe parece doente ou deprimida
<input type="checkbox"/> A mãe está relaxada e confortável	<input type="checkbox"/> A mãe parece tensa e desconfortável
<input type="checkbox"/> Sinais de vínculo entre a mãe e seu bebê	<input type="checkbox"/> Sem troca de olhar entre mãe e bebê
Bebê:	
<input type="checkbox"/> O bebê parece saudável	<input type="checkbox"/> O bebê parece sonolento ou doente
<input type="checkbox"/> O bebê está calmo e relaxado	<input type="checkbox"/> O bebê está inquieto ou chorando
<input type="checkbox"/> O bebê tenta alcançar ou procura a mama quando tem fome	<input type="checkbox"/> O bebê não tenta alcançar ou não procura a mama
MAMAS	
<input type="checkbox"/> As mamas parecem saudáveis	<input type="checkbox"/> As mamas estão vermelhas, inchadas ou doloridas
<input type="checkbox"/> Não há dor ou desconforto A mama está bem apoiada com os dedos longe do mamilo	<input type="checkbox"/> Há dor na mama ou mamilo <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> As mamas são apoiadas com os dedos sobre a aréola
POSICAO DO BEBÊ	
<input type="checkbox"/> A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados	<input type="checkbox"/> O pescoço e a cabeça do bebê estão virados para a mama
<input type="checkbox"/> O bebê está próximo do corpo da mãe	<input type="checkbox"/> O bebê não está próximo da mãe
<input type="checkbox"/> Todo o corpo do bebê recebe apoio	<input type="checkbox"/> O bebê é apoiado apenas pela cabeça pelo pescoço
<input type="checkbox"/> O bebê se aproxima da mama com o nariz apontado para o mamilo	<input type="checkbox"/> O bebê se aproxima da mama com o lábio inferior/queixo apontado para o mamilo
PEGA DA MAMA PELO BEBÊ	
<input type="checkbox"/> Mais aréola visível acima do lábio superior do bebê	<input type="checkbox"/> Mais aréola visível abaixo do lábio inferior do bebê
<input type="checkbox"/> A boca do bebê está bem aberta	<input type="checkbox"/> A boca do bebê não está bem aberta
<input type="checkbox"/> Lábio inferior voltado para fora	<input type="checkbox"/> Lábios apontam para frente ou para dentro
<input type="checkbox"/> O queixo toca a mama	<input type="checkbox"/> O queixo não toca a mama
SUCÇÃO	
<input type="checkbox"/> Sucção lenta e profunda com pausas	<input type="checkbox"/> Sucção rápida e superficial
<input type="checkbox"/> Bochechas cheias durante a sucção	<input type="checkbox"/> Bochechas vazias durante a sucção
<input type="checkbox"/> O bebê solta a mama quando termina	<input type="checkbox"/> A mãe tira o bebê da mama
<input type="checkbox"/> A mãe percebe sinais do reflexo da ocitocina	<input type="checkbox"/> Não são percebidos sinais do reflexo da ocitocina

OMS/UNICEF. Organização Mundial de Saúde. Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento. São Paulo: Instituto de Saúde/OMS/OPAS; 1995. Adaptado por Carvalhães e Correa, 2003.

ANEXO 6 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCSP



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP
SEDE CAMPUS MONTE ALEGRE

Protocolo de Pesquisa nº 067/2011

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
 Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia
 Orientador(a): Prof.(a). Dr.(a). Maria Claudia Cunha
 Autor(a): Denise Maria Alves Granja

PARECER sobre o Protocolo de Pesquisa, em nível de Dissertação de Mestrado, intitulado *Intervenção fonaudiológica no manejo de hábitos orais de sucção em lactentes e promoção do aleitamento materno exclusivo em uma Unidade Básica de Saúde*

CONSIDERAÇÕES APROVADAS EM COLEGIADO

Em conformidade com os dispositivos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), em que os critérios da relevância social, da relação custo/benefício e da autonomia dos sujeitos da pesquisa pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo concluir que o trabalho tem uma linha metodológica bem definida, na base do qual será possível retirar conclusões consistentes e, portanto, válidas.

No entendimento do CEP da PUC-SP, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

CONCLUSÃO

Face ao parecer substanciado apensado ao Protocolo de Pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP – Sede Campus Monte Alegre, em Reunião Ordinária de **28/03/2011**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **067/2011**.

Cabe ao(s) pesquisador(es) elaborar e apresentar ao CEP da PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, os relatórios parcial e final sobre a pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, inciso IX.2, alínea "c", do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), bem como cumprir integralmente os comandos do referido texto legal e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

São Paulo, 28 de março de 2011.


 Prof. Dr. Edgard de Assis Carvalho
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP