

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG**

Karine Costa Martucheli

**O ENFERMEIRO E O ALEITAMENTO MATERNO NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Berilo / Minas Gerais  
2010

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG**

Karine Costa Martucheli

**O ENFERMEIRO E O ALEITAMENTO MATERNO NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização  
em Atenção Básica em Saúde da Família,  
Universidade Federal de Minas Gerais,  
para obtenção do Certificado de  
Especialista.

**Orientadora:** Cibele Alves Chapadeiro de Castro Sales

Berilo / Minas Gerais  
2010

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG**

Karine Costa Martucheli

**O ENFERMEIRO E O ALEITAMENTO MATERNO NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização  
em Atenção Básica em Saúde da Família,  
Universidade Federal de Minas Gerais,  
para obtenção do Certificado de  
Especialista.

Aprovada em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada.

Agradeço as minhas irmãs, cunhado e sobrinhos que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades.

Agradeço a minha filha, Alice, que embora não tivesse conhecimento deste trabalho, iluminou de maneira especial os meus pensamentos, me levando a buscar mais conhecimentos.

Agradeço de forma grata e grandiosa a meus pais, Lalado e Magda, a quem eu rogo todas as noites a minha existência.

*“... Embora ninguém possa voltar atrás e  
fazer um novo começo, qualquer um pode  
começar agora e fazer um novo fim”*

*(Chico Xavier)*

## RESUMO

O leite materno é a primeira fonte alimentar da criança e traz inúmeros benefícios, por possuir componentes imunobiológicos, antimicrobianos e imunomodulares. Crianças em aleitamento materno têm menos infecções respiratórias, gastrointestinais, diarreias e alergias. O objetivo deste trabalho foi realizar um levantamento bibliográfico sobre o aleitamento materno, com seus aspectos históricos, sociais, culturais e psicológicos; sobre a anátomo-fisiologia da mama e lactação; dificuldades, vantagens e leis da amamentação; técnicas de amamentação e desmame e atuação do enfermeiro na assistência ao aleitamento materno. Ao final, buscou-se dados secundários de um grupo de gestantes da Secretaria Municipal de Berilo – MG, a fim de analisar o aleitamento das puérperas. Os resultados indicam que além de fortalecer o sistema de defesa da criança, o leite do peito é sinal de amor incondicional. Mas, apesar dos claros benefícios, muitos profissionais e a população têm pouca informação sobre a amamentação, anatomo-fisiologia da mama, técnicas corretas de amamentar, entre outros. Uma parcela menor (26%) de mães não realizaram aleitamento exclusivo até os seis meses de idade. Discute-se se a falta de orientações e de incentivo leve muitas mães a pararem de amamentar ou nem consigam iniciar, assim como problemas físicos, emocionais e sócio-econômicos não esclarecidos no período gestacional. Os profissionais enfermeiros e a equipe devem fazer todos os esforços para proteger, promover e apoiar o aleitamento materno, e para identificar as possíveis crenças que levam as puérperas a deixarem a amamentação ou não a fazerem exclusivamente pelos primeiros seis meses.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno, enfermeiro, práticas educativas.

## ABSTRACT

Breast milk is the primary source of feeding the child and brings many benefits: it possess immunobiological constituents, antimicrobial and immunomodulatory properties. Breastfed children have fewer respiratory infections, gastrointestinal disorders, diarrhea and allergies. The objective of this study was to do a survey on breastfeeding, with its historical, social, cultural and psychological aspects, on the anatomo-physiology of the breast and lactation, difficulties, advantages and laws of breastfeeding, breastfeeding and weaning techniques and performance of nurses in care of breastfeeding. Finally, we sought secondary data from a group of pregnant women of the Municipal Berilo - MG, in order to examine the breastfeeding mothers. The results indicate that besides strengthening the defense system of the child, breast milk is a sign of unconditional love. But despite the clear benefits, many professionals and the public have little information about breastfeeding, breast anatomy, physiology, correct techniques of breastfeeding, among others. A smaller portion (26%) of mothers had no exclusive breastfeeding until six months old. We discuss that the lack of guidance and encouragement lead many mothers to stop breastfeeding or start nor succeed as well as physical problems, emotional and socio-economic unenlightened in the gestational period. The nurses and staff should make every effort to protect, promote and support breastfeeding, and to identify possible beliefs that lead these mothers to stop breastfeeding or not to do so exclusively for the first six months.

Keywords: Breastfeeding, nursing, educational practices.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Anatomia interna da mama.....	18
Figura 2 - Anatomia externa da mama.....	18
Figura 3 - Reflexo da prolactina na produção do leite.....	20
Figura 4 - Reflexo da ocitocina na produção do leite materno.....	21
Figura 5 - Mama apresentando a descida do colostro nos primeiros dias pós-parto.....	24
Figura 6 - Pega correta do bebê ao seio materno.....	34
Figura 7 - Cuidados com a mama.....	34
Figura 8 - Lavagem das mãos e higienização das mamas.....	35
Figura 9 – Bebê em posição para arrotar .....	35
Figura 10 - Puérperas que aderiram às informações sobre Aleitamento Materno pelo Profissional Enfermeiro durante o Pré-natal, e amamentaram exclusivamente até o sexto mês, Berilo-MG, 2010 .....	41



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais Componentes Imunológicos do Leite Materno..... 22

Quadro 2 - Comparação do leite materno com outros leites..... 23

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	11
2. Metodologia .....	12
3. Resultados .....	13
Capítulo 1: Revisão de Literatura.....	13
3.1. Aspectos do Aleitamento Materno .....	13
3.1.1 Aspectos Históricos do Aleitamento Materno.....	13
3.1.2 Aspectos Sociais do Aleitamento Materno.....	14
3.1.3 Aspectos Culturais do Aleitamento Materno.....	15
3.1.4 Aspectos Psicológicos no Aleitamento Materno.....	15
3.2 Anatomia e Fisiologia da Mama e Lactação .....	18
3.2.1 Conceito e Anatomia da Mama.....	18
3.2.2 A produção Láctea: hormônios e reflexos.....	19
- Prolactina: o hormônio secretor de leite.....	19
- Ocitocina: o hormônio da “descida” do leite.....	20
- Como o leite é produzido.....	21
- Composição do leite materno.....	22
- Leite Maduro.....	25
- Leite do Começo.....	25
- Leite do Fim.....	25
3.3 Dificuldades, Vantagens e Leis da Amamentação.....	25
- Dificuldades iniciais da amamentação .....	25
- Vantagens do aleitamento materno .....	27
- Dificuldades no período da lactação e orientações .....	28
- As leis de proteção à nutrição.....	31
3.4 Técnicas de amamentação e desmame.....	32
- Técnicas corretas para amamentar .....	32
- Extração do Leite Materno.....	36
- Desmame .....	38
Capítulo 2: Atuação do Enfermeiro.....	38
3.5.1 Consulta de Enfermagem Pré-Natal.....	40
3.5.2 Como deve ser o acompanhamento no puerpério imediato.....	40
4. Conclusão.....	43
5.Referências.....	44

## 1. INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é uma das maneiras mais eficientes de atender os aspectos nutricionais, imunológicos e psicológicos da criança em seu primeiro ano de vida, portanto é praticamente um sinônimo de boa sobrevivência para o recém-nascido, um direito. (ICHISATO; SHIMA, 2001).

O aleitamento materno é uma prática natural e eficaz. Um ato cujo sucesso depende de fatores históricos, sociais, culturais e psicológicos da puérpera, assim como do compromisso e conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde envolvidos na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno. O profissional de saúde deve identificar durante o pré-natal, os conhecimentos, a experiência prática, as crenças e a vivência social e familiar da gestante, a fim de promover educação em saúde para o aleitamento materno e garantir vigilância e efetividade durante a nutriz no pós-parto.

O aleitamento materno deve ser exclusivo até o sexto mês de vida e mantido associado a outros alimentos até o segundo ano de vida, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2001).

O programa nacional de incentivo ao aleitamento materno, coordenado pelo Ministério da Saúde, teve início no começo dos anos 80, com ênfase na informação aos profissionais de saúde e ao público em geral, na legislação para proteção da mulher no trabalho no período de amamentação e no combate à livre propaganda de leites artificiais para bebês.

Anterior a esta década, a prática do aleitamento materno havia deixado de ser prioridade, como resultado de vários acontecimentos sociais e interesses econômicos. Então, na década de 90, resgatou-se esta prática, no intuito de promover uma melhoria da qualidade de vida em todo o mundo, principalmente nos países em desenvolvimento.

No Brasil, a duração média do aleitamento materno é de sete meses, sendo de apenas um mês, o exclusivo (Ministério da Saúde, 2001).

Com a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, iniciou-se um processo de conscientização dos profissionais, enfatizando a responsabilidade de todos na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno.

O enfermeiro é o profissional que mais estreitamente se relaciona com a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e tem importante papel nos programas de

educação em saúde durante o pré-natal. Ele deve preparar a gestante para o aleitamento, para que no pós-parto o processo de adaptação da puérpera ao aleitamento seja facilitado e tranquilo, evitando assim, dúvidas, dificuldades e possíveis complicações (BRASIL, 2002).

Para que o enfermeiro coordene as suas tarefas, desde a administração até as atividades assistenciais, é necessário que ele sistematize a sua assistência para facilitar a solução de problemas, agilizar e dinamizar suas ações. Nessa perspectiva, o enfermeiro conseguirá organização e seqüência em suas atividades, evitando lacunas na assistência.

O objetivo deste trabalho foi realizar um levantamento bibliográfico sobre o aleitamento materno, com seus aspectos históricos, sociais, culturais e psicológicos; sobre a anátomo-fisiologia da mama e lactação; dificuldades, vantagens e leis da amamentação; técnicas de amamentação e desmame e atuação do enfermeiro na assistência ao aleitamento materno. Ao final, buscou-se dados secundários de um grupo de gestantes da Secretaria Municipal de Berilo – MG, a fim de analisar o aleitamento das puérperas.

## **2. METODOLOGIA**

A primeira parte do trabalho foi uma pesquisa bibliográfica no Google Acadêmico, em que foram utilizados os descritores aleitamento materno, enfermeiro e práticas educativas. Foram selecionados artigos entre os anos de 1981 a 2010, que se relacionavam aos temas: o aleitamento materno, com seus aspectos históricos, sociais, culturais e psicológicos; a anátomo-fisiologia da mama e lactação; dificuldades, vantagens e leis da amamentação; técnicas de amamentação e desmame e atuação do enfermeiro na assistência ao aleitamento materno.

A segunda parte desta pesquisa foi o levantamento de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Berilo-MG, de 30 puérperas do PSF Saúde em Casa, nos anos de 2009-2010, em relação ao aleitamento materno. Os dados foram analisados em termos da atuação do enfermeiro nas orientações de pré-natal e acompanhamento das puérperas.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **Capítulo 1. REVISÃO DE LITERATURA**

##### **3.1. Aspectos do Aleitamento Materno**

###### **3.1.1. Aspectos Históricos no Aleitamento Materno**

Foram as européias que trouxeram para o Brasil o hábito de não amamentar seus filhos, deixando essas tarefas para as índias. Essas, por sua vez, tinham uma grande rejeição em dar o seu leite para os filhos de outras mães. Nos séculos XVII e XVIII, com a chegada das negras escravas, estas passaram a amamentar os filhos das sinhás, tornando-se amas de leite.

Já no século XX, com a evolução da indústria de leites e a inserção da mulher no mercado de trabalho, a partir da década de 50, muitas mães deixaram de oferecer seu leite. Em regiões mais pobres do país, este fato levou a altos índices de mortalidade infantil.

A partir da década de 70, iniciou-se um movimento de resgate da prática da amamentação na maioria dos países, inclusive no Brasil, em resposta às denúncias freqüentes do aumento da mortalidade infantil decorrente das conseqüências nefastas do uso indiscriminado de leite de outras espécies. Em 1976, o Ministério da Saúde criou o Comitê Nacional de Aleitamento Materno, resgatando a amamentação exclusiva. No ano de 1977, o comitê recomendou o alojamento conjunto de mães e filhos nos quartos de hospital.

No Brasil, até o início de 1980, as atividades de incentivo ao aleitamento materno aconteciam de forma isolada e envolviam, sobretudo, o setor saúde. Em 1981, foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), autarquia do Ministério da Saúde, que passou a ser o órgão responsável pelo planejamento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento natural no país.

O leite materno é a primeira fonte alimentar da criança e traz inúmeros benefícios, por possuir componentes imunobiológicos, antimicrobianos e

imunomodulares. A mãe que amamenta exclusivamente até os seis meses não precisa se preocupar com água, chá ou qualquer outro alimento ao bebê, nesse período. O leite materno é um alimento completo e digestivo para o bebê, além de sua ação imunizante, o que o protege de diversas doenças. O aleitamento materno exclusivo é considerado indispensável nos primeiros seis meses de vida da criança, tanto para o desenvolvimento físico como emocional, pois o leite do peito é sinal de amor incondicional. Mas, apesar dos claros benefícios, grande parte da população ainda tem pouca informação sobre a amamentação.

O aleitamento materno deve ser realizado de forma irrestrita e atendendo à livre demanda, pois o leite materno está sempre em perfeitas condições, mesmo que a mãe esteja doente, menstruada, grávida ou desnutrida.

Estamos ainda longe de atender às recomendações da OMS no que concerne ao número de recém-nascidos amamentados e pelo período adequado. No Brasil, a última pesquisa nacional sobre a situação do aleitamento natural, realizada pelo Ministério da Saúde em 1999, encontrou uma duração mediana de aleitamento materno de 7 meses e uma duração mediana de amamentação exclusiva de apenas 1 mês. Apesar de 96% das mães iniciarem a amamentação, apenas 9,7% a mantêm de forma exclusiva até os 4-6 meses e 44,2% continuam amamentando seus filhos até um ano de vida (referência).

A falta de orientações e de incentivo faz com que muitas mães parem de amamentar ou nem consigam iniciar a amamentação, devido às questões que envolvem problemas físicos, emocionais e/ou sócio-econômicos não esclarecidos no período gestacional, à falta de capacitação dos profissionais de saúde e até à estrutura física das instituições de saúde. Conseqüentemente, cresce o número de crianças mais susceptíveis às doenças pela imunodepressão e desnutrição.

### 3.1.2 Aspectos Sociais no Aleitamento Materno

Existem vários fatores ligados ao ambiente social e econômico familiar e aos serviços de saúde que interferem na adoção do padrão alimentar e na duração do aleitamento ao peito.

Entende-se que o abandono da prática do aleitamento materno e a substituição total ou em parte do leite materno, precocemente, por outros alimentos

são ainda mais nefastos quando adotados para as crianças pobres, uma vez que essas estão mais expostas a muitos agentes infecciosos, têm menor capacidade de resposta imunológica e menor chance de receberem as intervenções e cuidados que podem prevenir ou tratar até as doenças mais comuns. Nesse sentido, a prática alimentar na infância, similarmente a outros eventos em saúde, guarda estreita relação com as condições de vida, com a definição e priorização das políticas públicas e com o poder e capacidade de escolha materna (OLIVEIRA et al. 2003 ou 2002, como está na referência?).

### 3.1.3 Aspectos Culturais no Aleitamento Materno

As crenças e os tabus influenciam no aleitamento materno (ICHISATO; SHIMO, 2001). Os enfermeiros necessitam conhecer a cultura da comunidade, comportamentos, pensamentos e atos arraigados, para obterem dados que possam ser utilizados para a criação de políticas de saúde na área materno-infantil voltadas para a real dimensão dos problemas da mulher e da criança.

É importante lembrar que cada cliente tem a sua subjetividade, a sua tradição cultural, os seus hábitos, tabus e crenças fundamentados em seus antepassados. Deve-se respeitá-los, sem ditar-lhes normas e condutas, modelos de saúde impostos, querendo que estes cumpram o “protocolo”. Tendo em vista a importância do aleitamento materno para a criança e a mulher, entende-se que o sucesso da amamentação, também está relacionada a programas educativos de diversas naturezas. A cultura constrói o saber do homem. As crenças e os tabus fazem parte desta construção como herança sociocultural, determinando diferentes significados do aleitamento materno para a mulher. A decisão de amamentar ou não o seu bebê, alimentar-se ou não de determinados alimentos no puerpério, dependem do significado que a mulher atribui a esta prática (ICHISATO; SHIMO, 2001).

### 3.1.4 Aspectos Psicológicos no Aleitamento Materno

De modo geral, as futuras mães têm a informação de que é importante amamentar o seu futuro bebê. Porém, a nível emocional, as dificuldades no decorrer do processo, ou seja, na prática, aparecem freqüentemente. Através da amamentação, mãe-filho têm maior oportunidade de envolvimento e

aprofundamento afetivo. Psicologicamente, ocorre uma redução do efeito traumático da separação provocada pelo parto. Portanto, a amamentação não é apenas um processo fisiológico de amamentar o bebê, mas envolve um padrão mais amplo de comunicação psicossocial entre mãe e bebê. Do ponto de vista psicológico, um dos aspectos mais relevantes é: a mãe que amamenta possibilita ao seu bebê, além das vantagens nutritivas do leite materno, o contato epidérmico fundamental para seu desenvolvimento (ABREU, 1998).

Para Maldonado (1981) é através deste contato que a criança relaciona-se com o mundo, abrindo-se para novas experiências. É este contato corporal, que constitui a origem principal do bem-estar, segurança e afetividade, dá ao bebê a capacidade de procurar novas experiências.

Uma conjunto de fatores, de atividades, necessitam existir e se manifestar para que a amamentação ocorra com sucesso. Quando a mãe está cercada de pessoas que conseguem ajudá-la e apoiá-la, sem desqualificar suas capacidades de cuidar do bebê, os sentimentos de autoconfiança e satisfação emocional aumentam. Conseqüentemente, o reflexo de produção de leite ocorre e é satisfatória. Assim, é importante a existência de um ambiente familiar favorável que transmita encorajamento (ABREU, 1998).

No entanto, observa-se comumente atitudes críticas, desencorajadoras e pouco confiantes por parte de parentes e amigos da puérpera, especialmente no que se refere à sua capacidade de amamentar. É freqüente que, diante de qualquer coisa peculiar que aconteça ao bebê, as primeiras suspeitas recaiam sobre o leite materno (“é fraco”, “provoca cólicas”, “dá diarréia” ou “dá prisão de ventre”, etc.), carregando implicitamente uma mensagem de inadequação para a mulher como mãe com o efeito não só de inibir a lactação, através da ansiedade, como também prejudicar muitas vezes outras funções maternas, comprometendo o estabelecimento de uma ligação afetiva boa e tranqüila com a criança. As emoções afetam a lactação através de mecanismos psicossomáticos específicos. Calma, confiança e tranqüilidade favorecem um bom aleitamento; por outro lado, medo, depressão, tensão, dor, fadiga e ansiedade tendem a provocar o fracasso da amamentação (MALDONADO, 1981).

Observa-se também que o curso do aleitamento poderá ser determinado por fatores tais como: o medo de perder a estética dos seios com a amamentação; uma



dissociação entre maternidade e sexualidade: a mulher que não amamenta por considerar os seios como símbolos sexuais e a amamentação como algo “puro”, destituído de sensualidade, o que pode levá-la a optar por uma ou outra prática. A maior incidência da alimentação artificial e a altíssima percentagem de fracasso nas tentativas de amamentar refletem não só mudanças tecnológicas e sociais, mas podem também refletir o caráter anti-instintivo e esquizóide da nossa época, em que os afetos e a proximidade emocional são tão temidos. (ABREU, 1998). É nesta tendência que se inserem o parto sob narcose, a cesária a pedido e a secagem artificial do leite (MALDONADO, 1981).

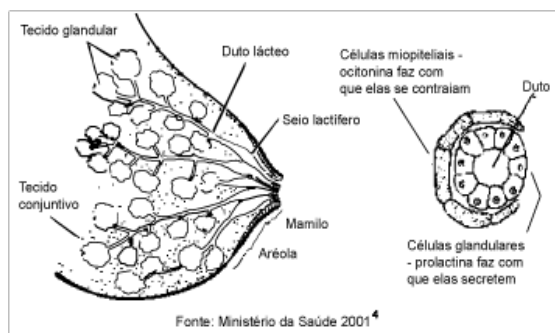
Um outro fator que faz com que a amamentação seja vivenciada de forma tão assustadora por várias mulheres é o medo de “ficar presa”, pois a mamadeira pode ser administrada por qualquer pessoa. E ainda, a mamadeira simboliza um objeto intermediário que lhes dá segurança de um certo grau de afastamento e não envolvimento. A mulher que trabalha fora, especialmente as profissionais autônomas que geralmente não podem desfrutar dos meses de licença gestante, uma vez que um afastamento mais prolongado do trabalho pode comprometer o orçamento, ficam ansiosas para voltar ao estilo de vida executivo e acabam adotando a alimentação artificial por não conseguirem estruturar o tempo para a amamentação. No entanto, muitas são as alternativas para estruturar e conciliar a volta às atividades profissionais com a amamentação. Para que as futuras mães não sejam surpreendidas com dificuldades que só vão conhecer verdadeiramente quando o bebê chegar, deve-se realizar durante a gestação um trabalho complementar de orientação psicológica, onde terão oportunidade de obter mais informações sobre si mesmas, sobre as dificuldades mais comuns e como administrá-las de forma a possibilitar um início de vida saudável para o bebê e um puerpério o mais tranquilo possível. Normalmente as preocupações da gestante voltam-se mais freqüentemente para o enxoval, decoração do quarto, espaço físico, qual nome escolher para o bebê, etc. Enfim, são poucas as gestantes que valorizam e procuram um acompanhamento psicológico para garantir uma gestação, parto e puerpério o menos estressante possível, tirando proveito desta agraciada etapa da vida de uma mulher, para amadurecer como ser humano e para garantir que o seu bebê desfrute o máximo possível de equilíbrio, harmonia e saúde mental (ABREU, 1998).

## 3.2. ANATOMIA E FISIOLOGIA DA MAMA E LACTAÇÃO

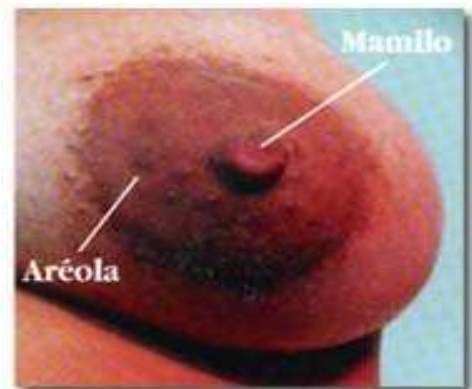
### 3.2.1. Conceito e anatomia da mama

As mamas são anexos da pele que situam-se ventralmente a músculos da região peitoral, entre as camadas superficial e profunda da tela subcutânea. Seu parênquima é formado de glândulas cutâneas modificadas que se especializam na produção de leite após a gestação (DANGELO; FATTINI, 2002).

A mama é formada em parte por tecido glandular e em parte por tecido conjuntivo e gordura. O tecido glandular produz o leite que posteriormente é conduzido ao mamilo através de pequenos canais ou dutos. Antes de atingir o mamilo, os dutos se tornam mais largos e formam os seios lactíferos, nos quais o leite é armazenado. Aproximadamente dez a vinte dutos muito finos ligam os seios lactíferos ao exterior, através da ponta do mamilo. O mamilo é muito sensível, pois possui várias terminações nervosas, isso é um importante fator para o desencadeamento dos reflexos que auxiliam a “descida” do leite. Ao redor do mamilo há um círculo de pele mais escura chamado de aréola, onde existem pequenas elevações. São glândulas que produzem um líquido oleoso que ajuda a manter a pele do mamilo macia e em boas condições (DANGELO; FATTINI, 2002). A figura 1 mostra a forma anatômica interna da mama e a figura 2 apresenta o formato anatômico externo.



**Figura 1** – Anatomia da mama



**FIGURA 2** – Anatomia externa da mama.  
Fonte: Centro de Estudos em Enfermagem

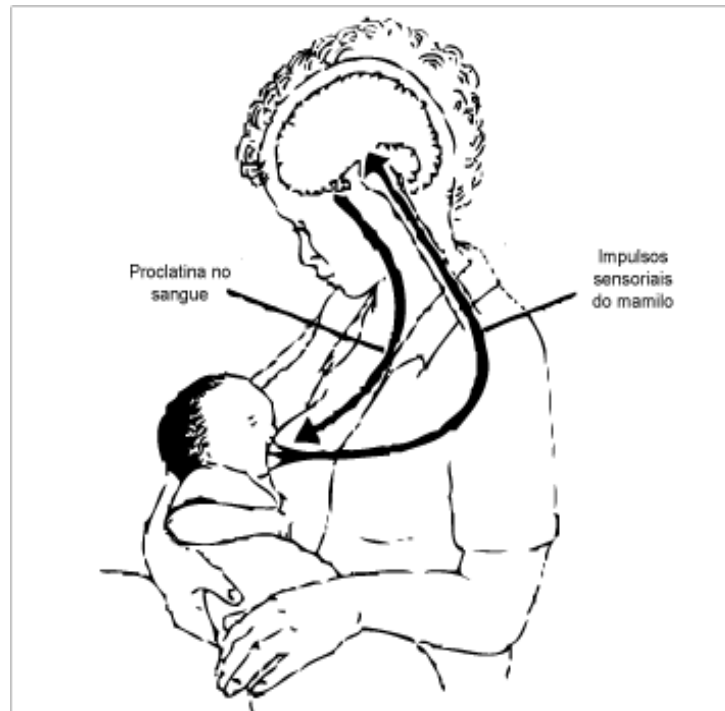
**FIGURA 1** – Anatomia interna da mama.  
Fonte: Ministério da Saúde, 2001  
data?

### **3.2.2. A produção láctea : hormônios e reflexos**

O leite materno é produzido pela ação de hormônios e reflexos. Durante a gravidez, hormônios preparam o tecido glandular para a produção do leite. O tecido glandular se desenvolve mais e as mamas ficam maiores. Logo após o parto, os hormônios fazem com que a mama comece a produzir leite. Quando a criança começa a sugar, dois reflexos fazem o leite “descer” na quantidade e no momento certos. Deve-se utilizar todo o conhecimento sobre os reflexos na orientação das mães (Ministério da Saúde, 2001).

#### **Prolactina: o hormônio secretor de leite**

A glândula pituitária, localizada na base do cérebro, produz um hormônio chamado prolactina. A prolactina estimula as células glandulares da mama a produzir o leite. Cada vez que a criança suga, estimula as terminações nervosas do mamilo. Estes nervos levam o estímulo para a parte anterior da glândula pituitária, que produz a prolactina. A prolactina é levada até as mamas através da circulação sanguínea, produzindo o leite. A prolactina atua depois que a criança suga, produzindo leite para a próxima mamada. O reflexo de produção ou reflexo da prolactina é produzido pela estimulação do mamilo que leva à secreção do leite. A glândula pituitária produz mais prolactina durante a noite do que durante o dia. Portanto, o aleitamento materno à noite ajuda a manter uma boa produção de leite. (Ministério da Saúde, 2001). A figura 3 ilustra o reflexo da prolactina.



**FIGURA 3 – Reflexo da produção do leite ou reflexo da prolactina**

Fonte: Ministério da Saúde, 2001.

### **Ocitocina: o hormônio da “descida” do leite**

O leite é ejetado por pequenas células musculares, situadas ao redor do tecido glandular; o hormônio ocitocina provoca a contração dessas células estimulando esta ejeção (Ministério da Saúde, 2001).

Da mesma forma que a prolactina, a ocitocina é produzida quando os nervos do mamilo são estimulados pela sucção. A ocitocina é produzida na parte posterior da glândula pituitária e vai pela corrente sanguínea para as mamas. A ocitocina atua enquanto a criança esta sugando e faz o leite “descer” para a mamada (Ministério da Saúde, 2001).

Manifestações emocionais positivas podem ajudar a ejeção: olhar o bebê quando amamenta, sentir seu cheiro, estar segura e tranqüila. Manifestações negativas podem inibir a ejeção: não desejar amamentar, estar ansiosa, preocupada, insegura, nervosa, estressada e/ou sentindo dor (Ministério da Saúde, 2001).

A figura 4 representa o reflexo da ocitocina na ejeção do leite materno.



**FIGURA 4 – Reflexo da descida do leite ou reflexo da ocitocina**

Fonte: Ministério da Saúde, 2001.

### Como o leite é produzido

No primeiro trimestre da gestação, as glândulas de Montgomery aumentam, a aréola e pele a sua volta, começam a escurecer. Estas glândulas começam a secretar um lubrificante antimicrobiano, que irá se manter em ação até o final da lactação. No segundo trimestre, ao final dos ductos que vinham se ramificando, começam a se desenvolver os alvéolos onde será produzido o leite. Isso se torna possível sob a influência dos hormônios que atuavam no ciclo menstrual, estrógeno e progesterona (pró-gestação), e que com a sabedoria e equilíbrio da natureza, passam a atuar pelo bom desenvolvimento das mamas, preparando-as para o aleitamento. Neste período, por volta do quinto mês, já existe a produção do colostro e se necessário do leite, no caso de um parto prematuro. No terceiro trimestre as aréolas e mamilos crescem e escurecem ainda mais, isto pode servir como estímulo visual ao recém nascido enquanto procura a mama. Quando o bebê mama, as terminações nervosas presentes no mamilo geram impulsos que são levados até a hipófise, glândula situada no cérebro, que em sua região anterior irá produzir a prolactina, que liberada na corrente sanguínea, seguirá aos alvéolos, ativando suas células secretoras de leite (RABBONI, 2002).

## Composição do leite materno

O leite materno é um líquido rico em gordura, minerais, vitaminas, enzimas e imunoglobulinas (Quadro 1), que protege contra doenças. Apesar do leite maduro ser formado por 87% por água, os restantes 13% são uma poderosa combinação de elementos fundamentais para o crescimento e desenvolvimento da criança. Recém-nascidos perdem 25% do calor do seu corpo através da evaporação de água dos seus pulmões e pele. A gordura no leite humano proporciona uma fonte de energia para seu crescimento e desenvolvimento, proporciona o colesterol necessário e ácidos essenciais de gordura. O leite materno é rico em ácidos graxos insaturados de cadeia longa, importantes para o desenvolvimento e mielinização do cérebro. Ácido aracdônico e linoléico, assim como gorduras poliinsaturadas, existem em maiores concentrações no leite humano, ambos importantes na síntese de prostaglandinas. O leite humano contém também, maiores concentrações de aminoácidos essenciais de alto valor biológico (cistina e taurina), que são fundamentais ao crescimento do sistema nervoso central. Isso é particularmente importante para o prematuro, que não consegue sintetizá-los a partir de outros aminoácidos, por deficiência enzimática.

**Quadro 1: Principais Componentes Imunológicos do Leite Materno**

<b>Componentes</b>	<b>Mecanismo</b>
IgA secretora	Impermeabilização antisséptica das mucosas (digestiva, respiratória, urinária).
Lactoferrina	Ação bacteriostática (retirada de ferro)
Lisozima	Ação bactericida (lise das bactérias)
Macrófagos	Fagocitose (engloba as bactérias)

Fonte: OMS/CDR/93.6.

O principal carboidrato é a lactose. Mais de 30 açúcares já foram identificados no leite humano, como a galactose, frutose e outros oligossacarídeos. A concentração de lactose é de 4% no colostro e de até 7% no leite maduro. A lactose facilita a absorção de cálcio e ferro e promove a colonização intestinal com *Lactobacillus bifidus*. O leite materno não tem exatamente sempre a mesma composição. Há algumas modificações importantes e normais. A composição do leite também apresenta pequenas variações com a alimentação da mãe, mas essas alterações raramente têm algum significado. Nos primeiros dias depois do parto, as mamas secretam colostro. O colostro é amarelo e mais grosso que o leite maduro e é secretado apenas em pequenas quantidades. Mas isto é suficiente para uma criança normal e é exatamente aquilo de que precisa para os primeiros dias. Contém mais anticorpos e mais células brancas que o leite maduro. Confere a primeira “imunização”, protegendo a criança contra a maior parte das bactérias e vírus, benefícios que não são encontrados no leite de vaca ou em outros leites artificiais (Quadro 2).

**Quadro 2: Comparação do leite materno com outros leites**

	<b>Leite Humano</b>	<b>Leite Animal</b>	<b>Leite Artificial</b>
<b>Propriedades anti-infecciosas</b>	Presente	Ausente	Ausente
<b>Fatores de crescimento</b>	Presente	Ausente	Ausente
<b>Proteínas</b>	Quantidade adequada, fácil de digerir.	Excesso, difícil de digerir.	Parcialmente modificado.

<b>Lipídeos</b>	Suficiente em ácidos graxos essenciais, lipase para digestão.	Deficiente em ácidos graxos essenciais, não apresenta lipase.	Deficiente em ácidos graxos essenciais, não apresenta lipase.
<b>Minerais</b>	Quantidade correta	em excesso	parcialmente correto

Fonte: OMS/CDR/93.6

O colostro é também rico em fatores de crescimento que estimulam o intestino imaturo da criança a se desenvolver. O fator de crescimento prepara o intestino para digerir e absorver o leite maduro e impede a absorção de proteínas não digeridas. Se a criança recebe leite de vaca ou outro alimento antes de receber o colostro, estes alimentos podem lesar o intestino e causar alergias. O colostro é laxativo e auxilia a eliminação do mecônio (primeiras fezes muito escuras), o que ajuda a evitar a icterícia (ARCOVERDE, 2005).

A Figura 5 abaixo mostra a “descida” do colostro nos primeiros dias após o parto.



**FIGURA 5:** Mama apresentando a descida do colostro nos primeiros dias pós-parto.

Fonte: CENFOBS - Centro de Estudos em Enfermagem Obstétrica.



### **Leite Maduro**

Em uma ou duas semanas, o leite aumenta em quantidade e muda seu aspecto e composição. Este é o leite maduro que contém todos os nutrientes que a criança precisa para crescer. O leite materno maduro parece mais ralo que o leite de vaca, o que faz com que muitas mães pensem que seu leite é fraco. É importante esclarecer que esta aparência aguada é normal e que o leite materno fornece água suficiente, mesmo em climas muito quentes (ARCOVERDE, 2005).

### **Leite do Começo**

O leite do começo surge no início da mamada. Parece acinzentado e aguado. É rico em proteína, lactose, vitaminas, minerais e água (ARCOVERDE, 2005).

### **Leite do Fim**

O leite que surge no final da mamada parece mais branco do que o leite do começo porque contém mais gordura. A gordura torna o leite do fim mais rico em energia. Fornece mais da metade da energia do leite materno. A criança precisa tanto do leite do começo quanto do fim para crescer e se desenvolver. É importante deixar que ela pare espontaneamente de mamar. A interrupção da mamada pode fazer com que receba pequena quantidade de leite do fim e, conseqüentemente, menos gordura (ARCOVERDE, 2005).

Segundo ARCOVERDE (2005), o Quadro 2 a seguir apresenta os principais componentes imunológicos do leite materno. Mostra claramente os benefícios do leite materno em relação aos demais.

## **3.3. Vantagens, Dificuldades e Técnicas de Amamentação**

### **Dificuldades iniciais da amamentação**

Diversos estudos indicam que a educação sobre aleitamento materno no pré-natal e no período puerperal funciona como prática preventiva para diminuir as dificuldades iniciais na amamentação. Desta forma é imprescindível que os profissionais de saúde estejam atentos para todos os aspectos que envolvam este

momento tão importante. Alguns fatores críticos relacionados com a dificuldade inicial da mãe no estabelecimento da amamentação e desmame precoce são: idade da mãe, escolaridade, presença do companheiro, aceitação da gravidez, paridade, prática em amamentação, problemas com a mama e mamilo, introdução precoce da mamadeira, acesso ao leite artificial e exposição à promoção comercial de substitutos do leite materno, orientação dos profissionais de saúde, tabus alimentares e falta de conhecimento do valor nutricional do leite materno. A idade e o grau de instrução interferem quanto a motivação e tempo de amamentação. Mães muito jovens apresentam mais dificuldades e amamentam por menos tempo, enquanto mães com maior grau de instrução amamentam por mais tempo (SANCHES, 2002).

Quanto ao número de filhos e experiência anterior na amamentação, as mulheres que vivenciaram experiência positiva anterior em relação à amamentação de outros filhos, superando as barreiras iniciais e amamentando durante os primeiros meses de vida, apresentam-se pré-disponíveis para amamentar um novo bebê e geralmente amamentam durante mais tempo. As mulheres que vivenciaram experiências negativas na amamentação, como dor, problemas relacionados a mama puerperal ou outras dificuldades, geralmente não demonstram o mesmo interesse e pré-disposição. A aceitação da gravidez e presença ativa do companheiro são apontadas como fatores de incentivo à amamentação. O pai deve dividir as responsabilidades nos cuidados com a criança e dar apoio à mãe, nas primeiras semanas e meses de vida do bebê. O auxílio de uma pessoa em casa (parente, amiga ou funcionária) pode ser positivo no estímulo ao aleitamento, mas também pode interferir negativamente nos mitos e tabus do aleitamento. Destacam-se ainda os problemas com a mama, principalmente quanto ao ingurgitamento mamário e traumas dos mamilos, os quais trazem muita dor ou desconforto para a mãe, dificultando a continuidade do aleitamento, caso não sejam devidamente tratados. Malformações da mama ou mamilos (planos, invertido, pseudo-invertidos), cirurgias redutivas da mama, mamilo retrátil ou mamilo ineslático poderão ocasionar dificuldades da ordenha ou da sucção do bebê. Da mesma forma, mamas volumosas ou ingurgitadas geram dificuldades. No que se refere ao binômio mãe-recém nascido (RN), fatores relacionados às práticas hospitalares, incluindo tipo de parto, amamentação na primeira meia hora de vida, alojamento conjunto, orientação e auxílio dos profissionais de saúde na prática da amamentação, são importantes

para superar barreiras do aleitamento materno. Outra dificuldade inicial do aleitamento materno, amplamente descrita na literatura relativa ao binômio mãe-RN, refere-se à condição do posicionamento e do encaixe do recém-nascido ao peito (pega). Estudos apontam que a correta técnica de sucção durante a primeira semana após o nascimento está relacionada com o longo sucesso do aleitamento. A postura inadequada assumida na amamentação gera um posicionamento incorreto da boca do bebê ao peito, interferindo na dinâmica de sucção e extração de leite, principalmente quando o recém-nascido fica muito afastado do corpo da mãe, sem apoio no quadril, com a cabeça solta, boca distante da aréola, sugando só o mamilo ou com a mãe segurando inadequadamente a mama, comprimindo os ductos lactíferos ao segurar o peito (SANCHES, 2002).

### **Vantagens do Aleitamento Materno**

Para o bebê:

- O leite materno é o mais completo alimento para o bebê até o 6º mês de vida.
- É de fácil digestão.
- Protege o bebê contra doenças como: diarreia, resfriados, infecções urinárias e respiratórias, alergias e problemas na arcada dentária.
- Protege a criança contra várias doenças, pois contém todas as substâncias necessárias para bem nutri-la e imunizá-la.
- Previne as alterações estruturais e funcionais da face, promovendo o desenvolvimento harmônico dessa musculatura.
- Auxilia o movimento dos músculos e ossos da face, promovendo melhor flexibilidade na articulação das estruturas que participam da fala.
- Estimula o padrão respiratório nasal do bebê, facilitando a oxigenação de suas estruturas faciais.
- Desenvolve e fortalece a musculatura da boca da criança, melhorando o desempenho das funções de sucção, mastigação, deglutição e fonação.
- É uma forma muito especial e fortalecedora do relacionamento da mãe com o filho, que transmite segurança, carinho e amor ao bebê. Favorece um bom desenvolvimento físico e mental da criança e, conseqüentemente, estabilidade emocional e maior adaptação nas etapas da vida.

Para a mãe:

- Em geral, o corpo retorna ao normal mais rapidamente;
- Ajuda a reduzir o sangramento, diminuindo o tempo em que o útero e o volume do seio costumam levar para voltar ao tamanho normal;
- Aumenta o vínculo afetivo mãe-bebê.

Além disso, não custa nada, é de fácil aquisição, a temperatura ideal, estando livre de contaminações externas e prontas para o consumo.

### **Dificuldades no período da lactação e orientações**

Segundo VIEIRA (2002), a gestante deverá ser esclarecida no pré-natal quanto as dificuldades que poderão surgir no período da lactação, porém, indicar que serão todas contornáveis quando tratadas adequadamente. São elas:

- Ingurgitamento mamário, que é o aumento súbito e doloroso das mamas, que ocorre em dois ou três dias após o parto. É mais comum em primíparas, devido ao aporte sangüíneo aumentado e pelo edema da mama. Pode ser evitado com o início precoce da amamentação e maior freqüência das mamadas, manutenção das mamas firmes e elevadas com porta-seios bem ajustados, compressas frias entre as mamadas para reduzir a vascularização ou compressas mornas ou duchas de água morna antes das mamadas, para facilitar a saída do leite e utilização de analgésicos, se necessário.
- Mamilos Doloridos são muito comuns no início da amamentação, principalmente em mulheres de pele clara e primíparas. Causam desconforto e são um dos motivos de abandono da amamentação. Curam-se espontaneamente à medida que se insiste com a amamentação. Não se recomenda o uso de cremes ou pomadas, pois há necessidade de remover a medicação tópica usada e com esse procedimento removem-se também os elementos protetores naturais, propiciando o estabelecimento de fissuras e infecções.

- Rachaduras e Fissuras. As rachaduras são lesões superficiais que atingem somente a epiderme. Quando se aprofundam e alcançam a derme são chamadas de fissuras. Observadas nos primeiros dias de lactação, são geralmente precedidas de um quadro de ingurgitamento mamário, que leva a distensão da região areolar, causando geralmente erro de sucção. Isto porque o recém-nascido aplica a força de sua boca na região mamilar em vez de aplicá-la areolar, provocando traumatismos, tornando a pele mais tênue e friável. É bastante dolorosa, podendo culminar com interrupção da amamentação.
- Mastite Puerperal é o processo inflamatório agudo de origem infecciosa, mais freqüente entre a segunda e quarta semana de pós-parto. Na sua etiopatogenia, estão envolvidos o ingurgitamento mamário e as fissuras mamilares, sendo esta última a porta de entrada para os agentes patogênicos: em 95% dos casos o *Staphylococcus aureus*. Clinicamente, manifesta-se por sinais de hiperemia, aumento da temperatura local, dor, edema, febre, tremores e calafrios, que comprometem o estado geral da nutriz. Se a infecção persistir pode evoluir para o abscesso. A profilaxia consiste em evitar a estase da mama, as rachaduras ou fissuras mamilares. O tratamento compreende o esvaziamento da mama através de amamentação, que não deve ser interrompida, devendo ser iniciada pela mama contra lateral e após o reflexo de ejeção, passar para a mama afetada para amenizar a dor.
- Hipogalactia é a diminuição da produção de leite que pode estender-se até a agalactia, ou seja, ausência completa da lactação. É a razão mais freqüente para a introdução da alimentação suplementar e para o desmame. O “pouco leite” ou “leite fraco” é uma queixa freqüente entre as mães; geralmente está relacionada à insegurança ou inexperiência da nutriz, que pensa que o choro do seu bebê e as mamadas freqüentes são sinais de fome, o que leva a mãe a introduzir alimentação complementar com leite artificial, aliviando assim a tensão materna. Essa tranqüilidade é refletida no recém-nascido, que passa a chorar menos, reforçando a idéia de que realmente o RN estava passando fome. Com a introdução da mamadeira, ocorre menor estimulação dos mamilos, com conseqüente menor produção de leite, mamadas reduzidas e finalmente, interrupção da amamentação.

- Hipertrofia mamária da gravidez é o aumento exagerado do volume mamário uni ou bilateral, instalado no decurso da gravidez e apresentando, por ocasião do puerpério uma insuficiência na secreção Láctea. Deve-se fazer diagnóstico diferencial com processo inflamatório difuso ou neoplasia benigna ou maligna da mama.

Essas dificuldades poderão ser evitadas com as seguintes orientações:

- Conservar os seios sempre arejados.
- Não lavar os mamilos após cada mamada. O banho diário é suficiente.
- Em caso de rachaduras, continuar amamentando o bebê pelo seio menos ferido, retirando o leite do lado afetado por expressão manual;
- Não utilizar "pomadas" no local da rachadura. Utilizar o próprio leite, que também funciona como um excelente cicatrizante nesses casos.
- Caso o seio fique duro e ou empedrado, procurar usar sempre sutiã, suspender bem os seios para facilitar a saída do leite. Procurar amamentar com maior frequência;
- Caso a mamas fiquem muito cheias, massagear e retirar o excesso de leite para facilitar a sucção pela criança.
- Fazer massagens nas mamas com a polpa dos dedos em movimentos circulares no sentido da aréola (parte escura do seio) para o tórax.
- Procurar orientação médica ou de um banco de leite, em caso de febre alta, calafrios e vermelhidão nas mamas, pois pode ser início de mastite (inflamação que ocorre pelo acúmulo de leite).

O Ministério da Saúde, ao mesmo tempo que tem entre suas diretrizes a promoção do aleitamento materno, contra indica o leite materno quando este contém microorganismos ou substâncias que põem em risco a saúde e a vida da criança, causando, em algumas situações, a instalação de doenças incuráveis promotoras de uma existência limitada, sofrida e/ou a morte prematura da criança. As condições maternas contraindicadas para a amamentação são as seguintes:

- Infecção materna pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV);
- Infecção materna pelo citomegalovírus (CMV);

- Infecção materna pelos vírus Herpes simples e Herpes zoster;
- Infecção materna pelo vírus da Hepatite C (o HCV);
- Hanseníase;
- Infecção materna pelo Tripanossoma Cruzi (Doença de Chagas);
- Mães em quimioterapia/ radioterapia;
- Mães em exposição ocupacional e/ou ambiental a metais pesados (chumbo, mercúrio etc);
- Uso de medicamentos, drogas e metabólitos.

### **As leis de proteção à nutrição**

Segundo VIANA et al. (2004), a Constituição Federal Brasileira (1988) e a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT, 1943), garantem uma série de direitos às mães trabalhadoras. As mães precisam estar cientes de seus direitos, e muitas vezes, são os profissionais de saúde quem as orientam.

Segundo a Constituição Federal (Capítulo II - Art XVIII, 1988), as trabalhadoras da cidade e do campo têm direito à licença maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego.

Os pais tem direito à licença paternidade de cinco dias após o parto, para que possa dar assistência ao filho e à companheira, recebendo salário integral.

A gestante não pode ser demitida sem justa causa. Se isso acontecer, a empresa deve pagar a indenização prevista na lei. Casar ou engravidar não é motivo para demissão, e não pode constar em nenhum contrato de trabalho que uma mulher casada ou grávida seja demitida por esse motivo (Art.391 da Constituição Federal, 1988).

A gestante tem direito ao pagamento de salário integral. Na volta à empresa, ela pode ocupar o mesmo cargo que ela exercia antes do parto. Em caso de parto antecipado, a mulher terá sempre direito às 16 semanas de licença.

Alguns tipos de serviços, se forem feitos por mulheres grávidas, podem prejudicar o bebê, como o trabalho com raios-X ou produtos químicos. Nestes casos, mediante atestado médico, a mulher pode mudar de função na empresa (Art 392 da Constituição Federal, 1988).

Em casos excepcionais, os períodos de licença maternidade antes e depois do parto poderão ser aumentados de mais de duas semanas cada um, mediante atestado médico (Art 392 da Constituição Federal, 1988).

Ao retornar ao trabalho, a mulher que está amamentando tem direito a dois descansos nos primeiros seis meses, de meia hora cada um, além dos intervalos normais para repouso e alimentação durante a jornada de trabalho (Art 396 da Constituição Federal, 1988).

Toda empresa que empregar mais de 30 mulheres, deve garantir a creche para a criança até os seis anos de vida (Art 389,397 e 400 da CLT, 1943).

### **3.4. Técnicas de amamentação e desmame**

#### **Técnicas corretas para amamentar**

Na prática do aleitamento materno, é consenso na literatura que várias posições podem ser utilizadas para amamentar. Quem deve definir qual a melhor posição é sempre a mãe junto com o seu bebê, de modo que ambos sintam-se confortáveis e a mãe possa facilitar os reflexos orais do bebê, ajudando-o a abocanhar a porção adequada da mama (pega ótima). Assim, o bebê bem apoiado pode remover o leite efetivamente, deglutir e respirar livremente. Para os recém-nascidos que estão em fase de aprendizagem para ordenhar o peito, é importante que o seu corpo esteja sempre voltado e próximo ao corpo da mãe, com sustentação do quadril de forma que a boca permaneça na altura do mamilo e da aréola. Na pega adequada, o bebê abocanha a mama, formando um lacre perfeito. Na parte anterior, os lábios estão virados para fora e a língua apóia-se na gengiva inferior, curvando-se para cima, em contato com a mama. A mandíbula apóia-se sobre os seios lactíferos e o bebê abocanha o mamilo a aproximadamente dois a três centímetros da aréola. Na parte posterior, dentro da boca, a língua se eleva e funciona como um mecanismo oclusivo contra o palato mole, estabelecendo uma pressão intra-oral negativa, importante para extração do leite. Essa pressão mantém a mama (mamilo+aréola) dentro da boca do bebê, apesar de sua natureza retrátil. Desta forma, o vácuo intra-oral formado pelo rebaixamento, anteriorização/posteriorização e elevação da mandíbula, associado aos movimentos dos lábios, bochechas e coxins de gordura, formam uma ventosa que realizará a



ordenha, junto com o movimento de canolamento da língua. Para que ocorra a ordenha, a língua realiza movimentos ondulatórios de frente para trás (sem sair do lugar), iniciando pela ponta e comprimindo suavemente o mamilo, sem a fricção destes, o que poderia ocasionar traumas. No início de cada sucção, a mandíbula eleva-se, ajudando na compressão do peito (seios lactíferos), e realiza grande esforço nessa movimentação de elevação/abaixamento e anteriorização/posteriorização, o que gera importantes impulsos de crescimento da face e adequado desenvolvimento das funções orais, inclusive da fala. Quando a língua realiza o movimento posteriorizado, ou seja, atinge o terço posterior da boca, o leite acumulado toca essa região e inicia o reflexo de deglutição, sendo que movimentos peristálticos reflexos se encarregam da continuidade do transporte do alimento para o esôfago e ao longo do aparelho digestivo. Se o recém-nascido apresentar dificuldades em realizar pega e ordenha adequadas e em consequência disso ocorrer uma mamada ineficiente, torna-se difícil para o bebê retirar o leite posterior (do final da mamada), mais rico em calorias. Conseqüentemente, o bebê se cansa e adormece ou permanece agitado, com fome, querendo mamar toda hora, demonstrando-se irritado e chorão. Na continuação, passa a brigar com o peito e até recusando-se a mamar a toda hora, resultando num ganho de peso insuficiente (desnutrição). Isso leva à conclusão errônea, da mãe e familiares, quanto à existência de leite insuficiente ou fraco, que não sustenta o bebê (SANCHES, 2002). Algumas posições podem facilitar a amamentação:

- Posição sentada - com as costas bem apoiadas, com corpo do bebê junto ao corpo da mãe, ombro dele deverá descansar na curva do cotovelo da mãe; o braço da mãe apoiará as costas da criança, a mão livre da mãe direcionando a mama na boca da criança. O bebê abocanha a mama formando um lacre perfeito como mostra a figura 6.



**FIGURA 6 – Pega correta do bebê ao seio materno**

Fonte: CENFOBS - Centro de Estudos em Enfermagem Obstétrica.

- Posição invertida (no outro seio), uma mão sustenta o pescoço do prematuro, enquanto a outra sustenta o corpo da criança.
- Posição de cavaleiro - em posição vertical, a criança apoiada na perna da mãe, uma das mãos sustenta seu pescoço e a outra segura a mama direcionada à boca.

Antes de amamentar, a mãe deverá ser orientada em verificar se os seios estão macios como mostra a figura 7 (A, B e C).



FIGURA 7 - A



FIGURA 7 - B



FIGURA 7 - C

**FIGURA 7 – Cuidados com a mama.**

Fonte: CENFOBS - Centro de Estudos em Enfermagem Obstétrica.

Se o mamilo não estiver macio e a aréola estiver esticada, o bebê não consegue mamar. Para resolver esta situação, é preciso:

- Ésvaziar próximo da aréola até amaciá-la e com isso facilitar que o bebê consiga pegar o mamilo e principalmente evitar rachaduras.
- Lavar as mãos com água e sabonete.
- Se achar necessário: limpar as mamas apenas com água como mostra a figura 8 (A e B).



**FIGURA 8 - A**



**FIGURA 8 - B**

**FIGURA 8 – Lavagem das mãos e higienização das mamas**

Fonte: CENFOBS - Centro de Estudos em Enfermagem Obstétrica.

Após cada mamada, a mãe deverá usar o dedinho para interromper a sucção. Tirar o bebê bruscamente do seio pode ferir o mamilo. Há uma maneira de suspender a mamada com suavidade, interrompendo a sucção do bebê: coloque o dedo mínimo no canto da boca da criança, deixando entrar um pouquinho de ar. Em seguida deverá colocar o bebê para arrotar. Não existe um tempo ideal para a duração da mamada. O bebê deverá mamar até satisfazer. Ao terminar, levante-o para que possa arrotar como mostra a figura 9. Mas, ele só o fará se estiver ingerindo ar durante amamentação.



## **FIGURA 9 – Bebê em posição para arrotar**

Fonte: CENFOBS - Centro de Estudos em Enfermagem Obstétrica.

### **Extração do Leite Materno**

Segundo o Ministério da Saúde (2001) todas as nutrizes deveriam aprender a retirar o leite por expressão. Podem aprender durante a gravidez e treinar logo depois do parto. Retirar leite por expressão é indicado para:

- Alimentar o RN de baixo peso ou uma criança doente;
- Aliviar o ingurgitamento mamário;
- Manter a produção de leite quando a mãe está doente;
- Aliviar o gotejamento das mamas;
- Deixar leite para a criança quando a mãe sai.

Pela lei, as mães trabalhadoras devem ter todas as condições, no seu local de trabalho, de amamentar seus filhos, pelo menos, até a idade de seis meses. Além disso, a amamentação pode e deve continuar depois dos seis meses, pelo tempo que a mãe achar necessário.

É importante que a mãe amamente o bebê sempre que ele estiver por perto. Mas se ela passa o dia fora, e não houver creche no local de trabalho, pode extrair e conservar o leite, que será consumido pelo bebê no dia seguinte, ou nos próximos dias.

A expressão manual é o método mais útil. Não precisa de instrumentos. Assim, a nutriz pode fazer isso a qualquer hora e em qualquer lugar. A expressão manual é fácil quando as mamas estão moles. É mais difícil quando as mamas estão muito ingurgitadas e sensíveis.

A mulher deve retirar o seu próprio leite. As mamas podem doer muito se outra pessoa tentar fazer a expressão manual. Se precisar tocar a nutriz, deve-se ser bastante delicado.

Para realizar a extração manual do leite é preciso seguir os seguintes passos:

- Procurar um lugar tranquilo onde possa ficar sozinha (os locais de trabalho que não possuem creches próximas, devem, no mínimo, ter um lugar especial para a mãe retirar seu leite), pois é importante que a mãe sinta-se segura e confiante. Se estiver em casa, deve aquecer as mamas com compressas ou tome um banho quente;

- Lavar as mãos com cuidado e massagear delicadamente as mamas na direção dos mamilos;
- Escolher uma xícara, copo ou jarra de boca bem larga, de preferência de plástico, que deve ser esterilizada. Procurar uma posição confortável e segurar uma vasilha próxima a mama;
- Colocar o polegar na aréola acima do mamilo e o indicador por baixo do mamilo, em oposição ao polegar. Pressionar o polegar e o indicador um pouco para dentro contra a parede do tórax.
- Pressionar a aréola atrás do mamilo, entre o polegar e o indicador. É preciso apertar por trás do mamilo, para pressionar os seios lactíferos abaixo da aréola;
- Pressionar e soltar, repetidamente. Isto não deve doer, se doer, a técnica está errada. No começo, é possível que o leite não “desça”, mas, depois de pressionar algumas vezes, o leite começa a pingar. Pode sair em jatos se o reflexo da ejeção for ativa;
- Pressionar a aréola da mesma forma também nas laterais para que o leite seja retirado de todos os segmentos da mama;
- Não passar os dedos sobre a pele. Não espremer apenas o mamilo. Retirar o leite de uma mama, pelo menos durante 3 a 5 minutos até que a “descida” diminua; a seguir retirar do outro lado. Repetir nos dois lados novamente. Usar a mão esquerda e a mão direita para a mama direita;
- A retirada adequada do leite demora aproximadamente 20 a 30 minutos, especialmente nos primeiros dias quando a produção é pequena;
- A mãe deve ser incentivada a não desistir. Mesmo que, nas primeiras vezes não consiga mais que alguns milímetros de leite. O segredo é a persistência e a calma.

#### Como estocar o leite

Se você está extraindo o leite no local de trabalho, durante o expediente, guarde o vasilhame em um refrigerador ou freezer, se tiver. Se na sua empresa não tiver refrigerador, reivindique-o. Deixe o leite no lugar mais fresco que encontrar (na ausência do refrigerador, pode ser próximo a um ar condicionado ou em lugar sombra). O leite materno conserva-se, sem problemas:

- Na temperatura ambiente por até seis horas;
- Em refrigerador por 24 horas;
- No congelador por 10 dias;
- No freezer por 15 dias.

Nunca ferver o leite ou esquentar antes de dar o bebê. O calor destrói os fatores anti-infecciosos. Deve ser descongelado com algum tempo de antecedência, à temperatura ambiente. O leite que foi retirado durante o trabalho ou em casa, deve ser estocado para que a pessoa responsável dê a seu bebê, com xícara ou colherinha. Quando a mãe estiver em casa, deve sempre preferir amamentar.

## **Desmame**

Desmame é definido como processo que se inicia com a introdução de alimentos diferentes do leite materno. Ele deve ser gradual, com início entre 4 e 6 meses de idade. Nas comunidades onde o saneamento é precário, recomenda-se postergar o desmame, caso a criança esteja se desenvolvendo adequadamente. Alimentos complementares não são necessários nem recomendáveis antes dos quatro meses, idade em que a criança desenvolve o mecanismo de secreção salivar e a capacidade de mastigação, podendo deglutir alimentos semi-sólidos. A partir do sexto mês, o aleitamento materno exclusivo pode tornar-se inadequado, uma vez que, após essa idade, o número crescente de crianças necessita também de outros nutrientes para manter um crescimento adequado. As razões mais freqüentes para interrupção precoce do aleitamento materno são: leite insuficiente, rejeição da mama pela criança, trabalho da mãe fora do lar, percepção que o “leite é fraco”, hospitalização da criança e problemas na mama. Acredita-se que, entre as razões alegadas pelas mães, encontram-se ocultos os fatores de ordem emocional e erros de técnicas no aleitamento, principalmente administração de mamadeiras intercaladas com a mama. (MOURA, 2002).

## **Capítulo 2: Atuação de Enfermagem**

De acordo com a Lei nº 7.498 de 25 de Junho de 1986, Artigo 11, o profissional enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe privativamente assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera.

Algumas mulheres podem amamentar com sucesso sem nenhum preparo prévio. Entretanto, amamentação não é totalmente instintiva nem para a mãe, nem para o recém nascido; é uma habilidade que deve ser aprendida, e em muitas comunidades esta técnica é passada de mães para filhas. A exposição ao aleitamento materno deve começar cedo na vida da criança, através da oportunidade de observar a amamentação dentro do círculo familiar. Sempre que sejam escolhidas intervenções para promover e apoiar o aleitamento, devem ser levados em consideração os fatores que também afetam negativamente a prática da amamentação. A função do profissional de enfermagem é fundamental para a introdução da educação sobre o aleitamento materno já nos primeiros meses do período pré-natal. O casal deve ser exposto a oportunidades educacionais e pessoais qualificadas para oferecer aconselhamento neste período, proporcionando tanto à gestante como ao seu parceiro uma oportunidade para tomarem a decisão sobre que tipo de método vão escolher para a alimentação do recém nascido. Uma equipe de enfermagem preparada e bem treinada no processo da lactação pode contribuir para a ocorrência da mesma na comunidade em que atua, sendo imprescindível investir no preparo e aperfeiçoamento destes profissionais. Ajudar o binômio mãe – filho no processo de amamentação não é somente um procedimento que envolve técnicas, mas sim um fenômeno também psicossomático complexo, que requer um conjunto de habilidades e atitudes de empatia, sendo este processo chamado de aconselhamento (TAMEZ, 2002).

Segundo TAMEZ (2002), os princípios básicos do aconselhamento devem incluir:

- Escuta ativa (ouvir primeiro, observar, fazer perguntas abertas, avaliar o conhecimento ou informação que a mulher e seu parceiro possuem);
- Linguagem corporal (usar contato olho a olho sem barreiras, demonstrar respeito, paciência em ouvir, aconselhar em ambiente privado);
- Atenção e empatia (levar em conta os sentimentos do casal, responder às perguntas sem fazer julgamento);

- Tomada de decisão (identificar a fonte de informações equivocadas do casal, oferecer informação oportuna relacionada à situação, orientá-lo a tomar a melhor decisão);
- Seguimento (estar envolvido no processo da nutriz, estando disponível para atendê-la novamente, identificar juntamente com o casal o percurso transcorrido e estar preparado para apoiar as decisões do casal).

### **3.5.1 Consulta de Enfermagem Pré-Natal**

Na primeira visita pré-natal, além dos exames laboratoriais de rotina, exame físico e anamnese completa, deverá ser incluído um exame das mamas; este exame aumenta a confiança da gestante de que sua mama é normal. Outro aspecto importante na visita pré-natal é a avaliação da predisposição emocional da gestante e de seu parceiro para a lactação: atitudes, temores e experiência em gestação anteriores ou oportunidade de observar a amamentação no seu círculo familiar. Avaliar também o sistema de suporte desta gestante, como familiares e amigos, e como percebem o aleitamento materno, pois eles influenciarão a incidência e sucesso do aleitamento. O material informativo ressaltando as vantagens do aleitamento materno a curto e longo prazos, tanto para a mãe quanto para o lactente, deve ser fornecido na primeira visita pré-natal, orientando-se também sobre a disponibilidade de grupos, publicações e recursos audiovisuais relacionados com o aleitamento materno disponíveis na instituição e comunidade. Recomenda-se a avaliação dos hábitos sociais e alimentares, nível educacional, fatores econômicos, aspectos também importantes para o aconselhamento da gestante e seu companheiro (CARVALHO, 2002).

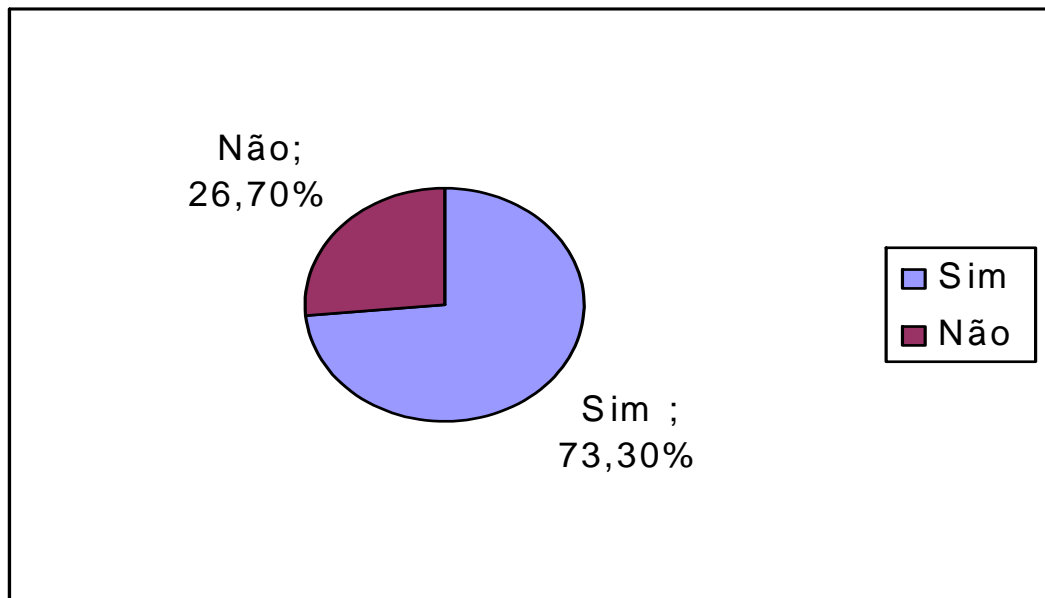
### **3.5.2 Como deve ser o acompanhamento no puerpério imediato**

O estabelecimento de um protocolo que incentiva a amamentação logo após o nascimento, tem demonstrado influenciar a incidência do aleitamento materno, bem como sua duração. O primeiro passo para assistir a mãe que amamenta é avaliar seu sentimento a respeito. A decisão de amamentar ou não já deverá ter sido tomada no período pré – natal, fator que predispõe a mãe a ter êxito ou não no ato de amamentar após o parto. É importante que o profissional enfermeiro estabeleça



uma “parceria de confiança” com a mãe, isto é, ajude a aumentar sua estima própria e a confiança no ato de amamentar, levando-a finalmente a se tornar independente no cuidado do bebê. Sempre providenciar um clima de aprendizagem, envolvendo a mãe ativamente no cuidado do recém-nascido, ensinando como resolver as dificuldades que possam aparecer com a amamentação, e como tomar a decisão correta (CARVALHO, 2002).

Foi realizado levantamento de dados das puérperas na Secretaria Municipal de Berilo-MG. A figura 10 mostra a situação do aleitamento materno entre elas.



**Figura 10 – Puérperas que aderiram às informações sobre Aleitamento Materno pelo Profissional Enfermeiro durante o Pré-natal e amamentaram exclusivamente até o sexto mês, em Berilo-MG.**

Conforme a figura 10, nota-se que um número expressivo de mães, 22 (73,3%) em 30 puérperas, aderiram ao aleitamento materno, tendo o profissional enfermeiro recomendado aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Ministério da Saúde, durante a consulta de pré-natal.

A preparação pré - natal pode levar a um importante efeito na amamentação, principalmente se orientar as mulheres sobre as técnicas de aleitamento e fortalecer a auto-confiança da mãe, para que ela sinta maior segurança no ato de amamentar. O sucesso da amamentação depende, mais do que qualquer outra coisa, do bem-estar da mulher, de como se sente a respeito de si própria e de sua situação de vida (Ministério da Saúde, 2001).

Segundo a OMS, para que a iniciação e o estabelecimento do aleitamento tenham êxito, as mães necessitam do apoio ativo, durante a gravidez e após o parto, não apenas de suas famílias e comunidades, mas de todo o sistema de saúde.

#### 4. CONCLUSÃO

Embora o estímulo ao aleitamento materno seja parte da atenção ao pré-natal, a amamentação não é garantida para todas as mulheres, e um número relevante da amostra levantada (26%) não realizou amamentação exclusiva até os seis meses de idade da criança.

Pode-se sugerir que ainda pode haver deficiência por parte dos profissionais enfermeiros em abordar o aleitamento em todos os seus aspectos, inclusive sobre o seu poder imunológico e sua composição, e que este é importante na prevenção de várias infecções, apesar das gestantes serem influenciadas por mitos, por seus familiares e sociedade.

É um desafio aos enfermeiros e toda a equipe da Estratégia de Saúde da Família verificar as dificuldades das mães na amamentação e tentar saná-las em tempo hábil para que não seja interrompida. Ou mesmo, identificar as crenças sobre o aleitamento materno que as mães e suas famílias trazem que levam ao desmame precoce, a fim de poder desmistificar estas idéias. Ainda, é necessário que os enfermeiros utilizem a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) para melhor organizar suas atividades de enfermagem e garantir uma assistência de qualidade às gestantes no pré-natal.

Todavia, o conhecimento sobre o aleitamento materno e a certeza de sua importância para a mãe são ferramentas poderosas para que o enfermeiro faça educação em saúde no pré-natal e puerpério para que os resultados do aleitamento materno sejam cada vez mais satisfatórios.

## 5. REFERÊNCIAS

ABREU, K. R. Amamentação – Aspectos Psicológicos. **Boletim Informativo Interno da Sociedade Portuguesa de Beneficência – Hospital Infante D. Henrique**, nº 17, agosto de 1998. Disponível em: [www.katiaricardi.com.br](http://www.katiaricardi.com.br). Acesso em: 10 set. 2009.

ARCOVERDE, D. **Aleitamento materno e sua importância**, 2005. Disponível em: <http://www.origemaleitamento.org.br>. Acesso em: 15/09/2009.

BRANDÃO, J. S. **Mitologia grega**. Vol 1. Petrópolis, RJ. Vozes. 1986.

BRASIL, 2002.

CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.

CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS TRABALHISTAS, 1943

CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988

DANGELO, J. G.; FANTTINI, C. A. **Anatomia Humana Sistêmica e Tegumentar**. 2ª Edição, São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

FILHO, J.E.C. Aleitamento Materno e Condições Socioeconômicas – Culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Saúde Materno infantil**. Vol 2, Nº 3, Recife, Dezembro, 2002.

ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 2001.

MALDONADO, S. F. **Aleitamento materno e aspectos psicológicos**. Rio de Janeiro, RJ.: EPU, 1981.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Como ajudar as mães a amamentar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MOURA, E. C. **Nutrição**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.

OLIVEIRA, L. P. M. et al. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 2002.

RABBONI, Alexandre. **Produção do leite materno**, 2002 Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos>. Acesso em: 03/04/2010

SANCHES, M. T. C. **Amamentação – Enfoque Fonoaudiológico**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.

VIANA et al, 2004

VIEIRA, L. B. **Pré e Pós-natal**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.