

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO SUL DE MINAS - CAMPUS
MUZAMBINHO - POLO DA REDE UNIDADE DE ENSINO
CAPETINGA**

**EPONINA PEDROSO FRADE
FERNANDA APARECIDA ALVES DOS REIS**

**DIFICULDADES DAS MÃES NA ACEITAÇÃO DO
ALEITAMENTO MATERNO**

**CAPETINGA
2010**

**EPONINA PEDROSO FRADE
FERNANDA APARECIDA ALVES DOS REIS**

**DIFICULDADES DAS MÃES NA ACEITAÇÃO DO
ALEITAMENTO MATERNO**

Projeto de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia – Campus Muzambinho – Pólo da Rede Unidade de Ensino Capetinga como requisito parcial à obtenção do título de Técnico de Enfermagem.

Orientadora Prof^a Laura Menezes Silveira

**CAPETINGA
2010**

COMISSÃO EXAMINADORA

Capetinga, _____ de Julho de 2010.

DEDICATÓRIA

Dedicamos aos nossos pais que nos ajudaram a entender a importância que o ensino tem em nossas vidas, e acreditarem que venceríamos esta etapa de nossas vidas, motivo pelo qual também seremos eternamente gratas.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, que sempre esteve nos abençoando e também a Laura que sempre esteve a nos ajudar, nos dando atenção, carinho, compreensão, tudo o que realmente precisávamos para encerrar o nosso trabalho. Somos gratas pela sua dedicação conosco.

*Bom mesmo é ir a luta com determinação,
abraçar a vida com paixão, perder com classe e
vencer com ousadia, pois o triunfo pertence a
quem se atreve... A vida é muita para ser
insignificante.
Charles Chaplin*

RESUMO

O aleitamento materno é uma prática benéfica para as crianças, e para facilitar o vínculo entre a mãe e o filho. Amamentar é um ato natural para amar e proteger o bebê, o aleitamento materno é o sinônimo de sobrevivência, amamentações complexas, muitas vezes são dolorosas, quanto físicas, quanto psicologicamente. Amamentar não é bom apenas sob o ponto de vista da saúde física do bebê, mais a mãe estabelece seu primeiro elo com RN, a amamentação é mais econômica para a família, se for dar leite em pó gasta muito, o leite materno é rico em proteínas que o RN necessita até os seis meses de vida a criança não precisa tomar água ou qualquer tipo de alimento. O leite materno tem uma quantidade de gordura para a criança, além de proteger o bebê de certas doenças e infecções. O ato de amamentar é influenciado por condições culturais, sócias, psíquicas e biológicas. A dinâmica dessas relações no que se refere à questões estruturais é que caracterizam a maternidade como um bem social compartilhado. Os profissionais têm oportunidade de realizar ações educativas, mas, sobretudo, a assistência tem que abordar a prevenção dos traumas mamilares, ingurgitamento e mastite. A história mostra que a mulher tem procurado um substituto, a prática de amas-de-leite teve o uso na Europa, em Paris entre 21 mil bebês que nasciam menos de mil eram amamentados.

Palavras Chave: Aleitamento materno, amamentação, recém nascido.

ABSTRACT

Breastfeeding is a beneficial practice for children, and to facilitate the bond between mother and child. Breastfeeding is a natural act to love and protect the baby, breastfeeding is synonymous with survival, feedings complex, often painful, and physical, and psychologically. Breastfeeding is not only good from the point of view of the physical health of the drink, the more the mother lays her first link with infants, breastfeeding is more economical for the family, if it is to spend a lot of powdered milk, breast milk is rich in proteins that infants need up to six months of life the child need not take water or any kind of food. Breast milk has a fat content for the child, besides protecting the baby from certain diseases and infections. The act of breastfeeding is influenced by cultural conditions, members, psychological and biological. The dynamics of these relationships with regard to structural issues is that characterize motherhood as a social shared. Professionals have the opportunity to achieve educational, but above all, the assistance must address the prevention of nipple trauma, breast engorgement and mastitis. History shows that the woman has sought a replacement, the practice of wet-nurses had to use milk in Europe in Paris from 21 000 infants who were born less than a thousand were breastfed.

Keywords: Breastfeeding, breastfeeding, newborn.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
1- ALEITAMENTO MATERNO.....	10
1.1 Dados históricos sobre o aleitamento materno.....	12
1.2 Anatomia das glândulas mamárias.....	14
1.3 Fisiologia da lactação.....	14
2- BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO.....	17
2.1 O leite materno e seus nutrientes.....	17
2.2 Dificuldades para amamentação.....	18
2.3 O prepara da mulher para a amamentação.....	19
2.4 Ingurgitamento mamário.....	20
2.5 Fissuras da mamila (bico do peito rachado).....	22
2.6 Ducto bloqueado (mama empedrada ou ingurgitada).....	23
3- MITOS E TABUS EM RELAÇÃO AMAMENTAÇÃO.....	24
3.1 Problemas do aleitamento relacionados com o bebê.....	24
3.2 O uso do leite artificial.....	26
3.3 O papel da enfermagem no incentivo ao aleitamento e adiantamento do desmame precoce.....	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno deve ser visto como prática indispensável para a melhoria da saúde e qualidade de vida das mães e crianças. A amamentação é decorrente de uma série de impulsos biológicos, instintivos e comportamentais, sendo estes apresentados por todos recém-nascidos de mamíferos, porém o ato de colocar a criança no seio, não é apenas um ato instintivo, como comportamental (VAUCHER, 2005).

As dificuldades em amamentar são diversas tais como: estética, desinteresse, rachaduras na mama, falta de preparo psicológico entre outros. Por isso, a enfermagem deve participar no incentivo a mãe dos benefícios para o recém nascido, a importância da amamentação pelo menos até os seis meses de vida.

A importância está voltada para beneficiar o bebê e para facilitar o vínculo entre mãe e filho. Assim a enfermagem deve considerar o despreparo materno como condicionante para a não amamentação, isto é, o aleitamento materno e os seus os seus benefícios para a saúde da mulher e do bebê.

Ao percebermos as dificuldades que muitas mulheres têm em amamentar, decidimos explorar mais o assunto identificando as causas da rejeição das mulheres à amamentação, buscando maneiras de incentivá-las, visto que, o leite materno oferece inúmeros benefícios a saúde do bebê.

1- ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno é sinônimo de sobrevivência para o recém-nascido, portanto um direito inato. É uma das maneiras mais eficientes de atender os aspectos nutricionais, imunológicos e psicológicos da criança em seu primeiro ano de vida (REZENDE, 2002, p.23).

Segundo Barros (2006, p.56), amamentar é um ato natural e constitui a melhor forma de alimentar, proteger e amar o seu bebê. A amamentação é um processo fisiológico, natural, mas que precisa ser aprendido.

Contradizendo o autor acima, Rezende (2002, p.24), diz que a amamentação é um comportamento humano complexo que contribui para a diminuição dos índices de morbidade e mortalidade infantil. Pesquisas recentes vêm sendo realizadas, focalizando a vivência da amamentação sob o ponto de vista da nutriz e estão demonstrando que essa experiência é, muitas vezes, dolorosa, tanto física quanto psicologicamente.

Segundo Santos (2005, p.62), nas últimas décadas, tem aumentado o número de crianças amamentadas ao peito. O que é satisfatório, pois já estão cientificamente demonstradas as inúmeras vantagens do aleitamento materno na saúde da mulher e da criança desempenhando um importante papel na redução tanto da mortalidade como no adoecimento dos recém nascidos.

Segundo Abrão (2006, p.43):

A amamentação não é boa apenas sob o ponto de vista da saúde física do bebê: é por meio do ato de amamentar que a mãe estabelece seu primeiro elo com a criança, construindo mais rapidamente uma relação de afeto e carinho. Essa intensa proximidade com a mãe irá tornar-se a base do desenvolvimento de sua afetividade e de sua inteligência, no primeiro ano de vida.

Além disso, de acordo com Tortuga (2004, p.19) a amamentação é mais econômica para a família. Basta multiplicar o preço de uma lata de leite em pó, pelo número de latas necessárias para a longa vida da criança, e somar ainda o dinheiro gasto em biberões e tetinas.

Ainda segundo o mesmo autor, o leite materno contém todas as proteínas, açúcar, gordura, vitaminas e água que o bebê necessita para ser criança saudável. Além disso, contém determinados elementos que o leite materno protege o bebê de certas doenças e infecções que outros leites podem causar (TORTUGA, 2004, p.20).

Citado por Gonzalez (2003, p.34) é o melhor dos alimentos para o bebê e o mais completo. Isto é tão verdadeiro que a criança pode alimentar-se apenas com o leite materno, não precisando comer ou beber mais nada - nem mesmo tomar água ou chazinhos nos

primeiros 6 meses de vida. Contém tudo o que o bebê necessita para se nutrir, crescer e se desenvolver com saúde.

Do ponto de vista nutricional, tem qualidade e quantidade de gordura importantes para o desenvolvimento cerebral da criança e também todos os demais nutrientes necessários para seu crescimento e desenvolvimento, além de não conter impurezas. Ao contrário: contém elementos que combatem as infecções e células que protegem a criança contra as agressões de bactérias e vírus. Além do mais, não dá alergia, fato freqüente quando da ingestão de outros leites. O leite materno contém mais de 100 elementos nutricionais e protetores que ajudam na digestão e evitam a ocorrência de diarreias, infecções intestinais e respiratórias. Se por acaso ele adoecer, sua recuperação será mais rápida caso esteja alimentando-se apenas com o leite materno (REZENDE, 2002, p.24).

De acordo com Giugliani (1994) o aleitamento materno deve ser visto como prática indispensável para a melhoria da saúde e qualidade de vida das mães e crianças. As estratégias de promoção desta prática que vêm sendo utilizadas há, aproximadamente, duas décadas enfatizam a necessidade de conscientizar a população sobre as inúmeras vantagens oferecidas pelo leite materno, em relação a outros tipos de leite.

De acordo com Tortuga (2004, p.26), o leite humano é muito diferente do leite adaptado (leite em pó). O leite materno contém todas as proteínas, açúcar, gordura, vitaminas e água que o seu bebê necessita para ser saudável. Além disso, contém determinados elementos que o leite em pó não consegue incorporar, tais como anticorpos e glóbulos brancos. É por isso que o leite materno protege o bebê de certas doenças e infecções.

Segundo Gaiva (2005, p.39) pesquisas têm sido feitas com o objetivo de entender como se processa a amamentação segundo a ótica da nutriz, o que nos permite ajudá-la de modo mais eficiente identificando conflitos para a mulher.

A amamentação, além de biologicamente determinada é socioculturalmente condicionada, tratando-se, portanto de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida. Por intermédio da análise compreensiva, sob a perspectiva do realismo histórico, torna-se possível evidenciar os condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais que a transformaram em um ato regulável pela sociedade (SHINITZ, 2005, p.64).

Dependendo da realidade social a ser considerada, a ambigüidade da amamentação (o desmame) pode traduzir-se como um embate entre saúde e doença, entendendo-se que esses processos se associam em todos os momentos a variáveis econômicas e sociais. A

dinâmica dessas relações, no que concerne à questões estruturais, termina por configurar a amamentação (SHINITZ, 2005, p.65).

Apesar de programas e profissionais de saúde incentivarem o aleitamento materno, a interrupção precoce da amamentação continua a ocorrer de maneira significativa (GALVÃO, 2006, p.15).

Apesar de programas e profissionais de saúde incentivarem o aleitamento materno, a interrupção precoce da amamentação continua a ocorrer de maneira significativa (SHINITZ, 2005, p.66).

1.1 Dados históricos sobre o aleitamento materno

A história mostra que desde o começo da raça humana, a mulher tem procurado um substituto satisfatório para o leite materno. Isso pode ser constatado através de objetos encontrados por arqueólogos como xícaras com biqueiras em sepulturas de bebês datando de 2000 A.C., vasilhas de barro em túmulos de crianças mortas na época da lactação (ABRÃO, 2006, p.48).

A prática de amas-de-leite esteve muito em uso, na Europa, nos séculos XVI, XVII, XVIII e parte do século XIX. Essa prática, que consistia em amamentar o filho de outra mulher mediante um contrato de trabalho. O uso de ama-de-leite significava a morte da criança (LISSAUER, 2003, p.21).

Em Paris houve época em que cada grupo de 21 mil bebês que nasciam por ano, menos de mil eram amamentados pelas mães, e a proporção de óbitos em menores de um ano era de 27,5%, de 1740 a 1749 e de 26,5%, de 1780 a 1789, ou seja, de cada quatro crianças, uma morria. Na Bélgica, em 1809, e na França, em 1811, foi estabelecido por decreto, o Lar dos Enjeitados, com o objetivo de receber as crianças cujos pais desejavam livrar-se delas (LISSAUER, 2003, p.22).

No Brasil, também eram altas as taxas de mortalidade infantil, principalmente dos filhos das escravas ama-deleite, que, eram entregues à Roda dos Expostos, negando à ama o direito à maternidade. A indiferença pela criança devia-se, entre outras questões, ao fato da não valorização da maternidade, seja por atrapalhar a vida social das mulheres de classe abastada ou por dificultar aspectos de sobrevivência das classes inferiores (BARROS, 2006, p.37).

Na Europa, no fim do século XVIII, quando a mortalidade infantil encontrava-se com taxas altíssimas, começa a ocorrer uma espécie de revolução das mentalidades; a imagem

da mãe, de seu papel e de sua importância, modifica-se radicalmente, ainda que, na prática, os comportamentos tardem a se alterar (LISSAUER, 2003, p.24).

Após 1760, apareceram muitas publicações que recomendavam às mães cuidarem pessoalmente dos filhos e lhes “ordenavam” amamentá-los; impunham, à mulher, a obrigação de ser mãe antes de tudo e engendraram o mito que continuou bem vivo duzentos anos mais tarde: o do instinto materno, ou do amor espontâneo de toda mãe pelo filho (BARROS, 2006, p.38).

Assim, começou-se a dar importância à primeira etapa de vida da criança, antes do desmame, que se constituía no momento de maior mortalidade e cujos pais haviam se habituado a negligenciar. Para diminuir a mortalidade, nesta etapa, era preciso convencer as mães a se aplicarem às tarefas esquecidas, ou seja, era necessário persuadi-las a retornar a melhores sentimentos e a dar novamente o seio (BARROS, 2006, p.39).

Os conselhos filosóficos jamais foram plenamente seguidos; o sistema de amas-de-leite prosperou até fins do século XIX, e depois disso, o aleitamento artificial, sob a forma de mamadeira de leite de vaca, possibilitado pelos progressos da esterilização, substituiu a amamentação mercenária. Entretanto, alguma coisa mudou profundamente: as mulheres passaram a se sentir cada vez mais responsáveis pelos filhos, quando não assumiam seu dever, consideravam-se culpadas. Nesse sentido, obteve-se um sucesso muito significativo: a culpa dominou o coração das mulheres (ABRÃO, 2006, p.49).

Após a 2ª Guerra Mundial, com o ingresso da mulher no trabalho industrial e o avanço tecnológico propiciando uma adequada conservação do leite de vaca, as grandes multinacionais produtoras de leite em pó expandiram nos países subdesenvolvidos a mágica propaganda dos “substitutos do leite materno” (SANTOS, 2005, p.33).

No Brasil, a frequência de amamentação era razoavelmente boa até a década de 1960, sendo que, na década seguinte, se constatou uma diminuição, obedecendo a uma tendência internacional. Isso se tornou preocupante, uma vez que é notória a relação entre interrupção precoce da amamentação, desnutrição e mortalidade infantil nos países pobres (GALVÃO, 2006, p.68).

Considerando os efeitos adversos que o abandono do leite materno acarretou nos países de terceiro mundo, com muita ênfase, a partir dos anos 70, retomou-se o aleitamento materno como a nova arma contra a desnutrição (GONZALEZ, 2003, p.72).

Desde então, o desmame precoce tem sido preocupação constante, principalmente nos países subdesenvolvidos, onde a amamentação está diretamente relacionada à mortalidade infantil (SANTOS, 2005, p.34).

No Brasil, apesar de programas governamentais incentivarem o aleitamento materno, a interrupção precoce da amamentação continua a ocorrer (GALVÃO, 2006, p.69).

1.2 Anatomia das glândulas mamárias

De acordo com Schinitz (2005, p.54), nas mulheres, as glândulas mamárias estão simetricamente localizadas uma de cada lado na parte anterior do tórax e se estende verticalmente da segunda a sexta costela transversalmente da margem do esterno até a linha médio-axiliar. Em sua estrutura a mama possui o parênquima que se constitui de uma porção secretória, a qual pode ser descrita como um sistema canalicular, com formato semelhante a da "Couve Flor" compostos de 15 a 20 ductos excretorios que se abre no mamilo, em sua extremidade superior da origem aos alvéolos mamários que se comunica com diversas ramificações entre elas os canais galactóforos que se dilatam sob base areolar, formando a ampola galactófora, que se interliga finalmente a papila mamaria.

De acordo com a mesma autora mama em sua porção apical possui o mamilo que está constituído de tecido erétil, dotado de grande sensibilidade, devido à existência de terminações nervosas sensoriais, papilas dérmicas e fibras muscular que se tornam mais rígida e saliente durante o período de gestação ou menstrual. Podendo classificar os mamilos em normal quando apresenta saliência elevada em relação à da região areolar formando um ângulo de 90°, o mamilo plano se caracteriza pela aréola se encontra no mesmo nível do mamilo, inexistindo um ângulo entre os dois, no mamilo invertido como o próprio no já diz ocorre pela inversão total do tecido epitelial que o reveste levando a sua supressão o mamilo pseudo-invertido apresenta característica semelhante, mas se diferencia por ser sua correção fácil após estímulos e manobras para exteriorização (SCHINITZ, 2005, p.54).

Tortoga (2004, p.70) relata que os ligamentos suspensórios da mama que são os filamentos de tecido conjuntivo que são também conhecidos como ligamentos de Cooper, ficam entre a pele e a fâscia profunda sustentando a mama. O uso de sutiã faz com o que ocorra um retardo da frouxidão desses ligamentos que se depelem com o passar da idade, e a prática de excessiva de exercícios aeróbicos de alto impacto fazem com o que o seio perda a capacidade de se restabelecer da elasticidade dando o aspecto de caídos, sendo assim e indicando ao enfermeiro está orientando as gestantes sobre o uso do sutiã.

1.3 Fisiologia da Lactação

Segundo Santos (2005, p.89) a fisiologia da lactação se divide em 3 períodos:

- 1º a fase mamotrófica ou mamogênica que consiste no desenvolvimento das glândulas mamárias na puberdade pela ação do estrogênio e da progesterona hormônios produzidos pelo ovário que ainda não determina o desenvolvimento da glândula por completo;
- 2º a fase galactogênica ou da lactação onde é responsável pela produção do leite que ocorre devido a ação da prolactina sobre as glândulas mamárias, onde a ejeção do leite é determinada pela sucção do bebê ao mamilo que estimula a hipófise posterior a liberar ocitocina a qual contrai os alvéolos e os canais galactóforos da mama eliminando o leite para meio externo;
- 3º a galactopoiese e responsável pela manutenção da lactação que depende de fatores neuroendócrino que sofre estimulação pelo ato de sucção sobre o mamilo que determina a inibição do (PIF) fator de inibição da prolactina.

Durante os ciclos sexuais mensais da mulher é liberado uma quantidade de estrogênio, onde o mesmo vai atuar no desenvolvimento das glândulas mamárias. Na gestação, acontece uma maior liberação de estrogênio, constituindo a partir daí em um tecido glandular completamente desenvolvido, deixando os seios bem maiores devido à produção de leite nesta fase (LISSAUER, 2003, p.81).

Segundo Santos (2005, p.90), a prolactina é um hormônio secretado pela glândula hipófisária, que atua na produção de leite nos alvéolos dos ductos mamários. Esse abastecimento de leite é reduzido de forma considerável quando se atinge o 7 ao 9 mês pós puerpério, mas que não significa a eliminação do leite por completo apenas uma redução em sua quantidade que será fornecida ao lactente em quanto o próprio continuar sugando. A lactação é controlada pela estimulação do hipotálamo que ativa a liberação de hormônios que causa a secreção de estrógenos e andrógenos pelas gônadas supra-renais e junto com os hormônios ovarianos controlam a lactação.

Para Shinitz (2005, p.60) ainda depois do parto ocorre a retirada dos estéroides placentários e que na mulher apresenta a lactogênese que consiste na produção de leite pelas células alveolares. No período de amamentação a puérpera produz em média de 600 ml de leite a cada dia que pode aumentar para 1.100 ml/dia pelos próximos 6 meses.

O estrogênio prepara o seio durante a gravidez, e determina a secreção de água e colostro a ser liberado para a amamentação, sendo com tudo a ação do estrogênio age inibindo a liberação de prolactina pela hipófise que irá acarreta na inibição da produção mamária de caseína que complementa a composição do leite sendo sintetizada pela prolactina que só

passara a ser produzida depois da realização do parto quando se declinam abruptamente o suprimento do estrogênio proveniente da placenta (MORETTO, 1990, p.30).

2- BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO

A amamentação traz muitos benefícios não só para o bebê como também para a mãe. Os principais benefícios para a mãe são: redução mais rápida de peso após o parto, melhor recuperação do tamanho normal do útero, diminuição do risco de hemorragia e anemia após o parto, redução do risco de doenças como o diabetes e o câncer de mama, ajuda a mulher a regressar ao peso normal antes de engravidar (GIUGLIANI, 1994).

O leite humano é muito diferente do leite adaptado (leite em pó), pois ele contém todas as proteínas, açúcar, gordura, vitaminas e água que o seu bebê precisa para ser saudável. Além disso, contém determinados elementos que o leite em pó não consegue incorporar, tais como anticorpos e glóbulos brancos. É por isso que o leite materno protege o bebê de certas doenças e infecções. O aleitamento materno protege as crianças quanto a: otites, alergias, vômitos, diarreia, pneumonia, bronquiolites, meningite. Alguns estudos ainda dizem que o leite materno contribui para o desenvolvimento mental do bebê além de ser mais facilmente digerido e promove o vínculo afetivo materno, ajudando no alinhamento dos dentes e formação bucal (VAUCHER, 2005).

De acordo com Abrão (2006, p.84) além dos benefícios para a criança e a mãe o aleitamento exclusivo materno ainda reflete na sociedade com a economia com a alimentação do recém-nascido; economia em consultas médicas, medicamentos, exames laboratoriais e hospitalização da criança; redução dos gastos institucionais com aquisição de fórmulas, frascos, bicos artificiais e medicamentos (ocitocina); otimização da equipe de profissionais de saúde com a promoção do alojamento conjunto e eliminação do berçário de recém-nascidos normais; redução da poluição ambiental: menos lixo inorgânico resultante do consumo de bicos artificiais e mamadeiras e menos poluentes do ar decorrentes do transporte de sucedâneos do leite materno.

2.1 O leite materno e seus nutrientes

A lactação é uma das maneiras mais eficientes de atender os aspectos nutricionais, imunológicos, psicológicos e o desenvolvimento de uma criança no seu primeiro ano de vida (BARROS, 2006, p.69).

Pudemos constatar através de várias literaturas que a hipogalactia (insuficiência lactacional), é uma das razões primordiais que levam ao desmame precoce. Além disto, as

crenças e os tabus influenciam no aleitamento materno, principalmente, no tocante à alimentação materna durante a lactação (GAIVA, 2005, p.46).

A questão do aleitamento materno, não é somente biológica, mas é histórica, social e psicologicamente delineada. A cultura, a crença e os tabus têm influenciando de forma crucial a sua prática (GAIVA, 2005, p.47).

A equipe de enfermagem necessitam adentrar na comunidade estudando sua cultura, comportamentos, pensamentos e atos arraigados, para obter dados que possam ser utilizados para a criação de políticas de saúde na área materno-infantil voltadas para a real dimensão dos problemas da mulher e da criança (REZENDE, 2002, p.77).

Segundo Santos (2005, p.110):

Devemos nos lembrar que o ser humano que atendemos tem a sua subjetividade, a sua tradição cultural, os seus hábitos, tabus e crenças fundamentados em seus antepassados. Esquecemo-nos de respeitá-los, ditando-lhes normas e condutas, até modelos de saúde impostos, querendo que estes cumpram o "protocolo".

Tendo em vista a importância do aleitamento materno para a criança e a mulher, entendemos que o sucesso da promoção da amamentação, também está relacionada a programas educativos de diversas naturezas e vimos com clareza, a valorização do hábito cultural ligado a esta prática.

2.2 Dificuldades para amamentação

À luz dos conhecimentos científicos atuais, o leite humano é considerado, de forma consensual, como o único alimento capaz de atender de maneira adequada a todas as peculiaridades fisiológicas do metabolismo dos lactentes. Além disso, há de se destacar os benefícios que a prática da amamentação permite à mulher-mãe, bem como à economia para a família e a importante redução de custo para o Estado, que se vê, muitas vezes, obrigado a importar fórmulas lácteas e leite em pó para suprir as necessidades decorrentes de prática do desmame precoce (GAIVA, 2005, p.50).

Com base nessas perspectivas, os formuladores da política oficial em nível internacional elaboram propostas a serem implementadas nos diferentes continentes do globo, que preconizam a adoção de estratégias que favoreçam a prática da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida da criança. Essas proposições estão ancoradas em uma outra questão, situada para além das vantagens que a amamentação propicia ao lactente, que, na perspectiva biológica, considera que toda mulher é capaz de produzir leite em quantidade e qualidade necessária ao desenvolvimento adequado do seu filho. Para que isso ocorra, é necessário que

os níveis hormonais estejam adequados e que haja uma retirada eficiente de leite das mamas (GAIVA, 2005, p.50).

No intuito de reforçar ainda mais a importância do desenvolvimento de ações em favor da amamentação, as proposições trazem a relevo aspectos de interesse para a mulher, tais como a redução da hemorragia pós-parto, por intermédio da contração uterina; o aumento do espaçamento entre as gestações desde que seja praticada a amamentação exclusiva/predominante sob livre demanda; e a diminuição da ocorrência de anemias, devido ao atraso menstrual e à redução do risco de câncer mamário e ovariano. Contudo, apesar de todo o esforço despendido, observou-se que o desdobramento prático do discurso oficial não assume o caráter universal implícito em suas premissas teóricas, ou seja, existe um número expressivo de mulheres que cumprem na íntegra o ritual preconizado pela política estatal, objetivando o êxito em amamentação, mas não conseguem atingir a meta estabelecida – amamentação exclusiva até o 6º mês (BARROS, 2006, p.83).

2.3 O preparo da mulher para a amamentação

Durante a gravidez o preparo dos seios para a fase lactogênica deve ser iniciado pela inspeção das glândulas mamárias, sendo efetuada rotineiramente e a realização de exercícios de fortalecimento, corrigir vícios de postura visando aumentar a elasticidade do tecido epitelial da região mamilar e da areolar devendo iniciar de ativar a produção lipóide tão logo seja diagnosticado a gravidez. Após a 20ª semana de gravidez e necessário fazer a expressão do colostro com o objetivo que contribui para lubrificação natural do mamilo e a remoção de resíduos e crostas nele depositados (SCHMITZ, 2005, p.102).

O autor acima relata que a efetivação em friccionar levemente os mamilos com a utilização de um tecido ou esponja de banho e deixa os seios expostos ao ar durante alguns minutos para que a pele fique mais resistente evitando fissuras no local. Fazer também um pequeno furo no centro do sutiã na altura do bico do seio para proporcionar o contato deste com a roupa; que através do roçar constante entre um com o outro fortalece a pele.

A exposição das mamas a radiação solar por meio dos raios infravermelho e ultravioleta diariamente, por período curto de tempo, sendo de no máximo 30min pela manhã no horário de antes das 10 horas. Os raios infravermelhos promovem a estimulação das terminações nervosas da pele, a dilatação dos poros e aceleram a eliminação de resíduos tóxicos, tem poder germicida e bactericida, além de ativar a cicatrização do tecido lesionado, atua na dilatação dos vasos e capilares canalículos favorecendo a ejeção de leite. Já os raios ultravioletas protegem e da resistência ao tecido epitelial contra infecções, agressões e traumas, favoreci a síntese de vitamina D que corrobora na prevenção do raquitismo (SCHMITZ, 2005, p.103).

Os seios e mamilos devem ser protegidos de organismos patogênicos, devendo a mãe lavar cuidadosamente antes de tocar os seios apenas com água até mesmo durante o banho o uso de sabão ou sabonete e contra indicado por ser uma composição alcalina e causar a desidratação do tecido. Algumas mães possuem uma pele sensível a qual podem ser facilmente esfolada ou rachada pela sucção do bebê, criando-se uma porta de entrada para organismos patogênicos, que se dirige ao interior do tecido mamário. Sendo assim os mamilos que apresenta rachaduras devem ser tocados o mínimo possível e mantidos limpos e protegidos contra qualquer outro tipo de dano (ABRÃO, 2006, p.95).

Um dos problemas que pode acometer as gestantes é o bico do seio invertido, onde neste caso existe uma massagem específica e simples de ser realizada. Quando o bico não se exterioriza naturalmente durante a gravidez, ela deve realizar a seguinte técnica de massagem: segurar o bico do seio com o polegar e indicador, girando-o, simulado como se estivesse aumentando o volume de um som (SANTOS, 2005, p.132).

Sabe-se que o desmame precoce deve ser interpretado como resultado da interação complexa de diversos fatores socioculturais, como o processo de industrialização, que teve início no final do século XIX; as mudanças estruturais da sociedade que aconteceram em virtude da industrialização; a inserção da mulher no mercado de trabalho; o surgimento e a propaganda de leites industrializados; a adoção, nas maternidades, de rotinas pouco facilitadoras do aleitamento materno e a adesão dos profissionais de saúde à prescrição da alimentação artificial (GAIVA, 2005, p.87).

2.4 Ingurgitamento mamário

O ingurgitamento mamário peitos cheios e doloridos, consiste em parte no aumento da quantidade de sangue e fluídos nos tecidos que suportam a mama e de certa quantidade. Quando isto ocorre, as duas mamas ficam inchadas: Ex; aumentam de volume, dolorosas, quentes, vermelhas, brilhantes e tensas por causa do edema nos tecidos. Geralmente a mãe queixa-se de dor principalmente na axila e pode ter febre (febre de leite). O leite materno pode parar de “descer” (VAUCHER, 2005).

O ingurgitamento geralmente ocorre alguns dias (2 a 5) após o nascimento (na apojadura) ou em qualquer época durante a amamentação, é mais difícil de acontecer em hospitais onde há alojamento conjunto e sistema de livre demanda precoce. Para evitar o ingurgitamento: as mães devem amamentar no sistema de livre demanda logo após o parto verificar se a criança mama em boa posição desde o primeiro dia (VAUCHER, 2005).

Para tratar: mantenha a criança sugando se a criança não sugar adequadamente, ajude a mãe a retirar o leite por expressão manual aconselhe o uso de um sutiã firme a fim de se estiver muito doloroso indique a utilização de compressas geladas ou quentes sobre o seio por 20 min, massageando-os e retirando um pouco de leite logo após para aliviar a dor mantenha essas condutas até que o ingurgitamento desapareça (VAUCHER, 2005).

Para Vaucher (2005), no ingurgitamento mamário, há três componentes básicos: congestão/aumento da vascularização, acúmulo de leite e edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático.

Já em 1951 foi publicada a seqüência de eventos implicados no ingurgitamento mamário: retenção de leite nos alvéolos à distensão alveolar à compressão dos ductos à obstrução do fluxo do leite à piora da distensão alveolar à aumento da obstrução. Secundariamente, aparecerá edema devido à estase vascular e linfática (GAIVA, 2005, p.96).

Não havendo alívio, a produção do leite é interrompida, com posterior reabsorção do leite represado. O aumento da pressão intraductal faz com que o leite acumulado sofra um processo de transformação em nível intermolecular, tornando-se mais viscoso. Daí a origem do termo leite empedrado, é importante diferenciar o ingurgitamento fisiológico do patológico. O primeiro é discreto e representa um sinal positivo de que o leite está descendo, não requer intervenção (GAIVA, 2005, p.97).

Já no ingurgitamento patológico, a distensão tecidual é excessiva, causando grande desconforto, às vezes acompanhado de febre e mal-estar. A mama encontra-se aumentada de tamanho, dolorosa, com áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, e o leite muitas vezes não flui com facilidade. Costuma ocorrer com mais freqüência em torno do terceiro ao quinto dia após o parto e geralmente está associado a um dos seguintes fatores:

- Início tardio da amamentação;
- Mamadas infreqüentes;
- Restrição da duração e freqüência das mamadas;
- Uso de suplementos e sucção ineficaz do bebê (VAUCHER, 2005).

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 geralmente piora o ingurgitamento é a dor, usar analgésicos sistêmicos ou antiinflamatórios (ibuprofeno) é

considerado o mais efetivo, auxiliando também na redução da inflamação e do edema (VAUCHER, 2005).

2.5 Fissuras do mamilo (bico do peito rachado)

De acordo com Tortuga (2004, p.85), as fissuras do mamilo é decorrentes da má posição da criança em relação a mama. Para evitar a fissura deve-se:

- Orientar as mães durante o pré-natal sobre o preparo da mama e técnicas de amamentação, dando as estratégias que devem ser utilizadas para o fortalecimento dos tecidos areolar e mamilar, tais como: tomar sol nos seios ente 9:00 as 10:00, fricção de toalha, utilização de sutiã de algodão:

Ainda segundo o mesmo autor, para tratar da fissura:

- Corrija a posição do bebe mamar e oriente a mãe a continuar amamentando;
- Aconselhar a mãe a lavar os mamilos apenas uma vez ao dia, quando toma banho,ou banho de luz com lâmpadas de 40 watts, colocada a um palmo de distância da mama 10 minutos mais ou menos 3 x ao dia;
- Aplicar sempre leite materno nos seios (mamilos) após as mamadas, pois isto, facilita a cicatrização;
- Aconselhar a mãe a mudar de posição costumeira, preferencialmente utilizar a posição da bola de futebol americano ou do cavaleiro. Nos casos graves, dependendo da extensão da fissura, orientar a mãe a suspender a sucção direta ao seio por um período de 24 a 48 hs, ordenhar a mama e oferecer o leite na colherinha ou conta-gota.

O acúmulo de leite sem a ordenha de alívio pode facilitar o início da mastite, que é facilmente diagnosticado; mamas quentes, febre, dor a palpação e pode sair pus. A mastite é mais freqüente na 2ª e 3ª semanas depois do parto. A mãe deverá descansar por mais tempo. Deverá tirar uma licença de seu emprego. Se continuar a trabalhar a infecção poderá retornar (REZENDE, 2002, p.109).

Ainda segundo Rezende (2002, p.109) para evitar a mastite é necessário:

- Estimular as mães a amamentar no sistema de livre demanda, se o bebê não esvaziar a mama, complete com auto-ordenha, ou solicite colaboração para o esvaziamento por ordenha

Para tratar a mastite aplique compressas úmidas mornas sobre a área afetada antes de cada mamada e se for necessário também nos intervalos, até sentir alívio (5 a 10 min).

Amamente até esvaziar a mama doente massageie delicadamente as áreas doentes enquanto estiver amamentando se necessário orientar a mãe para tomada de analgésico antes de proceder à auto-ordenha usar sutiã que sustente bem a base da mama mas que não aperte a mama se houver demora no início do tratamento, pode se formar um abscesso mamário, e neste caso, suspender a amamentação na mama afetada e encaminhar para a drenagem. Após a cicatrização, retornar amamentação (REZENDE, 2002, p.110).

2.6 Ducto bloqueado (mama empedrada ou ingurgitada)

Essa situação é provocada pelo esvaziamento incompleto de um ou mais canais, neste caso, o leite do alvéolo mamário não drena, pois o mesmo encontra-se endurecido bloqueando o canal daquele alvéolo. Uma “tumoração” dolorosa se forma na mama (GALVÃO, 2006, p.89).

A causa exata do ducto bloqueado não está clara, mas pode ser resultado de roupa apertada, ou porque a posição da criança não permite a mesma sugar eficientemente aquela parte da mama. Para evitar o ducto bloqueado: orientar as mães durante o pré-natal sobre as técnicas de posição e pega de amamentação deixar o bebê sugar até o completo esvaziamento da mama, caso isto não ocorra, proceder a ordenha manual (GALVÃO, 2006, p.89).

De acordo com Galvão (2006, p.90) para tratar: auxilie a mãe a melhorar a posição de mamada mostre a mãe as diferentes posições para amamentar de tal modo que o leite seja retirado de todos os segmentos da mama mantenha a criança mamando freqüentemente do lado afetado ensine a mãe como massagear delicadamente a parte afetada em direção ao mamilo para ajudar a esvaziar aquela parte da mama.

3- MITOS E TABUS EM RELAÇÃO A AMAMENTAÇÃO

Muitas mães suspendem o aleitamento precocemente por não serem orientadas a prevenir ou tratar os problemas que surgem nos primeiros dias pós-parto ou pela pressão negativa da sociedade contra o aleitamento materno exclusivo especificamente familiares e vizinhos (ABRÃO, 2006, p.112).

Segundo Lissauer (2003, p.138) leite fraco, leite salgado, pouco leite, arrotar ao seio, minha família não é boa de leite, etc., são relatos freqüentes das mães. Os profissionais devem ter conhecimento da filosofia da lactação e de estratégias que tranquilizem as mulheres, promovendo o aleitamento materno exclusivo durante o relato da mãe da existência de pouco leite ou leite fraco, deve-se avaliar os seguintes pontos:

- avaliar se a curva de crescimento do bebê está ascendente, realizar a expressão manual da mama para avaliar a produção de leite;
- observar a existência de algum problema emocional da mãe que possa interferir na produção de leite;
- reafirmar que não existe leite fraco;
- recomendar a mãe para tentar repousar entre algumas mamadas e beber mais líquidos;
- observar se a criança molha a fralda várias vezes ao dia.

3.1 Problemas do aleitamento relacionados com o bebê

Segundo Barros (2006, p.100), um bebê alimentado com leite materno exclusivo, praticamente não ocorre diarreia aguda infecciosa, mas ocorrendo, o leite de peito deve ser dado em intervalos curtos. Não deve-se confundir as fezes semi líquidas e freqüentes do bebê que mama no peito com diarreia. Estas são as fezes normais do leite do peito. Não dar remédios e nunca trocar o leite, (algumas pessoas inexperientes atribuem essas evacuações a “alergia” ao leite de peito ou a infecção intestinal).

O profissional de saúde deve orientar a mãe que a criança alimentada com mamadeira tem risco de vir a ter diarreia 14 a 25 vezes mais que uma criança amamentada exclusivamente ao peito (GAIVA, 2005, p.99).

Nos primeiros dias de vida, o bebê evacua após cada mamada, depois o intervalo das evacuações vai sendo progressivamente aumentado. Alguns bebês têm dificuldade em evacuar; fazem força, ficam vermelhos e choram; as fezes são semi-líquidas, coalhadas. Trata-

se de uma incoordenação reto-anal por imaturidade do esfíncter anal: o bebê faz força para evacuar mas o ínter não abre (BARROS, 2006, p.101).

Ainda segundo o mesmo autor, pode-se ajudar a criança a evacuar, fazendo massagens no abdome, flexionando firmemente suas pernas e coxas sobre o abdome e estimulando o esfíncter anal (basta introduzir e retirar em seguida, um supositório de glicerina) não se trata de uma verdadeira constipação, é erro indicar alimentos laxantes como mel, suco, ameixa preta e etc.

A partir do 2º mês, alguns bebês evacuam em intervalos longos (Até 1 semana). Observar se o crescimento da criança é normal, se não ocorre distensão abdominal acentuada e se as fezes são moles. Neste caso, considerar normal. Não dar alimentos, laxantes e remédios; só se a criança se mostrar muito incomodada, auxiliar com supositório de glicerina e as manobras referidas (BARROS, 2006, p.102).

É possível alimentar praticamente todos os RN de baixo peso com o leite da própria mãe. Os RN são capazes de sugar e deglutir a partir de 34 semanas de gestação. Entretanto, podem ser incapazes de sugar com força suficiente para ingerir tudo que necessitam até que atinjam peso de aproximadamente 1800 gramas. Quando uma criança é prematura, o leite de sua mãe contém mais proteínas que o leite maduro. Os prematuros precisam de quantidade extra de proteínas. Quando recebem o leite da própria mãe crescem melhor do que quando recebem leite maduro de outra mulher (GALVÃO, 2006, p.139).

De acordo com Galvão (2006, p.140) deve-se alimentar um RN de baixo peso seguindo determinados passos:

- A mãe deve retirar o leite por expressão manual, o mais cedo possível após o parto. Para manter boa produção retirar após cada mamada, isto é, a cada 3 horas; dia e noite, ou oito vezes em 24 horas RN com peso inferior a 1600 g geralmente precisam receber alimentação por sonda nasogástrica. O leite deverá fluir de uma seringa por gravidade quando a criança pesa 1600 g e consegue engolir a mãe pode dar o leite retirado para a criança com uma pequena xícara ou copinho de café descartável;
- Quando pesa 1600 g a criança também pode tentar sugar, isto permite que aprenda a sugar e estimula os reflexos de produção do leite, ajuda a digestão e desenvolve o crescimento;
- Ajude a criança a “pegar” a mama em boa posição. UM RN de baixo peso provavelmente poderá mamar adequadamente, mais cedo, se sugar numa boa posição desde o começo. Inicialmente ele suga algumas vezes, descansa e, então, suga novamente;

- Não retire o RN da mama enquanto ele descansa. depois que a criança sugar tudo o que pode, deve-se retirar o leite por expressão manual e dar uma quantidade medida desse leite com uma xícara ou copinho de café descartável mantenha a criança aquecida, pois o RN de baixo peso ficam frios facilmente, estando mal-aquecidos gastam toda a energia obtida através da alimentação tentando manter o calor de seu organismo, por isso não ganha peso. Um bom método de aquecimento é a criança dormir com a mãe no mesmo cobertor ou a mãe carregar o RN por dentro da roupa, entre as mamas pese a criança regularmente para ter certeza de que ela está ganhando peso.

3.2 O uso do leite artificial

Segundo Tortuga (2004, p.82) o leite adaptado “leite em pó” é muito diferente do leite materno e a sua utilização tem riscos para o RNOs leites artificiais usados habitualmente, são feitos a partir de leite de vaca. Por essa razão, o uso de leite artificial aumenta o risco de alergia ao leite de vaca. As crianças que são alimentadas com leite artificial têm maior risco de vir a sofrer de otites, amigdalites, bronquiolites, pneumonias, diarreias, infecções urinárias e sépsis.

De acordo com Tortuga (2004, p.83) as crianças alimentadas com leite em pó:

- Além de terem maior risco de sofrer as infecções referidas, as infecções de que sofrem surgem com maior gravidade, porque o seu sistema imunitário não recebe a ajuda dos anticorpos, glóbulos brancos e outros factores imunológicos presentes no leite materno;
- Têm maior risco de desenvolver linfomas;
- Têm maior risco de vir a sofrer de Diabetes tipo I (insulino-dependente);
- Têm maior risco de sofrer obesidade na vida adulta;
- Têm maior risco de desenvolver eczema, asma e outras manifestações de doença alérgica.

A UNICEF calcula que um milhão e meio de crianças morrem por ano por falta de aleitamento materno. E não se pense que é só nos países do terceiro mundo. Mesmo nos países industrializados muitas mortes se poderiam evitar com o aleitamento materno.

3.3 O papel da enfermagem no incentivo ao aleitamento e adiamento do desmame precoce

Para manter uma boa produção de leite é importante amamentar muitas vezes. Quanto mais você dá de mamar, mais leite você terá. Pode amamentar o seu bebê a qualquer hora, mesmo depois de ele ter comido uma refeição de sopa ou de papa.

Amamente o seu bebê de manhã, logo ao acordar, á tarde, quando regressa a casa depois de um dia de trabalho e antes de o adormecer. Aproveite os fins-de-semana para amamentar com mais frequência e assim estimular a produção de leite.

Mesmo que tenha que jogar fora o leite, por não ter condições para guardar, é importante esvaziar os seios regularmente, para assim continuar a produzir muito leite. Deve retirar o leite com a mesma frequência com que o bebê mamaria.

Reserve tempo suficiente para que você fique descontraída ao retirar o leite com a bomba (se estiver com pressa, talvez não consiga retirar leite suficiente).

Esse leite pode ser dado ao bebê quando a mãe não está (na creche ou na ama) ou pode servir para preparar uma papa.

Alguns bebês negam-se a comer quando a sua mãe não está. Alguns bebês compensam a ausência da mãe, mamando várias vezes durante a noite. Talvez por isso, muitas mães que trabalham optam por dormir junto dos seus filhos, que assim podem mamar sem que a mãe desperte (MORETTO, 1990, p.53).

Alguns bebês adaptam-se bem ao biberão, outros não. Alguns bebês, depois de se habituarem ao biberão, rejeitam a mama. Por isso, é preferível o leite materno que lhes é administrado, na ama ou na creche, seja por um pequeno copo (ABRÃO, 2006, p.194).

Segundo a enfermeira Barros (2006, p.175) é importante o papel da enfermagem na ajuda e aconselhamento às mães que desejam amamentar. Desde o pré-natal o profissional de saúde deve ajudar e aconselhar as mães, desfazendo mitos prevenindo e tratando as possíveis complicações que possam vir a aparecer, estando próxima antes, durante, após o parto e durante os primeiros dias de puerpério, contribuindo para a formação da auto-confiança, para que ocorra sucesso na amamentação.

Como o profissional de enfermagem é a pessoa que mais estreitamente se relaciona com a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e tem importante papel nos programas de educação em saúde, durante o pré-natal, ele deve preparar a gestante para o aleitamento, para que no pós-parto o processo de adaptação da puérpera ao aleitamento seja facilitado e

tranquilo, evitando assim, dúvidas, dificuldades e possíveis complicações (REZENDE, 2002, p.115).

O profissional de saúde deverá estar próximo durante e após o parto, auxiliando as mães nas primeiras mamadas do recém-nascido, para que o aleitamento materno seja iniciado o mais precoce possível, de preferência imediatamente após o parto. Ele deve estar disponível, observando como está sendo a pega do recém-nascido, e respondendo perguntas quanto ao aleitamento materno e aos cuidados com o recém-nascido (GIUGLIANI, 1994).

O papel do profissional de enfermagem frente ao aleitamento materno é o de orientar as mães sobre as vantagens do aleitamento, estimulando-a, assim a amamentar, sendo igualmente importante frisar sobre os cuidados com a mama para evitar qualquer problema que possa impedir a amamentação (GONZALEZ, 2003, p.92).

O enfermeiro durante o pré-natal deve palpar as mamas da gestante para detectar complicações como flacidez, mamas ingurgitadas e dolorosas ou qualquer outra alteração, sendo, no entanto tomada providências, evitando possíveis complicações bem como orientar sobre técnicas de amamentação que permita ao bebê sugar melhor em uma posição confortável para ambos (GONZALEZ, 2003, p.93).

Pesquisas mostram que, embora a maioria dos pré-natalistas aconselhe o aleitamento materno às mães que ainda não se decidiram, poucos falam sobre o assunto no primeiro trimestre e muitos recomendam a complementação com fórmulas lácteas. Com isso, infelizmente, o próprio profissional de saúde, entre eles o médico, pode contribuir com suas próprias atitudes para o desmame precoce (VAUCHER, 2005).

O conselho do médico e de outros profissionais de saúde é um meio muito importante de aumentar as taxas de aleitamento materno, e refere que o desconhecimento de seus benefícios e das estratégias para a sua orientação se deve às poucas oportunidades de empregar as habilidades de aconselhamento durante os anos de formação (VAUCHER, 2005).

Santos (2005) em suas pesquisas demonstrou que o grupo de pediatras com treinamento específico em aleitamento materno se equiparou às equipes multidisciplinares encarregadas dessas mesmas orientações. Obviamente, aquele profissional que tiver um embasamento teórico e técnico insuficiente terá maiores dificuldades na abordagem do assunto.

Especialmente nos primeiros dias de puerpério em até 15º dia aproximadamente quando o processo de amamentação e a frequência das mamadas se apresentam ainda instável, o surgimento de alguns problemas podem vir a se manifestar, sendo na maioria das vezes solucionados de forma eficiente e simples em situações de Ingurgitamento mamário, Fissura e mastite puerperal. Como tal os primeiros dias

logo após o parto requerem paciência e principalmente conhecimento por parte da enfermagem e da nutriz, no que desrespeita a fisiologia da lactação que permite uma maior compreensão por parte da mãe em enfrentar alguns desses problemas que se não controlado pode interferir na amamentação (ABRÃO, 2003).

No início do aleitamento materno, a maioria das mulheres sente uma discreta dor ou desconforto no início das mamadas, o que pode ser considerado normal. No entanto, mamilos muito dolorosos e machucados, apesar de muito comuns, não são normais. Os traumas mamilares incluem eritema, edema, fissuras, bolhas, marcas brancas, amarelas ou escuras e equimoses (TORTUGA, 2004, p.148).

A causa mais comum de dor para amamentar se deve a traumas mamilares por posicionamento e pegadas inadequadas. Outras causas incluem mamilos curtos/planos ou invertidos, disfunções orais na criança, freio de língua excessivamente curto, sucção não-nutritiva prolongada, uso impróprio de bombas de extração de leite, não-interrupção da sucção da criança antes de retirá-la do peito, uso de cremes e óleos que causam reações alérgicas nos mamilos, uso de protetores de mamilo (intermediários) e exposição prolongada a forros úmidos. O mito de que mulheres de pele clara são mais vulneráveis a traumas mamilares do que mulheres com pele escura nunca se confirmou (SHINITZ, 2005, p.123).

Ainda segundo o mesmo autor, dor para amamentar é uma importante causa de desmame e, por isso, sua prevenção é primordial, o que pode ser conseguido com as seguintes medidas:

- amamentar com técnica correta manter os mamilos secos, expondo-os ao ar livre ou à luz solar e trocar com frequência os forros utilizados quando há vazamento de leite;
- não usar produtos que retiram a proteção natural do mamilo, como sabões, álcool ou qualquer produto secante;
- amamentar em livre demanda a criança que é colocada no peito assim que dá sinais de que quer mamar vai ao peito com menos fome, com menos chance de sugar com força excessiva;
- ordenhar manualmente a aréola antes da mamada se ela estiver ingurgitada, o que aumenta sua flexibilidade, permitindo uma pega adequada; se for preciso interromper a mamada, introduzir o dedo indicador ou mínimo pela comissura labial da boca do bebê, de maneira que a sucção seja interrompida antes de a criança ser retirada do seio;
- evitar o uso de protetores (intermediários) de mamilo.

É importante ressaltar que limitar a duração das mamadas não tem efeito na prevenção ou no tratamento do trauma mamilar. Existem duas categorias de tratamento para

acelerar a cicatrização dos traumas mamilares: tratamento seco e tratamento úmido. O tratamento seco de fissuras mamilares (banho de luz, banho de sol, secador de cabelo), bastante popular nas últimas décadas, não tem sido mais recomendado porque se acredita que a cicatrização de feridas é mais eficiente se as camadas internas da epiderme (expostas pela lesão) se mantiverem úmidas (SHINITZ, 2005, p.124).

Por isso, atualmente tem-se recomendado o tratamento úmido das fissuras (uso do próprio leite materno, cremes e óleos apropriados), com o objetivo de formar uma camada protetora que evite a desidratação das camadas mais profundas da epiderme.

Embora não haja estudos respaldando o uso do leite materno ordenhado após as mamadas no tratamento das fissuras, essa conduta tem sido recomendada por especialistas devido às propriedades anti-infecciosas do leite materno, o que, pelo menos em teoria, ajudaria a prevenir uma importante complicação das fissuras, que é a mastite. Embora não haja estudos que comprovem a sua eficácia, alguns especialistas recomendam o uso de cremes à base de vitamina A e D, lanolina anidra modificada e cremes ou pomadas com corticóide, este último para as fissuras mais graves, desde que afastada infecção por fungos ou bactérias. Os corticóides citados na literatura são mometasona 0,1% (hidrocorticóide sintético) e propionato de halobetasol (VAUCHER, 2005).

A infecção da mama por *Candida albicans* no puerpério é bastante comum. A infecção pode ser superficial ou atingir ductos lactíferos, e costuma ocorrer na presença de mamilos úmidos (*cândida* cresce em meio com carboidrato) e com lesão. Candidíase vaginal, uso de antibióticos, contraceptivos orais e esteróides e uso de chupeta contaminada aumentam o risco de candidíase mamária. Com frequência é a criança quem transmite o fungo, mesmo sendo assintomática (VAUCHER, 2005).

A infecção por *cândida* costuma se manifestar por prurido, sensação de queimadura e fisgadas nos mamilos, que persistem após as mamadas. Os mamilos costumam estar vermelhos e brilhantes. Algumas mães se queixam de ardência e fisgadas dentro das mamas. É muito comum a criança apresentar crostas brancas orais, que devem ser distinguidas das crostas de leite (estas últimas são removidas sem deixar área cruenta). Uma vez que o fungo cresce em meio úmido, quente e escuro, são medidas preventivas contra a instalação de *cândida* manter os mamilos secos e arejados e expô-los à luz por alguns minutos ao dia (VAUCHER, 2005).

À luz dos conhecimentos científicos atuais, o leite humano é considerado, de forma consensual, como o único alimento capaz de atender de maneira adequada a todas as peculiaridades fisiológicas do metabolismo dos lactentes. Além disso, há de se destacar os

benefícios que a prática da amamentação permite à mulher-mãe, bem como à economia para a família e a importante redução de custo para o Estado, que se vê, muitas vezes, obrigado a importar fórmulas lácteas e leite em pó para suprir as necessidades decorrentes de prática do desmame precoce (ABRÃO, 2006, p.165).

Com base nessas perspectivas, os formuladores da política oficial em nível internacional elaboram propostas a serem implementadas nos diferentes continentes do globo, que preconizam a adoção de estratégias que favoreçam a prática da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida da criança.

Essas proposições estão ancoradas em uma outra questão, situada para além das vantagens que a amamentação propicia ao lactente, que, na perspectiva biológica, considera que toda mulher é capaz de produzir leite em quantidade e qualidade necessária ao desenvolvimento adequado do seu filho. Para que isso ocorra, é necessário que os níveis hormonais estejam adequados e que haja uma retirada eficiente de leite das mamas (GAIVA, 2005, p.113).

No intuito de reforçar ainda mais a importância do desenvolvimento de ações em favor da amamentação, as proposições trazem a relevo aspectos de interesse para a mulher, tais como a redução da hemorragia pós-parto, por intermédio da contração uterina; o aumento do espaçamento entre as gestações, desde que seja praticada a amamentação exclusiva/predominante sob livre demanda; e a diminuição da ocorrência de anemias, devido ao atraso menstrual e à redução do risco de câncer mamário e ovariano (GAIVA, 2005, p.113).

Contudo, apesar de todo o esforço despendido, observou-se que o desdobramento prático do discurso oficial não assume o caráter universal implícito em suas premissas teóricas, ou seja, existe um número expressivo de mulheres que cumprem na íntegra o ritual preconizado pela política estatal, objetivando o êxito em amamentação, mas não conseguem atingir a meta estabelecida que é a amamentação exclusiva até o 6º mês.

Embora a grande maioria das mães conheça a importância do leite materno e tenha amamentado seu filho, a média da duração do aleitamento exclusivo observada neste estudo foi menor do que o mínimo preconizado pela OMS.

Com base no material pesquisado, Santos (2005, p.156) afirma que a amamentação ocorre de maneira natural, sem necessidade de intervenções. Controversamente, estudos mais recentes mostram que a amamentação só ocorre de maneira eficaz e duradoura quando essas mulheres recebem orientações e ajuda durante o período gravídico-puerperal.

A equipe de saúde todavia necessita levar em consideração que dependendo da cultura da puérpera, podem interessar-se em procurar curandeiras, benzedeiras, pois estas fazem visitas domiciliares e custam significativamente menos do que os curandeiros que praticam no sistema de cuidado de saúde científico ou biomédico. É melhor não ridicularizar as crenças da paciente no curandeiro popular nem tentar diminuir sua confiança nele. Se fizer isto, pode afastar a paciente de forma que não receba o cuidado prescrito. Os esforços devem ser dirigidos para acomodar uma parte das crenças enquanto defende o tratamento proposto pela ciência da saúde moderna (REZENDE, 2002, p.97).

É importante que o profissional de saúde, enfocando aqui a equipe de enfermagem, sinta-se responsável pelos casos de desmame precoce em mães sob sua orientação e que busque a razão de cada caso de insucesso, refletindo sobre o que poderia ter feito a mais e melhor. O êxito da amamentação será na dependência das emoções da mãe, do preparo técnico e do comportamento das pessoas que a cercam. Respeitar, aceitar, ter empatia e compreender a mãe constituem atitudes que facilitarão a resolução dos problemas levando a um pós-parto saudável, facilitando o estabelecimento dos importantes vínculos afetivos entre os pais e o bebê (GONZALEZ, 2003, p.79).

De acordo com Schmitz (2005, p.122), relata que o leite possui propriedades bioquímicas peculiares e específicas em sua composição por possuir uma diversidade de aminoácidos dentre eles a albumina e a caseína que são encontrados em abundância no leite humano, sendo que cada tipo de aminoácido tem uma determinada função no organismo do recém nascido, seja no seu desenvolvimento fisiológico ou mesmo imunológico, a taurina e um aminoácido encontrado no leite materno que é importante para a manutenção e desenvolvimento do sistema nervoso, sendo a mesma ausente no leite de vaca. A tirosina e a fenilalanina também são aminoácidos que estão presentes em pequenas quantidades no leite humano, mas em grandes quantidades no leite de vaca, uma vez que a ingestão desse aminoácido em lactentes prematuros que ainda não atribui da capacidade de degradalo, pode vir a trazer danos gastrintestinal sérios.

Segundo a autora citada acima os carboidratos principalmente a lactose localizada no leite humano detém a função de aumentar a absorção de cálcio por desempenhar um importante papel na prevenção do raquitismo. A alta solubilidade associada ao fator bifidus promove o crescimento de lactobacilos no intestino por equilibrar o pH a um nível inadequado para o desenvolvimento de bactérias enteropatogênicas. O leite humano apresenta menos gorduras saturadas que o leite de vaca e é mais rico em ácido graxos não saturados

como o linoléico que é indispensável para o desenvolvimento do cérebro através da síntese de lipídeos do tecido nervoso.

De acordo com Lissauer (2003, p.145). No leite materno também pode ser encontrado sais minerais como: Sódio, Potássio, Fósforo, Cálcio, Magnésio e Ferro, contudo em pequenas quantidades passando o lactente a utilizar as reservas adquiridas durante o período de gestação que se acumula no (fígado, baço e medula óssea) e supre suas necessidades até o sexto mês de vida, desde que neste período a mulher seja orientada para uma dieta rica em ferro. Do mesmo modo as vitaminas são encontradas no leite humano principalmente A, B, E e K que não precisam ser completadas por outras fontes; as vitaminas D e H sendo a segunda necessária para formação do pigmento da retina, sintetizar os mucos poliolozídeos do colágeno e provém o crescimento dos ossos; vitamina D aumenta a absorção de cálcio ficando a disposição dos ossos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o fim deste trabalho foi possível constatar os objetivos do estudo que demonstraram a existência de vantagens substancial na alimentação do recém nascido com o aleitamento exclusivo materno, por possuir características bioquímicas e imunológicas específicas que lhe confere uma composição incomparável a qualquer outro tipo de leite, capaz de suprir todas as necessidades nutricionais da criança durante os seis primeiros meses de vida, e os benefícios fisiológicos e psicológicos que se reveste de igual importância para mãe e o bebê.

Foi possível também constatar a importância do preparo da mulher para o aleitamento e da assistência de enfermagem, com medidas educativas e técnicas de prevenção aos problemas podem surgir com a mama durante o período de amamentação principalmente o ingurgitamento mamário, as fissuras e a mastite, que pode interferir no aleitamento por provocar dor desconfortos a nutriz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRÃO, V.F.A. *Aleitamento Materno*. São Paulo: Manole, 2006.
- BARROS, O.M.S. *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. São Paulo: Manole, 2006.
- GAIVA, Maria Aparecida Munhos. A participação da Família ao prematuro em UTI Neonatal. Brasília: Revista brasileira de Enfermagem, 2005.
- GALVÃO, D.M.P.G. *Amamentação bem sucedida: alguns fatores determinantes*. São Paulo: Lusociência-ed, 2006.
- GIUGLIANI, E.R.J. *Amamentação: como e porque promover*. Jornal de Pediatria, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: em: 10/06/2010.
- GONZALEZ, H. *Parto: Amamentação-Itens Importantes*. São Paulo: Senac, 2003.
- LISSAUER, Tom. *Manual de Ilustração de Pediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
- MORETTO, Renato. *Pediatria Saúde Individual e Coletiva*. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1990.
- REZENDE, Magda Andrade. *O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2002.
- SANTOS, A. K.E. *Aleitamento Materno*. São Paulo: Atheneu, 2005.
- SHIMITZ, E.M. *A Enfermagem em Pediatria e Puericultura*. São Paulo: Atheneu, 2005.
- TORTOGA, A.G. *Nutrição pediátrica e distúrbios nutricionais*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- VAUCHER, Ana Luisa Issler. *Amamentação: crenças e mitos*. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2005. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>. Acesso em 10/06/2010.