

# 1 INTRODUÇÃO

O leite materno é o alimento adequado para as crianças nos primeiros meses de vida, tanto do ponto de vista nutritivo e imunológico quanto no plano psicológico, além de favorecer o vínculo mãe-filho quando o ato de amamentar é bem vivenciado pelas mães. Ele oferece os nutrientes que a criança necessita para iniciar uma vida saudável e representa o alimento essencial para o lactente até o sexto mês de vida, como alimento exclusivo; a partir de então, deve ser complementado com outras fontes nutricionais até pelo menos 2 anos de idade.

A família, na maioria dos casos auxilia a mulher que amamenta e traz, junto com o apoio, seus mitos, tabus e preconceitos quanto à amamentação. O contexto no qual esta família está inserida também exerce influências importantes que podem interferir nas decisões da nutriz no que tange ao aleitamento materno e às demais situações de cuidado ao bebê.

Além de fornecer total nutrição para o bebê, o leite materno é de fácil digestibilidade e transmite anticorpos, garantindo proteção contra diarreia, infecções respiratórias e manifestações atípicas, além de fortalecer o vínculo afetivo mãe-bebê. A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) não recomendam o uso de chupeta ou outros fluídos não nutritivos, por interferirem na duração do aleitamento e diminuírem seu efeito protetor.

Desde a década de 80, as evidências favoráveis à prática da amamentação exclusiva aumentaram consideravelmente. Atualmente sabe-se que a administração de outros líquidos além do leite materno nos primeiros quatro meses de vida da criança pode interferir negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, podendo diminuir a quantidade de leite materno ingerido e levar a menor ganho ponderal e a aumento do risco para diarreia, infecções respiratórias e alergias.

Pelo leite materno não passam somente imunoglobulinas, açúcares, ácidos graxos essenciais, ele transmite afeto, carinho, amor, zelo, segurança, confiança, mãe e bebe se conhecem melhor, estabelecem laços afetivos, forma-se o vínculo emocional. São benefícios tanto para o bebê quanto para sua mãe, é uma “sociedade” onde os dois saem lucrando.

Apesar da amamentação nas últimas décadas ter sido alvo de grande interesse nos meios científicos, em várias partes do mundo, e dados apontarem para um aumento nas taxas de amamentação na maioria dos países nos últimos anos, inclusive no Brasil a tendência ao desmame precoce continua.

Depois de todo o esforço despendido, não foram atingidas as metas estabelecidas pelas políticas públicas, principalmente no que se refere ao aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida. Orientar sobre amamentação requer tempo e isso muitas vezes na consulta pré-natal é considerado difícil. É preciso disponibilidade para ouvir a mulher afim de que ela conte suas experiências anteriores, suas crenças que sem dúvida são pontos chaves para o futuro da próxima amamentação.

Com base nesta temática a questão norteadora foi: Avaliar a importância do aleitamento materno. Tendo como objetivos refletir sobre a importância da atuação da enfermagem no aleitamento materno; identificar os benefícios do aleitamento materno; avaliar as vantagens do aleitamento materno prolongado; reconhecer a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses.

Para atingir os objetivos propostos foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa, descritiva, através de revisão bibliográfica em artigos científicos, livros, teses, dissertações, monografias referentes ao tema, através de buscas na base de dados da Scielo, BVS, Bireme, de março até outubro de 2011 utilizando como critério de seleção publicações do período de 2005 a 2011. Para facilitar a busca foram utilizados como palavra chave: amamentação. Aleitamento exclusivo. Prolongamento. Benefício. Enfermagem.

A justificativa para a elaboração da pesquisa surgiu ao observar que as mães estão fazendo o desmame cada vez mais precoce, o que reduz os laços afetivos entre a mãe e o filho e também favorece a diminuição da resistência do recém nascido, uma vez que o leite materno tem todos os componentes necessários ao desenvolvimento saudável da criança.

Os profissionais de enfermagem durante a amamentação participam deste processo como fator indispensável, servindo como elo do conceito teórico para o conceito prático, desmistificando os anseios das gestantes sobre a amamentação, seus benefícios, sua importância e principalmente a relação de afeto entre mãe e filho.

## 2 ALEITAMENTO MATERNO

Desde 1991, a Organização Mundial de Saúde, em associação com a UNICEF, tem realizado um esforço mundial no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. As recomendações da OMS relativas à amamentação são as seguintes:

As crianças devem fazer aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade. Ou seja, até essa idade, o bebê deve tomar apenas leite materno e não deve dar-se nenhum outro alimento complementar ou bebida. A partir dos 6 meses de idade todas as crianças devem receber alimentos complementares e manter o aleitamento materno. As crianças devem continuar a ser amamentadas, pelo menos, até completarem os 2 anos de idade. (PEREIRA, 2004, p. 20).

### 2.1 Contextualização histórica do aleitamento materno

Desde a antiguidade existe história sobre a amamentação no Oriente e Ocidente, tal como refere Férron et al. (2008) em que as mulheres realizavam o desmame as crianças com 3 anos de idade. Documentos 3000 anos antes de Cristo ilustram que a amamentação era uma dádiva de Deus, na qual é apresentada na Bíblia casos de mães que amamentavam (PEREIRA, 2003). De acordo com Pereira (2003, p. 47);

No século II os filósofos romanos já enumeravam as vantagens do aleitamento, materno, considerando o alimento mais saudável e adequado. Neste século era dada ênfase às vantagens psico-afetivas, na qual a criança quando amamentada por uma ama, o elo mãe/filho quebrava-se, podendo resultar em problemas futuros para ambos. Sendo dada grande importância à amamentação bem como às mães que amamentavam, havendo representações deste ato, em imagens com Deusas a amamentar.

Na antiga Roma, os médicos Sorano e Galeno (2008) referiram que o desmame não deveria acontecer antes dos três anos de idade ou deveria ser feito até todos os dentes nascerem.

De acordo com Sousa (2008) no século VII, as crianças eram alimentadas com substitutos do leite, influenciadas pelo químico Johann Van Helmont, que condenou a amamentação.

Segundo Levy e Bértolo (2008, p. 7) a mortalidade infantil aumentou como consequência da diminuição do ato de amamentar, devido a fatores, tais como:

[...] a industrialização, a II Guerra Mundial, o aumento do trabalho feminino, os movimentos feministas, perda da família alargada, a indiferença ou ignorância dos profissionais de saúde e a publicidade agressiva das indústrias produtoras de substitutos do leite materno.

A partir dos anos 70, a prática do aleitamento materno, apresentou um retorno gradual (LEVY; BERTOLO, 2008).

De acordo com a OMS metade das crianças deixam de ser amamentadas, no primeiro mês de vida (PEREIRA, 2004).

Lawn (2006) afirma que anualmente morrem quatro milhões de bebês nas primeiras quatro semanas de vida, que poderiam ter sido poupadas se fossem adotadas medidas para a amamentação exclusiva.

## **2.2 Anatomia das mamas e fisiologia da lactação**

Bobak (1999) argumenta que as mamas das mulheres adultas são formadas pelo parênquima e pelo estroma mamários. O parênquima inclui de 15 a 20 lobos mamários (glândulas túbulos-alveolares) unidades lactíferas envoltadas de tecido conjuntivo, vasos sanguíneos e linfáticos, que são subdivididos, cada um em 20 a 40 lóbulos. Cada lóbulo, por sua vez, subdivide-se em 10 a 100 alvéolos, local onde o leite é produzido.

Carvalho (2005) acrescenta que o leite é produzido nas unidades lactíferas denominadas alvéolos. Estes alvéolos são formados por pequenas glândulas secretoras, que se comunica com a superfície através de um sistema de drenagem formado pelos canalículos e canais denominados dutos lactíferos. Ao se aproximarem da superfície os dutos se dilatam formando as ampolas ou seios lactíferos, onde o leite é armazenado, que por sua vez vão abrir-se no mamilo

através dos poros mamilares. Tanto o mamilo como a aréola são profusamente inervados, fator importante no desencadeamento dos reflexos da descida do leite. Fisiologia da lactação.

Durante a gravidez as glândulas mamárias se preparam para lactar, aumentando seu volume através da ação de hormônios, principalmente estrogênio e progesterona. Mas, só após o nascimento, com a expulsão da placenta, cessa o efeito inibitório desses hormônios sobre a prolactina que é o hormônio responsável pela produção do leite.

De acordo com a Comissão para promoção do Aleitamento Materno (2002) ao sugar a mama o recém-nascido estimula as terminações nervosas do mamilo, enviando um estímulo a hipófise, cujo lobo posterior libera a ocitocina. Este hormônio atua sobre as células mioepiteliais que envolvem os alvéolos, provocando o reflexo da ejeção ou “descida” do leite. A ocitocina também é responsável pela contração do útero, acelerando sua involução e, portanto, diminuindo o sangramento pós parto. Devido a estas contrações algumas mães queixam-se de cólicas durante as mamadas nos primeiros dias de lactação.

O primeiro ciclo sucção – medula – hipófise anterior – prolactina – produção de leite é principalmente somático, isto é, ocorre em toda mulher. Portanto, é baixa a incidência de mulheres que realmente não são capazes de produzir leite em quantidade adequada. O segundo ciclo sucção – córtex – hipófise posterior – ocitocina – reflexo de ejeção é basicamente somato- psíquico. Os fatores emocionais como ansiedade ou a confiança, o desejo, as condições ambientais podem facilitá-lo ou inibi-lo. Justifica-se assim, em parte, a história recente dos altos índices de desmame precoce. Outros estímulos como os visuais, auditivos, horário da mamada influenciam neste reflexo. O apoio social (família, serviços de saúde, leis trabalhistas), as orientações sobre as vantagens da amamentação e o manuseio de suas dificuldades são ações positivas sobre a psicofisiologia da lactação. (CLAYTON, 2000, p.100).

Ferreira (2006) diz que o leite produzido pela mediação da prolactina acumula-se no intervalo das mamadas – leite anterior – e corresponde a um terço do leite total produzido durante cada mamada, sendo mais diluído e com menos teor de gordura. Com o reflexo da ejeção, produzido pela ocitocina, ocorre à pressão das células mioepiteliais sobre as células lactíferas, provocando a ruptura de suas membranas. Assim, o conteúdo destas células (gordura) passa para os dutos, fazendo com que este leite – leite posterior – seja mais rico em lípidos, apresentando uma maior consistência e um maior teor de energia.

Segundo CIPE (2006) as glândulas mamárias se preparam para a lactação através de uma série de passos de desenvolvimento que ocorrem durante a adolescência e gravidez, as mudanças hormonais aumentam notavelmente as mamas, a aréola e o tamanho do mamilo.

Para Levy (2008) a principal característica do crescimento mamário na gravidez é um grande aumento de dutos e alvéolos sob a influência de muitos hormônios. Mais tarde na gravidez, os lóbulos do sistema alveolar são desenvolvidos maximamente e pequenas quantidades de colostro podem ser liberadas por vários meses antes do parto. Uma queda repentina nos níveis circulantes de estrogênio e progesterona acompanha um rápido aumento na secreção de prolactina. Estas mudanças e outras estabelecem um estágio para o início formal da lactação.

O estímulo típico para a produção de secreção de leite é a sucção do bebê na mama da mãe. Os nervos abaixo da pele da aréola enviam uma mensagem pela medula espinhal até o hipotálamo, que por sua vez transmite uma mensagem pela medula espinhal até o hipotálamo, que por sua vez transmite uma mensagem para a glândula pituitária, onde ambas as áreas anterior e posterior são estimuladas para liberar seus respectivos hormônios. A prolactina da pituitária anterior finalmente estimula a produção do leite pelas células alveolares no tecido mamário. A ocitocina da pituitária posterior estimula as células mioepiteliais da glândula mamária para contraírem, causando o movimento do leite através dos sistemas de dutos e seios lactíferos para a chegada final à boca do bebê. Este último processo, conhecido como fluxo de descida é acompanhado na mulher por uma sensação distinta descrita como "sensação de formigamento". (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 1999, p. 201-202).

### **2.3 O leite Materno e sua composição**

De acordo com Martins (2006) a partir do segundo trimestre da gestação, a glândula mamária da mulher tem a atividade suficiente para produzir leite, que nesta fase e até os primeiros dias após o parto é denominado colostro. Inicialmente branco amarelado e bem espesso, torna-se ao final da gravidez mais fluido e após o parto mais abundante. Geralmente, entre o segundo e o quarto dia do puerpério, tem início a produção do leite, às vezes excessiva, assinalada pelo ingurgitamento dos seios. O colostro evolui para leite maduro entre três e 14 dias após o nascimento.

Pereira (2003) acrescenta que a composição do colostro difere da do leite maduro, principalmente nos seguintes aspectos: contém o dobro de proteínas, sendo mais albumina e globulina; menor conteúdo de lactose e gordura; maior concentração de sais minerais, fatores de crescimento e fatores imunológicos, principalmente a imunoglobulina A secretora (IgAs). Esta imunoglobulina tem grande importância na formação de uma barreira na mucosa gastrointestinal que impede a penetração de microorganismos.

Rego (2001) defende que o leite humano fornece em torno de 70 Kcal/100 ml. Os lipídios fornecem 51% de energia total do leite, carboidratos 43% e proteína 6%. Os lipídios além de fornecerem energia, também apresentam importantes papéis fisiológicos e estruturais, além de ser o veículo para entrada das vitaminas lipossolúveis do leite.

O leite humano é o que contém menor teor de proteínas, sendo o teor maior no colostro – primeira secreção da glândula mamária (15,8g/l). As proteínas do leite são divididas em caseína e proteínas do soro. A maior quantidade de proteínas do leite de vaca (82%) está na forma de caseína, enquanto que no leite humano maduro o teor de caseína não ultrapassa 25% das proteínas totais. A caseína é uma proteína importante como provedora de aminoácidos livres ao lactente, além de cálcio e fósforo que são constituintes de suas micelas. Já as proteínas do soro do leite (lactoferrina, imunoglobulinas), são essenciais para a proteção do recém nascido. (SOUSA, 2008, p. 155).

Sousa (2008) acrescenta que a maioria das vitaminas está presente em quantidades adequadas no leite humano. Apesar de o leite de vaca conter algumas vitaminas em quantidades superiores ao leite materno, o aquecimento, a exposição à luz e ao ar inativam e destroem a maioria delas.

### 2.3.1 As fases do leite: colostro, leite de transição e leite maduro

Conforme Pereira (2006, p. 95) a lactação é um processo complexo e para facilitar este, é necessário uma preparação da mama durante a gravidez para que mesma passe por todas as fases sem nenhum problema.

Mahan (1998) destaca que o colostro e o primeiro leite produzido após o parto, ele é amarelado, viscoso e importante para a criança nos primeiros dias de

vida. É chamado de “primeira vacina” da criança por conter células de defesa contra doenças. É rico em fatores de crescimento, que estimulam o desenvolvimento do intestino ainda imaturo da criança, além de auxiliar na eliminação de mecônio evitando a icterícia.

O segundo leite produzido de acordo com Mahan (1998) é o leite de transição nada mais é do que a transformação da composição do colostro para atender as necessidades fisiológicas e nutricionais do bebê, esse leite é mais calórico por possuir mais gordura na sua composição.

E o terceiro e ultimo leite produzido é o leite maduro que surge por volta do 15º dia pós parto. Ele contém todos os nutrientes que a criança precisa receber. No começo da mamada o leite maduro parece mais “ralo” por possuir mais água na sua composição hidratando o bebê, já o leite do fim da mamada tem aparência mais espessa por ter maior quantidade de gordura saciando e aumentando o peso do bebê.

### 2.3.2 O aleitamento exclusivo e seus benefícios

Guyton (2010) diz que a mãe deve oferecer somente o peito nos primeiros seis meses de vida. Nesse período não há necessidade de água ou chá, mesmo quando o tempo estiver muito quente, seco ou o bebê estiver com cólica. O leite materno é importante para o bebê durante esse período porque evita muitas doenças, principal mente quando dado exclusivamente. Além disso, contém todas as substâncias necessárias para que o bebê cresça sadio mental e fisicamente.

Para Roberts (1989) amamentar exclusivamente no peito evita muitas doenças, por exemplo, diarreia, pneumonia, infecção no ou vido e muitas outras. Quando o bebê mama só no peito, geralmente faz cocô mole, varias vezes ao dia, ou pode ficar até uma semana sem evacuar. Quando a criança mama no peito, aceita mais facilmente os alimentos da família, porque o leite do peito tem sabor e cheiro conforme a alimentação da mãe. Mamando somente no peito ate os seis meses os bebês já estão se adaptando aos alimentos da família.

## 2.4 Benefícios do aleitamento materno

Segundo Pereira (2004) o aleitamento materno é o método ótimo de alimentação no início da vida, é o alimento ideal nutricionalmente completo e que reforça os laços afetivos entre mãe e filho. O leite materno fornece todos os nutrientes que a criança precisa nos primeiros seis meses de vida e continua a ser a maior fonte nutricional durante o resto do primeiro ano de vida.

O aleitamento materno é o melhor alimento por que:

Adapta-se ao apetite e sede individual do bebê; Varia na composição e na quantidade, ao longo da vida do bebê, ao longo do dia e ao longo da mesma mamada; Não é uma alimentação monótona, porque permite o contato com uma variedade de sabores dependentes da alimentação da mãe, facilitando ainda a introdução posterior da dieta familiar; Facilita a digestão e o funcionamento do intestino. (SOUSA, 2008, p. 189).

Além disso, Rego (2001) acrescenta que o leite materno contém substâncias protetoras contra infecções, alergias e outras doenças, tais como fatores de crescimento, hormonais, imunoglobulinas e outras. Os benefícios são maiores quanto maior for a duração do aleitamento materno, por quanto mais tempo a mãe amamentar a criança maior serão os benefícios. Esses benefícios permanecem muito além do período de amamentação, chegando mesmo à vida adulta.

### 2.4.1 Para a mãe

As vantagens para a mãe ao amamentar segundo Martins (2006) são inúmeras entre elas aumenta os laços afetivos, pois os olhos nos olhos e o contato contínuo entre mãe e filho fortalecem os laços afetivos, e o envolvimento do pai e familiares favorece o prolongamento da amamentação. Amamentar logo que o bebê nasce diminui o sangramento da mãe após o parto e faz o útero voltar mais rápido ao tamanho normal, e a diminuição do sangramento previne a anemia materna.

A amamentação de acordo com Ferreira (2006) constitui um ótimo meio de evitar uma nova gravidez. Isso se consegue quando três condições ocorrem: a mãe ainda não menstruou após o parto, o bebê tem menos de seis meses e a amamentação é exclusiva durante o dia e também durante a noite.

Quando o bebê suga adequadamente, a mãe produz dois tipos de substâncias: Prolactina, que faz os peitos produzirem o leite, e ocitocina, que libera o leite e faz o útero contrair, diminuindo o sangramento. Portanto, o bebê deve ser colocado no peito logo após o nascimento, ainda na sala de parto. (PEREIRA, 2006, p. 166).

O bebê deve mamar sempre que quiser, inclusive durante a madrugada. Isso diminui a chance de nova gravidez ser a mãe ainda não menstruou. Desta maneira, o seu corpo continua produzindo quantidade suficiente de hormônios que ajudam a evitar filhos.

Além de todos esses benefícios segundo Levy (2008) estudos em populações demonstraram que quanto mais a mulher amamenta, menor o risco de câncer de mama e ovários, quanto maior o tempo de amamentação.

E por fim, Guyton (2010) enfatiza que a amamentação no peito além de ser econômica é prática, pois evita gastos com mamadeiras, leite, bicos, materiais de limpeza, gás, água, etc. estão sempre prontos, na temperatura ideal, e não exige nenhum esforço nem preparo já vem pronto para consumo.

#### 2.4.2 Para o recém nascido

Carvalho (2005) diz que a amamentação supre todas as necessidades dos primeiros meses de vida, para o bebê crescer e se desenvolver sadio. Por essas e outras vantagens o leite materno é o alimento mais completo para a criança por que: contém várias vitaminas, minerais, gorduras, açúcares, proteínas, todos apropriados para o organismo do bebê; possui muitas substancias nutritivas e de defesa, que não se encontram no leite de vaca e em nenhum outro leite; o leite da mãe é adequado, completo, equilibrado e suficiente para o seu filho, ele é o alimento ideal; é feito especialmente para o estomago da criança, portanto de mais fácil digestão.

A Comissão para Promoção do Aleitamento Materno (2002) acrescenta que o leite materno é limpo e pronto, não apanha sujeira como a mamadeira, está pronta a qualquer hora, na temperatura certa para o bebê. Dar de mamar é um ato de amor e carinho, faz o bebê sentir-se querido e seguro.

Dar de mamar ajuda na prevenção de defeitos na oclusão (fechamento) dos dentes, diminui a incidência de cáries e problemas na fala. Bebês que mamam no peito apresentam melhor crescimento e desenvolvimento.

## **2.5 A importância do pai no aleitamento materno**

Clayton (2000) argumenta que é inegável e incontestável o papel preponderante da mulher/mãe relativamente a este tema, uma vez que ela é o agente físico, corporal, deste ato. No entanto a amamentação é influenciada por múltiplos aspectos de ordem psicológica e emocional inerentes à mãe e que se repercutem no bebê e na relação estabelecida, quer na díade (mãe – bebê) quer na tríade (pai – mãe – bebê).

Após o nascimento do bebê, os casais se deparam com a questão do aleitamento materno que, nos dias de hoje e à luz das novas formas de estar e sentirem já referidos, não é um assunto exclusivo das mulheres, pois o pai, presente desde o início, pode colaborar na amamentação. (ROBERTS, 1989, p. 189).

CIPE (2006) acrescenta que o período de sensibilidade materna que ocorre nos primeiros dias de vida após o nascimento do bebê inclui o casal. O pai, enquanto acompanhante próximo da mulher durante a gravidez e o parto, fica também, sensível ao bebê e estabelece também uma relação e interação com o bebê semelhante às da mãe no que concerne a amá-lo, embalá-lo, tocá-lo, segurá-lo, sorrir-lhe, etc.

O pai terá assim três funções face ao nascimento de um filho: amar a mãe (o que dá um maior sentimento de segurança também ao bebê), estar presente e SAR apoio emocional à mulher/mãe, e apoiar o filho (servindo de suporte, referência e modelo ao filho).

O pai deve encorajar e incentivar a sua mulher a dar de mamar, participando de várias formas, como por exemplo: estar por perto se for este o seu desejo, ou cuidar dos outros filhos, no caso de existirem. Por vezes, pode ser fundamental a sua presença de modo a apoiar a mulher quando esta se sente insegura ou receosa, valorizando tranquilamente o seu desempenho.

O envolvimento do pai promove o aleitamento materno e favorece a sua manutenção por mais tempo, contribuindo para aumentar a auto-estima e a confiança da mãe, com benefícios para toda a família. Entre outras vantagens, o aleitamento materno produz efeitos calmantes na mãe e no filho e protege a saúde de ambos, permitindo assim uma vivência da parentalidade mais gratificante. (REGO, 2001, p. 156).

## **2.6 Programas de incentivo ao aleitamento materno**

Bobak (1999) destaca que os serviços de saúde podem e devem apoiar incentivar e ajudar as mães quanto ao aleitamento materno estabelecendo normas e rotinas de incentivo ao aleitamento. Para isso Carvalho (2005) acrescenta que se deve ressaltar a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e seu prolongamento até os dois anos de idade ou mais, acompanhado da introdução de outros alimentos. Enfatizar que o leite materno protege o bebê de infecções, alergias e inúmeras as demais vantagens.

## 3 AMAMENTAÇÃO

As mães sabem que os pediatras insistem na importância de as crianças serem amamentadas no peito. Isto porque o leite materno tem inúmeras vantagens. Algumas complicações devem ser identificadas durante a amamentação, como: mastite, doenças infecciosas, HIV, vírus citomegalovírus, hepatites A, B, C, citomegalovírus, herpes simplex, varicela zoster, sarampo, doença de Lyme, tuberculose.

### 3.1 Mastite

Segundo Martins (2006) é um processo inflamatório agudo da mama, de origem infecciosa, relacionado com a função de lactação. Desenvolve-se entre a segunda e a quarta semana de puerpério (pós-parto) e, por isso também é conhecida como mastite puerperal. Mas também pode ocorrer durante a gravidez. Sua incidência persiste inalterada com o passar dos anos, variando entre 1 e 5% nas mulheres que amamentam. Aproximadamente a metade dos casos acontece na primeira gestação. A grande maioria dos acometimentos é unilateral.

Ferreira (2006) acrescenta que a maioria absoluta das mastites puerperais é provocada por *Staphylococcus aureus*. Este germe pode ser isolado em cerca de 95% dos casos. Algumas vezes pode aparecer em conjunto com outros microorganismos. Em casos graves, com evolução para formas necrosantes e ulceradas de mastites, geralmente existem bactérias Gram-negativas aeróbias.

A mastite lactacional de acordo com Lowdermilk (2008) aparece mais freqüentemente em mulheres que apresentam fatores predisponentes para este tipo de infecção, como malformações papilares (papilas curtas, planas, protrusa ou pseudo-invertida ou umbilicada), estase láctea, fissuras papilares, primiparidade, técnica incorreta de amamentação e más condições de higiene local da mama.

Ao fluir pela mama, o leite varre os microorganismos causadores de infecção, o que não acontece quando o fluxo do leite está reduzido. Muitas mães notam que

seus bebês mamam com mais facilidade em uma mama do que em outra – freqüentemente a mama esquerda, se ela for destra ou vice-versa. Isto significa que a outra mama, menos "popular", não é esvaziada completamente, ficando assim, mais susceptível a ingurgitamentos e infecções.

As pacientes com mastite puerperal apresentam manifestações gerais e locais. As manifestações gerais são semelhantes a um estado gripal, são febre, calafrios, cefaléia e mal-estar.

Rego (2001) argumenta que os sintomas locais são de início, aumento de volume e de turgescência. Antes da infecção se instalar pode, ou não, ser notada alguma rachadura no mamilo ou na pele ao redor dele. Em seguida, aparecem sinais flogísticos (dor, hiperemia e calor local) na maioria das vezes localizados em parte da mama que, na evolução do quadro, podem se generalizar. Freqüentemente aparece também edema de pele e retração papilar.

A secreção láctea torna-se amarelada devido ao conteúdo rico em leucócitos e bactérias. O ato de amamentar passa a ser extremamente doloroso, levando a interrupção da mamada. Pode haver formação de abscesso mamário que é uma coleção de pus no tecido mamário como resultado de uma infecção. O abscesso pode causar uma sensibilidade anormal e, se próximo à pele, uma inflamação.

Levy (2008) enfatiza que nos abscessos superficiais, muitas vezes ocorre drenagem espontânea dos mesmos, com saída de material purulento e alívio dos sintomas. Abscessos profundos exibem evolução arrastada e são geralmente reconhecidos pela persistência dos sintomas, mesmo com o tratamento. Nos abscessos de localização retromamária, a mama salienta-se para frente.

Uma pequena porcentagem das mastites apresenta-se com quadros necrosantes extensos, exibindo ulcerações e fístulas lácteas. Os recursos de tratamento devem ser oferecidos conforme a fase evolutiva do quadro. Nas fases iniciais, o tratamento é exclusivamente clínico, enquanto que, na presença de abscessos, impõe-se o tratamento cirúrgico.

Não há necessidade de inibição sistemática da lactação. Apenas deixa-se de amamentar pelo lado acometido, ofertando-se a mama contralateral. A mama afetada deve ser esvaziada repetidamente, a custo de ordenha manual ou de bombas de sucção, e o leite desprezado. Quando a mastite é bilateral, interrompe-se o aleitamento natural até o completo desaparecimento dos sintomas. Com o tratamento correto, na grande maioria dos casos, após a resolução do quadro, a amamentação volta ao normal. Quando os abscessos estão bem formados, é indicada sua drenagem cirúrgica. (GALVÃO, 2005, p. 46).

### **3.2 Mães com doenças infecciosas**

Carvalho (2005) argumenta que as doenças infecciosas maternas, na maioria das vezes, não são contra-indicações para o aleitamento. O RN fica em risco em raras circunstâncias, quando ocorre septicemia materna, pois a bacteremia pode alcançar o leite. Mesmo neste caso, pode-se continuar a amamentação enquanto a mãe recebe antibioticoterapia adequada e compatível com o aleitamento.

Sousa (2008) acrescenta que se o agente infeccioso for altamente virulento (ex: infecção por estreptococo A invasivo causando doença grave na mãe), a amamentação deve ser temporariamente interrompida nas primeiras 24h de tratamento materno.

#### **3.2.1 HIV e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida**

Bobak (1999) destaca que as gestantes HIV positivas devem ser orientadas quanto aos riscos de transmissão do HIV durante a gestação e a lactação e aconselhadas a não amamentar seus bebês.

#### **3.2.2 Vírus Linfotrófico Humano De Células T (HTLV 1 E 2)**

A orientação segundo Carvalho (2005) é não amamentar se houver sorologia positiva. A infecção é epidêmica em partes do Brasil, Índias Orientais, África sub-

Saara e sudoeste do Japão. A transmissão é por contato sexual, contato com sangue ou hemoderivados, leite humano, e raramente por transmissão transplacentária, casual ou contato doméstico. Conforme estudos realizados no Japão, o vírus pode ser inativado quando o LH é congelado, porém o CDC ainda não tem opinião sobre o assunto.

### 3.2.3 Hepatites

Quando ocorrer hepatite aguda Peri-parto ou pós-parto, de acordo com Martins (2006) deve-se suspender a amamentação (esgotar o leite e congelar para possível uso posterior) até que a causa da hepatite seja determinada estimada o risco potencial de transmissão e que medidas preventivas apropriadas sejam realizadas no RN.

#### 3.2.3.1 Hepatite A

A transmissão vertical ou perinatal segundo Rego (2001) é rara. A infecção no último trimestre ou durante a amamentação não é uma contra-indicação para o aleitamento materno. A mãe deve fazer lavagem adequada das mãos e o RN deve receber imunoglobulina standard (0,02 ml/kg IM) e 3 doses da vacina do vírus de hepatite A, nos 1<sup>o</sup> a 6 meses. Embora a vacina não seja aprovada pelo FDA para crianças < 2 anos, informações limitadas demonstraram excelente soro conversão em RN que não tinham anticorpos maternos passivos e que receberam as 3 doses da vacina.

### 3.2.3.2 Hepatite B

A infecção materna pelo HBV (ativa, crônica ou portadora) de acordo com Rego (2001) não é contra-indicação para a amamentação. RN filhos de mães com HbsAg positivo, quando prematuros (< 2.000g) ou de mãe HIV +, devem receber tratamento preventivo com imunoglobulina para hepatite B (0,5 ml IM) com até 12 h de vida + 4 doses da vacina para HBV (a 1ª dose aplicada em membro diferente da imunoglobulina e antes da alta hospitalar), e suas doses subseqüentes com 1, 2 e 6 m. de vida. Os RN > 2.000g e mãe HIV (-) são protegidas somente com a aplicação da vacina, não sendo necessária a aplicação de imunoglobulina.

### 3.2.3.3 Hepatite C

A hepatite C segundo Rego (2001) pode ser transmitida verticalmente, dependendo do genótipo HCV, infecção pelo HIV (chegando a 100% de risco), doença hepática materna em atividade e títulos de HCV-RNA no plasma materno. O risco de transmissão do HCV pelo leite materno é desconhecido. A recomendação atual do CDC é de que a infecção por HCV não representa contra-indicação para a amamentação a menos que a mãe tenha insuficiência hepática grave ou coinfeção pelo HIV.

### 3.2.4 Citomegalovírus

Guyton (2010) diz que existe risco de transmissão do CMV pelo leite materno para prematuros ou imunodeficientes. RN prematuros CMV soronegativos não devem receber leite humano CMV positivo. O leite humano pode ser congelado a -20°C por 7 dias ou pasteurizado e pode ser dado ao RN nas primeiras semanas de vida, até que os títulos de anticorpos recebidos pelo leite aumentem, porém não há estudos prospectivos controlados que referendem esta constatação.

### 3.2.5 Herpes Simplex

Para Lowdermilk (2008) a infecção neonatal por exposição intra-uterina ou intra-parto pode ser grave ou fatal. O bebê pode amamentar, mesmo que a mãe tenha infecção ativa, mas com ausência de lesões herpéticas no seu seio. Na sua presença deve-se interromper a amamentação até que a lesão desapareça. São importantes a lavagem cuidadosa das mãos e o não contato direto com lesões ativas.

### 3.2.6 Varicela Zoster

Segundo Carvalho (2005) a infecção congênita pode ser grave ou fatal. A infecção materna no período peri-parto requer isolamento temporário do seu bebê, e a imunoglobulina específica varicela zoster deve ser feita no RN independente do modo de alimentação. Se não houver lesões na mama, o leite materno pode ser esgotado e dado ao RN assim que ele receba a imunoglobulina.

Deve-se restabelecer a amamentação quando a mãe não estiver mais no período de transmissão que geralmente é de 6 a 10 dias após o aparecimento do rash. Infecção materna após 1 mês do parto não requer parada da amamentação, principalmente se o RN receber VZIG.

### 3.2.7 Sarampo

Levy (2008) enfatiza que fazer um curto período de isolamento materno do RN (72h após o início do rash) e o leite esgotado pode ser oferecido ao RN após o bebê ter recebido imunoglobulina standart (0,25 ml/kg IM).

### 3.2.8 Doença de Lyme

Galvão (2005) argumenta que é uma infecção transmitida pela picada do carrapato infectado pela espiroqueta *Borrelia burgdorferi*. Se a mãe for tratada adequadamente durante a gestação o prognóstico é bom. Não há necessidade de isolar a mãe de seu RN ou de outras pessoas.

Se diagnosticada pós-parto, a mãe e o RN devem ser tratados imediatamente, principalmente se houver sintomas como rash ou febre. A espiroqueta é transmitida pelo leite materno. Após início do tratamento materno a amamentação pode ser retomada. O tratamento é variável com amoxicilina (25-50 mg/kg/d) ou ceftriaxona, pelo menos por 14 dias.

### 3.2.9 Tuberculose

Ferreira (2006) diz que na mãe com suspeita de TB ativa (escarro positivo) seu RN não deve ter contato após o parto, independente do modo de alimentação. O contato respiratório põe estes RNs em risco. O leite materno, entretanto, não contém o bacilo tuberculoso. O leite ordenhado pode ser oferecido ao RN com copinho ou seringa.

Para mães com tuberculose, as recomendações para amamentação dependem da época em que foi feito o diagnóstico da doença. Segundo a OMS, não há necessidade de separar a mãe da criança e, em circunstância alguma, a lactação deve ser impedida. O bacilo de Koch excepcionalmente é excretado pelo leite materno, e, se houver contaminação do recém-nascido, geralmente a porta de entrada é o trato respiratório. Assim, mãe com tuberculose extrapulmonar não necessita de cuidados especiais para amamentar.

Com o tratamento da mãe e após ser considerada não contagiosa (escarro negativo e aproximadamente 2 semanas de tratamento), ela pode amamentar seu RN. O uso profilático de isoniazida (10 mg/kg/d) para o RN é indicado, seguro e efetivo em prevenir a infecção por TB.

### 3.3 Tipos de mamilos

Os mamilos são facilitadores no processo da mamada de acordo com Sousa (2008) quanto mais salientes forem, mais fácil será o processo do aleitamento. Contudo, o tipo de bico não é um obstáculo intransponível para a amamentação. Segue abaixo os diferentes tipos de mamilos:

#### 3.3.1 Mamilo Protuso

É o mais saliente. Mais de 90% da população possui este tipo de mamilo.

#### 3.3.2 Mamilo Curto

Pouco saliente, pode apresentar-se elástico ou pouco elástico.

#### 3.3.3 Mamilo Plano

Está incorporado à região areolar.

#### 3.3.4 Mamilo Pseudo-invertido

Apresenta-se contrário ao protuso, respondendo ao estímulo de forma variável de acordo com a elasticidade.

### 3.3.5 Mamilo Invertido

Apresenta-se contrário ao protuso; nunca responde ao estímulo, precisa de acompanhamento mais perto de seu médico.

## 3.4 Complicações encontradas na amamentação

Nos primeiros dias, segundo Bobak (1999) a amamentação pode provocar algum desconforto no começo de cada mamada. Mas mamilos doloridos, rachados ou sangrando não são um efeito colateral comum da amamentação e sim sinal de que a "pega" do bebê não está correta. É importante lembrar que a amamentação não é um ato dolorido e que se isso ocorrer é porque alguma coisa precisa ser mudada.

Por vezes de acordo com Martins (2006) é possível ver sangue sem nem sentir dor. Um pouco de sangue que saia pelos mamilos na primeira semana de amamentação pode ser consequência do aumento de fluxo sanguíneo na região da mama e do crescimento do tecido produtor de leite. Essa condição deve melhorar, sem qualquer tipo de tratamento, em poucos dias.

A principal causa é a "pega" incorreta do bebê na hora da amamentação. Isso costuma provocar muita dor nos mamilos. Um melhor posicionamento da criança no mamilo tende a melhorar significativamente ou até a curar a dor. Outra causa pode ser deixar o bebê no peito quando ele não está mamando, apenas "mastigando" o bico.

Pele ressecada demais também pode provocar rachadura e até sangramento nos seios (uma condição conhecida como eczema, um tipo de dermatite). Os mamilos ou os seios podem ressecar devido ao clima, os resíduos de detergente nas roupas, a loções aplicadas na região da mama, sabonetes, talco, produtos para cabelo, desodorante ou perfume. Nesse caso Carvalho (2005) sugere que se passem pomadas específicas para a amamentação, hidratando a pele do mamilo.

O uso incorreto da bombinha para extrair leite também pode machucar os mamilos, fazendo-os rachar ou sangrar. Certos equipamentos utilizados de forma

mais brusca podem ferir o tecido mamário, rompendo os capilares. Em casos mais extremos, algumas mulheres chegam a apresentar hemorragia sob a mama devido à sucção excessiva da bombinha.

#### 3.4.1 Ductos lactíferos entupidos

Segundo Ferreira (2006) há dois tipos de ductos bloqueados. O chamado ducto lactífero bloqueado ocorre quando há um nódulo dolorido e inchado no seio, geralmente com a presença de vermelhidão na área ao redor. Na verdade, o ducto propriamente dito não está entupido, mas o tecido próximo ao ducto de leite está inflamado, o que o pressiona. Ductos bloqueados são de fato os estágios mais iniciais de uma mastite.

Opina Sousa (2008) que quando os ductos estão realmente entupidos algo muito mais raro e que tende a acontecer semanas ou meses após o início da amamentação, algumas mulheres notam um pontinho branco na ponta do mamilo. Isso é sinal de que um ducto ficou bloqueado por células da pele que cresceram sobre ele. O tratamento é simples: esfregue uma toalha ou dê uma pequena picadinha na região com uma agulha esterilizada. É melhor fazer isso depois de ter dado de mamar, porque a pele do mamilo estará mais macia.

Uma melhor descrição para esse problema seria chamá-lo de ductos inflamados, já que, quase sempre, o que leva ao bloqueio é o fato de os seios não serem esvaziados direito pelo bebê. Quando o leite fica acumulado porque não está saindo na mesma velocidade com que é produzido, ele acaba sendo empurrado para dentro do tecido mamário, onde provoca uma inflamação. Se o leite também acabar entrando na corrente sanguínea, você terá sintomas de gripe, incluindo febre, o que já sinalizará uma mastite. (LOWDERMILK, 2008, p. 166).

Esses sinais de gripe e mal-estar da mastite não necessariamente indicam uma infecção bacteriana (a mastite pode ser causada por microorganismos, mas geralmente é uma *inflamação*). A sensação de gripe é um sinal de que seu corpo está tratando o leite como um corpo estranho, que precisa ser combatido pelo sistema imunológico.

### 3.5 Baixa produção de leite

Segundo Levy (2008) praticamente todas as mães recentes passam por algum período em que questionam se estão produzindo leite suficiente para seus bebês. Isso acontece principalmente no comecinho, quando ela e o bebê estão se adaptando ao processo do aleitamento. Para a maioria dos especialistas, porém, é muito raro a mulher não produzir leite suficiente, e o leite nunca são "fraco".

Às vezes de acordo com Galvão (2005) se tem a falsa impressão de que o leite não está sendo produzido em quantidade suficiente. Essa impressão alimentada pela insegurança tão comum nessa fase aparece quando a mulher pára de sentir o peito enchendo, ou quando o leite pára de vazar. Na verdade, esses são sinais naturais de que o corpo se adaptou à demanda por leite do bebê. A criança também passa por estirões em que tem mais fome e mama mais que o normal, e isso podem fazer a mãe achar que não está oferecendo leite suficiente. E há bebês que são super eficientes quando mamam cinco minutos em cada peito já bastam e a mães ficam achando que eles estão parando rápido porque elas é que não têm leite.

Existem casos, entretanto, em que a mãe não produz todo o leite que poderia produzir, mas na grande maioria dessas situações o problema é contornável. Apenas cerca de 2 por cento das mães têm dificuldades físicas para produzir a quantidade ideal de leite.

Seu corpo produz leite à medida que o bebê solicita. Quanto mais ele mamar, mais leite você vai produzir. A produção de leite pode diminuir temporariamente pelos seguintes motivos: você está com os mamilos machucados e doloridos, e amamentar está doendo; o bebê está muito sonolento, e precisa de incentivo para mamar; o bebê pode estar usando chupeta por muito tempo, reduzindo a duração das mamadas; seu corpo não se adaptou à rotina rígida de horários (de quatro em quatro horas, por exemplo) para a amamentação; tente trocar para o sistema de livre demanda, ou seja, ofereça o seio ao bebê sempre que ele pedir, sem se preocupar com o horário. (GUYTON, 2010, p. 188).

Para grande parte das mulheres, o problema está na "entrega" do leite, não na produção. Elas produzem bastante leite, mas, como o bebê não está pegando o seio direito, não recebe a quantidade de que precisa.

Para Rego (2001) algumas mulheres podem ter fatores físicos que atrapalhem a produção de leite, como problemas hormonais ou históricos de cirurgia

de redução dos seios (os implantes de silicone não costumam atrapalhar a amamentação, exceto em casos raros). Mesmo quando há problemas físicos, vale à pena insistir, para que o bebê aproveite ao máximo todos os benefícios do leite materno.

O ganho de peso é a melhor maneira de ter certeza de que o leite é suficiente. Nos primeiros dias depois do nascimento, os bebês perdem entre 5 e 10 por cento do peso com que nasceram. Mas, após esse período, eles começam a engordar. Ao fim da primeira semana, já dá para saber se o bebê está ganhando peso da forma como deveria.

### **3.6 Ingurgitamento mamário**

O ingurgitamento mamário segundo Sousa (2008) é mais comum em primíparas. É o aumento das mamas que ficam túrgidas e dolorosas, devido a distensão alveolar pelo aumento do leite, a ponto de impedir a amamentação. Ocorre mais freqüentemente no 3º ou 4º dia após o parto. O defeito básico não é decorrente do aumento da quantidade de leite, e sim de sua retenção. O problema ocasionalmente vem acompanhado de hipertermia, congestão da pele, edema e rubor.

Quando a aréola está ingurgitada, a criança não consegue uma boa pega, o que pode ser doloroso para a mãe e frustrante para a criança, pois, nestas condições, há dificuldade para a saída do leite. A dor provocada pelo ingurgitamento gera medo que se intensifica à medida que os cuidados terapêuticos não superam os distúrbios, constituindo esse um dos principais motivos que levam muitas mães a substituírem às mamas por mamadeiras. (BOBAK, 1999, p. 136).

Com medidas gerais devemos tranquilizar a puérba explicando-lhe a transitoriedade do quadro, cuja melhor solução é o próprio aleitamento materno natural. As medidas locais são valiosas: a sucção com bomba, a bolsa de gelo, as massagens; com objetivo de mobilizar o leite acumulado, a sustentação e compressão dos seios; a fim de diminuir a dor, e conseguidas por meios de esparadrapos ou com uso de corpetes e portas seios apropriados.

Ferreira (2006) argumenta que a mastite normalmente só afeta um dos seios, não os dois de uma vez. Lembre-se de que a temperatura deve ser confirmada com o termômetro na boca, embaixo da língua, porque a área da axila pode estar quente demais devido à inflamação local dos seios, e não à febre. Entre dois e seis dias depois do parto, o leite "desce", ou seja, fica disponível para o bebê nas mamas. Conforme isso acontece, seus seios recebem uma irrigação maior de sangue, e os tecidos da área podem inchar. O resultado é que os seios ficam "duros", cheios, pesados, ou ingurgitados, no termo técnico.

Segundo Galvão (2005) o fenômeno não acontece com todas as mulheres. Às vezes os seios ficam só um pouco mais pesados. Mas, para outras mães recentes, o peito pode ficar enorme e surpreendentemente duro. O importante é lembrar que o ingurgitamento é um problema temporário, que será resolvido pelo próprio bebê, desde que ele esteja pegando bem o seio e mamando tanto quanto quiser. Felizmente o ingurgitamento mamário passa logo. Ele deve diminuir de intensidade em um ou dois dias, e amamentar o bebê com frequência e eficiência ajuda bastante.

Se por algum motivo você for dar mamadeira para o bebê, em vez de amamentar, seus seios também vão ficar cheios e duros quando o leite "descer". Na maioria dos casos, analgésicos e o uso de um bom sutiã resolvem o problema, depois de alguns dias. Uma dica é usar um sutiã em cima do outro, para melhor sustentação. Pode ser que, se o ingurgitamento for muito intenso, você tenha que tirar um pouco do leite com as mãos, para aliviar o desconforto.

## 4 O PAPEL DA ENFERMAGEM NO ALEITAMENTO MATERNO

Na conferência de Alma Ata, em 1978, no Kazaquistão, segundo Lamounier (2011) o mundo lançou o alerta para as altas taxas de mortalidade e morbidade infantil, juntamente com este desafio, os profissionais de saúde alarmaram-se com a grave questão: as crianças estavam morrendo e adoecendo porque não estavam sendo amamentadas naturalmente. E uma grande parte da responsabilidade deste fato cabia aos profissionais de saúde, mais especificamente aos enfermeiros.

De acordo com King (2001) uma prática que nos era inerente, como mamíferos e como seres humanos, que fazia parte de nossa cultura, de nossa antropologia, foi substituída por artificialismos comerciais, do perversamente chamado progresso, a explosão do leite em pó, de vaca, das fórmulas, dos bebês rechonchudos, obesos e de propaganda viraram moda.

Ao findar a segunda guerra mundial, havia formada, uma grande estrutura de fabricação de leite liofilizado, ou seja, leite em pó. O alimento que, era estratégico para a tropa e fácil de ser transportado, agora perdia seu grande mercado consumidor. O que fazer? Buscar consumidores transformando mamíferos humanos em mamíferos de latas. Havia de se procurar o respaldo dos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Com amplas pesquisas mostrando o ganho de peso, com amostras, com brindes e propagandas. (LEVY, 2004, p. 191).

Outras práticas, segundo Lothrop (2008) modificadas pelo chamado progresso, agravaram a situação:

- A separação mãe-filho (incomum entre os mamíferos irracionais);
- O berçário (um verdadeiro campo de concentração);
- A cesárea desnecessária;
- Parto tratado como patologia de alta complexidade;
- A introdução de água, glicose e chás ao recém nascido;
- A perversa complementação alimentar do recém nascido que só faz diminuir o leite materno e a auto confiança da mãe.

#### 4.1 A importância da atuação do enfermeiro no aleitamento materno

Hoje felizmente, Giugliani (2011) argumenta que sabemos e, com certeza, descobriremos novos argumentos a cada dia, o quociente de inteligência é mais elevado; há incidência menor de indivíduos alérgicos; o vínculo psico-afetivo promove a saúde mental; a passagem de anticorpos, imunoglobulinas, e células sanguíneas vivas da série branca confere imunidade à criança.

Spallicci (2009) ressalta ser necessário que os profissionais manejem a problemática e apoiem a família que amamenta. O desafio deste século é: reconhecer que erramos na qualidade de mamíferos racionais e de profissionais especializados, mudar posturas, comportamentos, filosofia de saúde e de assistência à criança, rever constantemente e incorporar as práticas trazidas pelo progresso.

Diante desta realidade e de fatos verídicos Almeida (2011, p. 99) faz as seguintes argumentações:

Todos os dias, entre três e quatro mil crianças morrem por diarreia e infecções respiratórias agudas porque foram privadas da alimentação natural. Outros milhares de crianças sucumbem às mais variadas doenças e à desnutrição. E quanto mais a ciência descobre sobre o aleitamento materno, mais se confirma sua posição insuficiente na nutrição, no crescimento e no desenvolvimento das crianças.

Lamounier (2011) relata que somente um esforço global, envolvendo os seres humanos de todo o planeta, pode eliminar os obstáculos da amamentação e devolver as mães a dignidade de dar aos seus bebês o começo saudável que eles precisam para suas vidas. E a enfermagem desempenha papel importantíssimo nesta questão.

Brasil (2001) salienta que nos programas de aleitamento materno o profissional de enfermagem tem condições de exercitar todas as suas funções: administrativa, avaliadora, docente e assistencial. Basta ter conhecimento sobre:

- Assistência de enfermagem à criança e a mulher;
- Alojamento conjunto: objetivos, vantagens normas, técnicas e rotinas;
- Aleitamento materno: aspectos políticos, práticos e sociais;
- Anatomia da mulher;

- Fisiologia do recém nascido;
- Psicologia e pedagogia do adulto;
- Antropologia e cultura.

King (2001) lembra que para todo esse conhecimento possa ser colocado em prática é imprescindível uma perfeita integração da enfermagem com os demais profissionais da saúde materna infantil, de maneira que todos, falando a mesma linguagem, estabeleçam através de uma única diretriz a segurança necessária para o melhor atendimento da mulher e da criança.

#### 4.1.1 O enfermeiro exercendo a função administrativa

Almeida (2011) ressalta que o profissional enfermeiro deve assumir a função administrativa de unidades que prestam assistência direta ou indiretamente à mulher e à criança como: maternidades, sistemas de alojamento conjunto, unidades de pediatria, bancos de leite humano.

Brasil (2001) explicita que existem aspectos próprios da enfermagem que, como líder, não pode delegar a outrem:

- Seleção de pessoal da enfermagem;
- Elaboração de rotinas e técnicas de enfermagem;
- Aquisição de recursos materiais específicos.

#### 4.1.2 A enfermagem e o lado assistencial

De acordo com Giugliani (2011) esta função compete à enfermagem, pois o que caracteriza a enfermagem é a assistência ao ser humano. A enfermeira faz e ensina como fazer.

“A presença permanente da enfermagem no hospital, principalmente, nas primeiras horas do nascimento do bebê, pode servir de base para a amamentação bem sucedida e duradoura”. (LEVY, 2004, p. 194).

Lothrop (2008) lembra que a mãe será ajudada a aprender os modos individuais que seu bebê tem, para responder aos estímulos da amamentação. Ajudada a aprender a modalidade sensória que mais acalma seu filho, e as técnicas e posições para mamar. Isto impedirá a frustração que a mãe poderá sentir, quando for incapaz de aquietar um bebê chora ou mesmo que dorme para mamar.

#### 4.1.3 Além de enfermeiro, também um mestre

Brasil (2001) argumenta que o profissional enfermeiro é um educador em potencial. Ele elabora, executa e avalia programas de aleitamento materno. Ser enfermeiro em aleitamento materno implica em orientar, ajudar, explicar a cada mãe individualmente, na gravidez, no pré parto, no parto e no puerpério, principalmente nos primeiros dias após o parto, a grupos de mães, de familiares e de funcionários. É promover discussões em grupo com relatos de experiências. É solicitar participação ativa da mãe em todos os cuidados ao filho.

A orientação pode ser individual ou coletiva, segundo Lamounier (2011), mas, deve ser dada por todos os elementos da equipe, evitando duplicidade de informações e ou de condutas. É dirigida ao casal e familiares e a sociedade de maneira geral, pois cuidar do bebê não é tarefa exclusiva da mamãe. A orientação sobre o aleitamento materno deve começar na sala de aula, continuar na gravidez, parto e puerpério.

Segundo Almeida (2011) convém que todos recebam a mesma instrução transmitida às mães que consiste:

- Prepará-los para a prática da amamentação e do alojamento conjunto, para o cumprimento das leis da amamentação, para as responsabilidades pessoais e ou comunitária;
- Ministras palestras e aulas abordando conceitos gerais de higiene, de controle da saúde e nutrição, e de possíveis ocorrências nos primeiros dias do bebê;
- Orientar quanto às principais necessidades do bebê e como satisfazê-las;
- Identificar e enfatizar a importância dos recursos disponíveis na comunidade para o atendimento continuado da mãe e da criança.

#### 4.1.4 O enfermeiro investigador e avaliador

Almeida (2011) lembra que o profissional de enfermagem deve sempre estar atualizando seus conhecimentos, ou seja, aprimorando a cada dia, pois ele irá pesquisar constantemente, a validade:

- Das atividades da enfermagem;
- A validade dos programas e projetos de aleitamento materno;
- Dos cursos internos;
- Da participação, troca de experiências de seus funcionários;
- Do cumprimento das leis (Linguagem mundial sobre aleitamento materno);
- Integração e formas de integralização da equipe multiprofissional.

#### 4.2 Estimulando a amamentação no pré natal

Brasil (2011) ressalta que a educação e o preparo das mulheres para a lactação durante o período pré natal comprovadamente contribui para o sucesso do aleitamento materno, em especial entre as primíparas.

Durante a assistência pré natal, de acordo com King (2011) as mulheres devem ser informadas dos benefícios da amamentação, ou melhor, das desvantagens do uso de leites não humanos, e devem ser orientadas quanto às técnicas da amamentação, para aumentar a sua habilidade e confiança.

Lothrop (2008) argumenta que as gestantes devem ser orientadas a consumir alimentos variados e balanceados, aumentando principalmente o consumo de frutas, hortaliças frescas, pães e cereais. O cálcio também é fundamental, devendo se recomendar o consumo de leite, derivados e vegetais como a couve, repolho, espinafre e cenoura. Deve-se também aumentar a ingestão de alimentos ricos em ferro, tais como as folhas verdes escuras, o feijão, as carnes e miúdos.

O pré natal é o momento ideal para iniciar o trabalho de preparação para o aleitamento materno, através da formação de grupos de gestantes e atendimento individual. A equipe de saúde deve desenvolver dinâmicas de grupo, com a participação ativa das gestantes buscando trabalhar com o conhecimento que elas têm sobre a amamentação, principais tabus existentes, abordando temas como: a anatomia da mama, fisiologia da lactação, cuidados com a mama, nutrição, aspectos emocionais e importância do leite materno para o bebê. (GIUGLIANI, 2011, p. 240).

Spallicci (2009) diz que para o processo de lactação devem-se orientar à nutriz os mesmos cuidados necessários durante a gestação, devendo aumentar a quantidade de alimentos e a hidratação. Deve-se estimular a ingestão de pelo menos três litros de líquidos por dia.

### **4.3 Amamentação no período perinatal**

Segundo Almeida (2011) a equipe hospitalar deve incentivar e promover a amamentação ainda na sala de parto. A mamada na primeira meia hora após o nascimento traz vários benefícios: reforça o vínculo mãe e filho; facilita o início da amamentação, previne problemas na mama; auxilia a involução uterina e protege a criança e a mãe contra infecções hospitalares.

Os enfermeiros e profissionais da área da saúde são capazes de incentivar cada vez mais o aleitamento materno quando adquirem conhecimentos e atitudes necessárias para ajudar as mães na tarefa da amamentação, tanto através da educação pré e pós natal, adequação das normas e rotinas hospitalares para favorecer o aleitamento, quanto a prevenção e solução oportuna de problemas. (BRASIL, 2001, p. 100).

Lamounier (2011) acrescenta ser fundamental o estímulo ao aleitamento durante o parto e internação. É nessa fase que geralmente ocorre o início e o estabelecimento do aleitamento, cabendo aos profissionais de saúde reforçar conhecimentos, encorajar e demonstrar interesse pela amamentação, criando um clima emocional positivo.

Durante o trabalho de visitas às maternidades, realizados por enfermeiros, Giugliani (2011) diz que é fundamental que sejam reforçadas com a mãe as

orientações sobre aleitamento, cuidados com as mamas e que a mãe seja orientada a procurar a unidade de saúde mais próxima de sua casa para realizar o teste do pezinho, consulta pós parto, puericultura e assistência à nutriz.

#### **4.4 Pós parto e amamentação**

Levy (2004) opina dizendo que não se discute o apoio fundamental das rotinas e práticas pós natais, em unidades de saúde e ambulatorios, que podem levar a uma maior duração desta prática.

Desta forma, segundo Almeida (2011) está principalmente ao cargo dos enfermeiros e profissionais da saúde que prestam assistência ao bebê e a mãe, o papel de promover, apoiar e proteger a amamentação, assegurando o aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida.

O ônus do preparo de acordo com Spallicci (2009) se inicia e a continuação do aleitamento materno recai sobre os profissionais que exercem atividade de assistência na área materno infantil, ou seja enfermeiros e demais membros da equipe de saúde e deles depende, em grande parte, o sucesso ou fracasso da amamentação.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta breve revisão, fundamentada na literatura especializada, pretende-se rememorar a evolução de alguns aspectos específicos que contribuíram ou impediram a prática da amamentação, refletindo acerca das diversas estratégias utilizadas e suas repercussões na tomada de decisão das mulheres em oferecer ou não, o leite materno.

A amamentação, é sinônimo de sobrevivência para o recém-nascido, é uma prática natural e eficaz. Um ato cujo sucesso depende de fatores históricos, sociais, culturais e conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde envolvidos na promoção de incentivo e apoio ao aleitamento materno.

Os profissionais de saúde por meio de suas atitudes e práticas, podem influenciar negativamente e positivamente o início da amamentação e sua duração.

O enfermeiro tem papel crucial na orientação à prática da amamentação, pois atuam como facilitadores e encorajadores desta prática, além de atuarem no esclarecimento todas as dúvidas das gestantes e lactantes. É necessária uma comunicação simples e objetiva durante a orientação, o incentivo e o apoio ao aleitamento materno, demonstrando diversas posições, promovendo relaxamento e posicionamento confortável e mostrando como isso que pode ser usado para ajudar na sucção do recém-nascido.

Salientamos assim, o papel fundamental do enfermeiro como profissional de saúde no incentivo à amamentação, sendo determinante para aproximação entre mãe e filho, atando seus sentimentos à dádiva da alimentação materna.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. S.; VALE, I. N. **Enfermagem Neonatal e aleitamento materno [online]**. Disponível em: <<http://www.aleitamento.org.br/arquivos/enfermeira.html>>. Acesso em: 26 out. 2011.

BOBAK, I. L. D.; PERRY, S. **Enfermagem na Maternidade**. 4. ed. Loures: Lusociência, 1999.

BOBAK, I. L. D.; PERRY, S. **Enfermagem na Maternidade**. 4. ed. Loures: Lusociência, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como ajudar as mães amamentar**. Brasília, 2001.

CARVALHO, R.; TAMEZ, N. **Amamentação – Bases Científicas**. 2. ed. São Paulo: Editora Guanabara Koogan, 2005.

CARVALHO, R.; TAMEZ, N. **Amamentação – Bases Científicas**. 2. ed. São Paulo: Editora Guanabara Koogan, 2005.

CLAYTON, L.; THOMAS, D. **Dicionário Médico Enciclopédico**. 17. ed. Rio de Janeiro: Loures Manole, 2000.

COMISSÃO PARA A PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO. **O Aleitamento Materno – Crescer e viver. Bebês e Maternidade**. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

FERREIRA, C. A realidade do Aleitamento Materno. **Nursing**, Revista de Formação contínua em enfermagem. 209 ed. p. 14-16, abr. 2006.

GALVÃO, D. **Amamentação bem Sucedida: Alguns Fatores determinantes**. Loures: Lusociência, 2005.

GIUGLIANI, E. R. J. O Aleitamento Materno na prática clínica. **Jornal de pediatria**. v. 76, supl. 3, p. 238-252, 2000. Disponível: <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/00-76-s238/port.asp?cod=161>>. Acesso em: 26 out. 2011.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Composição do leite e solicitação metabólica materna imposta pela lactação**. Tratado de fisiologia média, v. 09, p. 952, 2010.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES, CIPE. **Classificação Internacional para a prática de enfermagem**. Versão 1.0, Lisboa: Gráfica, 2006.

KING, F. **Como ajudar as mães a amamentar**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina. 2001.

LAMOUNIER, J. A. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Jornal de pediatria**. v. 72, n. 6, p. 363-368, 1996. Disponível: <<http://www.jped.com.br//conteudo/96-72-06-363/port.asp?cod=644>>. Acesso em: 19 out. 2011.

LEVY, L. (2004). A Alimentação no Primeiro Ano de Vida. **Revista Portuguesa de Pediatria**. v. 25, n. 3, p. 191-204.

LEVY, L.; BERTOLO, H. **Manual do aleitamento Materno**. Lisboa: Gráfica Maiadouro, 2008.

LOTHROP, H. **O Livro da Amamentação**. Lisboa: Paz Editora, 2008.

LOWDERMILK, D.; PERRY, S. Enfermagem na maternidade. 7. ed. Loures: Lusodidata, 2008.

MAHAN, L. K.; ESCOTT, S. S. **Alimentos Nutrição e Dietoterapia**. 9 ed. São Paulo: ed. Roca, 1998.

MARTINS, C. et al. Aleitamento Materno: O conhecimento das mães. **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras**, n. 7, 2006.

MARTINS, C. et al. **Aleitamento Materno: Um dom a não perder**. Sinais Vitais, 2006.

PEREIRA, M. **Aleitamento materno: da antiguidade ate aos nossos dias**. Informar. Rio de Janeiro: Moderna. 2003.

PEREIRA, M. **Aleitamento materno**: Estabelecimento e Prolongamento da Amamentação. Intervenções para o sucesso. Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. 2004.

PEREIRA, M. **Aleitamento Materno**: Importância e Correção da Pega no Sucesso da amamentação. Loures: Lisboa, 2006.

REGO, J. **Aleitamento Materno**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

ROBERTS, W. **Fisiologia e lactação**. Tratado de fisiologia médica, 4. ed. 1989.

SOUSA, E. Aleitamento Materno: Antecedentes e atualidades. **Nursing**. Revista de Formação contínua em enfermagem. 211 ed. Portuguesa, p. 14-16, 2008.

SPALLICCI, M. **Aspectos Péri-Natais do Aleitamento Materno**. [on line]. 2009. Disponível em: <<http://www.ibfan.org/portuguese/resource/wh/htm>>. Acesso em: 15 out. 2011.