

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é a maneira mais segura de fornecer o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento de lactentes, tendo influências biológicas, emocional e cognitiva com relação à saúde dos bebês.

A amamentação exclusiva deverá ser por seis meses, podendo o bebê ser amamentado por até no mínimo os dois anos de idade.

A amamentação deve ser iniciada tão logo quanto possível de preferência na primeira hora após o parto.

Durante séculos muito antes de existir vitaminas e suplementos alimentares, a amamentação foi a principal fonte de nutrição dos recém-nascidos. A amamentação exclusiva fornece o alimento ideal durante os seis primeiros meses de vida, satisfazendo todos os nutrientes anticorpos e hormônios, fatores imunes e antioxidantes que o bebê necessita para viver, protegendo o bebê de infecções respiratórias gastrointestinais e estimulando o seu sistema imune.

Na manutenção da amamentação, a equipe de saúde desempenha papel fundamental mantendo-se atualizada sobre a sistematização das ações e condutas para melhor orientar as nutrizes contribuindo para o aumento no número de mães que amamentam.

Os benefícios da amamentação estão relacionados tanto a saúde da mulher quanto a do bebê, pois é comprovado que a mulher que amamenta tem menos doenças como câncer de mama e certos cânceres ovarianos, reduzindo as possibilidades de morte por artrites reumatóides e doenças cardiovasculares. Os lactentes amamentados exclusivamente com leite materno durante os seis primeiros meses de vida crescem e se desenvolvem tendo menos risco de infecções gastrintestinais e respiratórias.

A prática da amamentação estabelece uma interação básica entre mãe e filho, onde é a mãe, que identifica analisa e faz julgamento sobre as manifestações de comportamento do filho estabelecendo, a partir daí as ações no ato de amamentar.

A educação e preparo das mulheres para a amamentação durante o período pré natal comprovadamente contribui para o sucesso do aleitamento materno, em especial entre as primíparas. Durante a assistência pré natal, as mulheres devem

ser informadas dos benefícios da amamentação e das desvantagens do uso de leites não humanos e devem ser orientadas quanto às técnicas da amamentação para aumentar a sua habilidade e confiança.

Amamentar é muito mais que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe.

Portanto cabe ao profissional da saúde identificar e compreender o processo do aleitamento materno. É necessário que busque formas de interagir com a população para informá-la sobre a importância de adotar uma prática saudável de aleitamento materno.

O profissional de saúde precisa estar preparado para prestar uma assistência eficaz solidária e integral respeitando o saber e a história de vida de cada mulher auxiliando a superar os medos dificuldades e inseguranças. O enfermeiro recebe informação e orientação suficiente na formação acadêmica.

Este trabalho tem como finalidade estimular os enfermeiros e profissionais da saúde responsáveis pela assistência às mães durante a amamentação, a buscar atualizações para melhor orientar as nutrizes. Tendo como objetivos conhecer a assistência de enfermagem prestada durante a amamentação e os benefícios para mãe e filho.

A escolha deste tema surgiu durante o estágio de saúde pública nas unidades básicas de saúde, identificando a carência e necessidade de profissionais de saúde preparados para orientar e acompanhar as nutrizes. O presente estudo foi realizado por meio de pesquisa descritiva e qualitativa na forma de revisão bibliográfica utilizando livros revistas e artigos científicos.

Através deste estudo pode-se perceber que a assistência de enfermagem durante a amamentação é essencial, pois a atuação do enfermeiro levando orientações e incentivo ao aleitamento diminuem em muito o desmame precoce e as complicações da amamentação.

Este trabalho é composto de três capítulos que irá abordar anatomia e fisiologia das mamas, a importância do aleitamento materno e a assistência de enfermagem.

1 ANATOMIA E FISILOGIA DA MAMA

De acordo com Brasil (1998) a mama constitui-se de tecido glandular, tecido conjuntivo e gordura. No tecido glandular esta presente os alvéolos que são as células produtoras do leite, o qual é conduzido ao mamilo por pequenos canais ou ductos lactíferos. Antes de chegar ao mamilo, estes ductos tornam-se mais largos formando os seios lactíferos, posicionados abaixo da aréola, nos quais o leite é armazenado até a mamada; na aréola encontram-se pequenas estruturas denominadas de glândulas de Montgomery, com a função da produção de um líquido oleoso, que ajuda a manter a pele mamilar macia e em ótimas condições.

“As mamas são duas glândulas situadas sobre os músculos peitorais, uma de cada lado do tórax. O chamado corpo mamário é composto de: alvéolos mamários, auréola mamária, mamilo, ampolas galactóforas, canais galactóforos e canalículos (GONZALEZ, 2001, p.13)”.

Para Tortora e Grabowsk (2002) as glândulas mamárias são glândulas sudoríferas modificadas, que produzem leite. Cada mama tem uma projeção pigmentada denominada de papila mamária como uma série de aberturas de ductos pouco espaçada chamado de ductos lactíferos, de onde emergem o leite.

A glândula mamária constitui-se de uma espécie de vinte pequenos cachos de uva, sendo que cada bago, corresponde a um alvéolo, que se compõe de células secretoras, as quais têm a finalidade de produzir leite; e de um espaço ou lúmen, onde é armazenado o leite produzido (LANA, 2001).

A descida do leite decorre nas primeiras 24 a 72 horas após o parto demorando a descer sendo interpretado como se não tivesse leite, constituindo se na causa principal ou mais comum do uso de mamadeira, sendo que enquanto o bebê espera pela descida do leite, o bebê só deve tomar o colostro, cuja quantidade varia entre cinco e vinte ml por mamada embora seja uma quantidade necessária e suficiente para o bebê (LEVY ; BERTHOLO, 2008).

Segundo Aguiar et al. (2008) nos primeiros dias do pós-parto ocorre apenas uma secreção de colostro nas mamas, que já existia na prenhez, esta de coloração amarelada, com grande concentração de proteínas, anticorpos e células tímicas, que ajudam a imunizar o infante contra infecções, particularmente gastrintestinais. O

leite materno constitui-se de proteínas, carboidratos, lipídios, sais minerais e vitaminas.

Logo após o parto, no período que compreende e se estabelece as 24 e 48 horas, ocorre a descida ou apojadura do leite. Nesse período, devido às alterações hormonais que ocorrem no organismo materno, as mamas aumentam, ficam mais pesadas, tornam-se ligeiramente mais quentes do que as outras partes do corpo e podem, também, apresentar veias salientes (LANA, 2001).

Conforme Levy e Bertholo (2008) a produção do leite após a descida do leite nas duas semanas seguintes é grande tendendo a ser maior do que o bebê consegue mamar, esta produção significa que conseqüentemente uma grande número de células alveolares estão produzindo a mais.

Guyton; Hall (2002) relata que o leite precisa ser expelido dos alvéolos para o interior dos ductos antes que o lactente possa sugar. O processo é causado pelo reflexo neurológico e também hormonal combinado, envolve o hormônio da hipófise posterior, sendo que este ocorre quando o lactente começa a mamar, e não recebe qualquer leite durante os primeiros 30 segundos. Nota-se então que o leite secretado no interior dos alvéolos das mamas pode não fluir com facilidade dos alvéolos para os sistemas de ductos, portanto, o mesmo não vaza continuamente dos mamilos.

Segundo Gonzalez (2001) o recém nascido ao sugar, estimula as terminações nervosas do mamilo que mandam uma mensagem ao cérebro para que libere ocitocina e prolactina. Os alvéolos das glândulas mamárias que ao se contraírem levam o leite para os canalículos e galactóforos onde este é armazenado, sendo que através da contração dos músculos do seio, o leite sai dos seios galactóforos por meio dos mamilos.

Para que o leite saia dos alvéolos é fundamental ação de outro hormônio a ocitocina, produzido na hipófise posterior, também devido à estimulação das terminações nervosas da auréola e do mamilo pelo bebê. Este hormônio por causar a contração das células mioepiteliais, faz com que o leite seja expulso dos alvéolos, flua pelos ductos e se acumule nos seios lactíferos (LANA, 2001, p.113).

Levy; Bertholo (2008) relatam que no período noturno ocorre uma produção do hormônio prolactina, sendo essencial e importante amamentar durante a noite com o objetivo de manter a produção do leite. Na mãe este hormônio faz com que

ela se sinta relaxada ao ponto de algumas vezes sentir-se sonolenta, devendo se levar em conta que a mãe descansa bem, mesmo amamentando a noite.

A sucção do recém nascido estimula o sistema neurológico e terminais nervosos, a liberarem e a secretarem os hormônios prolactina e ocitocina. O colostro é rico em proteínas e anticorpos que atua como uma vacina protegendo o recém nascido contra infecções (EUCLIDES, 2000).

1.1 Constituição do leite

Segundo Marcondes (2002) o leite humano é constituído de uma fonte variada de vitaminas, as quais tem a capacidade de atender e suprir todas as necessidades que a criança precisa principalmente em relação às vitaminas A, B1, B2, B6, B12, C, E, niacina e ácido fólico.

A constituição do leite materno é distinta entre as mulheres em uma mesma mulher ocorre uma variação entre mamas, nos horários de mamadas diferentes, seu conteúdo fornece uma nutrição completa para o bebê, exceto em casos mães que não possuem uma boa nutrição em que o teor de gordura, vitaminas A e do complexo B podem ficar prejudicados (EUCLIDES, 2000).

O leite humano além de seus componentes nutritivos contém, em sua constituição, uma variedade de células, membranas e moléculas que atuam na proteção do recém- nascido (LAMOUNIER et al., 2004. p.181).

De acordo com Marcondes (2002) a importância nutricional do leite humano é variável durante a mamada e verifica-se diferença de valor nutricional entre o leite anterior e o leite posterior, sendo que este último contém três vezes mais lipídios e teor maior de proteínas.

O leite materno possui substâncias como proteínas, gorduras, carboidratos e células as quais são essenciais para a nutrição e o desenvolvimento do bebê (JUNQUEIRA, 2005).

Segundo Almeida et al.(2004) o leite materno é rico em vitaminas e minerais e contém menos lactose, o que torna mais tolerável para a criança nos primeiros anos de vida, evitando diarreias e infecções gastrointestinais.

1.2 Leite materno e suas características

Lana (2001) afirma que o leite chamado de colostro, é produzido até o terceiro dia após o parto, podendo se estender até o sétimo. No primeiro dia quase todo leite produzido é colostro, porém este vai sendo substituído pouco a pouco, pelo leite de transição. O colostro possui uma alta concentração de anticorpos e inúmeros componentes imunoprotetores que protegem o bebê contra infecções.

As células que apresentam apenas um núcleo constituíntes do leite humano, mesmo promovendo proteção, podem transferir partículas infecciosas da mãe para o lactente. Assim, profissional de saúde, ao identificar uma nutriz com infecção viral ativa ou outra doença infecciosa, pode ficar angustiado frente ao dilema na tomada de decisão de suspender ou não a amamentação, já que seu papel é o de promover e estimular o aleitamento materno. (LAMOUNIER et al.2004).

Após o parto, a produção de colostro, de cor amarelo gema, aumenta um pouco, permanecendo até o segundo e terceiro dia, o que é muito importante para o bebê, pois o colostro é rico em nutrientes essenciais para que o bebê, logo após ocorre a apojadura, ou seja, a descida do leite branco (LANA,2001).

1.3 Vantagens e desvantagens da amamentação

Alguns fatores estão associados e diretamente relacionados à mãe, como as características de sua personalidade e sua atitude perante a situação de amamentar, ao passo que outros se referem à criança e ao ambiente, como por exemplo, as suas condições de nascimento e o período pós-parto havendo, também, fatores circunstanciais, como trabalho materno e as condições habituais de vida. A amamentação depende de fatores que podem contribuir de forma positiva ou negativa ao seu sucesso (FALEIROS et al., 2006).

No período que se decorre após o parto, que é quando a mulher volta ao seu contexto social, ela sofre interferências na sua forma de pensar e agir com relação

ao aleitamento materno. Isso leva a introdução precoce de outros alimentos, que se inicia geralmente no período que se segue à alta hospitalar (MACHADO, 2000).

Diversos dados demonstram que há uma presença cada vez mais intensa da mulher no mercado de trabalho, sendo que esta não mostra tendência ao retrocesso, o que leva a uma mudança ao comportamento da mulher perante a amamentação. A participação da mulher no mercado de trabalho no país é considerada uma das transformações sociais ocorridas desde os anos 70. (FALEIROS et al.; 2006).

Algumas atitudes surgem como consequência a uma necessidade de se sanar os problemas diários que pelo fato de serem eficazes acabam por se transformar em convicções, em crenças que são passadas de um indivíduo ao outro de uma geração para outra de uma geração para outra (SILVA, 1996).

O aleitamento demonstra uma importância considerável e apresenta uma variedade de vantagens, onde existem ocasiões em que exigem a necessidade de inibir ou suprimir a produção do leite materno. Uma dessas necessidades está relacionada com a presença de certas doenças na mulher, as quais contra indica a amamentação e exige a inibição na produção do leite, denominada de prevenção da lactação. (CAMANO et al.; 2002) .

Segundo a Unicef (1991) devido a falta de aleitamento materno estima-se que um milhão e meio de crianças morreram, levando em conta não só nos países do terceiro mundo, uma vez que nos países industrializados poderiam ser evitadas muitas mortes com o aleitamento materno que é uma prática natural e eficaz. Seu sucesso por sua vez depende de fatores históricos, sociais, culturais e psicológicos de saúde envolvidos na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno.

Algumas doenças não infecciosas podem impedir o aleitamento temporária ou definitivamente devido a condições físicas da mãe, tais como doenças cardíacas, renais e hepáticas graves, psicose e depressão pós parto grave (LAMOUNIER, et al.2004,p.182).

O conhecimento ineficaz sobre aleitamento materno demonstrado pelas mães tem representado papel importante na redução da duração desta prática. Esta deficiência de informação das mães é importante na redução da duração desta prática. Esta carência de conhecimento das mães é frequentemente constatada em pesquisas as quais revelaram entre as justificativas para o desmame afirmativas como: o leite secou o leite fraco, não sustenta ou o bebê chora muito, além disso, o

desconhecimento por parte das mães da técnica do aleitamento materno e de suas vantagens e benefícios. Entretanto, deve-se ressaltar que não somente a falta de informação motiva o desmame, mas também os aspectos sociais presente no cotidiano da nutriz (REGO, 2002).

A mãe age e reage, na sua interação com o recém-nascido, atribuindo significados ao que é expresso através do choro e das manifestações do filho. A maneira como a "linguagem" da criança é interpretada, depende da perspectiva da mãe, uma vez que estas interpretações e inferências são influenciadas pelas concepções acerca da qualidade e quantidade do leite que produz, dos sentimentos percebidos por ela, na sua condição de nutriz e pelas inferências externas que sofre em seu meio. Apenas a mãe estabelece e decide as ações e condução da amamentação, determinadas, em grande parte, pelas limitações da compreensão do comportamento do recém-nascido e ao seu real significado (SILVA, 2000, p.364).

Através de Almeida et al.(2004) em uma discussão sobre a atuação do enfermeiro no pós- parto, nota-se que é necessário um preparo profissional no atendimento as mães um conhecimento teórico seguido da prática sobre aleitamento materno.

Uma das grandes premissas que existe é o leite fraco, pois não existe nem mesmo o aguada, sendo que as mulheres até mesmo que não possuem uma boa nutrição conseguem produzir, e garantir leite suficiente para o desenvolvimento adequado ao bebê (LANA, 2001).

A destreza dos profissionais de saúde da família mostra ser uma tática efetiva e eficaz de baixo custo, que uniformizando as informações asseguram o apoio necessário para as mães com dificuldades para amamentar seus filhos (AGUIAR et al. 2008).

De acordo com Carvalho (2000), leite fraco, flacidez das mamas, secagem do leite após cair no chão e o leite secou, estes são os mais comuns tabus em relação ao aleitamento materno.

O processo de amamentação se deve a uma experiência na qual implica no envolvimento de uma variedade em serie, de fatores maternos e outros relacionados ao recém-nascido, a qual não está na dependência exclusiva de uma decisão prévia de amamentar ou não, onde também depende de seus conhecimentos sobre técnicas de manejo da amamentação (SILVA, 2000).

Conforme Susin et al (2005), as influências das avós na amamentação podem agir a favor ou dificultar na exclusividade e duração da amamentação.

O uso do leite materno também age de modo preventivo quanto se leva em conta a contração de doenças infecciosas como diarreias e infecções respiratórias estas, importantes causas de mortalidade infantil, além, de contribuir para a estruturação psicoemocional da criança (SANCHES, 2004).

O aleitamento materno traz inúmeras vantagens para a mãe como para o recém-nascido, e criança. Entretanto, doenças envolvendo tanto na mãe quanto o recém nascido podem servir de empecilho para a amamentação. É importante que o profissional tenha habilidade, conhecimento técnico e atitude acolhedora ao avaliar a viabilidade do aleitamento; sendo que a orientação é manter o aleitamento; de modo que se a mesma suspende a amamentação, a proteção ao lactente fica diminuída, pois ela deixará de receber anticorpos específicos e demais fatores de proteção do leite humano (LAMOUNIER et al; 2004).

1.4 Alojamento Conjunto

Alojamento Conjunto é um sistema hospitalar que possibilita a prestação de uma variação de cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde da mãe e seu bebê sadio, onde logo pós o nascimento, este tende a permanecer com a mãe por um período de 24h por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar (FREDERICO et al., 2000).

Criança que permanece junto com a mãe tem um risco menor de infecções do que aqueles que ficam no berçário, pois no alojamento conjunto a colonização da pele e do trato intestinal do bebê é feito por bactérias as quais o leite materno tem anticorpos (LANA, 2001).

Este contato precoce é essencial à prática da amamentação, a mãe amamentará mais e por mais tempo, o que facilitará a descida do leite ou apojadura, permitindo que se estabeleça a lactação e trazendo à criança outros benefícios, como aumento da absorção de nutrientes e ganho de peso acelerado durante os primeiros dias de vida. É no Alojamento Conjunto que se favorece a aceitação da maternidade, por permitir o contato precoce e íntimo entre a mãe e seu filho, os quais ficam mais satisfeitos emocionalmente por sentirem maior proteção (NEME, 2006).

O alojamento conjunto é primordial para criança e seu desenvolvimento emocional e psicológico da criança, promovendo uma maior e melhor aproximação do recém nascido com a sua mãe, que tem a chance de lhe oferecer carinho e segurança, auxiliando na redução da desnutrição infantil e mortalidade neonatal, visto que este facilita a amamentação (ZAMPIRI; OLIVEIRA 1995).

2 ALEITAMENTO MATERNO

De acordo com o ministério da Saúde são vários os benefícios oferecidos pelo aleitamento materno incluindo aspectos biológicos e sociais. A prática do aleitamento pode beneficiar a criança, a mãe, demais familiares e sociedade (BRASIL, 2001).

O aleitamento materno é o alimento importante para que os bebês cresçam e desenvolvam de forma saudável, tendo uma grande influência e emocional na saúde tanto de mães quanto de crianças (VENÂNCIO; MONTEIRO, 1998).

“A amamentação tem inúmeros benefícios para a saúde infantil, reduzindo a mortalidade e morbidade por doenças infecciosas principalmente nos países em desenvolvimento” (WHO, 2000 apud HORTA et al., 2007, p. 14).

Esta prática pode ser uma ligação na vida dessas crianças, sendo este é o seu primeiro contato real com o mundo realizado por meio do leite materno ofertado pela mãe (MARQUEZ; MELO, 2008).

2.1 Os benefícios da amamentação

Os benefícios da amamentação para bebê não privilegia raça, condição social ou situação econômica, sendo que o leite materno humano é o método de alimentação infantil desejável, aos aspectos fisiológicos, físicos e psicológicos (ANTUNES et al; 2008).

O bebê na maioria das vezes recusa o líquido, demonstrando que está satisfeito e bem hidratado. Mas se a água ou chá oferecido contiver açúcar, a situação se altera. O bebê aceita porque o sabor adocicado lhe agrada e ele ingere grande quantidade de líquido açucarado (VINHA, 2002, p. 36).

Segundo Almeida e Ramos (2003) estes benefícios fazem com que os conselhos para que as crianças sejam amamentadas exclusivamente com o leite materno até o sexto mês e que após isso a amamentação seja complementada por outros tipos de alimentos. Além disso, deve-se considerar que este leite é superior

ao leite e que mesmo assim existe um declínio da amamentação desde o fim do século XIX, com a chegada da Revolução Industrial.

Em tempos distantes, os benefícios da amamentação já eram enfatizados por Hipócrates, o qual descrevia ser maior a mortalidade entre aquelas crianças que não eram amamentadas ao peito do que as que recebiam o leite materno como alimento (SILVEIRA; LAMONIER, 2006).

O leite materno é ideal para o crescimento e desenvolvimento dos lactentes e, além disso, protege contra doenças em prematuros, dentre elas destacam-se a desnutrição, diarreia, infecções respiratórias, enterocolite necrotizante e septicemia em prematuros (AKRÉ, 1989 apud VENÂNCIO; MONTEIRO, 1998, p. 41).

2.2 A Amamentação em livre demanda

O recém nascido deve mamar sempre que desejar, sendo que, a mãe deve deixar que a criança mame até o momento que sentir seu peito vazio para, oferecer a outra mama (ANTUNES et al., 2008).

Horta (2007) menciona que a amamentação é essencial à sobrevivência infantil, mas sua duração se vê exigida pela Organização Mundial da Saúde, onde nem sempre esta é cumprida pelas mães.

Nos países que se encontra em desenvolvimento, a amamentação é considerada de extrema importância social, levando em conta a classe de menor poder aquisitivo. Ao apontar a alimentação de um lactente não amamentando ao peito, deve-se levar em conta a condição socioeconômica familiar, vendo que muitas vezes mulheres de classe menos favorecidas ofertam ao filho uma mamadeira excessivamente diluída, com um devido risco de ocasionar doenças e possível desnutrição (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

De acordo com Venâncio e Monteiro (1998) os benefícios da amamentação exclusiva das crianças em países desenvolvidos se devem a fórmulas de leite artificial infantil denotam cinco vezes mais hospitalizações, sendo que a

amamentação pode possibilitar uma melhor relação entre mãe e filho, além de auxiliar no controle da fertilidade da mulher.

A amamentação é um acontecimento formidável que compreende aos primeiros meses de vida do bebê que reforça a ligação entre mãe e filho, aumentando assim também os anticorpos, o ganho de peso, além auxiliar no desenvolvimento estruturas orais, responsáveis pelo funcionamento das funções de respiração, sucção, deglutição, mastigação e fonoarticulação (SANCHES, 2004).

O enfermeiro é o profissional que mais entra em contato com a mulher no período gestacional e puerperal, tendo um enorme papel em programas sociais ligados a saúde; durante o pré natal, este deve acompanhar a gestante no aleitamento, para que no período pós-parto, ocorra uma adaptação da puérpera, e o aleitamento seja facilitado e realizado de modo tranqüilo, evitando, dúvidas, dificuldades e possíveis complicações (BRASIL, 2001).

À vontade e querer amamentar são fatores importantes na manutenção do aleitamento materno. A mulher deve confiar mais em si própria, no seu potencial de vencer barreiras pessoais e sociais que podem estar perturbando a amamentação. Esta deve prosseguir mesmo que conflituosa, pois com o tempo, o relacionamento entre mãe e filho fica bem mais próximo, e a amamentação pode se tornar consciente e prazerosa (VINHA 2002, p. 69).

No período pós o parto, espera-se que as mães sejam afáveis à amamentação, sendo que muitas vezes estas não possuem uma oportunidade para demonstrarem seus desejos, aspectos físicos e emocionais, dando margem a reflexões sobre amamentação, sexualidade além de direitos reprodutivos das mulheres (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

O leite materno segundo Antunes (2008) age como uma forte ligação entre mãe e o filho fortalecendo assim o sistema imunológico do bebê e protegendo-o contra infecções possíveis que possam ocorrer como as respiratórias e intestinais e ainda possibilitando um ganho de peso, fato este que o ajudará a crescer forte.

Na mãe permite uma perda de peso adquirido na gestação, além de ajudar na involução uterina, uma devida redução de perda de sangue, diminuindo até mesmo o risco de câncer de mama. Além disso, o leite materno também evita a contração de doenças infecciosas, até mesmo diarreias e infecções importantes causas estas de mortalidade infantil (LEITE et al; 2002 apud MARQUES; MELO, 2008, p. 261).

A prática da amamentação se deve a uma exclusividade de seis meses sendo acrescido de alimentos complementares até os dois anos de vida ou mais (OMS; UNICEF, 1989).

2.3 Dificuldades encontradas durante a amamentação

Os problemas iniciais detectados entre os binômios referenciam à sucção durante a mamada, que dificulta a pega adequada. O bebê quando suga somente o mamilo, aumentando a probabilidade de traumas nas mamas, sendo um sintoma doloroso para a mãe; mamadas ineficazes; frustração materna quanto à quantidade de leite, que correspondem no sistema hormonal sob conseqüências negativas a produção de leite e para o crescimento do bebê. Muitos bebês, sob amamentação, apresentavam sucção desfavorável, mantinham a boca quase fechada; lábio inferior virado para dentro; sucções rápidas e com estalidos e não se via a língua do bebê. Todas essas condições supracitadas tendem a dificultar a pega adequada da criança (MARQUES; MELO, 2008).

No cenário de medicalização do corpo feminino, de forma gradativa ao longo do século XX a mulher afastou-se da função de amamentar, devido a inúmeros fatores, como o surgimento da mamadeira, a refrigeração, a pasteurização; a mulher assumiu novos papéis na sociedade e valorizou o cuidado com o seu corpo. Estes fatores, entre outros, levaram ao decréscimo do aleitamento materno artificial, contribuindo para o aumento da morbi-mortalidade infantil (ICHISATO; SHIMO, 2002 apud MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006, p.148).

Aleitamento materno é essencial ao crescimento e desenvolvimento dos recém nascidos, sendo de importante influência biológica e emocional para saúde das mães quanto das crianças (VENÂNCIO, et al., 2002).

Além disso, este fornece à criança os devidos nutrientes essenciais tais como proteínas, gorduras, lactose, vitaminas, ferro, água, sais, cálcio, fosfato e lipases. Além de ser estéril e conter componentes antiinfeciosos como leucócitos, anticorpos (imunoglobulinas), fator bífido e lactoferrina (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

O profissional de saúde deve identificar durante o pré natal através de seus conhecimentos, experiência prática, crenças, vivência social, familiar da gestante com a finalidade prover educação na saúde para o aleitamento materno, como também, garantir vigilância e efetividade durante a assistência a nutriz no pós-parto (ARAÚJO, et al 2004).

A mamada é um evento completo, desde a decisão em que a mãe colocar o recém-nascido no seio até seu o término (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

O aleitamento materno para o recém-nascido é um direito inato, além é o modo mais eficaz de atender os aspectos nutricionais, imunológicos e psicológicos do recém nascido (ICHISATO; SHIMO, 2001).

A insegurança em amamentar, sem estar protegida, cria um conflito para a mulher no que diz respeito à continuidade da amamentação e a utilização de um método contraceptivo, principalmente, quando ela escolhe a pílula. Este fato interfere em prejuízo à amamentação, pois a necessidade de sentir-se segura contra outra gravidez pode superar a importância da amamentação (SILVA, 2000, p. 364).

O aleitamento materno é quantificado por uma redução em termos nas hospitalizações, além da redução no uso de medicamentos, como menor absenteísmo dos pais ao trabalho, vendo que as crianças as quais o leite materno se faz presente tem a possibilidade adoecer menos (GIUGLIANI, 2000).

O desmame precoce se vê presente em nossos dias, e apontam a amamentação como função que impossibilitada o âmbito da nossa cultura. Embora grandes campanhas estejam e sejam a favor da amamentação, o desmame precoce ainda predomina devido à falta de uma assistência que possibilite um novo olhar à amamentação (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

Segundo Araujo et al. (2004) os benefícios econômicos do aleitamento materno são diretos, considerando o baixo custo da amamentação, comparado com a utilização de fórmulas infantil, e indireto em relação aos gastos com as doenças mais comuns observadas em lactentes em aleitamento artificial.

O leite contribui para formação psicológica e emocional da criança. (SANCHES, 2000 apud MARQUES; MELO 2008, p. 261).

O leite materno tem por oferta água, é isento de contaminação, além de ser compatível ao metabolismo do bebê sendo que este contém mecanismos de

proteção contra infecções e tem uma promoção afável para mãe e filho (GIUGLIANI, 2000).

Quanto à amamentação, a medicina do século XVIII, herdeira do pensamento aristotélico, contra-indicava o aleitamento materno, alegando que o esperma contaminava o leite materno é colocada em riscos a vida do bebê. Por essa razão, os médicos prescreviam a abstinência sexual se houvesse a amamentação. A jovem era desaconselhada a amamentar, uma vez que esta não era tarefa nobre; além disso, maridos queixavam-se dizendo que aleitamento era um atentado à sexualidade e restrição ao seu prazer. Estes e outros argumentos justificavam a recusa ao aleitamento, fazendo com que as mulheres abastadas, enviassem seus filhos às amas de leite, nos primeiros anos de vida (BADINTER, 1985 apud MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006, p-148).

O aleitamento materno sob livre demanda deve ser enfatizado devido redução na perda de peso inicial do neonato resultado na estimulação precoce da apojadura além de garantir o vínculo mãe e filho que tem início na gestação, cresce e fortifica, devendo ter incentivo a sua continuidade, afim de garantir, segurança e saúde da criança e além disso o seu bem bem-estar (BRASIL, 2001).

O leite materno é muito mais que uma coleção de nutrientes, é uma substância viva de grande complexibilidade biológica que protege as crianças contras varias doenças (BARROS, 2002, p. 97).

Segundo Lana (2001) o volume de leite produzido nas mamas poderá diminuir, caso o peito, ofertado de forma inadequada quando a aréola não esta flexível.

Os sinais que indicam que a mulher tem leite são:

- ♣ A mãe oferece um peito e o outro goteja.
- ♣ Ao chegar a hora de amamentar o peito começa a eliminar leite .
- ♣ A mulher, ao sentir o cheiro, tocar nas roupas do bebê, ouvir o seu choro ou pensar no filho, sente os peitos gotejam.
- ♣ A mãe sente os peitos pesados quando se aproxima a hora de amamentar. (VINHA, 2002, p.35).

A nutriz relaciona com elementos determinados pelo seu papel de mulher, seus projetos de vida profissional, pessoal priorizando a sua sexualidade com as implicações que a amamentação tem em todas as dimensões de sua vida (SILVA, 2000).

O êxito do aleitamento materno é provável partindo do momento em que o pai demonstra-se a favor da prática. A participação do pai é eficaz, pois quanto mais ele souber sobre as vantagens e o manejo da amamentação, poderá proporcionar mais

segurança para a mãe, num momento em que ela está mais fragilizada fisicamente pelas agressões do parto e emocionalmente pelos sentimentos negativos (LANA, 2001).

Ricci (2008, p.423), destaca algumas vantagens que a amamentação pode trazer:

Para o neonato:

- Contribui para o desenvolvimento de um sistema imunológico forte;
- Estimula o crescimento de bactérias positivas no trato digestivo;
- Reduz a incidência de problemas gástricos, diarreia e cólica;
- Dá início ao processo de imunização ao neonato por meio de imunidade passiva;
- Promove a criação de vínculos ideais entre a mãe e o lactente;
- Reduz o risco de constipação intestinal neonatal;
- Promove melhor desenvolvimento de dentes e mandíbula em decorrência da força para succionar.

Para a mãe:

- Pode facilitar a perda e peso da mãe após o parto;
- Estimula as contrações uterinas em decorrência da liberação de ocitocina;
- Baixa o risco de câncer de mama e de osteoporose;
- Confere uma certa proteção anticoncepcional, embora não seja um método contraceptivo confiável.

Vinha (2001) diz que o leite materno é adequado às necessidades do recém nascido, além de ser mais higiênico que os outros leites, além disso, a criança amamentada no peito fica menos doente que as crianças que se alimentam com outros tipos de leite.

3 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE A AMAMENTAÇÃO

3.1 Importância do preparo das mamas para amamentação

Para ser realizada uma amamentação de qualidade também é essencial que ocorra o preparo das mamas por meio de exercícios e massagens durante a gestação. Orientar a paciente que pressione cada lado do mamilo com o dedo indicador ou polegar para cima, para baixo e para os lados (CAMPESTRINI, 2002).

Segundo Vinha (2002) antes de iniciar a amamentação, verifique se a região areolar está flexível, segure as bordas da aréola e faça movimentos para os lados, para cima e para baixo. Ajude o bebê apenas abocanhar grande parte da aréola, deixe o sugar enquanto quiser, pois é ele quem determina o tempo. Nas primeiras semanas de vida não tem um horário estabelecido, é com o passar dos dias que a mãe consegue colocar disciplina no seu filho, mas muito cuidado horário rígido para amamentar é fator de desestímulo as glândulas mamarias.

3.2 Posicionamento correto para amamentação.

Há várias posições para amamentar, onde o mais importante é que a posição escolhida seja a mais confortável para a mãe e que mantenha uma boa técnica. A mãe deve variar de modo regular a posição para que o bebê comprima o queixo e a língua em distintos locais da aréola e mamilo, observando os seguintes sinais que irão podem favorecer uma boa pega da mama e conseqüentemente uma boa mamada (OMS/OPAS/UNICEF, 1993).

O bebê deverá pegar não apenas o mamilo, mas uma boa porção da aréola, de modo que a língua se posicione por debaixo e a boca do bebê se fixe no seio, estando bem aberta, com o queixo apoiado no seio e o lábio inferior adaptado ao mesmo (POLDEN; MANTLE, 2000).

É essencial na amamentação que a mãe adote uma pega correta devido aos fatores que favorecem ao posicionamento incorreto ao amamentar podendo causar

incômodos como fissuras ou podendo ate mesmo levar a insatisfação do bebê que acaba por querer mamar o tempo todo (MURTA, 2008).

A mãe deve ficar confortável e relaxada no ato da amamentação, podendo contar com a utilização de um travesseiro para apoiá-la. O corpo do bebê deverá estar encostado na mãe, barriga com barriga. É essencial que a criança, não esteja somente com a cabeça posicionada para a mãe, mas fique de frente para a mama de modo que ela não precise se virar para mamar. O bebê deve ser amamentado a cada duas horas aproximadamente. Antes e após as mamadas, devem ser realizadas as massagens nas mamas (Brasil, 1998).

Segundo Murta, (2008, p. 227) a mãe deve se posicionar da seguinte forma:

1. Sentada em posição confortável apoiando as costas.
2. O bebê deverá estar em contato com a mãe (pele a pele),virando de frente para a mãe , com a cabeça e corpo em linha reta, de modo que ambos os cotovelos estejam nivelados.
3. O nariz do bebê deve estar no mesmo nível do mamilo.
4. A cabeça do bebê deve repousar no antebraço da mãe.
5. O bebê deve ser capaz de alcançar no o mamilo facilmente, sem ter que girar a cabeça.
6. É necessário que o bebê abocanhe mamilo e aureola.
7. É importante fazer uso de almofadas de amamentação, ou mesmo utilizar-se de um travesseiro por debaixo do bebê, para não cansar a mãe.

Durante a amamentação as aréolas e os mamilos devem ser higienizados apenas com água morna, e um pouco sabão, evitando-se a retirada da camada de gordura recobre a qual promove a proteção e lubrificação na pele (JUNQUEIRA, 2005).

3.3 Quando oferecer o outro peito

Segundo Vinha (2002) a mãe somente deverá oferecer o outro peito após criança ter arrotado, sendo que caso a criança esteja com fome ela sugará, devendo tomar cuidado para não deixar o bebê chupetar por um logo período, pois pode proporcionar a mãe uma ardência mamilar podendo chegar até ao dolorimento do mamilo.

3.4 Complicações na amamentação

É um fato importante o qual a criança costuma-se adequar as características do bico o qual lhe foi ofertado com um número maior de vezes (VINHA, 2002).

3.4.1 Tipos de mamilo

Os mamilos podem ser protusos, planos invertidos e semi-invertidos (LANA, 2001).

De acordo com Murta (2008, p.224) vários são os tipos de mamilo, e quanto mais salientes eles foram melhor será a facilidade para amamentar, assim podemos destacar:

Protuso: mamilo saliente
Curto: pouco saliente
Plano: é aquele incorporado a região aureolar
Pseudo invertido: contrário ao protuso
Invertido: contrário ao protuso e não responde aos estímulos

O mamilo protuso devido a sua capacidade de se protrair com melhor facilidade ao ser estimulado se demonstra o melhor para amamentação; já o mamilo semiprotuso possui uma certa capacidade de se protrair quando estimulado além de ser pouco saliente. O invertido ou umbilicado não consegue se protrair devido ao seu sentido oposto ao normal, podendo até mesmo aplanar-se devido à atividade de sucção possibilitando uma maior dificuldade na amamentação (BARROS, 2002).

3.4.2 Fissura Mamária

Segundo Brasil (1998) fissuras mamárias são traumas que ocorre devido a uma pega incorreta do bebê ao mamilo. Corrigir a posição de mamada e orientar a mãe a continuar amamentando. Aconselhe a mãe a expor os mamilos ao ar e ao sol e a passar o colostro nos mamilos.

Marcondes (2002) menciona que as fissuras mamilares são ocasionadas nos seios, devido quando o bebê está posicionado de forma inadequada em relação ao peito da mãe no ato da amamentação devido à técnica inapropriada da sucção, desta forma o bebê não abocanha a aréola, mas o mamilo.

Levy e Bertholo (2008) relatam que as rachaduras ou fissuras do mamilo são ocasionadas de modo geral pela pressão da boca do bebê sobre o tecido que demonstra muito doloroso e dificulta muito a amamentação.

A tração ocasionada pela retirada do bebê do seio proporciona a fissura mamaria, devendo então a remoção do bebê, sendo realizada com o dedo mínimo da mãe no canto da boca do bebê fazendo com que ele abra a boca e é neste momento que se deverá retirar o seio (LANA, 2001).

Quando as fissuras estão presentes à mãe deverá ser orientada que a amamentação seja iniciada pela mama sadia ou pela mama menos comprometida passando então depois para outra mama, pois o bebê está faminto e suga com menos voracidade; e se as mamas não forem completamente esvaziadas da maneira correta estas, deverão ser esvaziadas no período que se decorre após as mamadas (BRASIL, 2001).

Segundo Freitas et al. (2005) as fissuras mamárias decorrem de erosões sobre o mamilo sendo decorrentes também da amamentação. Podem constituir de soluções de continuidade para entrada de germes patogênicos que podem causar a mastite. Também podem ocorrer com a pega ineficiente, quando o recém-nascido não abocanha a aréola, mas o mamilo por ocasião do ingurgitamento mamário.

3.4.3 Ingurgitamento Mamário

O ingurgitamento mamário é uma intercorrência da mama puerperal resultante de uma mescla de fator social e fenômeno biológico e que o intumescimento mamário representa o primeiro sinal de que a mulher encontrou problemas para estabelecer a auto-regulação da fisiologia da lactação (ALMEIDA, 1998).

O conceito de ingurgitamento mamário consiste em parte no aumento da quantidade de sangue e fluídos nos tecidos que suportam a mama congestão

vascular e de certa quantidade de leite que fica retido na glândula mamária. Além disso, se vê mais comumente em primíparas o aparecimento no segundo dia pós-parto (LEVY; BÉRTOLO, 2008).

O ingurgitamento pode ficar restrito à aréola (areolar) ou ao corpo da mama (periférico) ou pode acometer ambos. Quando há ingurgitamento areolar, a criança pode ter dificuldade na pega, impedindo o esvaziamento adequado da mama, o que piora o ingurgitamento e a dor (GIUGLIANI, 2004, p.148).

Esvaziamento incompleto da glândula mamária. A aréola fica tensa, a criança suga em posição inadequada e o leite não flui. Continuar amamentando o bebê, utilizar técnicas de massagem antes das mamadas, usar sutiã para suspender bem os seios (ZAMPIRI; OLIVEIRA 1995).

Segundo Levy e Bertholo (2001) as mamas cheias podem se apresentar quentes e volumosas sob um bom estado geral, no entanto quando a mama se encontrar ingurgitada demonstrando estar quentes, volumosas, dolorosas e com presença de pontos endurecidos e dolorosos, além disso, o leite não flui com facilidade, podendo causar desconforto após a mamada ,uma pega difícil pode avermelhar e tornar brilhante a mama chegando haver presença de febre por 24 horas .

De acordo com Lana (2001) o ingurgitamento mamário dos seios decorre por volta das primeiras semanas pós nascimento, sendo que o seio ou parte dele fica dolorido, duro e quente; podendo haver mal estar possível irritabilidade ou febre ocasional.

Segundo Levy e Bertholo (2008) o ingurgitamento mamário se vê ligado a fatores como, o controle de tempo de sucção; demora no início da amamentação, pega ineficaz, não esvaziamento da sobra do leite nos dias primeiros dias, fissura mamilar e recém nascido prematuro.

Na opinião de Rego (2002) a melhor conduta frente no ingurgitamento mamário deve-se a utilização do uso de compressas, sendo que cada caso ao ser conduzido deverá ser analisando as reações da nutriz, apoiando-a, ajudando-a proporcionar descanso buscando o alívio da dor e da ansiedade.

Em casos de tensão exagerada, poderão ser indicadas técnicas de relaxamento ou massagens paravertebrais na aréola como um “C” (CARVALHO, 2000).

3.4 4 Mastite

É uma infecção que ocorre na mama. Onde pode ocorrer febre, dor a palpação, podendo existir uma certa quantidade de secreção purulenta. A mãe deve certificar que tenha ocorrido o esvaziamento correto da mama. Orientar para que a paciente realize massagens delicadamente com movimentos circulares enquanto estiver amamentando, manter pega correta (CAMPESTRINI, 2002).

Conforme Murta (2008) mastite é uma infecção na mama que produz sensibilidade, vermelhidão e calor no local tem como sintoma cansaço, náuseas, cefaléia, se não for rapidamente tratada, poderá torna-se um abscesso.

A mastite pode ocorrer devido ao bloqueio dos ductos lactíferos e a uma estase subsequente do leite, visto isso aconselhe a paciente a amamentar frequentemente segurando o recém nascido em varias posições das suas mamas, para esvaziar por completo cada uma das mamas, e entrar em contato com o medico ou a enfermeira-obstetra, caso as mamas fiquem muito congestionadas (BRANDEN, 2000).

Giugliani (2004) considera como mastite um processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama, podendo progredir ou não para uma infecção bacteriana; e alguns fatores favorecem a parada do leite materno e aparecimento de mastite, onde a parte afetada da mama encontra-se dolorosa, hiperemiada, edemaciada e quente. Se apresentar alguma presença de infecção, há manifestações sistêmicas importantes, como mal-estar, febre alta e calafrios.

3.5 Cuidados com as mamas para evitar complicações

Branden (2000) relata algumas recomendações pessoais para que ocorra recuperação total da mastite; amamentando o bebê ao menos de duas a três vezes, sendo que pouco antes da mamada deveser aplicada uma toalha úmida e quente na região afetada, podendo se repetir o procedimento quantas vezes desejar e ainda deve-se iniciar a amamentação pela mama afetada mantendo o bebê ate que a mama demonstre-se ou pareça macia; não se esquecendo de massagear a região

afetada quando estiver amamentando. Ordene com as duas mãos ou até mesmo utilize uma bomba para retirar todo o leite que o bebê não conseguiu mamar.

Devem ser tomados os seguintes cuidados, para que não aconteça a suspensão do leite: Procurar um local confortável e tranquilo para amamentar. Passar leite no mamilo e bico.

Oferecer sempre as duas mamas. Começar sempre pela mama na qual terminou a última mamada. Oferecer a mama de forma que ele abocanhe parte da aréola e não só a papila (bico do seio).

Promover a limpeza com água e se fizer uso de sabonete que seja em pequenas proporções para evitar o ressecamento e a fissura. Após cada mamada a mãe deve verificar se as mamas ainda estão cheias. Nestes casos deve massageá-las com movimentos circulares, começando pela aréola e se estendendo por toda a mama. O leite residual pode ser retirado através de expressão manual ou bomba tira-leite (MURTA, 2008, p. 224).

No pós parto, o bebê deverá ser encaminhado diretamente da sala de parto para o alojamento conjunto, sendo eximido da ingestão de qualquer outro alimento diferente do leite materno (LANA, 2001).

As mamas devem ser sempre preparadas para a amamentação, durante todo o período gestacional, e deve ser realizado da seguinte maneira:

Usar sutiã para dar uma boa sustentação a mama

Realizar massagem no bico, durante o banho, com movimento circulares e suaves. Da mesma forma pode ser realizada após o banho com sua toalha macia. Não fazer uso de cremes etc., uma vez que o tecido absorverá as substâncias, podendo levar até alergias cutâneas.

Evitar o uso excessivo de sabão na região da aréola.

Fazer exercícios para o fortalecimento da aréola e papila, puxando levemente a aréola para os lados de forma retilínea e circular, puxando a papila levemente, com movimentos para frente e circulares.

Expor a mama ao sol por 15 minutos todos os dias, antes das 10 horas da manhã ou após as 4 horas da tarde. (MURTA, 2008, p.224).

3.6 Importância da ordenha e tipos de ordenha

3.6.1 Ordenha manual

Para realizar a ordenha manual deve-se no ato da coleta desprezar os primeiros jatos, colocando o leite em um vidro ou frasco estéril o qual deverá ser colocado em um sistema de refrigeração como a geladeira em uma temperatura de

dois a seis graus conservando este por 24 horas, no freezer por um mês, sendo que caso seja pasteurizado por seis meses (LEVY; BERTHOLO, 2008).

A melhor hora para tirar manualmente o leite materno do peito é quando a ejeção espontânea ocorre. Caso a mãe esteja no trabalho esta deverá se deslocar para um local em onde tenha alguma privacidade e proceder com a ordenha; sendo que a ejeção poderá ocorrer nos horários correspondentes às mamadas do recém nascido (VINHA, 2002).

É necessário que a enfermagem oriente como deve ser a ordenha e como deve ser a retirada do leite: lavando-se as mãos e antebraços, além de escovar as unhas, cobrindo o nariz e a boca utilizando se de toucas ou lenços, máscaras ou até mesmo fralda (LEVY; BERTHOLO, 2008).

Um método utilizado nos casos de ingurgitamento mamário e ferimentos mamilares é o da ordenha manual. Esta técnica pode ser eficaz nos casos em que a região areolar não se mostre flexível (VINHA, 2002).

3.6.2 Ordenha mecânica

Nos casos em que necessite da ordenha mecânica existem vários modelos de bombas, no entanto é importante salientar as que possuem o formato de buzina de bicicleta que possuem uma pêra de borracha semelhante a dois aparelhos de verificar pressão arterial, sendo desaconselhado o seu uso devido à possibilidade de traumatizar o mamilo e também porque são as menos higiênicas. As mais indicadas são as bombas em formato de seringa (MURTA, 2008).

3.7 Cuidados de enfermagem durante a ordenha

A melhor forma de tratamento é a massagem, seguida da ordenha, sob uma aplicação de calor local ou de frio, aumento na ingestão de líquidos e repouso. A massagem irá facilitar a fluidificação do leite por meio da transferência de energia cinética, utilizada para rompimento das interações intermoleculares que se

estabelecem no leite acumulado no interior da mama, onde estimula por sua vez uma síntese de ocitocina necessária ao reflexo de ejeção do leite (ALMEIDA, 1998).

De acordo com Campestini (2002) o enfermeiro poderá elaborar uma norma escrita sobre o aleitamento materno, que deverá ser rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde. O mesmo treinara toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar a referida norma; Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno; Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto; Mostrar as mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vier a serem separadas de seus filhos; Não dar aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno a não ser que seja indicado pelo médico; Praticar o alojamento conjunto permitindo que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia. Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas no peito. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas, por ocasião da alta ou ambulatório.

- Orientar a gestante a fazer uma “janelinha” no bojo do sutiã, na altura do mamilo, costurando-se em volta para impedir que o tecido desfie. As mamas continuarão recebendo apoio e o mamilo ficará exposto. O atrito constante do mamilo contra a roupa fortalecerá a pele. Essa técnica poderá ser explorada tão logo a gravidez seja confirmada.
- O sutiã deverá ser de preferência, confeccionado em material que não impeça a transpiração. Deve ser firme, para que as mamas possam ser bem sustentadas e protegidas. Durante a gravidez, o volume aumentado e a ação hormonal intensa levam ao relaxamento das estruturas do tecido conjuntivo. A ação da força da gravidade, por sua vez, concorre para a distensão do tecido e conseqüentemente queda mamária.
- Banho de sol – os raios ultravioletas, antes das 10 horas ou após as 15 horas, diretamente no mamilo, contribuem para o fortalecimento do tecido mamilar. Esse tecido fica, conseqüentemente, mais resistente a pressões e distensões provocadas pela sucção (BARACHO, 2006, p.235).

A enfermagem pode auxiliar durante a ordenha, orientando a mãe a realizar a compressão manual das mamas. Este tipo de ordenha pode ser realizado em casa ou no trabalho, e deve ser feita após a higienização das mãos e antebraços com água e sabão não se esquecendo de realizar esta higienização todas as vezes que ordenhar (LANA, 2001).

3.8 Direitos da mulher durante o período da amamentação

3.8.1 Volta ao Trabalho

Antes do retorno ao trabalho a mãe devera estabelecer um plano com a finalidade de associar seus afazeres fora do lar com a amamentação de seu filho (VINHA, 2002).

A volta ao trabalho é motivo de ansiedade e preocupação. No entanto a legislação apóia o aleitamento materno, mas as situações variam de mãe para mãe (LEVY; BERTHOLO, 2008).

Quando a mãe retorna ao trabalho a mãe terá direito, durante a jornada diária de trabalho, a dois descansos diários especiais, de meia hora cada um, até os primeiros seis meses de vida do bebê (artigo 396 da CLT). Este período de seis meses também pode ser ampliado mediante parecer médico. Poucas contam com a pausa para amamentação. (LANA, 2001, p. 300).

Para associar trabalho e amamentação, a mãe pode começar a oferecer outros alimentos ao bebê pouco antes da retomada ao trabalho, sendo essa uma conduta não ideal (VINHA 2002).

A Organização Mundial de Saúde, OMS (1993) relata que o leite materno é um processo no qual fornece ao lactente imunonutrientes. O consumo de aleitamento materno exclusivo representa o processo de recebimento de leite materno pelo bebê até o sexto mês de idade, sem receber qualquer outro líquido ou sólido, exceto vitaminas, complementos minerais ou medicamentos e mantido associado a outros alimentos até o segundo ano de vida.

Conforme Barros (2007) o período de 28 dias antes do parto e 92 dias após o parto é o bastante para que a mulher cuide e amamente o recém nascido e se restabeleça estando apta a voltar a suas atividades pertinentes a sua profissão, bem como os afazeres de sua residência e sua família como um todo.

Os profissionais de saúde devem conhecer a legislação trabalhista especifica para informar adequadamente as mães trabalhadoras dos seus direitos (LANA, 2001).

O Congresso Nacional decreta na Constituição Federal. Inciso XVIII do Art.7º (1998):

Art. 1º É instituído o Programa Empresa Cidadã, destinado a prorrogar por 60 (sessenta) dias a duração da licença-maternidade prevista no art. 7º, XVIII, da Constituição Federal.

§ 1º A prorrogação será garantida à empregada da pessoa jurídica que aderir ao Programa, desde que a empregada a requeira até o final do primeiro mês após o parto, e concedida imediatamente após a fruição da licença-maternidade de que trata o art. 7º, XVIII, da Constituição Federal.

§ 2º A prorrogação será garantida, na mesma proporção, também à empregada que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança.

Segundo Gusman (2005) cada vez acontecem mais e novas evidências de que os benefícios do aleitamento materno não se restringem ao tempo de sua prática, mas estendem-se até a idade adulta, com repercussões na qualidade de vida do ser humano.

Pela constituição federal, as mães que têm um emprego formal, com carteira assinada, têm direito a 120 dias de licença, quatro semanas antes e 12 semanas depois do parto. Entretanto, por motivo de saúde da mãe ou do bebê, este prazo poderá ser aumentado em 28 dias-duas semanas antes e duas semanas depois do parto, mediante apresentação do atestado médico estando garantido o pagamento do seu salário integral (artigo 329 da CLT). No entanto, nem sempre este direito é garantido e muitas vezes as mulheres sofrem pressão no local de trabalho para voltar às atividades antes do final da licença (LANA, 2001, p.300).

A licença especial é um período que se compreende por quatro meses após o nascimento do bebê, sendo que se a mãe acrescentar as férias possibilitando assim uma permanência podendo ficar um tempo maior com o seu bebê (VINHA, 2002).

3.9 Assistência de enfermagem durante o aleitamento materno

Segundo Brasil (2001) é no período puerperal ou pós parto que o processo de lactação se torna claro e que a capacidade de amamentar da puérpera passa a receber críticas desencorajadoras e é diante das dificuldades que a amamentação com o bebê constrói dúvidas quanto à quantidade e qualidade do leite materno. É nesse instante que a mãe entende que é sua a incapacidade de cuidar de seu filho e

consequentemente inibe a lactação, por causa da sua ansiedade. É aí que os profissionais enfermeiros capacitados precisam ficar ao lado da mãe, prestando esclarecimentos, orientando e ajudando a procura de soluções para as dúvidas quanto o aleitamento materno.

De acordo com Carvalho (2004) um dos impedimentos para a realização do aleitamento materno, são os tabus que, devido a uma orientação inadequada pelos profissionais de saúde, ocorrem na sociedade, dentre eles podem ser destacados:

- Leite fraco: cabe ao enfermeiro enfatizar à paciente que leite fraco não existe.
- Flacidez das mamas: a queda das mamas depende da constituição individual, da qualidade do tecido, se for menos resistente, ocorrerá à flacidez, mesmo que a mãe não amamente.

Almeida e Novak (2004) relatam que o aleitamento materno foi muito divulgado por meio de campanhas nos meios de comunicação como sendo pontos positivos a favor da implementação do aleitamento materno.

É essencial que o profissional de enfermagem estabeleça confiança com a mãe, isto ajuda a aumentar sua estima própria e a confiança no ato de amamentar, proporcionando a chance de finalmente se tornar independente no cuidado do bebê (CARVALHO; TAMEZ, 2005).

Conforme Almeida (1998) os enfermeiros devem realizar planos sistematizados que visam à amamentação, sendo que estes devem ser capacitados a esta prática.

Segundo Barros (2007) o enfermeiro deve oferecer uma assistência de qualidade, dentro do papel de orientador, conselheiro e educador assistindo a mãe e o filho. Portanto, deve assumir sua participação na promoção do aleitamento materno, na prevenção de complicações, assim como, no tratamento destas.

Para Almeida et al. (2004) é necessária e importante uma comunicação objetiva durante a orientação, estimulando o aleitamento materno, pois nos primeiros dias que se seguem após o parto são cruciais para uma amamentação bem sucedida, pois é nesse período que a lactação se estabelece, além de ser um período de aprendizado para a mãe e adaptação do recém-nascido.

O enfermeiro deve observar como está sendo a pega do recém-nascido e responder as dúvidas quanto ao aleitamento materno e aos cuidados com o recém-nascido (GIUGLIANI, 2000).

O profissional poderá, e deve intervir nesse período reforçando as orientações, procurando solucionar os problemas, prevenindo e auxiliando a superar as dificuldades da puérpera, impedindo assim, a utilização de complementos e seus possíveis efeitos (BRASIL, 2001).

Conforme Giugliani (2000) os profissionais de saúde possuem e executam um papel importante na assistência à mãe, devendo se preparar com conhecimentos técnico-científicos atualizados. Assim poderão colaborar com o direito de toda criança de ser amamentada conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente.

De acordo com Carvalho (2005) uma orientação adequada por parte dos profissionais da saúde, pode derrubar os mitos que ainda existem: leite fraco, onde o enfermeiro devera afirmar que não existe leite fraco, sendo que o leite mais digestível é o leite materno e a criança sente vontade de se alimentar em períodos menores comparando-se com o leite de vaca. A queda da mama depende da constante individual qualidade do tecido mamário, levando em conta a sua resistência.

De acordo com Barros (2002) o enfermeiro deve adotar ações de incentivo que reverta essa situação, habilidades essas que auxiliaram a mãe que esta ou irá amamentar, e se dispõe da seguinte forma: Habilidade de ouvir e aprender utilizar de comunicação não verbal é importante para o Enfermeiro além de realizar perguntas abertas e desenvolver a habilidade de confiança ofertando apoio e ajuda pratica produzindo informações relevantes; fazendo o uso de uma linguagem acessível por meio de sugestões.

A amamentação ainda esta longe de ser considerada ideal, o que segundo Silva (2000) deve se a uma prática natural onde se caracteriza-se como uma resposta biológica, instintiva, tendo com base o amor fraterno .

O profissional de saúde deve ater-se a diferentes, desejos e sentimentos sentidos pela mãe refletindo e agindo de modo conjunto a respeito deles, alem de retirar juntamente possíveis obstáculos físicos e emocionais na amamentação (LANA, 2001).

De acordo com Brasil (2001) o enfermeiro durante o pré-natal deverá orientar a gestante para a importância do preparo das mamas e da conscientização da mulher para o sucesso do aleitamento materno, em especial as primíparas. Durante a assistência pré-natal, as mulheres devem ser informadas dos benefícios da amamentação e das desvantagens dos leites não humanos.

DISCUSSÃO

A mulher que amamenta precisa conhecer as condições necessárias para que a amamentação não seja interrompida, não existe leite fraco e nem insuficiente. A amamentação deve ser oferecida em livre demanda nos primeiros meses após o nascimento e a mãe deve receber um suporte nutricional para que produza a quantidade de leite necessária para o bebê o que o leite é produzido na quantidade adequada.

Sendo assim é importante que a mulher tenha noção da anatomia e fisiologia das mamas e que saiba das condições de transição do leite materno e que quanto mais cedo se iniciar o aleitamento materno mais fácil será estabelecido o vínculo entre mãe e filho, é essencial que tenha consciência dos benefícios que o aleitamento trará para mãe e filho. A melhor forma de incentivo ao aleitamento materno é através da prática do alojamento conjunto.

A mulher deve iniciar o preparo das mamas para a amamentação durante o pré natal. Recebendo orientações através de palestras e conversas com profissionais de saúde onde esta poderá tirar suas dúvidas e mitos referentes à amamentação buscando orientações sobre as complicações que podem ocorrer referentes à amamentação, na qual poderá ser realizada de forma inadequada, proporcionando até mesmo algumas intercorrências em sua mama.

O principal objetivo do profissional de saúde é de conduzir as orientações, sendo o enfermeiro, o profissional melhor preparado para sanar todas as dúvidas levantadas pelas gestantes e mães que estão iniciando a amamentação.

De todo o exposto, observa-se que a assistência de enfermagem na amamentação deve ser iniciada no pré natal, sendo a e a principal intervenção do profissional de enfermagem a manutenção de cordialidade, respeito e atenção com a gestante durante todo o período de assistência prestada à gestante ou puérpera, tendo em vista esta atitude do enfermeiro que transferir a gestante segurança, tranquilidade e confiança no profissional. Mantendo assim um objetivo comum entre equipe e gestante para o sucesso da amamentação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o melhor entendimento das mães com relação às dúvidas surgidas na amamentação de seu filho devem-se seguir os métodos corretos estabelecidos pelos profissionais de saúde para que não haja intercorrências ou complicações neste período de amamentação, o aleitamento materno deve ser incentivado, pois o leite é a melhor forma da mãe oferecer alimentação completa com tudo que o bebê precisa nutricionalmente contribuindo assim para o seu crescimento e desenvolvimento saudável. .

Os profissionais da saúde desempenham um papel de extrema importância na assistência a mulher, a mãe e a nutriz, desde o início do pré-natal até o puerperio. Para tal precisamos nos preparar com conhecimentos teóricos científicos atualizados e habilidades técnicas, levando orientações e soluções para as possíveis intercorrências e complicações que poderão surgir durante o período da amamentação.

Desta maneira estaremos cumprindo o nosso papel na assistência de enfermagem como profissional de saúde e cidadão, colaborando e garantido o direito de toda criança de ser amamentada.

Este estudo foi de grande importância, pois contribuiu para o enriquecimento científico e conscientização dos profissionais de saúde e acadêmicos assim como poderá possibilitar uma melhor assistência de enfermagem em relação ao aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, G. N. C. et al. Intervenção educacional em equipes do programa de Saúde da família para promoção da amamentação. **Rev. Saúde Pública**, Montes Claros, v. 42, n. 06, p. 1028 - 1031, maio 2008. Disponível em: <<http://www.scielos.br>>. Acesso em: 14. mar 2010

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação**: Um Híbrido Natureza – Cultura. 1. ed. Rio de Janeiro, Fio Cruz, **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 6, n. 3, p.71-76, jul, 1998. Disponível em:< <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 mar.2010.

NOVAK, F. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, n. 80, v. 5, p. 119-125. 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 de mar.2010.

RAMOS, C. V. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de pediatria**. v. 76,p.229-390, 2003. Acesso em: 20 de março de 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 mar. 2010.

ALMEIDA, N. A. M.; et al. Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiás, v. 06, n. 03, p. 358-367, 2004. Disponível em < <http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 23 de mar .2010.

ANTUNES, L. S. et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde,**Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,v.13, n.1,p.103-109,jan- fev, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br> >. Acesso em: 22 de mar 2010.

ARAÚJO. M. F. et al. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Rev Bras Saúde Mater Infant**. v. 4, n. 2,p. 135-141,2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo>. >. Acesso em: 19de mar 2010.

BARACHO, E. L. L. S. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia**: Aspectos de ginecologia e neonatologia. 4 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, ,2006,526 p.

BARROS, A. M. **Curso de Direito do Trabalho**, 6. ed. rev. e ampl. São Paulo, editora: LTR, 2007.278p.

BARROS S. M. O. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica**: Guia para a prática assistencial. 1. ed, Barueri-SP, Roca, 2002, 517 p.

BRANDEN, S. P. **Enfermagem Materno infantil**. 2 ed. Rio de Janeiro, Reichmann e Affonso Editores, 2000, 524p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Criança/ Projeto Minha Gente. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF, 110 p.1991. Disponível em < <http://www.scielo.br>. Acesso em: 15 fev.2010.

_____. Ministério da Saúde. **Como ajudar as mães a amamentar**. Brasília, DF, 2001. Disponível em:< <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 13mar. 2010.

_____. **Constituição Federal. Inciso XVIII do caput do Art.7º da Constituição Federal: Casa Civil**, 1988. Disponível em: Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 15 mar. 2010.

_____. 4 ed. Brasília,DF: **Ministério da Saúde**,p. 29-63,1998.Disponível em :< <http://bvsms.Saúde.gov.br> >. Acesso em:15 mar.2010

CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação**: bases científicas. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 452 p.

CARVALHO, M. R. **Amamentação – Guia Prático**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 452 p.

CARVALHO, G. M. **Enfermagem em obstetrícia**. 1. ed. rev. ampl. São Paulo: EPU, 2004. 235p.

CAMANO, L. S. et al. **Obstetrícia**: guia de medicina ambulatorial e hospitalar.1ed Barueri (SP): Manole, 2002,710p.

CAMPESTRINI. S. Palma: **Projeto de Aleitamento Materno**: Amamentação Informações e Dicas. Curitiba p. 12-25, 2002. Disponível em: http://www.pucpr.br/servicos/programas_saude/palma/.../sumula.pdf Acesso em :13 mar. 2010.

EUCLIDES, M.P. **Nutrição do Lactente**: Base Científica Para Uma Alimentação Adequada, 2 ed. Viçosa M G:, 2000,. 261-296 p.

FALEIROS, F. T. V. et al. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev Nutr** v.19, n.5, p 623-630, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 13 mar. 2010.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 680.p.

FREDERICO, P.; et al. **Atividade educativa no alojamento conjunto**: relato de experiência. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 38-44, ago. 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br> >. Acesso em: 29 fev.2010.

GONZALES, H. **Enfermagem ginecológica e obstétrica**. 3 ed.São Paulo:Senac 2001,180p.

GIUGLIANI E. R. J. O Aleitamento Materno na prática clínica. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, p. 238-252, 2000. Disponível em: <<https://www.jpmed.com.br>> Acesso em: 15 mar.2010

_____. E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **J Pediatr** .Rio de Janeiro. v.80,n.5:p147-154 ,2004.Disponível em: <<https://www.scielo.br> >. Acesso em:15 mar.2010.

GUSMAN, C. R. **Os significados da amamentação na perspectiva das mães**. Ribeirão Preto: (dissertação). USP, 2005. Disponível em: <[https:// bases.bireme.br](https://bases.bireme.br) >. Acesso em: 13 mar. 2010.

GUYTON. C;HALL, E. J. **Tratado de Fisiologia Médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 673p.

HORTA, B. L. et al.Duração da amamentação em duas gerações **Rev Saúde Pública**;v.41n1:p13-18 ,2007.Disponível em: <<https://www.scielo.br> >. Acesso em :fev 15 .2010.

ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Aleitamento Materno e as Crenças Alimentares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 9, n. 5, p. 70-76,set – out,2001. Disponível em: <www.eer.usp.br >. Acesso em: 20 de mar.2010

JUNQUEIRA. P. **Amamentação, Hábitos Oraís e Mastigação, Orientações, Cuidados e Dicas**. 3 ed. Rio de Janeiro: Revinter. p. 9-10, 2005.

LANA, A. P. B. **O livro de estímulo a amamentação**. São Paulo: Atheneu, 2001, 423p.

LAMOUNIER, A. J. et al. Recomendações quanto á amamentação na vigência de infecção materna., **jornal de pediatria**, Nov, 2004. Disponível em : <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 25 mar.2010.

LEVY, L; BÉRTOLO, H. **Manual de aleitamento materno**. Comitê Português para UNICEF, v. 5, n.1, 2008. Disponível em: <http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento>. Acesso em: 13 mar. 2010.

MARCONDES, E. **Pediatria Básica**. 9 ed. São Paulo: Sarvier, 2002 , 843 p.

MARQUEZ, C.S M; MELO, A. M. Amamentação No Alojamento Conjunto. **rev cefac** São Paulo ,v. 10 , n.2 , p.261-271, abr. jun. 2008 Disponível em : <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 de mar de 2010.

MONTEIRO, J. C. S.; GOMES, F. A.; NAKANO, A. M. S. Amamentação e o seio feminino: Uma Análise Sob A Ótica da Sexualidade e dos Direitos Reprodutivos ,Florianópolis, **Texto contexto - enferm** .São Paulo, v. 15, n.1, p. 146-150,2006. Disponível em: < <http://bases.Bireme.br>>. Acesso em: 16 de mar de 2010.

MURTA, F. G. **Saberes e Práticas**, 4 .ed ,v.4, Caetano do sul SP Difusão 2008, p.224, 227e 229 São Paulo.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 3ed, São Paulo,: Sarvier, 2006. p.1379.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Manual Técnico. Manejo e promoção do aleitamento materno num Hospital Amigo da Criança**. Genebra: OMS, 1993. Disponível em: < http://www.hospitalmariocovas.org.br/documentos_download/566256419.pdf>. Acesso em: 15 de mar de 2010.

_____. OMS, UNICEF. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno – infantis**: uma declaração conjunta OMS/UNICEF, Genebra: OMS; 1989. Disponível em: <<http://www.Scielo.br>>. Acesso em: 14 de mar de 2010.

POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2000. 422p.

REGO, J. D. **Aleitamento materno**: Um guia pais e familiares. 2ed, São Paulo: Atheneu. 2002. 508p.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. 1ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 736p.

SANCHES, M T C.. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **J. Pediatr.** Rio Janeiro, v.80, n.5, p. 155-162, 2004. Disponível em: <[http:// www.Scielo.br](http://www.Scielo.br) >. Acesso em: 14 de mar de 2010

SILVA, I. A. Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. : **Rev. Esc.Enf.** São Paulo, v. 30, n.1, p.170-171, abr. 1996. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br.pdf> >.Acesso em: 15 mar.2010.

_____. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. **Rev. Esc.** São Paulo, v.34, n.4, p.362-369, dez. 2000. Disponível em: < <http://www.Scielo.br/pdf/reeusp/v34n4/v34n4a07.pdf>>.Acesso em: 16 mar.2010.

SILVA, Y,F. Família e redes sociais: **o uso das práticas populares no processo saúde e doença**. In: Silva YF, Florenço MC. Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis: editora Papa Livro; 1996. p.75– 93. Disponível em: <[http:// www.ee.usp.br.pdf](http://www.ee.usp.br.pdf) >.Acesso em: 16 mar.2010.

SILVEIRA, F. J. F.; LAMONIER, J. A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1,p.69-77, jan,2006. Disponível em: <[http:// www.Scielo.br](http://www.Scielo.br) >. Acesso em: 14 de mar de 2010.

SUSIN, L. R.O.; et al. Influência das avós na prática do aleitamento materno. **Rev.Saúde Publica**.v.39,n2,p141-147, 2005.Disponível em:<[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br) >.Acesso em:16 mar .2010

TORTORA, G. S.; GRABOWSKI, S. R. **Princípios de anatomia e fisiologia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002,1088.p.

VENÂNCIO, I, S.; MOTEIRO, A, C; A. Tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 1, nº 1, 1998. Disponível em: <[http:// www.Scielo.br](http://www.Scielo.br) > Acesso em: 14 de mar de 2010

VENÂNCIO, S, I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública.** São Paulo, v.36, n3, p.313, jun, 2002. Disponível em: <[http:// www.Scielo.br](http://www.Scielo.br)>. Acesso em: 10 de mar de 2010.

VINHA, P. H. V. **O livro da Amamentação.** 1.ed, São Paulo: Baleiro, 2002, 91p.

ZAMPIRI, M. F. M.; OLIVEIRA, A. R. Análise do alojamento conjunto na Maternidade Darcy Vargas: opinião e aceitação das puérperas e profissionais de saúde. **Rev. Ciênc. Saúde**, v. 14, n. 1/2, p. 7-22, jan. dez. 1995. Disponível em : <[http:// www.Scielo.br](http://www.Scielo.br) >. Acesso em: 16 mar. 2010.

WORLD, H. O. UNICEF, Innocenti Declaração de proteção, promoção e suporte do aleitamento materno. **Ecol Food Nutr.** Brasília, v. 26, p. 271-273, 1991. Disponível em: <[http:// www.Scielo.br](http://www.Scielo.br)>. Acesso em: 11 de mar de 2010.