

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

NATHÁLIA MUCCI DANIEL DA SILVA

**ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À MULHER COM
DIFICULDADE DE AMAMENTAR**

Confins / Minas Gerais

2014

NATHÁLIA MUCCI DANIEL DA SILVA

**ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À MULHER COM
DIFICULDADE DE AMAMENTAR**

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: Prof^a. Fernanda Piana
Santos Lima de Oliveira

Confins / Minas Gerais

2014

NATHÁLIA MUCCI DANIEL DA SILVA

**ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À MULHER COM
DIFICULDADE DE AMAMENTAR**

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: Prof^a. Fernanda Piana
Santos Lima de Oliveira

Banca Examinadora:
Prof.: Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira
Prof.: Marlene Azevedo Magalhães Monteiro
Aprovado em Belo Horizonte: 25/01/2014

RESUMO

Sabe-se que o leite materno é a principal fonte de nutriente para as crianças recém-nascidas, com isso tem-se visto o grande incentivo ao aleitamento materno por parte do governo e instituições de saúde. Ressalta-se que dentre os vários fatores que podem levar ao desmame precoce, estão os aspectos fisiológicos, anatômicos, sociais, emocionais e culturais das mulheres. Este estudo visa conhecer melhor estes problemas identificando-os precocemente e propondo medidas para minimizar os danos causados por estas alterações. Para que se alcançassem os resultados foi feito um trabalho de revisão bibliográfica. As bases de dados pesquisadas foram o SciELO e o LILACS, no período de 2008 a 2013, na língua portuguesa. Os resumos foram lidos e os artigos selecionados eram pertinentes ao tema desse estudo. Manuais do Ministério da Saúde, dados do DATASUS e IBGE foram consultados também. Foram analisadas as principais queixas das mulheres quanto ao processo de amamentar e a postura dos enfermeiros diante de tais problemas. Os resultados reforçam a importância do aleitamento materno e mostram que é possível minimizar ou até mesmo sanar a maioria das alterações decorrentes da amamentação.

Palavras chave: Aleitamento Materno. Desmame. Leite Humano.

ABSTRACT

It is known that breast milk is the main source of nutrients for newborn children, it has seen the great breastfeeding promotion by government and health institutions. It is noteworthy that among the various factors that can lead to early weaning, are the physiological, anatomical, social, emotional and cultural rights. This study aims to better understand these problems by identifying them early and proposing measures to minimize the damage caused by these changes. For if they achieved the results was done work of literature review. The databases searched were the SciELO and LILACS in the period 2008-2013, in Portuguese. The abstracts were read and selected items were relevant to the subject of this study. Handbooks of the Ministry of Health, DATASUS and IBGE were also consulted. We analyzed the main complaints of women about the process of breastfeeding and attitudes of nurses facing such problems. The results reinforce the importance of breastfeeding and show that it is possible to minimize or even remedy most changes in breastfeeding.

Keywords: Breast Feeding. Weaning. Milk Human.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA.....	9
3 OBJETIVOS.....	10
3.1 Objetivo Geral	10
3.2 Obejtivo específico.....	10
4 METODOLOGIA.....	11
5 REVISÃO DE LITERARURA	12
5.1 Reconhecimentos da Arte de Amamentar.....	12
5.2 História da Amamentação no Brasil.....	14
5.3 Sucesso e Importância do Aleitamento Materno.....	15
5.4 Período de Aleitamento Materno Exclusivo.....	17
5.5 Anatomia e Fisiologia das Mamas.....	18
5.6 Dificuldades Relacionadas à Amamentação.....	21
5.6.1 Dificuldades Físicas.....	22
5.6.2 Dificuldades Patológicas.....	22
5.6.3 Dificuldades Emocionais.....	24
5.6.4 Dificuldades Sociais.....	25
5.7 Assistência de Enfermagem Relacionada à Dificuldade de Amamentar.....	27
6 PLANO DE AÇÃO.....	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno é, comprovadamente, a principal fonte de nutrientes do recém-nascido, garantindo às crianças valores imunológicos e nutricionais que irão influenciar no seu desenvolvimento ao longo de toda a sua vida. (ICHISATO e SHIMO, 2001).

Pode-se afirmar que a questão que envolve o aleitamento materno possui, além de um caráter biológico, uma característica histórica e cultural, e cabe ao profissional de enfermagem identificar as causas que levam à interrupção do aleitamento devido à sua proximidade com o cliente e agir de forma a propiciar a relação materno-infantil estabelecida durante a amamentação. É importante que seja lembrado que se deve sempre, e acima de qualquer, coisa respeitar as crenças das diferentes classes sociais e comunidades que se tem contato ao decorrer da profissão e tentar trabalhar de forma a não impor e sim, propor uma melhor alternativa que possa melhorar as condições de saúde da criança e de conforto para a mãe (ICHISATO e SHIMO, 2001).

Para que se alcance uma considerável melhoria nas taxas de aleitamento materno é necessário que se incentive o contato pele a pele entre mãe e bebê, que aparece como 4º passo em uma lista de 10 passos criados pelo Ministério da Saúde para o sucesso da promoção do Aleitamento Materno (ICHISATO e SHIMO, 2001).

De acordo com Almeida e Martins Filho (2004) não se pode ignorar as mudanças ocorridas nos costumes e na cultura das pessoas, que devido ao crescente processo de industrialização, tem interferido não só nas relações familiares como nas rotinas hospitalares no que se diz respeito à alimentação, interferindo diretamente na alimentação das crianças.

Segundo Almeida e Martins Filho (2004) o recém-nascido, até os nove meses de vida, possui grande permeabilidade da mucosa intestinal, o que facilita a absorção de nutrientes, garantindo também a absorção integral da imunoglobulina presente no leite materno. Mas, quando amamentada por leite de soja, ou de vaca a criança sofre grande prejuízo, pois, devido à característica de grande permeabilidade da mucosa intestinal, o bebê absorve substâncias estranhas que se tornam nocivas à sua saúde levando ao aparecimento de doenças infecciosas como a diarreia.

Por outro lado, os profissionais de Enfermagem precisam ficar atentos às queixas das mães com relação ao ato de amamentar, levando-se em conta a questão cultural e os costumes de cada povo ou região.

As queixas das mulheres podem estar ligadas ao fato de que nem todas recebem orientações quanto ao aleitamento materno durante o pré-natal, o que pode tornar mais difícil a familiarização com sua condição de nutriz. Nem todas as mulheres são devidamente orientadas quanto às alterações que podem surgir em seu corpo e a forma de lidarem com essas alterações a fim de minimizar os danos que podem surgir inerentes à amamentação. Souza, *et al.* (2008).

De acordo com Souza, *et al.* (2008), dentre as principais queixas que levam as mães ao desmame precoce estão, má pega da criança e dor ao amamentar. Dor esta, que pode ser causada principalmente por ingurgitamento mamário fisiológico acompanhado de fissuras ou somente fissuras.

O aleitamento materno tomou grandes proporções através da incorporação de discursos técnicos difundidos através da mídia e de práticas assistenciais, mesmo as mulheres que não desejam amamentar, demonstram conhecimento das propriedades do leite materno e sua importância no crescimento e desenvolvimento das crianças. (JAVORSKI, 2004).

Segundo Almeida e Martins Filho, (2004), realizar trabalhos de incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo e Aleitamento Materno pode fazer com que as mães se sintam mais seguras para conduzir a nutrição de seus filhos. É importante que esses trabalhos sejam iniciados ainda durante o pré-natal para que se faça durante o puerpério apenas um trabalho de educação continuada conquistando a confiança das mães com a equipe profissional e assegurando a alimentação da criança, melhorando assim a incidência da amamentação materna exclusiva.

Entender as causas que levam ao desmame precoce e conhecer os tabus e crenças que influenciam a decisão das mães de interromper o aleitamento, foi o ponto de partida para a realização deste estudo. De acordo com Souza *et al.* (2008) constatou-se que mamilos doloridos apresentando ou não fissuras, podendo causar grande desconforto são a principal causa do desmame.

Esta pesquisa visa discutir a importância do enfermeiro na atenção à mulher com dificuldade de amamentação, levantando as principais dificuldades relacionadas ao aleitamento materno.

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 1998), o leite materno, é composto por nutrientes específicos para atender as necessidades nutricionais do neonato.

O crescimento e desenvolvimento humano adequado estão diretamente ligados a uma alimentação e nutrição balanceadas. Isso gera uma maior qualidade de vida e cidadania, por meio de promoção e proteção a saúde. Todos estes requisitos estão incorporados na “Declaração Universal dos Direitos Humanos”, promulgada há 50 anos (Hamanaka, 2006).

Como o aleitamento é muito importante para o neonato, é preciso que a equipe conheça as dificuldades das mães, mostrando sua importância. Realizar palestras, visitas domiciliares e criar um vínculo maior para conseguir chegar à meta de amamentação exclusiva até os seis meses é muito importante para evitar complicações, evitar o desmame precoce e melhorar o crescimento dos recém-nascidos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Conhecer as dificuldades das mães em amamentar e o papel do trabalho do enfermeiro para minimizar essas dificuldades.

3.2 Objetivos Específicos:

- Enfatizar a importância do aleitamento materno
- Entender o que leva as mães ao desmame precoce

4 METODOLOGIA

A metodologia empregada nesse estudo consta-se de uma pesquisa de caráter descritivo, qualitativo, baseado em dados de revisão bibliográfica sobre o tema “Enfermagem na assistência a mulher com dificuldades de amamentar”.

As bases de dados pesquisadas foram o SciELO e o LILACS, no período de 2008 a 2013, na língua portuguesa. Os resumos foram lidos e os artigos selecionados eram pertinentes ao tema desse estudo. As palavras chave utilizadas: Aleitamento Materno Desmame e Leite Humano está indexado nos Descritores de Saúde. Manuais do Ministério da Saúde, dados do DATASUS e IBGE foram consultados também.

Uma pesquisa pode ser um trabalho independente como constituir-se no passo inicial de outra pesquisa, mas tem ambas por objetivo encontrar soluções para problemas propostos, mediante a utilização de métodos científicos e é formada por um conjunto de procedimentos sistemáticos, baseados no raciocínio lógico (ANDRADE, 1999).

A pesquisa descritiva não tem a pretensão de explicar, mas sim, descrever os acontecimentos de um fenômeno ou uma determinada população (BRASILEIRO; SANTOS, 2007).

A pesquisa bibliográfica são publicações avulsas de livros, jornais, revistas, vídeos, internet, e que tem como importância fazer um apanhado sobre os principais trabalhos científicos já realizados sobre o tema escolhido e que são revestidos de importância por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes. Esse levantamento é importante tanto nos estudos baseados em dados originais, colhidos numa pesquisa de campo, bem como aqueles inteiramente baseados em documentos (BONI e QUARESMA, 2005).

Dessa forma, este estudo é definido como revisão bibliográfica, pois se baseia em trabalhos realizados por outros autores, sobre o tema proposto. E classificado como descritivo, pois se preocupa em descrever o fenômeno da dificuldade de amamentar e, finalmente, é qualitativo por não se basear em dados numéricos, mas em dados da observação literária.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Reconhecimentos da Arte de Amamentar

Alguns relatos da história da amamentação remetem a mitologia Grega, onde Rômulo e Remo foram amamentados por uma loba e, Zeus, por uma cabra. Já os egípcios, babilônios e hebreus, tinham como tradição amamentarem seus filhos por três anos, enquanto as escravas eram alugadas por Gregos e Romanos ricos, como amas de leite (BITAR, 1995).

Plutarco e Tácito eram romanos filósofos e moralistas que condenavam o aleitamento exercido pelas amas de leite, pois acreditavam que o vínculo entre a criança e a ama de leite prejudicava a relação entre a criança e a mãe, fato descrito historicamente, pois as amas de leite apegavam-se ao bebê, já que a ele era dado o seu leite, seu amor e carinho (ISCHISATO; SHIMO, 2002).

De 1500 a 1700, as mulheres inglesas não amamentavam seus filhos, embora o aleitamento materno fosse reconhecido como o único regulador de uma nova gravidez. Estas mulheres preferiam dar a luz a ter que amamentar. Elas acreditavam que a amamentação espoliava seus corpos e as tornava velhas antes do tempo, crença que se vê nos dias atuais. Com isso o desmame era iniciado precocemente, sendo oferecido aos bebês comidas e cereais de colher (BOSI; MACHADO, 2005).

Assim, observa-se que há 500 anos a posição da mulher, vista como símbolo sexual, já se fazia presente como forte influência na decisão de amamentar. O conhecimento médico da época também considerava que o leite materno era ruim, de má qualidade para a criança e que, portanto, não deveria ser oferecido. A alimentação era à base de leite de animais e de alimento feito a base de farinha e água (BOSI; MACHADO, 2005).

Também, naquela época, a constituição francesa visava à proteção das crianças nascidas nas regiões indígenas, onde as amas de leite não poderiam amamentar mais de duas crianças além da sua, e, cada criança, deveria ter seu berço para que não corresse o risco da mãe sufocá-la durante o sono (BOSI; MACHADO, 2005).

Para as mulheres europeias da época, pertencentes às classes sociais dominantes, o amor materno não tinha valor moral nem social, fato este que as levava a pensar que a amamentação era uma tarefa indigna para uma dama. Em

Lisboa a amamentação mercenária era uma prática instituída e, cabia às camponesas da periferia, o aleitamento materno dos filhos das classes sociais dominantes (BOSI; MACHADO, 2005).

Em função do desmame precoce, a mortalidade infantil aumentou muito, chegando a alcançar a cifra de 99,6% das crianças em Dublin, as quais não tinham a opção da ama de leite. Em Paris e em Londres este índice chegou a 80% e 56%, respectivamente, mesmo as crianças sendo amamentadas pelas amas de leite. Na Inglaterra, o índice menor foi devido ao trabalho de Cadogan, que instituiu alguns cuidados na alimentação das crianças com amas de leite, e com esta teoria de amamentar e introduzir mais tardiamente os alimentos, ele conseguiu salvar muitas vidas (BITAR, 1995).

Os médicos da época desacreditavam no potencial do colostro e, nos dias atuais, ocorre à mesma descrença da mulher, considerando o leite materno fraco e insuficiente para o bebê levando, assim, a introdução precoce das formulas infantis. A história do aleitamento mostra que as políticas da época em suas imposições sociais influenciavam muito no ato de amamentar, ato que diferenciava os ricos dos pobres. A preocupação da mulher era fundamentada na posição social frente à situação familiar, ou seja, a mãe da criança burguesa tinha que seguir o comportamento de mãe e mulher de família de posição social, com isso o amor materno era o que menos importava (BOSI; MACHADO, 2005).

Com o passar dos anos a urbanização ampliou a difusão das amas de leite entre as novas camadas sociais e fez com que surgisse a função da mãe preta de aluguel, onde os senhores de escravos criavam as mulheres negras para mais tarde amamentarem as suas crianças, o possuir amas de leite para seus filhos conferia às senhoras status social (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

De acordo com o banco de dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), sobre amamentação, que cobre 94 países e engloba cerca de 65% da população mundial com menos de 12 meses de idade, indica que apenas 35% de bebês recebem exclusivamente leite materno entre zero e cinco meses de idade. Apesar do reconhecimento das mães da importância do aleitamento tanto para a mãe quanto para a criança as taxas de amamentação são baixas e só começam a melhorar na França, Itália, Holanda, Espanha, Suíça e Reino Unido. Na Suécia, uma exceção, 98% dos bebês, em 1990, tinham mamado em algum momento de sua

vida. Progressos da alimentação materna exclusiva com leite materno até os quatro meses de vida foram obtidos na Polônia, Suécia e Armênia.

5.2 História da amamentação no Brasil

Analisando a história da amamentação no Brasil, encontram-se os indígenas brasileiros na época do descobrimento utilizando-a como prática em períodos de 18 meses, havendo harmonia no papel duplo da mulher-mãe e da mulher-trabalhadora. O desmame se dava em caso de doença grave, morte materna e em situações interdidas pela cultura, como por exemplo, o estupro. Com a aculturação indígena surgiu o desmame precoce ocasionando inúmeros malefícios para a saúde da criança (SILVA, 1996).

Há relatos que no século XVI e XVII, ao se tratar dos antigos tupinambás, os filhos das indígenas eram amamentadas durante um ano e meio e eram transportados pelas mães em pedaços de pano conhecidos como tipoia. As mães não largavam os seus filhos em hipótese nenhuma, se elas tinham que trabalhar levavam as crianças nas costas ou as encaixavam no quadril, do mesmo modo que os animais cuidam de suas crias (BOSI; MACHADO, 2005).

Devido à falta de incentivo ao aleitamento materno pelos pediatras durante a década de 70, o índice de aleitamento materno no Brasil era muito baixo, havendo também propaganda não ética de substitutos do leite materno e grande venda desses produtos, e distribuição gratuita de leite em pó pelo governo (REA, 2004).

Em virtude das mortes de crianças, foi assinada, em 1979, a declaração Organização Mundial da Saúde/Fundo das Nações Unidas para Crianças (OMS/UNICEF) que propôs a valorização do aleitamento materno. Em 1981, foi aprovado por 118 países o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno, e em 1991 foi assinado o Acordo firmado pela Associação de Fabricantes de Alimentos Infantis de cessarem com a distribuição gratuita de leites artificiais aos serviços de saúde (CARVALHO; TAMEZ, 2003).

Em 1990, o Brasil assinou a Declaração de Innocenti, na Itália, onde se comprometeu em fortalecer a promoção da amamentação no país. Já na Reunião de Cúpula Mundial, em Nova York também em 1990, assumiu o compromisso de reduzir a mortalidade infantil (CARVALHO; TAMEZ, 2003).

No mesmo ano autoridades da OMS (organização mundial de saúde) e do UNICEF (fundo das nações unidas para crianças) lançaram um documento que se

pode reputar como fundamental hoje a Declaração Conjunta sobre o Papel dos Serviços de Saúde e Maternidades, na qual se mencionam dez ações relacionadas a incentivar o aleitamento materno, orientando como as maternidades deveriam atuar – os chamados dez passos para o sucesso do aleitamento materno (BADINTER, 1985).

5.3 Sucesso e Importância do Aleitamento Materno

Para haver o cumprimento dos dez Passos para o Sucesso do Aleitamento materno e os hospitais receberem o título de Hospital Amigo da Criança, foram necessárias mudanças de rotinas hospitalares, que objetivavam mobilizar profissionais e demais funcionários de hospitais e maternidades para promover mudanças de condutas e rotinas que visassem à prevenção do desmame precoce (CLARK, 1984).

Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, de acordo com a Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância preconiza a existência de uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço, treinando e capacitando toda a equipe, informando todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e as técnicas da amamentação eficaz, ajudando as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto, mostrando como amamentar e como manter a lactação. Instruir a mãe a não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação do pediatra, praticar o alojamento conjunto, permitindo que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia, encorajar a amamentação sobre livre demanda, não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas e encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar (CARVALHO; TAMEZ, 2003).

Amamentar no peito significa proteger a saúde do bebê de doenças como diarreias, distúrbios respiratórios, otites e infecções urinárias. Somado a isso, um estudo mostra que o aleitamento materno como o único alimento dos primeiros seis meses de vida pode reduzir em até um quinto os índices de mortalidade infantil em países em desenvolvimento (BRASIL, 2011).

As Pesquisas Nacionais sobre Demografia e Saúde, realizadas no país em 1986, 1996 e 2006 permitem verificar os avanços na prática da amamentação. A

amamentação exclusiva, verificada em somente 3,6% das crianças menores de quatro meses em 1986, passa a uma mediana de 1,1 a 1,4 meses em 1996 e 2006 respectivamente. Quanto à duração do aleitamento materno independente de alimentos complementares, verificou-se que entre menores de 36 meses houve aumento de 5,4 meses em 1986 para 7 meses em 1996 e 14 meses em 2006 (VENÂNCIO 2010).

De acordo com uma pesquisa realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal encomendada pelo Ministério da Saúde em 2009, na qual foi utilizada uma amostra de 34.366 crianças que compareceram à segunda fase da campanha de multivacinação do ano de 2008, verificou-se que, do total das crianças analisadas, 67,7% mamaram na primeira hora de vida, variando de 58,5% em Salvador/BA a 83,5% em São Luís/MA. Esta pesquisa teve como principal objetivo, analisar a evolução dos indicadores de aleitamento materno entre os anos de 1999 e 2008 e pode concluir que houve uma melhora nos índices de aleitamento materno (BRASIL, 2009).

No período compreendido entre 1998 e 2009 pôde-se constatar um aumento significativo na prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) entre os menores de quatro meses no conjunto das capitais brasileiras e DF de 35,5% em 1999, para 51,2% em 2008. A comparação entre as regiões apontou aumentos mais expressivos nas regiões Sudeste, Norte e Centro-Oeste. A comparação do percentual entre crianças de 12 meses amamentadas entre 1999 e 2008, também mostrou aumento no conjunto das capitais brasileiras e DF, passando de 42,4% em 1999 para 58,7%, em 2008 (BRASIL, 2009).

Outra informação importante são os índices de uso de mamadeira e chupeta que substituem a amamentação. Verificou-se que para o total de uma amostra de 34.366 crianças menores de 12 meses analisadas nas capitais brasileiras e DF, foi muito frequente o uso de mamadeira (58,4%) e de chupeta (42,6%). O uso de mamadeira foi mais frequente na região Sudeste (63,8%) e menos frequente na região Norte (50,0%). As diferenças entre as regiões foram maiores com relação ao uso da chupeta, com a região Sul apresentando o dobro da prevalência do uso da chupeta quando comparada com a região Norte (53,7% e 25,5%, respectivamente) (BRASIL, 2009).

Dados da Sociedade Brasileira de Pediatria mostram que, em média, bebês de seis a oito meses obtêm 70% de suas necessidades energéticas do leite

materno, os que possuem de nove a onze meses têm 55% e os com doze a vinte e três meses detêm 40% das necessidades nutricionais com o leite materno. A partir desses dados pode-se ver a importância de aliar a amamentação com alimentos complementares na dieta das crianças com mais de seis meses de idade (SBP, 2011).

5.4 Período de Aleitamento Materno Exclusivo

Em relação ao tempo de aleitamento, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) quase todas as crianças brasileiras (cerca de 97%) iniciam a amamentação no peito logo na primeira hora de vida, mas permanecem mamando por um período curto.

Dados da Sociedade Brasileira de Pediatria mostram que a média de aleitamento materno exclusivo da população brasileira, em 1999, era de vinte e três dias e do aleitamento materno com as alimentações complementares era de nove meses e nove dias (SBP, 2011).

No entanto uma recente pesquisa do Ministério da Saúde (MS) evidenciou um expressivo aumento do aleitamento exclusivo em crianças menores de quatro meses (de 35,5% para 51,2%) e um aumento da duração mediana da amamentação (de 10 meses para 11,4 meses) (BRASIL, 2011).

Mesmo com todos esses avanços, sabe-se que de acordo com o que a OMS e com o MS propõem (AME até os seis meses de idade e o Aleitamento Materno até os dois anos), ainda está longe do que seria considerado ideal no que diz respeito à duração do aleitamento materno (BRASIL, 2011)

Ainda assim, nota-se que os avanços da amamentação nos dias de hoje são inúmeros, pois as mulheres têm se conscientizado da importância do leite materno para o crescimento e desenvolvimento das crianças e têm deixado de lado certos tabus que antes as impediam de amamentar (BRASIL, 2011).

É necessário incentivar ainda mais a interação entre mães e bebês, essa interação se faz imprescindível além do correto posicionamento e pega da aréola também precisam se ensinados. É importante também orientar as mães quanto ao correto posicionamento dos bebês e a pega correta da aréola e a amamentação sem horários predefinidos devem ser garantidos para que a criança sinta-se estimulada a mamar. Esses fatores influenciam no ato de amamentar e podem contribuir para aumentar os índices de adesão ao aleitamento materno (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde tem desenvolvido importantes campanhas nos serviços de saúde dos estados e dos municípios e campanhas nacionais para a promoção da amamentação e alimentação saudável a fim de continuar a melhorar os índices de aleitamento materno. Por muitos anos a amamentação foi considerada um ato instintivo e natural, sabendo-se hoje que para o sucesso é preciso um equilíbrio entre a natureza e a cultura (BRASIL, 2011).

5.5-Anatomia e Fisiologia das Mamas

Segundo Rego (2006) as mamas são em número par, localizadas superficialmente na parede anterior do tórax, e cada um situa-se ventralmente ao músculo peitoral maior, serrátil anterior e oblíquo externo, estendendo-se da segunda, terceira a sexta e sétima costelas, e do bordo lateral do esterno a linha axilar anterior. De acordo com uma série de fatores, as mamas podem ser diferenciadas quanto à forma, firmeza e tamanho além de fatores como raça, idade, obesidade, estado de atividade funcional etc.

O tecido glandular está localizado a cerca de 3 cm da base do mamilo e é composto pelas células produtoras de leite que correspondem à 63% do total. O tecido adiposo distribui-se imediatamente abaixo da pele (tecido adiposo subcutâneo), no interior da glândula mamária (intraglandular) e atrás do tecido glandular (retro-mamário) à frente do músculo peitoral (ORFÃO, GOUVEIA, 2009).

Recoberta por uma pele delgada, lisa, elástica, mais clara que a do restante do corpo, a mama diferencia-se em sua porção central, onde se torna mais espessa, enrugada, pigmentada, formando o complexo areolopapilar. Tendo em média 3 a 6 cm de diâmetro a aréola é uma área circular de tamanho variado, pigmentada, com superfície irregular e folículos pilosos ao seu redor. A papila e a aréola são importantes na condução da informação sensorial da sucção à medula espinhal e cérebro, regulando a secreção de ocitocina e prolactina (REGO, 2006).

A fim de se tornar capaz de sintetizar, armazenar e liberar os constituintes do leite, a mama passa por transformações durante a gravidez e após o parto (REGO, 2006).

As mamas são glândulas exócrinas tubulares-alveolares envoltas por tecido conjuntivo, vasos sanguíneos e linfáticos. Ao sugar o seio da mãe, o recém-nascido estimula as terminações nervosas do mamilo enviando estímulos à hipófise, liberando a prolactina (hormônio que tem a função de contrair as células

mioepiteliais que rodeiam os alvéolos) e provocando o reflexo de descida do leite (EUCLYDES, 2005; REGO, 2006). A hipófise libera também a ocitocina, com isso, se o bebê sugar mais em um menor intervalo de tempo, maior será o volume de leite produzido (REGO, 2006).

Segundo Rego (2006) amamentação é a forma mais perfeita de suprir as necessidades nutricionais dos bebês, proporcionando melhor qualidade de vida, e protegendo a saúde da mãe. Cria laços afetivos mais fortes entre mãe e filho, importante para a formação de uma personalidade ajustada socialmente e feliz, independente da situação socioeconômico-cultural.

Envolvendo os alvéolos das mamas das mulheres adultas, estão às células mioepiteliais e, entre os lobos mamários, há tecido adiposo, tecido conjuntivo, vasos sanguíneos, tecido nervoso e tecido linfático, e em cada mama possuem entre 15 e 25 lobos mamários, que são glândulas túbulo-alveolares constituídos, cada uma, por 20 a 40 lóbulos. Estes, por sua vez, são formados por 10 a 100 alvéolos. Cada lobo mamário da mama de uma mulher há um seio lactífero. Nos alvéolos o leite produzido é levado até os seios lactíferos por uma rede de ductos, com uma saída independente no mamilo (BRASIL, 2009).

Estímulos condicionados como visão, cheiro e choro da criança, e ainda fatores de ordem emocional como motivação, autoconfiança e tranquilidade, podem induzir a liberação do leite. Já existem fatores inibidores da ejeção do leite como ansiedade, estresse, desconforto, dor (EUCLYDES, 2005).

O volume produzido de leite tende a ser maior do que o necessário para a lactente quando existe um elevado nível de prolactina no sangue. Com acúmulo de leite no interior da mama inicia-se o sistema de regulação no nível da célula alveolar com o objetivo de ajustar a produção de leite às necessidades da criança (REGO, 2006).

O leite humano apresenta uma enorme complexidade e é composto por nutrientes, substâncias imunológicas, enzimas, hormonal, fatores de crescimento. Ele não é apenas um alimento, é um fator facilitador para a adaptação do recém-nascido, à vida extrauterina, pois, é um líquido vivo que se altera face às diversas situações adaptando-se às necessidades do lactente modificando o seu composição e o seu volume (MOLINA, 2004 citado por BORDALO, 2008).

A mama produz quatro tipos de leite: Coloostro, Leite de transição, Leite maduro e Leite do pré-termo (MOLINA, 2004 citado por BORDALO, 2008).

O colostro é o fluido acumulado nas células alveolares nos últimos meses de gestação e secretado nos primeiros dias depois do parto. Ele contém mais proteínas, vitamina A e minerais, principalmente eletrólitos e zinco, e menos carboidratos e gordura do que o leite maduro. É particularmente rico em imunoglobulinas, peptídeos antimicrobianos e outras moléculas bioativas, incluindo fatores tróficos e substâncias imuno-reguladoras e anti-inflamatórias, portanto ele é muito mais do que um alimento, é um fluido extremamente complexo e valioso, além de suprir as necessidades nutricionais e proteger o recém-nascido, estimula o desenvolvimento do sistema imune, modula a maturação e a função do trato gastrointestinal e contribui para o estabelecimento de uma microbiota benéfica (EUCLYDES, 2005).

Seguindo entre o quarto e o décimo quinto dia depois do nascimento do bebê segue o leite de transição. Este leite é assim chamado por ter uma composição intermédia, que varia de dia para dia, até alcançar a composição do leite maduro (MOLINA, 2004 citado por BORDALO, 2008).

Conforme a necessidade do recém-nascido, o leite de transição, sofre alterações graduais, diminuindo as concentrações de imunoglobulinas e as vitaminas lipossolúveis, e aumenta o aporte calórico e as concentrações de vitaminas hidrossolúveis, lipídios e lactose. Entre os 15 e os 30 dias após o parto, o volume de leite é de 600 a 700 ml (MOLINA, 2004 citado por BORDALO, 2008).

Seguindo com a última fase da lactação segue o leite maduro, que é produzido a partir do 15º dia, como continuação ao leite de transição. É um líquido branco e opaco, com pouco odor, sabor ligeiramente adocicado. Seu volume médio é de 700 a 900 ml/dia, durante os primeiros seis meses. A partir do segundo semestre, a quantidade média de produção diária é de 600 ml. O leite materno tem na sua composição 88% de água e possui uma osmolaridade semelhante à do plasma sanguíneo, além da água, proteínas, carboidratos, lipídeos, minerais e vitaminas (BRASIL, 2001).

As diferenças básicas encontradas no leite de mães de crianças prematuras com a do leite de mães de crianças de termo são, maior teor de proteína, lipídeos e calorias, atendendo à maior necessidade de crescimento do pré-termo; menor teor de lactose, visto que o pré-termo tem mais dificuldade na sua digestão; maior quantidade de IgA e lactoferrina; e o leite materno não supre as necessidades de cálcio e fósforo, quando a criança tem peso inferior a 1500g (BRASIL, 2001).

Segundo Euclides (2005) a amamentação imediatamente após o parto, além de ter inúmeras vantagens para a criança, contribui para a recuperação mais rápida da mãe. A ação da ocitocina no útero provoca a contração da musculatura, favorecendo a expulsão da placenta, a involução do útero e a redução do sangramento pós-parto, diminuindo o risco de anemia materna, além de prevenir o câncer de mama. Estudos recentes constataram que quanto maior o período de amamentação, maior a proteção na mulher. A amamentação também tem sido relacionada à menor incidência de câncer de colo do útero.

Conforme Oliveira, Rebouças e Pagliuca (2009), além de nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, são no leite materno que se encontra também anticorpos que proporcionam visível proteção contra infecções.

5.6 Dificuldades Relacionadas à Amamentação

Durante o aleitamento materno problemas enfrentados pelas mulheres, podem ser importantes causas de interrupção da amamentação se não forem precocemente identificados e tratados (BRASIL, 2009). O aconselhamento da mulher, exame dos mamilos para o preparo para a amamentação devem ser realizados no pré-natal e na primeira consulta (REGO, 2006).

Segundo Brasil (2009) lesões nos mamilos por posicionamento e pega inadequados são as causas mais comuns de dor para amamentar. Outras causas incluem mamilos curtos, planos ou invertidos, disfunções orais na criança, freio de língua excessivamente curto, sucção não nutritiva prolongada, uso impróprio de bombas de extração de leite, não interrupção adequada da sucção da criança quando for necessário retirá-la do peito, uso de cremes e óleos que causam reações alérgicas nos mamilos, uso de protetores de mamilo (intermediários) e exposição prolongada a forros úmidos.

Os problemas relacionados às dificuldades de amamentar foram classificados da seguinte maneira:

5.6.1 Dificuldades Físicas

Conforme Rego (2006) a queixa mais relatada é a de mamilos doloridos, apresentando ou não fissura. Pode causar extremo desconforto, frustrações e levar ao desmame precoce. É importante salientar que a amamentação não deve

provocar dor e nem lesar os mamilos, com exceção de discreta dor passageira no início da mamada.

Segundo Giugliani (2004) pode-se ser considerado normal no início do aleitamento materno uma dor discreta ou desconforto, no início das mamadas, na maioria das mulheres. Mas não são normais mamilos muito doloridos e machucados, apesar de muito comuns. Os desconfortos causados pelos mamilos podem estar incluídos traumas mamilares eritema, edema, fissuras, bolhas, marcas brancas, amarelas ou escuras e equimoses.

Várias causas se devem a dor ao amamentar, mas a mais comum se deve a traumas mamilares por posicionamento e pega inadequada (WOOLRIDGEⁱ, 1986 citado por GIUGLIANI, 2004).

5.6.2 Dificuldades Patológicas

No ingurgitamento mamário, há três componentes básicos: (1) congestão/aumento da vascularização da mama; (2) retenção de leite nos alvéolos; e (3) edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático. Como resultado, há a compressão dos ductos lactíferos, o que dificulta ou impede a saída do leite dos alvéolos. Não havendo alívio, a produção do leite pode ser interrompida, com posterior reabsorção do leite represado. O leite acumulado na mama sob pressão torna-se mais viscoso; daí a origem do termo “leite empedrado” (BRASIL, 2009).

Há dois tipos de ingurgitamento o fisiológico e o patológico, e é importante saber diferenciar os dois. Ingurgitamento fisiológico é discreto e representa um sinal positivo de que o leite está descendo e não requer intervenção. Já no ingurgitamento patológico, a distensão tecidual é excessiva, causando grande desconforto, às vezes acompanhado de febre e mal-estar (GIUGLIANI, 2004).

Candida SP é uma infecção da mama que pode atingir a pele do mamilo e da aréola, ou comprometer os ductos lactíferos da puérpera. Fatores como umidade e lesão dos mamilos e uso, pela mulher, de antibióticos, contraceptivos orais e esteroides, uso de chupeta contaminada são relacionados à presença de cândida (BRASIL, 2009).

Mesmo sendo assintomática, com frequência é a criança quem transmite o fungo. Esta costuma se manifestar com o sintoma de prurido, sensação de

queimadura e fisgadas nos mamilos, que persistem após as mamadas, e os mamilos costumam estar vermelhos e brilhantes (GIUGLIANI, 2004).

Deve-se pensar na possibilidade de fissura mamilar por *Cândida SP* em casos de fissura mamilar resistentes a tratamento ou de dor prolongada nos mamilos (REGO, 2006).

Outro problema relacionado à amamentação é o bloqueio dos ductos lactíferos que ocorre quando o leite produzido numa determinada área da mama, por alguma razão, não é drenado adequadamente, o que pode acontecer quando a amamentação é infrequente ou quando a criança não está conseguindo remover o leite da mama de maneira eficiente. Além dessas causas o bloqueio pode desenvolver-se também quando existe pressão local em uma área, como, por exemplo, um sutiã muito apertado, ou como consequência do uso de cremes nos mamilos, obstruindo os poros de saída do leite (BRASIL, 2009).

Outra dificuldade decorrente da amamentação é a mastite, que consiste, em um processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama (o mais comumente afetado é o quadrante superior esquerdo), geralmente unilateral, que pode progredir ou não para uma infecção bacteriana. Ela ocorre mais comumente na segunda e terceira semanas após o parto e raramente após a 12ª semana (BRASIL, 2009).

De acordo com Giugliani (2004), mamadas com horários regulares, redução súbita no número de mamadas, longo período de sono do bebê, à noite; uso de chupetas ou mamadeiras, não esvaziamento completo das mamas, freio de língua curto, criança com sucção débil, produção excessiva de leite, separação entre mãe e bebê e desmame abrupto são fatores que favorecem a estagnação do leite materno e predispõe ao aparecimento de mastite.

Segundo Fetherston (1998 citado por GIUGLIANI, 2004) um facilitador para a mastite é a fadiga materna. As mulheres que são mais suscetíveis a desenvolver outras mastites já tiveram mastite na lactação atual ou em outras lactações, em função do rompimento da integridade da junção entre as células alveolares.

O fenômeno de Raynaud é uma isquemia intermitente causada por vasoespasmo, que usualmente ocorre nos dedos das mãos e dos pés, e também pode acometer os mamilos. Em geral ocorre em resposta à exposição ao frio, compressão anormal do mamilo na boca da criança ou trauma mamilar importante (BRASIL, 2009).

Por falta de irrigação sanguínea os vasoespasmos podem causar palidez dos mamilos e costumam ser muito dolorosos. Os vasoespasmos são mais comuns que se manifestem depois das mamadas provavelmente porque, em geral, o ar é mais frio do que a boca da criança, mas podem manifestar-se antes, durante ou depois das mamadas (GIUGLIANI, 2004).

Mastite não tratada ou com tratamento iniciado tardiamente ou ineficaz, sem o esvaziamento do leite por ordenha pode desencadear um abscesso mamário (BRASIL, 2009).

Nem sempre é possível confirmar ou excluir a presença de abscesso apenas pelo exame clínico, mas pode ser identificado à palpação pela sensação de flutuação. A ultrassonografia pode confirmar a condição, além de indicar o melhor local para incisão ou aspiração (GIUGLIANI, 2004).

O abscesso pode evoluir para outras complicações como drenagem espontânea, pois exige intervenção rápida (REGO, 2006).

5.6.3 Dificuldades Emocionais

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) todas as mulheres têm condições biológicas para produzir leite suficiente para atender à demanda de seu filho, mas na grande maioria das mulheres, durante a amamentação, queixa-se de pouco leite ou leite fraco. Muitas vezes essa percepção é o reflexo da insegurança materna quanto a sua capacidade de nutrir plenamente o seu bebê.

Na maioria das vezes a queixa de pouco leite é alimentada pela insegurança e opiniões negativas de pessoas próximas. É uma percepção errônea da mãe, quanto à sua capacidade de nutrir plenamente o bebê, desconhecimento do comportamento normal de um bebê (que costuma mamar com frequência). Essa insegurança leva a mãe à complementação da alimentação da criança, que vai afetar negativamente a produção de leite, uma vez que a criança passa a sugar menos na mãe (GIUGLIANI, 2004).

De acordo com Junges *et al.* (2010) além das alterações físicas, ocorre simultaneamente à aceitação do papel de mãe, que continua no puerpério, onde as mudanças físicas, psicológicas e sociais são mais intensas e favorecem a vulnerabilidade emocional. No puerpério a mulher aprende a lidar com o papel de mulher-mãe, aprende a adaptar-se ao novo elemento da família com identidade própria, o filho, e reestruturam-se as relações familiares e sociais.

A experiência de algumas mulheres sem companheiro, analisadas nos dois segmentos socioeconômicos, caracteriza-se como um elemento de interferência, especialmente quando elas têm que lidar com a responsabilidade no cuidado exclusivo com o filho, influenciando implicitamente o curso da amamentação. A interpretação dessa experiência, determinada pelos sentimentos, resulta na percepção da sensação de prazer ou de contrariedade em relação a amamentar (MACHADO; BOSI, 2008).

5.6.4 Dificuldades Sociais

Segundo Teixeira *et al.* (2006) a amamentação é um ato natural essencial para vida dos seres humanos, minimiza a fome, salva vidas e faz o indivíduo crescer não só biologicamente, como também emocionalmente. O ato de amamentar vem sofrendo influências socioculturais ao longo dos anos em decorrência da incorporação de novos costumes pela sociedade.

Fatores culturais, por meio da memória, da reflexão de situações passadas, das vivências de amigos e de familiares, além das interferências da mídia, que, muitas vezes, apresentam um caráter biologicista e, categoricamente transmissor de informações simbólicas, permeiam o momento em que a mulher opta em aleitar ou não (JUNGES *et al.*; 2010).

O contexto histórico vivido pelas avós, que expressam uma cultura, onde a prática da amamentação não era valorizada, ao contrario, era desestimulada, acaba interferindo, às vezes, no processo de amamentação, quando incentivam o uso de água, chás, leite industrializados e preparado com amido, alegando que o leite materno é fraco e não sustenta a criança, pois participam nos cuidados as suas filhas, noras e netos em processo de amamentação (TEIXEIRA *et al.*, 2006).

Segundo Junges *et al.* (2010) a estética também se apresentou como um fator relevante para justificar a decisão de algumas mães por não amamentar, algumas mulheres acreditam que a amamentação está relacionada com a estética das mamas.

De acordo com Araujo (2002), Machado *et al.* (2004) e Reis *et al.* (2011) as estatísticas mostram a presença, cada vez mais intensa, da mulher no mercado de trabalho brasileiro o que implica em uma mudança do comportamento da mulher em relação à amamentação, e não revelam nenhuma tendência de retrocesso.

Segundo Machado e Bosi (2008) o trabalho vem sendo apontado na literatura como um dos principais obstáculos para a continuidade da amamentação, pois ter que organizar a sua vida no trabalho e no lar, muitas vezes, a força a largar ou perder o emprego para continuar a amamentação, uma vez que os benefícios trabalhistas aferidos pela legislação não são implementados. Isso gera uma série de incertezas à mulher, desde quando engravida, pois ela terá que desistir ou encontrar estratégias para prolongar a amamentação.

A legislação brasileira é considerada das mais avançadas na proteção ao aleitamento materno e ao direito da criança à amamentação nos seis primeiros meses, exclusivamente no peito materno, e até dois anos ou mais com a adição de outros alimentos líquidos e sólidos. De acordo com a Constituição Federal, a mulher que trabalha fora do lar tem direito a licença maternidade e o direito à garantia no emprego durante o período de lactação (HECK, 2004).

O Brasil assinou a Declaração de Innocenti, Código de conduta, em 1º de agosto de 1990, na Itália, durante Encontro Internacional que reuniu grupo de formuladores de políticas de saúde de Governos, Agências Bilaterais e da Organização das Nações Unidas (ONU), para a proteção e incentivo ao aleitamento materno (HECK, 2004).

De acordo com a Constituição Federal – artigo 7º inciso XVIII a empregada gestante é assegurada licença de 120 dias consecutivos, sem prejuízo do emprego e da remuneração, podendo ter início no primeiro dia do nono mês de gestação, salvo antecipação por prescrição médica (HECK, 2004).

É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa da mulher trabalhadora durante o período de gestação e lactação, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto (Ato das disposições constitucionais transitórias - artigo 10 – inciso II, letra b) (HECK, 2004).

Conforme a Consolidação das Leis do Trabalho – artigo 396 – parágrafo único, para amamentar o próprio filho, até que este complete seis meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a dois descansos especiais, de meia hora cada um. Quando exigir a saúde do filho, o período de seis meses poderá ser dilatado a critério da autoridade competente (HECK, 2004).

Vários são os fatores passíveis de influenciar no êxito do aleitamento. Alguns destes estão relacionados à mãe, como: características de sua personalidade e atitude diante da amamentação além de outros referentes à criança e ao ambiente,

como as condições em que o bebê nasceu o período pós-parto e fatores circunstanciais, a exemplo do trabalho materno e das condições habituais de vida (GIUGLIANI, 2000 citado por OLIVEIRA *et al.*, 2009).

5.7 Assistência De Enfermagem Relacionada À Dificuldade De Amamentar: Práticas Para O Incentivo

Os primeiros dias após o parto são de grande importância para o aleitamento materno eficaz, pois é nesse período que se estabelece a lactação, além de ser um período de intenso aprendizado para a mãe e adaptação do recém-nascido. Neste período o enfermeiro tem um papel importante, podendo intervir reforçando as orientações, buscando solucionar os problemas, prevenindo e ajudando a superar as dificuldades da mãe, evitando, assim, o uso de complementos e o desmame precoce (ALMEIDA; FERNANDES; ARAUJO, 2004).

É necessário 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 (ALMEIDA; FERNANDES; ARAUJO, 2004).

O enfermeiro é o profissional que mais tem contato com a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e tem importante papel nos programas de educação em saúde, durante o pré-natal, devendo preparar a gestante para o aleitamento, para que no pós-parto o processo de adaptação ao aleitamento seja facilitado e tranquilo, evitando dúvidas, dificuldades e possíveis complicações. (ALMEIDA; FERNANDES; ARAUJO, 2004).

A equipe de enfermagem deve ter, em média, um treinamento por mês sobre os cuidados das mamas das gestantes e, conseqüentemente, das mães: posições correta de amamentar, retirada adequada da mama da criança para evitar problemas futuros, entre outros cuidados para que se tenha uma ótima amamentação (EUCLYDES, 2005).

O Ministério da Saúde preconiza que após o parto, a puérpera seja encaminhada para o alojamento conjunto, pois este tem como objetivo a integração mais íntima da mãe com o recém-nascido. Ele contribui para estabelecer um relacionamento afetivo favorável entre mãe-filho, desde o nascimento, educando a mãe e o pai, desenvolvendo habilidades e proporcionando segurança emocional

quanto aos cuidados com o bebê. Incentiva o aleitamento materno, reduzindo a incidência de infecções hospitalares cruzadas além de permitir à equipe de saúde uma melhor integração e observação sobre o comportamento normal da mãe e do filho, desenvolvendo habilidades e proporcionando segurança emocional quanto aos cuidados com o bebê (FONSECA; SCOCHI; MELO, 2002).

É necessária uma comunicação simples e objetiva, abordando o apoio e o incentivo ao aleitamento materno, demonstrando as melhores posições, visando o relaxamento e o conforto tanto da mãe quanto para o bebê, explicando a fonte dos reflexos da criança, mostrando como isso pode ajudar na sucção. O aleitamento materno sob livre demanda deve ser oferecido a fim de diminuir a perda de peso inicial do bebê e promover a apojadura precoce do mesmo (ALMEIDA; ARAUJO; FERNANDES, 2004).

Durante a permanência no hospital, é vantajoso que a mãe e o pai participem do cuidado com o bebê, sob orientação direta da enfermeira. É uma pena que nem todas as maternidades participam deste contato enfermeira-paciente/família (FONSECA; SCOCHI; MELO, 2002).

Sabendo da importância da educação em saúde no alojamento conjunto devem-se desenvolver atividades práticas criativas, visando à melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem. Com este método a enfermagem constrói com a mãe conhecimentos acerca dos cuidados com a criança e sobre o aleitamento materno (FONSECA; SCOCHI; MELO, 2002).

Após 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 profissional deverá estar próximo durante e após o parto, auxiliando as mães nas primeiras mamadas do recém-nascido, para que esta seja iniciada o mais rápido possível (ALMEIDA; FERNANDES; ARAUJO, 2004).

Para assegurar que todas as expectativas maternas e necessidades do recém-nascido quanto ao aleitamento sejam atendidas são necessárias que a mãe tenha o apoio de toda a equipe multiprofissional, que deverá informar quanto às estratégias e vantagens de se iniciar e dar continuidade ao processo de aleitamento materno (ALMEIDA; FERNANDES; ARAUJO, 2004).

Para melhorar a amamentação são utilizadas algumas medidas muito úteis: o correto posicionamento e pega do bebê, o aumento da frequência de mamadas, o

repouso, dieta balanceada, oferecer as duas mamas em cada mamada, entre outras (EUCLYDES, 2005).

O posicionamento mãe-filho é um componente importante para o sucesso da amamentação, quando incorreto, além de dificultar a sucção e comprometer o volume de líquidos ingeridos, é uma das principais causas de dificuldade na amamentação, muitas vezes levando ao desmame precoce. É importante que a amamentação se dê em um ambiente tranquilo, que a mãe esteja em posição confortável e relaxada e que possa contar com um suporte profissional/familiar. A posição preferencial é a sentada, podendo ser deitada caso a mãe esteja recuperando de uma cesariana ou trabalho de parto, ou nas mamadas noturnas (EUCLYDES, 2005).

Desde o pré-natal a enfermeira deve orientar a mulher a estimular o mamilo com bico do seio invertido, para que o mamilo fique para fora, seja pela estimulação do mamilo com seringa, colocando a seringa no mamilo e sugá-lo ou pedir para que o marido sugue o mamilo para inversão (EUCLYDES, 2005).

As fissuras surgem pelo mau posicionamento da criança no peito da mãe e a retirada da mama sem os devidos cuidados. Para preveni-las é preciso amamentar tomando o cuidado quanto ao posicionamento e a sucção do bebê na mama. Manter os mamilos secos, expondo-os ao ar livre ou à luz solar, quando possível, não usar produtos que retirem a proteção natural do mamilo, lavar os mamilos apenas com água, não usar sabonetes, cremes ou pomadas, sendo desnecessário lavá-los sempre que o bebê for mamar e se a mama rachar, a mãe deve passar no peito o seu próprio leite para hidratá-la (BRASIL, 2009).

Os sinais de uma boa pega são a boca da criança bem aberta, o queixo toca o peito da mãe, os lábios ficam voltados para fora, uma área maior da auréola é visível acima e não abaixo, a língua se encontra apoiada na gengiva anterior e a criança suga, dá uma pausa e suga novamente (ALMEIDA, FERNANDES, ARAUJO, 2004).

Orientar as mulheres com fissuras mamilares de que estas são habituais e que vão incomodar um pouco, porém melhoram, passando sempre conforto e apoio no que a mulher precisar (EUCLYDES, 2005).

Dor ao amamentar é uma importante causa de desmame precoce, portanto, se a amamentação provocar dor intensa logo no início, ou se o bebê parecer ter

dificuldades em começar a mamar, deve se experimentar retirar um pouco de leite antes de amamentar (BECKER, 2010; GIUGLIANI, 2004).

Quando acontecer o ingurgitamento mamário, é preciso esvaziar bem as mamas, massageando-as delicadamente, com movimentos circulares. A energia criada pelo movimento faz com que o leite se liquidifique novamente (REGO, 2009; BECKER, 2010).

A prevenção do ingurgitamento mamário consiste na iniciação precoce da amamentação em livre demanda amamentando com a técnica correta e evitando o uso de suplementos precocemente. (GIUGLIANI, 2004).

Fazer uso de analgésicos sistêmico-anti-inflamatórios (segundo prescrição médica), usar sutiã de alças largas, colocar compressa morna para fazer a drenagem do leite e compressas frias (máximo 20 minutos) após ou nos intervalos das mamadas diminui o edema, a vascularização e a dor (GIUGLIANI, 2004).

O esvaziamento da mama é essencial para dar alívio à mãe, diminuindo o risco de comprometimento da produção do leite e, sobretudo, da ocorrência de mastite (GIUGLIANI, 2004).

Se ocorrer a mastite, o tratamento consistirá no esvaziamento adequado da mama por meio da manutenção da amamentação e retirado manual do leite após as mamadas, se necessário (GIUGLIANI, 2004).

Conforme a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná (SBGO, 2002), mulheres que apresentarem mastite durante a amamentação devem ser orientadas a fazer compressas frias nas mamas, manter a amamentação no lado afetado, pois, nessa fase, a patologia não é transmitida para a criança.

Nos casos de hipogalactia a equipe de enfermagem deve orientar a mulher a aumentar a ingestão de líquido, melhorar a alimentação, estimular o alojamento conjunto, amamentar sobre demanda e se preciso aumentar as mamadas até de hora em hora, pois dessa forma há um aumento da produção láctea (SBGO, 2002).

O tratamento da galactocele é feito com aspiração. Muitas vezes a formação cística deverá ser extraída cirurgicamente, porque o cisto enche novamente após a aspiração (GIUGLIANI, 2004).

Para o tratamento do fenômeno de Raynaut, além da antibiótico terapia e do esvaziamento completo da mama comprometida, fazem parte, o repouso da mãe, uso de analgésicos ou anti-inflamatórios não-esteróides (segundo prescrição médica). Ingestões de líquidos e compressas frias, antes e após as mamadas,

podem promover a drenagem do leite e alívio dos sintomas. Outras medidas úteis para minimizar o desconforto são iniciar a amamentação na mama não afetada e utilizar sutiã bem firme (GIUGLIANI, 2004).

O tratamento do abscesso mamilar consiste no esvaziamento do mesmo por meio de drenagem cirúrgica ou aspiração. Apesar da presença de bactérias no leite materno quando há abscesso, a manutenção da amamentação está indicada por não oferecer riscos ao recém-nascido sadio. Havendo necessidade de interromper a lactação na mama afetada, esta deve ser esvaziada regularmente e deve se oferecer a mama sadia (GIUGLIANI, 2004).

Finalmente, o tratamento do vaso espasmo mamilar consiste em colocar sobre o local afetado compressas frias, visando o alívio da dor (GIUGLIANI, 2004).

O fator social e emocional é o que mais pesa, quando abordado as dificuldade relacionada à amamentação, pois é no período da gestação que a mulher sofre modificações, tanto psicológicas como emocionais, ou seja, tudo fica muito diferente do habitual, surgindo, dúvidas, inseguranças e medos relacionados à prática da amamentação. A pressão familiar e dos profissionais de saúde e amigos com relação à capacidade de amamentar deixa a mãe cada vez mais sensível. Por este motivo o enfermeiro deverá atuar passando segurança, conforto e apoio a mulher. Ele deverá abordar em palestras educativas o incentivo ao aleitamento e as técnicas de preparação das mamas. Deverá orientar, quando necessário, as técnicas para reversão das dificuldades, mostrando que a amamentação não é uma prática dolorosa, se for feita da forma correta, ela pode ser maravilhosa e prazerosa tanto para a mãe quanto para a criança (GIUGLIANI, 2004).

6 PLANO DE AÇÃO

- Enfatizar a importância do leite materno. Explicar para a mãe o quanto o leite materno é importante para o fornecimento de nutrientes necessários para o desenvolvimento saudável, boa nutrição do recém-nascido e fortalecimento e estruturação do sistema imunológico.
- Treinar e orientar toda a equipe de saúde sobre a importância da amamentação bem como mostrar as técnicas corretas. Cabe ao enfermeiro orientar sobre a importância da amamentação a equipe de saúde.
- Treinar e qualificar a equipe de saúde a respeito das técnicas de amamentação, bem como a frequência, intervalos, posição correta da mãe, do recém-nascido no colo. Cuidados no esvaziamento da mama, orientar para não deixar o peito muito cheio evitando desconforto ao amamentar. Manobras para um bom posicionamento do mamilo. Cuidados na prevenção das chamadas doenças da amamentação que podem afetar as mamas.
- Assistência de enfermagem nas doenças da amamentação, orientando como preveni-las, na administração de medicamentos e manobras para evitar o empedramento das mamas.
- Assistir a mãe, com estímulo da sucção pelo recém-nascido. Orientar e treinar a frequência dos internatos e importância de amamentar toda vez que a criança sentir a necessidade de mamar.
- Traçar um plano de cuidados e ações de enfermagem ao identificar puérperas com dificuldades no processo de amamentação. O primeiro passo é identificar quais mães estão com dificuldade de amamentação e a causa dessa dificuldade. Identificar se o problema é da mãe, da criança ou se existe algum fator cultural que influencie externamente o fato de não amamentar. Orientar e desmitificar sobre as mentiras e verdades sobre a amamentação.
- Atentar para o aparecimento de rachaduras, edema, eritema, dor, ardor e qualquer evidência de sinais e sintomas de patologias que podem vir afetar as mamas. Orientar a mãe para comunicar qualquer alteração na coloração e aspecto das mamas, para que haja uma rápida detecção de qualquer problema e traçar ações corretivas e tratamento específico, comunicando ao médico toda

vez que houver a necessidade da intervenção médica, bem como o aparecimento de abscesso, sinais de infecção e inflamação das mamas.

- Desmitificar toda e qualquer crendice, sabedoria popular e corrente cultural sobre a amamentação. Diminuindo tudo que não tenha embasamento científico e que não esteja disponível na literatura atual.
- A abordagem a mãe com dúvidas é cercada de fatores culturais, deve ser a mais respeitosa possível, respeitando a integridade da mulher, abordando a mesma de uma forma carinhosa, gentil, tentando falar a sua linguagem tomando o cuidado para evitar termos técnicos e científicos que muitas das vezes podem oferecer uma barreira impossibilitando o entendimento claro e preciso da mãe.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste trabalho pôde-se concluir que, e apesar de todas as campanhas de conscientização e todos os esforços por parte das equipes de saúde, ainda é baixo o índice de aleitamento materno exclusivo até os seis meses. Estes resultados mostram que ainda há muito que se fazer por parte dos profissionais de enfermagem.

É importante lembrar que carreira, estética, relacionamento familiar, cultura, tabus, exercem grande peso na decisão de interromper o aleitamento materno, desde a história da humanidade, levando, muitas vezes, ao desmame precoce por capricho, vaidade, esquecendo, assim, da saúde do filho, aumentando a mortalidade infantil em decorrência deste fato. A história do aleitamento mostra que as políticas da época e suas imposições sociais influenciavam muito no ato de amamentar.

Embora haja alterações físicas que possam dificultar o processo de amamentar, esses quadros podem ser revertidos com manobras adequadas. Uma vez que, de acordo com a anatomia e fisiologia das mamas, todas as mulheres têm capacidade de produção de leite e condições para manter o aleitamento materno de forma integral e adequada para a nutrição e desenvolvimento de seu bebê.

De acordo com a pesquisa realizada, foram levantadas diversas dificuldades relacionadas à amamentação, em que foram relatadas dificuldades físicas, patológicas, sociais e emocionais. Estas podem ser evitadas, ou minimizadas, através das orientações durante as consultas de pré-natal. Os profissionais de saúde devem aproveitar o momento desta consulta para criar um vínculo com a mãe e fazer as primeiras orientações como, cuidado com as mamas, o incentivo ao aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida e continuar acompanhando-as no puerpério, a fim de fazer um histórico da amamentação, dando suporte às mães em casos de dificuldades decorrentes dessa situação. É importante que essas orientações prossigam durante a puericultura, para que se garanta a nutrição da criança.

Os fatores emocionais e sociais têm consideráveis influencias no desmame precoce, visto que os outros fatores podem ser evitados com a aplicação de manobras e exercícios que deverão ser ensinados pelo enfermeiro durante as consultas de pré-natal.

Outro fator importante relacionado às dificuldades sociais é a mulher moderna, que esta cada vez mais filtrada no mercado de trabalho, tendo que organizar a vida no trabalho com a do lar, gerando com isso muitas vezes, largar ou perder o emprego para continuar a amamentação, quando os benefícios trabalhistas aferidos pela legislação não são implementados.

Para finalizar, deve-se ressaltar a importância e a coerência entre os profissionais envolvidos nesse processo de educação continuada com as mães, para que este contato inicial da amamentação seja cada vez mais valorizado, pois beneficia tanto a mãe, quanto a criança em todos os aspectos.

O papel do enfermeiro é de extrema importância no aleitamento materno. Cabe a ele transferir todo o conhecimento que adquiriu ao longo da formação acadêmica e experiência profissional em favor desse ato de amor, carinho e responsabilidade social.

O aleitamento materno além de prazeroso entre ambas as partes é a principal forma de amor e carinho na relação mãe-filho.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. A.; MARTINS FILHO, J. O Contato Precoce Mãe-Filho e sua Contribuição para o Sucesso do Aleitamento Materno. **Revista de Ciências Médicas de Campinas**. v.13, n.4 p. 381-388, 2004. Disponível em:< <http://www.puc-campinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/833.pdf>>. Acesso em: 11 de setembro de 2013.

ALMEIDA, J. A. G ; NOVAK, FR. Amamentação: Um Híbrido Natureza- Cultura, **jornal de pediatria**-Volume 80, nº5,2004.

ALMEIDA, N. A. M, FERNANDES, A. G; ARAÚJO, C. G. Aleitamento materno: Uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pos-parto. **Revista eletrônica de enfermagem**. 06, Nº5, 2004. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista6-3/06-original-html>>. Acesso em: 20 de agosto de 2013.

ANDRADE, M. M. **Introdução a Metodologia do Trabalho Científico**. 4º Edição. São Paulo: Editora Atlas S.A, 1999. Acesso em 25 de setembro de 2013.

BACKER, D. **Aleitamento Materno: Dicas para mulheres com dificuldade de amamentar**, 2010. Disponível em< <http://www.sitemedico.com.br.>> Acesso em: 12 de agosto de 2013.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: O mito do amor materno**. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 1985.

BITAR, MAF. AL. **Um estudo etnográfico sobre os costumes , crenças e tabus ligado a esta pratica**. [dissertação]. Belém (PA): Centro de Ciências da Saúde Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Pará; 1995.

BONI, V; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80.

BORDALO, J. D. Aleitamento Materno: Relactação e Lactação induzida. Universidade da Beira Interior; Faculdade de Ciências da Saúde. Covilhã, Junho 2008. Disponível em <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/724/joanabordalo_aleitam.pdf>. Acesso em 12 de setembro de 2013.

BOSI, M. L. M; MACHADO, M. T. Amamentação:Um Resgate Histórico. **Caderno especial-Escola de Saúde Pública do Ceara**, nº1-Julho/ Dezembro,2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança: Nutrição infantil: Aleitamento materno e alimentação complementar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (Brasília): Editora do Ministério da Saúde, 2009. Acesso em: 11 de setembro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada a Mulher**. Brasília DF, 1998. Acesso em 10 de agosto de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Aleitamento Materno Exclusivo entre Profissionais de um Programa Saúde da Família. Ciência, saúde coletiva**. vol.16, n.4, 2011. Acesso em: 03 de agosto de 2013.

BRASILEIRO, A. M. M; SANTOS, VP. **Estilos e Métodos- Produção de Trabalhos Acadêmicos**. Ipatinga: Ed Damasceno, 2007. Acesso em 25 de outubro de 2013.

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

CARVALHO, M. R; TAMEZ, R. **Amamentação: Bases científicas para a pratica profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

CLARK, C. **O livro do Aleitamento Materno**. 2 ed. São Paulo: Manole, 1984.

DINIZ, E.M.A; VINAGRE, R.D. **O Leite Humano e Sua Importância na Nutrição do Recém-Nascido prematuro** . 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

EUCLYDES, M. P. **Nutrição do Lactente: Base Científica Para Uma Alimentação Saudável**. 3ª ed . Viçosa-MG: Suprema Gráfica e editora, 2005.

FONSECA, L. M. M; SCOCHI, C. G. S; MELO, D. F . **Educação em saúde de puerperas em alojamento conjunto neonatal : aquisição de conhecimentos mediado pelo uso de jogos educativos** . **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, nº2, V.10, Abril 2002. Disponível <www.scielo.br/scielo.php?script=sciart&pid=s0104-11692002000007eing>. Acesso em 23 de julho de 2013.

GIUGLIANI, E. R. J. **Problemas comuns na lactação e seus manejos**. **Jornal de Pediatria**. Vol. 80, 2004.

HAMANAKA, C.F. **Perfil do aleitamento materno no município de Cacoal- RO, Brasil**, 2006. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2714.pdf>>. Acesso em 25 de agosto de 2013.

HECK, R. **Proteção Legal ao Aleitamento Materno**. Novembro de 2004. Disponível em: http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=7&id_artigo=690&id_subcategoria=12. Acesso em 13 de agosto de 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292008000200006&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 20 de outubro de 2013.

ICHISATO, S. M.T; SHIMO, A. K. K. **Aleitamento Materno e as Crenças Alimentares**. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.9 n.5, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000500011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 de outubro de 2013.

JAVORSKI, M; *et. al.* As Representações Sociais do Aleitamento Materno Para Mães de Prematuros em Unidade de Cuidado Canguru. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** v.12 n.16, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000600007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 de setembro de 2013.

JUNGES, C. F; *et al.* Percepção de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. **Revista Gaucha de Enfermagem**, 2010.

MACHADO, M. M. T; BOSI, M. L. M. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da rede de serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** vol.8 n.2 Recife Jan./Mar. 2008

OLIVEIRA, P. M. P; REBOUÇAS, C. B. A; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de uma tecnologia acessiva para validação entre cegos: enfoque na amamentação. **Re v. Brás Enferm.** Brasília, 2009.

OMS. Organização Pan-Americana de Saúde: Representações Sanitárias Pan-Americana. **Escritório Regional de Organização Mundial de Saúde**, Junho, 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/amamentar.pdf>>. Acesso em 26 de julho de 2013.

ORFÃO, Adelaide; GOUVEIA, Cristina. Apontamentos de Anatomia e Fisiologia da Lactação. **Rev Port Clin Geral.** Pg. 348, 2009.

REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, 2004.

REIS, M. R; *et al.* concepção de nutrizes sobre as praticas de aleitamento materno no município de Coari(AM). **Saúde e Transformação Social**, 2011.

REGO, J. D. **Aleitamento Materno.** 2º Edição, São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte; Editora Atheneu, 2006.

SBP. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascido internado em berçário de alto risco e fatores associado a esta pratica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, v.3, Porto Alegre, Maio/Junho, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000400014&script=sci_arttext.> Acesso em 12 de janeiro de 2011.

SILVA, A. A. M. **Amamentação: Fardo ou Desejo?Estudo histórico-social dos saberes e praticas sobre o aleitamento materno na sociedade brasileira.** Tese de mestrado, Ribeirão Preto, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1990.

SOGP. Ginecologia/Obstetrícia. **Reprodução Humana:** Temas do Curso Preparatório Para TEGO. Paraná: Relisul, 2002.

SOUZA, M. J. N; *et. al.* A Importância da Orientação à Gestante sobre Amamentação: Fator para Diminuição dos Processos Dolorosos Mamários. **Conscientiae Saúde**. V.8 n.2 pag 245-249, 2008. Disponível em:< <http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/view/1475>>, 2009. Acesso em 29 de outubro de 2013.

TEIXEIRA, M. A; NITSCHKE, R. G; DE GASPERI, P; SIEDLER, M. J. Significado de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: A cultura do querer-poder amamentar. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2006.

VENÂNCIO, S. I; *et. al.* Projeto Amamentação e Municípios: a trajetória de implantação de uma estratégia para a avaliação e monitoramento das práticas de alimentação infantil no Estado de São Paulo, no período de 1998-2008. BEPA, **Boletim Epidemiológico Paulista**. v.7, n.83, pag. 4-15, Instituto de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2010. Disponível em: < ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/bepa83_amamenta.pdf> . Acesso em 12 de setembro de 2013.
