**INSTITUTO AVANÇADO DE ENSINO SUPERIOR DE BARREIRAS-IAESB**

**FACULDADE SÃO FRANCISCO DE BARREIRAS – FASB**

**ALINE CARNEIRO MAGALHÃES**

**CLERIA DA SILVA**

**RENATA QUEIROZ CRUZ**

**SEBASTIANA GALBERTO NETA**

**TANIA MARIA SOUZA O. PROFIRO**

**ENFERMAGEM**

**ALEITAMENTO MATERNO**

**Barreiras – Bahia**

**2012**

**ALINE CARNEIRO MAGALHÃES**

**CLERIA DA SILVA**

**RENATA QUEIROZ CRUZ**

**SEBASTIANA GALBERTO NETA**

**TANIA MARIA SOUZA O. PROFIRO**

**ALEITAMENTO MATERNO**

Barreiras – Bahia

2010

**SUMÁRIO**

**1 TEMA**...................................................................................................4

**2 DELIMITAÇÃO DO TEMA**...................................................................4

**3 PROBLEMA**.........................................................................................4

**4 PRESSUPOSTO**..................................................................................4

**5 OBJETIVO GERAL**.............................................................................5

5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS................................................5

**6 JUSTIFICATIVA**..................................................................................6

**7 REVISÃO LITERÁRIA**.........................................................................8

7.1 CONCEITO...........................................................................8

7.2 VANTAGENS PARA MÃE..................................................10

7.3 VANTAGENS PARA BEBÊ................................................10

7.4 DICAS PARA UMA BOA PEGA.........................................11

7.5 FISSURAS MAMILARES...................................................14

7.6 MASTITES..........................................................................15

7.7 ABSCESSO MAMÁRIO......................................................16

7.8 TÉCNICAS E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O PROCESSO DE LACTAÇÃO.........................................16

7.9 O PAPEL DO ENFERMEIRO.............................................18

**8 METODOLOGIA**................................................................................20

**9 REFERÊNCIAS**.................................................................................21

**1 TEMA**

Aleitamento Materno

**2 DELIMITAÇÃO DO TEMA**

Os Fatores que influência o aleitamento materno insuficiente em puérperas.

**3 PROBLEMA**

Quais fatores contribuem para aleitamento insuficiente?

**4 PRESSUPOSTO**

* Falta de orientação por parte da equipe de enfermagem
* Anatomia da mamas das puérperas.
* As crianças com déficit do reflexo de sucção.
* A falta de conhecimento da puérperas sobre a importância do aleitamento materno.

**5 OBJETIVO GERAL**

Verificar os fatores que contribui para um aleitamento insuficiente em puérperas e o impacta.

Contribuir para a adequada nutrição dos lactentes e das crianças de primeira infância, protegendo e incentivando ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida e após a introdução de novos alimentos na dieta dos lactentes, dando continuidade do aleitamento materno até os dois anos de idade, promovendo prevenção contra infecções na mama da puérpera.

5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

* Reconhecer a anatomofisiologicamente o ato de amamentar durante o puerpério e as suas influências.
* Avaliar o conhecimento da puerpério sobre a importância do aleitamento materno.
* Analisar os principais fatores de risco que influenciaram no surgimento das dificuldades mais freqüentes do hábito de amamentar.
* Promover educação e saúde para puérperas.

1. **JUSTIFICATIVA**

O aleitamento materno é fundamental nos seis primeiros meses de vida, sendo a forma mais apropriada e ideal para a alimentação de uma criança, atendendo suas necessidades nutricionais, e favorecendo seu crescimento e desenvolvimento. Segundo Soares; (2005) é mais do que imprescindível, o leite materno é vital para a saúde do bebê. O leite materno previne contra infecções, melhora a relação mãe e filho, auxilia no desenvolvimento buco-facial, é completo em termos de nutrientes e é tudo que o bebê necessita nos seis primeiros meses de vida, sempre na temperatura ideal, não custa nada e pode ser dado em qualquer hora ou lugar.

Através dessa importância, foi possível a escolha ao tema: Aleitamento Materno, com intuito de um aprendizado melhor sobre o tema enriquecendo o conhecimento do ponto de vista intelectual,

A pesquisa bibliográfica ajuda a outros profissionais de saúde resultados trarão para o município subsídios para o planejamento e implementação de ações que reflitam diretamente na qualidade de vida da população que reside no município e região circunvizinha, devido este ser pólo de referência para o atendimento de média complexidade da macro região oeste da Bahia. Outro fator que não deve ser esquecido, corresponde ao grande significado acadêmico deste os benefícios relacionados à prática do aleitamento materno, no sentido de colaborar para que a mãe e a criança possam vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranqüila.

Segundo Chaud *et al*; (1999), é de suma importância que os profissionais da área da saúde estimulem e oriente a mãe e sua família para que a amamentação seja exclusiva durante os seis primeiros meses de vida. No entanto, não deve criar situações que façam a mãe se sentir sobrecarregado emocionalmente, pois isso faz com que suas possibilidades de amamentar diminuam.

Durante a gravidez o preparo dos seios para função lactogênica deve ser enfatizado e alguns cuidados devem ser observados, pois o sucesso da amamentação requer preparo e conhecimento prévio sobre aspectos anatomofisiológicos e cuidados profiláticos com a mama (Chaud *et al.,* 1999).

Segundo o mesmo autor, as inspeções da glândula mamária devem ser realizadas rotineiramente e a realização de exercícios para fortalecer, corrigir vícios e aumentar a elasticidade do tecido epitelial da região mamilo-aureolar deve ser iniciada pela gestante tão logo seja diagnosticada a gravidez. A realização desse projeto é gratificante, pois será possível obter informações bibliográfica sobre aleitamento materno, orientações são fundamentais para o crescimento e desenvolvimento saudável do bebê.

**7 INTRODUÇÃO**

A mama feminina é constituída pelo parênquima mamário, tecido conjuntivo e tecido adiposo. Internamente, o parênquima é composto por alvéolos (conjuntos de células lactíferas, responsáveis pela síntese do leite e células mioepiteliais), canalículos (que são finos canais que transportam o leite dos alvéolos para os ductos), ductos lactíferos (canais de maior calibre, por onde o leite escorre até chegar o mamilo) e ampolas lactíferas (porção do ducto situada sob a aréola, que se dilata formando uma bolsa onde o leite é acumulado). Os ductos voltam a estreitar-se, atravessando o mamilo, até atingir a parte externa. O conjunto de alvéolos, ductos e ampolas é denominado lobos mamários. Cada mama possui cerca de quinze a vinte lobos mamários (ABRÃO, 2006).

Nas mulheres, as glândulas mamárias estão simetricamente localizadas uma de cada lado na parte anterior do tórax e se estende verticalmente da segunda a sexta costela transversalmente da margem do esterno até a linha médio-axiliar. Em sua estrutura a mama possui o parênquima que se constitui de uma porção secretória, a qual pode ser descrita como um sistema canalicular, com formato semelhante a da "Couve Flor" compostos de 15 a 20 ductos excretores que se abre no mamilo, em sua extremidade superior da origem aos alvéolos mamários que se comunica com diversas ramificações entre elas os canais galactóforos que se dilatam sob base areolar, formando a ampola galactófora, que se interliga finalmente a papila mamária (SCHMITZ, 2006).

A mama é recoberta de pele e no centro encontra-se o mamilo e podem apresentar como protusos, quando são bem delimitados, protaindo-se com facilidade; semi protuso, quando não há delimitação precisa entre o mamilo e a aréola, quando estimulado protai-se com dificuldade; invertido, apresenta-se o oposto ao normal, quando estimulado protusa de maneira discreta e volta ao estado de inversão rapidamente. Ao redor do mamilo, encontra-se a aréola, área hiperpigmentada formada por glândulas sudoríparas e sebáceas que delimita o bico do seio (ABRÃO, 2006).

Segundo Oliveira; (2005) no período gestacional a mama é estimulada por 02 hormônios: estrogênio e progesterona se desenvolvem para lactação. Após o parto a produção de leite é estimulada pela prolactina liberada pela hipófise e pela perda de inibição hormonal placentária, o leite é produzido nas 15 a 25 unidades lactíferas (lóbulos) e flui por canalículos para os ductos lactíferos. O estímulo do contato do bebê com a mama ou mesmo estímulos visuais e o choro do bebê, estimulam a produção de ocitocina e o reflexo de descida de ejeção do leite das unidades lactíferas para as ampolas ou seios lactíferos, perto da aréola, de onde é mais facilmente extraído pelo bebê por sucção ordenha.

Segundo Almeida; (1999) a base do reflexo de produção é primordialmente orgânica e dependente da estimulação das terminações nervosas da mama. O reflexo de ejeção por sua vez, apresenta um componente psicológico maior do que o orgânico e sofre influência direta dos níveis de estresse – físico ou psíquico – a que se submete a mulher no período de lactação.

Além de responder aos estímulos de contato direto entre mãe e bebê no ato da amamentação, o reflexo de ejeção pode ser deflagrado por estímulos visuais, olfativos, auditivos e de condicionamento. Isto explica o fato de algumas mães, mesmo fisicamente distante de seus filhos, poderem experimentar os efeitos do reflexo da ejeção, como o gotejamento de leite de suas mamas, graças a um simples olhar sobre outro bebê que lhe fez lembrar o seu; a percepção do perfume semelhante ao do seu filho; ao choro de outra criança ou ao fato de ter chegado a hora de amamentar (ALMEIDA, 1999).

De acordo com Santos, Silva e Althoff (2005) a fisiologia da lactação se divide em 3 (três) períodos:

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

Segundo Moretto (1990), o estrogênio prepara o seio durante a gravidez, e determina a secreção de água e colostro a ser liberado para a amamentação, sendo com tudo a ação do estrogênio age inibindo a liberação de prolactina pela hipófise que irá acarretar na inibição da produção mamária de caseína que complementa a composição do leite sendo sintetizada pela prolactina que só passará a ser produzida depois da realização do parto quando se declinam abruptamente o suprimento do estrogênio proveniente da placenta.

7.2 VANTAGENS PARA MÃE**:**

- Retorno mais rápido ao peso pré-gestacianal;

- Efeito anticoncepcional nos primeiros meses;

- Menor incidência de câncer (mama e ovário)

- Melhora do vinculo e relação mãe-filho;

- Sem custo, menor risco de desnutrição;

- Menos trabalho: compra, preparo e armazenamento;

- Redução do risco de contaminação do leite;

- Bebês mais ativos e mais tranqüilos.

7.3 VANTAGENS PARA O BEBÊ:

- Melhor digestibilidade. Menos risco de entercolite (10x);

- Proteção contra doenças infecciosas (IgA secretòria, linfócitos T e B, macrófagos, lizosima, interferon, lactoferrina, complem.)

- Redução do risco de morte por diarréia e desnutrição (14x)

- Colonização da pele e intestinos por bactéria da mãe;

- Menor incidência de asma, rinite, dermatite/eczema;

- Melhor desenvolvimento neurocognitivo;

- Risco em cistina, taurina, ac. linoléico (crescim. do SNC) (GOMES, 2005 p. 404).

Analisando que a mulher passa por amplo período de gestação até que possa concretamente amamentar seu filho, entende-se que o preparo para a amamentação deve ser iniciado ainda no período da gravidez. É significante, no caso da gestante adolescente, que a abordagem seja sistemática e diferenciada, ou estar em etapa evolutiva de grandes modificações corporais, que são acrescidas daquelas referentes à gravidez e que podem atrapalhar a aceitação da amamentação (BRASIL,MINISTERIO DA SAÚDE 1998).

Durante os cuidados no pré-natal, é importante conversa sobre as vantagens da amamentação para a mulher, criança, família e comunidade, alem de garantir orientação sobre o manejo da amamentação. (BRASIL,MINISTERIO DA SAÚDE, 1998 p. 67).

-Avaliar as mamas nas consultas de pré-natal;

-Orientar as gestantes a usar sutiã durante a gestação;

-Recomendar banhos de sol nas mamas por 15 minutos, até 10 horas da manhã ou após as 16horas, ou banhos de luz com lâmpadas de 40 Watts, a cerca de um palmo de distância;

-Esclarecer que o uso de sabão, cremes ou pomadas no mamilo deve ser evitado. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998 p. 67).

O sucesso do aleitamento está relacionado de acordo à posição da mãe e o bebê e a pega da região mamilo aréola.

7.4 DICAS PARA UMA BOA PEGA

**-Posição**: É importante respeitar a escolha da mulher, pois ela deverá sentir confortável e relaxada. Desse modo, a amamentação pode acontecer nas posições sentada, deitada ou em pé. O posicionamento da criança deve ser orientado no sentido de garantir o alinhamento do corpo de forma a manter a barriga da criança junto ou corpo da mãe e, assim, facilitar a coordenação da respiração, sucção e deglutição.

-**Pega:** A pega correta acontece quando o posicionamento é adequado e permite que a criança abra a boca de forma conseguir abocanhar quase toda, ou toda, a região mamilo areolar. Desse modo, é possível garantir a retirada adequada de leite do peito, capaz de proporcionar conforto para a mulher e adequado crescimento e desenvolvimento da criança. (BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE, 1998).

O número de contra-indicação é pequeno:

Mulheres dependentes de drogas ao alcoólatra; com infantes acometidos de galactosemia (que na verdade não podem ingerir leite de espécie alguma); as infectadas pelo HIV, pacientes de varicela e herpes simples, ativo, na mama. A hepatite não é contra-indicação para o aleitamento.

As lactantes tuberculosas, doença ativa, não-tratadas. Nessa eventualidade, como ou mycrobacterium tuberculosis não passa para o leite, o infante pode tomar secreção láctea esvaziada do seio. Após duas semanas de tratamento à mãe é permitido amamentar.

Segundo Rezende; (2005 p. 328), às mulheres tomando drogas antineoplásica, tireotóxicas ou imunossupressivas, é vedado o aleitamento.

Segundo Schmitz; (2005), o leite possui propriedades bioquímicas peculiares e específicas em sua composição por possuir uma diversidade de aminoácidos dentre eles a albumina e a caseína que são encontrados em abundancia no leite humano, sendo que cada tipo de aminoácido tem uma determinada função no organismo do recém nascido, seja no seu desenvolvimento fisiológico ou mesmo imunológico, a taurina é um aminoácido encontrado no leite materno que é importante para a manutenção e desenvolvimento do sistema nervoso.

O leite materno é o único alimento que garante qualidade e quantidade ideais de nutrientes para o bebê, apresentando concentrações ideais de proteínas, açúcares, gorduras, sais minerais e vitaminas. As proteínas são os elementos formadores do arcabouço corpóreo promovendo o crescimento dos músculos e vísceras. As gorduras ou lipídios são fundamentais no desenvolvimento do cérebro e de todo o sistema nervoso central, além de servirem como reservatório de energia para o organismo do bebê (SOKOL, 1999).

Moretto (1990), relata ainda que a amamentação também é importante para a mãe, por proporcionar que seu corpo volte em menos tempo para estado de antes da gestação, o útero volta ao normal pelos níveis produzidos de ocitocina que age sobre sua musculatura. Durante a amamentação é provocada uma relação entre a prolactina e o estrogênio que inibe o crescimento de células tumorais, sendo assim a mulher que amamenta têm menor probabilidade de desenvolver o câncer de mama. O aleitamento materno não se constitui apenas em processo fisiológico de alimentação do lactente, mas também um meio de comunicação entre a mãe e a criança, estabelecendo maiores elos de afetividade entre ambos, onde se estimula o desenvolvimento de habilidades da criança em interagir com o mundo que o cerca.

Especialmente nos primeiros dias de puerpério em até 15° dia aproximadamente quando o processo de amamentação e a freqüência das mamadas se apresenta ainda instável, o surgimento de alguns problemas podem vir a se manifestar, sendo na maioria das vezes solucionados de forma eficiente e simples em situações de Ingurgitamento mamário, fissuras, abscesso e mastite puerperal. Como tal os primeiros dias logo após o parto requerem paciência e principalmente conhecimento por parte da enfermagem e da nutriz, no que desrespeita a fisiologia da lactação que permite uma maior compreensão por parte da mãe em enfrentar alguns desses problemas que se não controlado pode interferir na amamentação (ABRÃO, 2006).

Algumas vezes, particularmente se o leite não for retirado em quantidade suficiente, às mamas podem ficar ingurgitadas. Mamas ingurgitadas são dolorosas. Ficam tensas e brilhantes por causa do edema nos tecidos. Nestes momentos torna-se necessário manter o apoio à nutriz e estimular para que ela continue a amamentar durante o período de ingurgitamento (ALMEIDA, 1999).

Segundo Almeida (1999), o ingurgitamento mamário é a retenção de leite produzida pelo esvaziamento pouco freqüente ou insuficiente das mamas. Tendo como quadro clínico e tratamento:

Febre menor que 38º;

Mal estar semelhante aos quadros gripais;

Dor nas mamas, ansiedade e insegurança da mãe;

Aréola edemaciada, dificultando à pega;

Redução da produção láctea por falta de esvaziamento.

O melhor tratamento para o ingurgitamento mamário é a prevenção:

Amamentação precoce, se possível já na sala de parto;

Manter a amamentação em livre demanda e até a criança largar espontaneamente;

Amamentar freqüentemente com posição e pega corretas;

Não utilizar complementos, água ou chás;

Usar sutiã de alças largas e firmes para uma boa sustentação;

Fazer massagens circulares para facilitar a saída do leite;

Retirar por ordenha manual o leite residual;

7.5 FISSURAS MAMILARES

São lesões da pele dos mamilos, com hiperemia, descamação e ás vezes, sangramento. Costuma causar dor intensa, desconforto ao amamentar e dificuldades para manter a amamentação. As fissuras podem aparecer em diferentes localizações: ao redor da base do mamilo, em forma de estrela, no meio do mamilo, etc.

Quadro clinico

Dor intensa e desconforto ao amamentar;

Redução do número de mamadas que pode provocar o aparecimento do ingurgitamento mamário;

A pele lesada poderá ser a porta de entrada para bactérias;

Tratamento:

A melhor conduta para a fissura mamilar é a prevenção que consiste em acertar a posição e a pega desde a primeira mamada.

Manter a amamentação;

Corrigir a posição de mamada e a pega;

Aplicar leite materno nos mamilos após todas as mamadas;

Mudar com freqüência a posição das mamadas;

Iniciar a mamada pelo lado menos doloroso;

Expôr os mamilos ao ar e à luz solar no período da manhã (15 a 20 minutos);

Evitar o contato dos mamilos feridos com sutiã de renda, nylon ou lycra;

Caso a aréola esteja endurecida ou distendida, é necessário o esvaziamento por ordenha manual, antes de colocar a criança para mamar (ALMEIDA, 1999).

7.6 MASTITES

Mastite é uma infecção bacteriana, observada em uma ou mais partes da mama, sendo a fissura mamilar um dos fatores que facilitam a penetração da bactéria. Dentre os fatores predisponentes estão, ainda, a fadiga e o stress. A mastite ocorre, em geral, na segunda ou terceira semanas após o parto e sua incidência não tem sido elevada em nosso país após a implantação de programas de estímulo ao aleitamento materno e início mais precoce da amamentação (KING, 2001).

De acordo com King (2001), o quadro clínico e tratamento:

Início súbito com dor intensa localizada, calor e hiperemia no local afetado;

Sintomas gerais significativos com febre alta, calafrios e mal estar geral, lembrando os sintomas da gripe;

Na maioria dos casos, o calor e edema são unilaterais.

Tratamento:

Não interromper a amamentação;

Manter a pega e posições corretas;

Tratar precocemente fissuras mamilares;

Reduzir fadiga e stress;

Evitar complementação com leite artificial;

Repouso associado ao uso de antibióticos e analgésicos, é de fundamental importância para a resolução da mastite.

Usar sustentação adequada para aliviar a dor.

7.7 ABSCESSO MAMÁRIO

Rego (2001) relata que, o abscesso mamário, com muita freqüência, é complicação de uma mastite inadequadamente tratada ou com tratamento retardado. Apresenta quadros clínicos de: dor intensa e localizada; febre; mal estar geral e calafrios; presença de áreas de flutuação a palpação e geralmente é unilateral. O tratamento é feito através de uma drenagem cirúrgica que devera ser realizada preferentemente sob anestesia geral; manter a amamentação em ambas as mamas; repouso; acompanhamento clínico freqüente e constante da mãe e da criança.

7.8 TÉCNICAS E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O PROCESSO DE LACTAÇÃO

A Organização Mundial de saúde (1991) estabelece as seguintes categorias de aleitamento materno:

* Aleitamento materno exclusivo: a criança recebe somente leite humano de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite humano ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos;
* Aleitamento materno predominante: a fonte predominante de nutrição da criança é o leite humano. No entanto, a criança pode receber água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas, solução de sais de reidratação oral, gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos, e fluidos rituais (em quantidades limitadas).
* Aleitamento materno: a criança recebe leite humano (direto da mama ou ordenhado);
* Aleitamento materno complementado: a criança recebe leite materno e outros alimentos sólidos, semi-sólidos ou líquidos, incluindo leites não humanos.

Acrescido a esses fatores, a mãe deve trazer uma história de vida positiva em relação à amamentação, estar aberta a mudanças e ter vontade e disponibilidade para amamentar (REGO, 2002).

De acordo Schmitz (2005) nas consultas de pré-natal, a enfermeira deve oferecer todas as informações necessárias a pratica natural de amamentação, identificar as vivências, experiências e crenças que a mulher traz consigo e discutir em consultas individuais ou reuniões de grupos de gestantes as vantagens do aleitamento para a criança, a mãe e a família. O enfermeiro deve ainda, adotar medidas de conforto, apoio psicológico e incentivo à amamentação de mulheres que já tiveram filhos não puderam amamentar, enfatizando que esse é um processo único, mesmo para quem já passou por essa experiência.

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

Os seios e mamilos devem ser protegidos de organismos patogênicos, devendo a mãe lavar cuidadosamente antes de tocar os seios apenas com água até mesmo durante o banho o uso de sabão ou sabonete e contra indicado por ser uma composição alcalina e causar a desidratação do tecido. Algumas mães possuem uma pele sensível a qual podem ser facilmente esfolada ou rachada pela sucção do bebê, criando-se uma porta de entrada para organismos patogênicos, que se dirigi ao interior do tecido mamário. Sendo assim os mamilos que apresenta rachaduras devem ser tocados o mínimo possível e mantido limpos e protegido contra qualquer outro tipo de dano (ABRÃO, 2003).

Segundo Ministério da Saúde (2001) descreve que a mãe deve estimular a criança a sugar, sem há necessidade de forçar. Após uma hora do nascimento a criança estará bem alerta e o reflexo de sucção será forte e esse é o momento ideal para estabelecer o vínculo mãe-filho.

Posição correta do bebê no colo e do mamilo/aréola na boca do bebê: o bebê vai à mama e não a mama ao bebê. O braço da mãe sustenta todo o corpo do bebê. Bom contato barriga com barriga da mãe e bebê. A mãe com a mão livre sustenta a mama, com o polegar e o indicador em C e o polegar bem acima da aréola, e os demais dedos sustentando a mama por baixo. Esperar o bebê ficar com a boca bem aberta (estimular roçando os lábios dele com o mamilo) e colocar o mamilo e a maior parte da aréola dentro da boca do bebê (e não só o mamilo). Numa pega boa, o queixo do bebê fica encostado na mama; a aréola deve ficar mais visível acima da boca que abaixo dela. Numa postura adequada na posição sentada a mãe deve estar com as costas apoiadas, os ombros e os pés relaxados. Deixar o bebê esvaziar completamente a primeira mama e completar a mamada na segunda e alternar o seio que é oferecido primeiro. O maior estímulo para o aumento da produção de leite é o esvaziamento periódico completo da mama. A freqüência das mamadas deve ficar sob livre demanda, colocando o peito sempre que o bebê chorar ou manifestar fome. Com o tempo ele se adaptará a um intervalo de aproximadamente 3 horas. O ideal é deixar o bebê mamar quanto tempo quiser e com o intervalo que quiser. Entretanto, para não cansar demais a mãe ou para evitar lesão do mamilo, podem-se limitar as mamadas em cerca de 10 minutos em cada seio com mamadas mais freqüentes. Em 5 a 10 minutos a criança mama mais de 80% do total da mamada e tempo maior aumenta o risco de lesão do mamilo (BRESOLIN e COLS, 2002).

7.9 O PAPEL DO ENFERMEIRO

1) O incentivo ao aleitamento materno deve iniciar ainda durante a gravidez, período em que a mulher está mais propicia a receber orientações e formular conceitos sobre essa prática.

2) O profissional de saúde deve avaliar o conceito que a paciente tem sobre o aleitamento materno considerando aspectos econômicos, sociais, culturais, psicológicos e familiares.

3) Conhecer que planejamento a paciente está fazendo para amamentar seu filho, inclusive por quanto tempo.

4) Durante o pré-natal orientá-la quanto aos possíveis problemas de mamas e mamilos durante a lactação.

5) Orientar sobre as vantagens do aleitamento materno estimulando a gestante para essa prática.

**8 METODOLOGIA**

Este estudo objetiva contribuir para a adequada nutrição dos lactentes e das crianças de primeira infância, protegendo e incentivando ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida e após a introdução de novos alimentos na dieta dos lactentes, dando continuidade do aleitamento materno até os dois anos de idade, promovendo prevenção contra infecções na mama da puérpera na faixa etária de 14 a 28 anos. Este estudo trata-se de um projeto de pesquisa bibliográfica, que buscará alcançar os objetivos específicos descritos acima.

A pesquisa bibliográfica: quando elaborada a partir de matéria já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e atualmente com material disponibilizado na Internet (GIL, 2002).

O presente estudo não apresenta como característica nenhum risco direto ou indireto,pois trata-se de uma pesquisa bibliográfica sem sujeitos.l.

Quanto aos benefícios do ponto de vista intelectual,servirá de conhecimento correspondendo ao grande significado acadêmico deste, devido ser uma pesquisa com abordagem bibliográfica, desenvolvida pela instituição de ensino proponente.

**9 REFERÊNCIAS**

ABRÃO, V.F.A. **Aleitamento Materno**. In: BARROS, O.M.S. Enfermagem no Ciclo Gravídico-Puerperal.São Paulo: Manole, 2006. Cap 15.

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação**: Um hibrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 1999.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Recomendações Técnicas para Funcionamento de Banco de Leite Humano**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

BRESOLIN, A. M. B. e COLS. **Alimentação da criança**. In: MARCONDES, E. e cols.**Pediatria básica**. São Paulo: Sarvier, 2002.

CHAUD, M. N; Peterlini M.A.S; Harada M. de J. C.S e Pereira S.R. **O Cotidiano da Prática de Enfermagem em Pediátria,** ed. São Paulo, ATHENEU 1999.

GALVÃO, D. M. P. G. **Amamentação Bem Sucedida: Alguns Fatores Determinantes**. Loures: Lusociência - ed: técnicas e cientificas, 2006.

KING, F.S. **Como ajudar as mães a amamentar**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 1991.

GIL. A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MORETTO, Renato. **Pediatria Saúde Individual e Coletiva**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1990.

OLIVEIRA, R. G. **BLACK BOOK** Medicamentos e Rotinas Médicas, Pediatria, 3° ed., Belo Horizonte, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) **Lactação. In: Organização Mundial da Saúde (OMS) Alimentação infantil bases fisiológica.** São Paulo (SP): IBFAN Brasil e Instituto de Saúde, OMS, OPAS e UNICEF Brasil; p. 17-35, 1994.

REGO, J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2002.

SANTOS, A. K.E; SILVA, B.W.M.A; ALTHOF, R. **Aleitamento Materno**. In: SCHITZ, E.M. et al. **Enfermagem em Pediatrica e Puerparal**. São Paulo: Atheneu, 2005. Cap. 2.

SHIMITZ, E. M. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2005.

SOARES. Dias. **Aleitamento** **materno: relato de mães sobre as causas** **do desmame precoce.** São Paulo. Santos.2005

SOKOL, E. J. **Em Defesa da Amamentação**. São Paulo: IBFAN Brasil, 1999.