

Cíntia Cardozo Albino May
Diana Beatriz Zanovello Santana
Leonardo Ramos da Silva
Natália Regina Vitório Brietzig

**A IMPORTÂNCIA DE INCENTIVAR AS GESTANTES
SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO COMO ESTRATÉGIA INTEGRAL E
HUMANIZADA**

Joinville

2011

Cíntia Cardozo Albino May
Diana Beatriz Zanovello Santana
Leonardo Ramos da Silva
Natália Regina Vitório Brietzig

**A IMPORTÂNCIA DE INCENTIVAR AS GESTANTES
SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO COMO ESTRATÉGIA INTEGRAL E
HUMANIZADA**

Projeto de ação comunitária apresentado ao Curso de
Enfermagem, do Centro Federal de Educação
Tecnológica de Santa Catarina – Unidade Joinville.

Orientadora: Enf^a Juraci Maria Tischer

Joinville
2011

Dedicatória

A nossa família, por estar sempre ao nosso lado nos incentivando a lutar por nossos objetivos, a todos os profissionais da área da saúde e os futuros profissionais, que todos possam compreender a real importância deste tema, e todas as mães que amam e amamentam seus filhos.

Agradecimentos

Nossa gratidão a Deus, pelo dom da vida, pela saúde e disposição, por ser nosso refúgio e fortaleza nos momentos de dificuldade que enfrentamos ao longo do caminho.

Agradecemos a nossa família e amigos que mesmo com nossa ausência nos deram apoio para que pudéssemos concluir esse projeto, a nossa orientadora Enfermeira Juracy Maria Tischer que acreditou no ideal desse projeto e através de seu conhecimento nos ajudou a materializar nossas expectativas.

Nossos agradecimentos a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para que realizássemos esta pesquisa.

A direção da Maternidade Darcy Vargas que nos permitiu realizar esse projeto, a enfermeira Letícia Schwartz Stringare chefe do setor “C” que nos acompanhou durante a aplicação do projeto. As gestantes que estavam internadas no setor C que confiantes, permitiram nossas orientações, pois estavam certas de nosso conhecimento.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. JUSTIFICATIVA	7
3. OBJETIVOS	8
3.1 Objetivo geral.....	8
3.2 Objetivos específicos.....	8
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
4.1 Estrutura da Mama.....	9
4.2 Produção do Leite.....	18
4.3 A Importância do Aleitamento Materno.....	21
4.4 Alimentos complementares ao desmame: quais, quando e como introduzi- los?	29
4.5 Transmissões do HIV na Amamentação.....	34
5. METODOLOGIA	36
5.1 Local da pesquisa.....	37
6. RESULTADOS E DISCUSSÕES	38
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
8. APÊNDICES	48
9. ANEXOS	53
10. REFERÊNCIAS	70

INTRODUÇÃO

Segundo KING (1998) “Nenhuma mãe nasce sabendo amamentar, esse é um processo de aprendizado. Sendo assim, a mãe precisa ser orientada por profissionais da saúde envolvidos no assunto como médicos, enfermeiro e nutricionista”.

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

De acordo com CIAMPO (2004) análises têm demonstrado que são evidentes as vantagens e benefícios para a criança, à mãe e toda sociedade quando o aleitamento materno é praticado. O leite humano, sobre qualquer outro alimento tem uma perfeita adequação. O aleitamento materno é recomendado como única fonte de nutrientes até os seis meses de vida da criança e, a partir desta idade, sua complementação com outros alimentos por dois anos ou mais.

O aleitamento materno é a mais sábia maneira natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição, sendo de fundamental importância para a sobrevivência e a qualidade de vida da criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção, ou seja, uma importante arma na redução da mortalidade infantil uma vez que os fatores que respondem por esta proteção são múltiplos, além de, contribuir para a formação do ser humano mais saudável e com melhor qualidade de vida.

Os esforços de diversos organismos nacionais e internacionais favoreceram o aumento da prática do Aleitamento Materno ao longo dos últimos vinte e cinco anos. Apesar disso, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão aquém do recomendado.

Em pesquisa realizada durante a Campanha Nacional de Vacinação em 2005, em Joinville, Santa Catarina – Brasil foi divulgado que o índice de aleitamento materno exclusivo foi de 53,9% em menores de quatro e de 43,6% em menores de seis meses, (FRANCO, 2008) e, em nível Nacional, verificou-se que a situação da amamentação era bastante heterogênea entre as capitais e regiões do País, sendo baixa a prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses (35,6%). Ministério da Saúde (2001).

A motivação para amamentar talvez tenha relação ao grau de instrução materna. Muitos estudos têm demonstrado que esse fator afeta a continuidade do processo. Levantamento brasileiro mostrou que as mães que obtiveram maior sucesso no aleitamento eram as mais instruídas, mais velhas, casadas, com experiência anterior com o aleitamento e conseqüente motivação maior, com um bom acompanhamento pré-natal e apoio de outras pessoas para mantê-lo, especialmente o do marido. Já as mães de classes menos favorecidas, menos instruídas, freqüentemente solteiras,

começam o pré-natal mais tarde e, conseqüentemente, se preocupam em decidir sobre a forma do aleitamento também mais tarde. FALEIROS (2006).

O principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal. Estudos verificaram que um conjunto de procedimentos e estratégias efetivas de apoio à amamentação, realizadas no pré-natal e na pediatria de unidades básicas de saúde, teriam maior impacto sobre a amamentação exclusiva em bebês menores de 6 meses e práticas como, a realização de grupos de apoio à amamentação daria um suporte e maior orientação as gestantes. É de fundamental importância o papel dos grupos voluntários de apoio à amamentação na comunidade, porém, são escassos, muitas vezes atingem apenas as mulheres de classe média. OLIVEIRA (2002).

O incentivo à prática do aleitamento materno e a busca de condições ideais para o seu pleno sucesso constituem-se em metas prioritárias de todas as áreas e profissões ligadas a saúde da criança. No entanto, a implementação das ações de proteção e promoção do aleitamento materno e da adequada alimentação complementar depende de esforços coletivos intersetoriais e constitui enorme desafio para o sistema de saúde, numa perspectiva de abordagem integral e humanizada.

Em trabalhos já realizados identificou-se que a maioria dos profissionais de saúde considera-se favorável ao aleitamento materno, porém, muitas mulheres se mostram insatisfeitas com o tipo de apoio recebido. Isso pode ser devido às discrepâncias entre percepções do que é apoio na amamentação. As mães que estão amamentando querem apoio, bem como informações precisas, para se sentirem confiantes, mas o suporte oferecido pelos profissionais costuma ser mais passivo reativo. Se o profissional de saúde realmente quer ajudar no aleitamento materno, ele precisa entender que tipo de apoio, informação e interação as mães desejam, precisam ou esperam dele.

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, e apesar dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém do recomendado, sendo assim, o profissional de saúde tem um papel fundamental na reversão desse quadro, e deve ter um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, entre outros, reconhecendo a mulher como protagonista do seu processo de amamentar, valorizando-a, escutando-a e empoderando-a.

1. JUSTIFICATIVA

Segundo dados do UNICEF (2009), o Brasil ocupa o segundo lugar dentre os países capazes de atingir a meta de redução da mortalidade infantil em dois terços, de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, da Organização Mundial da Saúde. O Brasil apresentou expressiva

evolução na redução da mortalidade na infância entre 1990 e 2006, o que permite prever o cumprimento da meta muito antes do pactuado. Ministério da Saúde (2009).

No entanto, estamos distantes do cumprimento das metas propostas pela OMS e MS, de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e manutenção da amamentação até o segundo ano de vida ou mais. As pesquisas apontam a necessidade de intervenções no sentido de promover hábitos saudáveis de alimentação no primeiro ano de vida.

Nos últimos 30 anos, as políticas nacionais de apoio ao aleitamento materno se basearam eminentemente na perspectiva hospitalar ou no apoio legal, mas houve pouco e incipiente estímulo para estabelecer essas ações no âmbito da Atenção Básica. Da mesma forma, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição encerra uma lacuna de informação e amparo legal entre hábitos considerados inadequados até então e corrobora para a concepção de novos padrões, aceitos atualmente.

As mulheres estão sendo chamadas a fazer pré-natal. Elas estão respondendo a esse chamado. Elas acreditam que terão benefícios procurando serviços de saúde. Elas depositam sua confiança aos cuidados de pessoas autorizadas legalmente, a cuidarem delas, no entanto é necessário escutá-las, interagir, permitir que se expresse, fortalecendo a mulher no seu percurso pela unidade de saúde, promovendo a saúde da gestante e da criança.

Sendo assim, em consonância com os direitos humanos fundamentais e para a prevenção de distúrbios nutricionais de grande impacto em Saúde Pública e para maior acesso às ações de saúde é que o grupo se propõe a realizar o projeto, orientando mulheres no seu ciclo gravídico com foco na proteção, promoção e apoio as gestantes sobre os benefícios do Aleitamento Materno como fonte fundamental de qualidade de vida da criança, pois, considera-se de enorme importância que saibam que é o único alimento que supre as necessidades nutricionais do bebê, e transmitem as defesas contra infecções, alergias e outras patologias, sendo que o bebê se sente mais feliz, saudável e tem maior relação de amor com sua mãe e de toda a sua superioridade em relação a outros alimentos.

Baseando-se no que foi descrito acima, consideramos que foi de relevante importância, a realização desse projeto, que teve por objetivo conscientizar as futuras mães sobre o verdadeiro benefício do aleitamento materno para o bebê, mãe, família e sociedade. Desta forma nossa proposta foi responder a uma pergunta: Por que amamentar?

São muitos os estudos que comprovam os benefícios do aleitamento materno, no entanto, dado alguns insucessos no processo, justifica-se um projeto para orientação ainda no período do pré-natal em grupo de gestantes presentes na Maternidade Darcy Vargas. Deste modo contribuímos e conscientizamos as futuras mães para a promoção, proteção e apoio ao pleno sucesso na amamentação de acordo com as diretrizes da Organização Mundial da saúde.

2. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar e compreender o processo do aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, orientar tanto a gestante de alto risco quanto sua família.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Oferecer informações atualizadas sobre as vantagens do Aleitamento Materno por ocasião da realização da assistência pré-natal em gestantes;
- Promover troca de experiência entre mulheres que estão amamentando e as gestantes;
- Prestar uma assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada sobre o AM, respeitando o saber e a história de vida de cada mulher;
- Ajudar a superar medos, dificuldades, inseguranças e tabus;
- Buscar formas de interagir com a população para informá-la sobre a importância de adotar uma prática saudável de aleitamento materno e também o momento da inclusão de alimentos complementares;
- Avaliar a eficiência da intervenção por meio de questionário.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 ESTRUTURA DA MAMA

Para VINHA (1999) "As mamas, também chamadas de seios ou peito, situam-se na parte superior do tórax e são formadas pelos tecidos glandular, responsável pela produção (secreção) e expulsão (ejeção) do leite, conjuntivo (celular) e adiposo (gorduroso)." (Anexo 2)

"As mamas, características dos mamíferos, são fundamentalmente destinadas à nutrição, apesar de na mulher desempenharem importante papel na sexualidade." REGO (2006).

O máximo desenvolvimento das mamas ocorre durante a gravidez e especialmente após o

parto, durante a amamentação. VALDÉS (1996).

As glândulas mamárias estão presentes em ambos os sexos. No homem, mantêm-se rudimentares por toda a vida, em compensação, na mulher estão pouco desenvolvidas até antes da puberdade, quando começa o processo de maturação. O Máximo desenvolvimento destas glândulas acontece durante a gravidez e especialmente no período posterior ao parto, durante a amamentação.

O tamanho da mama não indica sua capacidade funcional. De acordo com REGO (2006).

O tamanho da mama está diretamente ligado à quantidade de gordura e não indica sua capacidade funcional. Na mulher adulta, a mama pesa em média 200 a 400 g, durante a gestação pode atingir aproximadamente 600 g e no período de lactação o peso varia de 600 a 800 g.

Na aréola encontram-se as glândulas de Montgomery, estas produzem secreção que lubrifica o mamilo e a aréola. Segundo VALDÉS (1996).

A aréola possui numerosas glândulas sebáceas, entre elas é possível reconhecer algumas que durante a gravidez e a amamentação determinam relevos da pele da aréola, denominadas glândulas de Montgomery; estes tubérculos contem estruturas histológicas similares à parte glândula da mama (Smith e cols., 1982) e produzem uma secreção gordurosa que lubrifica o mamilo e a aréola.

“A pele que recobre a mama é fina, elástica, mais clara, com discretos pêlos. Diferencia-se do resto do corpo pela sua parte central que é mais espessa, pigmentada, enrugada e desprovida de pêlos chamada aréola.” MACÊDO (2010).

“O mamilo encontra-se no centro da aréola, possui numerosas glândulas sebáceas e se diferencia da aréola por não apresentar pelos e glândulas sudoríparas.” De acordo com REGO (2006).

No centro da aréola, a altura do quarto espaço intercostal, temos a papila ou mamilo, formação cilíndrica, pigmentada, de tamanho variado, tendo em média 10 a 12 mm de largura e 9 a 10 mm de altura. Sua pele é semelhante a da aréola, porém não apresenta pelos e glândulas sudoríparas. Numerosas glândulas sebáceas estão presentes e no seu vértice possui 15 a 20 orifícios correspondentes à desembocadura dos ductos lactíferos.

Conforme afirma VINHA (1999) “O interior da mama é composto por alvéolos, canalículos, canal lactífero, seio galactóforo e poros mamilares. A mama possui de 18 a 20 lobos em média. O conjunto de lobos é chamado glândula mamaria.”

“Os lobos variam consideravelmente de tamanho e são mais numerosos na parte superior do seio.” REGO (2006).

O interior da mama é semelhante a um cacho de uva, com pequenas estruturas que unidas formam um lobo. VINHA (1999). (Anexo 3)

A forma interna de uma mama é semelhante a um conjunto de 18 a 20 cachos de uvas, cujos bagos (frutos) são bem pequenos. Esses bagos (alvéolos) estão ligados a canais muito finos e curtos (canalículos) que se unem a um canal mais largo e comprido (canal lactífero). Este canal maior desemboca em uma bolsa ou depósito de leite (seio galactóforo ou lactífero) encontrado sob a aréola (círculo ao redor do bico do peito). No bico do peito (mamilo), os canais se estreitam até atingir um calibre de 0,5mm e terminam em orifícios (poros mamilares) situados na superfície mamilar.

De acordo com FIGUEIREDO (2003) “O alvéolo: unidade funcional da glândula mamaria, por onde o leite é secretado. Canalículo: canal muito pequeno que transporta o leite do alvéolo para o canal lactífero”.

VINHA (1999) “Canal lactífero: canal maior por onde o leite escoar até atingir o seio galactóforo. Seio galactóforo ou lactífero: depósito de leite que se encontra sob a aréola. Aréola: parte marrom ao redor do mamilo”.

GONZALEZ (1994) “Mamilo ou bico do peito: é de onde sai o leite para a boca da criança. Poro mamilar: orifício de saída do leite”.

FIGUEIREDO (2003) “Lóbulo: conjunto de dez a cem alvéolos mamários. Ampola: conjunto de seios galactóforos”.

Segundo VINHA (1999) “Lobo: um conjunto de lóbulos, canalículos, canal lactífero, seio galactóforo e poro mamilar denominam-se lobo [...]”.

Segundo VALDÉS (1996) “Durante a gestação, a glândula mamaria prepara-se para cumprir, depois do parto, sua função primordial, a secreção de leite.”

Durante a gravidez a mama sofre modificações resultantes de muitos hormônios, principalmente da prolactina e do lactogênio placentário. De acordo com as conclusões de REGO (2006).

No período da gravidez, a glândula mamaria sofre modificações resultantes da interação da progesterona, dos estrogênios, do lactogênio placentário, das gonadotrofinas, dos corticóides placentários, dos hormônios tireoidianos, do hormônio da paratireóide, da insulina, dos corticóides supra – renais, e possivelmente do hormônio do crescimento hipofisiário, sendo que a prolactina e o lactogênio placentário são os mais importantes na regulação da mamogênese.

Conforme FIGUEIREDO (2003) “A prolactina começa a ser produzida no primeiro trimestre, com aumento progressivo até o nascimento”.

“No início da gestação, o tecido mamário sofre modificações que consistem na proliferação de condutos e ácinos e formação de novos alvéolos.” REGO (2006).

Entre a quinta e oitava semana de gestação há um aumento de volume das mamas o final do primeiro trimestre aumento do fluxo sanguíneo. Segundo conclusões de VALDÉS (1996).

Entre a quinta e oitava semana de gestação aprecia-se um franco aumento de volume dos seios, com dilatação das veias superficiais, aumento da pigmentação da aréola e do mamilo. Ao final do primeiro trimestre aumenta o fluxo sanguíneo, por dilatação dos vasos sanguíneos e pela neoformação de capilares ao redor dos lóbulos menores. O desenvolvimento da mama continua durante toda a gestação.

As modificações pós-gestacionais têm início a partir da 20ª semana de gestação, a mama já está pronta para produzir leite, mas isso ocorre em pequena quantidade devido à presença da placenta que inibe a prolactina. Conforme conclusões de REGO (2006).

A lactogênese I se dá no último trimestre, a partir da 20ª semana de gravidez, quando a

mama esta pronta para produzir leite (pré-colostro), mas o faz em pequena quantidade, porque a presença da placenta inibe a prolactina, hormônio responsável pela produção do leite, devido às altas concentrações de esteróides sexuais, especialmente a progesterona.

“O contínuo crescimento das mamas durante a segunda metade da gravidez é devido à progressiva dilatação alveolar produzida pelo colostro e pela vascularização. VALDÉS (1996).

“Com a saída da placenta cessa a ação da progesterona e inicia a liberação de prolactina iniciando a fase de lactogênese II.” De acordo com Ministério da Saúde (2009).

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 partir de então, a regulação passa a ser feita no próprio local da produção do leite, ou seja, o controle passa a ser autócrino. O volume de leite passa a depender da demanda e é diretamente proporcional ao número de mamadas.” REGO (2006).

“Assim, a produção e a descida do leite são um reflexo da sucção: quanto mais o bebe suga, maior é a produção e a descida.” GONZALEZ (1994).

Conforme GONZALEZ (1994) “Ao sugar o recém nascido estimula as terminações nervosas do mamilo, que enviam ordem ao cérebro para que liberem ocitocina e prolactina”.

“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.” Ministério da Saúde (2009).

Existem diferentes tipos de mamilos, por isso a importância de exame clínico das mamas durante o pré-natal para identificá-los e orientar de forma adequada as gestantes. Conforme REGO (2006) “O exame dos mamilos no pré-natal e na primeira consulta é fundamental para o aconselhamento da mulher e preparo para a amamentação”.

Na inspeção devesse ser avaliado o tamanho do mamilo, sendo importante salientar que os mamilos pequenos não estão relacionados às habilidades funcionais, não significando necessariamente problema para a amamentação e a pega adequada da criança. REGO (2006).

Segundo KING (1991) “A criança suga a mama e não o mamilo. Pense no mamilo como um “ponto de referência” para mostrar a criança por onde pegar a mama. Só é necessário que o mamilo e aréola fiquem protusos, formando um “bico”, dentro da boca da criança.”

“Os mamilos são de quatro tipos: protuso ou normal, plano, comprido e invertido. Os mamilos normais são encontrados em 92% das mulheres, enquanto os invertidos encontram-se em 0,5% das mulheres.” REGO (2006). Para VINHA (1999) “Protuso ou normal: quando estimulado fica saliente, bem delimitado, indo com facilidade à frente de sua posição normal”. (Anexo 4)

De acordo com REGO (2006) “Compridos: em casos de mamilos extremamente longos, a

criança às vezes suga apenas o mamilo, podendo levar ao aparecimento de fissuras”.

O mamilo semiprotuso quando estimulado pouco se protraí afirma VINHA (1999). (Anexo 5)

Semiprotuso ou subdesenvolvido: apresenta-se pouco saliente, como se estivesse incorporado à região areolar. Não há delimitação precisa entre o bico e a aréola. Quando estimulado, avança pouco à frente de sua posição natural. Apenas 7% das mulheres o possuem.

Segundo REGO (2006) “O mamilo invertido não se protraí e, nesses casos, a amamentação pode ficar dificultada”. (Anexo 6)

De acordo com VINHA (1999) “Com a sucção insistente do bebe, pode aplanar-se, nivelando-se com a aréola, mas volta em seguida ao estado anterior da inversão”. A mãe que tem mamilos subdesenvolvidos não deve permitir que seu bebê conheça outro tipo de bico a não ser os seus, pois, assim, terá maior possibilidade de sucesso na amamentação.

O uso de cremes hidratantes e óleos emolientes nos mamilos durante a gravidez são contra indicado, porque essas substâncias conduzem à despigmentação da região mamilo-areolar, facilitando o aparecimento de traumas mamilares. BARROS (2002).

A preparação dos mamilos durante a gravidez não tem sido recomendado devido à ausência de benefícios, conforme Ministério da Saúde (2009).

A “preparação” das mamas para a amamentação, tão difundida no passado, não tem sido recomendada de rotina. A gravidez se encarrega disso. Manobras para aumentar e fortalecer os mamilos durante a gravidez, como esticar os mamilos com os dedos, esfregá-los com buchas ou toalhas ásperas, não são recomendadas, pois na maioria das vezes não funcionam e podem ser prejudiciais, podendo inclusive induzir o trabalho de parto.

É muito importante e com grandes benefícios a exposição dos mamilos ao ar e sol, já o uso de cremes não está indicado, conforme afirma REGO (2006).

A experiência clinica evidencia que a exposição dos mamilos ao ar e sol (dez minutos antes das 10 horas ou após as 16 horas) é benéfica e que o uso de cremes não devera ser indicado, pois poderão tornar a pele dos mamilos extremamente fina, facilitando o aparecimento de fissuras.

Conforme BARROS (2002) “É importante identificar os conhecimentos, as crenças e as atitudes que a gestante possui em relação à amamentação, bem como saber se já vivenciou alguma vez a amamentação e que tipo de experiência possui”.

Mas não é muito simples amamentar como se parece, devido aos problemas freqüentes relacionados às mamas, a mitos de “leite fraco”, e muitos outros motivos a não amamentação.

BARROS (2002) afirma que, “As situações especiais e/ ou as dificuldades identificadas no processo de aleitamento materno podem contribuir para que a mãe sinta-se temerosa e desestimulada, vindo a desmamar mais precocemente o seu filho.”

De acordo com REGO (2006) “A queixa de mamilos doloridos, apresentando ou não fissuras, é um dos problemas mais comumente relatados pelas nutrizes. Pode causar extremo desconforto, frustração e levar ao desmame precoce”.

Como relata KING (1991) “A causa mais comum de dor nos mamilos é a má posição em que a criança suga. Ela não “pega” parte suficiente da mama na boca e suga apenas o mamilo”, dificultando a sucção do leite, ou seja, o bebê chora por não estar suficientemente alimentado.

De acordo com Ministério da Saúde (2009) a causa mais comum de dor nos mamilos é a pega inadequada do bebe, alguns problemas fisiológicos da mãe e do bebe, e o uso de cremes e outros não recomendados.

A causa mais comum de dor para amamentar se deve a lesões nos mamilos por posicionamento e pega inadequados. 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.

Segundo KING (1991) “Se a criança continua sugando em má posição, pode lesar a pele do mamilo. Então o mamilo fica rachado ou fissurado.” (Anexo 7)

“Se a pele do mamilo for lesada, bactérias podem entrar no tecido mamário causar mastite ou abscesso mamário mais facilmente.” KING (1991).

De acordo com TEZZA (2002) as causas mais comuns de fissuras nos mamilos são:

Sucção inadequada quando o RN abocanha somente o mamilo quando o correto é o RN abocanhar também a aréola mamilar; uso de lubrificantes e medicamentos tópicos (destroem a proteção, ressecam a região e favorecem a contaminação do mamilo); higiene excessiva remove a proteção natural do mamilo; ingurgitamento mamário; uso de bombas para retirar o leite.

“As fissuras mamárias são lesões que ocorrem nos mamilos durante o processo de amamentação. Demoram para cicatrizar devido à tração repetida de sucção.” TEZZA (2002).

Conforme REGO (2006) “Outro fator de risco é a introdução de complementos em chucas ou mamadeiras, o que pode ser prejudicial, levar a infecções, reduzir o tempo de sucção na mama, interferir na amamentação sobre livre demanda [...]”

O tratamento consiste em correção da pega, aplicação do leite materno nos mamilos entre outros. Afirma REGO (2006).

O tratamento devera ser a correção da técnica da amamentação, mudança de posição de mamada, aplicação de leite materno nos mamilos após todas as mamadas, não utilização de protetores ou intermediários e evitar o contato dos mamilos feridos com sutiã de náilon, renda ou lycra. Para evitar dor muito intensa, podem ser usados analgésicos sistêmicos.

“Não utilizar sabonete, sabão, lubrificantes, pomadas, soluções alcoólicas ou outros medicamentos tópicos na região mamilo areolar, evitar o uso de bombas de sucção (manual ou elétricas).” TEZZA (2002).

Algumas práticas populares devem ser evitadas até que sejam comprovadas sua eficácia, conforme afirma Ministério da Saúde (2009).

Existem muitas práticas de uso popular que visam a aliviar o sofrimento materno causado por machucadura de mamilos, como o uso de chá e casca de banana ou mamão, entre

outras. Essas práticas devem ser evitadas até que haja estudos indicando a sua eficácia e inocuidade. A casca de banana, por exemplo, pode causar reação alérgica e ser fonte de contaminação.

O uso de protetores de mamilo de plástico reduz o volume de leite obtido em 22% e torna difícil promover o retorno a mamada diretamente na mama. REGO (2006).

O ingurgitamento mamário se dá pelo aumento do volume das mamas tornando-as dolorosas, sua causa pode ser obstrução temporária dos ductos lactíferos. TEZZA (2002). (Anexo 8)

O ingurgitamento mamário caracteriza-se pelo aumento das mamas, que tornam-se túrgidas, distendidas e dolorosas a ponto de impedir a amamentação. Há uma obstrução temporária dos ductos lactíferos, dificultando a pega mamaria do bebê. O distúrbio não é o aumento do leite, mas sim a sua retenção e conseqüente falência da secreção láctea por falta de esvaziamento da mama.

BARROS (2002) afirma que o acúmulo do leite pode ser por vários fatores como obstrução dos ductos, mamilos traumatizados, à prematuridade entre outros.

Esse acúmulo de leite pode estar relacionado ao posicionamento incorreto da criança para mamar e/ ou à preensão incorreta, a obstrução de ductos, a dificuldade de ejeção láctea, a mamilos traumatizados ou malformados, ocasionando dor à amamentação, ao uso de complementos, à prematuridade e a fatores emocionais, atuando como bloqueadores do reflexo hipófise-mama.

É preciso identificar qual o tipo de ingurgitamento para saber quais medidas devem ser tomadas. Conforme Ministério da Saúde (2009).

É importante diferenciar o ingurgitamento fisiológico, que é normal, do patológico. O primeiro é discreto e representa um sinal positivo de que o leite está “descendo”, não sendo necessária qualquer intervenção. Já no ingurgitamento patológico, a mama fica excessivamente distendida, o que causa grande desconforto, às vezes acompanhado de febre e mal-estar. Pode haver áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, e o leite muitas vezes não flui com facilidade. O ingurgitamento patológico ocorre com mais frequência entre as primíparas, aproximadamente três a cinco dias após o parto. Leite em abundância, início tardio da amamentação, mamadas infreqüentes, restrição da duração e frequência das mamadas e sucção ineficaz do bebê favorecem o aparecimento do ingurgitamento.

“Expor os mamilos ao sol por 15 minutos entre as 8 e 10 horas da manhã e após as 16 horas. Os raios solares têm grande concentração de raios infravermelhos, tem ação cicatrizante e antisséptica.” TEZZA (2002).

“O mais importante em relação à apojadura e ao ingurgitamento é a prevenção e o tratamento adequados por um profissional de saúde treinado para entender e resolver as dificuldades das fases iniciais da amamentação.” REGO (2006).

O tratamento no tratamento inclui ordenha, mamadas freqüentes, massagens entre outros. De acordo com REGO (2006).

O tratamento do ingurgitamento mamário devera ser feito conforme o quadro clínico e a ansiedade e insegurança da mãe. Caso não sejam detectadas áreas de edema e ingurgitamento muito intensos, tranquilizar a mãe, ensinar e estimular o autocuidado, com palpação e massagens constantes, visando reduzir áreas com maior retenção, a técnica da ordenha, especialmente com o objetivo de manter a aréola sempre macia e fácil de abocanhar. Orientar mamadas freqüentes, amamentação em livre demanda, salientando os riscos da interrupção das mamadas.

Segundo Ministério da Saúde (2009) “Suporte para as mamas, com o uso ininterrupto de sutiã com alças largas e firmes, para aliviar a dor e manter os ductos em posição anatômica”. Compressas frias (ou gelo envolto em tecido), em intervalos regulares após ou nos intervalos das mamadas.

O bloqueio dos ductos lactíferos pode acontecer por esvaziamento insuficiente das mamas, pressão local ou intervalo prolongado das mamadas. Segundo Ministério da Saúde (2009).

O bloqueio de ductos lactíferos ocorre quando o leite produzido numa determinada área da mama, por alguma razão, não é drenado adequadamente. Com frequência, isso ocorre quando a mama não está sendo esvaziada adequadamente, o que pode acontecer quando a amamentação é infreqüente ou quando a criança não está conseguindo remover o leite da mama de maneira eficiente. Pode ser causado também quando existe pressão local em uma área, como, por exemplo, um sutiã muito apertado, ou como consequência do uso de cremes nos mamilos, obstruindo os poros de saída do leite.

“O repouso tem papel significativo no tratamento, facilitando a liberação do leite materno. Indica-se, ainda, uso de analgésicos e antiinflamatórios (paracetamol, dipirona, ibuprofeno etc.)” REGO (2006).

Conforme REGO (2006) “O tratamento consiste em não parar de amamentar; estimular o esvaziamento, com mamadas freqüentes; massagens circulares delicadas, na região do nódulo, antes e durante a mamada”.

Utilização de distintas posições para amamentar, oferecendo primeiramente a mama afetada, com o queixo do bebê direcionado para a área afetada, o que facilita a retirada do leite do local. Ministério da Saúde (2009).

Deve-se evitar, para tratar e prevenir o aparecimento de ductos lactíferos bloqueados, fatores de compressão externa (sutiãs etc.) e evitar períodos longos entre mamadas. Como também realizar a ordenha manual da mama, caso a criança não esteja conseguindo esvaziá-la.

Mastite é uma infecção bacteriana de um ou mais segmentos da mama, geralmente unilateral, tendo como porta de entrada, na maioria das vezes, a fissura mamilar. REGO (2006).

“A mastite é uma infecção que ocorre na mama provocada por microorganismos patogênicos que atingem o tecido mamário e se não for tratada adequadamente, pode transformar-se em abscesso.” TEZZA (2002). (Anexo 9)

Ela ocorre mais comumente na segunda e terceira semanas após o parto e raramente após a 12ª semana. Ministério da Saúde (2009).

Segundo afirmações de BARROS (2002) “O agente causador mais comum é o *Staphylococcus aureus*. Pode também ser a *Escherichia coli* ou *Streptococcus*”.

Alguns fatores contribuem para o aparecimento de mastite como, produção excessiva de leite, fadiga materna, uso de chupetas e mamadeiras, entre outros. Ministério da Saúde (2009)

Qualquer fator que favoreça a estagnação do leite materno predispõe ao aparecimento de mastite, incluindo mamadas com horários regulares, redução súbita no número de mamadas, longo período de sono do bebê à noite, uso de chupetas ou mamadeiras, não

esvaziamento completo das mamas, freio de língua curto, criança com sucção fraca, produção excessiva de leite, separação entre mãe e bebê e desmame abrupto. A fadiga materna é tida como um facilitador para a instalação da mastite.

Alguns sinais e sintomas podem ser observados de acordo com BARROS (2002), “Hiperemia e hipertemia local, dor, edema, hipersensibilidade, endurecimento, podendo ou não apresentar abscesso, febre, mal estar geral, taquicardia e calafrios.”

Segundo Ministério da Saúde (2009) pode ocorrer diminuição da produção de leite na mama afetada.

A produção do leite pode ser afetada na mama comprometida, com diminuição do volume secretado durante o quadro clínico, bem como nos dias subseqüentes. Isso se deve à diminuição de sucção da criança na mama afetada, diminuição das concentrações de lactose ou dano do tecido alveolar.

“O tratamento da mastite deve ser instituído o mais precocemente possível, pois sem o tratamento adequado e em tempo oportuno a mastite pode evoluir para abscesso mamário, uma complicação grave.” Ministério da Saúde (2009).

De acordo com TEZZA (2002) “O tratamento inclui... não suspender a amamentação; aumentar a freqüência das mamadas, esvaziar a mama manualmente; fazer banho de luz infravermelho”.

A mãe deverá descansar por mais tempo. Deverá tirar uma licença de seu emprego. Se continuar a trabalhar a infecção poderá retornar. KING (1991). Nutrizes com essa afecção, em geral, ficam extremamente fragilizadas e inseguras, necessitando de apoio e suporte dos profissionais de saúde e dos familiares. REGO (2006).

Outras medidas de suporte: repouso da mãe (de preferência no leito); analgésicos ou antiinflamatórios não-esteróides, como ibuprofeno; líquidos abundantes; iniciar a amamentação na mama não afetada; e usar sutiã bem firme. Ministério da Saúde (2009).

A escolha do antibiótico (cefalexina, amoxicilina, dicloxacilina etc.) deverá ser criteriosa, considerando-se sempre seus efeitos na criança. REGO (2006).

De acordo com Ministério da Saúde (2009) o abscesso mamário é uma complicação da mastite, apresentando presença de áreas de flutuação à palpação.

O abscesso mamário, em geral, é causado por mastite não tratada ou com tratamento iniciado tardiamente ou ineficaz. É comum após a interrupção da amamentação na mama afetada pela mastite sem o esvaziamento adequado do leite por ordenha. O diagnóstico é feito basicamente pelo quadro clínico: dor intensa, febre, mal-estar, calafrios e presença de áreas de flutuação à palpação no local afetado.

O tratamento deverá ser medicamentoso, com esvaziamento das mamas, repouso, etc. Assim afirma REGO (2006).

O tratamento deve ser realizado com o esvaziamento das mamas por ordenha, drenagem cirúrgica, antibióticos, analgésicos e antitérmicos, repouso, calor local e sutiã adequado, mantendo as mamas suspensas. Deve ser salientada a importância do esvaziamento para o alívio e melhora da sintomatologia do abscesso mamário.

Conforme Ministério da Saúde (2009) “Interrupção da amamentação na mama afetada até que o abscesso tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada; manutenção da amamentação na mama sadia”.

Qualquer medida que previna o aparecimento de mastite conseqüentemente vai prevenir o abscesso mamário, assim como a instituição precoce do tratamento da mastite se ela não puder ser prevenida. Ministério da Saúde (2009).

De acordo com Ministério da Saúde (2009) os abscessos tratados inadequadamente podem levar a necrose e perda do tecido mamário.

Os abscessos mamários não adequadamente tratados podem evoluir para drenagem espontânea, necrose e perda do tecido mamário. Abscessos muito grandes podem necessitar de ressecções extensas, podendo resultar em deformidades da mama, bem como comprometimento funcional.

4.2 PRODUÇÃO DO LEITE

Nos primeiros dias depois do parto as mamas parecem vazias. Produz apenas pequenas quantidades do primeiro leite ou colostro, que é amarelado. Após alguns dias, as mamas começam a ficar mais cheias e endurecidas. KING (1998).

As primeiras etapas da produção de leite são controladas por hormônios afirma REA (2008).

Durante a gestação, os hormônios ajudam o desenvolvimento e o aumento da mama. As mamas também começam a produzir colostro. Após o parto, os hormônios da gestação diminuem. Dois hormônios – prolactina e ocitocina- tornam-se importantes para ajudar na produção e no fluxo ou ejeção do leite.

Segundo CIAMPO (2004) “O leite é produzido nos alvéolos mamários e passa pelas seguintes etapas: secreção de água e íons; síntese e mobilização de gordura; transferência de imunoglobulinas do espaço extracelular; exocitose”.

Para KING (1998) “É muito importante entender o efeito da sucção na produção de leite. Quanto mais sucção, maior a quantidade de leite produzido. Se a criança para completamente de sugar ou se nunca começa, as mamas param de produzir leite.”

Conforme REA (2008) “A quantidade de leite produzida depende do quanto é removido. Portanto, para garantir uma boa produção de leite, certifique-se de que o leite é retirado da mama de maneira eficiente”.

Durante a gestação a glândula mamaria acumula uma substância denominada de pré-colostro. VALDES (1996).

Durante a gestação, a glândula mamaria acumula no lúmen dos alvéolos uma substância denominada de pré-colostro, que é formado principalmente por exsudato do plasma, células, imunoglobulinas, lactoferrina, soroalbumina, sódio, cloro e uma pequena quantidade de lactose.

De acordo com KING (1998) “Se for permitido que a criança sugue sem horários rígidos, isto é, a todo momento em que quiser, o leite descera mais rapidamente.”

O colostro é o primeiro produto de secreção láctia da nutriz, perfeito como primeiro alimento da criança. REGO (2006).

O colostro é o primeiro produto de secreção láctia da nutriz e permite a boa adaptação fisiológica do recém-nascido á vida extra-uterina. É secretado desde o último trimestre da gestação e na primeira semana pós-parto. É uma secreção líquida de cor amarelada, perfeito como primeiro alimento da criança.

O colostro é produzido nas mamas a partir do sétimo mês de gestação e durante os primeiros dias após o nascimento. A aparência do colostro é grossa, pegajosa e de cor clara amarelada. REA (2008).

De acordo com KING (1998) “Nos primeiros dias depois do parto as mamas secretam colostro. O colostro é amarelado e mais grosso que o leite maduro e é secretado apenas em pequenas quantidades, é laxativo e auxilia na eliminação do mecônio evitando a icterícia.”

O colostro é constituído de proteínas, gordura, açúcar, sais minerais e água. Tem mais proteína e menos açúcar e gordura que o leite o maduro, portanto é menos calórico. É rico em anticorpos e vitaminas, o que lhe confere uma cor amarelada. CIAMPO (2004).

O leite materno maduro contém todos os principais nutrientes capaz de sofrer alterações. REA (2008).

O leite materno maduro contém todos os principais nutrientes- proteína, carboidratos, gorduras, vitaminas, minerais e água nas quantidades necessárias para o bebê. Ele se altera de acordo com o horário do dia, tempo de mamada, necessidades do bebê e doenças como as quais a mãe teve contato.

De acordo com REGO (2006) “O leite maduro possui dezenas de componentes conhecidos. Sua composição varia não apenas entre mães, como na mesma mãe entre as mamas, em mamadas diferentes e até no decurso da mesma mamada”.

Conforme KING (1998) “Em uma ou duas semanas, o leite aumenta em quantidade e muda seu aspecto e composição. Este é o leite maduro que contem todos os nutrientes de que a criança precisa para crescer”.

Para REA (2008) “A prolactina é hormônio que faz os alvéolos produzirem leite. A prolactina funciona depois da mamada do bebê, para a produção de leite para a mamada seguinte. A prolactina também pode deixar a mãe sonolenta e relaxada.”

Cada vez que a criança suga, estimula as terminações nervosas do mamilo. Estes nervos levam o estímulo para a parte anterior da glândula pituitária que produz a prolactina. Esta, através da circulação sanguínea atinge as mamas que produzem o leite. KING (1998).

Enquanto a prolactina é o hormônio responsável pela síntese e liberação do leite nos alvéolos,

a ocitocina é o hormônio responsável pela ejeção do leite. Os dois hormônios são liberados durante a sucção. CIAMPO (2004).

A ocitocina causa contração das células musculares ao redor dos alvéolos, fazendo o leite fluir pelos ductos. Isso é fundamental para que o bebê receba o leite. Esse processo é chamado reflexo da ocitocina, ou reflexo de ejeção de leite. REA (2008).

De acordo com CIAMPO (2004) “No entanto, a ocitocina pode ser liberada por outro estímulo, indicando um componente psicológico significativo neste reflexo para esse hormônio”.

Conforme KING (1998) “A ocitocina é produzida na parte posterior da glândula pituitária e vai pela corrente sanguínea das mamas. A ocitocina atua enquanto a criança esta sugando e faz o leite descer para essa mamada”.

No entanto refere-se à importância do leite, e para melhor entendimento necessita o conhecimento da sua composição onde é determinada no sentido de oferecer energia para a criança. REGO (1998).

A composição do leite humano é determinada no sentido de oferecer energia e nutrientes necessários em quantidades apropriadas para que a criança possa expressar todo o seu potencial genético. O conteúdo calórico do leite humano é dado pela composição de lactose, gordura e proteínas.

A composição do leite varia nas distintas etapas da amamentação, em diferentes horas do dia e durante uma mesma mamada, no começo e no final. VALDES (1996).

O leite materno nem sempre tem exatamente a mesma composição variando com a alimentação da mãe. VALDES (1996).

O leite materno nem sempre tem exatamente a mesma composição. Há algumas modificações importantes e normais. A composição do leite também apresenta pequenas variações com a alimentação da mãe, mas essas alterações raramente têm algum significado.

De acordo com CIAMPO (2004) “A composição do leite pode modificar de uma mulher para outra, de um período de lactação para o próximo, de acordo com o tempo pós parto o período do dia e o começo ou o final da mamada”.

Segundo REGO (1998) “O leite humano reúne mais de 150 substâncias diferentes, é constituído de uma mistura homogênea que, ao microscópio, se apresenta em três frações: emulsão, suspensão e solução”.

Conforme KING (1998) “Crianças em aleitamento materno têm menos quadros infecciosos porque o leite materno é estéril, isento de bactérias e contém fatores anti-infecciosos”.

“[...] a criança que continua em aleitamento materno durante uma infecção se recupera mais rapidamente. O leite materno continua ajudando a evitar doenças e facilitando a recuperação durante o segundo e terceiro anos de vida.” KING (1998).

“Sob a influência da prolactina, as mamas começam a produzir maiores quantidades de leite.

Em geral, são necessárias entre 30 e 40 horas após o nascimento até que um grande volume de leite seja produzido.” REA (2008).

4.3 A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

É de fundamental importância o aleitamento materno para a qualidade de vida e sobrevivência da criança, sua ausência pode levar até à morte. CIAMPO et al. (2004).

O aleitamento materno é de fundamental importância para a sobrevivência e a qualidade de vida da criança no primeiro ano de vida, tanto em termos de saúde individual de cada criança quanto em população infantil, em termos de saúde coletiva, pois, se por um lado a sua ausência pode ser suprida em parte, em casos individuais de crianças de ambientes extremamente favoráveis, por outro, a sua ausência em crianças e populações infantis que vivem em condições ambientais desfavoráveis e subumanas pode levar a grandes prejuízos na sua qualidade de vida e nas condições gerais de saúde, podendo levar até à morte.

Segundo FIGUEIREDO (2005) “Quanto antes iniciar o aleitamento materno, maior será a chance da mãe criar um vínculo com seu bebê.”

O aleitamento materno é uma importante arma na redução da mortalidade infantil. CIAMPO et al. (2004).

O aleitamento materno, ao oferecer um alimento completo e que protege contra doenças infecciosas, representa uma importante arma na redução da mortalidade infantil, sendo facilmente compreensível o seu impacto em regiões do Terceiro Mundo, onde o binômio subnutrição-infeção ainda mata imensos contingentes de lactentes.

De acordo com CIAMPO et al. (2004) “O alimento ideal para criança nos primeiros meses de vida é o leite materno [...]”.

SOUZA et al. (2001) diz que “O leite materno é o melhor alimento para a criança nos primeiros meses de vida, por conter anticorpos que protegerão a criança até que seu sistema imunológico se desenvolva [...]”.

O Ministério da Saúde (2009) afirma que “A amamentação favorece um contato mais íntimo entre a mãe e o bebê.”

Segundo REA (2008) ”O aleitamento materno também proporciona calor, proximidade e contato, que podem ajudar o desenvolvimento físico e emocional da criança.”

Crianças que não recebem aleitamento materno usam mais os serviços de saúde e têm mais doenças. REA (2008).

Crianças não amamentadas têm mais doenças e, portanto, usam mais os serviços de saúde e os custos com os seus cuidados de saúde são mais elevados, tanto em quanto lactentes quanto quando mais velhos. Além disso, lactentes saudáveis tornam-se adultos saudáveis e inteligentes que contribuem para o bem-estar de sua comunidade.

Conforme FIGUEIREDO (2005) “Os profissionais de saúde devem fazer todos os esforços para proteger, promover e apoiar o aleitamento materno, fornecendo para gestantes e puérperas

ajuda clara, objetiva e coerente sobre a prática da amamentação.”

CIAMPO et al. (2004) diz que “É preciso manter vivo e atualizado o conhecimento sobre aleitamento materno e o estímulo à sua prática, considerando-se as condições socioeconômicas e culturais vigentes[...]”.

O aleitamento materno é importante para a regulação do apetite e da obesidade. REA (2008).

Os lactantes parecem conseguir regular sozinhos a ingestão de leite. Isso pode ter efeito futuro sobre a regulação do apetite e da obesidade. Esse controle de apetite não parece ocorrer no caso da oferta de leite em mamadeira ou quando a alimentação é controlada por quem oferece o alimento, e não pelo bebê.

O aleitamento materno traz alguns benefícios para a mãe como reduzir o risco de câncer de mama, protege contra a osteoporose, estimula a involução uterina, reduz o risco de anemia e estabelece um maior vínculo mãe/filho.

Segundo o Ministério da Saúde (2009) “Já está bem estabelecida a associação entre aleitamento materno e redução na prevalência de câncer de mama.”

De acordo com REA (2008) “Mães que não amamentam têm mais probabilidade de desenvolver anemia e reter a gordura depositada durante a gestação, o que pode mais tarde levar a obesidade; desenvolver câncer de mama.”

Já o Ministério da Saúde (2010) afirma que “Ajuda o útero a recuperar seu tamanho normal, diminuindo o risco de hemorragia de anemia após o parto; reduz o risco de diabetes; reduz o risco de câncer de mama e de ovário.”

O aleitamento materno promove o vínculo afetivo entre mãe e filho. Ministério da Saúde (2009).

Uma amamentação prazerosa, os olhos nos olhos e o contato contínuo entre mãe e filho certamente fortalecem os laços afetivos entre eles, oportunizando intimidade, troca de afeto e sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e de realização na mulher.

De acordo com CIAMPO et al. (2004) “A prática do aleitamento materno traz benefícios também para a mãe, como na prevenção de câncer mamário, na involução uterina no puerpério [...]”

Segundo CHEN (2010) “Ajuda o útero a regressar ao seu tamanho normal mais rapidamente; a amamentação protege do cancro de mama que surge antes da menopausa; a amamentação protege do cancro do ovário.”

O aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses de vida por conter todos os nutrientes necessários. CIAMPO et al. (2004).

A Organização Mundial da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo, isto é, leite materno como única fonte de nutrientes e água, até os seis meses de vida da criança e, a partir desta idade, sua complementação com outros alimentos por dois anos ou mais.

REA (2008) afirma que “A amamentação exclusiva é fortemente recomendada durante os seis

primeiros meses de vida. O bebê não precisa de água, outros líquidos ou alimentos nesse período.”

Para o Ministério da Saúde (2010) “O leite materno é um alimento completo. Isso significa que, até os 6 meses, o bebê não precisa de nenhum outro alimento (chá, suco, água ou outro leite). Depois dos 6 meses, a amamentação deve ser complementada com outros alimentos.”

Segundo REA (2008) “A amamentação exclusiva fornece todos os nutrientes e água que o bebê precisa para crescer e se desenvolver nos primeiros seis meses de vida. Isso quer dizer até o final de seis meses completos, ou seja, 26 semanas ou 180 dias.”

Não deve ser administrado nenhum alimento complementar junto à amamentação até os seis meses de vida. DYNIEWICZ (2009).

As crianças devem receber aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de idade. Ou seja, até essa idade, o bebê deve tomar leite materno e não deve ser administrado nenhum outro alimento complementar (sopas, papas etc.) ou bebida e manter o aleitamento materno.

O aleitamento materno traz alguns benefícios para o bebê como proteger as crianças contra diarreia, previne otites, alergias, previne ainda as alterações ortodônticas dentre outras que veremos a seguir.

Segundo o Ministério da Saúde (2010) “Sugar o peito é um excelente exercício para o desenvolvimento da face da criança, ajuda a ter dentes bonitos, a desenvolver a fala e a ter uma boa respiração.”

De acordo com FIGUEIREDO (2005) o aleitamento materno pode trazer benefícios para o bebê.

Fornecer de modo insubstituível o alimento ideal e perfeito para o crescimento e desenvolvimento da lactante; protege as crianças contra a diarreia e desidratação por propriedades anti-infecciosas; favorece o desenvolvimento da estrutura facial e de suas funções (mastigação, fala, alinhamento dos dentes e respiração).

Segundo o Ministério da Saúde (2009) “Graças aos inúmeros fatores existentes no leite materno que protegem contra infecções, ocorrem menos mortes entre as crianças amamentadas.”

É muito importante para o desenvolvimento da cavidade oral da criança o exercício feito para retirar o leite materno. Ministério da Saúde (2009).

O exercício que a criança faz para retirar o leite da mama é muito importante para o desenvolvimento adequado de sua cavidade oral, propiciando uma melhor conformação do palato duro, o que é fundamental para o alinhamento correto dos dentes e uma boa oclusão dentária.

Conforme DYNIEWICZ (2009) “Previne no bebê: otites; alergias; vômitos; meningites; pneumonias; infecções respiratórias, intestinais, urinárias, de pele, de ouvido; desnutrição crônica; alterações ortodônticas; diabetes mellitus.”

O Ministério da Saúde (2009) afirma que “Há fortes evidências de que o leite materno protege contra a diarreia, principalmente em crianças mais pobres.”

De acordo com REGO (2006) “Existem várias posições, mas a mãe escolhe uma posição que

se sente confortável.” (Anexo 10)

Segundo REGO (2006) “A palavra postura nos lembra imediatamente a posição do corpo humano. Na amamentação, a postura da mãe é mais do que um simples controle funcional do corpo, pois está relacionada com a atitude da mesma.”

É importante nas primeiras experiências alimentares, ter uma boa postura para proporcionar conforto ao bebê. REGO (2006).

Sua postura vai proporcionar ou não conforto ao bebê, importante nas primeiras experiências alimentares. O desempenho da função motora oral depende não só dos atributos do bebê, mas também dos processos interativos deste com sua mãe.

REGO afirma ainda que “A interação harmoniosa contribui para troca de olhares mãe/bebê, sorrisos da mãe, sorrisos do bebê após a mamada, palavras afetuosas, embalos, carinhos, aspectos essenciais observados na amamentação.”

A mama deve ser esvaziada por completo antes de passar o bebê para a outra mama, porque o leite que sai por primeiro é rico em lactose e o que sai por último é mais gorduroso e energético. RAMOS & CARVALHO (2005).

A amamentação tem de ser conduzida visando o esgotamento total do leite de cada mama, ou seja, só oferecer a segunda mama quando a primeira já estiver vazia. Isso tudo porque o leite que sai por último de cada mama é mais gorduroso e energético, o responsável pelo ganho de peso adequado do recém-nascido. O leite que sai primeiro é rico em lactose (açúcar natural do leite), cuja fermentação produz gases no intestino.

Segundo o Ministério da Saúde (2009), “Recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama. É o que se chama de amamentação em livre demanda.”

Conforme REGO (2006) “Observar a mamada é tão importante quanto qualquer outro procedimento clínico, com uma relevância. Só pode ser realizada enquanto o bebê está mamando.”

RAMOS & CARVALHO (2005) afirmam que “Quanto ao momento certo para amamentar, é sempre quando o bebê chorar de fome, ou seja, livre demanda.”

Para manter a produção de leite o bebê precisa sugar de forma correta e com frequência. REA (2008). (Anexo 11)

A sucção do bebê controla a produção de prolactina, o reflexo de oxitocina e a retirada do inibidor de dentro da mama. Para a mãe produzir o leite de que seu bebê precisa, este deve sugar com frequência e de forma correta. O bebê não consegue obter leite sugando apenas o mamilo.

Segundo FIGUEIREDO (2005) “Na pega correta o bebê deve estar com o rosto perto da mama e o queixo encostado na mama; a boca aberta, pegando a maior parte da aréola e o lábio superior e inferior estão voltados para fora, agindo como uma ventosa.”

Para se obter uma pega correta o bebê deve abocanhar o mamilo e quase toda aréola. RAMOS & CARVALHO (2005). (Anexo 12)

Com relação à posição, a melhor para segurar o bebê é como se ele estivesse sentado, com todo o corpo encostado na mãe e de frente para ela. No momento da mamada os lábios inferior e superior devem ficar para fora, como se apoiados na mama. O bebê tem que abocanhar o mamilo e quase toda aréola.

Conforme FIGUEIREDO (2005) “A criança não está mamando em boa posição quando o corpo se mantém distante do corpo da mãe, o queixo está separado da mama e a boca permanece fechada.”

De acordo com REGO (2006) “O corpo do bebê deve ficar de frente para a mãe e o mais próximo dela. Se o corpo do bebê está distante do corpo da mãe, dificilmente teremos uma boa pega da aréola e uma sucção eficiente, causando transtornos à amamentação.”

Segundo o Ministério da Saúde (2009) “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.”

Conforme REGO (2006) “O bebê é que vai até o peito, e não o peito até o bebê. O corpo do bebê é deslocado em bloco. O rosto do bebê deve estar de frente para o peito e seu corpo deve estar próximo ao da mãe.” (Anexo 13)

REGO (2006) afirma ainda que “A barriga do bebê encosta na parte superior do abdome da mãe, a cabeça, cintura escapular e quadril devem estar alinhados.”

O posicionamento da mãe e do bebê é de extrema importância para que a pega seja eficaz. DYNIEWICZ (2009).

Sentada em posição confortável apoiando as costas; o bebê deverá estar em contato com a mãe (pele a pele), virando de frente para a mãe, com a cabeça e corpo em linha reta, de modo que ambos os cotovelos estejam nivelados; o nariz do bebê deve estar no mesmo nível do mamilo; a cabeça do bebê deve repousar no antebraço da mãe; é necessário que o bebê abocanhe o mamilo e a aréola;

Segundo REGO (2006) “Quando o bebê suga o peito da mãe, realiza um movimento perfeito com toda a musculatura facial e respira pelo nariz.”

A mãe deve passar o mamilo no centro do lábio inferior do lactente, para ele obter o reflexo que o fará abrir a boca e baixar a língua. VALDÉS (1996).

[...] a mãe deve tomar sua mama, com o dedo polegar colocado na parte superior e os outros quatro dedos na parte inferior (formando um C) por trás da aréola e desta forma levar o mamilo a estimular o centro do lábio inferior do lactente, de modo a obter o reflexo que o fará abrir a boca e baixar a língua. Com um rápido movimento a nutriz deve atrair o lactente até o seio, não o seio ao lactente, para introduzir o mamilo e a aréola em sua boca. Quando a mãe segura a mama para oferecê-la ao lactente, os dedos de sua mão não devem ultrapassar a região da aréola, nem tampouco devem ser colocados em forma de tesoura, interpondo-se entre a boca do lactente e a região da aréola.

De acordo com VALDÉS (1996) “O mamilo e a aréola devem ficar completamente introduzidos na boca do lactente, de tal maneira que o nariz e o queixo dele fiquem em contato íntimo com a pele da mama.”

É importante que o bebê apresente reflexo de busca, para que a sucção eficiente aconteça. REGO (2006).

Para que a sucção eficiente aconteça por meio de uma boa pega, o recém nascido deverá apresentar reflexo de busca, quando a língua assume uma posição mais anteriorizada entre os rodetes gengivais e envolve a região mamilo-areolar em forma de concha; além disso, o selamento labial ocorre e, com rápidos movimentos ondulatórios proporcionados pela língua, se estabelece uma pressão negativa intra-oral, através da oclusão língua/palato em concomitância com os movimentos da mandíbula, extraindo o leite da mama. Ao atingir o palato mole, o leite deflagra o reflexo de deglutição.

Conforme REGO (2006) “Podemos sugerir, então, que os dedos fiquem distantes da aréola, em forma de C. a incorporação desta prática no puerpério será mais fácil se orientada sempre que possível, no pré-natal.” (Anexo 14)

Quando o bebê abocanha a mama corretamente, pode obter leite com facilidade. REA (2008).

O mamilo e a aréola estão esticados de modo a formarem um longo bico (ou teta) na boca do bebê; os grandes ductos sob a aréola estão dentro da boca do bebê; a língua do bebê se estica para frente por cima da gengiva inferior, de modo a pressionar o leite para fora da mama. Isto é chamado de sucção eficaz; quando o bebê toma a mama na boca desta maneira, ele pegou a mama corretamente e pode obter leite com facilidade.

Para uma pega adequada o bebê deve ter uma abertura ampla da boca, abocanhando o mamilo e parte da aréola. Ministério da Saúde (2009). (Anexo 15)

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 lacre 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

O bebê deglute e respira de forma coordenada se a pega estiver correta. REGO (2006).

A pega está adequada se a boca do bebê está bem aberta; o lábio inferior está voltado para fora e o superior para cima; as bochechas estão arredondadas; o queixo do bebê toca o peito da mãe; aparece mais a aréola acima da boca do bebê do que abaixo; o bebê suga, deglute, respira de forma coordenada.

A pega ineficaz acontece quando o bebê suga apenas o mamilo, o bebê não consegue obter o leite com facilidade. REA (2008).

O mamilo e a aréola não estão esticados de modo a formarem um bico; os ductos de leite não estão dentro da boca do bebê; a língua do bebê está para dentro da boca e ele não consegue pressionar o leite para fora; esse bebê não pegou a mama corretamente. Ele está sugando apenas o mamilo, e isso pode ser doloroso para a mãe. O bebê não consegue sugar com eficiência ou obter o leite com facilidade.

Conforme REGO (2006) “Pega ineficaz pode causar alterações funcionais (deglutição, respiração, mastigação) e estruturais (alterações de arcada dentária), fissuras e traumas mamilares.”

Segundo o Ministério da Saúde (2009) “A má pega dificulta o esvaziamento da mama, levando a uma diminuição da produção do leite.” (Anexo 16)

O mamilo achatado quando sai da boca do bebê é sinal de pega inadequada. REGO (2006).

São sinais de pega ineficaz a boca do bebê pouco aberta apontando para a frente; o lábio inferior voltado para dentro; bochechas tensas ou encovadas; observa-se mais aréola abaixo da boca do bebê; mamilo achatado quando sai da boca do bebê; a mãe sente dor nos mamilos; mamas ingurgitadas; mamadas prolongadas podem ser sintoma de pega ineficaz.

O Ministério da Saúde (2009) afirma ainda que a pega inadequada possa ocasionar dor na amamentação, ruídos na língua.

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; dor na amamentação.

Conforme o Ministério da Saúde (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”.”

Muitas vezes a falta de apoio da família e dos profissionais da saúde em orientar as mães para a amamentação de forma correta pode ter alguns prejuízos. REGO (2006).

Inexperiência da mãe por ser o primeiro filho ou hábito cultural do uso da mamadeira na comunidade; dificuldades funcionais, como bebê prematuro ou de baixo peso, ingurgitamento, início tardio da amamentação; falta de apoio tanto por parte da família como da comunidade; profissionais de saúde sem capacitação para orientar em diferentes oportunidades, ou seja, no pré-natal, maternidade e puericultura.

Devido à pega incorreta, o bebê suga menos, reduz a produção de leite e o bebê não ganha peso. REGO (2006).

Dor e fissura nos mamilos; baixa extração de leite, causando ingurgitamento; se não há eficiência na extração, o bebê fica saciado por pouco tempo, solicitando nova mamada, levando a mulher a pensar que seu “leite é fraco”; se o bebê suga menos, a produção de leite reduz e o bebê não ganha peso.

4.4 ALIMENTOS COMPLEMENTARES AO DESMAME: QUAIS, QUANDO E COMO INTRODUI-LOS?

“O desmame é a transição da amamentação para a alimentação semi-sólida e sólida, processo pelo qual deve ser feito de modo gradativo.” RAMOS (2005). Não existe um momento exato e pré-determinado, devido às crianças serem e agirem diferentes, como também as mães são diferentes umas das outras.

“Considera-se atualmente que o período ideal para a introdução de outros alimentos complementares é após o sexto mês de vida, já que antes desse período o leite materno é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais da criança.” Ministério da Saúde (2009).

KING (1998) declara que “Num dado momento, em torno dessa idade, as necessidades da

criança ultrapassam a produção de leite. A quantidade de leite que mãe produz não diminui, mas não é suficiente, por si só, para a criança. Precisa também de outros alimentos.”

Os alimentos complementares possibilitam a criança a conhecer novos hábitos alimentares, como relata Ministério da Saúde (2009).

Além de suprir as necessidades nutricionais, a partir dos seis meses a introdução da alimentação complementar aproxima progressivamente a criança aos hábitos alimentares de quem cuida dela e exige todo um esforço adaptativo a uma nova fase do ciclo de vida, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas, texturas e saberes.

Segundo Ministério da Saúde (2009) “A definição do período adequado para iniciar a introdução dos alimentos deve levar em consideração a maturidade fisiológica e neuromuscular da criança e as necessidades nutricionais.”

Para REGO (2006) “Esse estágio de desenvolvimento pode ser observado se a criança consegue manter a cabeça ereta, coloca as mãos na boca e aceita os novos alimentos sem grande dificuldade, indicando, dessa forma, o desaparecimento do reflexo de extrusão.”

A partir do momento em que a amamentação não fornece a quantidade necessária de energia, proteínas, vitaminas e sais minerais, ou seja, após o sexto mês de vida, devem-se incluir alguns alimentos diariamente. KING (1998) diz que, “Crianças que não começam a receber outros alimentos, em torno dos seis meses de idade, param de crescer.”

Segundo Ministério da Saúde (2002) “Alimentos complementares são quaisquer alimentos que não o leite humano oferecidos à criança amamentada.”

A introdução precoce de outros alimentos pode trazer riscos à saúde das crianças, pois diminui a ingestão de fatores de proteção e a absorção de nutrientes importantes contidos no leite materno. Ainda REGO (2006) diz que, “A ingestão diária de energia é regulada pela criança pequena por um eficiente mecanismo de auto-regulação.”

O Ministério da Saúde (2002) relata que “O sucesso da alimentação complementar depende de muita paciência, afeto e suporte por parte da mãe e de todos os cuidadores da criança.” E preconiza três refeições ao dia para os amamentados. Devendo evitar alimentação muito freqüente em crianças amamentadas, uma vez que quanto mais alimentos ela consome, menos leite materno será ingerido.

A rejeição de novos alimentos é comum, são necessárias de oito a dez exposições a um novo alimento para que ele seja aceito pela criança. O oferecimento do alimento deve ser feito de forma paciente, onde a criança não deve ser forçada a se alimentar, devendo-se respeitar a sensação de saciedade, e estar em ambiente tranqüilo, que não distraia a criança da refeição.

De acordo com CARREIRO (2010) “O hábito alimentar da mãe, ainda na gestação, será importante para a criança aceitar novos sabores e odores que serão oferecidos no momento da introdução de alimentos.”

Ao se escolher alimentos a oferecer a criança, recomendam-se os ricos em micronutrientes e sem contaminação. REGO (2006).

Para uma alimentar complementar adequada é necessária a oferta de alimentos com um bom aporte energético e protéico, serem ricos em micronutrientes (particularmente ferro, zinco, cálcio, vitaminas A e C e folatos), sem contaminação (isentos de germes patogênicos, toxinas ou produtos químicos prejudiciais), sem muito sal ou condimentos e em quantidades apropriadas.

O Ministério da Saúde (2002) recomenda que, com inclusão de outros alimentos, a criança deve continuar a mamar ao peito até os dois anos ou mais, devido ao leite materno continuar alimentando a criança e protegendo-a contra doenças. E com novos alimentos também é importante que a criança beba água nos intervalos das refeições.

Para avaliar quando está na hora de incluir novos alimentos, deve-se pesar a criança regularmente e verificar se continua seu crescimento. Caso não venha a ganhar peso, é o momento de aumentar a produção de leite, ou se a criança tiver mais de quatro ou mais meses, deve-se complementar sua alimentação com outro alimento.

No início deverão ser inclusos alimentos moles, sólidos e semi-sólidos, um de cada vez, (pois assim será mais fácil identificar alergias) e com pequenas quantidades. Respeitando as necessidades diárias da criança, nunca lhe oferecendo a mais nem a menos.

“Um fator que pode limitar a ingestão de uma dieta variada é o consumo de dietas altamente calóricas, saciando rapidamente a criança, o que impede a ingestão de outros alimentos.” Ministério da Saúde (2002).

CARREIRO (2010), ainda ressalta que o período gestacional saudável, juntamente ao aleitamento materno e uma introdução correta de alimentos contribui para um bom desenvolvimento a criança.

A alimentação saudável da mãe, um aleitamento exclusivo até o sexto mês e uma introdução correta de alimentos irão garantir ao bebê um adequado crescimento e desenvolvimento de todos os seus órgãos e sistemas, otimizando o funcionamento físico, mental e emocional que poderá ser mantido pelo resto da vida, prevenindo doenças crônicas não transmissíveis

A criança, com o ganho de peso e estatura, ou seja, com seu crescimento passa a ter necessidades energéticas aumentadas. REGO (2006).

A estimativa para o total de energia requerida para crianças amamentadas saudáveis é de aproximadamente 615 kcal/dia dos 6 aos 8 meses; 686 kcal/dia dos 9 aos 11 meses e 894 kcal/dia dos 12 aos 23 meses de idade. Os alimentos complementares devem suprir aproximadamente 200kcal/dia dos 6 aos 8 meses; 300 kcal/dia dos 9 aos 11 meses e 550 kcal/dia dos 12 aos 23 meses de idade, para um ingestão média de leite materno.

Ou seja, para designar a quantidade necessária de alimentos complementares, avalia-se a quantidade de leite materno ingerido, a idade da criança e a frequência com que ela recebe esses alimentos. Para UNIJUÍ (1995), “É importante acostumar à criança a sabores variados, a fim de

que, mais tarde, receba facilmente as modificações normais da dieta.”

De acordo com Ministério da Saúde (2009), após os seis meses, a criança amamentada deve receber três refeições ao dia (papas de fruta e uma papa salgada/comida). Após completar sete meses de vida, respeitando a evolução da criança, a segunda papa salgada/comida pode ser introduzida (arroz, feijão, carne, legumes e verduras), tendo como referencia a tabela 1.

Tabela 1 – Esquema para introdução dos alimentos complementares

Faixa etária	Tipo de alimento
Até completar 6 meses	Aleitamento materno exclusivo
Ao completar 6 meses	Leite materno, papa de fruta, papa salgada, ovo, carne.
Ao completar 7 meses	Segunda papa salgada
Ao completar 8 meses	Gradativamente passar para alimentação da família
Ao completar 12 meses	Comida da família

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, (2006).

As refeições oferecidas à criança devem conter quantidades reduzidas de sal. Ministério da Saúde (2009).

[...] Assim, como o gosto por alimentos salgados é um aprendizado que se adquire, é recomendável sugerir a quem os prepara que administre quantidade mínima de sal, observando a aceitação da criança. A quantidade inicialmente oferecida tende a ser memorizada e induz a criança a aceitar no mínimo as mesmas quantidades em suas próprias refeições. Além disso, o consumo precoce de sal esta associado ao aparecimento de hipertensão arterial, inclusive na infância, e conseqüente aumento do risco cardiovascular quando adulta. [...].

“A espécie humana necessita de dieta variada para garantir a nutrição adequada, pois os nutrientes estão distribuídos em quantidades diferentes nos alimentos. Estes são classificados em grupos, de acordo com o nutriente que se apresenta em maior quantidade.” Ministério da Saúde (2009).

O Ministério da Saúde (2002) confirma que, “Quanto mais a criança mamar no peito, mais protegida estará.” Por isso, a inclusão de novos alimentos são exclusivamente para complementação de nutrientes a criança e não para sua substituição.

Baseando-se na literatura de REGO (2006) os principais alimentos a serem incluídos, são os que possuem fontes de carboidratos e gordura, pois eles oferecem energia. Conhecidos como alimentos de base ou principal, em geral compostos: cereal, grão, tubérculo ou raiz. Sendo excelentes para complementar na dieta da criança. Exemplos: arroz, macarrão, fubá de milho, farinha de mandioca, batata-inglesa, mandioca, inhame, entre outros. Além destes os óleos, gorduras e açúcares possuem alta densidade energética e, ao serem acrescentados aos alimentos, aumentam o valor energético da dieta, como também melhorando o sabor. São representantes óleos

de dendê, milho, soja, girassol e arroz, manteiga, margarina, azeite.

Ainda REGO (2006) também afirma que, de grande importância encontram-se as fontes de vitaminas e sais minerais, os vegetais de folhas verde-escuras ou amarelo-alaranjadas, são ricos em vitamina A e ferro. Como por exemplo, agrião, acelga, alface, espinafre, couve; folhas de abóbora, batata-doce, mandioca e beterraba. Já os vegetais amarelo-alaranjados: abóbora, abobrinha, cenoura, moranga, pimentão etc.

Para REGO (2006) podemos contar com as frutas, como fontes de vitaminas, sais minerais e fibras. Como possuem uma variedade de sabores e cores, têm grande aceitação pelas crianças. Podemos citar o caqui, manga, melão, maracujá vermelho e a pitanga como excelentes fontes de vitamina A.

REGO (2006) complementa que, para o bom crescimento e reparação dos tecidos dessas crianças em fase de crescimento, contamos com ajuda de alimentos com proteínas. Tendo exemplo de produtos de origem animal, como carnes, fígado e miúdos, ovos, leite, peixe e outros frutos do mar, queijos e iogurte. Mas além desses alimentos algumas leguminosas, combinadas com alimentos de base, proporcionam proteína similar aos produtos de origem animal. São eles: feijão, grão-de-bico, lentilhas, soja, ervilha e fava.

A alimentação complementar deve ser variada e balanceada, como afirma REGO (2006).

[...] Uma refeição é composta de vários alimentos, cada um com energia e nutrientes próprios, que, combinados, formam uma refeição balanceada e completa, devendo conter quatro ingredientes básicos um elemento básico, preferencialmente um cereal; uma fonte de proteína vegetal ou animal; uma fonte de vitaminas e sais minerais; uma fonte de energia, aumentando a densidade energética dos alimentos, diminuindo o seu volume e melhorando o sabor.”

“A introdução de alimentos a dieta da criança inclui o adiamento de alguns tipos de alimentos, entre eles o leite de vaca, o ovo, o amendoim, as nozes peixe e o mel, os quais deverão ser ofertados após 9 a 12 meses de idade.” REGO (2006).

Como cita REGO (2006) a oferta de alimentos complementares poderá se basear em ordem crescente de alergenicidade: Frutas: oferecer no sexto mês de vida na ordem: banana, mamão, pêra, maçã, melão, melancia. Deixar laranja, e frutas cítricas e tomate para o oitavo mês; Vegetais, raízes e tubérculos: oferecer no sexto mês e na ordem: cenoura, batata, repolho, couve-flor, jerimum, inhame etc. deixar para o oitavo mês espinafre, feijão e ervilha; Grãos: no sexto mês iniciar com arroz ou aveia. Deixar trigo e milho para o oitavo ou nono mês; Ovos: oferecer a partir do sexto mês, apenas um quarto da gema cozida, três vezes por semana, e aumentar gradativamente até alcançar uma gema/dia. Deixar a clara do ovo para o décimo segundo mês de vida; Carnes: oferecer do sexto mês ao oitavo. Iniciar com carne de boi magra. Posteriormente, introduzir galinha, e por último, vísceras, principalmente fígado. Peixes de escamas podem ser iniciados no oitavo ou nono mês de vida, porém, os peixes oleosos, sem escamas, devem ser dados após o décimo segundo mês

de vida da criança.

Com base nas literaturas se obtém a grande importância da alimentação complementar a criança em sua fase de crescimento. Como também, cabe aos profissionais de saúde fornecer orientações seguras as mães, dando apoio e orientando-a a ofertar a criança alimento disponível na família, que estão dentro de suas possibilidades financeiras, ou seja, promover um desmame orientado e adequado à família e a criança.

4.5 TRANSMISSÕES DO HIV NA AMAMENTAÇÃO

De acordo com ASHWORTH (2010) “O vírus HIV (VIH) pode ser transmitido de uma mãe contaminada pelo HIV (VIH) para seu bebê. Isto é chamado transmissão de mãe para filho (TMPF). Ela pode ocorrer durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto e a amamentação.”

A transmissão ocorre durante o aleitamento materno, afirma BARROS (2002).

O HIV, presente no leite materno, pode ser transmitido durante o aleitamento, acrescentando um risco de transmissão estimado de 14% para as mulheres que já estavam infectadas na gestação. No Brasil, a portaria 97/95 contra-indica o aleitamento materno entre as mulheres infectadas pelo HIV, porém, em países onde desnutrição, diarreia e outras doenças infecciosas são as principais causas de mortalidade infantil, é necessário que sejam avaliados os riscos e benefícios para se desaconselhar o aleitamento materno.

Segundo REGO (2002) “O HIV pode ser encontrado livre no LM ou no interior das células. Tanto o número de células do LM infectadas pelo HIV quanto a carga viral do HIV no LM têm relevância na transmissão [...]”

Transmissão do HIV pelo leite materno pode ocorrer em qualquer fase da infecção materna. REGO (2002).

A transmissão do HIV pelo LM pode ocorrer em qualquer fase da infecção materna, durante toda lactação e é maior quando a mãe tem CD4 diminuído, maior carga viral plasmática do HIV e doença mais avançada. Calcula-se que ocorram 8,9 transmissões por 100 crianças/ano de aleitamento ou que a probabilidade de transmissão pelo LM seja 0.00064 por litro de leite ingerido e 0.00028 por dia de aleitamento.

“A amamentação, notadamente, é um momento importante na relação afetiva entre a mãe e a criança para se cultivar a intimidade, o carinho, a segurança do bebê, no entanto a mulher soropositiva impedida de amamentar deve estimular o carinho e a atenção ao seu filho.” De acordo com VINHAS (2004).

Devido a condições de alguns países o aleitamento materno pode ser mantido quando não existir condições aceitáveis. REGO (2002).

A infecção pelo HIV é uma das poucas situações em que não há dúvidas sobre a contra-indicação do aleitamento materno. A Organização Mundial da Saúde e a UNICEF, entretanto, recomendam que nos países onde as principais causas da mortalidade infantil são doenças infecciosas e desnutrição, o aleitamento materno pode ser mantido quando não existir condições aceitáveis, factíveis e sustentáveis de oferecer um substituto seguro ao

LM; as mães que após aconselhamento optarem por manter o aleitamento natural devem ser orientadas a oferecer aleitamento materno exclusivo, suspendendo o LM precocemente e evitando ou tratando as condições que aumentam o risco de transmissão do vírus, tais como mastites, lesões mamilares, lesões orais no lactente etc.

De acordo com MARIN (1991) “O leite materno e colostro contêm concentrações elevadas de HIV.”

Apesar de a amamentação trazer inúmeros benefícios para a saúde de muitos bebês, pode-se também ser veículo de transmissão do vírus HIV aumentando o número de crianças infectadas. CIAMPO (2004),

Uma das grandes tragédias trazidas pela pandemia do HIV, que é um RNA retrovírus, é o fato de que, enquanto a amamentação ao seio materno previne anualmente um valor estimado de 6 milhões de mortes infantis em todo o mundo, acaba resultando em 200 mil a 300 mil crianças infectadas pelo HIV (estima-se que um terço a metade dos 620 mil lactentes HIV+ são infectados durante a amamentação natural). Após o primeiro caso descrito em 1985, o HIV tem sido detectado no leite humano de mães soropositivas e hoje sabe-se que o risco de transmissão do HIV atribuível ao leite humano oscila entre 4% e 22%.

Segundo MARIN (1991) “[...] Existem na literatura cinco casos comprovados de transmissão do HIV através do leite materno.”

O fato de não amamentar pode evitar a transmissão para as crianças, mas aumenta as chances de mortes por outras causas. ASHWORTH (2010).

As mães portadoras do HIV (VIH) têm uma escolha difícil, principalmente, se viverem em condições pobres. A decisão de não se amamentar pode evitar que algumas crianças se contaminem com o HIV (VIH), mas pode aumentar muito as chances de morte por outras causas. A UNICEF calcula que, para cada criança que morre por causa do HIV (VIH) através da amamentação, muitas outras morrem porque não são amamentadas.

Segundo ASHWORTH (2010) “A alimentação substituta só deve ser escolhida, se for aceitável, puder ser paga, for sustentável e segura. Devem-se informar as mães sobre o perigo de se misturar a alimentação artificial e a amamentação.”

4. METODOLOGIA

Para FRANCO (2008) “A questão da amamentação deve ser uma prioridade da agenda, não apenas dos governos, mas da sociedade civil organizada. Com intuito de melhorar ainda mais os indicadores de saúde, há necessidade de incrementar os programas de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno.”

De acordo com OLIVEIRA (2002) “A prática de procedimentos e estratégias efetivas, mostrou ser o fator preponderante para a maior expectativa de duração do aleitamento materno.”

Em virtude das observações realizadas e dos problemas relacionados ao desmame precoce, constatou-se um elevado número de casos, fato esse que motivou a realizarmos este estudo, partindo das seguintes questões: Qual o conhecimento que as gestantes têm sobre aleitamento materno? Quais os fatores que levam ao desmame precoce? Partindo da reflexão sobre a problemática evidenciada e com intuito de responder a esses questionamentos foram elaborados os nossos objetivos.

Segundo FALEIROS (2006) “Cabe, principalmente, aos profissionais de saúde a tarefa de garantir, a cada mãe, uma escuta ativa, ou seja, de saber ouvi-la, dirimir suas dúvidas, entendê-la e esclarecê-la sobre suas crenças e tabus, de modo a tornar a amamentação um ato de prazer e não o contrário.”

O PAC (Projeto de Ação Comunitária) executou-se segundo a metodologia de pesquisa-ação que segundo Thiollent (apud Gil, 1991 p.60, Handem et al. 2004 p. 119) é um tipo de pesquisa realizada com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, onde os pesquisadores e participantes apresentam uma situação ou um problema estando envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Abordamos as gestantes, nos apresentamos e em seguida fizemos orientações através da cartilha (Promoção da Amamentação e Alimentação Complementar, realizada e fornecida pelo Ministério da Saúde) em forma de flip-chart e entregamos a elas a mesma cartilha em tamanho normal, demonstramos a estrutura da mama através da mama didática.

Distribuímos um questionário fechado que foi preenchido pelas mesmas, para coleta de dados pessoais.

Distribuímos um novo questionário fechado que foi preenchido pelas gestantes, onde avaliamos o aproveitamento da palestra.

O projeto foi aplicado no período de 05 de janeiro à 31 de janeiro de 2011, com um número mínimo de 10 gestantes.

Os dados coletados foram analisados pelos pesquisadores, que serão aqui demonstrados, os quais estão quantificados no programa Excel através de gráficos o número de gestantes em que o resultado foi positivo, comparando com os dados com as gestantes que apresentaram algum problema relacionado a não amamentação.

Na conclusão o projeto ficará disponível na Instituição de Ensino Federal (IFSC), para fim acadêmico de pesquisas e servirá como base para novas intervenções e Projetos.

5.1 LOCAL DA PESQUISA

O projeto foi realizado na Maternidade Darcy Vargas, inaugurada em 16 de abril de 1947,

com intuito de prestar serviços obstétricos e neonatológicos para a região Norte do Estado de Santa Catarina. Porém hoje, superou o seu objetivo inicial, tornando-se referência estadual no atendimento especializado da tríade: mãe-filho-família.

A partir de 1993, os servidores comprometeram-se e envolveram-se na melhoria de sua Instituição, onde começou a ser implantada uma série de programas vitoriosos, como:

Programa “Qualivida”, processos de modernização e avaliação dos serviços prestados à comunidade; Programa “Mãe Coruja”, orientado para o incentivo ao aleitamento materno; Programa “Amor Perfeito”, com humanização do atendimento às pacientes de alto risco; “O Natural é ter Normal”, para estímulo ao parto normal e humanizado; Todos esses programas foram baseados na própria missão da Instituição, que hoje é, humanização, excelência, ética e inovação.

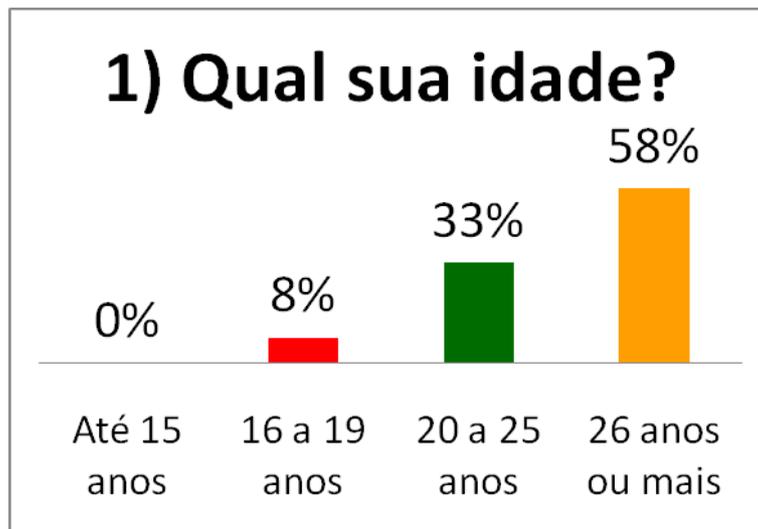
A partir de 1999, a instituição teve a sua UTI – neonatal, para complementar a unidade de alto risco á gestantes e ao banco leite, ambas referências hospitalar do estado.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

No primeiro contato com as gestantes, esclarecemos sobre nosso projeto e perguntamos se aceitariam participar. Entregamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, juntamente com os Questionários.

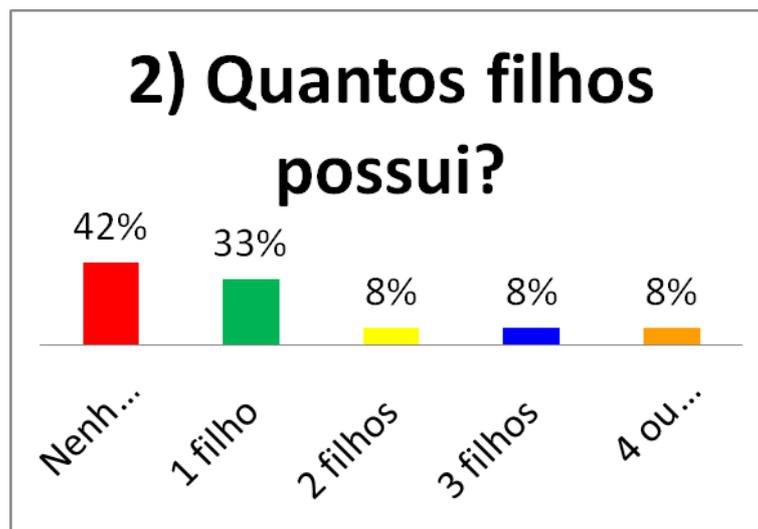
Após, as informações foram analisadas com o uso do programa Microsoft Excel.

Gráfico 1 - Evidencia a experiência das gestantes, com relação a dados pessoais.



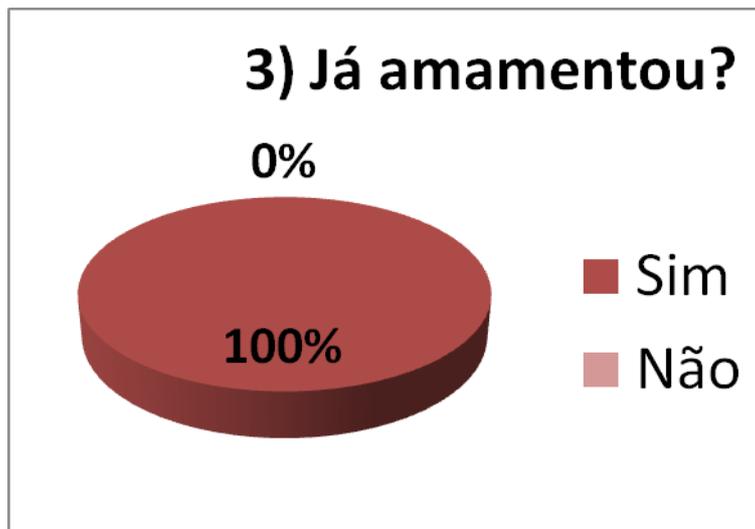
De acordo com o gráfico acima, a maioria das gestantes eram de idade acima ou igual a 26 anos – tendo um total de sete gestantes. Sendo as demais: com idade entre 16 e 19 anos – apenas uma gestante; entre 20 a 25 anos – quatro gestantes.

Gráfico 2 - Identifica a paridade das gestantes



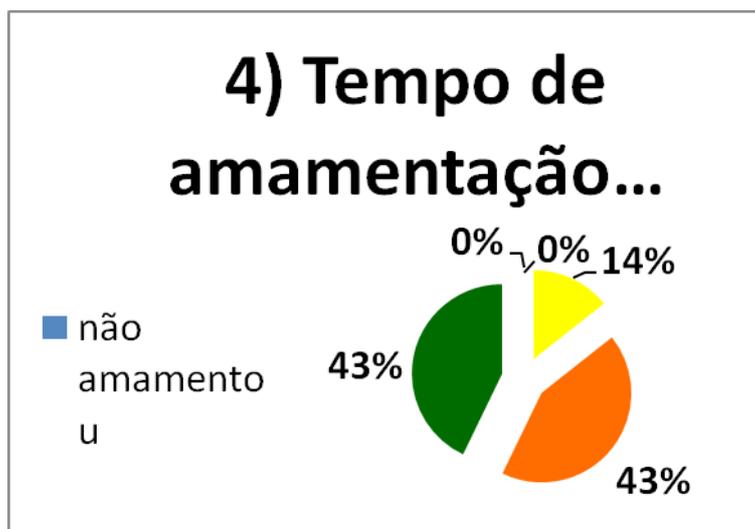
No gráfico acima 43% das gestantes são primigestas as demais já tinham um ou mais filhos, indicando o grau de experiência no aleitamento materno como mostra o gráfico seguinte.

Gráfico 3 – Mostra o índice de aleitamento materno



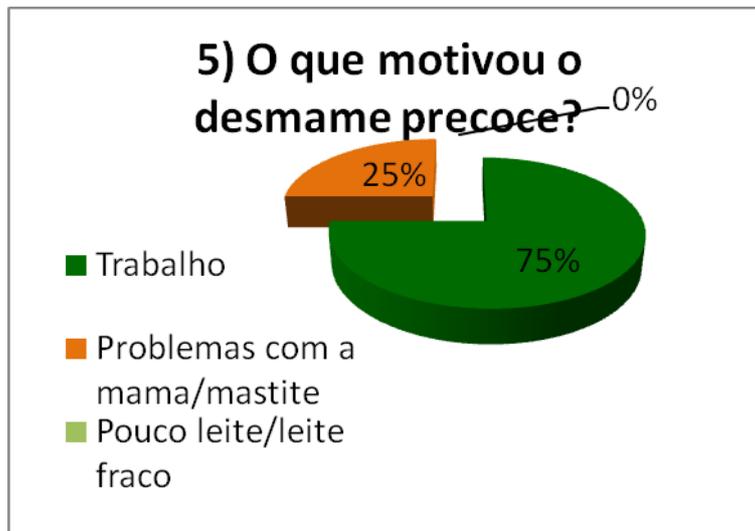
Das gestantes que já tinham outros filhos, um total de sete, todas elas amamentaram, como representa o gráfico acima, mas apresentaram dificuldades quanto ao problema com as mamas e o fato de terem que trabalhar resultou em um desmame precoce, como mostra os gráficos seguintes:

Gráfico 4 – Período de aleitamento materno das gestantes que já tiveram filhos.



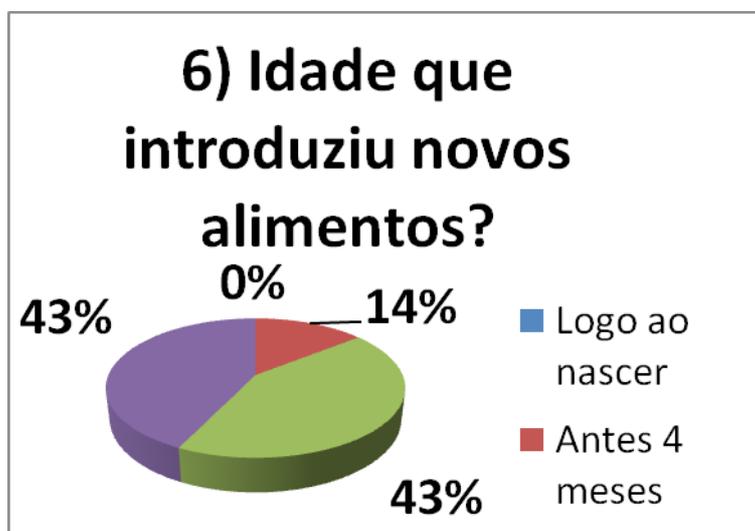
De acordo com o gráfico acima todas as gestantes envolvidas na pesquisa iniciaram o aleitamento em que, 43% obtiveram sucesso de acordo com as normas da Organização mundial da Saúde. 14% amamentaram entre 2 e 5 meses, um percentual que necessita de maior atenção quanto ao manejo. 43% mantiveram o aleitamento de seu filho entre 6 meses a 1 ano de idade devido ao retorno do trabalho como mostra a figura seguinte.

Gráfico 5 – Motivos do desmame precoce.



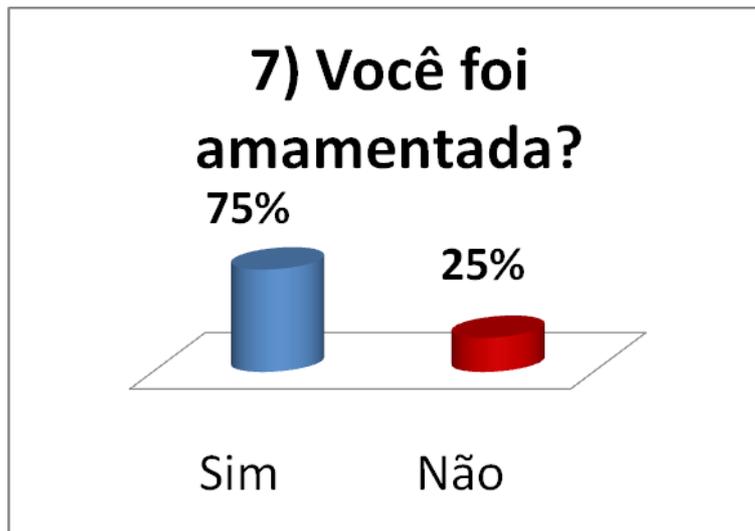
No gráfico acima, verificamos que o trabalho foi apontado como maior problema no insucesso no Aleitamento Materno. Já os problemas relacionados com a mama foram apontados como o de menor incidência e portanto, um enfoque maior deverá ser apresentado para eliminar essas dificuldades.

Gráfico 6 – Faixa etária que deu início a complementaridade ao seus filhos



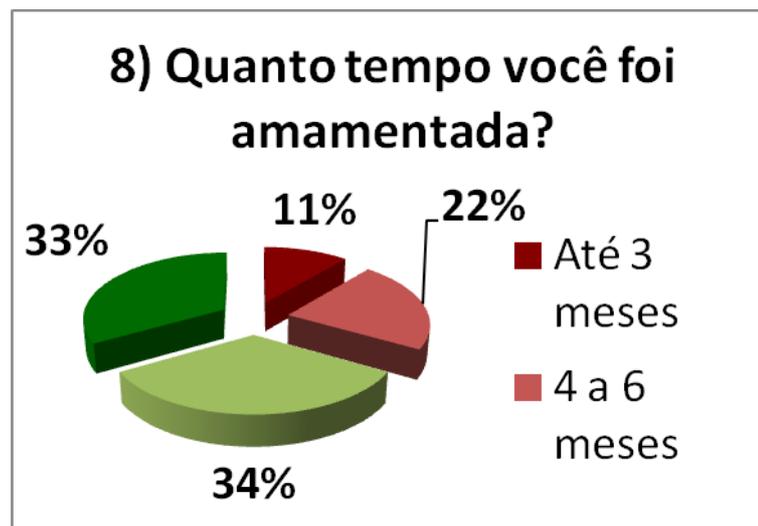
Na análise do gráfico acima ficou evidenciado a introdução de novos alimentos antes dos seis meses de idade em 57% dos entrevistados, contrário ao que a OMS preconiza, que é, a manutenção exclusiva do Aleitamento materno até o sexto mês de idade da criança.

Gráfico 7 – Índice de gestante que foram amamentadas



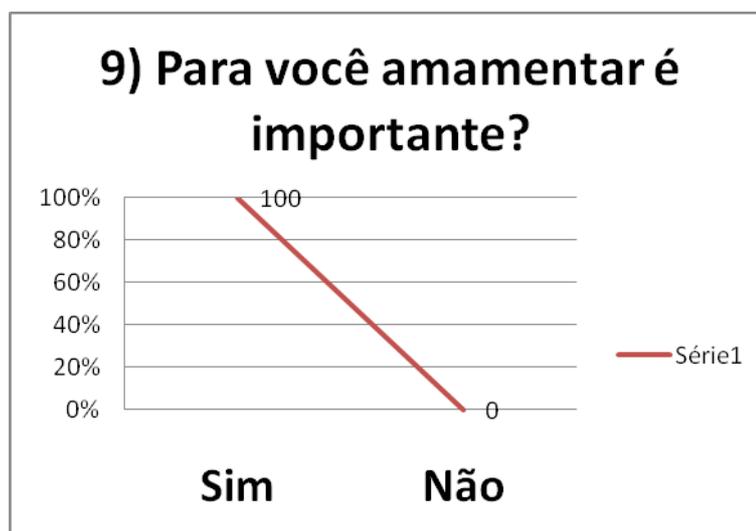
Como questão cultural, mulheres que foram amamentadas também amamentam seus filhos, assim, a experiência de 75% de gestantes que foram amamentadas poderá repercutir de forma positiva no sucesso do aleitamento materno e no próximo registro mostra a duração do aleitamento.

Gráfico 8 – Período das gestantes que foram amamentadas



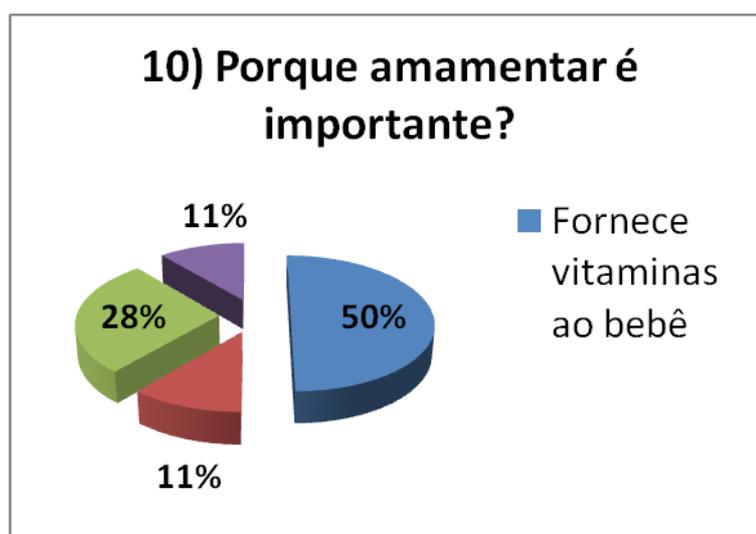
Conforme mostra o gráfico 33% amamentaram conforme orienta a OMS, ou seja até dois anos ou mais, um índice muito pequeno isso demonstra que, a maioria necessita de muitas orientações para terem sucesso na fase materna um vez que todos almejam ter sucesso no aleitamento com demonstra o gráfico seguinte.

Gráfico 9 – Questionadas se era importante amamentar



Todas foram unânimes sobre a importância de alimentarem seus filhos com leite materno e ainda sinalizaram as vantagens do aleitamento materno com mostra o gráfico seguinte.

Gráfico 10 – Vantagens do aleitamento materno



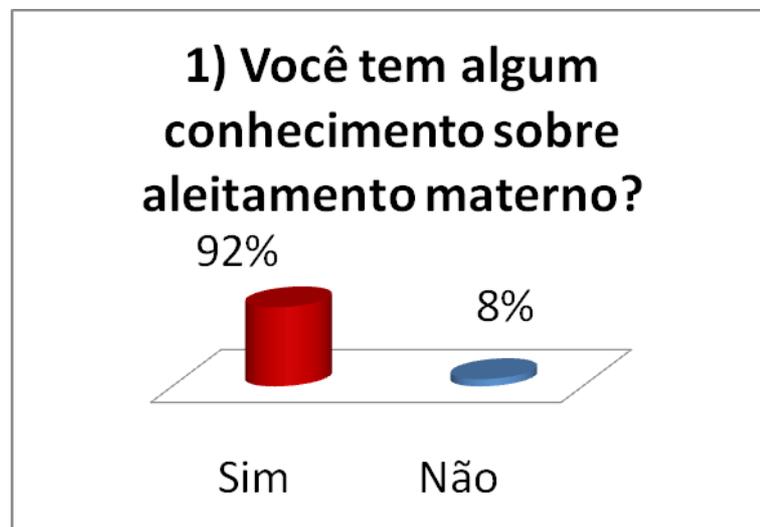
Como mostra o gráfico acima a presença de vitaminas no leite materno foi a mais identificada pela gestantes além de outras vantagens. Esses aspectos são relevantes, pois fara com que a mulher se empenhe com mais ênfase no sucesso do aleitamento.

Após as gestantes responderem o primeiro questionário, iniciamos o nosso objetivo, com o relato de nossos conhecimentos sobre aleitamento materno e sua importância. Tendo um bate papo muito interessante onde podemos verificar as dificuldades encontradas e seus relatos de vida. Apresentamos o flip-chart e fomos tirando suas dúvidas em relação a pega correta, dificuldades com a mama, alimentos que podem ser introduzidos, como fazer a ordenha da mama entre outras. Após entregamos o segundo questionário para avaliar nosso desempenho e seus conhecimentos

adquiridos.

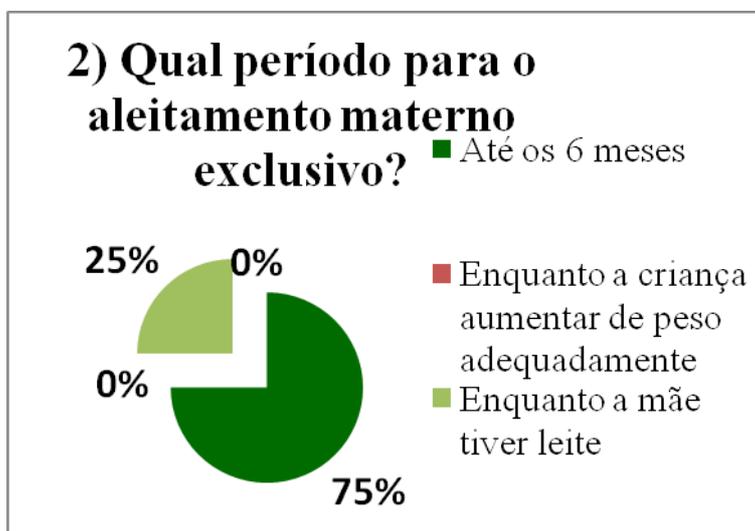
De acordo com a nossa proposta de trabalho para o desenvolvimento do projeto de ação comunitária finalmente desenvolvemos a etapa mais instigante que foi a aplicação dos nossos conhecimentos sobre o tema “**A IMPORTÂNCIA DE INCENTIVAR AS GESTANTES SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO COMO ESTRATÉGIA INTEGRAL E HUMANIZADA**”. O trabalho foi desenvolvido com as gestantes internadas na Maternidade Darci Vargas de Joinville/SC, no setor de alto risco e que requerem cuidados mais intensivos e especializados por ocasião do seu pré-natal. Trabalhamos no mês de janeiro de 2011 ocasião em que conseguimos abordar 10 gestantes de forma mais individualizada. Estimulamos as gestantes a expressarem sobre suas experiências e conhecimentos relativas ao tema e utilizamos com o apoio de Manual do Ministério da Saúde na forma de fleep shart, fornecido pelo IFSC. O trabalho ficou bem interativo, esclarecemos pontos duvidosos como a livre demanda, desmistificamos tabus como o da alimentação da mãe no período do aleitamento e orientamos sobre inúmeros aspectos da importância do aleitamento materno. No final de cada encontro com cada uma das gestantes fornecemos o segundo questionário para avaliarem seus conhecimentos adquiridos bem como nosso desempenho. A primeira pergunta foi se o nível de conhecimento havia melhorado conforme gráfico abaixo.

Gráfico 1 – Você conseguiu melhor o conhecimento sobre Aleitamento.



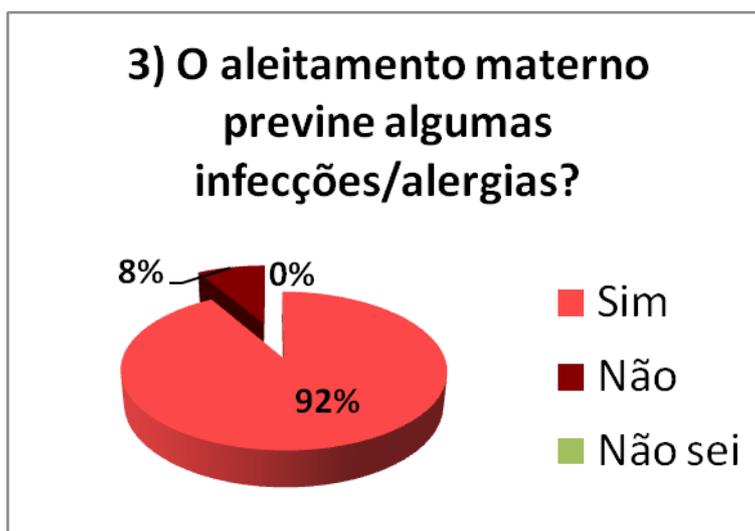
Conforme demonstra o gráfico acima, alcançamos o objetivo proposto uma vez que a maioria respondeu ter melhorado seus conhecimentos sobre o tema proposto visto que o gráfico seguinte avalia o período em que elas devem manter o aleitamento exclusivo.

Gráfico 2 – Período de vida do bebê que deve ser mantido o Aleitamento exclusivo



Exposto a todas as gestantes sobre o período que deve ser dado o aleitamento exclusivo, 75% conseguem identificar no entanto obtivemos um percentual que não assimilou bem a proposta conforme gráfico acima, mas reconhecem algumas vantagens conforme demonstração a seguir

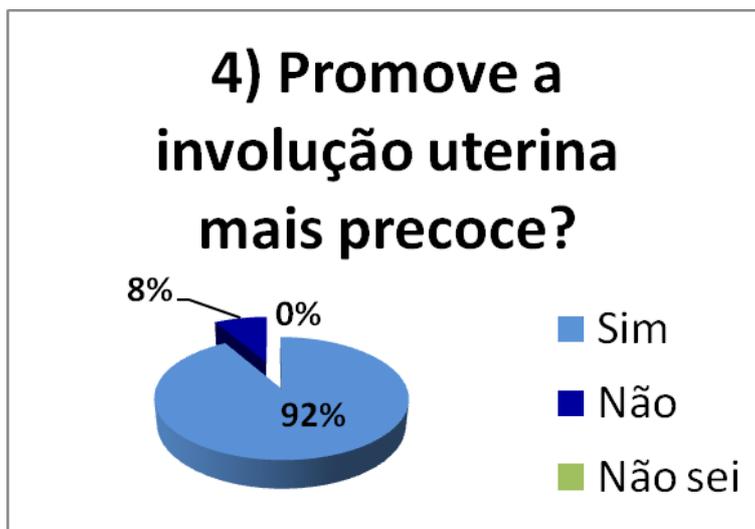
Gráficos 3 – O aleitamento previne infecções/alergias.



A maioria das gestantes entende que o aleitamento previne doenças na criança e faz novas

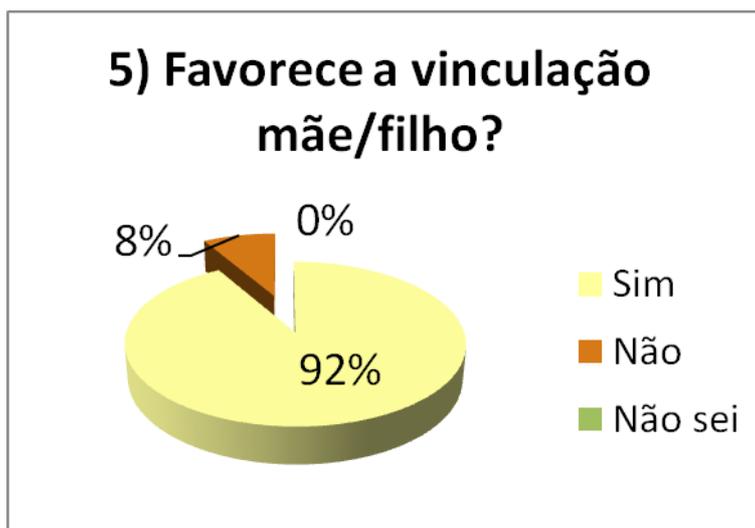
considerações das vantagens conforme o gráfico seguinte.

Gráfico 4 – O aleitamento promove a involução uterina



A maioria das gestantes sinalizou a vantagem que o aleitamento promove para a mãe e ainda apontou a vantagem afetiva com a criança conforme gráfico seguinte.

Gráfico 5 – O aleitamento materno favorece o vínculo afetivo entre mãe e filho.



Novamente o excelente resultado do gráfico anterior em que é apontado pela maioria mais uma das vantagens do aleitamento materno demonstrando que o trabalho de orientação sobre os

benefícios podem resultar em um dos mais importantes instrumentos de apoio no sucesso do aleitamento materno.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que nossa experiência como cidadãos, como futuros profissionais da saúde e como trabalho em equipe, nos permitiu crescimento e amadurecimento no que tange aos aspectos relacionados à pesquisa científica, relacionamento com o grupo e em especial a interação com as gestantes e o tema ora desenvolvido. Acreditamos que o caminho do conhecimento é a mola propulsora do sucesso no aleitamento. Entendemos também que não é por acaso que inúmeros organismos governamentais e, além de outros, devem continuar lutando em prol da redução da morbimortalidade infantil, nesse caso em especial, que novos colegas se engajem nessa temática.

Percebemos também as limitações da comunidade pesquisada quanto aos conhecimentos do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, amamentação até 2 anos ou mais, aspectos relativos aos cuidados com a mama, desmame precoce entre outros, reforçando a necessidade de mais envolvimento de todos no tema para que cada vez mais as mulheres sejam bem sucedidas.

Salientamos que poderíamos ter aprofundado melhor o tema, aperfeiçoado o questionário, no entanto, fica a nossa sensibilidade em para dar continuidade no assunto e de alguma forma contribuir para melhorar os índices de sucesso no Aleitamento Materno. Ficaremos a disposição de outros alunos que tenham interesse em abordar e dar continuidade ao nosso trabalho.

7. APÊNDICES

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidado a participar da pesquisa que os autores Cíntia Cardozo Albino May, Diana Beatriz Zanovello Santana, Leonardo Ramos da Silva, Natália Regina Vitório Brietzig sob orientação da Professora Juraci Maria Tischer, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, curso técnico de Enfermagem, estão desenvolvendo a pesquisa “A IMPORTÂNCIA DE INCENTIVAR AS GESTANTES SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO COMO ESTRATÉGIA INTEGRAL E HUMANIZADA” que se constituirá no Projeto de Ação Comunitária (PAC). Este projeto consiste em realizar um estudo com finalidade de orientar as gestantes, sobre a importância e benefícios do aleitamento materno, para o bebê e a família. Espera-se com este estudo conscientizá-las sobre os reais benefícios, diminuindo a ansiedade, dúvidas, medos, estresse e esclarecer sobre mitos e crendices que trazem de outras gerações. 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 o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Darci Vargas – Endereço: R. Miguel Couto, 44 Anita Garibaldi – CEP: 89202190 – Joinville – SC – Telefone: (47) 3461-5700 / 3433-0499.

PESQUISADORES: Cíntia Cardozo Albino May, Diana Beatriz Zanovello Santana, Leonardo Ramos da Silva, Natália Regina Vitório Brietzig

ORIENTADORA: Juraci Maria Tischer

Telefones: (47) 3431-5627 e (47) 9108- 6081

e-mail : juraci@ifsc.edu.br

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

Joinville,de..... de 2010.

Assinatura e RG

Assinatura e RG do Pai ou responsável

Apêndice 2 – Questionário Fechado 1

1) Qual idade:

até 15 anos 16 a 19 anos 20 a 25 anos 26 anos ou mais

2) Quantos filhos possui?

1 2 3 4 ou mais

3) Já amamentou?

Sim Não

4) Tempo de amamentação anterior?

Não amamentou Menos de 1 mês 2 a 5 meses 6 meses a 1 ano 2 anos ou mais

5) Se não amamentou, qual motivo a impediu?

Bebê apresentou doenças Trabalho Problemas com a mama (mastite, mamilo invertido, fissura) Bebê rejeitou a mama Dor Ingurgitamento Pouco leite Achou leite fraco Criança chorava muito Prescrição médica de alimentação substituta

6) Idade que introduziu novos alimentos?

Logo ao nascer Antes dos 4 meses Entre 4 e 6 meses Após 6 meses

7) Você foi amamentada?

Sim Não

8) Se sim, quanto tempo?

até 3 meses 4 a 6 meses 6 meses a 1 ano 2 anos ou mais

9) Para você amamentar é importante?

Sim Não

10) Se sim, por quê?

Fornece vitaminas ao bebê Fácil manuseio e prático Propicia um momento de afeto e carinho Outros.

Apêndice 3 – Questionário Fechado 2

1) Você tem algum conhecimento sobre aleitamento materno?

Sim Não

2) Se sim como adquiriu?

Leitura/comunicação social
 Através do médico/enfermeiro
 Através de familiares/amigos
 Todas as anteriores

3) Qual o período para fazer aleitamento materno exclusivo (dar apenas leite materno à criança)?

Até os 6 meses
 Enquanto a criança aumentar de peso adequadamente
 Enquanto a mãe tiver leite
 Não sabe

4) O aleitamento materno previne algumas infecções/alergias?

Sim Não Não sei

5) Promove a involução uterina mais precoce?

Sim Não Não sei

6) Favorece a vinculação mãe/filho?

Sim Não Não sei

7) Avalie nosso desempenho:

Regular Bom Ótimo

Apêndice 4 – Termo de Confidencialidade



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE
SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO

Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Joinville, 16 de novembro de 2010.

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

O pesquisador assegura que o caráter anônimo dos pacientes serão mantidos e que suas identidades serão protegidas de terceiros não autorizados. E as fichas clínicas ou outros documentos submetidos ao patrocinador se houver não serão identificados pelo nome, mas por um código. O pesquisador manterá um registro de inclusão dos pacientes mostrando códigos, nomes e endereços para uso próprio (evitar confusões). Bem como os formulários de Termo de Consentimento assinados pelos pacientes serão mantidos pelo pesquisador em confidência estrita, juntos em um único arquivo. Asseguramos que o paciente receberá uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Informado.

Cíntia Cardozo Albino May
Diana Beatriz Zanovello Santana
Leonardo Ramos Da Silva
Natália Regina Vitório Brietzig

Juraci Maria Tischer
Docente do IFSC-Orientadora

Apêndice 5 – Termo de Responsabilidade da Instituição



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE
SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO

TERMO DE RESPONSABILIDADE DA INSTITUIÇÃO

Eu, Dr. Armando Dias Pereira Junior, Diretor da Maternidade Darcy Vargas de Joinville-SC, autorizo a execução da pesquisa: **“A IMPORTÂNCIA DE INCENTIVAR AS GESTANTES SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO COMO ESTRATÉGIA INTEGRAL E HUMANIZADA** junto à esta Instituição. Estou ciente que a referida pesquisa será executada pelos discentes: Cíntia Cardozo Albino May, Diana Beatriz Zanovello Santana

Leonardo Ramos Da Silva, Natália Regina Vitório Brietzig.

Declaro ainda que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução n. 196/96 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde.

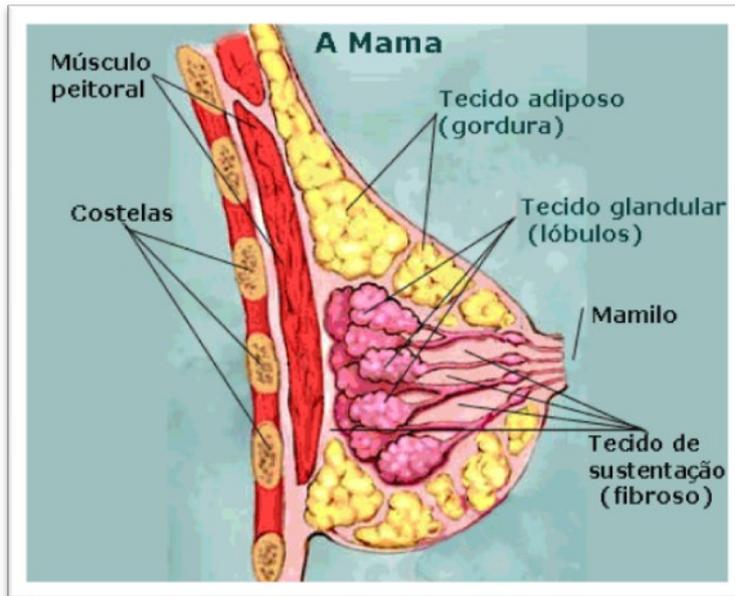
Dr. Armando Dias Pereira Junior
Diretor
Maternidade Darcy Vargas

8. ANEXOS

Anexo 1 –

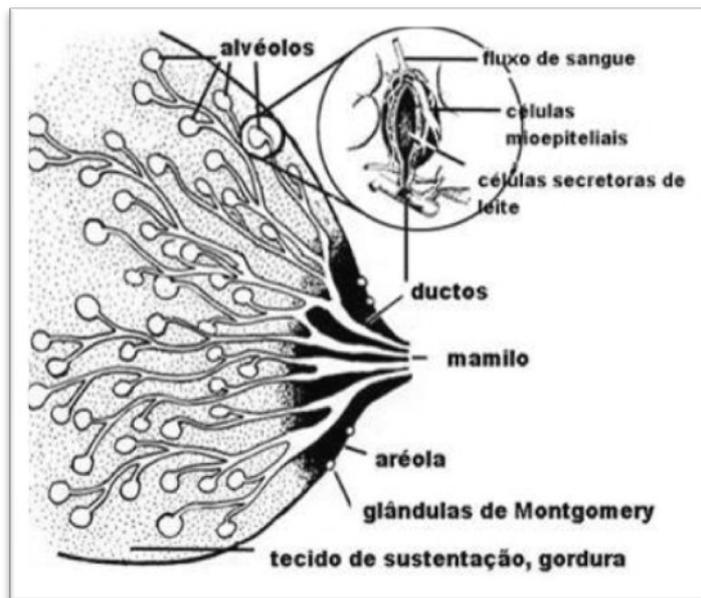
Anexo 2

- Estrutura mama - http://www.drcarlos.med.br/artigo_016.html 29/08/2010



Anexo 3

- Interior da mama - <http://www.amamentar.net/ProfissionaisdeSa%C3%BAde/Fundamentosdoaleitamentomaterno/Anatomiaefisiologia/tabid/432/Default.aspx> 24/08/2010



Anexo 4

- **Mamilo protuso** - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Promovendo o Aleitamento Materno 2ª edição, revisada. Brasília, ,2007



Anexo 5

- **Mamilo semiprotuso** - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Promovendo o Aleitamento Materno 2ª edição, revisada. Brasília, 2007



Anexo 6

- **Mamilo invertido** - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Promovendo o Aleitamento Materno 2ª edição, revisada. Brasília, ,2007



Anexo 7

- **Mamilo rachado ou fissurado** - <http://www.abpblh.org.br/manual.htm> 29/08/2010



Anexo 8

- Ingurgitamento mamário - <http://alimentandosaudeam.blogspot.com/2009/11/dificuldades-e-problemas-mais-comuns.html> 29/08/2010



Anexo 9

- Mastite - http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032000001000005 29/08/2010



Figura 1 - Mastite puerperal, do tipo glandular, com envolvimento de toda a glândula mamária, segundo a classificação de Vinha¹³.

Anexo 10

- Posições de pega





- Sucção da forma correta



Anexo 12

- Bebe abocanha o mamilo



Anexo 13

- Rosto bebê de frente ao peito



Anexo 14

- Dedos distante da aréola



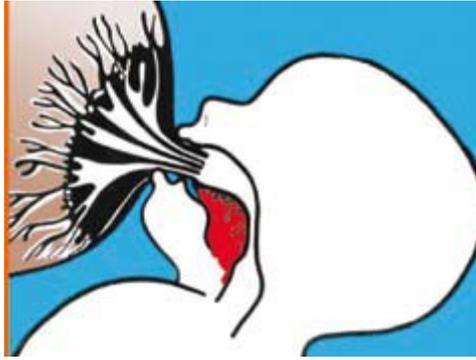
Anexo 15

- Pega adequada com abertura da boca



Anexo 16

- Má pega dificulta o esvaziamento da mama.



9. REFERÊNCIAS:

ASHWORTH, A. **HIV (VIH) e a amamentação**. Tearfund International Learning Zone. Disponível em:
<http://tilz.tearfund.org/Portugues/Passo+a+Passo+51->

60/Passo+a+Passo+52/HIV+VIH+e+a+amamenta%C3%A7%C3%A3o.htm.

Acesso em: 28/09/2010.

BARROS, Sonia Maria Oliveira De; MARIN, Heimar De Fátima; F.V. ABRÃO, Ana Cristina. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**: Guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca, 2002.

CARREIRO, Denise M.; CORREA, Mayra M. **Mães saudáveis têm filhos saudáveis** – 1ª edição, São Paulo, 2010.

CHEN, Rogan A.. **Porquê Amamentar?** Disponível em: <http://www.leitematerno.org/porque.htm>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

CIAMPO, Luiz Antônio Del; RICCO, Rubens Garcia; ALMEIDA, Carlos Alberto Nogueira De. **Aleitamento Materno**: Passagens e Transferências Mãe-Filho. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte: Atheneu, 2004.

DYNIWICZ, Ana Maria; QUIROGA, Celi Cristina Calamita; SANTOS, Daniela Constantino Dos. **Saberes e Práticas**: Guia para Ensino e Aprendizado de Enfermagem. 5ª edição - São Caetano do Sul: Difusão, 2009. 4 v.

FALEIROS, Francisca Teresa Veneziano; TREZZA, Ercília Maria Carone; CARANDINA, Luana. **Aleitamento materno**: fatores de influência na sua decisão e duração. Revista Nutrição, Campinas, v. 19, n. 5, out. 2006 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000500010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 abr. 2010.

FIGUEIREDO, Nebia Maria Almeida. **Práticas de Enfermagem**: Ensinando a Cuidar da Mulher, do homem e do Recém-nascido. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida De. **Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. 4. Ed. São Caetano Do Sul: Difusão, 2003.

FRANCO, Selma Cristina et al. **Aleitamento materno exclusivo em lactentes atendidos na rede pública do município de Joinville, Santa Catarina, Brasil**. Revista Brasileira de. Saúde Materno Infantil, Recife, v.8, n.3, set. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000300008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 abr. 2010.

GONZALEZ, Helcye. **Enfermagem em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo: SENAC, 1994.

HANDEM, PC; MATIOLI, CP; PEREIRA, FGC. Tipos de Pesquisa. In: FIGUEIREDO, MAA.

Método e Metodologia na pesquisa Científica. Ed. Difusão - São Caetano do Sul, SP, 2004.

KING, F. Savege. **Como ajudar as mães a amamentar.** 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 1998

KING, F. savage. **Como ajudar as mães a amamentar.** Londrina: African Medical and Research Foundation, 1991.

MACÊDO, Sandra Rebouças. **ANATOMIA DAS MAMAS.** Disponível em: <http://www.fisiobemviver.com.br/links/32/anatomia-das-mamas.html>. Acesso em: 25 ago. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Benefícios do Aleitamento Materno.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33806. Acesso em: 15 ago. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos /** Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **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. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal.** Brasília, 2001

OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos. **Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo.** Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 5, n. 1, abr. 2002 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2002000100006&lng=pt&nrm=iso. acessos em 25 maio 2010.

RAMOS, Adriana; CARVALHO, Geraldo Mota De. **Enfermagem e Nutrição.** São Paulo: Epu, 2005.

REA, Marina Ferreira. **Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno em Hospitais Amigo da Criança.** São Paulo: Instituto da Saúde, 2008.

REGO, Jose Dias. **Aleitamento Materno.** São Paulo: Atheneu, 2006.

SOUZA, Ana Lúcia Teles De Moura; FLORIO, Arlete; KAWAMOTO, Emília Emi. **O Neonato, a Criança e o Adolescente.** São Paulo: Epu, 2001.

TEZZA, Verônica Mattos. **Enfermagem obstétrica neonatal**. Florianópolis: Bernuncia, 2002.

UNIJUÍ, Programa de incentivo a produção docente. **Estamos grávidos... E agora?** / Ed. UNIJUÍ – Ijuí, 1995

VALDÉS, V.. **Manejo clínico da lactação**: Assistência à nutriz e ao lactente. Rio De Janeiro: Revinter, 1996.

VINHA, Vera Heloisa Pileggi. **O livro da amamentação**. São Paulo: Clr Balieiro, 1999.