Juliana de Oliveira Alves

Graciele Cruz de Almeida Santos

Marilissa Maciel Maineri

Marislene Soares da Silva Coutinho

Thamires Ribeiro da Silva Moreno

Fatores contribuintes á (não) amamentação: Um estudo de campo em uma unidade de cuidados intermediários neonatal em um hospital no interior da Bahia.

**BARREIRAS**

**2013**

**RESUMO**

Trata-se de uma pesquisa explicativa e de caráter quantitativo, cujos objetivos foram analisar os fatores contribuintes á (não) amamentação na unidade de cuidados intermediários neonatal em um hospital localizado no interior da Bahia, enfatizando o papel do enfermeiro frente à temática, também avaliando o conhecimento dessas mães em se tratando da importância do aleitamento materno. Sabemos que são imensuráveis as vantagens de tal ato para a mãe e o bebê, podendo proporcionar uma melhor qualidade de vida para ambos. Baseados nisso realizamos este estudo. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizadas a entrevista semi-estruturada pautada por um roteiro de questões abertas e fechadas. Ao término da etapa de coleta de dados, os mesmo foram agrupados e encontram-se apresentados em formas de gráficos e tabelas. A análise foi feita através de frequência e porcentagem. Os resultados demonstram que as maiorias dessas mães que se encontram com seus neonatos internados no hospital, não receberam nenhum tipo de orientação sobre a amamentação na unidade ou até mesmo fora dela através de outros meios, não demonstraram ter conhecimento sobre as vantagens do aleitamento materno, tampouco a diferença do leite natural para o artificial, fazendo com que a participação das mesmas no ato de amamentar seja de pouca atuação. As participantes da pesquisa possuem idades entre 15 e 46 anos, sendo constituído, na maioria mulheres casadas ou de união estável. Contudo, é sugerido, que os profissionais de saúde durante o PN e no setor orientassem melhor as futuras e presentes mães, e se fizessem presentes no ato da amamentação, promovendo assim, uma melhor qualidade de vida a ambos, pois nesta pesquisa o principal fator contribuinte a não amamentação foi a mal interpretação das orientações dadas ou a falha na comunicação referente a importância do aleitamento materno.

**Palavras-chave:** Amamentação; mães; neonatos; saúde.

**ABSTRACT**

It is explanatory research and quantitative character, whose objectives were to analyze the contributing factors will (not) breastfeeding in neonatal intermediate care unit in a hospital located in Bahia, emphasizing the role of the nurse in the theme also evaluated knowledge of these mothers when considering the importance of breastfeeding. We know we are immeasurable advantages of such an act for the mother and baby and can provide a better quality of life for both. Based on this we conducted this study. As an instrument for data collection was used to semi-structured interview guided by a roadmap of open and closed questions. At the end of the stage of data collection, the same were grouped and are presented in form of graphs and tables. The analysis was performed using frequency and percentage. The results show that the majority of these mothers with their newborns are admitted to the hospital, received no guidance on breastfeeding in the unit or even out of it by other means, not shown to have knowledge about the advantages of breastfeeding, nor the difference of the natural to the artificial milk, making their involvement in the act of breastfeeding is of little activity. The subjects have between 15 and 46 years, consisting mostly married women or stable. However, it is suggested that health professionals during the PN and industry will assist in better present and future mothers, and if they were present in the act of breastfeeding, thus promoting a better quality of life both as the main factor for this search taxpayer was not breastfeeding the wrong interpretation of the guidelines given or failure in communication regarding the importance of breastfeeding.

**Key words:** breastfeeding; mothers; infants; health.

1. **INTRODUÇÃO**

A amamentação hoje em dia tornou-se um assunto muito comum, pois no decorrer dos tempos vem se estudando cada vez mais sobre a importância do leite humano para os recém- nascidos (RN’s) fazendo com que os estudos acerca dessa temática criem repercussão.

O aleitamento materno é uma verdadeira vacina para os (RN’s), nele estão presente anticorpos que irão proteger o bebê de diversas patologias tais como: doenças alérgicas, diversos tipos de câncer, desnutrição, doenças digestivas, doenças crônicas como osteoporose, doenças cardiovasculares e aterosclerose, obesidade, meningites, sarampo, doenças respiratórias e otites, doenças do trato urinário e cáries. E ainda promove o melhor desenvolvimento neuro-psicomotor infantil e cognitivo, aumenta o quociente de inteligência (QI), promove melhor padrão cardiorrespiratório durante a alimentação, melhor resposta as imunizações e melhor equilíbrio emocional, além de ser facilmente digerido e absorvido, contendo nutrientes e enzimas perfeitamente balanceadas, com substâncias imunológicas que protegem o bebê e provém tudo o que a criança necessita no seu começo de vida. O ato de amamentar também supre as necessidades emocionais e diminui a ansiedade de ambos, por meio desse primeiro contato pele a pele e olhos nos olhos (ABRÃO, 2006).

Segundo Rezende e Montenegro (2005) a Academia Americana de Pediatria refere que o aleitamento materno além de evitar diversas doenças, é econômico, pois evita gastos com água, gás, sabão, mamadeira, leite artificial e preparo, também é isento de impurezas, está sempre na temperatura adequada e pode ser servido a qualquer momento e em qualquer lugar.

Durante as práticas diárias, enquanto acadêmicas, com as mães e seus neonatos em estágios curriculares, pode-se observar que o setor da unidade de cuidados intermediários neonatal por muitas vezes torna-se um ambiente “diferentes” as mães fazendo com que seja necessária uma maior aproximação das mesmas para com seus filhos através da amamentação, igualmente, nota-se a importância do papel do enfermeiro bem como da equipe de enfermagem em estar orientando as mães sobre essa prática.

Desta forma surgem o seguinte questionamento: quais fatores contribuintes á (não) amamentação dos RN’s internados na unidade de cuidados intermediários neonatal (UCI) em um hospital porte localizado em uma unidade do da Bahia.

Com isso, será o baixo nível de conhecimento em relação aos benefícios do aleitamento materno, um dos motivos que contribuem a não amamentação? Ou então a falta de tempo das mães relacionado as responsabilidades domesticas e dificuldade de acesso até o hospital? E por fim, poderiam as orientações por parte dos profissionais de saúde em relação à importância do aleitamento materno bem como as formas corretas para realizá-la, estarem sendo insuficientes ou mal interpretadas pelas mães que se encontram com seus RN’s internados no setor?

Partindo destas hipóteses buscou-se realizar o presente estudo com o objetivo de analisar os fatores que levam as mães a não amamentarem seus bebês internados na unidade de cuidados intermediários neonatal. Para tanto procurou-se avaliar o conhecimento das mães em relação ao aleitamento materno, identificando os motivos pelos quais as mães não realizam a amamentação e descrevendo o papel da enfermagem frente á temática.

Desta forma, busca-se com esse estudo, maior compreensão no sentido de promover uma assistência de maior qualidade, visando a promoção de saúde em recém-nascido que se encontram internadas e necessitando dos valores nutricionais que o leite materno propicia, gerando maior afetividade entre mãe e filho com o simples ato de amamentar.

**2- REVISÃO LITERÁRIA**

**2.1 Anatomia das glândulas mamárias.**

Estão localizadas na face ventral do tórax, em uma camada logo abaixo da pele que pode ser a tela subcutânea ou a hipoderme. Normalmente as mamas apresentam tamanhos diferentes sendo a mama direita a mais avantajada que a mama esquerda e ainda esta localizada em nível mais baixo. As mamas são separadas por um sulco cujo nome é intermamário. A pele da mama é fina e tem uma parte circular pigmentada denominada aréola (GARDNER;GRAY E RAHILLY, 1988).

De acordo com os mencionados autores, a aréola apresenta saliências correspondentes as glândulas da aréola e uma elevação no centro que é a papila mamária ou mamilo, onde sua projeção dar-se anteriormente sendo neles encontrados os canais excretores da glândula mamária.

No entender de Souza (2001), as glândulas mamárias na puberdade começam a sofrer alterações por ação dos hormônios fazendo com que cresçam como um todo. Quando a ação da progesterona é mais intensa sendo este período o da gestação e do puerpério os ácimos enchem-se de secreção durante a lactação fazendo com que a mama fique dolorida e tensa. No primeiro momento, após o parto, ocorre a liberação do colostro, a secreção láctea irá ser ejaculada logo após alguns dias após o parto.

Tortoga, (2002) relata que os ligamentos suspensores da mama que são os filamentos de tecido conjuntivo são também conhecidos como ligamentos de Cooper, ficam entre a pele e a fáscia profunda sustentando a mama. O uso sutiã faz com que ocorra um retardamento da frouxidão desses ligamentos que se depelem com o passar da idade, e a prática de esforço excessivo e exercícios aeróbicos de alto impacto fazem com que ocorra então o aparecimento dos peitos caídos, por isso, ao estar com o aumento do seio as mulheres devem começar o uso deste suspensório muito usado hoje em dia.

**2.2 Fisiologia da lactação**

Segundo Santos, Silva e Althoff (2005) a fisiologia da lactação se divide em 3 períodos, primeiro a fase mamotrófica ou mamogênica que consiste no desenvolvimento da glândula mamária, fase galactogênica ou da lactação, onde é responsável pela produção e ejeção do leite e por fim a fase de galactopoiese, responsável pela manutenção da lactação.

Durante os ciclos sexuais mensais na mulher e adolescente, é liberada uma quantidade de estrogênio, onde o mesmo vai atuar no desenvolvimento das glândulas mamárias. Durante a gestação, há uma maior liberação de estrogênio, a partir daí o tecido glandular ficará completamente desenvolvido, deixando os seios bem maiores devido á produção de leite nesta fase (GUYTON e HALL, 2002).

Segundo os autores citado, a prolactina é um hormônio secretado pela glândula hipófise, responsável pela produção do leite nos alvéolos dos ductos mamários. Essa produção diminuirá de forma considerável depois de 7 a 9 meses pós puerpério, mas que continuará a produção até quando o bebê continuar sugando.

O hipotálamo ativa a liberação de hormônios hipofisários que causam a secreção de estrógenos e andrógenos pelas gônadas e supra-renais e juntos com os hormônios ovarianos controlam a lactação( TERRANOVA,2005).

O referido autor relata ainda que depois do parto ocorre a retirada dos esteroides placentários e que a mulher apresenta a lactogênese (produção do leite pela células alveolares). Durante a amamentação a puérpera produz 600 ml de leite cada dia e aumenta para 1.100 ml/dia nos próximos meses. Sendo seus principais componentes as proteínas, como caseína e a lactealbumina, lipídios e lactose.

A fase de ejeção ou descida do leite só é permitida por meio da ação do hormônio ocitocina, que age através da sucção do bebê ao seio materno, só a partir daí o hormônio é secretado, sendo produzido na glândula hipófise posterior, onde é transportada até as mamas através da circulação sanguínea (BERNE;LEVY e KOEPPEN, 2000).

**2.3 Vantagens do aleitamento materno**

O leite humano é fonte de vitaminas, e o único alimento que possui todos os nutrientes que o bebê precisa nos primeiros meses de vida, é rico em imunoglobulinas (Ig), sendo a mais encontrada a imunoglobulina tipo A ( IgA), esta possui uma maior resistência aos fermentos digestivos, estas IG tem uma importante função que é proteger a mucosa intestinal de germes patogênicos, já que o intestino do feto ao passar pelo canal vaginal na hora do parto terá então seu primeiro contato com as bactérias enteropatogênicas (MORETTO, 1990).

O autor acima ainda relata que o leite possui proteínas que auxiliam no crescimento tem gordura que é o componente responsável pela energia, contém sais, vitaminas como A, B, C e K. Enzimas na forma inativa que auxiliam o processo digestivo, e anticorpos que protegem contra várias doenças. Acelera o desenvolvimento do mecanismo neuromuscular da mandíbula e boca isso por causa da sucção, a principal vantagem é o aumento do vínculo afetivo entre mãe e filho.

Lessa (2006) considera que o aspecto nutricional o leite humano dispões de todos os nutrientes que a criança necessita até os seis meses de idade para crescer e desenvolver com mais saúde, no que se refere a parte digestiva este tipo de leite possui uma melhor digestibilidade pois tem menos solutos e contém enzimas como a lípase, protease e amolase. É pobre em fenilalanina e tirosina que são substâncias que têm uma metabolização limitada pelo organismo do RN.

No aspecto imunológico, tendo vários componentes como: linfócitos, macrófagos, lisossomos, imunoglobulinas, etc. A puérpera que se encontra dentro da unidade de terapia intensiva e semi-intesiva acompanhando seu filho ao entrar em contato com antígenos faz com que seu corpo produza anticorpos específicos e os repassa para seu filho através do leite, e essas mães dentro desse mesmo leite ainda possuem ação antiinflamatória e ainda confere uma maior maturação da mucosa intestinal (LESSA, 2006).

A UNICEF e a OMS normatizaram rotinas para práticas hospitalares para terem uma melhor defesa do Aleitamento materno. Foi instituída esta iniciativa para melhorar o índice de mulheres amamentando exclusivamente nos primeiros meses de vida do RN. Os hospitais que fizerem parte desta campanha ficaram sendo titulados como “Amigo da criança”, para isso o mesmo deve cumprir os“ dez passos para o sucesso do aleitamento materno” (OMS, 2001 e WHO, 1981 *apud*. ARAUJO;OTTO e SCHITZ, 2003).

Dentre os dez passos supracitados, em primeiros lugar é ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde; em segundo lugar, treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma, em terceiro lugar, informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento; em quarto lugar, ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia-hora após o parto; no quinto lugar, mostrar as mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos; em sexto lugar, não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico; em sétimo lugar, praticar o alojamento conjunto, permitir que as mães e os bebês permaneçam juntos 24 horas por dia; em oitavo lugar, encorajar o aleitamento sob livre demanda; em nono lugar, não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças a amamentadas ao seio; e em décimo lugar, encorajar a formação de grupos de apoio á amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após a alta do hospital ou do ambulatório (OMS, 2001 e WHO, 1981 *apud*. ARAUJO;OTTO e SCHITZ, 2003).

Com a sucção do seio, logo após o parto, haverá produção de ocitocina, no qual este irá aumentar a contratilidade uterina, diminuindo assim, as perdas sanguíneas próprias deste período. Além dos benefícios psicológicos que traz a mulher, o aleitamento também ajuda a prevenção de câncer de mama e ovário. É também reduzido o risco de obesidade, ocasionando pela própria gravidez (REZENDE e MONTENEGRO, 2005).

Logo após o parto, o colostro é o primeiro leite que a mãe produz para amamentar seu filho. É rico em imunoglobulinas A (IgA), sendo este um tipo de proteção imunológica, que vai mudando sua composição frente as necessidades do bebê. Logo produz, também, componentes antibacterianos e “sinaladores” biológicos, onde permitem diferenciação e crescimento celular que é essencial no desenvolvimento da criança (REZENDE e MONTENEGRO, 2005).

Na opinião de Lissaur e Clayden( 2003), a amamentação torna-se hoje me dia uma das formas de aumentar a sobrevida dos lactentes, pois o leite materno reduz o índice de infecções gastrintestinais. Estudos revelam que diminui também os riscos de desenvolver enterecolite necrosante em lactentes pré-termo.

Como o leite materno se faz essencial de 0 a 6 meses, quando um bebê é prematuro ou ultrapassou os 6 meses de vida, este leite não mais produz a mesma quantidade de ferro, que é um importante componente nutricional (REZENDE e MONTENEGRO, 2005).

Na concepção de Ziegel e Cranley (1986), este contradiz com outros autores no que diz estar os lactentes aptos a se alimentarem tanto de leite natural como do artificial. Entretanto a mãe precisa querer dar o seio ao seu bebê, sendo incentivada, para que a alimentação possa ser bem sucedida, suprindo, assim a necessidade de ambas as partes, mas que o leite natural não é mais indispensável como antes de existir os leites artificiais satisfatórios para manter a sobrevida dos bebês.

Diferente do leite artificial que em áreas tropicais a sua refrigeração e esterilização são precárias, o leite materno não carreia bactérias além de não ter prazo de validade, não se estraga (REZENDE e MONTENEGRO, 2006).

O leite natural é isento de impurezas e esta sempre em temperaturas adequadas para o bebê. Não há necessidade de gastos com água, gás, leite artificial ou de preparo e aquecimento de leite. O leite materno já vem pronto e pode ser servido em qualquer momento e em qualquer lugar. Além de a quantidade ser bem satisfatória para o bebê sugar, criando, também, um vínculo afetivo entre mãe e filho. Se a mãe não quiser dar o seio, pode-se criar intimidade entra ambos através do leite artificial, também sendo satisfatório (ZIEGEL e CRANLEY 1986).

**2.4 Formas corretas para realizar a amamentação**

Para ter uma boa pega, a boca do bebê deve ser levada em direção ao mamilo, e não o contrário. A mãe deve posicionar o polegar acima da aréola e o indicador abaixo. Ao mamar, a boca do bebê deve estar bem aberta, com os lábios para fora, abocanhando quase toda a aréola e não somente o bico do peito, assim as mamadas serão grandes e espaçadas (ABRÃO, 2006).

Quando for tirar a criança o peito, é bom usar a técnica conhecida popularmente como “técnica do dedo mínimo”, onde a mãe coloca o dedo mínimo na boca da criança para enganá-la. Ela aceita a trocar o bico do peito pelo dedo mínimo, e assim não puxa o mamilo da mãe bruscamente (ABRÃO, 2006).

**2.5 Ordenha e armazenamento**

A ordenha é indicada para as puérperas que possuem RN’s prematuros que ainda não possuem o estimulo de sucção, na prevenção e tratamento do ingurgitamento dolorosa da mama, durante pausas da amamentação por motivos de doença, mães que enquanto trabalham ou viajam querem deixar seu leite para ser dado ao bebe e para doação a bancos de leite (ABRÃO, 2006).

O leite materno pode sofrer a ordenha manualmente não só pelo profissional da saúde, mas até mesmo pela lactante, evitando assim o ingurgitamento mamário. Faz-se necessário lavar as mãos e secar, coloca-se em posição confortável, pegando com os polegares a mama na região superior e os indicadores na região inferior da borda areolar, começam então a ordenha fazendo movimentos de pinça com os dedos já posicionados de forma correta na mama sem deixar que ocorra os deslizamentos, evitando assim traumas na pele (PEDROSO e SILVA, 2005).

De acordo com os referidos autores, estes referem que em caso de armazenamento de leite materno, o mesmo é posto em recipiente fervido, não esquecendo que para guardar esse leite as técnicas de higiene assépticas devem ser seguidas para evitar impurezas. Se for deixar em ar ambiente, o tempo Maximo é de até 12 horas; em geladeira (2 a 6 graus centígrados), por 24 a 48 horas; em freezer (vinte graus negativos), por 3 meses, o reaquecimento pode ser realizado em banho-maria.

**2.6 Fatores que influenciam a amamentação**

O que pode influenciar as mães o estarem ou não amamentando seus filhos, são fatores psicológicos, sociais e físicos. Enquanto algumas mães se esforçam de todas as maneiras a amamentarem, outras insere concomitantemente outros tipos de alimentos na dieta do RN, enquanto algumas ainda não dão importância para tal ato e favorecem o aleitamento artificial, pois não sabem se as mamadas estão satisfazendo seus bebês, ficando angustiadas, podendo ainda, serem criadas por amigos ou parentes, que particularmente não aprovam o aleitamento materno, de acordo com seus costumes ( ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

De acordo com as autoras, se a mãe for insegura ou se o bebê não amamenta bem, inicialmente, ela necessitara de uma assistência tanto do médico, como da enfermeira, a presença do marido se faz essencial, assim como a assistência dada pela avó da criança no hospital. Todos esses fatores contribuirão para o incentivo da amamentação.

O índice de lactantes em zona rural é bem maior que em grandes cidades. As mulheres das áreas rurais costumam amamentar seus filhos por 18 a 24 meses, enquanto que outras de países desenvolvidos o fazem apenas de 2 a 3 meses. Há uma diferença de 75%, como nos Estados Unidos, sendo um taxa de 25%, enquanto que nas áreas rurais de países em desenvolvimento a taxa é 100% das mulheres que amamentam (REZENDE e MONTENEGRO, 2006).

A mãe deve estar atenta quanto ás eliminações fisiológicos do seu bebê, pois ele deve urinar em média 6 á 8 vezes por dia, para garantir uma boa hidratação. A eliminação de mecônio (primeiras evacuações) por RN’s amamentados deve acontecer com mais frequência do que quando alimentos com leite artificial (TERSHAKOVEN e STALLINGS, 2004).

**2.7 contra indicações para a amamentação**

De acordo com ziegel e cranley (1986), torna-se difícil ou impossível a amamentação quando os bicos dos seios da mãe se encontram invertidos ou planos, dificultando a abocanhadura do bebê, impossibilitando a sucção. Os mamilos fissurados também impossibilitam a amamentação, sendo possível retorná-los somente após cicatrização. No caso de mastite (inflamação das glândulas mamarias), pode haver suspensão temporária da mamada.

Segundo Rezende e Montenegro (2005), apesar de o leite materno trazer muitos benefícios, infelizmente existem algumas contra indicações, tais como: mulheres portadores do vírus HIV, herpes simples e varicela. No caso de tuberculose e hanseníase, não impedem a amamentação, mas é importante que ela esteja sendo acompanhada por um serviço de saúde para saber se o bebê necessita de certas medicações. No caso das crianças como as galactosemicas (não podem ingerir nenhuma espécie de leite).

**2.8 Mitos que pregam em relação ao leite materno**

As mães às vezes se perguntam se o seu filho continuam com fome pelo fato de o leite materno ser fraco, a coloração do leite no inicio da mamada é de aparência quase transparente, dando a impressão de leite fraco, logo depois fica mais esbranquiçada, sendo ambos na verdade rico em nutrientes, o que difere é somente a composição do leite, mas que satisfazem completamente o bebê (GONZALEZ, 2003).

A lenda do leite fraco pode ter sido criada pelo fato de o bebê poder sugar de forma incorreta o seio da mãe, fazendo um grande esforço, não retirando o leite suficiente, deixando-o ainda com fome. A sucção incorreta pode fazer com que desça menor quantidade de leite não sendo satisfatório para os bebês, sendo que essa sucção incorreta pode ser consequência do uso de bico artificial como chupetas e mamadeiras que deixam a posição da língua diferente na hora da sucção do peito, fazendo com que a retirada do leite seja insuficiente ( LAPADE,2000).

Seios com bicos feridos, rachados, ou empedrados não são motivos de parar a amamentação. São quadros que devem ser cuidados e sanados para um melhor aleitamento (LAPADE, 2000).

**2.9 Cuidados com os seios**

Existem alguns problemas ocasionados ás mães que podem dificultar a amamentação, como ingurgitamento mamário, algia mamária, rachaduras e mastites, esta poderá causar febre, calafrios e mal-estar, pois se trata de uma infecção que deve ser tratada, além de antibióticos sob prescrição médica, a mãe esvaziara os seios completamente, com frequência. Se a mastite não for tratada, poderá progredir para um abscesso mamário, a partir daí deverá ser interrompida a amamentação (TERSHAKOVEN e STALLING, 2004)

Um dos problemas que pode acometer as gestantes é o bico do seio invertido, que neste caso existe uma massagem especifica e simples de ser realizada. Quando o bico não exterioriza naturalmente durante a gravidez, ela deve ser realizar a seguinte técnica de massagem; segurar o bico do seio com o polegar e indicador, girando-o simulando aumento do volume do som (SANTOS; SILVA e ALTHOFF,2000).

Os autores supracitados ainda relatam que as massagens dos seios frequentes são bastante eficazes para preparar a mama antes de amamentar. Além de ser indicação médica, é uma técnica fácil e não dolorosa. A forma de fazer massagem é como se fosse uma ordenha, ou seja, deve-se segurar o seio com ambas as mãos pressionado o bico da base até o bico, depois repita o movimento com uma mão encima e outra embaixo, o movimento pode ser repetido umas cinco vezes em cada mama, em média 20 vezes ao dia, durante toda a gestação. Além de prevenir alguns problemas como escoriações ou seios doloridos.

**2.10 Papel da Enfermagem no cuidado com a gestante**

O enfermeiro deve orientar as mães sobre todos os benefícios do aleitamento materno, estimulando-a assim, a amamentar. É importante também, frisar sobre os cuidados com a mama para que previna qualquer problema que possa impedir a amamentação. O enfermeiro, durante o PN palpa as mamas para detectar complicações como flacidez, mamas ingurgitadas e dolorosas ou qualquer alteração, para, no entanto, tomar as providências, evitando possíveis complicações, bem como orientar sobre técnicas de amamentação que permitam o bebê sugar melhor em posição confortável para ambos (GONZALEZ, 2003).

Os cuidados que a mãe deve ser informada, inclui de forma rotineira a realização de exercícios no qual fortalecem, corrigem vícios, aumentando a elasticidade do tecido epitelial em região mamilo-areolar, além de inspeção das glândulas mamárias. O enfermeiro deve dar tais orientações assim que a gravidez for diagnosticada. Faz–se necessário, também, para a lubrificação natural do seio e a liberação de resíduos nele depositados, fazer expressão do colostro no intuito de ativar a produção de secreção lipoide após a 20° semana de gestação (SANTOS; SILVA e ALTHOFF, 2005).

Segundo os autores citados acima, orientar sobre técnicas de amamentação que permitam o bebê sugar melhor em posição confortável é um cuidados importante, pois este beneficia ambos. Relata que se a puépera estiver em uma posição incômoda, á mesma não irá se interessar pelo aleitamento, pois a forma de alimentar seu recém-nascido está de maneira erronia, sendo então o papel do enfermeiro informar lá sobre as melhores posições para seu conforto e de seu filho.

Orientação em relação ao banho, na qual a gestante somente deverá lavar as mamas com água, sem utilizar qualquer tipo de sabonete, pois sua composição alcalina acaba desidratando a pele, eliminando sua lubrificação natural. Fazer um “buraco” no sutiã, expondo o bico do seio, pois este roçando na roupa fortalecerá a pele do mamilo (SANTOS; SILVA e ALTHOFF, 2005).

Segundo as autoras citadas, esclarecer quando ás radiações solares, que antes das 10:00 e após as 16:00 horas não é prejudicial expor as mamas, mas pelo contrário, promove a dilatação dos poros, acelerando a eliminação de resíduos tóxicos, e facilitando a ejeção láctea. A exposição se faz necessário durante 30 minutos diários.

**2.10.1 Papel da enfermagem durante pré-natal**

A enfermagem é devidamente competente para realizar as consultas de pré-natal (PN), e também esta legalmente amparada pela lei n°2.604 de 17/09/1995, Regula o Exercício da enfermagem Profissional esta lei esta disponível nos sites do portal COFEM, A classe também tem respaldo para solicitar exames complementares de rotina, prescrever medicamentos a partir do momento que estiver devidamente treinada e aprovada pela instituição de saúde e programas do governo como o curso de abordagem sindrômica que capacita vários profissionais de enfermagem a estarem prescrevendo medicamentos, dependendo de cada município/ instituição (LACAVA, 2006).

Segundo a autora acima, os objetivos das assistências ao pré-natal é prevenir, identificar e/ou corrigir, as possíveis anormalidades tanto fetais quanto da própria gestante que poderiam estar afetando a gravidez, sendo que a enfermeira deve também analisar fatores sociais, econômicos, obstétricos e emocionais. Instruir a gestante quanto a gestação todo seu processo, inclusive as mudanças físicas, psicológicas, relatar todo o processo do trabalho de parto, cuidados com a mama, a importância do aleitamento materno, cuidados com o RN. Promover uma melhor assistência também para a família fazendo parte integrante deste novo ciclo que irá iniciar com a chegada do bebê.

Os objetivos relacionados ao pré-natal de acordo com a saúde nacional relatado por Ricci (2008), é crescer o numero de gestante que recebem o atendimento precoce e de maneira adequada, como também aumentar os cuidados com o pré-natal no primeiro trimestre de gestação com um percentual de 83% para 90% de nativos, proporcionar um crescimento de aulas de preparação sobre o parto, diminuir o índice de gestante que são viciadas em drogas ilícitas, cigarros e álcool.

As enfermeiras devem agir como educadoras e defensoras ao estarem criando comunidades saudáveis, proporcionando para a mulher e seu parceiro durante o período gestacional como também em outros ambientes de suas vidas. O papel da enfermagem irá possibilitar a mulher a ter confiança, ao tomar decisões em relação a seu futuro filho, pois a mesma estará informada o suficiente para tomar tais decisões, como a decisão de amamentar seu filho (RICCI, 2008).

A autora supracitado ainda refere que a assistência de enfermagem deve ser contínua no pré-natal, pois isso irá possibilitar um resultado bem sucedido. Para uma gestante saudável as visitas ao PN devem ser 1 vez no primeiro trimestre, 2 visitas no segundo trimestre, 3 visitas no terceiro trimestre. Em cada consulta são efetuados os exames: peso e aferição da pressão arterial (PA), sendo comparados aos valores normais; sumário de urina para verificar proteínas, corpos atônicos, glicose e nutrientes; determinar a altura do fundo uterino para avaliação do crescimento fetal, observar o bem estar fetal através da movimentação uterina e frequência cardíaca que deve ser 120 a 160 batimentos por minuto.

Ricci (2008), também menciona que durante o acompanhamento PN, a enfermeira faz perguntas, orienta e educa as gestantes sobre dúvidas e inseguranças, estimulando a mesma a realizar a amamentação, revendo também a parte nutricional, observando e avaliando a cliente quanto a adesão ao tratamento vitamínico do PN. Não deve-se esquecer que o parceiro deve ser estimulado a participar, se possível, das consultas.

**2.10.2 Papel da Enfermagem dentro da UCI neonatal**

A unidade de terapia intensiva (UTI) e semi-intensiva é um ambiente terapêutico proveniente para cuidados com pacientes de alto e médio risco, seguindo de protocolos específicos e de conhecimentos relevantes para uma assistência mais complexa (KAMADA, ROCHA e BARBEIRA, 2003).

As autoras acima ainda relatam que essas unidades constituem um importante campo de trabalho na enfermagem, pois exigem do profissional um maior e mais avançado conhecimento técnico e cientifico, sendo necessária uma capacitação especializada, tornando-se uma preocupação para a categoria. Tudo porque essas unidades são consideradas de alta complexidade assistencial devido a gravidade dos recém-nascidos e também pelo fato de a tecnologia usada ser a ponta.

As transformações que vem ocorrendo na ciência da enfermagem, e também em outras áreas, como enfermagem neonatal não poderia ser diferente, fazendo com que os enfermeiros percebam a necessidade de buscar mais conhecimento nessa área que esta em avanço (ALMEIDA e KIMURA, 2003).

Baker, kuhlmann e Magliaro (1990 apud Fonseca, Scochi e Rocha, 2004), revelam que o treinamento das mães para que as mesmas cuidem de seus filhos em seu domicilio é de grande relevância já que elas devem procurar desenvolver habilidades e adquirir certos conhecimentos para melhor sobrevida do RN.

De acordo com o estudo realizado pelos autores acima, relata-se que foi encontrado em uma literatura sobre um plano pedagógico, no qual revelam que existam duas listas de considerações que devem ser lembrados ao ensinar os pais de bebês em casos de risco para o RN.

**2.11 Hospitalização do Neonato**

Os neonatos que nascem antes do final da 37° semana de idade gestacional (IG) pode precisar de atenção de saúde, mais especiais, pois seus sistemas corporais estão imaturos, aqueles que possuem IG entre 24 e 37 semanas tem uma chance de sobreviver. Os fatores associados ao nascimento prematuro são inúmeros sendo alguns deles: gravidez na adolescência, incompetência do colo uterino, placenta prévia, falta de cuidados durante o pré-natal, parto prematuro anterior, anormalidade uterinas, dentre outras (ATTWOOD, El al. 2007).

De acordo com a autora acima, os achados clínicos, constituem-se de baixo peso; depósitos mínimos de gordura; cabeça maior que o corpo; coxins de gordura nas proeminências de bochecha; face enrugada; acessos venosos visíveis sob a epiderme transparente; ausência de sucção; incapacidade de manter a temperatura corporal; insuficiência respiratória; limitação da capacidade de eliminar solutos na urina e lanugem em todo o corpo, etc.

Deve ser realizado radiografias do tórax para avaliar possíveis problemas pulmonares, ecocardiograma podendo assim revelar algum problema cardíaco, gasometria arterial avaliando se o RN apresenta hipoxia e anormalidades ácido-básicas, analisar eletrólitos séricos, glicose ( ATTWOOD, et al. 2007).

O bebê, ao nascer prematuro sua fase do total de se desenvolvimento é interrompida, fazendo com que ele fique vulnerável, sendo necessário por muitas vezes encaminha-lo ao tratamento em uma unidade de terapia intensiva ou semi-intensiva neonatal. O enfermeiro deve estar sempre próximo da família, pois é ele que possui uma visão mais ampla das necessidades de saúde do RN (KAMADA, ROCHA e BARBEIRA, 2003).

Os termos descrevem também outros recém-nascidos de pesos marginais com qualquer idade gestacional: menos de 2.500 g é considerado baixo peso ao nascimento; inferior a 1500 g corresponde a peso muito baixo; e inferior a 1.000g é extremamente baixo ao nascer (RICCI, 2008).

Ao nascer o RN busca marcos de referências que o ajudem a reconhecer vozes, os batimentos de sua mãe, o cheiro de liquido amniótico, isso para que ele possa se lembrar do período uterino. Porém quando o bebê nasce pré-termo, ele terá que adaptar-se sozinho, pois estará longe de sua mãe e pai. Diferente do RN a termo que seguirá sua mãe no alojamento conjunto. Sendo assim, faz-se a importância de facilitarmos uma breve e continua aproximação dos pais para com os bebês na UTI e na UCI neonatal (ANDRADRE, 2006).

A autora acima relata que o RN PT não é tão imaturo ou insensível quanto imagina, o seu sistema sensorial faz com que ele possa perceber e sentir o mundo ao seu redor. Por conta disso, estudos já realizados ervem de orientação á equipe de saúde, tendo controle ao nível sonoro, luz ambiente, odores, manipulação do bebê, troca de fraldas e como posicioná-lo corretamente.

Antigamente a mãe era excluída da unidade de risco como a UCI, porém agora ela passa a ser uma parte integrante e deve ser participativa junto ao seu filho. Traz consigo também preocupações, sentimentos e medos, já que seu RN necessitará em longo prazo de cuidados especiais, não esquecendo dos aspectos ligados ás condições sociais e culturais (SCOCHI, 2003 apud FONSECA, SCOCHI e ROCHA, 2004).

A aproximação dos pais dentro da UCI e UTI neonatal são de fundamental importância, pois o apoio de ambos é muito importante relacionado ao aleitamento materno, pois se o bebê não puder sugar ele poderá receber o leite humano por sonda tanto oral quanto nasal para alimentação, que faz com que a mãe se sinta mais segura pois após alta de seu filho ela terá que sozinha realizar todos os cuidados aprendidos no decorrer da internação. A presença desse apoio dentro da unidade é também muito eficaz para a equipe que estará contando com os pais para prestarem os cuidados e os ensinarem com as praticas referentes ao domicilio.

**5- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A amamentação é o ato mais simples de demonstrar o amor, assim entendemos esta ação. Através disso buscamos no decorrer dessa pesquisa, saber os principais motivos pelos quais as mães possuíam seus filhos internados na UCI neonatal do hospital onde foi efetuado o estudo, não amamentavam seus filhos.

Ao término da presente pesquisa pode-se dizer que os objetivos foram atingidos, ou seja, identificaram-se os fatores que levam as mães a não amamentarem seus filhos de forma mais eficiente. Percebeu-se que o baixo nível de conhecimento em relação a amamentação e seus benefícios são os principais fatores que contribuem para a não amamentação. Com isso acredita-se que a enfermagem deveria estar mais presente no sentido de aumentar o vínculo com as mães durante o PN, facilitando assim a troca de informações e com a prática da educação em saúde, orientar a respeito do AM. É importante referenciar que esta prática não se restringe apenas ao PN, ou seja deve estender-se também a UCI neonatal, onde as mães encontram seus filhos internados, necessitando de seus cuidados.

Ao retornar as hipóteses que nortearam a pesquisa, percebe-se que as mesmas foram comprovadas. As mães que possuíam baixo nível de conhecimento em relação ao AM estavam sem estímulos de continuarem ou até mesmo permanecerem na UCI neonatal, isso poderia ser diferente se ela soubesse que seu leite possui todos os nutrientes que seu filho necessita, ao contrário do leite artificial que é usado pela unidade. A falta de tempo por terem outros filhos também foi um fator contribuinte para o afastamento das mães da UCI e consequentemente a não amamentação. No que se refere a falta de orientação sobre a amamentação bem como as formas corretas para realiza-lo estavam sendo insuficientes ou mal interpretadas pela mães, levando as mesmas terem que cuidar de seus filhos.

Devemos estar sempre em busca do conhecimento, pois a área de saúde esta em constante mudança, exigindo que o profissional esteja sempre renovando seus conhecimentos através de cursos e treinamentos. Tão importante quanto obter o conhecimento, é compartilhá-lo. As mães necessitam de orientações e esclarecimento de dúvidas, pois estão em um ambiente desconhecido, e se sentem inseguras em relação á saúde de seu bebê.

Como foi observado em nossa revisão literária os profissionais de saúde trabalham em baixo investimento em relação a treinamentos ou subsídios para aumentarem o nível de mulheres a amamentação, sendo necessário uma maior preocupação dos órgãos de saúde em investirem com mais precisão em treinamentos para que os profissionais se tornem capacitados, criem programas de incentivo a amamentação e assim possam com isso aumentar o número de mulheres que amamentam seus filhos.

Desta forma pode-se dizer que a importância da comunicação de enfermagem dentro da UCI deve ser estudada e analisada mais detalhadamente para que se modifique a postura dos profissionais em relação a proximidade com as mães interferindo diretamente na melhoria da qualidade dos serviços, no bem estar das mães e na saída dos neonatos.

**REFERENCIAS**

ABRÃO, V.F.C.A.Aleitamento materno. In: BARROS,O.M.S. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. São Paulo: Manole,2006. Cap.15,p.223.

ALMEIDA,P.A.;KIMURA,F.A. Enfermagem neonatal:análise das publicações indexadas nos índices de referências informatizadas. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2003, mai/jun;56(3): 254-259.

ANDRADE,G.A.M. Transnatalidadee primeiras relações pais/bebê pré-termo.In MARGOTTO,R.P. Assistência ao recém- nascido de risco. 2 ed.Brasília,2006.

ARAUJO, M.F.M; OTTO,A.F.N; SCHIMITZ,B.A.S.Primeira avaliação do cumprimento dos “dez passos para o sucesso de aleitamento materno” nos Hospitais Amigos da Criança do Brasil. Rev. Bras.Saude.Mater.Infant.Recife, 2003. Disponível em:<HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151982920030004000006&Ing=&nrm=iso>. Acesso em: 26, 2008.

ATTOWOOD,K.et al. Enfermagem materno-neonatal: Distúrbios, intervenções, procedimentos, exames complementares,recursos clínicos. Rio De janeiro: Guanabara Koogan,2007. Cap2p.90.

BERNE,M.R;LEVY,N.M;KOEPPEN,M.B. et al. Fisiologia. 4 ed.Rio de janeiro: Guanabara Koognan, 2000.

FONSECA,L.M.M; SCOCHI,C.G.S.;ROCHA,S.M.M. Cartilha educativa para orientação materna sobre cuidados com o bebê prematuro. Rev.Latino-Americana. Enfermagem 2004 janeiro-fevereiro;12(1): 65-75.

GARDNENER,E.;GRAY,J.D.;RAHILLY,O.R. Anatomia: estudo regional do corpo humano. 4 ed. Rio de Janeiro, 2002. Cap.4.9

GONZALEZ, H. Parto: Amamentação-itens importantes. In; GONZALEZ.H. Enfermagem em ginecologia e obstetrícia. 6 ed. São Paulo: SENAC, 2003. Cap 28.p.533.

GUYTON, C.A.; HALL,E.J.Gravidez e lactação. In: GUYTON, C.A.; HALL,E.J.Tratado de fisiologia médica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan,2002. Cap 82,p.892.

KAMADA,I.; ROCHA,S.M.M.; BARBEIRA,C.B.S. Rev.Latino-americana. Enfermagem 2003 julho-agosto;11( 4): 436-43.

LACAVA,B.V.M.R. Consulta no pré-natal.In BARROS,O.M.S. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. São Paulo: Manole, 2006 Cap.4,p.52.

LAPATE,V. Pediatria. In: LEONEL, C. Medicina. Mitos e verdades. 4 ed. São Paulo: CIP, 2000. Cap. 17,p.431.

LESSA,P.N. Aleitamento materno. In: MARGOTTO, R.P. Assistência ao recém-nascido de risco. 2 ed. Brasilia-Brasil,2006.

LISSAUER,T.; CLAYDEN,G.Nutrição. In: LISSAUER,T.; CLAYDEN,G. Manual ilustrado de pediatria. 2 ed. Rio de janeiro: Guanabara Koognan, 2003. Cap.11,p. 155.

MORETTO, R. Pediatria: Saúde individual e coletiva. Rio de Janeiro: Revinter, 1990.

PEDROSO, C.G.; SILVA,K.M.E. Aleitamento materno. In: MORAIS,B.M.; CAMPOS,O.S.; SILVESTRINE,S.W. Guia da Pediatria. São Paulo: Manole, 2005. Cap.1,p.3.

REZENDE,J.; MONTENEGRO, B.A.C. Lactação. In REZENDE,J.; MONTENEGRO,B.A.C. Obstetrícia fundamental. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koognan, 2006.Cap. 16, p. 127.

REZENDE,J.; MONTENEGRO, B.A.C. Mamas. Lactação. In REZENDE,J.; Obstétrica 10 ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koognan, 2005. Cap. 18,p. 400.

RICCI,S.S. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2008.

SANTOS, A.K.E.; SILVA,B.W.M.A. ALTHOFF. R. Aleitamento materno. In: SCHIMITZ, M.E. et al. Enfermagem em pediatria e puericultura. São Paulo. Atheneu. 2005. Cap.2, p.25.

SOUZA, R.R.Tegumento comum, pele e tela sub-cutânea: Glândulas mamárias. In SOUZA, R.R. Anatomia Humana. São Paulo: Manole, 2001. Cap. 30,p. 417.

TERRANOVA,F.P. Fertilização, gravidez e desenvolvimento fetal. In: RHOADES, A.R; TANNER, A.G. Fisiologia Médica. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005. Cap. 39, p.669.

TERSHAKOVEN, A.M.; STALLINGS,V.A. Nutrição pediátrica e distúrbios nutricionais. In: BERRMAN, E.R.; KLIEGMAN, M.R. Principios de pediatria. 4ed, Rio de Janeiro; Guanabara koogan,2004.

TORTOGA, A.G; GRABWSKI,R.S. O sistema genital. In TORTOGA, A.G; GRABWSKI,R.S. Princípios de anatomia e fisiologia. 9ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2002. Cap. 28p.911.

ZIEGEL, E.; CRANLEY,S.M. Alimentação do recém nascido. In: ZIEGEL, E.; CRANLEY,S.M. Enfermagem obstétrica. 8ed. Rio de Janeiro: Guanabara koognan, 1986. Cap 28,p.533.