



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE E SERVIÇOS  
CAMPUS JOINVILLE

**ALEITAMENTO MATERNO A LUZ DA PRIMEIRA HORA: A PEGA CORRETA  
PARA AS PUÉRPERAS DE PARTO NATURAL NO CENTRO OBSTÉTRICO DA  
MATERNIDADE DARCY VARGAS**

JOINVILLE 2010

DEBORA REGINA AIROSO DA SILVA  
INÊS CRISTINA GALVAN  
SUÉLLYNG ROHDEN FILGUEIRAS  
VANESSA DA VEIGA

ALEITAMENTO MATERNO A LUZ DA PRIMEIRA HORA: A PEGA CORRETA  
PARA AS PUÉRPERAS DE PARTO NATURAL NO CENTRO OBSTÉTRICO DA  
MATERNIDADE DARCY VARGAS

Relatório do Projeto de ação  
comunitária apresentado ao Curso de  
Enfermagem, do Instituto Federal de Educação,  
Ciência e Tecnologia de Santa Catarina  
Unidade Joinville, no semestre 01/2010.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ondina Machado de Marichal

Joinville, 2010

## Dedicatória

*Aos nossos familiares, que merecem todo o mérito,  
por estarem nos incentivando a perseverar pelo nosso sucesso profissional.  
Aqueles que já atuam na área da saúde e aos futuros profissionais,  
para que infinitamente compreendam a importância desse cuidado.  
A todas as mães que amam e amamentam seus filhos.*

## Agradecimentos

Agradecemos a Deus pelo dom da vida, por termos a perfeita saúde, disposição, acessibilidade, por concluirmos mais uma etapa de nossas vidas com sucesso.

Aos nossos pais que nos deram à vida, e nos educaram, e por tudo que foram, são e serão em nossa história.

Aos nossos maridos e filhos, que mesmo com a nossa ausência não nos deixaram desanimar.

A nossa orientadora Ondina Machado de Marichal que acreditou no ideal deste projeto e nos ajudou a materializar nossas expectativas.

A Direção da Maternidade Darci Vargas, por permitir a realização desse projeto.

A gerência de enfermagem, Enfermeiro Álvaro Cesar Ricardo Junior, e as servidoras do banco de leite e da triagem pós-parto, em especial a Enfermeira Shirley N. Tarouco – Coordenadora do centro obstétrico da Maternidade Darcy Vargas, que abriu as portas do centro obstétrico e a Enfermeira Verlane D.S.Ostaska – responsável pelo serviço de enfermagem do banco de leite.

As puérperas de parto natural da Maternidade Darcy Vargas, que confiantes, se entregaram as nossas orientações e cuidados, certas de nossas habilidades.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	22
4 RESULTADOS ESPERADOS.....	25
5 CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS.....	32
ANEXOS.....	33
Anexo 1 Entrevista com as puérperas.....	34
Anexo 2 Termo de consentimento livre e esclarecido.....	35

RESUMO

Trata-se de um trabalho sobre a pega correta na primeira hora de vida do recém nascido, com vinte e seis puérperas submetidas a parto natural, foi realizado em uma maternidade pública do nordeste de Santa Catarina, no banco de leite e centro obstétrico, em junho de 2010. Foi idealizado e desenvolveu-se por quatro estudantes sob a orientação de uma enfermeira do curso técnico em enfermagem, do Instituto Federal de Educação, ciência e Tecnologia de Santa Catarina. O objetivo foi assistir a mãe e o recém nascido na primeira hora pós-parto natural, para o sucesso do aleitamento materno e a prevenção dos problemas advindos de uma pega incorreta. A coleta de dados foi à entrevista semi-estruturada e o diário de campo. As mães foram atendidas assim que os recém nascidos estavam liberados para a primeira mamada, com o emprego da técnica da pega correta, posicionamos a mãe e o recém nascido, acompanhou-se e supervisionou-se a mamada. Orientou-se sobre a importância do aleitamento materno para a mãe e o recém nascido, a composição do leite materno e a desmistificação de mitos. Chegou-se à conclusão que essa hora é imprescindível para a sobrevivência do recém nascido, pois há um desencadeamento de mecanismos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais conhecidos, com o contato pele-a-pele da mãe com seu filho, que desenvolverá o “apego” e os ajudarão positivamente no resto de suas vidas e que se fortalecer o auxílio da pega correta no pós parto imediato, os benefícios serão muitos, para a mãe, o recém nascido, a família e a sociedade.

#### Palavras chaves

Aleitamento materno, pega correta, puérperas, recém nascido, apego.

## 1 INTRODUÇÃO

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

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação, em especial as de amamentação exclusiva, está bastante aquém do recomendado, e o profissional de saúde tem um papel fundamental na reversão desse quadro.

Neste projeto, tivemos como tema a importância da pega correta a luz da primeira hora, sendo esta de suma importância para o sucesso do aleitamento materno. Demos ênfase ao aleitamento materno, pela utilização da técnica da pega correta e por orientações individuais mostrando a importância e os benefícios do aleitamento materno, para a mãe e a criança, assim como esclarecimentos de dúvidas e desmistificação de mitos.

Este projeto tem como objetivo geral aumentar o índice de aleitamento materno por meio do acompanhamento da amamentação das puérperas a luz da primeira hora.

Os objetivos específicos são: orientar quanto à técnica da amamentação auxiliando na primeira mamada para a “pega correta” aumentando a habilidade e a confiança da puérpera.

Esclarecer os benefícios da amamentação, tanto para mãe quanto para o seu filho, focando suas vantagens.

Explicar como ocorre a produção do leite no organismo, as interferências do bebê e do meio externo nesta produção e esclarecer dúvidas e “mitos” sobre o aleitamento materno.

Acompanhar o trabalho realizado no banco de leite, identificando as principais dificuldades vivenciadas advindas de uma pega incorreta.

Amamentar logo após o nascimento, na primeira hora, é muito importante para a mãe e para o bebê, porque protege mais o bebê contra doenças, ajuda a mulher a ter leite mais rapidamente, ajuda nas contrações uterinas, diminuindo o risco de

hemorragia e anemias. Contudo, para o sucesso desse acontecimento a pega correta é imprescindível.

Os primeiros dias após o parto são fundamentais para o sucesso da amamentação. É um período de intenso aprendizado para a mãe e o bebê. Para uma melhor interação com o bebê é interessante que a mãe, o pai e outros familiares saibam que alguns recém-nascidos a termo, em situações especiais (principalmente no estado quieto-alerta), são capazes de ir ao encontro da mama da mãe por si próprio logo após o nascimento, se colocado no tórax dela. Dessa maneira, eles decidem por si o momento da primeira mamada que ocorre em média aos 40 minutos de vida.

De acordo com o Ministério da Saúde (2009, p.23), todo profissional de saúde que faz assistência a mães e bebês deve saber observar criticamente uma mamada.

A seguir são apresentados os diversos itens que os profissionais de saúde devem conferir na observação de uma mamada. As roupas da mãe e do bebê são adequadas, sem restringir movimentos? Recomenda-se que as mamas estejam completamente expostas, sempre que possível, e o bebê vestido de maneira que os braços fiquem livres.

A mãe está confortavelmente posicionada, relaxada, bem apoiada, não curvada para trás, nem para frente? O apoio dos pés acima do nível do chão é aconselhável (uma banquetinha pode ser útil). O corpo do bebê se encontra bem próximo do da mãe, todo voltado para ela, barriga com barriga? O corpo e a cabeça do bebê estão alinhados (pescoço não torcido)? O braço inferior do bebê está posicionado de maneira que não fique entre o corpo do bebê e o corpo da mãe? O corpo do bebê está curvado sobre a mãe, com as nádegas firmemente apoiadas? O pescoço do bebê está levemente estendido?

A mãe segura a mama de maneira que a aréola fique livre? Não se recomenda que os dedos da mãe sejam colocados em forma de tesoura, pois dessa maneira podem servir de obstáculo entre a boca do bebê e a aréola. A cabeça do bebê está no mesmo nível da mama, com o nariz na altura do mamilo? A mãe espera o bebê abrir bem a boca e abaixar a língua antes de colocá-lo no peito? O bebê abocanha, além do mamilo, parte da aréola (aproximadamente dois centímetros além do mamilo?).

É importante lembrar que o bebê retira o leite comprimindo os seios lactíferos com as gengivas e a língua. O queixo do bebê toca a mama? As narinas do bebê estão livres? O bebê mantém a boca bem aberta colada na mama, sem apertar os lábios? Os lábios do bebê estão curvados para fora, formando um lacre? Para visualizar o lábio inferior do bebê, muitas vezes é necessário pressionar a mama com as mãos.

A língua do bebê encontra-se sobre a gengiva inferior? Algumas vezes a língua é visível; no entanto, na maioria das vezes, é necessário abaixar suavemente o lábio inferior para visualizar a língua. A língua do bebê está curvada para cima nas bordas laterais? O bebê mantém-se fixado à mama, sem escorregar ou largar o mamilo? As mandíbulas do bebê estão se movimentando? A deglutição é visível e/ou audível?

É sempre útil lembrar a mãe de que é o bebê que vai à mama, e não a mama que vai ao bebê. Para isso, a mãe pode, com um rápido movimento, levar o bebê ao peito quando ambos estiverem prontos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca quatro pontos-chave que caracterizam o posicionamento e pega adequados: os pontos-chave do posicionamento adequado, rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo; corpo do bebê próximo ao da mãe; bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido); bebê bem apoiado.

Os Pontos-chave da pega adequada, mais aréola visível acima da boca do bebê; boca bem aberta; lábio inferior virado para fora; queixo tocando a mama.

Os seguintes sinais são indicativos de técnica inadequada de amamentação: bochechas do bebê encovadas a cada sucção; ruídos da língua; mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada; mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama e dor na amamentação.

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

O início da lactação se dá com a produção do leite que ocorre nos alvéolos das glândulas mamárias. O leite sai dos alvéolos e vai até os mamilos pelos ductos lactíferos. A sucção do recém nascido é o responsável pela secreção de prolactina.

Isso acontece porque quando o bebê faz sucção nos mamilos, estimula a glândula hipófise e libera a prolactina que faz com que o leite seja produzido. Essa produção só aumentará, reduzirá ou estancará completamente se a mãe não amamentar seu filho.

A sucção do mamilo também estimulará a produção de ocitocina pela hipófise anterior. Esse hormônio é responsável pela ejeção ou “descida do leite” dos alvéolos mamários aos mamilos. Isso ocorre porque a ocitocina secretada pela hipófise cai na corrente sanguínea e irá promover a contração da musculatura lisa ao redor dos alvéolos, promovendo a descida do leite até os mamilos.

A ocitocina, liberada principalmente pelo estímulo provocado pela sucção da criança, também é disponibilizada em resposta a estímulos condicionados, tais como visão, cheiro e choro da criança, e a fatores de ordem emocional, como motivação, autoconfiança e tranquilidade. A inibição da ejeção do leite pode ocorrer por perturbações de ordem psicológica como o estresse. Nos primeiros dias após o parto, a secreção de leite é pequena, menor que 100ml/dia, mas já no quarto dia a nutriz é capaz de produzir, em média, 600ml de leite.

Por outro lado, a dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo, a insegurança e a falta de autoconfiança podem inibir a liberação da ocitocina, prejudicando a saída do leite da mama.

Com todos esses itens fundamentais para serem observados, faz-se necessário a presença de um profissional durante a primeira hora, o tempo todo no período pós parto para o sucesso do aleitamento materno.

Acreditamos que esse projeto justifica-se por ser determinante o cuidado com a puérpera, referente à pega correta, na primeira mamada, para o sucesso do aleitamento materno.

Foi realizado pelas autoras nos mês de junho de 2010, nos sábados e domingos, no turno das 07:00 às 19:00 horas, na recuperação pós-parto natural e no banco de leite da Maternidade Darcy Vargas

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

A Técnica de amamentação segundo o ministério da saúde (2009, p.21), apesar de a sucção do bebê ser um ato reflexo, ele precisa aprender a retirar o leite do peito de forma eficiente. Quando o bebê pega a mama adequadamente o que requer uma abertura ampla da boca, abocanhando não apenas o mamilo, mas também parte da aréola forma-se um laço perfeito entre a boca e a mama, garantindo a formação do vácuo, indispensável para que o mamilo e a aréola se mantenham dentro da boca do bebê. A língua eleva suas bordas laterais e a ponta, formando uma concha (canolamento) que leva o leite até a faringe posterior e esôfago, ativando o reflexo de deglutição. A retirada do leite (ordenha) é feita pela língua, graças a um movimento peristáltico, rítmico da ponta da língua para trás, que comprime suavemente o mamilo. Enquanto mama no peito, o bebê respira pelo nariz, estabelecendo o padrão normal de respiração nasal. O ciclo de movimentos mandibulares (para baixo, para frente, para cima e para trás) promove o crescimento harmônico da face do bebê.

A técnica de amamentação, ou seja, a maneira como a dupla mãe/bebê se posiciona para amamentar/mamar e a pega/sucção do bebê são muito importantes para que o bebê consiga retirar, de maneira eficiente, o leite da mama e também para não machucar os mamilos.

Figura 1 - Pega Correta

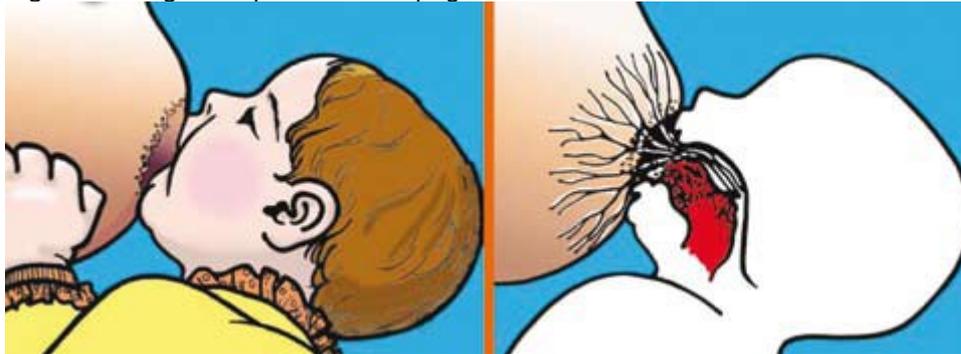


Fonte: <http://www.unifesp.br/centros/ciaam/faq.htm#5> acesso em 14/05/2009

Uma posição inadequada da mãe e/ou do bebê na amamentação dificulta o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao mamilo e à aréola,

resultando no que se denomina de “má pega”. A má pega dificulta o esvaziamento da mama, levando a uma diminuição da produção do leite. Muitas vezes, o bebê com pega inadequada não ganha o peso esperado apesar de permanecer longo tempo no peito. Isso ocorre porque, nessa situação, ele é capaz de obter o leite anterior, mas tem dificuldade de retirar o leite posterior, mais calórico.

Figura 2 - Pega adequada ou boa pega



Fonte: Ministério da Saúde 2009

Figura 3 - Pega inadequada ou má pega.



Fonte: Ministério da Saúde 2009

Quando o bebê tem uma boa pega, o mamilo fica em uma posição dentro da boca da criança que o protege da fricção e compressão, prevenindo, assim, lesão mamilar. Quando a mama está muito cheia, a aréola pode estar tensa, endurecida, dificultando a pega. Em tais casos, recomenda-se, antes da mamada, retirar manualmente um pouco de leite da aréola ingurgitada.

Muitas mulheres se preocupam com o aspecto de seu leite. Acham que, por ser transparente em algumas ocasiões, o leite é fraco e não sustenta a criança. Por isso, é importante que as mulheres saibam que a cor do leite varia ao longo de uma mamada e também com a dieta da mãe. O leite do início da mamada, o chamado leite anterior, pelo seu alto teor de água, tem aspecto semelhante ao da água de

coco. Porém, ele é muito rico em anticorpos. Já o leite do meio da mamada tende a ter uma coloração branca opaca devido ao aumento da concentração de caseína.

E o leite do final da mamada, o chamado leite posterior, é mais amarelado devido à presença de betacaroteno, pigmento lipossolúvel presente na cenoura, abóbora e vegetais de cor laranja, provenientes da dieta da mãe. O leite pode ter aspecto azulado ou esverdeado quando a mãe ingere grande quantidade de vegetais verdes.

Não é rara a presença de sangue no leite, dando a ele uma cor amarronzada. Esse fenômeno é passageiro e costuma ocorrer nas primeiras 48 horas após o parto. É mais comum em primíparas adolescentes e mulheres com mais de 35 anos e deve-se ao rompimento de capilares provocado pelo aumento súbito da pressão dentro dos alvéolos mamários na fase inicial da lactação. Nesses casos, a amamentação pode ser mantida, desde que o sangue não provoque náuseas ou vômitos na criança.

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

O mito de que mulheres de pele clara são mais vulneráveis a lesões mamilares do que mulheres com pele escura nunca se confirmou. Trauma mamilar, traduzido por eritema, edema, fissuras, bolhas, “marcas” brancas, amarelas ou escuras, hematomas ou equimoses, é uma importante causa de desmame e, por isso, a sua prevenção é muito importante, o que pode ser conseguido com as seguintes medidas: Amamentação com técnica adequada (posicionamento e pega adequados); Cuidados para que os mamilos se mantenham secos, expondo-os ao ar livre ou à luz solar e trocas freqüentes dos forros utilizados quando há vazamento de leite; Não uso de produtos que retiram a proteção natural do mamilo, como sabões, álcool ou qualquer produto secante;

Com a amamentação em livre demanda a criança que é colocada no peito assim que dá os primeiros sinais de que quer mamar vai ao peito com menos fome, com menos chance de sugar com força excessiva; evitar ingurgitamento mamário; ordenha manual da aréola antes da mamada se ela estiver ingurgitada, o que aumenta a sua flexibilidade, permitindo uma pega adequada; introdução do dedo indicador ou mínimo pela comissura labial (canto) da boca do bebê se necessário interromper a mamada, de maneira que a sucção seja interrompida antes de a criança ser retirada do seio; o não uso de protetores (intermediários) de mamilo, pois eles, além de não serem eficazes, podem ser a causa de trauma mamilar.

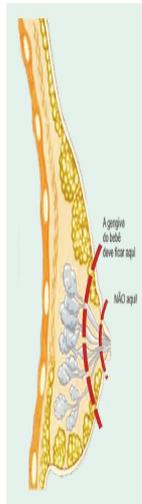
As lesões mamilares são muito dolorosas e, com frequência, é a porta de entrada para bactérias. Por isso, além de corrigir o problema que está causando a dor mamilar (na maioria das vezes a má pega), faz-se necessário intervir para aliviar a dor e promover a cicatrização das lesões o mais rápido possível.

Figura 4 - Lesão mamilar por má pega



Fonte: Ministério da Saúde 2009

Figura 5 Produção do leite materno



As mulheres adultas possuem, em cada mama, entre 15 e 25 lobos mamários, que são glândulas túbulo-alveolares constituídos, cada uma, por 20 a 40 lóbulos. Estes, por sua vez, são formados por 10 a 100 alvéolos.

Envolvendo os alvéolos, estão as células mioepiteliais e, entre os lobos mamários, há tecido adiposo, tecido conjuntivo, vasos sanguíneos, tecido nervoso e tecido linfático. O leite produzido nos alvéolos é levado até os seios lactíferos por uma rede de ductos. Para cada lobo mamário há um seio lactífero, com uma saída independente no mamilo.

A mama, na gravidez, é preparada para a amamentação (lactogênese fase I) sob a ação de diferentes hormônios. Os mais importantes são o estrogênio, responsável pela ramificação dos ductos lactíferos, e o progestogênio, pela formação dos lóbulos. Outros hormônios também estão envolvidos na aceleração do crescimento mamário, tais como lactogênio placentário, prolactina e gonadotrofina coriônica. Apesar de a secreção de prolactina estar muito aumentada na gestação, a mama não secreta leite nesse período graças a sua inibição pelo lactogênio placentário.

Com o nascimento da criança e a expulsão da placenta, há uma queda acentuada nos níveis sanguíneos maternos de progestogênio, com conseqüente liberação de prolactina pela hipófise anterior, iniciando a lactogênese fase II e a secreção do leite. Há também a liberação de ocitocina durante a sucção, hormônio produzido pela hipófise posterior, que tem a capacidade de contrair as células mioepiteliais que envolvem os alvéolos, expulsando o leite neles contido.

A produção do leite logo após o nascimento da criança é controlada principalmente por hormônios e a “descida do leite”, que costuma ocorrer até o terceiro ou quarto dia pós-parto, ocorre mesmo se a criança não sugar o seio.

Após a “descida do leite”, inicia-se a fase III da lactogênese, também denominada galactopoiese. Essa fase, que se mantém por toda a lactação, depende principalmente da sucção do bebê e do esvaziamento da mama. Quando, por qualquer motivo, o esvaziamento das mamas é prejudicado, pode haver uma diminuição na produção do leite, por inibição mecânica e química.

O leite contém os chamados “peptídeos supressores da lactação”, que são substâncias que inibem a produção do leite. A sua remoção contínua com o esvaziamento da mama garante a reposição total do leite removido. Grande parte do leite de uma mamada é produzida enquanto a criança mama, sob o estímulo da prolactina.

Na amamentação, o volume de leite produzido varia, dependendo do quanto a criança mama e da frequência com que mama. Quanto mais volume de leite e mais vezes a criança mamar, maior será a produção de leite. Uma nutriz que amamenta exclusivamente produz, em média, 800 ml por dia no sexto mês. Em geral, uma nutriz é capaz de produzir mais leite do que a quantidade necessária para o seu bebê.

Apesar de a alimentação variar enormemente, o leite materno, surpreendentemente, apresenta composição semelhante para todas as mulheres que amamentam do mundo. Apenas as com desnutrição grave podem ter o seu leite afetado na sua qualidade e quantidade.

Nos primeiros dias, o leite materno é chamado colostro, que contém mais proteínas e menos gorduras do que o leite maduro, ou seja, o leite secretado a partir do sétimo ao décimo dia pós-parto.

O leite de mães de recém-nascidos prematuros é diferente do de mães de bebês a termo. Veja na Tabela 1 as diferenças entre colostro e leite maduro, entre o leite de mães de prematuros e de bebês a termo e entre o leite materno e o leite de vaca. Este tem muito mais proteínas que o leite humano e essas proteínas são diferentes das do leite materno. A principal proteína do leite materno é a

lactoalbumina e a do leite de vaca é a caseína, de difícil digestão para a espécie humana.

Tabela 1- composição do leite materno

Nutriente	Colostro (3–5 dias)		Leite Maduro (26–29 dias)		Leite de vaca
	A termo	Pré-termo	A termo	Pré-termo	
Calorias (kcal/Dl)	48	58	62	70	69
Lipídios (g/dL)	1,8	3,0	3,0	4,1	3,7
Proteínas (g/dL)	1,9	2,1	1,3	1,4	3,3
Lactose (g/dL)	5,1	5,0	6,5	6,0	4,8

Fonte: Ministério da Saúde

A concentração de gordura no leite aumenta no decorrer de uma mamada. Assim, o leite do final da mamada (chamado leite posterior) é mais rico em energia (calorias) e sacia melhor a criança, daí a importância de a criança esvaziar bem a mama.

O leite humano possui numerosos fatores imunológicos que protegem a criança contra infecções. A IgA secretória é o principal anticorpo, atuando contra microorganismo presentes nas superfícies mucosas. Os anticorpos IgA no leite humano são um reflexo dos antígenos entéricos e respiratórios da mãe, ou seja, ela produz anticorpos contra agentes infecciosos com os quais já teve contato, proporcionando, dessa maneira, proteção à criança contra os microorganismos prevalentes no meio em que a mãe vive. A concentração de IgA no leite materno diminui ao longo do primeiro mês, permanecendo relativamente constante a partir de então.

Além da IgA, o leite materno contém outros fatores de proteção, tais como anticorpos IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisosima e fator bífido. Este favorece o crescimento do *Lactobacillus bifidus*, uma bactéria não patogênica que acidifica as fezes, dificultando a instalação de bactérias que causam diarreia, tais como *Shigella*, *Salmonella* e *Escherichia coli*.

Alguns dos fatores de proteção do leite materno são total ou parcialmente destruídos pelo calor, razão pela qual o leite humano pasteurizado (submetido a uma temperatura de 62,5 °C por 30 minutos) não tem o mesmo valor biológico que o leite cru.

As vantagens do aleitamento materno são muitas, podemos afirmar com Valdés e cols. (1996) que nenhum substituto provê o aporte nutritivo do leite

humano, quer seja em qualidade ou quantidade. Nenhum oferece nutrientes em um grau máximo de biodisponibilidade, permitindo ao lactente um crescimento e desenvolvimento adequado até o 6º mês em amamentação exclusiva.

Sendo o Brasil um país em desenvolvimento e com grande desigualdade social e econômica onde há deficiência de acesso a água potável, concordamos com Valdés e cols.(1996)

“De especial importância nos países em desenvolvimento é a condição de que o leite materno não pode ser diluído nem contaminado, e sempre encontrata-se fresco e pronto. O risco de desnutrição infantil é muito menor nos lactentes amamentados”

As crianças amamentadas têm menor risco de morrer de enfermidades infecciosas e apresentam menor incidência e severidade de infecções. As incidências de infecções respiratórias e de alergias é menor nos lactentes amamentados. Uma menor incidência de Diabetes juvenil, doença de Crohn e de linfomas. (Valdés e cols. 1996).

Segundo o mesmo autor, o aleitamento materno estimula um adequado desenvolvimento maxilofacial e previne as cáries; favorecem um adequado desenvolvimento intelectual, psicossocial e acuidade visual do lactente; favorece a relação mãe e filho; beneficia a saúde materna; aumenta o intervalo entre as gestações e a economia de recursos.

Com relação aos mitos sobre aleitamento materno citaremos alguns: o leite fraco é a maior causa de desmame precoce, não existe leite fraco, isso é um tabu antigo e está relacionado ao fato do bebê querer mamar com muita frequência.

É importante ressaltar para as mães que isso ocorre pela rápida digestão de leite humano que ocasiona um intervalo curto entre as mamadas.

O leite de vaca tem proteína (macromolécula) que é de difícil digestão, por isso quando o bebê mama leite artificial ele o faz de 3/3 horas.

Amamentar faz a mama cair? Não. A falta de suporte adequado (soutien de reforço) e a tendência genética de mama pendular é que faz a mama cair e não o ato de amamentar.

A cerveja preta x Canjica x muito líquido, fazem o leite aumentar? Não. A cerveja preta não deve ser usada porque bebida alcoólica é contra indicada na

amamentação. A mãe deve tomar muita água para se hidratar e não para aumentar a quantidade de leite.

A canjica também não aumenta a quantidade de leite, porém assim como a canja de galinha que também não aumenta o volume de leite, esses alimentos são conhecidos como lactogogos, que são alimentos que não aumentam a quantidade de leite, mas que a mãe acredita firmemente que isso vai aumentar seu leite e como esses alimentos não tem contra indicação, eles não vão interferir na amamentação.

O tamanho da mama x alimentação? A mulher que tem mama pequena ou grande não quer dizer que a mama grande vai produzir mais leite. O leite é produzido fisiologicamente nas duas mamas.

A mulher que produz pouco leite? Não existe mulher que produza pouco leite, o que ocorre é que aquela mulher que limita as mamadas do bebê no peito, ou seja, não amamentando em livre demanda (que é a hora que o bebê quer).

Isto significa que a produção de leite está ligada à sucção do bebê. "Quanto mais o bebê suga mais leite a mulher vai produzir. Isso significa que é a sucção do bebê que mantém a produção de leite ou a mãe está desidratada.

Outros tabus, ligados a folclore: se o bebê arrotar no peito este vai rachar? Se a mãe beber água durante o período que estiver amamentando, o leite vai secar? Se a mãe colocar uma chave no bolso, o leite vai secar? Se o leite cair no chão, ele vai secar?

Alguns cuidados importantes com as mamas: não esfregar bucha ou toalha no mamilo e aréola porque esta atitude afina a pele, favorecendo as rachaduras porque tira a oleosidade natural da pele. Não usar cremes ou pomadas no mamilo e aréola e em caso de rachaduras (fissura mamilar) não usar casca de banana ou de mamão. Não usar compressa quente ou fria não mama - queima a pele e não resolve.

A criança que mama no peito não deve receber bicos, mamadeiras e chupetas, porque eles fazem com que o lactente confunda os bicos, além de diminuir a vontade de ir ao peito, favorecendo o desmame precoce. Existem trabalhos no Ministério da Saúde, que comprovam o uso de chupetas e mamadeiras diminuem significativamente o período de amamentação e que se a criança usa a chupeta durante todo o dia, este período diminui ainda mais.

Devemos lembrar também que o uso de bicos, mamadeiras e chupetas também contribuem para a mordida cruzada e a respiração bucal que traz como consequência, as amigdalites, rinites em consequência do ar não filtrado, não umidificado provocando assim o ressecamento das mucosas.

A mãe deve evitar o uso dos bicos de silicone porque eles também confundem a pega do bebê no peito, provoca gases no bebê, além de não esvaziar a mama adequadamente, tendo como consequência o ingurgitamento mamário.

O aleitamento materno para ter sucesso depende de uma boa pega, ou da “pega correta”, isso significa que o manejo do bebê precisa de técnicas para que ele possa mamar corretamente.

Para o sucesso da pega correta é preciso que o corpo do bebê esteja inteiramente virado, de frente, e bem próximo ao corpo da mãe, a cabeça e a coluna do bebê devem estar alinhadas, as nádegas deve estar apoiadas pela mão da mãe, o queixo deve tocar a mama e a boca de frente para região aréolo-mamilar.

Os sinais de uma boa pega ocorrem quando a boca do bebê está bem aberta, com os lábios para fora, a língua deve estar acoplada em torno da região aréolo-mamilar, as bochechas permanecem arredondadas, pode-se observar mais aréola acima do que abaixo da boca do bebê e assim então se escuta a deglutição.

Esse reflexo acontece porque quando algo toca o lábio o bebê abre a boca, põe a língua para baixo e para fora, quando algo toca o palato o bebê suga, e quando a boca está cheia de leite o bebê engole (deglute), surge então a mágica da amamentação.

Amamentar é muito mais que um ato de amor, o aleitamento materno produz benefícios a mãe e ao bebê, estabelece vínculo precoce mãe-bebê, maior duração da amamentação, controle de temperatura do recém nascido, níveis mais altos de glicose e menos choro do recém nascido. A sucção precoce da mama diminui o risco de hemorragia pós-parto, menor índice de anemia, e aumento na produção de leite.

O estabelecimento da amamentação – colostro é garantia de nutrição e imunização, promove reflexo de sucção mais eficiente, menor risco de icterícia (estímulo motilidade intestinal), fortalecimento do vínculo mãe-bebê através do contato pele a pele, olho a olho e troca de calor.

A mãe deve estar confortável. Se achar necessário poderá apoiar os pés, os braços e as costas. O uso de travesseiros costuma ajudar. A posição do bebê também é importante, ele precisa estar de frente para o peito, bem encostado no corpo da mãe, com o bumbum apoiado pela mão da mamãe. Quando o bebê abocanha uma grande parte da aréola, fica mais fácil extrair o leite de dentro do peito para a boca. Isso mantém uma boa produção de leite e protege o peito das rachaduras. Uma dica para o bebê abrir bem a boca e pegar bastante aréola: passe o bico do peito na parte que fica entre a boca e o nariz.

Klaus e Kennel (1992) listam os acontecimentos importantes para a formação do vínculo da mãe com seu bebê: 1. Antes da gravidez: Planejar a gravidez. 2. Durante a gravidez: Confirmar a gravidez, aceitar a gravidez, movimento fetal, começar a aceitar o feto como um indivíduo. 3. Parto. 4. Nascimento. 5. Após o nascimento: Ver o bebê, tocar o bebê, amamentar o bebê, aceitar o bebê como um indivíduo independente. Observando e estudando a mãe na espécie humana, de acordo com estes períodos, podemos começar a juntar as partes que se encaixam para estabelecer os alicerces do apego.

Segundo LANG (1972), Apud Klaus e Kennel (1992), “Os observadores do trabalho de parto e nascimento tornam-se mais apegados ao bebê, do que os outros da família que não presenciaram o nascimento, sendo um dos importantes princípios do apego”.

Sendo o apego fundamental para a sobrevivência do recém nascido, se ele aumenta nas pessoas que observam o nascimento, imagine na mãe que dá a luz, tem o contato pele-a-pele e amamenta seu bebê? Não só na primeira hora após o nascimento, mas durante dia, meses, anos?

Klaus e Kellen (1992), afirmam que para a sobrevivência do bebê humano, o apego mãe-filho é essencial. [...] Manter a mãe e o bebê juntos, logo após o nascimento, parece iniciar e estimular a operação de mecanismos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais conhecidos, que provavelmente vinculam os pais aos bebês.

Vimos como é importante a primeira hora de vida para o bebê, sua mãe, sua família e toda a sociedade, não só no que diz respeito à amamentação, mas também para a sua sobrevivência e comportamentos positivos que o acompanharão.

### 3. O PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta o percurso metodológico seguido inicialmente, tínhamos a pretensão em utilizar como método de pesquisa todas as puérperas da cidade de Joinville, porém seria inviável por vários motivos dentre eles a grande natalidade ocorrida em três diferentes maternidades.

Sendo assim, desenvolvemos o projeto somente em uma maternidade direcionando nosso público alvo.

#### 3.1 Contextualizando a pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no município de Joinville, situado na região norte do estado de Santa Catarina, no Brasil. Distante de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, 180 km Está a uma altitude de 4 metros acima do nível do mar. Sua população era de 497.331 habitantes em 2009 segundo contagem feita pelo IBGE. Possui uma área de 1.130,878 km<sup>2</sup>. Sua economia está sustentada em atividades industriais sendo o terceiro maior pólo industrial do sul do Brasil

O município apresenta alta taxa de natalidade, com 8.214 nascidos vivos em 2008 conforme dados do IBGE. Estes nascimentos de maneira geral aconteceram em três maternidades da região, sendo somente uma a atender gratuitamente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

#### 3.2 Apresentando os participantes do estudo

Os participantes desta pesquisa foram mulheres puérperas atendidas na Maternidade Darcy Vargas, referência nacional em atendimento e credenciada no Sistema Único de Saúde (SUS), provindas de parto natural. Os nomes das participantes da pesquisa serão trocados por números arábicos, na ordem crescente, os diferenciando, objetivando o sigilo resguardado pela legislação.

### 3.3 O delineamento do estudo

A proposta desta pesquisa foi seguir uma abordagem qualitativa do tipo pesquisa-ação utilizando como técnica de execução a orientação e o atendimento pessoal e individual.

Sendo favorável adotar esta abordagem investigativa pela sua melhor adequação à necessidade de compreensão que este estudo requer e pela melhor forma de extrair da realidade uma adequada maneira de entender a questão norteadora do estudo. (MINAYO, 1998 p.19 -22)

### 3.4. Estratégia para a Coleta e Registro dos Dados

As estratégias utilizadas para coletar os dados, nesta pesquisa, foram a entrevista semi-estruturada e o diário de campo. A entrevista semi-estruturada contou com dez perguntas suportes.

Sempre antes das entrevistas foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e explicado a intencionalidade do projeto de pesquisa aos entrevistados e o direito em não participar. Bem como, era garantido o sigilo absoluto dos nomes dos entrevistados.

O projeto foi realizado com as puérperas internadas na Maternidade Darcy Vargas, tendo como objetivo o sucesso do aleitamento materno, e a prevenção dos problemas advindos de uma pega incorreta.

A execução deste projeto foi realizada individualmente com as mães no período pós parto, em que se encontraram na recuperação pós parto.

As autoras do projeto dividiram-se em duas duplas, e a cada plantão alternaram o atendimento entre o pós parto e o acompanhamento dos trabalhos no banco de leite.

As mães foram atendidas assim que os recém nascidos estavam liberados para a primeira mamada, com o emprego da técnica da pega correta, posicionamos a mãe e o recém nascido, acompanhamos e supervisionamos a mamada. Orientamos sobre a importância do aleitamento materno para a mãe e o recém nascido, e a composição do leite materno.

Durante o trabalho de parto a alimentação da parturiente é restrita a ingestão de líquidos em pequenas quantidades. Para favorecer a produção do leite e as condições para a mãe cuidar do seu filho, foram oferecidos hidratação e alimentação fornecidas pela maternidade, assim que foi adequado.

Foi realizado a coleta de dados, por meio de entrevista (anexo 1), referentes ao número de mães atendidas, idade, escolaridade, profissão, número de filhos, tempo de amamentação dos filhos anteriores, motivo do desmame, dificuldades e vantagens na amamentação anterior e a importância do atendimento individualizado das autoras na primeira pega.

Foi garantido o esclarecimento, antes e durante a pesquisa, sobre a metodologia, assim como a liberdade do sujeito em se recusar a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

Também foi esclarecido que o trabalho respeitou as normas de ética para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos segundo a resolução 196/96, contando com o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 2). Este projeto foi aprovado pelo comitê de ética em Pesquisa do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt Ref CEP 011/10.

#### 4. RESULTADOS ALCANÇADOS

Com a realização desse projeto tivemos a oportunidade de oferecer a vinte e seis puérperas, um cuidado individualizado, o auxílio adequado, e a orientação necessária num momento importante de suas vidas, que influenciará o comportamento positivo no comportamento de seus filhos, que poderá ter reflexos na sociedade.

Iniciamos o processo de amamentação através do contato pele-a-pele e da inserção da “pega-correta” auxiliando o bebê na primeira mamada, por meio de orientações, manuseio com mais segurança e dignidade, para o sucesso do aleitamento materno, evitando o desmame precoce, contribuindo com a saúde física e emocional do binômio mãe-filho.

Apresentamos a seguir o perfil dessas puérperas atendidas:

No período de execução foram entrevistadas e orientadas vinte e seis puérperas, sendo que, 10 tinham a faixa etária de 18 a 23 anos (38,46%), 9 puérperas com a faixa etária de 24 a 29 anos (34,62%), 5 com faixa etária de 30 a 35 anos (19,23%) e 2 acima de 36 anos(7,69%). Conforme figura 1.

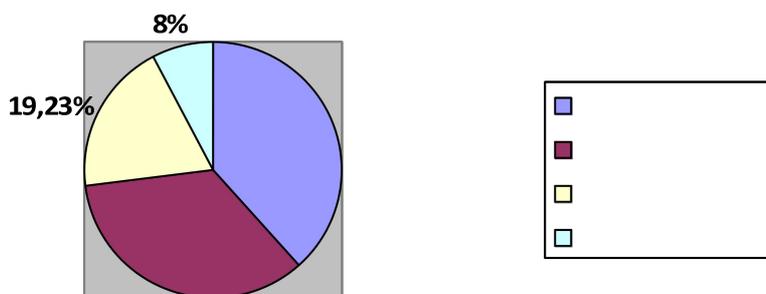


Figura 1-Faixa etária das puérperas pesquisadas

Fonte: arquivo das autoras

Conforme dados coletados sobre moradia, mostrados na figura 2, nenhuma puérpera mora sozinha, 24 (92,31%) moram com o companheiro e 2 (7,69%) moram com familiares.

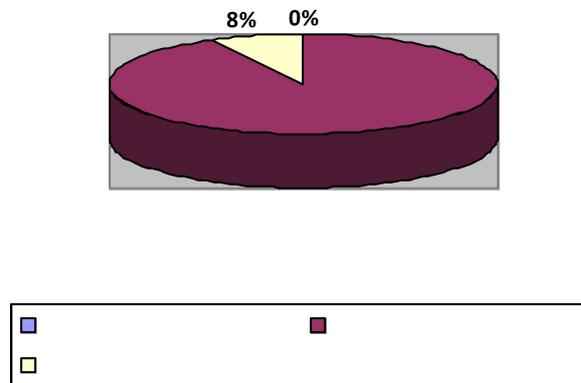


Figura 2 – Moradia das puérperas da pesquisa  
Fonte: arquivo das autoras.

Na figura 3 mostramos a ocupação profissional das puérperas onde 11 são donas de casa, 11 puérperas são trabalhadoras do comércio, 3 puérperas trabalham na indústria e 1 puérpera é servidora pública.

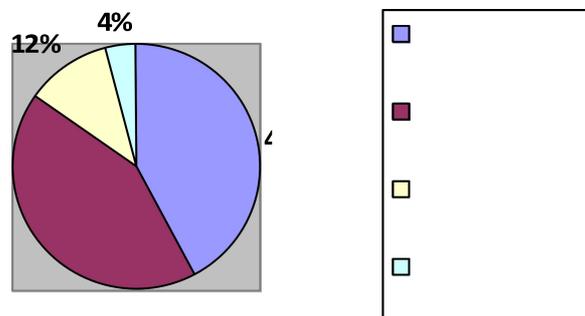


Figura 3 – Ocupação profissional das puérperas.  
Fonte: arquivo das autoras

Na figura 4 apresentamos o nível de escolaridade das puérperas pesquisadas, onde todas foram alfabetizadas, 8% com o ensino básico, 31% tem o ensino fundamental, 46% tem o ensino médio e 15% tem o ensino superior.

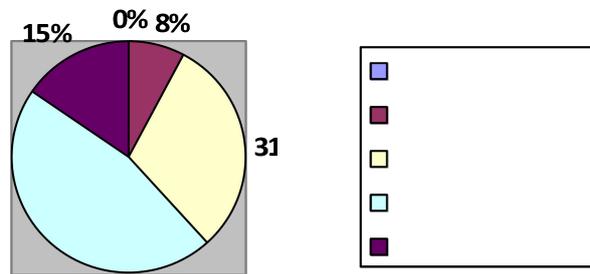


Figura 4 Nível de escolaridade das puérperas.  
Fonte: arquivo das autoras

Na figura 5, trazemos o nível de amamentação das multíparas – mães que já tiveram filhos anteriormente - destas pesquisadas 69% amamentaram filhos anteriormente após seis meses. 25% amamentaram menos de seis meses e 6% não amamentaram.

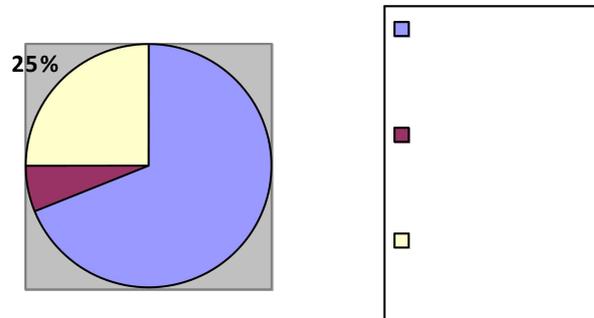


Figura 5 – Nível de amamentação das Multíparas pesquisadas  
Fonte: arquivo das autoras

Na figura 6, mostramos o numero de filhos anteriores das puérperas da pesquisa, 37% eram primigestas, sendo esse seu primeiro filho, 35% 1 filho anterior, 12% 2 filhos anteriores, 8% 3 filhos anteriores, 4 % tinham 4 filhos anteriores e 4% tinham 5 filhos anteriores.

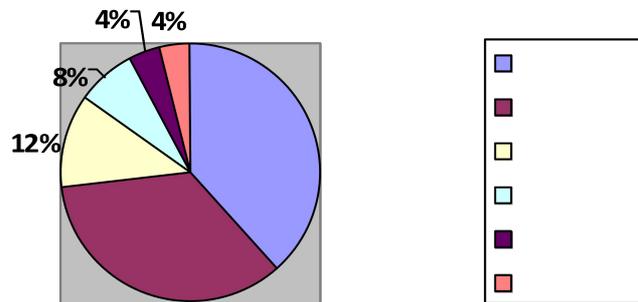


Figura 6 – Número de filhos das puérperas pesquisadas  
Fonte: arquivo das autoras

Observou-se as mães com dificuldades para realizar a técnica da pega-correta, mostravam-se muito ansiosas para ver o bebê mamar. Houve bebês que foram à procura da mama por extinto, outros foi preciso fazer o contato pele-a-pele e aguardar o momento certo para a primeira pega. Também casos que mesmo após o contato pele-a-pele, o recém nascido em estado de vigia, não reagem aos estímulos, nesses casos encaminhava o bebê para o banho e após a triagem eles, mais acordados, conseguiam fazer a primeira pega corretamente.

De maneira geral realizou-se o atendimento individualizado, com a preservação do contato pele-a-pele e orientações sobre a técnica da pega-correta, sempre salientando as mães que é preciso respeitar a vontade do recém nascido para querer sugar, em alguns casos demora, uma espera necessária para que o bebê aprendesse a dinâmica da pega correta.

A maior dificuldade das mães que procuraram o banco de leite foi à pega-correta. Algumas mães tiveram dificuldade em fazer ordenha manual quando as mamas encontravam-se muito cheia, por ocasião da apojadura. Uma mãe que já estava achando que seu leite era fraco, porque o bebe só chorava, ela foi esclarecida de que não existe leite fraco e foi auxiliada na pega-correta. Houve também aquelas mães que mesmo com dificuldades persistiam mais de uma hora entre ordenha, mamadas e orientações, buscando efetivamente o aleitamento materno.

## 5. Conclusão

Concluimos nosso projeto no atendimento de 99% das puérperas atendidas conseguiram amamentar corretamente a luz da primeira hora.

O perfil dessas puérperas atendidas foi à faixa de idade de 18 a 36 anos, onde só 8% estavam fora da idade recomendada pela OMS (Organização Mundial da Saúde). Nenhuma puérpera entrevistada mora sozinha, 92,31% moram com companheiros e 7,69% moram com familiares, estudos revelam que, onde a mulher conta com apoio do companheiro e familiares, o índice de amamentação é mais elevado e por mais tempo do que as mães que moram sozinhas. A ocupação profissional das puérperas onde 42% são donas de casa, 42% são trabalhadoras do comércio, 12% trabalham na indústria e 4% são servidora pública. Podemos ver que em todas as ocupações é possível para a mulher amamentar, e com um pouco mais de tempo, conforme a legislação vigente de possibilidade de aumentar o tempo de licença maternidade de quatro para os seis meses. O nível de escolaridade das puérperas pesquisadas, onde todas foram alfabetizadas, 8% com o ensino básico, 31% tem o ensino fundamental, 46% tem o ensino médio e 15% tem o ensino superior. É bom saber que todas as puérperas pesquisadas foram alfabetizadas, vimos que o menor número de puérperas tinha o ensino básico, em segundo lugar o nível superior, em terceiro lugar o nível fundamental e o maior número eram de mães que tinham o ensino médio. O nível de amamentação das multíparas – mães que já tiveram filhos anteriormente - foi que 69% amamentaram filhos anteriormente após seis meses. 25% amamentaram menos de seis meses e 6% não amamentaram. O número de mães que amamentaram mais que seis meses foi alto, por motivos multifatoriais, um número significativo (25%), amamentou menos de seis meses e infelizmente 6% não conseguiram amamentar. O número de filhos anteriores, a pesquisa mostrou que 37% eram primigestas, sendo esse seu primeiro filho, 35% 1 filho anterior, 12% 2 filhos anteriores, 8% 3 filhos anteriores, 4% tinham 4 filhos anteriores e 4% tinham 5 filhos anteriores. A maioria das puérperas eram primíparas (as que tiveram seu primeiro filho), em segundo lugar as que tinham um filho anterior, em terceiro as que já tinham dois filhos e em números iguais as de quatro e cinco filhos.

Incentivou-se as puérperas a não desistir de amamentar salientando as possíveis dificuldades como apojadura tardia, recém nascido com sono profundo, mas que podem ser superadas com força de vontade, determinação, paciência e orientação.

Vivenciou-se a preciosidade dessa primeira hora junto ao binômio mãe-filho, que com o contato pele-a-pele, amamentação, são essenciais para a formação do apego, fundamento para a sobrevivência da criança.

E nessa vivência emocionou-se muito quando ouvimos as falas das mães: “Agora ele está mamando, isso é maravilhoso! Que bom poder amamentar!” (mãe 2). “É tão bom ver ela mamar...mama filhinha! você consegue!” (mãe 5). “A melhor coisa em ter um bebê é poder amamentar!” (mãe 19).

A decisão de uma mãe para amamentar no peito pode ser uma indicação de seu desejo de se doar ao seu bebê, que é uma das características do apego. (CURRY, 1979).

A dificuldade com a técnica da pega correta foi observada no centro obstétrico, e é a primeira causa de busca do banco de leite.

Uma posição inadequada da mãe e/ou do bebê na amamentação dificulta o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao mamilo e à aréola, resultando no que se denomina de “má pega”. A má pega dificulta o esvaziamento da mama, levando a uma diminuição da produção do leite. O bebê com a pega inadequada retarda a descida leite, causa ansiedade para a mãe, tendo como causas posteriores de não ganhar o peso esperado apesar de permanecer longo tempo no peito.

Com isso conclui-se que se for aperfeiçoado o acompanhamento da mãe no pós parto imediato, a mãe e o recém nascido serão muito beneficiados com os efeitos do início precoce da amamentação e evitar-se-ão os problemas advindos de uma pega incorreta, o que diminuirá o tempo de internação do recém nascido.

E para esse aperfeiçoamento será necessário investir em um profissional da saúde, para cada turno, que além de auxiliar na pega correta, ainda poderá trabalhar também a questão do contato pele-a-pele.

Os trabalhadores da enfermagem que atuam no setor do pós-parto imediato, fazem o que podem, mas diante de tantas atividades, decorrentes da demanda, não conseguem dar o auxílio necessário, na hora certa.

O aleitamento materno para ter sucesso depende de uma boa pega, ou da “pega correta”, isso significa que o manejo do bebê precisa de técnicas para que ele possa mamar corretamente.

Durante todo o do projeto as autoras enriqueceram ainda mais o conhecimento e a experiência de compartilhar do momento de felicidade da mãe, quando consegue amamentar, parece um momento mágico, ficamos felizes junto com ela, e aderiu-se aos milhões de profissionais da saúde que levantam essa bandeira em todo o mundo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE. Mitos Sobre Amamentação. Disponível em : <http://www.e-familynet.com/artigos/articles.php?article=327> Acesso 14/12/2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Promovendo o Aleitamento Materno 2ª edição, revisada. Brasília: 2007. Álbum seriado.

CIAAM - Centro de Incentivo e apoio ao Aleitamento Materno. Amamentação. Disponível em <http://www.unifesp.br/centros/ciaam/faq.htm#5> acesso em 14/05/2009

CURRY.M.A.: Contact during the first hour with the wrapped or maked nwborn:effect on maternal attachment behavior at 36 hours and 3 months, Birth Fam.1979

FRANCISCO, Evanilson. Hormônios e Lactação. Disponível em : <http://fisiologiadalactacao.blogspot.com/> acesso14/12/2009.

KLAUS, MARSHALL H., KENNEL H. JOHN. Pais/bebê: A formação do apego. Trad. Daise Batista; supervisão e revisão técnica da trad. De Maria Helena Machado - Porto alegre: Artes Médicas, 1992.

LANG, R.:Birth Book, Bem Lomond, Califórnia. 1972. Genesis Press.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. [O desafio do conhecimento](#) : pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p. [1 exemplar(es)]

REGO, José Dias. [Aleitamento Materno](#). 2ª edição. São Paulo: Editora: Ateneu 2006

TELLIS, W. Application of a Case Study. Methodology. *In: The Qualitative Report*, v.3, n. 3, sept. 1997. Disponível em: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-3/tellis2.html>. Acesso em 26/02/09.

VALDÉS, V; SÁNCHEZ, A. Pérez ; LABBOK, M. [Manejo Clínico da Lactação – Assistência à Nutriz e ao Lactente](#). Rio de janeiro. Editora: Revinter, 1996

## ANEXOS

## Anexo 01

Entrevista com as puérperas no pós parto da Maternidade Darcy Vargas.

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos
2. Mora com: ( ) sozinho ( ) companheiro ( ) com familiares
3. Profissão \_\_\_\_\_
4. Escolaridade: ( ) não alfabetizada ( ) básico ( ) fundamental ( ) médio ( ) superior
5. Número de filhos \_\_\_\_\_
6. Tempo de amamentação \_\_\_\_\_
7. Motivo do desmame \_\_\_\_\_
8. Dificuldades na amamentação anterior \_\_\_\_\_
9. Vantagens da amamentação anterior \_\_\_\_\_
10. Foi importante o atendimento individualizado das autoras na primeira pega?  
( ) sim ( ) não

## Anexo 02



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE E SERVIÇOS

### **CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Participantes **Débora Regina Airoso, Inês Cristina Galvan, Suéllyng Rohden Filgueiras e Vanessa da Veiga** sob orientação da Professora **Ondina Machado de Marichal**, do Instituto Federal de Santa Catarina, Curso Técnico em Enfermagem, estão desenvolvendo a pesquisa **ALEITAMENTO MATERNO A LUZ DA PRIMEIRA HORA: A PEGA CORRETA PARA AS PUÉRPERAS DE PARTO NATURAL NO CENTRO OBSTÉTRICO DA MATERNIDADE DARCY VARGAS**, que se constituirá no Projeto de Ação Comunitária (PAC). **Este projeto consiste em atendimento e orientação para as puérperas no pós parto e banco de leite da Maternidade Darcy Vargas para promover a pega correta e sucesso do aleitamento materno.** Esclarece-se que a participação neste projeto não oferece riscos a sua saúde integral. Este termo tem a intenção de obter o seu consentimento e/ou de seu responsável caso menor de 18 anos, por escrito, para participar da pesquisa por meio da resposta ao questionário. Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não utilizaremos os nomes dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Será entregue a você uma cópia deste termo e outra ficará arquivada com o pesquisador. Se, em qualquer fase do estudo, você tiver alguma dúvida ou não quiser mais participar do mesmo, poderá entrar em contato pelos telefones abaixo relacionados. Certos de sua colaboração agradecemos a sua disponibilidade. **ATENÇÃO:** A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para a Comissão de Ética em Pesquisa da Maternidade Darcy Vargas. Endereço - Rua: Miguel Couto nº 44 - Bairro – Anita Garibaldi - CEP-89202-190 - Joinville – SC.

**PESQUISADORES:** Débora Regina Airoso, Inês Cristina Galvan, Suéllyng Rohden Filgueiras e Vanessa da Veiga.

**ORIENTADORA:** Ondina Machado de Marichal – RG 4.017.570-7  
CPF 485.077.929-87 Rua Pavão 1337, Costa e Silva, Joinville - SC  
Telefones: (47) 3431-5627 e celular 9911-8036 e-mail : [ondina@ifsc.edu.br](mailto:ondina@ifsc.edu.br)

Eu,....., neste ato representado por ..... consinto em participar desta pesquisa, desde que respeite as respectivas proposições contidas neste termo.

Joinville, ..., ..... de 2010.

Assinatura e RG

Assinatura e RG do Pai ou responsável

