

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

DENISE CAITANO DA SILVA SENA

**O PAPEL DA ENFERMAGEM NA
CONSCIENTIZAÇÃO DAS GESTANTES E
PUÉRPERAS QUANTO À IMPORTÂNCIA DO
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NOS
PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA**

**PATOS DE MINAS
2010**

DENISE CAITANO DA SILVA SENA

**O PAPEL DA ENFERMAGEM NA
CONSCIENTIZAÇÃO DAS GESTANTES E
PUÉRPERAS QUANTO À IMPORTÂNCIA DO
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NOS
PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA**

Monografia apresentada à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem.

Orientador: Profº. Esp. José Henrique Nunes Borges de Andrade

**PATOS DE MINAS
2010**

618.63 SENA, Denise Caitano da Silva
S474p O papel da enfermagem na conscientização das gestantes e puérperas quanto a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida /Denise Caitano da Silva Sena - Orientador (a): Prof. Esp. José Henrique Nunes Borges de Andrade
Patos de Minas: [s.n.], 2010.
47p.

Monografia de Graduação – Faculdade Patos de Minas - FPM
Curso de Bacharel em Enfermagem

1. Leite materno 2. Assistência 3. Puérpera
I. Denise Caitano da Silva Sena II. Título

FACULDADE PATOS DE MINAS
DENISE CAITANO DA SILVA SENA

O PAPEL DA ENFERMAGEM NA CONSCIENTIZAÇÃO DAS
GESTANTES E PUÉRPERAS QUANTO A IMPORTÂNCIA DO
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NOS PRIMEIROS
SEIS MESES DE VIDA

Monografia aprovada em _____ de _____ de _____ pela comissão examinadora
constituída pelos professores:

Orientador: _____
Prof.º Esp. José Henrique Nunes Borges de Andrade
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.ª Ms. Renata Santos
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.º Ms. Fredston Coimbra Gonçalves
Faculdade Patos de Minas

Dedico aos leitores da área da saúde; às gestantes e puérperas. Que através deste trabalho possam refletir mais um pouco sobre a importância deste ato tão simples, mas extremamente importante.

Agradeço a Deus que me deu sabedoria e me guiou em todos os momentos deste trabalho; ao meu orientador pela disponibilidade concedida; à mestra em TCC, que me auxiliou muito em meus textos; à minha supervisora de estágio Mislene por compartilhar seus conhecimentos; às minhas amigas pelo incentivo e aos meus familiares pelo apoio. A todos minha gratidão.

A enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo - o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale

RESUMO

O leite materno é a principal fonte de nutrientes para o recém-nascido até os seis meses de vida, além de fornecer anticorpos protegendo o lactente contra doenças infecciosas, diarreia, alergias, promovendo maior crescimento e desenvolvimento intelectual. O presente estudo teve como objetivo descrever o papel do enfermeiro na conscientização do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, e foi realizado em caráter exploratório na forma de revisão de literatura de diversas fontes: livros, revistas, teses, artigos, monografias, dissertações e busca on-line. Alguns fatores foram observados neste estudo: não existe leite fraco, ele apenas muda a sua consistência no decorrer dos dias para satisfazer as necessidades do recém-nascido, portanto, é preciso esclarecer sobre os benefícios que o leite materno pode oferecer não só para o bebê, como também para a mãe, a família e a sociedade. A falta de orientação e a ansiedade são fatores desencadeantes para o desmame precoce. O recém-nascido nos primeiros seis meses de vida necessita de quantidade especial de nutrientes para que ocorra o crescimento e desenvolvimento saudável, o leite materno fornece ao bebê tudo que ele precisa, sendo desnecessário a introdução precoce de água e chás. A puérpera deve ser orientada no preparo e cuidado das mamas durante o pré-natal e pós-parto e incentivada quanto à amamentação, pois o desejo de amamentar é um fator que poderá influenciar diretamente na concretização deste ato.

Palavras chave: Leite materno. Assistência. Puérpera.

ABSTRACT

Breast milk is the main source of nutrients for the newborn to six months of life, and provides antibodies to protect infants against infectious diseases, diarrhea, allergies, promoting higher growth and intellectual development. This study aimed to describe the nurse's role in raising awareness of exclusive breastfeeding in the first six months of life, and was held in the form of an exploratory literature review of various sources: books, journals, theses, articles, monographs, dissertations and online search. Some factors were observed in this study: there is weak milk, it just changes its consistency during the day to meet the needs of the newborn, so we must be clear about the benefits that breast milk can provide not only for baby but also for the mother, family and society. The lack of guidance and anxiety are triggers for early weaning. The newborn in the first six months of life need special quantity of nutrients that occurs to the healthy growth and development, breast milk gives the baby everything he needs, obviating the need for early introduction of water and teas. The postpartum should be directed to prepare and care of the breasts during the prenatal and postpartum care and encouraged for breastfeeding, because the desire to breastfeed is one factor that can directly influence the implementation of this act.

Keywords: Breastfeeding. Assistance. Postpartum.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CF	- Constituição Federal
CLT	- Consolidação das Leis Trabalhistas
EUA	- Estados Unidos da América
OMS	- Organização Mundial de Saúde
SBP	- Sociedade Brasileira de Pediatria
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

1.0 INTRODUÇÃO	21
2.0 OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo geral	22
2.2 Objetivos específicos.....	22
3.0 METODOLOGIA	23
4.0 HISTÓRICO ATUAL DO ALEITAMENTO MATERNO	24
4.1 Tipos de aleitamento.....	25
4.2 Anatomia e fisiologia da mama.....	26
4.3 Tipos de mamilos.....	27
4.4 Lactação	10
4.5 Estágios da Lactação.....	10
4.6 Produção do Leite.....	11
4.7 Ejeção do Leite.....	20
5.0 A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ OS SEIS MESES DE VIDA	22
5.1 Composição do Leite Materno	24
5.1.1 Vitaminas.....	16
5.1.2 Minerais	17
5.1.3 Carboidratos	17
5.1.4 Anticorpos e agentes anti-infecciosos.....	18
5.1.5 Proteínas	26
5.1.6 Lipídeos.....	26
6.0 O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA ÀS GESTANTES E PUÉRPERAS.	27
6.1 Preparando as mamas para a amamentação	22
6.2 Cuidados com as mamas e os mamilos	23
6.3 Dificuldades com a amamentação	25
6.4 Orientações para o sucesso da amamentação	25
6.5 A técnica adequada da amamentação.....	27
6.6 Alojamento conjunto.....	28
6.7 Retorno ao trabalho.....	29
6.8 Técnica para ordenha manual.....	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34

1.0 INTRODUÇÃO

O leite materno é um alimento divino, e a amamentação é uma forma insubstituível de fornecer o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento saudável do recém nascido. A mulher durante o pré-natal deve ser preparada para a amamentação; a enfermeira deve avaliar os conhecimentos da gestante a fim de esclarecer as dúvidas para que o aleitamento materno ocorra de forma satisfatória e tranquila.

O presente estudo fará uma abordagem da importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, e o papel da enfermagem na assistência às gestantes e puérperas para a conscientização e adesão à prática do aleitamento. As principais questões a serem resolvidas são: descrever os principais nutrientes presentes no leite materno, que faz dele um alimento tão importante para o desenvolvimento da criança; quais os fatores que influenciam na prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida; porque as mães acham que o leite materno não é capaz de suprir as necessidades nutricionais da criança; o papel da enfermagem na conscientização do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida.

O interesse pelo assunto se deu durante as aulas da disciplina de Saúde da criança e do adolescente; pois se percebeu que existe uma grande necessidade de conscientização das gestantes da importância do aleitamento materno aos recém nascidos para promoção do desenvolvimento saudável desses bebês. O presente estudo tem como objetivo promover uma reflexão entre os leitores sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, e demonstrar às gestantes que o leite materno é suficiente para o crescimento e nutrição da criança, além de ser benéfico, inclusive para a mãe.

Este trabalho encontra-se estruturado em três capítulos no primeiro capítulo, contextualiza um breve histórico do aleitamento materno, anatomia e fisiologia da mama e lactação; no segundo capítulo enfatiza-se a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida; e o terceiro capítulo descreve o papel da enfermagem na assistência às gestantes e puérperas.

2.0 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer o papel do enfermeiro na conscientização do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida.

2.2 Objetivos específicos

Citar os benefícios do aleitamento materno para a criança e a mãe.

Discutir o papel da enfermagem na assistência às gestantes e puérperas.

3.0 METODOLOGIA

O presente estudo será realizado em caráter exploratório qualitativo na forma de revisão de literatura de diversas fontes: livros, revistas, teses, artigos, monografias, dissertações e banco de dados de diferentes sites (scielo, bireme, Biblioteca da USP). O critério para busca e seleção de dados sobre a conscientização do aleitamento materno foi priorizar as publicações de 2000 a 2010. Para esta busca foram utilizadas as palavras chaves: leite materno, assistência, puérperas.

Os materiais foram coletados e selecionados no período de março a setembro de 2010; após coleta dos materiais as ideias dos autores serão discutidas para fazer a redação da monografia e considerações finais da autora.

4.0 HISTÓRICO ATUAL DO ALEITAMENTO MATERNO

De acordo com Cunha e Mateus (2010) o aleitamento materno sofreu várias modificações durante a história, algumas desfavoráveis, como entre os anos 1850 e 1970, quando o leite foi substituído através de propagandas por “substitutos do leite” tendo consequências para saúde do bebê; mas na metade da década de 70 retomaram a recomendação do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, e até aos dois anos associados a outros alimentos, conforme preconizado pela OMS (Organização Mundial de Saúde).

Na década de 1980, 62% das lactentes nos EUA recebiam alta do hospital sem estarem sendo amamentados, diminuindo para aproximadamente 50% em 1990 (MAHAM; ESCOTT-STUMP, 2005). Grandes esforços precisam ser feitos para promover o aleitamento materno. Visando a isso a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para Criança e Adolescência (UNICEF), adotaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança: um esforço para aumentar a incidência e a duração da amamentação.

Em 1990 o Brasil participou de um encontro em Florença-Itália, promovido pela OMS e UNICEF, em que buscavam mecanismos e ações para se desenvolver uma proteção e apoio ao aleitamento materno (LAMOUNIER, 1998). Esta iniciativa tentou resgatar o direito da mulher de aprender e praticar o aleitamento materno com sucesso.

Brasil (2008) destaca a Lei que regulamenta o direito da mulher no puerpério:

- Licença após o parto de 120 dias (Artigo 7º, inciso XVII da Constituição federal (CF) e Artigo 395 da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)); Desde a Constituição de 1988 são 120 dias de licença-maternidade (antes a CLT estabelecia apenas três). Temos agora a lei nº 11.770 (licença maternidade de 6 meses para servidoras públicas federais, além de estados, municípios e empresas privadas que aderirem ao programa “Empresa Cidadã”).
- Licença paternidade de cinco dias (Artigo 7º, inciso XIX da Constituição Federal), a partir do dia do nascimento do filho;

- Ao retornar ao trabalho, nutriz tem direito à uma hora a menos em sua jornada de oito horas de trabalho para a amamentação, até a criança completar seis meses, sob a forma de dois intervalos de meia hora em cada turno ou, opcionalmente, uma hora a menos na entrada ou saída do expediente (Artigo 396 da Consolidação das Leis Trabalhistas);
- Garantia de emprego à gestante, desde a confirmação da gravidez até o quinto mês após o parto, incluindo aviso prévio (Artigo 10, inciso II do ato das Disposições Constitucionais Transitórias – Constituição federal);
- Toda a empresa que empregar mais de 30 mulheres deve garantir a creche para a criança até os seis anos de vida (Artigo 389, 397 e 400 da Consolidação das Leis Trabalhistas).

4.1 Tipos de aleitamento

Brasil (2009, p.12) diz que:

1 Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

2 Aleitamento materno predominante: quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

3 Aleitamento materno: quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

4 Aleitamento materno complementado: quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

5 Aleitamento materno misto ou parcial: quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Em 1989 foi emitida uma declaração pela OMS e UNICEF, em que se expõe todas as maternidades deveriam proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. Então foram criados os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, que são:

- Acredite que não existe leite fraco.
- Saiba que quanto mais o bebê mama, mais leite você produz.
- Coloque o bebê na posição correta para mamar.
- Cuide adequadamente das mamas.
- Retire leite quando for necessário (ordenha).
- Não use bicos, chupetas, chuquinhas ou mamadeiras.
- Tome líquidos, alimente-se e descanse sempre que possível.
- Só tome medicamentos com prescrição médica.
- Continue a amamentação, se possível, até os dois anos de idade.
- Conheça o direito da mãe trabalhadora (BRASIL, 2001).

Para que o aleitamento materno torne-se efetivo, a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC) adverte às instituições a implementação dos seguintes itens:

- 1- Ter uma norma escrita sobre aleitamento, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde;
- 2- Treinar toda a equipe de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;
- 3- Orientar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento;
- 4- Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento;
- 5- Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
- 6- Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico;
- 7- Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos – 24 horas por dia.
- 8- Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda;
- 9- Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio;
- 10- Encaminhar às mães, por ocasião da alta hospitalar, para grupos de apoio ao aleitamento materno na comunidade ou em serviços de saúde (CAMPESTRINI, 2006).

4.2 Anatomia e fisiologia da mama

Segundo Vitolo (2008) a mama é composta internamente por ductos lactíferos, alvéolos, células mioepiteliais, lóbulos, tecido conjuntivo e, externamente, por mamilo, aréola e corpúsculos de Montgomery. Os ductos lactíferos apresentam aumento no diâmetro, chamados de seios lactíferos. Os lóbulos glandulares possuem 10 a 100 alvéolos, e esses são circundados por células mioepiteliais. Os corpúsculos de Montgomery estão situados na aréola e são responsáveis pela produção da secreção lubrificante que protege a aréola e o mamilo.

De acordo com Guyton (2008) a maior parte da mama é formada por tecido gorduroso e conjuntivo; disseminada em seu meio fica a estrutura imatura da glândula mamária, e que durante a gravidez aumenta de tamanho devido à quantidade de estrogênio e progesterona secretados pela placenta e a prolactina pela glândula hipófise anterior.

As mamas começam a se desenvolver na puberdade, sendo estimuladas pelo estrogênio e durante a gravidez o crescimento se torna mais intenso e as glândulas se desenvolvem para a produção do leite (GUYTON; HALL, 2006).

4.3 Tipos de mamilos

Santos (2005) destaca os tipos de mamilos:

- Mamilo normal protuso: apresenta-se saliente elástico de fácil apreensão;
- Mamilo plano: situa-se no mesmo nível que a aréola, inexistindo a presença de um ângulo entre os dois, pouco elástico;
- Mamilo invertido: caracteriza-se pela inversão total do tecido epitelial podendo desaparecer por completo;
- Mamilo pseudo-invertido: possui praticamente as mesmas características do mamilo invertido, só que de fácil correção após estímulos e manobras para exteriorização;
- Atelia: ausência de mamilos nas mamas.

Cunha e Mateus (2010) enfatizam que os mamilos planos ou invertidos não impedem a mãe de amamentar; o ingurgitamento também não deve ser motivo de desmame, devendo continuar a amamentação, inclusive como forma de tratamento.

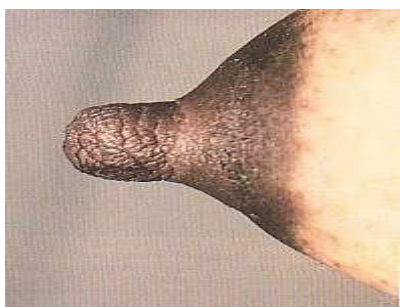


Figura 1 Mamilo protuso
Fonte: gestantesaudavel.blogspot.com/2009/11/tipos



Figura 2 Mamilo semi-protuzo
Fonte: gestantesaudavel.blogspot.com/2009/11/tipos



Figura 3 Mamilo invertido
Fonte: gestantesaudavel.blogspot.com/2009/11/tipos



Figura 4 Mamilo plano/ invertido
Fonte: vilamulher.terra.com.br/qualyleite/vocesabia
2009/11/tipos



Figura 5 Mamilo Invertido depois da estimulação
Fonte: gestantesaudavel.blogspot.com/2009/11/tipos

4.4 Lactação

Para Davies; Blakeley e Kidd (2002) ao longo da gestação as glândulas mamárias bilaterais desenvolvem-se, de tal modo que, após o parto, são funcionais e capazes de fornecer nutrição adequada ao recém-nascido. No terceiro trimestre de gestação, cada glândula mamária é composta de 15 a 25 lobos; cada lobo consiste de lóbulos contendo alvéolos glandulares que produzem o leite, o qual é drenado pelos ductos lactíferos, abrindo-se no mamilo. Os alvéolos consistem de uma camada única de células colunares responsáveis pela síntese e secreção do leite, com células mioepiteliais contráteis situadas entre as células alveolares e a membrana basal, sendo responsáveis por mover o leite dos alvéolos ao sistema de ductos.

O hormônio prolactina atua nas células alveolares, fazendo com que produzam o leite, especialmente a proteína. A sucção é um importante estímulo para a produção de prolactina. Portanto, é importante usar técnicas corretas para possibilitar que a criança sugue corretamente para que haja produção abundante de leite. Através do estímulo da sucção por meio de receptores neurosensitivos, a hipófise posterior libera a ocitocina que vai atuar nas células mioepiteliais que circundam as células alveolares, contraindo-as. Dessa forma o leite dentro das células alveolares vai ser ejetado para os ductos lactíferos. Este processo é conhecido como reflexo de ejeção do leite (VITOLLO, 2008).

4.5 Estágios da Lactação

No primeiro estágio da lactação há um aumento significativo de lactose, proteínas totais e imunoglobulinas e diminuição de sódio e cloretos. Iniciando-se com a queda da progesterona e o aumento da prolactina, processo que independe da sucção do bebê até o 3° ou 4° dia após o parto; no segundo estágio há um aumento do fluxo sanguíneo e captação de oxigênio e glicose e concentração de citrato; e no terceiro estágio, chamado de galactopoiese é que ocorre a manutenção da lactação. Para que a produção de leite continue é necessário que hipotálamo-

hipófise mantenha a produção de ocitocina e prolactina. Através da sucção receptores sensitivos enviam mensagens ao hipotálamo, que irá estimular a hipófise anterior e posterior a produzir prolactina e ocitocina (VITOLO, 2008).

Brasil (2001, p.138-139) destaca os três tipos de leite:

1. Colostro: nos primeiros dias após o parto, é produzido o colostro, e sua produção permanece ainda por cerca de 7 dias. Apresenta-se como um líquido espesso, de coloração amarelada e alta densidade. O volume, no início, varia de 2 a 20 ml em cada mamada, totalizando 50 a 100ml/dia, sendo suficiente para satisfazer as necessidades do lactente. No colostro, observa-se alta concentração de IgA e de lactoferrina que, juntamente com a grande quantidade de linfócitos e macrófagos, conferem uma ação de proteção ao recém-nascido. Tem ação laxativa, facilitando a eliminação de mecônio, auxiliando a prevenção da icterícia.

2. Leite de transição: recebe esta denominação o leite humano produzido entre o 7° e 15° dia após o parto. O volume de leite e a composição variam no decorrer dos dias, permanecendo com volume médio de 500ml/dia.

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

4.6 Produção do Leite

Segundo Kenner (2001) durante o terceiro trimestre de gestação é secretado pela placenta o hormônio lactogênio dando início à produção de leite. O leite é produzido nos alvéolos, estes extraem nutrientes do sangue para produzir o leite, a produção de leite depende da sintonia da pega correta ao seio e os hormônios maternos, quanto mais o bebê suga mais leite é produzido. Quando a placenta é expulsa os níveis de estrogênio e progesterona circulantes diminuem, então, a glândula pituitária anterior secreta o hormônio prolactina que estimula o crescimento e o desenvolvimento da glândula mamária. A produção de prolactina depende também da estimulação tátil pela sucção do recém-nascido.

De acordo com Davies; Blakeley e Kidd (2002) a prolactina é o principal hormônio responsável pela síntese e a secreção do leite pelas células alveolares, que será mantido por três a quatro semanas na ausência da sucção.

As alterações hormonais fazem com que a mama, aréola, mamilo, ductos mamários e alvéolos aumentem de tamanho, e nos últimos dias da gestação os lóbulos se desenvolvem ao máximo podendo liberar pequenas quantidades de colostro semanas antes do parto. Após o parto, os níveis de progesterona e estrogênio caem, enquanto há um aumento na secreção da prolactina, que estabelece o início da lactação (MAHAM; ESCOTT-STUMP, 2005).

Kenner (2001) acrescenta que a prolactina é secretada durante o dia e aumentada durante o sono e as alimentações noturnas e que as alimentações frequentes durante o período de 24 horas melhoram a secreção da prolactina, aumentando, assim, a produção de leite. A secreção da prolactina proporciona a puérpera calma e tranqüilidade, melhorando a relação entre ela e o recém-nascido.

Guyton e Hall (2006) destacam que após o nascimento do bebê os níveis de prolactina retornam ao normal, mas cada vez que a criança é amamentada causa um pico de 10 a 20 vezes na secreção da prolactina, durando aproximadamente 1 hora. As mamas podem perder a capacidade de produzir leite dentro de uma semana se o pico de prolactina estiver ausente ou for bloqueado; entretanto, a glândula pode produzir leite por vários anos se a criança sugar continuamente.

4.7 Ejeção do Leite

O Hormônio ocitocina é responsável pela ejeção do leite, tornando-o disponível para o lactente. Quando o bebê suga o seio o hipotálamo desencadeia a liberação da ocitocina pela glândula pituitária posterior fazendo com que as células mioepiteliais em torno do alvéolo contraem-se e ejetam o leite dentro dos ductos e do seio disponibilizando-o através do mamilo. A restrição do tempo de sucção pode levar a uma produção insuficiente de leite, a sucção prolongada não causa nenhum tipo de trauma no mamilo, e se o reflexo de esvaziamento for interrompido haverá um acúmulo de leite que avisa o organismo que para de produzir leite causando o endurecimento e ingurgitamento dos seios dificultando a pega correta da criança (KENNER, 2001).

Para Maham e Escott-Stump (2005) a ocitocina estimula a contração do útero prevenindo hemorragia no pós-parto. O estresse pode influenciar na liberação da ocitocina e causar lactogênese.

Quando a mãe fica ansiosa, preocupada ou desinteressada a ejeção ocorre insatisfatoriamente ou até mesmo deixa de existir, pois a liberação de adrenalina diminui a circulação nas células mioepiteliais (ISSLER, 2005). Por esta razão, as mães devem ter um puerpério tranquilo, sem transtornos para que amamentação seja um sucesso.

Costa (2003) apud Ribeiro (2005) acrescenta que nos primeiros dias após o parto, o reflexo de ejeção responde não somente a estímulos tácteis, mas também olfatórios, visuais ou auditivos. Pode responder ainda devido à proximidade física ou pensamento no filho. É importante lembrar que o reflexo da descida do leite pode ser inibido pelo estresse. Assim, é importante que a família que irá receber esta criança esteja ciente de todo este processo fisiológico para que colaborem para o êxito da amamentação, pois o estresse físico e emocional causa na fisiologia da lactação alterações que podem influenciar o desenvolvimento do aleitamento materno. Foi comprovada a influência do estresse tanto no processo de ejeção como na produção do leite. Ocorre bloqueio da ejeção do leite tanto por interrupção central da liberação de ocitocina pela neurohipófise quanto por bloqueio periférico causado por adrenalina que age direto na mama. Também foi estabelecida relação entre a lactação e uma atenuação da resposta ao estresse.

5.0 A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ OS SEIS MESES DE VIDA

O organismo do recém-nascido nos primeiros meses de vida necessita de quantidades especiais de nutrientes e fluidos para que ocorra o crescimento e desenvolvimento satisfatório (KENNER, 2001).

Para Marques, Lopez e Braga (2004) o crescimento saudável depende de uma boa alimentação, e nos primeiros meses de vida do lactente é extremamente importante que esta ingesta seja adequada. O leite materno fornece tudo ao lactente de forma balanceada, desenvolvendo vantagens imunológicas e psicológicas, diminuindo a morbidade e a mortalidade infantil, a amamentação, portanto é importante para a criança, para a mãe, para a família e para a sociedade em geral.

De acordo com Cunha e Mateus (2010) o leite materno é insubstituível, pois contém vitaminas, minerais, gorduras, açúcares e proteínas, além de fornecer células de defesa para a criança protegendo-a contra desidratação, pneumonias, infecções de ouvido, alergias entre outras. A amamentação também auxilia no desenvolvimento dos músculos e ossos da face.

Almeida et al. (2008) destaca que além da prevenção para o lactente contra doenças infecciosas, diarreia e alergia, maior crescimento e desenvolvimento intelectual a amamentação traz inúmeros benefícios também para a mãe como: involução uterina mais rápida; previne a gravidez nos primeiros meses após o parto; previne o câncer de mama, além de ser econômico, pois não gera custos para a mãe.

Durante o aleitamento materno cria-se um vínculo entre mãe e filho, por isso é necessário que a gestante seja orientada quanto ao aleitamento materno, de maneira a dar relevância a este gesto tão simples, mas indispensável.

De acordo com a OMS/UNICEF (2002) a falta de conhecimento sobre a fisiologia da lactação e o fato de que a maioria das mães pode amamentar e produzir leite suficiente para seu filho, faz com que muitas puérperas interrompem precocemente a amamentação ou deixem de amamentar.

Ainda de acordo com o autor supracitado, o medo, a ansiedade, as crenças, a falta de conhecimento e a vaidade são fatores que interferem no sucesso do

aleitamento materno, por isso que a mulher deve ser preparada para a amamentação ainda no período de gravidez, para que a amamentação aconteça de forma efetiva e tranquila. O leite materno fornece nutrientes vitais e aumenta as chances de uma criança crescer saudável.

Brasil (2009, p. 15) afirma que o aleitamento materno traz benefícios a longo prazo. Estudos feitos pela OMS confirmaram que “[...] indivíduos amamentados apresentaram pressões sistólicas e diástolicas mais baixas (-1,2mmHg e -0,5mmHg, respectivamente), níveis menores de colesterol total (-0,18mmol/L) e risco 37% menor de apresentar diabetes tipo 2”.

A OMS, MS e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomendam a amamentação exclusiva até os 6 meses e complementada até os 2 anos. Estudos confirmaram que crianças amamentadas exclusivamente até os 6 meses tiveram menos infecção intestinal e menos hospitalizações por doença respiratória. A substituição precoce de outros alimentos pode ser prejudicial, pois são nutricionalmente inferiores ao leite materno. A introdução precoce de outros alimentos diminui a duração do aleitamento materno e diminui a absorção de ferro e zinco contidos no leite materno, além de diminuir a eficácia da amamentação na prevenção de novas gravidezes (GIUGLIANI, 2010).

Brasil (2009) acrescenta que o aleitamento materno exclusivo evita mortes infantis; previne diarreia; diminui a gravidade dos episódios de infecções respiratórias; diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes; reduz a chance de obesidade; contribui para o desenvolvimento cognitivo; melhora o desenvolvimento da cavidade bucal; protege a nutriz contra o câncer de mama; evita nova gravidez; promove vínculo afetivo entre mãe e filho e melhora a qualidade de vida das famílias, pois não tem custos financeiros.

A amamentação exclusiva nos primeiros seis meses reduz o risco de asma, de síbilos recorrentes; protege contra o desenvolvimento de dermatite atópica. Há relatos na literatura sobre a redução do risco de certas doenças autoimunes como: doença celíaca¹, doença de Crohn², colite ulcerativa³, linfoma⁴, leucemia⁵ e doença

¹ Patologia que afeta o intestino delgado;

² É uma [doença crônica inflamatória](#) intestinal, que atinge geralmente o íleo;

³ Inflamação da mucosa do cólon;

⁴ Conjunto amplo de [cânceres](#) do [sistema linfático](#);

⁵ Neoplasias malignas que atingem o [sangue](#);

de Hodgkin⁶. É importante destacar que “A exposição precoce ao leite de vaca (antes dos 4 meses) é considerada um importante determinante do diabetes melito tipo I, podendo aumentar o risco de seu aparecimento em 50%” (GIUGLIANI, 2010).

5.1 Composição do Leite Materno

De acordo com Ribeiro (2005) apenas o leite materno contém todos os aminoácidos essenciais em proporções adequadas para garantir o completo desenvolvimento do cérebro e, conseqüentemente da inteligência. Açúcares ou glicídios são os responsáveis por toda a atividade metabólica do organismo com a sua queima. O colostro é insubstituível como o primeiro alimento para o lactente, espesso, amarelo pegajoso contém mais proteína, imunoglobulinas e vitamina A em comparação ao leite maduro, auxilia na eliminação do mecônio prevenindo a icterícia, além de reunir fatores de crescimento que promovem o desenvolvimento do tubo intestinal imaturo do recém-nascido.

5.1.1 Composto de vitaminas

Segundo Kenner (2001) as vitaminas são responsáveis pelos processos metabólicos, promovendo o crescimento e a manutenção dos tecidos. Devido a esta grande importância destacada sobre as vitaminas, Vitolo (2008) destaca que todas as vitaminas contidas no leite materno são suficientes para atender as necessidades nutricionais do recém-nascido, exceto a vitamina D, uma vez que sua principal fonte são os raios solares, mas as crianças amamentadas exclusivas no seio e que não são expostas ao sol não apresentam nenhuma deficiência da vitamina D.

O leite materno contém as vitaminas A, B1, B2, B6, B12, C, E, niacina, e ácido fólico, portanto, a concentração das vitaminas pode sofrer alterações

⁶ Corresponde a um dos vários tipos de câncer do sistema linfático.

decorrentes da dieta da mãe, em especial as vitaminas A, C, riboflavina e tianina (SANTOS, 2005).

5.1.2 Composto de minerais

Para Kenner (2001) os minerais são responsáveis pela regulação do metabolismo enzimático, o equilíbrio ácido-básico e a integridade nervosa e muscular. O cálcio e o ferro são essenciais para o crescimento, o cálcio é responsável pela mineralização dos ossos no primeiro ano de vida e o ferro para a síntese de hemoglobina. Santos (2005) acrescenta que no leite materno contém também potássio, fósforo, cloro, sódio e pequena quantidade de cobre e manganês, mas durante a gestação são acumuladas pequenas reservas que com a amamentação exclusiva irão suprir as necessidades do recém-nascido até o sexto mês de vida; devendo ser orientada a nutriz quanto uma dieta rica em ferro.

5.1.3 Composto de carboidratos

Segundo Kenner (2001) os carboidratos, as proteínas e as gorduras são responsáveis por suprir as necessidades calóricas do lactente. Os carboidratos são a principal fonte de calorías; as proteínas causam o crescimento e a manutenção das células, favorece o metabolismo e contribui para muitas substâncias protetoras; as gorduras fornecem uma forma de armazenamento de energia concentrada, transportam nutrientes essenciais como os ácidos graxos necessários ao crescimento e ao desenvolvimento neurológico. Santos (2005) acrescenta que o lipídeo é o componente mais importante do leite materno e sua quantidade total não sofre influência da dieta ou do estado nutricional da mãe.

Sendo os carboidratos tão importantes fontes de energia, Calil e Falcão (2005) enfatizam que a permanência de pequenas quantidades de carboidratos na luz intestinal, é um efeito fisiológico da alimentação o qual traz inúmeros benefícios para o lactente, dentre elas: fezes mais amolecidas; crescimento da flora bacteriana

não patogênica, o que diminui o pH tornando o intestino um ambiente impróprio para o crescimento de bactérias patogênicas; ajuda na absorção do cálcio e fósforo auxiliando na prevenção de doença metabólica óssea.

5.1.4 Contem anticorpos e agentes anti-infecciosos

De acordo com Guyton e Hall (2006) além dos nutrientes, o leite materno fornece ao recém-nascido anticorpos e agentes anti-infecciosos, proporcionando uma proteção de grande relevância contra infecções.

Mahan e Escott-Stump (2005, p. 210) afirmam que “o leite materno intensifica o crescimento da bactéria *Lactobacillus bifidus*, que produz um meio ácido gastrointestinal que interfere no crescimento de certos microrganismos patogênicos”.

Como agentes anti-infecciosos Calil e Falcão (2005) destacam as principais glicoproteínas: “a K-caseína, as imunoglobulinas IgG, IgM, IgA e IgA secretora, a lactoferrina, as moléculas de adesão celular solúveis ou seletinas, as mucinas e outras”.

5.1.5 Composto de Proteínas

As proteínas contidas no soro do leite humano são: a alfa-lactoalbumina, lactoferrina, a lisozina, a soroalbumina, as imunoglobulinas e a beta-lactoglobulina. A alfa-lactoalbumina é responsável pelo transporte de ferro e pela síntese de lactose na glândula mamária. A lactoferrina, a lisozina e as imunoglobulinas, especialmente a IgA são responsáveis pelo sistema de proteção. A lactoferrina possui a propriedade de se ligar ao ferro impedindo microrganismos patogênicos de utilizar esse mineral para seu metabolismo. Outras proteínas também têm efeito bacteriostático que se ligam ao ácido fólico e a vitamina B12. A lisozina possui efeito bactericida contra a maioria das bactérias Gram-positivas e algumas Gram-negativas (CALIL; FALCÃO, 2005).

5.1.6 Composto lipídico

A gordura láctea é sintetizada pelas células mamária. Esta síntese é estimulada pelo esvaziamento da mama através da amamentação e pela prolactina constituindo-se, assim a maior fonte de energia do leite humano. Os lípides secretados pelos alvéolos são de fácil digestão e absorção, decorrente da organização do glóbulo de gordura, composição de ácidos graxos e comprimento de suas cadeias, a distribuição dos ácidos graxos na molécula do triglicéride e as atividades enzimáticas complementares (CALIL; FALCÃO, 2005). Desta forma, pode-se concluir que o leite materno é o modelo de alimento perfeito.

Nesse sentido, a ausência do aleitamento materno exclusivo pode acarretar em sérios agravos à saúde da mãe e do bebê. De acordo com Juruena, Fröemming e Malfatti (2007) foi realizado um estudo anterior, no qual foi descrito que a falta de aleitamento materno exclusivo pode aumentar as chances de o bebê desenvolver doenças crônico-degenerativas na vida adulta.

6.0 O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA ÀS GESTANTES E PUÉRPERAS.

“Quando a mãe escolhe a maneira de alimentar seu bebê, ela expressa, nessa decisão, influências da sociedade, do seu estilo de vida, da sua história pessoal e sua personalidade” (SONEGO et al., 2004 p. 2)

O profissional de saúde precisa ter conhecimentos básicos, habilidades e competência para se comunicar de forma eficiente, usando a técnica de aconselhamento em aleitamento materno. É preciso usar recursos que ajudam as mulheres a tomar decisões para a amamentação. As mães quando sentem-se apoiadas e acolhidas, o processo da amamentação fica mais fácil, portanto é importante ouvir as queixas e as dúvidas da mulher; evitar julgamentos; respeitar os sentimentos e pensamentos da mãe; elogiar quando mãe e bebê estão fazendo de forma correta; fazer sugestões em vez de dar ordens (GIUGLIANI, 2010).

Para Sonego et al. (2004, p. 343):

Amamentar ou não um filho constitui-se, então, em uma tarefa que ultrapassa as barreiras do querer. A decisão materna de amamentar é um fato que poderá influenciar diretamente na concretização desse ato, porém a amamentação é um advento também social, muda conforme a época, os costumes e os valores e são transmitidos de geração para geração.

Segundo Abrão e Pinelli (2002) alguns autores sugerem que a mulher deve ser orientada durante o pré-natal, aproveitando o momento de sensibilidade e o desejo de oferecer o melhor para o filho. As orientações podem ser individuais ou em grupos, falando de forma clara. É importante falar dos benefícios que o AM traz para a mãe, bebê e família; sobre a anatomia e fisiologia da lactação; diferenças da composição do leite materno e leite de vaca; o preparo das mamas durante a gestação; consequências do desmame precoce; procedimentos para manter a lactação; a importância da amamentação ainda na sala de parto; os cuidados com as mamas durante a amamentação; as dificuldades mais frequentes e os direitos da puérpera e do bebê durante o aleitamento materno.

Para Giugliani (2010) os primeiros dias após o parto são decisivos para o sucesso da amamentação; sendo um período de intenso aprendizado para a nutriz e o lactente. A amamentação deve ser iniciada logo após o parto, pois a sucção reduz

o risco de hemorragia pós-parto, e de icterícia no recém-nascido. A frequência das mamadas em livre demanda promove a “descida do leite” mais rapidamente, aumenta a permanência do Aleitamento Materno. Mulheres com mamas maiores possuem mais capacidade de armazenamento do leite, porém, o tamanho da mama não tem relação com a produção de leite. A duração das mamadas não devem ser estabelecidas, pois o tempo para esvaziar a mama pode variar de 10 a 15 minutos, dependendo da criança, mas independente do tempo é importante que o bebê esvazie toda a mama, pois o leite final possui mais calorias e sacia o lactente. Floriano, Westphal e Arruda (2005) acrescentam que caso o bebê não consiga esvaziar totalmente a mama, é necessário que a mama seja esvaziada por ordenha manual, pois previne ingurgitamento.

É certo que a amamentação exclusiva até os seis meses de vida traz inúmeros benefícios para o lactente e seus familiares. Parada et al. (2005, p. 408) acrescenta que

Assim, a promoção do Aleitamento Materno (AM) deveria ser vista como ação prioritária para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças e de suas famílias. Promover o AM pode ser um bom exemplo de política pública que envolve a família, comunidade, governos e sociedade civil, com baixo custo e excelente impacto sobre o desenvolvimento infantil.

É uma prática natural, uma simples ação; e para que ocorra de forma satisfatória depende também dos profissionais da saúde, que devem identificar ainda no pré-natal os conhecimentos da gestante, as experiências, o estilo de vida; a fim de promover educação para o aleitamento materno (ALMEIDA; FERNANDES e ARAÚJO, 2004).

Segundo Takushi et al. (2008, p. 2) a “prática de amamentar não é instintiva e, portanto, requer ser aprendida pela mulher e protegida pela sociedade. [...] A motivação é uma das estratégias conferidas no processo de decisão da mulher em direção a prática do AM”. A mulher deve ser orientada e incentivada desde o pré-natal, por profissionais da saúde para que o aleitamento materno ocorra de forma satisfatória.

A organização mundial da saúde (OMS) afirma que é preciso incentivar o aleitamento materno, capacitando, assim, os profissionais de serviço de saúde para a criação da estratégia do Hospital amigo da criança. Isso ajudaria as puérperas a

superarem as dificuldades encontradas durante a prática do Aleitamento Materno (BRASIL, 2009).

Campestrini (2006) enfatiza que é preciso treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar a norma do Hospital amigo da criança; 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 tipo de alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico; praticar o alojamento conjunto (permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia); encorajar o aleitamento materno sob livre demanda; não dar bicos artificiais ou chupetas a criança amamentada no peito; encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento materno, para onde as mães deverão ser encaminhadas após a alta.

A mulher no puerpério precisa compartilhar seus sentimentos, trocar experiências, receber orientações pertinentes e dividir alegrias e sofrimentos. Os sentimentos de medo, de insegurança e de incapacidade devem ser levados em conta ao se falar dos cuidados no puerpério. É um momento de experiências novas e a mulher necessita de suporte da família, dos amigos e dos profissionais de saúde. A atenção dispensada à puérpera sai das expectativas, quando comparada com o período do pré-natal, na ocasião em que as atenções eram voltadas para o binômio mãe-filho. No entanto, após o nascimento essa atenção é voltada para ao bebê, tornando-se a mulher, na maioria das vezes, esquecida. Diante desses cuidados há a necessidade de compreensão, pois no puerpério a mulher necessita de uma atenção especial, já que se encontra mais vulnerável (SANTOS, 2009).

6.1 Preparando as mamas para a amamentação

É preciso orientar a mulher desde o pré-natal sobre os cuidados com as mamas: tomar banhos de sol, não usar sabonetes, creme ou pomadas, passar somente o próprio leite. O enfermeiro deve orientar quanto aos tipos de mamilos para prestar assistência devida. A mãe antes de amamentar deve lavar as mãos

com água e sabão, a amamentação deve ser iniciada pela mama que se encontra mais cheia, e caso o lactente não consiga mamar nas duas, na próxima mamada iniciar pela mama que não foi sugada (FLORIANO; WESTPHAL; ARRUDA, 2005).

Para que ocorra com sucesso a amamentação, a mãe precisa estar em posição confortável, colocando o lactente posicionado de frente para o peito. Quando o bebê abre a boca deve ser introduzido o mamilo e a maior parte da aureola. A quantidade das mamadas nas primeiras semanas do puerpério varia de 8 até 12 vezes por dia (KREBS ; PRIMAK, 2006).

Brasil (2001) diz que é necessário averiguar se a pega está correta quando a criança faz sucções longas seguidas de pausa e pequenas sucções, e deve-se observar também a deglutição. A pega correta não dói, se a mãe queixar-se de dor é porque a pega está incorreta.

De acordo com Kenner (2001) o enfermeiro deve observar no início da amamentação a consistência das mamas (maciez, mobilidade, ingurgitamento e temperatura), a condição dos mamilos (dolorimento, lesões, e descolorações) e sensações experimentadas durante a amamentação (como formigamento). O profissional de saúde deve avaliar se o bebê está sugando corretamente, se há intolerância a lactose, se ha cólicas, distensão abdominal e diarreia. Deve ser observado o posicionamento da mãe e do bebê.

Para identificar o término da mamada o ideal é deixar que o bebê solte o peito espontaneamente, para não machucá-lo. Também é necessário colocar a criança para eructar (BRASIL, 2001).

6.2 Cuidados com as mamas e os mamilos

Certos cuidados são importantes para a prevenção de futuras complicações das mamas e dos mamilos. O uso de sutiã é importante para manter a mama sempre elevada; o banho de sol continua sendo indicado com o objetivo de aumentar a resistência da região mamilo-areolar; deve ser feito a lubrificação da região mamilo-areolar com o próprio leite; após a amamentação verificar, caso as mamas estão pesadas e com pontos de dor retirar o excesso de leite para maior conforto (BRASIL, 2001).

Os mamilos planos ou invertidos podem dificultar o início da amamentação, mas não impedem que a mãe amamente o seu filho. É fundamental que ela receba ajuda logo após o nascimento do bebê. É necessário promover confiança e ensinar à mãe a técnica para aumentar o mamilo: utilizar compressas frias nos mamilos e sucção com bomba manual ou seringa de 10 ou 20 ml adaptada (cortada para eliminar a saída estreita e com o êmbolo inserido na extremidade). Manter o mamilo em sucção por 30 a 60 segundos ou menos se houver desconforto.

No ingurgitamento mamário, há congestão e aumento da vascularização da mama; retenção de leite nos alvéolos; e edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático, por isso é preciso fazer a ordenha, massagens em movimentos circulares, amamentar com técnica correta, não passar sabão, óleo, álcool; usar conchas protetoras, usar analgésicos e antiinflamatórios se necessário, cuidar para que os mamilos estejam sempre secos, colocar compressas de gelo não ultrapassando 20 minutos. O tratamento seco com banho de luz, banho de sol e secador de cabelo. Também é aconselhável ainda passar o próprio leite ordenhado na fissura. A pega e o posicionamento inadequados podem causar lesões nos mamilos, sendo importante, portanto, prevenir a fissura dos mamilos, que devem ser amamentados com a técnica adequada. É de extrema importância que não se use produtos que retirem a proteção natural dos mamilos (BRASIL, 2009).

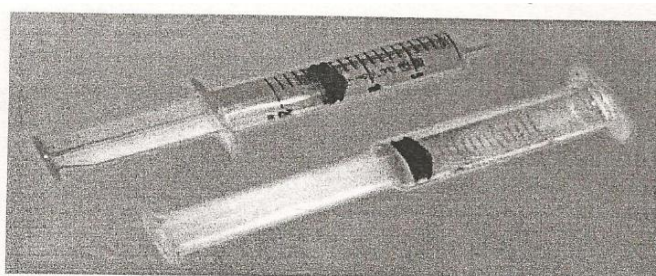


Figura 18.1 - Seringa de 20 ml para ser adaptada.

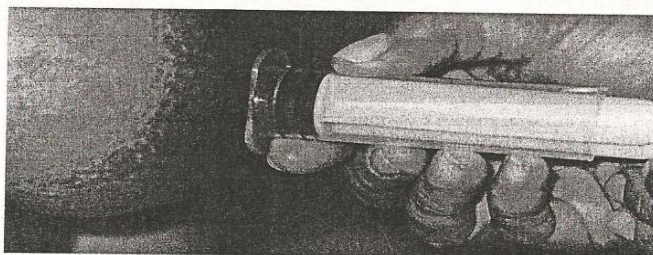


Figura 18.2 - Após a adaptação à mama, faz-se aspiração estabelecendo o vácuo.

Figura 1 – seringa adaptada para estimular mamilos planos ou invertidos.
Fonte: Enfermagem Obstetrícia e ginecologia, 2002.

6.3 Dificuldades com a amamentação

Durante a amamentação pode ocorrer algumas complicações, se a mãe não for orientada corretamente. De acordo com King (2001) a fissura mamária é um tipo de trauma que ocorre devido a uma pega incorreta do bebê no mamilo. A enfermagem deve corrigir a pega e orientar a mãe a continuar amamentando, aconselhar a mãe a expor os mamilos ao ar e ao sol e a passar o colostro nos mamilos também é função do enfermeiro.

Brasil (2001, p. 144) acrescenta que:

Quando existem fissuras, deve se orientar a mãe para iniciar a mamada pela mama sadia ou menos comprometida e depois passar para a outra mama, pois o bebê está menos faminto e suga com menos voracidade. Se elas não forem completamente esvaziadas desta maneira, esvaziá-las após a mamada.

Verd, Boehs e Zampieri (2005) dizem que o esvaziamento incompleto da glândula mamaria é a causa do ingurgitamento mamário. A aréola fica tensa, a criança suga em posição inadequada e o leite não flui. Assim é importante continuar amamentando o bebê, utilizar técnicas de massagem antes das mamadas e usar sutiã para suspender os seios.

Brasil (2001) sugere que, caso a mãe não consiga amamentar, o leite deve ser retirado por extração manual ou por bomba, e se não melhorar em até 24 horas e a mama estiver quente, e com a pele avermelhada em determinado local e a mulher apresentar febre deverá ser diagnosticada e tratada devidamente.

Campestrini (2002) acrescenta que a mastite é uma infecção aguda da mama lactente, em que pode ocorrer febre, dor, podendo existir uma média quantidade de secreção purulenta. A mãe, neste caso, deve certificar-se que tenha ocorrido o esvaziamento correto da mama. O papel do enfermeiro é orientar para que a paciente realize massagens delicadamente com movimentos e manter pega correta.

6.4 Orientações para o sucesso da amamentação

Paraná (2005, p. 3) afirma que “geralmente os mamilos são proeminentes (normal), planos ou invertidos. Todos os tipos de bico de peito possibilitam a amamentação”.

De acordo com Campestrini (2002) para uma boa amamentação também é importante o preparo dos seios através de exercícios e massagens durante a gestação. O enfermeiro deve orientar a paciente para que pressione cada mamilo com o dedo indicador ou polegar para cima, para baixo e para os lados.

Há muitos mamilos que parecem ser planos ou curtos, mas a criança suga a mama e não o mamilo, e estes mamilos devem ser preparados com conchas coletoras de leite por alguns meses. Essas conchas podem ser plásticas ou de silicone (KING, 2001). Essas informações devem ser discutidas pelos enfermeiros e levadas às pacientes.

De acordo com Junqueira (2005) as aréolas e os mamilos devem ser lavados somente com água morna, e pouco sabão, evitando-se, assim, a retirada da camada de gordura que recobre, protege e lubrifica a pele.

No momento da amamentação a mãe deve ficar em posição confortável e relaxada. É importante que todo o corpo da criança fique de frente para a mama (barriga da mãe/ barriga da criança). O lactente deve ser amamentado a cada duas horas aproximadamente. Por isso, é importante realizar massagens nas mamas antes e após cada mamada (KING, 2001).

Para Molina (2004) a pega correta acontece quando o bebe abre bem a boca, abocanhado o mamilo e grande parte da aréola alcançando os depósitos de leite.

É importante salientar que amamentação não causa queda dos seios e sim a idade, o aumento de peso e a própria gravidez, devendo a gestante usar um sutiã. Amamentar é um ato de amor, e são raras as doenças que contra-indicam a amamentação como a AIDS, HTLV e temporariamente uma mastite (CUNHA e MATEUS, 2010).

Santos (2005) diz que a primeira mamada deve ser a mais precoce possível, quanto mais cedo melhor a chance de ser bem sucedida, pois o bebê está bem alerta. Toda vez que o bebê desejar ele deve ser amamentado.

Brasil (2009) acrescenta que a nutriz precisa manter uma ingestão de calorias e líquidos além do habitual, consumir pães, cereais, frutas, legumes, verduras, derivados do leite e carne; consumir frutas e vegetais ricos em vitamina A; ingerir líquidos em quantidade suficiente para saciar a sede, devendo ser evitado líquido

em excesso; evitar dieta e medicamentos que promovam perda de peso rápido (mais de 500g por semana); consumir com moderação produtos cafeínados.

Para Brasil (2008, p. 59-60) algumas ações são capazes de promover o início e a manutenção da amamentação:

No pré-natal: sensibilizar e incentivar a gestante para o desejo de amamentar. O pré-natal é um momento importante, pois, geralmente, a gestante está mais sensível à escuta das orientações; orientar como preparar a mama e aspectos da técnica de amamentação; repassar informações sobre os benefícios da amamentação, as leis de proteção à nutriz e esclarecer as dúvidas e preconceitos, respeitando os aspectos culturais e emocionais da gestante; orientar sobre o uso de medicações e drogas durante a gestação e lactação. No parto e puerpério: estimular a escolha de maternidades com alojamento conjunto, onde a mãe e a criança permaneçam juntas desde o parto até a alta; incentivar o parto natural, pois favorece o contato pele a pele da mãe com o filho; propiciar o início precoce da sucção ainda na sala de parto; avaliar e, se necessário, ensinar à puérpera a técnica correta de amamentação; estimular a livre demanda, informando que faz parte da natureza do bebê mamar com frequência, observando a alternância das mamas em cada mamada e o tempo mínimo de 15 a 20 minutos em cada peito para que seja retirado o leite final, mais rico em gorduras; incentivar a participação do pai no processo, permitindo-o como acompanhante ou mesmo com horários de visita flexíveis; estimular um ambiente familiar propício para amamentação, com apoio do pai, avós e outros familiares e amigos.

É importante que os profissionais de saúde nas maternidades e hospitais se preparem para as mudanças de rotinas e condutas, visando a estimular a amamentação e prevenir o desmame precoce.

6.5 A técnica adequada da amamentação

O papel do enfermeiro é de fundamental importância; deve mostrar a mãe as técnicas adequadas para a amamentação: a posição deve ser confortável para a mãe, mostrar à mãe como segurar a criança: alinhar a cabeça da criança e o corpo em direção ao peito; o corpo da criança deve estar perto do corpo da mãe (barriga do bebê/Barriga da mãe); a mãe deve sustentar todo o corpo da criança; mostrar à mãe como ajudar a criança na pega. Quando o peito estiver muito cheio, tentar esvaziar a aréola para amolecer o bico e facilitar a saída do leite; tocar os lábios da criança no bico do peito; esperar que a boca da criança esteja completamente aberta e mover a

criança em direção à mama colocando seu lábio inferior bem abaixo do bico do peito (BRASIL, 2007).

King (2001) acrescenta que: o rosto da criança está perto da mama, o queixo está encostado na mama, o lábio inferior da criança está virado para fora, maior parte da aréola aparecendo acima do lábio superior da criança e menor parte aparecendo por baixo do lábio inferior. A mãe deve ser orientada também sobre a necessidade de deixar a criança terminar de sugar na primeira mama para depois oferecer a segunda.

De acordo com Giugliani (2010) a introdução de água, chás e outros leites devem ser evitados, pois é desnecessária e pode levar ao desmame precoce. O uso de chupeta afeta a formação do palato, e da cavidade oral, além de interferir no aleitamento materno. O bebê que chupa chupeta mama menos, prejudicando, assim, a produção de leite.

Barros (2009) acrescenta que a mãe ainda deve manter a alimentação equilibrada como no período da gestação, rica em proteínas, cálcio, vitaminas, e aproximadamente 2.000 a 2.200 calorias; e a hidratação deve ser estimulada de acordo com as necessidades corporais, ingerindo no mínimo dois litros de líquidos por dia, pois a falta de líquidos pode interferir na quantidade de leite produzido.

6.6 Alojamento conjunto

A Portaria MS/GM nº 1.016/2003, obriga hospitais e maternidades vinculados ao SUS, próprios e conveniados, a implantarem alojamento conjunto (mãe e filho juntos no mesmo quarto, 24 horas por dia).

Segundo Floriano; Westphal e Arruda (2005) apud Neme (2000) os objetivos do alojamento conjunto são: aumentar os índices de AM; orientar a mãe no cuidado como recém-nascido; promover vínculo afetivo entre a mãe e o bebê; estimular a participação dos pais nos cuidados com o bebê; reduzir a incidência de infecção em recém-nascidos; favorecer a troca de experiência entre as mães; melhorar a utilização das unidades de cuidados especiais para o recém-nascido.

No alojamento conjunto os laços afetivos são fortalecidos, estimulando e motivando o aleitamento materno sobre livre demanda. Assim a mãe adquire

confiança e aprende a cuidar do filho desde as primeiras horas, permite a troca de experiências com as outras mães, diminui o risco de infecção hospitalar, reduz a incidência de abandono, satisfaz as necessidades físicas e emocionais da mãe; permite o aprendizado de cuidados pessoais e do Recém-nascido; possibilita o conhecimento das necessidades do recém-nascido (SANTOS, 2009).

6.7 Retorno ao trabalho

As puérperas que trabalham não precisam desmamar seus filhos. Existe a Lei (Constituição Federal de 1988, artigo 7º, inciso XVIII e a Lei Federal nº. 11.770, de 09 de setembro de 2008) que regulamenta o direito da mulher no puerpério de até 180 dias de licença e ao retornar ao trabalho, a nutriz tem direito à uma hora a menos em sua jornada de oito horas de trabalho para a amamentação, até a criança completar seis meses, sob a forma de dois intervalos de meia hora em cada turno ou, opcionalmente, uma hora a menos na entrada ou saída do expediente. O importante é manter o aleitamento materno exclusivo. O leite pode ser retirado também de preferência por ordenha manual, levando à geladeira, devendo ser congelado se não for utilizado no dia. Deve-se evitar dar na mamadeira e usar um copo ou colher. Quando a mãe estiver em casa deve amamentar no peito com frequência, inclusive à noite. Durante as horas de trabalho, esvaziar as mamas por meio de ordenha e guardar o leite em geladeira. É importante levar para casa e oferecer à criança no mesmo dia ou no dia seguinte ou congelar é outra boa medida. Leite cru (não pasteurizado) pode ser conservado em geladeira por 12 horas e, no freezer ou congelador, por 15 dias; o leite congelado deve ser aquecido em “banho Maria” antes de ser ofertado ao bebê. O leite deve ser colocado em recipiente esterilizado de preferência de vidro com tampa plástica (BRASIL, 2009).

6.8 Técnica para ordenha manual

Caso a mãe não consiga fazer com que o lactente pegue o seio, ou se a mama não for esvaziada por completo, a mãe deve fazer ordenha manual e oferecer o leite ao recém-nascido no copo ou colher. A ordenha garante a produção de leite. Para Brasil (2009) é preciso dispor de vasilhame de vidro esterilizado para colocar o leite, de preferência de vidro de boca larga com tampas plásticas que possam ser submetidos à fervura durante mais ou menos 20 minutos.

No trabalho procurar um local tranquilo para esgotar o leite; prender os cabelos; usar máscara ou evitar falar, espirrar ou tossir enquanto estiver ordenhando o leite; ter à mão pano úmido, limpo e lenços de papel para limpeza das mãos; lavar cuidadosamente as mãos e antebraços. Não há necessidade de lavar os seios frequentemente. Não se pode esquecer de secar as mãos e antebraços com toalha limpa ou de papel; posicionar o recipiente onde será coletado o leite materno (copo, xícara, caneca ou vidro de boca larga) próximo ao seio; massagear delicadamente a mama como um todo com movimentos circulares da base em direção à aréola; procurar estar relaxada, sentada ou em pé, em posição confortável.



Figura 2- ordenha manual
Fonte: MS Brasília – DF; 2009



Figura 3- armazenamento do leite materno
Fonte: MS Brasília – DF; 2009

Ainda de acordo com o autor supracitado pensar no bebê pode auxiliar na ejeção do leite; curvar o tórax sobre o abdômen, para facilitar a saída do leite e aumentar o fluxo; com os dedos da mão em forma de “C”, colocar o polegar na aréola acima do mamilo e o dedo indicador abaixo do mamilo na transição aréola-mama, em oposição ao polegar, sustentando o seio com os outros dedos; usar preferencialmente a mão esquerda para a mama esquerda e a mão direita para a mama direita, ou usar as duas mãos simultaneamente (uma em cada mama ou as duas juntas na mesma mama – técnica bi manual); pressionar suavemente o polegar e o dedo indicador, um em direção ao outro, e levemente para dentro em direção à

parede torácica. Evitar pressionar demais, pois pode bloquear os ductos lactíferos; pressionar e soltar, pressionar e soltar. A manobra não deve doer se a técnica estiver correta. Em princípio o leite pode não fluir, mas depois de pressionar algumas vezes o leite começará a pingar. Poderá fluir em jorros se o reflexo de ocitocina for ativo; desprezar os primeiros jatos, assim, melhora a qualidade do leite pela redução dos contaminantes microbianos; mudar a posição dos dedos ao redor da aréola para esvaziar todas as áreas; alternar a mama quando o fluxo de leite diminuir, repetindo a massagem e o ciclo várias vezes. Lembrar que ordenhar leite do peito de forma adequada leva mais ou menos 20 a 30 minutos, em cada mama, especialmente nos primeiros dias, quando apenas uma pequena quantidade de leite pode ser produzida; podem ser ordenhados os dois seios simultaneamente em um único vasilhame de boca larga ou em dois vasilhames separados, colocados um embaixo de cada mama. O leite ordenhado deve ser oferecido à criança de preferência utilizando-se copo, xícara ou colher.

Brasil (2009) diz que é necessário que o profissional de saúde demonstre como oferecer o leite à criança. A técnica recomendada é a seguinte:

- Acomodar o bebê desperto e tranquilo no colo, na posição sentada ou semi-sentada, sendo que a cabeça forme um ângulo de 90° com o pescoço;
- Encostar a borda do copo no lábio inferior do bebê e deixar o leite materno tocar o lábio. O bebê fará movimentos de lambida do leite, seguidos de deglutição;
- Não despejar o leite na boca do bebê.



Figura 4 ordenha com bomba elétrica
http://imagens.quebarato.com.br/7440x/ordenha+eletrica+leite+humano_1C8892_1.jpg



Figura 5 bomba a vácuo simples para retirar leite
<http://www.gravidasonline.com/wp-content/uploads/bomba-de-retirar-leite.jpg>



Figura 6 ordenha manual
<http://www.cssi.com.br/site2/english/qiam/imagens/ordenha2.jpg>



Figura 7 ordenha de uma das mamas, caso o bebê não consiga sugar as duas.
<http://www.net-bebes.com/wp-content/uploads/2009/10/reatirar-leite-com-uma-bomba-26.jpg>

É importante orientar a mãe a dar preferência pela retirada do leite manualmente, pois previne as rachaduras. A ordenha manual não exerce tanta pressão quanto à bomba elétrica ou a vácuo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo realizado faz-se importante ressaltar que através da amamentação o recém-nascido recebe proteção e amor, fortalecendo, assim, os laços afetivo com a mãe.

Através do estudo realizado, percebeu-se que o leite materno tem em sua composição todos os nutrientes e anticorpos, sempre na quantidade necessária para satisfazer todas as necessidades do recém-nascido, estando sempre pronto, sempre fresco e na temperatura exata; traz também inúmeros benefícios e grandes vantagens para a mãe e melhora a qualidade de vida da família, pois diminui os gastos com as idas ao médico. O aleitamento materno é uma forma saudável e econômica e pode diminuir as chances do bebê desenvolver doenças crônico-degenerativas na vida adulta.

De acordo com este estudo vale a pena ressaltar que o enfermeiro pode influenciar no início e na duração do aleitamento materno, pois ele é o profissional que mais se relaciona com a mulher durante a gestação e o puerpério. Ficou constatado que toda mulher no pós-parto é capaz de amamentar, mas que a falta de assistência, orientação e a ansiedade da própria puérpera interferem na amamentação, por isso é importante que a mulher tenha uma gestação tranquila.

Durante o acompanhamento no pré-natal deve se dialogar com as mulheres a respeito de seus planos, quanto à alimentação da criança, também conversar sobre os benefícios da amamentação. O enfermeiro tem papel fundamental como educador, devendo orientar toda a equipe para uma assistência humanizada às puérperas. O ideal é que todas as mães que amamentam tenham acesso a um profissional treinado para receberem assistência e ajuda para solucionar problemas que eventualmente possam aparecer em decorrência da amamentação.

O profissional enfermeiro deve identificar ainda no pré-natal os conhecimentos da mulher sobre o aleitamento materno, a fim de orientá-la para garantir um puerpério tranquilo, tendo, então, o enfermeiro o papel de preparar a gestante para a amamentação, e motivá-la, mostrando que ela é capaz de fornecer o alimento mais importante e indispensável para o crescimento e desenvolvimento saudável de seu filho.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, A. C. F.V.; PINELLI, F.G.S. **Prática de Enfermagem no Aleitamento Materno**. In: BARROS, S. M. O.; MARIN, H. F.; ABRÃO, A.C. F.V. *Enfermagem Obstétrica e Ginecológica*. 1 ed. São Paulo: Roca, 2002. cap.18, p.333-364.

ALMEIDA, G. G. et al. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. **Ciência e Saúde Coletiva**. Santos, v.13, n.2, pp. 487-494, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 ago. 2010.

ALMEIDA, N. A. M.; FERNANDES, A. G.; ARAÚJO, C. G. - **Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto**. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 03, p. 358-367, set./dez. 2004. Disponível em <www.fen.ufg.br> Acesso em: 23 fev. 2010.

BARROS, S. M. O. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2009.

BRASIL. **Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. 1 ed. Brasília. DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3 : promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança. 1 ed. Brasília. DF: MS, 2009.

BRASIL. **Promovendo o Aleitamento Materno**. 2 ed. Brasília. DF: Total Editora, revisada 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** 1 ed. Brasília, DF 2001.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção à Saúde da Criança.** 3 ed. Belo Horizonte, 2008.

CALIL, V. L. T.; FALCÃO, M. C. **Composição do Leite Humano.** In: FEFERBAUM, R.; FALCÃO, M.C. *Pediatria Neonatal Nutrição do Recém-nascido.* 1ed. Local: Atheneu, 2005. Cap. 17, p.215-227.

CAMPESTRINI. S. Sumula de aleitamento materno. **Pontifícia Universidade Católica do Paraná.** Curitiba, 2006. Disponível em:

http://www.pucpr.br/servicos/programas_saude/palma/arquivos/sumula.pdf.

Acesso em: 24 fev. 2010.

CAMPESTRINI. S. Palma: **Projeto de Aleitamento Materno.** Amamentação, informações e Dicas. Curitiba p. 12-25, 2002.

COSTA, L. A. L; MATTE, B. S; SILVA, B.G. A influência do estresse no aleitamento materno. **Ginecologia e obstetrícia atual,** Rio de Janeiro, ed. Abril, ano XII, nº 4. 2003. Disponível em:

http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=x&id_artigo=1387&id_subcategoria=1. Acesso em: 09 set. 2010.

CUNHA, J.A. B.; MATEUS, L. P. R. **Amamentar é um ato de amor.** Folha Patense, Patos de Minas, 03 de jul. 2010. p. 18

DÂNGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia básica dos sistemas orgânicos.** 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 155.

DAVIES, A.; BLAKELEY, A. G. H.; KIDD, C. **Fisiologia Humana**. 1 ed. Porto alegre: Artmed, 2002. p. 923-925.

FLORIANO, D. M.; WESTPHAL, L. E.; ARRUDA. M. C. **Assistência de enfermagem às primípuérperas, recém-nascidos e avós no alojamento conjunto e domicílio fundamentada na teoria de Madeleine Leininger**. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação de Enfermagem da UF Santa Catarina, 2005. Disponível em: <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0494.pdf>. >

Acesso em: 31 mai. 2010.

GIUGLIANI, E. R. J. **Tópicos Básicos em Aleitamento Materno**. In: LOPEZ, F. A.; CAMPOS JUNIOR, D. (org.). Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 2. ed. Barueri: Manole, 2010. cap 1, p.327 – 338.

GUYTON, A. C. **Fisiologia Humana**. Tradução de Charles Alfred Esberard. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Fisiologia Médica**. Tradução de Bárbara de Alencar Martins et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

ISSLER, H. **Orientação Clínica da Lactação**. In: FEFERBAUM, R.; FALCÃO, M. C. Nutrição do Recém-nascido. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2005. Cap. 19, p. 243-249.

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

JURUENA, G. S.; FRÖEMMING, M. B; MALFATTI, C. R. M. Aleitamento materno e prevenção de doenças em crianças no primeiro ano de vida. **Cinergis**. Santa Cruz do Sul, v.8, n.1, p.10-16, Jan./Jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 mai. 2010.

KENNER, C. **Enfermagem Neonatal**. 2 ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Afonso, p.111-156, 2001.

KING, F.S. **Como Ajudar as Mães a Amamentar**. 4 ed. Brasília, DF, 2001.

KREBS, N.F.; PRIMAK, L.E. Nutrição Pediátrica e Distúrbios Nutricionais. In: KLIEGMAN, R. M. et al. **Princípios de Pediatria**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. cap. 27 p. 133-136.

LAMOUNIER, J.A. **Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo, v.44, n.4, p.319-324. out./dez. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000400011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 de fev. 2010.

MAHAM, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. Tradução de Andréa Favano. São Paulo: Roca, 2005. p. 190 – 192.

MARQUES, R. F. S. V.; LOPEZ, F. A.; BRAGA, J. A. P. **O crescimento de crianças alimentadas com Leite materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida**. Jornal de Pediatria. Porto Alegre, v.80, n.2, p.99-105, mar./abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0021-755720040002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 17 abr. 2010.

MOLINA. F.V. O Ato de Amamentar. 2004. Disponível em: <http://www.aleitamento.com>. Acesso em 22 jul. 2010.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 1 ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 1362

PARADA, C.M.G.L. et al. **Situação do Aleitamento Materno em População Assistida pelo Programa de Saúde da Família-PSF**. Revista Latino Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v.13, n.3, p. 407- 414, mai-jun. 2005. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.> Acesso em 22 nov. 2010.

PARANÁ. Secretaria do Estado de Saúde. Promovendo O Aleitamento Materno. Curitiba: SESA, 2005.

RIBEIRO, M.A. **A importância do pai na amamentação**. Monografia apresentada à Universidade Estácio de Sá. Campos dos Goytacazes, 2005. Disponível em: http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=x&id_artigo=1387&id_subcategoria=1
> Acesso em: 09 nov. 2010.

SANTOS, E. K. A. **Aleitamento Materno**. In: Schmitz, E. M. (org.) A Enfermagem em Pediatria e Puericultura. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2005. Cap. 2, p. 25 – 47.

SANTOS, R.V. **Integralidade do cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido: o olhar de usuárias**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/Regiane%20Veloso.pdf>.>
Acesso em: 29 nov. 2010.

SONEGO, J. et al. **Experiência do desmame entre mulheres de uma mesma família**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v. 38, n. 1, p. 341-349, mar, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.br>.>
Acesso em: 18 abr. 2010.

TAKUSHI, S. A. M. **Motivação de Gestantes para o Aleitamento Materno**. Revista de Nutrição. Campinas, v.21, n.5, p.491-502, set./out. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1415-527320080005&lng=pt&nrm=iso.> Acesso em: 21 fev. 2010.

UNICEF; IBFAN. **Como o leite materno protege os recém-nascidos**. Documento sobre o mês de amamentação, 2002. Disponível em: <http://www.aleitamento.org.br/arquivos/arquivos.htm>.> Acesso em 16 mai. 2010.

VERDI. M., BOEHS. A.E., ZAMPIERI. M.F.M, **Enfermagem Na Atenção Primária de Saúde**. Volume I: Saúde Coletiva E Saúde da Criança. Florianópolis, p. 261-262, 2005.

VITOLLO, R. M. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. 1 ed. Rio de Janeiro: Rúbio, 2008. p. 119 – 156.