



MONITORAMENTO DA PRÁTICA DE ALEITAMENTO MATERNO DAS PUÉRPERAS DE UMA MATERNIDADE MUNICIPAL DE LONDRINA

Flávia Maria Navarro*

Lilian Mara Consolin Poli**

Mauren T. G. Mendes Tacla***

Michele Delalibera*

Rosana Claudia de Assunção*

Sabine Jenal*

Sandra Cristina M. Silva*

Wilséia Soares dos Santos*

Resumo

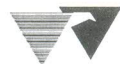
A idéia para a realização deste trabalho surgiu em 1994, a partir de uma pesquisa, realizada em Londrina - PR, onde se constatou que 40% das mães desmamavam seus filhos até o primeiro mês de vida. Como membros de uma instituição de ensino, o Centro de Estudos Superiores de Londrina (CESULON), preocupamo-nos em empenhar esforços para reverter esses índices, através dos seguintes objetivos: monitorar a prática do Aleitamento Materno às puérperas de uma Maternidade Municipal de Londrina; intervir nas dificuldades encontradas até o segundo mês de vida e interligar essas puérperas com as Unidades Básicas de Saúde. Através dos dados obtidos por telefone com 148 puérperas, percebemos que o índice do desmame precoce foi de 18%; dessas mães, 19% amamentavam seus filhos parcialmente e 53% estavam em aleitamento materno exclusivo; com 10% das mães não foi possível a comunicação.

Palavras-chave: aleitamento materno, puérperas.

* Alunas do 4º ano do Curso de Enfermagem do Centro de Estudos Superiores de Londrina - CESULON

** Docentes da Disciplina Enfermagem Materno-Infantil do Centro de Estudos Superiores de Londrina - CESULON

*** Docente da Disciplina Enfermagem Pediátrica do Centro de Estudos Superiores de Londrina - CESULON



Abstract

The idea of the present work started in 1994, based on a research carried out in Londrina-Pr, that confirmed that 40% of the mothers stopped breast feeding their babies by their first month of age. As members of an education institution, Centro de Estudos Superiores de Londrina (CESULON), we are concerned about altering the situation through the following objectives: to monitor breast feeding practice among the puerperal at Maternidade Municipal de Londrina; intervene in the difficulties found up to the baby's second month of age; and link these puerperal with Unidades Básicas de Saúde. Through the data obtained by telephone contact with 148 puerperal, it was verified that the index of early weaning was 18%; of these mothers, 19% breastfed their babies partially, and 53% were in exclusive breastfeeding. With 10% of the mothers, no communication could be made.

INTRODUÇÃO

Em 1994, a Autarquia dos Serviços Municipais de Saúde (ASMS) de Londrina-PR realizou uma pesquisa na qual verificou-se que 40% das mães desmamavam seus filhos até o primeiro mês de vida.

Partindo do pressuposto de que o leite materno é um alimento perfeito e específico para a alimentação do recém-nascido (RN), nos questionamos: - Por que tão alto índice de desmame precoce ?

Fomos à literatura e nos deparamos com o relato de Vichi (1980, p. 32), que afirma: "apesar de muitas pessoas acreditarem que a amamentação é um ato instintivo para a mãe e para o bebê e que basta levar a criança ao seio para tudo estar resolvido, na realidade não é bem o que ocorre. Amamentar decorre de um aprendizado social. Quando diminui o número de mulheres que amamentam, diminuem também as oportunidades de outras mulheres aprenderem a fazê-lo".

Há oito milênios, provavelmente, o leite de outros animais e outros alimentos estão presentes na alimentação da criança. Nos séculos V e VII, através de achados arqueológicos, constatou-se que os lactentes gregos eram alimentados de maneira alternativa com outras fontes além do leite da mãe. (Silva apud Navarro, 1997, p. 3).

Já nos séculos XVII e XVIII, as mulheres aristocratas consideravam o ato de amamentar repugnante e até mesmo ridículo, não sendo compatível com sua classe social e passam a adotar mulheres burguesas como "amas de leite". Essas amas, que já existiam desde a época de Júlio César, eram escravas amamentavam os filhos dos nobres, fato esse que encarecia o preço dessas escravas nutrizes. (Silva, 1996, p. 58).

Nas décadas de 40 e 50, a revolução industrial, a urbanização e o trabalho da mulher fora do lar foram as principais causas do declínio do aleitamento materno (AM); também aliados a essas mudanças houve transformações da indústria de alimentos bem como facilidade dos meios de comunicação em massa, que os divulgavam essas inovações.

Ainda na década de 50, de acordo com Navarro (1997, p. 4) "com a liberação dos costumes sexuais, as mamas começaram a assumir importante papel como um dos significativos atributos da mulher, onde está depositada grande parte da expectativa erótica. Com isso surgiu o falso conceito entre médicos, onde o ato de amamentar tornava as mamas flácidas".

Nos países em desenvolvimento esse declínio ocorreu posteriormente, no início da década de 60, permanecendo os mesmos fatores causais, acrescidos de mudanças no tipo de família (de social para nuclear), principalmente devido à migração.

Após a década de 60, durante vários anos, a mulher foi sendo trabalhada para deixar de amamentar seu filho. Os estímulos para o abandono desta prática partiam de todos os lados. Em seu lar, através de rádio e televisão, ela era informada de que o leite em pó, vendido em latas, era o ideal para o desenvolvimento e crescimento da criança. Por ocasião do Pré - Natal, quando não lhe era demonstrada a técnica de preparo de mamadeira, ela ouvia sutilmente falar de amamentação num enfoque que mais era um desestímulo do que um estímulo (Vinha, 1983, p. 8).

Dentre os direitos humanos fundamentais, o que nos chamou a atenção para este trabalho, foram os relacionados à criança, contemplados na Convenção Internacional dos Direitos da Criança (ONU,1989). Quando assinaram esta Convenção, os governantes, teoricamente, se comprometeram a elevar o nível de saúde das crianças, através da adoção de medidas específicas à redução da morbimortalidade infanto-juvenil, bem como informar à sociedade, em particular, pais e crianças, sobre nutrição em saúde infantil, vantagens da amamentação e desvantagens do aleitamento artificial.

Com o objetivo de fornecer informações corretas sobre a alimentação infantil aos pais e trabalhadores de saúde, várias redes, Organizações não Governamentais e Grupos de Apoio a Mães, como International Baby Food Actiton Network (IBFAN), World Alliance for Breastfeeding Action (WABA), têm publicado resumos atualizados de estudos científicos (Informativo IBFAN nº20, 1997).

A implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança tem sido um grande passo para a reversão dos altos índices de desmame precoce. O título é o reconhecimento do Ministério da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização Mundial de Saúde (OMS) ao trabalho de instituições que, com a adoção dos Dez Passos para o sucesso do aleitamento materno, contribuem para a redução da incidência de doenças como a diarreia, uma das principais causas da mortalidade infantil no país.(Boletim Nacional da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, 1994. p. 01).

A Maternidade Municipal Lucilla Balallai (MMLB) de Londrina vem empenhando esforços para cumprir os Dez Passos, para a aquisição do título de Hospital Amigo da Criança. Propusemos, então, a realização desta monitoria, percebendo a grande importância das Instituições de Ensino neste processo de resgate da prática do AM, buscando alcançar os seguintes objetivos:

- Orientar a prática de aleitamento materno às puérperas da MMLB;
- Intervir nas dificuldades encontradas na prática do AM, nos primeiros 2 meses pós - parto;

- Incentivar as puérperas a procurar as Unidades Básicas de Saúde, visando à promoção e proteção do AM.

LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

Desmame Precoce: Causas e Repercussões

Apesar das orientações fornecidas às mães sobre a importância do AM e todo o esforço dos profissionais de saúde em estimulá-lo, observamos que muitas mães desmamam seus filhos precocemente.

Falcão, Ornellas e Perim (1996, p.33), descrevem o desmame como sendo a substituição gradativa do aleitamento por preparações de outros alimentos, visando integrar o bebê a alimentação geral. Este desmame deve se iniciar em torno dos 5 meses de idade, aos poucos, num esquema que se ajuste aos hábitos da família. O abandono completo das mamadas se opera em torno de 1 ano de idade. É aconselhável que se prolongue o tempo de desmame para as crianças de comunidades carentes (até os 2 anos de idade), quando não é possível oferecer os alimentos de valor semelhante ao leite humano.

Não existe um consenso sobre a idade ideal para se desmamar uma criança, pois o desmame é um processo diferente para cada criança (CEMICAMP, 1989, p.19).

Chetley (1988, p.10) relata que são vários os fatores que contribuem para o desmame precoce, como os sociais, entre eles, os que colocam as mamadeiras como símbolo de status e promovem indevidamente os produtos alimentícios artificiais.

O mesmo autor refere ainda outro fator: as práticas inadequadas nos serviços de saúde, que desencorajam a amamentação, como a separação das mães de seus bebês, a alimentação rotineira com mamadeira e a demora em colocar o bebê para sugar.

Segundo Rea e Cukier (1988, p. 184), diversos estudos têm sido publicados a respeito da amamentação onde são avaliadas as razões que alegam as mães para desmamar ou para introduzir a mamadeira, mantendo, entretanto, a prática do aleitamento parcial. As razões mais frequentes para a introdução de alimentos suplementares têm sido a insuficiência de leite e o trabalho da mãe. Para a interrupção completa do aleitamento natural, os estudos, em geral, listam como mais alegados a insuficiência de leite, nova gravidez, doença da mãe ou do bebê, ou rejeição da criança em mamar, por estar muito grande.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança

Há várias instituições que se sensibilizaram com o declínio do aleitamento materno, entre eles a OMS e UNICEF. Em 1993, foi lançado um documento para implantar os Dez Passos para o sucesso do AM. Desde então, muitos hospitais estão se empenhando para adquirir o título "Hospital Amigo da Criança", através do cumprimento destes Dez Passos:

1. Ter uma norma escrita sobre AM que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde;



2. Treinar toda equipe de saúde nas habilidades necessárias para implementar esta norma;
3. Informar a todas as mulheres grávidas sobre as vantagens e o manejo do AM;
4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento;
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
6. Não dar aos RNs nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico;
7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que as mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a bebês amamentados ao seio;
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao AM, para onde as mães deverão ser encaminhadas por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.

Todas as Maternidades e Unidades de RNs devem seguir esses passos para que a amamentação se torne mais agradável e efetiva.

METODOLOGIA

Caracterização de campo

1- Local

O campo escolhido para este estudo foi a Maternidade Municipal Lucilla Balallai (MMLB), de Londrina, Paraná. Este é um hospital público de pequeno porte, que atende exclusivamente pacientes obstétricos do Sistema Único de Saúde (SUS), em seus 37 leitos. Esta maternidade é campo de estágio para alunos de graduação na área de saúde (Medicina e Enfermagem) e Residência Médica.

A maternidade conta com: Unidades de Pré - Parto, Centro Obstétrico, Puerpério e Unidade de RN. Quando as condições maternas e do RN permitam, os RNs permanecem em alojamento conjunto (AC).

2- Sujeitos

Foram selecionadas seis alunas do quarto ano de enfermagem do Centro de Estudos Superiores de Londrina (CESULON), na categoria de monitoras, com carga horária individual de 200 horas anuais. As mesmas recebiam supervisão de duas docentes das disciplinas Enfermagem Materno-Infantil e Enfermagem Pediátrica, com duas horas semanais cada uma.



Treinamento das monitoras e funcionárias da MMLB

Para o alcance dos nossos objetivos foi necessário um treinamento das monitoras e duas funcionárias da MMLB (uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem) para aprimorar conhecimentos e aprender novas técnicas de abordagem além de sondar as orientações dadas pelos profissionais de enfermagem às puérperas, com relação ao AM. Este treinamento teve duração de 18 horas/aula e baseou-se no Manual de Aconselhamento à Amamentação, "Um Curso de Treinamento" (OMS, UNICEF, 1995), escrito pela pediatra Felicity Savage King, sendo utilizado em vários países, com o apoio da OMS e UNICEF.

Elaboração do Formulário de História de Amamentação

Após o treinamento, o segundo passo, no período de 25 de maio a 03 de dezembro, foi a elaboração de um formulário para colher a história de amamentação. Tínhamos como parâmetro o que foi proposto por King, no manual acima citado.

A princípio fazíamos perguntas sobre os temas propostos, e após, anotávamos, de forma concisa, a conversa com a puérpera, as orientações dadas e as observações que deveriam ser realizadas no dia seguinte, por outra monitora. Percebemos que era necessário uma padronização de dados a serem coletados, pois do modo que estávamos realizando, seria impossível a tabulação dos mesmos. Para elaboração final do Formulário de História de Amamentação, fizemos um teste piloto com duzentas puérperas, para sentir a necessidade de inclusão ou exclusão de questões, até chegarmos ao formulário definitivo.

Padronização dos fatores de risco para o desmame precoce

Como um dos objetivos deste trabalho era o de intervir nas dificuldades que as mães, com risco de desmame precoce, poderiam ter, foi necessária a padronização desses riscos, de acordo com a literatura e experiência clínica das docentes; foram selecionados os seguintes critérios de risco: desmame precoce do filho anterior, mamada não observada, trabalho fora de casa, problemas com o RN, problemas anteriores ou atuais com a mama, intenção de não amamentar ou fazê-lo num prazo insuficiente, problemas emocionais (depressão, ansiedade excessiva, irritabilidade, etc.), mães adolescentes (menores que vinte anos) que apresentam algum problema (falta de apoio, pega incorreta, falta de maturidade, etc.), mães idosas (maiores de trinta e cinco anos) que apresentam algum problema (falta de apoio, pega incorreta, etc.), dificuldades na pega.

População e amostra

A população foi constituída de puérperas de Londrina e região, atendidas na MMLB. A amostragem de puérperas constituiu-se de um total de duzentas e oitenta e três mulheres, que foram selecionadas com o seguinte critério: ter concebido nativo.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 1997, através do Formulário de Amamentação.

Os dados foram obtidos através de diálogo informal entre monitoras e puérperas, utilizando-se as habilidades propostas pelo manual, que facilitaria a obtenção de informações das nutrizes. Estas habilidades são divididas em: habilidades de ouvir e aprender e habilidade para desenvolver confiança e dar apoio.

As habilidades de ouvir e aprender constam de : comunicação não verbal útil, perguntas abertas, uso de expressões e gestos que demonstram interesse na conversa, devolução com palavras pessoais a respeito do que a puérpera diz, demonstração de empatia, não utilização de palavras que soem como julgamento.

As habilidades para desenvolver confiança e dar apoio baseiam-se em: aceitar e respeitar o que a mãe sente e pensa, reconhecer e elogiar a mãe, dar ajuda prática, fornecer pouca e relevante informação de forma positiva, usar linguagem simples, dar sugestões e não ordens.

Após a obtenção dos dados durante o primeiro contato com a puérpera, o formulário era preenchido numa sala à parte, com o intuito de remover barreiras durante a entrevista.

No dia seguinte, antes de avaliar a mesma puérpera, o formulário era analisado para que a conversa fosse direcionada aos problemas encontrados e observações não efetuadas no primeiro contato. O risco de desmame precoce era confirmado ou não no dia da alta hospitalar de cada puérpera.

Para as puérperas que possuíam um dos riscos de desmame precoce padronizados, sentiu-se a necessidade de um acompanhamento por telefone e/ou visita domiciliar. Porém, a realização de visita domiciliar tornou-se inviável por falta de um automóvel que facilitasse o transporte das monitoras. Então, este acompanhamento aconteceu apenas por telefone com a utilização de uma ficha para coleta de dados elaborada pelas monitoras.

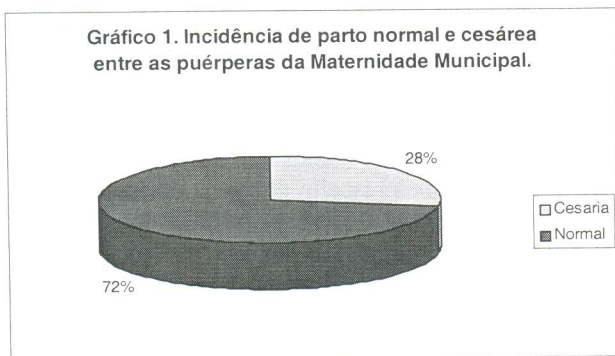
Conforme a conversa por telefone, eram fornecidas orientações de acordo com as dificuldades encontradas. Dentre estas podemos citar: problemas com as mamas, problemas com a saúde do RN, problemas com a produção de leite, dificuldades financeiras, problemas com a saúde da puérpera, trabalho fora do lar, crença popular e opinião de terceiros.

Análise dos dados

Os resultados deste trabalho serão apresentados em gráficos , através de estatística descritiva, no capítulo de Resultados e Discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados referem-se a duzentas e oitenta e três puérperas monitoradas.



Em relação ao tipo de parto, 72% das puérperas tiveram parto normal e 28 % parto cesáreo.

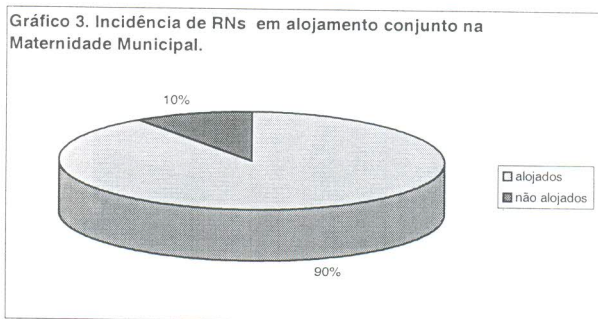


Dentre estes resultados, 66% eram puérperas com menos de vinte anos de idade.

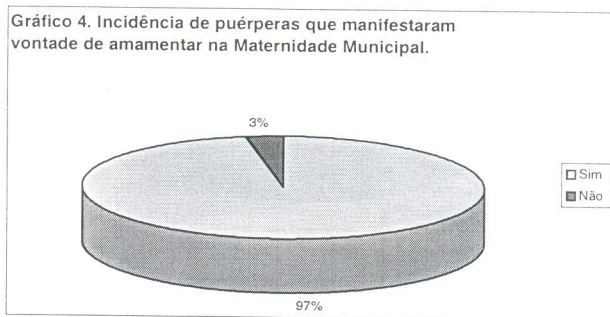
O parto normal garante que a primeira mamada aconteça mais precocemente que o parto cesáreo, logo após o nascimento da criança, antes mesmo da dequitação ou secundamento. Tal medida favorece não só a amamentação precoce, como também contribui para que a involução uterina ocorra mais rápido e fisiologicamente pela descarga de ocitocina que é liberada pelo estímulo da sucção.

Segundo King (1997, p. 102), "O parto por cesariana não deve impedir a mulher de amamentar seu filho, embora ela possa necessitar de ajuda extra no começo. Assim que recuperar a consciência depois da operação, pode segurar a criança e amamentar pela primeira vez. Isto é geralmente possível dentro de 4 horas. Uma criança normal não precisa de alimento ou líquido antes desse período, podendo, portanto, esperar".

De acordo com os resultados em relação à incidência de partos e adolescência, cabe ressaltar que na fase da puberdade, questões como: imaturidade, falta de apoio familiar, fase de transição e disfunções hormonais podem dificultar o ato de amamentação.



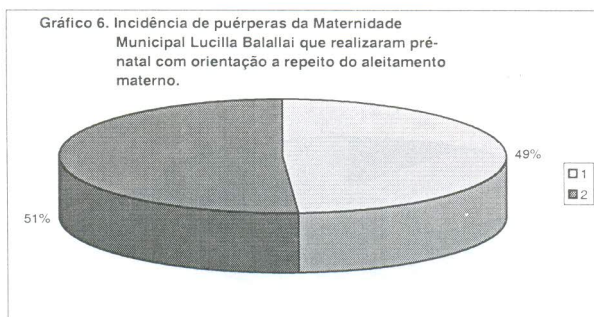
Os dados obtidos a respeito do alojamento conjunto (AC) mostram que 90 % dos RNs permaneciam alojados. Os 10 % dos RNs restantes não foram alojados por problemas com a saúde da mãe e/ou do RN. De acordo com Martins Filho (1984, p.73) "o ser humano é o único animal da face da Terra que separa a mãe da criança logo após o parto".



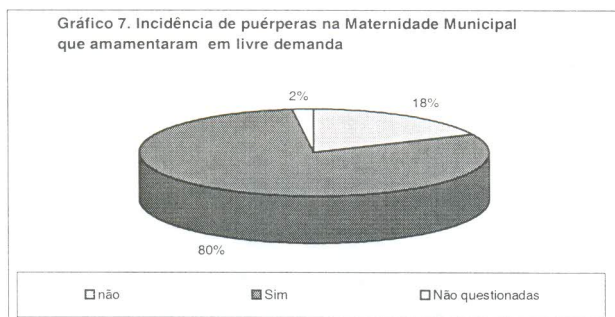
Das puérperas entrevistadas, 97% manifestaram vontade de amamentar. O fator primordial para que a amamentação se efetive é a vontade de amamentar. A puérpera deve sentir-se confiante e disposta a ser ajudada por profissionais da saúde para que a amamentação seja bem sucedida.



Durante a avaliação das puérperas, constatou-se que 19% apresentavam fissuras mamilares. A causa mais freqüente das fissuras do mamilo é a má pega durante a amamentação.

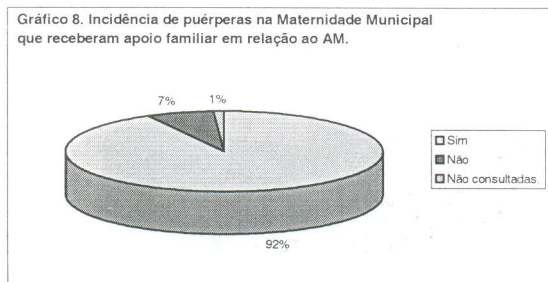


Observou-se que 49% das puérperas fizeram pré-natal e foram orientadas quanto ao AM e 51% ou não fizeram pré-natal ou não foram orientadas sobre o AM durante o mesmo. Um dos objetivos do pré-natal em relação ao AM é preparar psicologicamente a mulher e orientá-la sobre seu auto-cuidado.



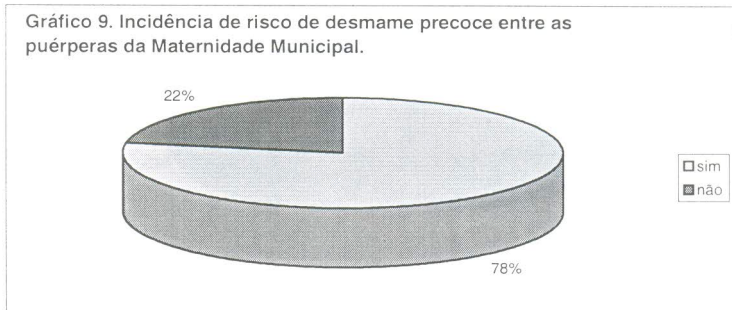
Na amostra estudada, 80% das puérperas amamentavam por livre demanda, sendo que 18% não o faziam, muitas vezes por problemas com a saúde do RN, e 2% não foram questionadas.

Fazer com que uma criança mame apenas em horas determinadas interfere no AM. A livre demanda previne muitos problemas, como o ingurgitamento mamário.

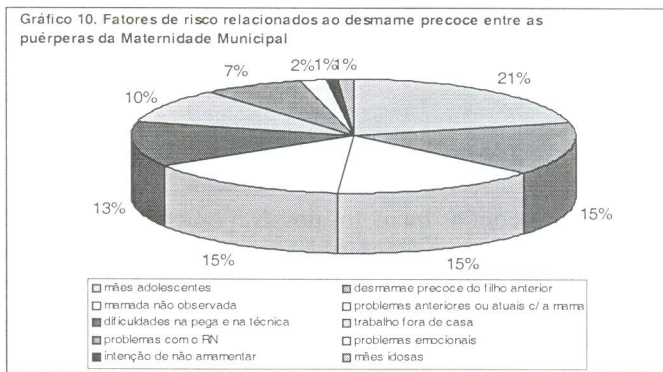


Verificou-se que 92% das puérperas recebiam apoio da família e 7% não. A família tem sido em parte responsável pela diminuição do AM.

Por terem vivenciado experiências negativas de amamentação, alguns familiares têm participação negativa junto à mãe, emitindo conceitos errôneos, que acabam por aumentar ainda mais as dificuldades do AM.



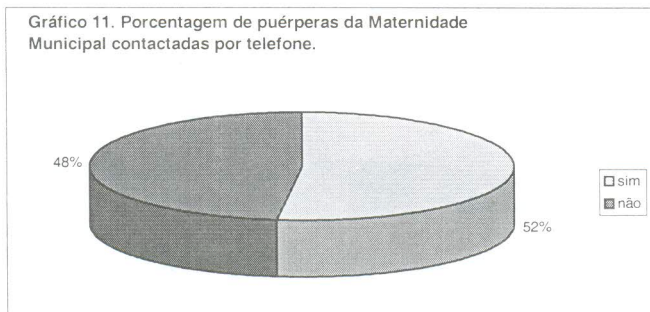
Pode-se ver no gráfico 9 que 78% das puérperas entrevistadas apresentavam risco de desmame precoce.



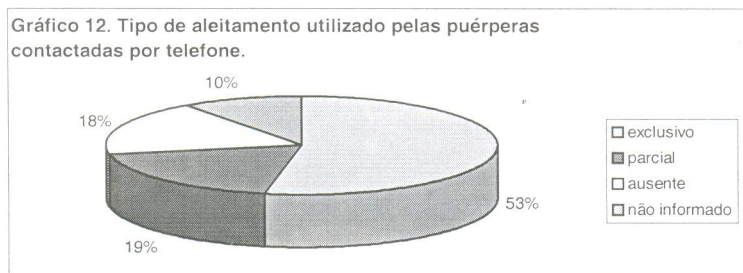
Destas, 21% eram menores de 20 anos (gráfico 10). Outro fator de risco freqüente foi o desmame precoce do filho anterior com 15%. Considerou-se também como fator de risco as puérperas em que não foram observadas as mamadas, ou seja, 15%. Aquelas que apresentavam problemas atuais ou anteriores com a mama perfizeram um total de 15% de risco de desmame precoce. Caracterizou-se como fator de risco o binômio que apresentava, em 13% dos casos, dificuldades na pega. Um dos fatores que poderiam pressupor desmame precoce foi o trabalho fora do lar em 10% das puérperas monitoradas.

Outros fatores de risco para desmame precoce, pouco encontrados, mas de

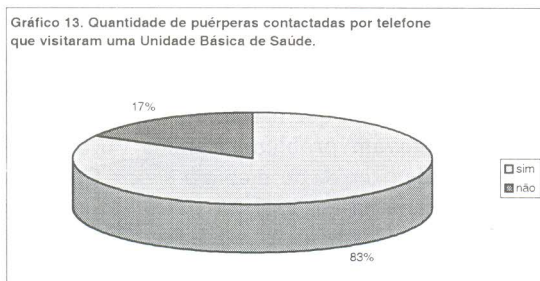
suma importância, foram: problemas emocionais 2%, intenção de não amamentar ou fazê-lo num prazo insuficiente 1%, mães idosas (maiores que 35 anos) que apresentam algum problema (falta de apoio familiar, pega incorreta e outros) 1% .



Com 52% das puérperas (n=148) foi realizado contato telefônico para a obtenção de dados relativos ao AM.

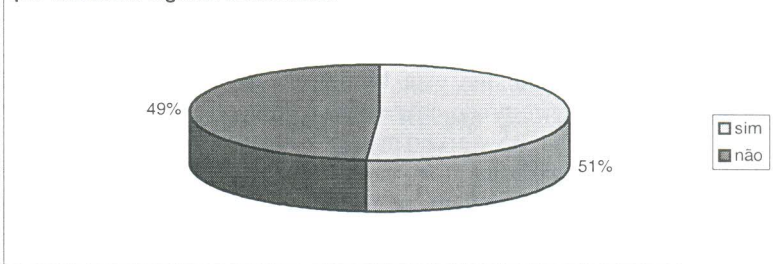


Das puérperas com as quais foi possível o acompanhamento por telefone 53 % estavam amamentando seus filhos exclusivamente ao seio até o 2^o mês pós-parto; 19% dos RNs estavam em aleitamento materno parcial e 18% em aleitamento artificial; em 10% dos telefonemas os familiares e/ou terceiros, na ausência da puérpera, não souberam informar as condições de amamentação do RN.

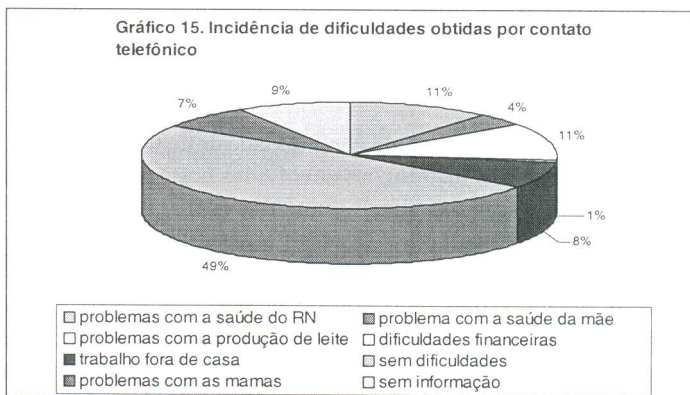


Das 148 puérperas acompanhadas por telefone, 83% já haviam levado seus RNs à UBS. Valendo ressaltar a importância dessas Unidades na promoção e preservação do AM.

Gráfico 14. Incidência de puérperas contactadas por telefone que relataram alguma dificuldade.



De acordo com o gráfico 14, aproximadamente metade (51%) das puérperas apresentaram alguma dificuldade no AM.



Várias foram as dificuldades relatadas pelas puérperas, familiares ou terceiros, que inviabilizavam o AM exclusivo. Dentre elas, encontram-se: dificuldades financeiras, 1%; problemas com as mamas, 7%; problemas com a saúde do RN, 11%; problemas com a saúde da mãe, 4%; trabalho fora do lar, 8%.

CONCLUSÃO

Com relação aos objetivos propostos para este trabalho, percebemos que foi possível atingir o primeiro deles, que foi o de orientar as práticas do AM às puérperas; porém, não conseguimos intervir nas dificuldades encontradas, pela falta de transporte adequado às visitas domiciliares.

Quanto ao acompanhamento pelo telefone, acreditamos que foi possível coletar dados e fornecer informações, mas não pudemos sentir confiança nos dados fornecidos, principalmente, por não estarmos vivenciando todo o contexto sócio-econômico-cultural, em que este binômio está inserido. Surpreendeu-nos positivamente o resultado encontrado em relação à procura das UBS, pelas puérperas. Acreditamos ser a equipe da UBS o grupo mais próximo às puérperas, e que, através de seu apoio irrestrito ao AM, contribui com as instituições de saúde no cumprimento do décimo passo para o AM bem sucedido.

Convencemo-nos, de que as pessoas menos culpadas do desmame das crianças são as mães, apesar do alto índice de desmame precoce. Isto ocorre porque, por incrível que pareça, as mulheres saem da maternidade com o firme propósito de amamentar seus filhos, mas são tantos os obstáculos - crenças populares, falta de apoio da família, trabalho fora do lar, falta de incentivo das empresas, inadequadas orientações médicas e/ou de outros profissionais da área da saúde - que elas se rendem, vencidas, sentindo-se incapazes de amamentar seus filhos.

SUGESTÕES

Felizes com as perspectivas de continuidade deste trabalho nos próximos anos, gostaríamos de sugerir que as instituições envolvidas neste projeto investissem em um veículo adequado à realização das visitas domiciliares.

Sabendo da necessidade do Pré-Natal e puerpério para prevenção do ato de amamentar, seria de fundamental importância uma maior capacitação dos profissionais envolvidos neste processo, buscando a uniformidade das informações necessárias a essas mulheres.

Conscientes de que o assunto AM não deve ser abordado somente na gravidez e puerpério e sim introduzido já nas fases pré-escolar e escolar propomos a inclusão do tema nos currículos escolares desde o 1º grau.

Igualmente muito importantes para a manutenção desta prática são as empresas, que empregam mulheres em idade fértil. Essas empresas deveriam ser planejadas para que as mães pudessem amamentar seus filhos, e quando isso não fosse possível, que neste local houvesse espaços adequados à ordenha e armazenamento do leite humano.



BIBLIOGRAFIA

- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança. **Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o Desmame**. Brasília, 1997.
- CASSIANI, Silvia Helena de Bortole. Promoção e incentivo ao aleitamento materno através de grupos da maternidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 33 - 39, julho 1989.
- CEMICAMP. **Amamentação, Pontos de Interrogação**. p. 19, abril 1986.
- CHETLE, Andy. **Vamos Proteger a Saúde de Nossas Crianças**. São Paulo: Anneleis Allain, 1988.
- FALCÃO, Alba de Andrade ; ORNELAS, Sieselatte Hoeschl; PERIN, Maria da Luz Fernandes. **Alimenta a Criança, o Desafio do dia a dia**. São Paulo : Atheneu, 1996.
- KING, F. Savage. **Como ajudar as mães a amamentar**, Associação Médica de Londrina (AML), Londrina, 1997.
- MANEDE, Marli Villela e cols. Importância da alimentação no relacionamento saudável mãe e filho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 1979.
- MARTINS, José Filho. **Como e porque amamentar**. 2 ed., São Paulo: Savier, 1987.
- NAVARRO, Flávia Maria. **Postura do obstetra em relação ao aleitamento materno no pré-natal**. Trabalho de Conclusão de Curso Apresentado no Centro de Estudos Superiores de Londrina (CESULON). Londrina, 1997.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Aconselhamento em amamentação**: um curso de treinamento. Guia do treinador. Setembro, 1995.
- REA, Marina Ferreira; CUKIER, Rosa. Razões de Desmame e de Introdução da Mamadeira: Uma Abordagem Alternativa para seu Estudo. **Revista Saúde Pública**. São Paulo: v.22, n. 3, p. 184 - 191, 1988.



- REZENDE, Magda Andrade. Aleitamento Natural, Subsídios para a Equipe de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP)**. São Paulo: v.24, n.1, p. 3 - 10, abril 1990.
- SCHMITZ, Edilza Maria e cols. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo : Atheneu, 1989.
- SILVA, Isília Aparecida. Reflexões sobre a prática do Aleitamento Materno. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Vol. 30, n. 1, p. 58-72, Abril, 1996.
- VALDÉS, V.; SANCHES, A. Pérez; LABBOK, M. **Manejo Clínico da Lactação**. Assistência à Nutriz e ao Lactente. Rio de Janeiro : p. 68, 1996.
- VINHA, Vera Heloísa Peligge. **Amamentação Materna, Incentivo e Cuidado**. 1 ed., São Paulo: Sarvier, 1983.
- VICHI, Ana M. A amamentação. Alguns Problemas e Sua Solução. **Revista Femina**. Rio de Janeiro: v. 8, n. 1, janeiro 1980.