



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA CIÊNCIAS DA VIDA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: Fatores que contribuem para o desmame  
precoce**

**SILVANA ROCHELLY GALIZA DUARTE**

**CAJAZEIRAS - PB  
2009**

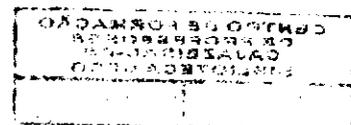
**SILVANA ROCHELLY GALIZA DUARTE**

**ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: Fatores que contribuem para o desmame precoce**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-PB, como requisito parcial à obtenção do título do Bacharel em Enfermagem.

**ORIENTADORA:** Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro  
**CO-ORIENTADORA:** Esp. Cláudia Maria Fernandes

**CAJAZEIRAS - PB**  
2009





D585d Duarte, Silvana Rochelly Galiza.  
Aleitamento materno exclusivo: fatores que contribuem para o desmame precoce / Silvana Rochelly Galiza Duarte. - Cajazeiras, 2009.  
56f. : il. color.

Não disponível em CD.  
Monografia(Bacharelado em Enfermagem)-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2009.  
Contem Bibliografia, Apendices e Anexos

1. Aleitamento materno exclusivo. 2. Desmame precoce. I. Pinheiro, Maria Berenice Gomes Nascimento. II. Fernandes, Claudia Maria. III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V. Título

CDU 618.63

**SILVANA ROCHELLY GALIZA DUARTE**

**ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: Fatores que contribuem para o desmame precoce**

**APROVADO EM: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof. Esp. Maria Berenice Gomes N. Pinheiro  
(Orientadora – UFCG)**

---

**Prof. Esp. Cláudia Maria Fernandes  
(Co-orientadora – UFCG)**

---

**Prof. Esp. Mary Luce Melquíades Meira  
(Membro Convidado – UFCG)**

**Dedico a Deus e a minha Família, em especial  
aos meus pais José Elzio e Eliancide Claudino,  
fonte de apoio, compreensão e paciência.**

## AGRADECIMENTOS

---

*A Deus em primeiro lugar, em quem confio e entrego todos os meus planos.*

*Aos meus queridos pais, José Elzio Duarte e Elianeide Claudino de Galiza Duarte, pelo amor incondicional e por todo o esforço desempenhado durante essa longa jornada para que fosse possível a realização do “Nosso Sonho”.*

*A minha irmã Sâmya Galiza Duarte por toda a alegria que você me proporciona em qualquer momento da minha vida – “Minha pequena florzinha”.*

*Aos meus avôs maternos, Florípes Claudino (In Memoriam) e Zino Claudino (In Memoriam) que contribuíram para o meu crescimento quanto pessoa, apesar de ter sido tão curto o nosso convívio.*

*Aos meus avôs paternos, Césio Evangelista Duarte (In Memoriam) e Vércia Macena Duarte, por serem exemplos de dedicação e esforço diante das dificuldades da vida.*

*Aos meus tios e tias, em especial a Maria Claudino e Eliane Claudino por estarem sempre dispostas a me ajudarem, estando comigo desde o meu nascimento até esse momento de realização, que não é só meu e sim de todos vocês.*

*Aos meus primos queridos e estimados por mim, em especial a minha prima-irmã, Alanna Claudino Moreira por ser tão presente em minha vida diária, me apoiando, incentivando e sendo exemplo de determinação e força. Ao meu primo inesquecível Alex Claudino Moreira (In Memoriam) que apesar de ter nos deixado tão cedo, está presente em minha memória, seja nos momentos tristes ou felizes como a conquista desse sonho. A minha prima Luara Maria que veio ao mundo para nos mostrar o quanto nossa família é especial, pois temos um anjo conosco.*

*Aos meus padrinhos Adailton e Luciene, por toda a disponibilidade e ajuda para a realização dessa conquista.*

*A todos os meus amigos (as) e pessoas especiais que me apoiaram durante todo esse tempo, me proporcionando momentos felizes diante de tantas dificuldades enfrentadas, em especial Adriana Andrade, Andrezza, Andrey Vieira, Elvandira Pereira, Fernanda Maria, Simone, Suéllen, Theresa D’ávilla, Werena Oliveira, Werona Oliveira. Alguns nomes não foram citados, mas todos sabem de sua importância na minha vida.*

*A minha orientadora Maria Berenice Gomes do Nascimento Pinheiro e a minha co-orientadora Cláudia Maria Fernandes por toda a orientação e paciência que tiveram comigo.*

*As minhas companheiras de apartamento Beatriz Alencar Vieira e Lynara Alves por todos os momentos que compartilhamos juntas: alegrias, angústias, medo, estresses, madrugadas, troca de idéias, choros, vitórias... em “nosso inesquecível apartamento 201”.*

*Ao meu grupo de trabalhos acadêmicos e amigas Leidianne Maria, Ana Flávia, Karla Maria e Aurélia Machado por tudo que aprendi com vocês, obrigada.*

*Aos professores da Graduação de Enfermagem pelos ensinamentos no decorrer desses anos, em especial: Alana Tamar, Maria Berenice, Sérgio Moura, Anúbes de Castro, Cláudia Maria Fernandes, Antônio Fernandes.*

*A todos os funcionários da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras, em especial a Seu Dia, Seu Chico do barraco e as meninas da xérox: Claudinha, Lidiane, Vanessa e Fatinha.*

*Sou especialmente grata aos profissionais de saúde e pacientes que contribuíram de forma acolhedora e receptiva para o desempenho prático de nossa profissão durante as atividades curriculares e extracurriculares, em especial os campos de estágio do Hospital Regional de Cajazeiras – PB, o Hospital Universitário Alcides Carneiro de Campina Grande – PB, o Hospital Universitário Lauro Wanderley de João Pessoa – PB, a Clínica Psiquiátrica Santa Helena de Cajazeiras – PB e o Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira de João Pessoa – PB.*

*A toda minha turma da Universidade, por todos os momentos de lutas e conquistas que passamos juntos nessa jornada. Que cada um de vocês brilhe onde estiverem. Jamais esquecerei os nossos momentos compartilhados. Que Deus ilumine a todos.*

*A todas as pessoas que ao longo desses anos me desafiaram, provocaram em mim inquietações.*

**MUITO OBRIGADA!**

**Um amor mais forte que tudo, mais  
obstinado que tudo, mais  
duradouro que tudo, é somente o  
amor de mãe.**

*(Paul Raynal)*

## **LISTA DE SIGLAS**

**ACD** – Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da criança

**AM** – Aleitamento Materno

**AMC** – Aleitamento Materno Complementado

**AME** – Aleitamento Materno Exclusivo

**AMM** – Aleitamento Materno Misto

**AMP** – Aleitamento Materno Predominante

**CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa

**CNS** – Conselho Nacional de Saúde

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IgA** – Imunoglobulina A

**MS** – Ministério da Saúde

**NCHS** – Centro Nacional de Estatísticas de Saúde

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PB** – Paraíba

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Composição do colostro e do leite materno maduro de crianças a termo e pré-termo e do leite de vaca.....	22
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 -</b>	Pega adequada da mama.....	32
<b>Figura 2 -</b>	Pega inadequada da mama.....	32

## RESUMO

DUARTE, Silvana Rochelly Galiza. **ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: Fatores contribuintes para o desmame precoce.** Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2009, 62f.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a amamentação seja exclusiva até o sexto mês de vida da criança, quando os alimentos complementares são iniciados, devendo o aleitamento materno ser mantido beneficentemente para a mãe e filho até os dois anos de idade ou mais. Apesar do reconhecimento de sua importância como alimento ideal para os lactentes, o desmame precoce é uma prática comum em nosso convívio, contribuindo negativamente na saúde da criança. A pesquisa teve como objetivo verificar os fatores interferentes na prática do aleitamento materno exclusivo das crianças de até seis meses atendidas em uma Unidade de Saúde da Família em um município paraibano, verificar o nível de significância acerca do aleitamento materno para as nutrizes, identificar os fatores que contribuem para o desmame precoce, analisar a importância da Equipe de Saúde da Família no incentivo à prática do aleitamento materno. O presente estudo trata de uma pesquisa de campo do tipo exploratória e de natureza qualitativa. A amostra foi composta por 12 puérperas e nutrizes que foram acompanhadas pela Equipe de Saúde da Família José Leite Rolim durante o período gestacional e que tem crianças na faixa de 0 a 6 meses. A coleta de dados foi realizada no mês de Novembro de 2009, através de entrevistas individuais seguindo um roteiro semi-estruturado, respeitando os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Todas as entrevistas foram realizadas e gravadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A análise de dados foi realizada por meio de Análise de Conteúdo de Bardin, segundo Minayo, onde foram identificadas e discutidas cinco categorias: Importância do aleitamento materno, o tempo de amamentação, mitos e tabus que influenciam o desmame precoce, fatores que contribuem para o desmame precoce e a Equipe de Saúde da Família versus aleitamento materno. Os resultados e discussão dos dados deste trabalho possibilitaram visualizar o cenário em que a problemática do desmame precoce se insere, constatando que as mães pesquisadas reconhecem a importância do leite materno, porém não sabem relatar as razões. Evidenciou-se também que as puérperas e nutrizes deixaram de amamentar exclusivamente devido aos mitos e tabus ainda existentes, bem como pela influência de familiares e da sociedade. Sugere-se que haja um resgate da percepção sobre a amamentação e reconhecimento da relação da comunicação no processo de trabalho em saúde como ferramenta de mudança social.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno Exclusivo. Desmame precoce. Equipe de Saúde da Família.

## ABSTRACT

DUARTE, Silvana Rochelly Galiza. **EXCLUSIVE BREASTFEEDING: Factors contributing to early weaning.** Conclusion Course Bachelor of Nursing. Federal University of Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2009, 62f.

The World Health Organization (WHO) recommends that breastfeeding is until the sixth month of life, when complementary foods are started, and breastfeeding is beneficially held for mother and child up to two years or more. Despite the recognition of its importance as an ideal food for infants, early weaning is a common practice in our midst, contributing negatively on children's health. The research aimed to identify factors interfering in the practice of exclusive breastfeeding of children up to six months served in a unit of Family Health in a city of Paraiba, check the level of significance regarding breast-feeding for the mother to identify the factors contributing to early weaning, analyze the importance of Team Family Health in encouraging the practice of breastfeeding. This study is a field of exploratory and qualitative nature. The sample consisted of 12 mothers and mothers who were followed by Team Family Health José Leite Rolim during pregnancy and having children aged 0 to 6 months. Data collection was performed in November 2009, through individual interviews using a semi-structured, respecting the ethical aspects of research involving humans. All interviews were conducted and recorded after signing the consent form. Data analysis was performed using content analysis of Bardin, Minayo, which were identified and discussed five categories: The importance of breastfeeding, the feeding time, myths and taboos that influence early weaning, factors that contribute to the weaning and Health Team of the Family versus breastfeeding. The results and discussion in the present work to visualize the scenario in which the problem of early weaning fall, noting that the mothers surveyed recognize the importance of breast milk, but do not know why the report. It was found also that the left and lactating mothers to breastfeed exclusively due to the myths and taboos that still exist, as well as the influence of family and society. It is suggested that there is a rescue of perception about breastfeeding and recognition of the communication in the health work as a tool for social change.

**Keywords:** exclusive breastfeeding. Weaning. Team Family Health.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
2.1 Geral.....	18
2.2 Específicos.....	18
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>19</b>
3.1 Anatomia e Fisiologia da Mama.....	20
3.2 Fisiologia da Produção e Ejeção do Leite.....	21
3.3 Aleitamento Materno.....	23
3.4 Intercorrências Relacionadas à Amamentação.....	26
3.5 Técnica de Amamentação.....	31
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>34</b>
4.1 Tipo de Estudo.....	36
4.2 Local da Pesquisa.....	36
4.3 População e Amostra da Pesquisa.....	36
4.4 Posicionamento Ético de Pesquisa.....	37
4.5 Instrumento e Coleta de Dados.....	37
4.6 Análise dos Dados.....	38
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>40</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>53</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>57</b>
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Apêndice B – Roteiro de Entrevista	
<b>ANEXOS.....</b>	<b>60</b>
Anexo A – Ofício ao Secretário de Saúde	
Anexo B – Ofício a Enfermeira da Unidade Saúde da Família	
Anexo C – Ofício ao CEP	

## **1 INTRODUÇÃO**

---

O aleitamento materno é de fundamental importância nos primeiros meses de vida para a criança, tornando-se a cada dia reconhecido como o fator mais eficaz para sua proteção. Os benefícios que o leite humano oferece para o organismo em termos de desenvolvimento, nutrição e imunologia associados ao aspecto psicossocial positivo da amamentação sobre a mãe e o filho tornam-o superior aos demais leites.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a amamentação seja exclusiva até o sexto mês de vida, quando os alimentos complementares são iniciados, devendo o aleitamento materno (AM) ser mantido benéficamente para a mãe e filho até os dois anos ou mais (BRASIL, 2008). Porém mesmo sendo reconhecido como o alimento mais indicado para as crianças, principalmente em seus primeiros seis meses de vida, vários estudos têm mostrado que a realidade está muito distante do recomendado.

De acordo com Duncan, Schmidt e Giugliani (2006, p. 210):

Amamentar é muito mais do que alimentar a criança. Envolve uma interação complexa, multifatorial, entre duas pessoas, que interfere no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional.

Segundo Zugaib (2008, p. 46), crianças que não são amamentadas com leite materno apresentam maior risco de óbito por diarreia (risco 14,2 vezes maior), doenças respiratórias (3,6 vezes) e outros tipos de infecções (2,5 vezes), quando comparadas àquelas que recebem aleitamento materno exclusivo.

Desde 1990, o Ministério da Saúde (MS) intensifica a importância da amamentação, através de projetos, campanhas, legislação e órgãos que promovem o incentivo ao aleitamento materno. O Banco de Leite Humano é um exemplo e consiste em um centro obrigatoriamente vinculado a um hospital materno ou infantil, sendo responsável pela promoção do aleitamento materno e execução das atividades de coleta, processamento e controle de qualidade de colostro, leite de transição e leite humano maduro, para posterior distribuição, sob prescrição do médico ou nutricionista (BRASIL, 2008).

Muitos são os benefícios do AM para o binômio mãe-filho. A amamentação protege a criança de doenças como diarreia, distúrbios respiratórios, otites, infecção urinária e, apresenta menor chance de desenvolver diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares. Para a nutriz, proporciona a redução do sangramento após o parto, diminui a incidência de anemia, câncer de ovário e mama e contribui para o combate da osteoporose (PARIZOTTO; ZORZI, 2008).

Apesar do reconhecimento de sua importância como alimento ideal para os lactantes, o desmame precoce é uma prática comum em nosso convívio, contribuindo negativamente na saúde da criança. Para Araújo et al. (2008) o desmame é definido como a introdução de qualquer tipo de alimento na dieta de uma criança que, até então, se encontrava em regime de aleitamento materno exclusivo.

Estudos realizados demonstram que várias são as causas que favorecem a interrupção precoce da amamentação, uma vez que a mesma não é concretizada apenas por instinto, mas por aprendizado. Entretanto, as nutrizes passam por dificuldades relacionadas à técnica correta de amamentar, dentre essas intercorrências estão inclusas os mamilos doloridos, o trauma mamilar, ingurgitamento mamário, fissuras, mastite. Assim, as mulheres que apresentam essas complicações e, no entanto não são orientadas para superá-las acabam desistindo de amamentar seu filho, por impaciência e dor (GIUGLIANI, 2006).

Podemos citar como outras causas para o desmame precoce o desconhecimento da importância do aleitamento materno, da promoção inadequada de substitutos de leite e a falta de confiança materna. Pesquisas realizadas apontam que apesar de a grande maioria das mulheres, em torno de 96%, iniciarem a amamentação, apenas 11% amamentam exclusivamente no período de quatro a seis meses. Em torno de 41% das mães mantêm a lactação até o final do primeiro ano de vida e 14%, até os dois anos (PARIZOTTO E ZORZI, 2008).

Segui que há necessidade de compreensão dos fatores determinantes que levam mulheres e crianças a se manterem excluídas de tantos benefícios. Então, busca-se identificar que fatores levam as mulheres a desmamar precocemente seus filhos.

Percebe-se que a orientação profissional durante o pré-natal bem como nos primeiros dias pós-parto é de total importância para o sucesso do aleitamento materno. Essas orientações sobre o aleitamento materno devem ser abordadas dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) por meio das consultas de pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (ACD) bem como durante o planejamento familiar, dentre outros.

Corroborando com isso Zugaib (2008, p.471) enfatiza que:

Os profissionais da área da saúde, principalmente os que estão em contato com a mulher no período gestacional, no parto e no pós-parto, saibam identificar os fatores de risco e as intercorrências que possam levar ao desmame precoce. Atuando na prevenção desses fatores e orientando quanto ao aleitamento, é possível prevenir o desmame e promover o aleitamento materno.

Torna-se perceptível a necessidade de ações de promoção, apoio e incentivo ao aleitamento materno dos hospitais, unidades de saúde e, em especial, dos profissionais de saúde, já que estes têm um papel educativo e mais decisivo na prática da amamentação, contribuindo para a diminuição do desmame precoce.

Dessa forma, esta pesquisa apresenta aspectos relevantes uma vez que se faz necessário discutir sobre os fatores que levam ao desmame precoce e a assistência e apoio à amamentação por parte desses profissionais.

Vale considerar que a motivação para o desenvolvimento desta pesquisa surgiu durante o Estágio Supervisionado, onde algumas situações despertaram na autora questionamentos que através deste trabalho espera-se esclarecer. Outro fator que justificou o interesse pelo aprofundamento neste tema, foi saber o papel ímpar que o enfermeiro e sua equipe podem desempenhar para aumentar a adesão do aleitamento materno exclusivo.

**2 OBJETIVOS**

---

**Geral:**

- Verificar os fatores interferentes na prática do aleitamento materno exclusivo das crianças de até seis meses atendidas em uma Unidade Saúde da Família (USF) em um município paraibano.

**Específicos:**

- Verificar o nível de significância acerca do aleitamento para as nutrizes;
- Identificar os fatores que contribuem para o desmame precoce;
- Analisar a importância da Equipe de Saúde da Família no incentivo à prática do aleitamento materno.

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

---

### 3.1 Anatomia e Fisiologia da Mama

Anatomicamente, as mamas atingem superiormente o segundo ou terceiro arco costal e inferiormente a sexta ou a sétima costela. Posteriormente à glândula, estão presentes os músculos peitorais maiores e menores, onde o tecido conjuntivo fibroso mamário se fixa, possibilitando sustentação às glândulas (ZUGAIB, 2008).

As mamas de acordo com Dangelo e Fattini (2005, p. 155) são anexos da pele, pois seu parênquima é formado de glândulas cutâneas modificadas que se especializam na produção de leite após a gestação.

Em sua arquitetura, a mama é constituída pelo parênquima e estroma. O parênquima é composto de 15 a 25 lobos, que são subdivididos, cada um, em 20 a 40 lóbulos. Cada lóbulo, por sua vez, se subdivide em 10 a 100 alvéolos, local onde o leite é produzido. A secreção láctea é excretada por meio de uma rede de ductos que se convergem até formarem os seios lactíferos, local onde o leite é armazenado. Para cada lobo mamário existe um seio lactífero, com uma saída independente no mamilo. Assim, existem de 15 a 25 orifícios de saída de leite no mamilo. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006)

As mamas são formadas por um conjunto de glândulas, que tem como principal função a produção de leite. O seu desenvolvimento inicia-se na puberdade e só atinge sua plenitude caso a mulher engravide e amamente o que confere à gravidez e ao período de amamentação um papel imprescindível no crescimento e na diferenciação das mamas (ZUGAIB, 2008).

O estrogênio exerce importante influência sobre o crescimento da mama, na época da puberdade. A primeira resposta da mama ao estrogênio é o aumento do tamanho e da pigmentação da aréola, e depósito acelerado de tecido adiposo e conjuntivo. O estrogênio em associação com os ciclos menstruais estimula o crescimento e a ramificação dos ductos, e a progesterona atua, primordialmente, sobre os componentes alveolares (RHOADES; TANNER, 2005).

Durante o período gestacional as células lactotróficas da hipófise anterior (denominadas “células da gravidez”) aumentam em volume e em números, com intensa atividade secretória, resultando na elevação dos níveis de prolactina circulante a partir do primeiro trimestre (REZENDE; MONTENEGRO, 2005).

### 3.2 Fisiologia da Produção e Ejeção do Leite

Durante a gravidez, as glândulas mamárias se preparam para a lactação sob a ação de diferentes hormônios. Os hormônios estrógeno e progesterona são produzidos pela placenta já no início da gravidez, e são eles que preparam a mama da gestante para a produção de leite, determinando aumento do volume das mamas, das suas veias superficiais, escurecimento da aréola, crescimento das glândulas sebáceas da aréola e, também, crescimento dos mamilos (FILHO et al., 2006).

De acordo com Zugaib (2008, p. 464), o processo de lactação é mecanismo fisiológico específico dos mamíferos e compõe-se de uma série de eventos bioquímicos e tissulares de desenvolvimento e preparação das mamas, bem como de controle neuroendócrino da produção e excreção láctea.

A partir do segundo trimestre de gestação, quando as glândulas mamárias atingem maturidade para a produção láctea podem ser observadas a produção e secreção de colostro. A lactogênese não ocorre durante a gravidez em razão do efeito inibitório do estriol, da progesterona e do hormônio lactogênio placentário sobre os efeitos da prolactina nos alvéolos (ZUGAIB, 2008).

Desse modo, com o nascimento da criança e a expulsão da placenta, a mama passa a produzir leite sob a ação da prolactina. A ocitocina age na contração das células mioepiteliais que envolvem os alvéolos, provocando a saída do leite (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

A produção e ejeção do leite são controladas por arcos reflexos neurais, iniciando-se em terminações nervosas livres no complexo aréolo-papilar. O estímulo dessas terminações nervosas leva informações pelas vias aferentes torácicas (de T4 a T6), com liberação de ocitocina pela hipófise posterior e prolactina pela hipófise anterior (ZUGAIB, 2008).

O leite materno é o mais completo alimento para a criança por conter substâncias necessárias para o crescimento e o desenvolvimento da mesma. Distinguem-se três tipos de secreção láctea no período puerperal, sucessivamente: o colostro, o leite de transição e o leite maduro.

Ainda de acordo com o autor supracitado o colostro é um fluido cremoso, amarelado, mais denso que o leite, com composição altamente protéica e com baixo teor de gorduras. Sua excreção dura em geral, 72 horas, mas pode variar de 1 a 7 dias. É de fácil digestão para o

recém-nascido, além de conter grande quantidade de imunoglobulinas e células leucocitárias e epiteliais.

Para Filho et al. (2006, p. 233), o colostro vai sendo substituído pelo chamado leite de transição. Após o terceiro/sétimo dia, o colostro já foi totalmente substituído pelo leite de transição, que passa, por sua vez, a ser substituído gradativamente pelo leite maduro.

Nos primeiros dias, o leite materno é chamado colostro, que contém mais proteínas e menos gorduras do que o leite maduro, ou seja, o leite secretado a partir do sétimo ao décimo dia pós-parto. O leite de mães de recém-nascidos prematuros é diferente do de mães de bebês a termo. Veja na Tabela 1 as diferenças entre colostro e leite maduro, entre o leite de mães de prematuros e de bebês a termo e entre o leite materno e o leite de vaca. Este tem muito mais proteínas que o leite humano e essas proteínas são diferentes das do leite materno. A principal proteína do leite materno é a lactoalbumina e a do leite de vaca é a caseína, de difícil digestão para a espécie humana (BRASIL, 2009).

**Tabela 1** – Composição do colostro e do leite materno maduro de mães de crianças a termo e pré-termo e do leite de vaca.

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

Fonte: Ministério da Saúde (2009).

O desenvolvimento saudável da criança é alcançado com uma alimentação adequada. Na fase inicial da vida, o leite materno é o alimento que reúne as características nutricionais

ideais, constituindo-se de nutrientes adequados, além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas.

O leite das mães de recém-nascido pré-termo tem características diferentes do de mães de bebês a termo. No primeiro dia quase todo leite produzido é colostro, mas ele vai sendo substituídos pelo chamado leite de transição. Após o terceiro/sétimo dia, o colostro já foi totalmente substituído pelo leite de transição, que passa, por sua vez, a ser substituído gradativamente pelo leite maduro ou definitivo, substituição que se completa por volta do 15º dia pós-parto (LAMOUNIER; LANA, 2006).

O leite humano possui inúmeros fatores imunológicos específicos e não-específicos que conferem proteção ativa e passiva para as crianças amamentadas. O leite materno protege a criança, sobretudo contra doenças infecciosas, e também diminui a inflamação e o desenvolvimento de alergias. A IgA é a imunoglobulina predominante e se encontra na linha de frente na defesa contra patógenos que colonizam ou invadem superfícies banhadas por secreção. A especificidade dos anticorpos IgA no leite humano é um reflexo dos antígenos entéricos e respiratórios da mãe, o que proporciona proteção à criança contra os patógenos prevalentes no meio em que a criança está inserida (GIUGLIANI et al., 2006).

### **3.3 Aleitamento Materno**

O aleitamento materno, principalmente o exclusivo, tornou-se reconhecidamente o alimento primordial para o desenvolvimento saudável e completo da criança. Sua prática é um processo que envolve uma interação entre mãe e filho, proporcionando benefícios nutricionais, imunológicos e cognitivos para a criança.

Em 1991, a OMS adotou as seguintes categorias para aleitamento materno, reconhecidos internacionalmente (BRASIL, 2009). Assim o aleitamento materno costuma ser classificado em:

- Aleitamento materno exclusivo (AME) - quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- Aleitamento materno predominante (AMP) – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

- Aleitamento materno (AM) – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- Aleitamento materno complementado (AMC) – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.
- Aleitamento materno misto (AMM) – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

A OMS e o Ministério da Saúde (2009) recomendam aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais. Não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses, podendo inclusive, haver prejuízos à saúde da criança, pois a introdução precoce de outros alimentos está associada à maior número de episódios de diarreia; maior número de hospitalizações por doença respiratória; risco de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno, como, por exemplo, quando os alimentos são muito diluídos; menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco; Menor eficácia da lactação como método anticoncepcional; Menor duração do aleitamento materno.

No Brasil, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, foi iniciado em 1982, e a partir de então surgiram várias campanhas pró-amamentação em nível nacional e local. Como resultado, as taxas de aleitamento materno vêm crescendo em todo o País. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

Zugaib (2008, p.469) evidencia que:

A mediana de tempo de amamentação era de 2,5 meses em 1975; evoluiu para 5,5 meses, em 1989; e 7 meses, em 1996. Apesar de o período médio total de amamentação ser de 10 meses, o de aleitamento materno exclusivo é de apenas 23 dias.

Como referido, o aleitamento materno vem aumentando a sua aceitação diante dos variados benefícios oferecidos para a mãe e a criança e assim, o leite materno é sem dúvida, o alimento mais completo e adequado para o lactente, tornando-se fundamental para sua saúde física, emocional, bem como para o seu correto crescimento e desenvolvimento.

Já está devidamente comprovada, por meio de estudos científicos, a superioridade do leite materno sobre os leites de outras espécies. Desse modo, são vários os argumentos em favor do aleitamento materno, uma vez que o mesmo evita mortes infantis, evita diarreia,

evita infecção respiratória, diminui o risco de alergias, diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes, reduz a chance de obesidade, tem efeito positivo na inteligência, melhora o desenvolvimento da cavidade bucal, confere proteção contra o câncer de mama, evita nova gravidez, promove o vínculo afetivo entre mãe e filho (BRASIL, 2009).

É de real importância que as gestantes tenham acesso as informações sobre os benefícios que a amamentação proporciona para si mesma e para a criança tanto no aspecto fisiológico quanto emocional.

Conforme Zugaib (2008, p.468),

Os benefícios para a saúde da lactante são muitos, demonstrando-se menor risco de câncer de mama, tanto antes quanto depois da menopausa. Há também evidências de proteção em relação a alguns tipos de cânceres epiteliais de ovário. Ocorre rápida perda de peso, na vigência de amamentação exclusiva, fato que colabora para a prevenção da obesidade e comorbidades que com ela caminham.

Em relação aos benefícios que a amamentação oferece para a criança, Duncan, Schmidt, Giugliani (2006, p.206) diz que o aleitamento oferece melhor nutrição ao recém-nascido, aumenta sua resistência imunológica, implicando redução das taxas de mortalidade infantil, além de outras vantagens como um crescimento físico adequado e melhor regulação da temperatura corporal.

Do ponto de vista emocional, o mesmo autor evidencia que para a mãe e para o bebê, a amamentação se oferece como uma reunião que permite o estabelecimento do vínculo entre ambos, induzindo a uma satisfação mútua, compensando a ruptura e o vazio decorrente da brusca separação do parto.

A ação básica voltada para o aleitamento materno tem como prioridade a diminuição da morbimortalidade infantil, uma vez que no Brasil a desnutrição se constitui em importante causa básica ou associada de óbitos (SOUSA; BISPO, 2007)

O desmame precoce é um problema de saúde pública, definido pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde como a introdução de qualquer tipo de alimento que não seja o leite humano, antes dos seis meses de vida da criança. (BRASIL, 2009)

Nesse âmbito, a abordagem sobre a importância do aleitamento materno, pode ser realizada dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) durante a consulta de pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (ACD), teste do pezinho, imunização, planejamento familiar e durante as visitas domiciliares.

Corroborar-se com Sousa e Bispo (2007, p. 40) que:

O Programa de Saúde da Família tem como objetivo reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família, priorizando as ações de proteção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e humanizada.

Sabe-se que a adequada atuação dos profissionais de saúde deve nortear as ações de promoção, proteção e apoio à amamentação, porém é necessário que se faça uma escuta comprometida diante dos problemas expostos pela gestante para que baseados em seus conhecimentos possam atuar de forma ética e efetiva, aconselhando da melhor forma a gestante.

Aconselhar não significa dizer à mulher o que ela deve fazer, mas sim ajudá-la a tomar decisões, após ouvi-la, entendê-la e dialogar com ela sobre os prós e contras das opções. No aconselhamento, é importante que [...] elas adquiram confiança e se sintam apoiadas e acolhidas. (BRASIL, 2009).

Neste aspecto, Giugliane citado por Duncan, et al. (2006, p. 225) ressalta que:

Durante o acompanhamento pré-natal, deve-se dialogar com as mulheres a respeito de seus planos com relação à alimentação da criança, assim como de suas experiências, seus mitos, suas crenças, seus medos e preocupações e suas fantasias relacionados com o aleitamento materno.

Percebe-se que durante as consultas de pré-natal, a gestante deve ser orientada levando-se em consideração sua individualidade, suas expectativas e anseios. Nesse sentido, o profissional de saúde deve abordar a mulher na sua inteireza, considerando sua história de vida, os seus sentimentos e o ambiente em que vive, estabelecendo uma relação entre sujeito e sujeito e valorizando a unicidade de cada caso e de cada ser (BRASIL; 2006).

### **3.4 Intercorrências Relacionadas à Amamentação**

Algumas situações enfrentadas pelas nutrizes durante o aleitamento materno, se não forem tratados adequadamente e precocemente, podem contribuir para a interrupção da amamentação. De acordo com Zugaib (2008, p. 478) os fatores associados a essas intercorrências são:

- Ansiedade da mãe e da família.
- Alimentação inadequada da mãe.
- Doenças maternas como febre, gripe, anemia, infecções e transtornos mentais.

- Uso de medicamentos que podem interferir na produção do leite materno.
- Ausência de orientação adequada.
- Falta de preparação das mamas no pré-natal.
- Amamentação com técnica inadequada – tempo de sucção insuficiente com conseqüente esvaziamento incompleto das mamas, o que impede o estímulo à produção adequada do leite.
- Introdução precoce da mamadeira ou alimentação mista.

Essas intercorrências relacionadas à amamentação tornam-se peça principal na contribuição do desmame precoce. Desse modo, os profissionais de saúde são peças fundamentais na detecção, prevenção e manejo dessas dificuldades.

Os mamilos planos ou invertidos são intercorrências mamárias que dificultam o início da amamentação, porém não impedem necessariamente uma vez que a criança faz “o bico” com a aréola. O diagnóstico de mamilos invertidos pode ser realizado pressionando a aréola entre o polegar e o dedo indicador: se o mamilo for invertido, o mesmo se retrai; caso contrário, não é mamilo invertido (BRASIL, 2009).

Alguns exercícios realizados para protrair os mamilos durante a gestação como espichar os mamilos e a manobra de Hoffman, em muitos casos não funcionam e podem ser perigosos, podendo induzir o parto. Protetores mamilares também não têm mostrado eficácia. A maioria dos mamilos apresenta melhora com o avançar da gravidez, sem haver tratamento (FREITAS, et al. 2006).

Para uma nutriz com diagnóstico de mamilos planos ou invertidos amamentar com sucesso, faz-se necessário que ela obtenha orientação e ajuda logo após o nascimento da criança, que consiste em:

- Promover à confiança e empoderar a mãe – deve ser transmitido a ela que com paciência e perseverança o problema poderá ser superado e que com a sucção do bebê os mamilos vão se tornando mais propícios à amamentação;
- Ajudar a mãe a favorecer a pega do bebê – a mãe pode precisar de ajuda para fazer com que o bebê abocanhe o mamilo e parte da aréola se ele, inicialmente, não conseguir; é muito importante que a aréola esteja macia;
- Tentar diferentes posições para ver em qual delas a mãe e o bebê adaptar-se melhor;
- Mostrar à mãe manobras que podem ajudar a aumentar o mamilo antes das mamadas, como simples estímulo (toque) do mamilo, compressas frias nos mamilos e sucção

com bomba manual ou seringa de 10 ml ou 20 ml adaptada (cortada para eliminar a saída estreita e com o êmbolo inserido na extremidade cortada). Recomenda-se essa técnica antes das mamadas e nos intervalos se assim a mãe o desejar. O mamilo deve ser mantido em sucção por 30 a 60 segundos, ou menos, se houver desconforto. A sucção não deve ser muito vigorosa para não causar dor ou mesmo machucar os mamilos. Orientar as mães a ordenhar o seu leite enquanto o bebê não sugar efetivamente – isso ajuda a manter a produção do leite e deixa as mamas macias, facilitando a pega; o leite ordenhado deve ser oferecido ao bebê, de preferência, em copinho.

O ingurgitamento mamário também representa uma das intercorrências que as mulheres podem apresentar durante o processo de amamentação, no qual decorre da congestão e do aumento da vascularização, do acúmulo de leite e do edema resultante da obstrução da drenagem linfática causada pelo enchimento dos alvéolos. A pressão intraductal aumentada faz com que o leite acumulado, se torne mais viscoso, originando o “leite empedrado” (FREITAS et al., 2006).

Quando a mama inteira apresenta-se ingurgitada, o leite não desce uma vez que os alvéolos são submetidos a muita pressão, tendo como resultado inútil a contração das células mioepiteliais ocasionada pela ocitocina (FILHO et al., 2006)

Segundo Duncan, Schmidt e Giugliani, (2006, p. 235):

Um ingurgitamento discreto é normal e não requer intervenção. O ingurgitamento excessivo ocorre com mais frequência entre as primíparas, aproximadamente 3 a 5 dias após o parto. Leite em abundância, início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, restrição da duração e frequência das mamadas e sucção ineficaz do bebê favorecem o aparecimento do ingurgitamento.

No ingurgitamento patológico a mama apresenta-se excessivamente distendida, causando desconforto e às vezes febre e mal-estar. Pode haver áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados o que dificulta a pega do bebê, e o leite muitas vezes não flui com facilidade, diferentemente do ingurgitamento fisiológico, que representa um sinal positivo de que o leite está “descendo”, não sendo necessária qualquer intervenção (BRASIL, 2009).

As recomendações adequadas para o quadro de ingurgitamento mamário patológico de acordo com Freitas et al. (2006, p. 320) são as seguintes:

- Mamadas freqüentes. Se a aréola estiver tensa, faz-se necessário ordenhar um pouco de leite antes para que ela fique macia o suficiente para o bebê abocanhar a mama adequadamente. Se o bebê não sugar, a mama deverá ser ordenhada manualmente ou com bomba elétrica de sucção, apenas o suficiente para dar conforto à mãe. O esvaziamento da mama é essencial, pois se o leite não for removido poderá ocorrer mastite e até mesmo abscesso mamário.
- Massagens delicadas das mamas – importante na fluidificação do leite viscoso e no estímulo do reflexo de ejeção do leite.
- Analgésicos sistêmicos para a dor, se necessário. Antiinflamatórios. Uma revisão sistemática incluindo oito ensaios clínicos randomizados ou quase-randomizados concluiu que o uso de antiinflamatório é a única medida comprovadamente eficaz no tratamento de ingurgitamento mamário.
- Uso de sutiã com alças largas e firmes para suspender as mamas, para alívio da dor e manter os ductos em posição anatômica.

De acordo com Zugaib (2008, p. 479), devem-se evitar compressas e uso de produtos tópicos que, além de não possuírem eficiência comprovada, podem, ainda, causar lesões do tegumento.

Apesar de não serem comprovadamente eficazes, as compressas frias atuam no aliviando os sintomas do ingurgitamento mamário, reduzindo a produção do leite. A hipotermia local provoca vasoconstrição temporária resultando em diminuição do fluxo sanguíneo e conseqüentemente redução do edema e aumento da drenagem linfática, porém essas compressas não devem ser utilizadas por mais de 15 a 20 minutos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

Outra intercorrência mamária é a fissura que acontece quando a pega é inadequada, principalmente porque a mama está muito ingurgitada ou mesmo quando a criança é bastante pequena e sua boca não consegue envolver toda a aréola (ZUGAIB, 2008).

De acordo com Brunner e Suddarth (2005, p. 1538) o aleitamento pode prosseguir com um protetor mamilar, quando necessário. Se a fissura for grave ou extremamente dolorosa, a mulher é aconselhada a parar o aleitamento.

Orienta-se como prevenção de fissura a modificação das posições do corpo do recém-nascido durante as mamadas e o início da amamentação pela mama sadia. As mamas devem ser expostas aos raios solares ou ultravioletas artificiais (lâmpada de 40 watts, à distância de

40 cm do mamilo, durante 20 minutos, 2 a 3 vezes ao dia), na qual contribui no processo de cicatrização (ZUGAIB, 2008).

A mastite é um processo inflamatório do tecido mamário, podendo ou não ser acompanhado de infecção. Essa infecção pode ser resultado da transferência de microorganismos das mãos da gestante para a mama ou da criança em aleitamento com infecção oral, ocular ou cutânea (BRUNNER E SUDDARTH, 2005).

Segundo Zugaib (2008, p. 478),

A remoção ineficiente de leite em razão de técnicas inadequadas de aleitamento é o principal fator predisponente para a instalação do quadro de mastite. Assim, a suspensão do aleitamento, como se acreditava ser necessária no passado, é hoje contra-indicada na maioria dos casos.

De acordo com o MS (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.

Na mastite, a parte afetada apresenta-se dolorida, hiperemiada, edemaciada e quente. Havendo infecção, o quadro geral é importante, com presença de febre alta (acima de 38°C), calafrios e mal-estar. Está presente na mastite um aumento nos níveis de sódio e cloreto e uma diminuição dos níveis de lactose, deixando o leite salgado, podendo ser dessa forma rejeitado pela criança (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

As ações preventivas para a mastite são as mesmas do ingurgitamento mamário e fissuras. O tratamento da mastite deve ser iniciado o mais precocemente possível já que poderá haver uma evolução do quadro para um abscesso mamário, uma complicação grave. Assim as recomendações segundo o Ministério da Saúde (2009) são:

- Esvaziamento adequado da mama: esse é o componente mais importante do tratamento da mastite. Preferencialmente a mama deve ser esvaziada pelo próprio recém-nascido. A retirada manual do leite após as mamadas pode ser necessária se não houve um esvaziamento adequado;
- Antibioticoterapia: indicada quando houver sintomas graves desde o início do quadro, fissura mamilar e ausência de melhora dos sintomas após 12–24 horas da remoção efetiva do leite acumulado. Se não houver regressão dos sintomas após 48 horas do início da antibioticoterapia, deve ser considerada a possibilidade de abscesso

mamário e de encaminhamento para unidade de referência, para eventual avaliação diagnóstica especializada e revisão da antibioticoterapia. Diante dessa situação, é importante que o profissional agende retorno da mãe à unidade de saúde e que a unidade ofereça acesso sob demanda espontânea, para garantir a continuidade do cuidado;

- Suporte emocional: esse componente do tratamento da mastite é muitas vezes negligenciado, apesar de ser muito importante, pois essa condição é muito dolorosa, com comprometimento do estado geral;
- 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.

Em todo o período de aleitamento poderá ser observado o quadro de mastite, porém esse quadro é mais freqüente nas primeiras 7 semanas pós-parto. Cerca de 74 a 95% dos casos de mastite são observadas nos primeiros 3 meses do período de amamentação (ZUGAIB, 2008).

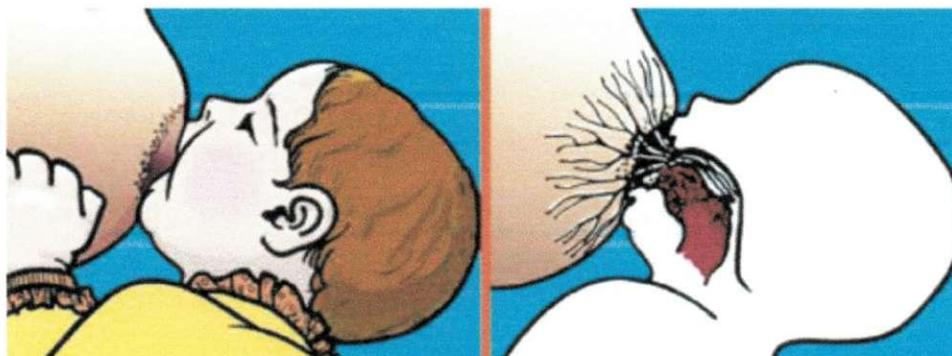
### **3.5 Técnica de Amamentação**

No período pré-natal, o ensino deve concentrar-se no conhecimento prático que irá ajudar a paciente a estabelecer e manter a lactação após o parto, uma vez que gestantes bem orientadas serão lactantes seguras de sua capacidade de amamentar.

Concorda-se com Zugaib (2008, p. 471) que:

O conhecimento das alterações fisiológicas que a gravidez impõe sobre as glândulas mamárias é a arma mais importante que a gestante possui para reconhecer as anormalidades a tempo de corrigi-las, ao menos parcialmente. A prevenção de complicações é, por sua vez, ferramenta eficiente para o sucesso da amamentação

Uma posição inadequada da mãe e/ou do bebê na amamentação dificulta o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao mamilo e à aréola, resultando no que se denomina de “má pega”. A má pega dificulta o esvaziamento da mama, levando a uma diminuição da produção do leite. Muitas vezes, o bebê com pega inadequada não ganha o peso esperado apesar de permanecer longo tempo no peito. Isso ocorre porque, nessa situação, ele é capaz de obter o leite anterior, mas tem dificuldade de retirar o leite posterior, mais calórico (BRASIL, 2009).



**Figura 1** – Pega adequada  
**Fonte:** Ministério da Saúde



**Figura 2** – Pega inadequada  
**Fonte:** Ministério da Saúde

A amamentação de forma incorreta leva à insatisfação do recém-nascido, com conseqüente choro do infante e ansiedade materna. A ansiedade materna, por sua vez, gera produção e liberação inadequadas de ocitocina com ingurgitamento mamário. O ingurgitamento mamário, por fim, dificulta ainda mais a pega do lactente, o que leva a um círculo vicioso (ZUGAIB, 2008).

Para o autor supracitado, todo profissional de saúde que faz assistência a mães e bebês deve saber observar criticamente uma mamada. A seguir são apresentados os diversos itens que os profissionais de saúde devem conferir na observação de uma mamada:

- Posição da lactante: relaxada, confortável, bem apoiada, não curvada para trás, nem para frente.
- Posição da mãe na mama: polegar acima da aréola e indicador abaixo da aréola, como um C.
- Posição do lactente: todo o corpo do bebê voltado para mãe, cinturas pélvica e escapular, pescoço e coluna vertebral alinhados. Evita flexão dos membros entre o corpo da lactante e do lactente.

- Posição da boca e do rosto do lactente: boca centrada na mama e o nariz afastado; lábios evertidos; língua sobre a gengiva inferior.
- Sucção: mais rápida no início, diminuindo a frequência progressivamente, com pausas ocasionais, irregular ao fim. As bochechas não se encovam e a deglutição é possível.
- Fim da mamada: o recém-nascido solta espontaneamente a papila ou a lactante pode retirar o complexo aréolo-papilar, tracionando-o gentilmente com os dedos indicador e médio (nunca afastar o neonato da mama para evitar traumas locais), ou colocar o dedo mínimo entre a boca do lactente e a aréola, com o intuito de desfazer a pressão negativa de sucção. Colocar o lactente de pé ou sentado para facilitar a eructação e evitar broncoaspiração.

Assim, o papel dos profissionais de saúde que cuida de gestantes e lactentes é orientar quanto aos cuidados e as técnicas citadas durante o pré-natal e, principalmente, nos primeiros dias de vida do recém-nascido.

Zugaib (2008) enfatiza que as ações de incentivo a amamentação são comprovadamente eficazes nos primeiros dias pós-parto, em que a lactante experimenta as dificuldades e tem oportunidades de esclarecer suas dúvidas.

## **4 METODOLOGIA**

---

## **4.1 Tipo de Estudo**

O trabalho apresentou-se como sendo uma pesquisa de campo do tipo exploratório e de natureza qualitativa.

A pesquisa de campo valoriza o aprofundamento das questões propostas. Estuda um único grupo ou comunidade considerando sua estrutura social, ou seja, ressaltando a interação entre seus integrantes. A pesquisa é desenvolvida baseando-se na observação direta das atividades do grupo estudado. (HANDEM; MATIOLI; PEREIRA; NASCIMENTO, 2007)

De acordo com Figueiredo (2007, p. 91), a pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema, ou seja, têm o intuito de torná-lo mais explícito. Seu principal objetivo é o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições.

Em relação à pesquisa qualitativa, Minayo (1994, p. 22) relata que a mesma está direcionada para a investigação dos significados das relações humanas, em que suas ações são influenciadas pelas emoções e/ou sentimentos aflorados diante das situações vivenciadas no dia-a-dia.

## **4.2 Local da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada na Unidade de Saúde da Família José Leite Rolim localizado no bairro Vila Nova, Rua José Alberto Lopes Rodrigues, situada na cidade de Cajazeiras – PB, à Oeste Paraibano, a 476 km da capital de João Pessoa – PB. A cidade é considerada a 6ª maior do Estado da Paraíba, com população estimada em 56. 056 habitantes (IBGE, 2007).

A escolha pela referida Unidade de Saúde da Família ocorreu pelo fato da mesma ter sido campo de estágio da pesquisadora, o que possibilitou e facilitou a execução deste trabalho bem como pelo fato de as orientações efetivas e o acompanhamento do aleitamento materno acontecer em sua maior parte nas unidades básicas de saúde.

## **4.3 População e Amostra da Pesquisa**

A população selecionada para este trabalho foi composta de 15 puérperas e nutrizes que foram acompanhadas pela Equipe de Saúde da Família na referida Unidade e a amostra

composta por 12 puérperas e nutrizes. A população constitui-se em um conjunto completo de pessoas que representam um determinado conjunto de características (SILVA, 2007).

Segundo Vieira e Hossne (2001, p.29), amostra é todo subconjunto de elementos retirados da população para obter a informação desejada. Desse modo, a amostra desta pesquisa contemplou mulheres que foram assistidas pela Equipe de Saúde da Família José Leite Rolim durante o período gestacional, puérperas e nutrizes que tem crianças na faixa de 0 a 6 meses e que consentiram em participar do estudo voluntariamente mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

#### **4.4 Posicionamento Ético de Pesquisa**

Na realização desta pesquisa levaram-se em consideração os aspectos éticos contidos na Resolução 196/96 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, principalmente no cumprimento ao termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) que trata da participação voluntária, confidencialidade dos dados, anonimato, liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa. Para que os dados fossem coletados o projeto foi encaminhado para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria.

#### **4.5 Instrumento e Coleta de Dados**

Para alcançar os objetivos propostos, foi utilizado como instrumento para a coleta de dados um roteiro norteador (APÊNDICE B), baseada na técnica da entrevista semi-estruturada.

Essa entrevista necessita da elaboração de um roteiro preliminar de perguntas, baseados nas questões e teorias apresentadas no estudo, oferecendo um amplo campo de interrogativas, que surgem à medida que se recebe as informações do sujeito pesquisado. O entrevistador tem a liberdade de acrescentar novas perguntas ao roteiro no intuito de aprofundar e esclarecer pontos que considerem relevantes aos objetivos do trabalho. (MOURA; FERREIRA; PAINE, 2007).

A entrevista semi-estruturada oferece flexibilidade e tende a ter uma natureza de conversação. É usada quando o pesquisador tem uma lista de tópicos que devem ser descobertos. A função do entrevistador é encorajar os participantes a falar livremente sobre todos os tópicos. Foram utilizadas questões norteadoras relacionadas ao tema da pesquisa (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

As entrevistas foram coletadas no mês de Novembro de 2009 onde foram registradas em um gravador, mediante permissão dos sujeitos da pesquisa; em seguida, foram transcritas em sua total integralidade.

#### **4.6 Análise dos Dados**

Os dados foram analisados qualitativamente utilizando-se do método de análise de conteúdo de Bardin, segundo Minayo (2004, p. 37) definido como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores que permitem a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção de mensagens.

Para Minayo (2004), uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objetivo analítico visado.

A análise temática de acordo com Allegrette (2007) compõe-se de três etapas:

- A pré-análise que consiste na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado, e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final.
- Exploração do material-operação de codificação. Segundo Bardin citado por Minayo et al. (2004) realiza-se na transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo da compreensão do texto. A análise temática tradicional trabalha essa fase primeira com o recorte do texto em unidades de registro, tal como estabelecido na pré-análise. Por conseguinte, escolhe as regras de contagem uma vez que tradicionalmente ela constrói índices que permitem alguma forma de quantificação. Por fim realiza-se a classificação e a agregação dos dados escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandam a especificação dos temas.

- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação- a análise temática é bastante formal e mantém sua crença na significação da regularidade. Ela transpira as raízes positivas da análise de conteúdo tradicional. Contudo, há variantes na abordagem que no tratamento dos resultados trabalha com significados em lugar de inferências estatísticas. Essas variantes de certa forma reúnem numa mesma tarefa interpretativa, os temas como unidades de fala.

O ato de analisar pressupõe demonstrar uma realidade para compreendê-la. Implica freqüentemente decompor, dissecar, interpretar, estudar. (SALOMON, 2004).

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---

Após a análise das informações coletadas surgiram cinco categorias conforme colocado a seguir:

### **Categoria I – Importância do Aleitamento Materno**

A importância do AM é mundialmente reconhecida, sendo considerado um alimento completo, exclusivo e suficiente, além de ter ação imunizante, garantindo crescimento e desenvolvimento adequados para a criança.

O Ministério da Saúde (2009) ressalta que 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.

Durante o contato estabelecido com as mães que fizeram parte da pesquisa, foi possível perceber que todas as puérperas e nutrizes entrevistadas reconheciam a importância do aleitamento materno exclusivo, porém ficava claro que as mesmas não sabiam relatar as razões que o tornava tão importante.

Algumas consideraram o aleitamento materno como fator importante na prevenção de doenças, como mostra as falas transcritas:

*“É importante pra infecções, alergias... faz bem para o bebê” (Mãe 8, 19 anos).*

*“É importante nas doenças, né? Num dá doença na criança, né...” (Mãe 11, 38 anos).*

*“Eu acho muito importante pra saúde dele, né...” (Mãe 4, 22 anos).*

Observando os relatos das mães entrevistadas em relação à importância do aleitamento materno, notou-se uma valorização da relação amamentar versus prevenção de doenças. Nesse sentido verificou-se que as mães têm noção dos valores imunológicos que o leite materno oferece para a criança, no entanto, ainda são pouco conhecidos ou valorizados os outros benefícios do aleitamento materno.

Quando se busca a literatura referente aos benefícios do aleitamento materno exclusivo, verifica-se que muitas são as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade. Os benefícios para a saúde da criança são muita como redução da mortalidade

infantil, diminuição da ocorrência de diarreias, evita infecção respiratória, diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes, reduz a chance de obesidade, melhor nutrição, efeito positivo na inteligência, melhor desenvolvimento da cavidade bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Em relação aos benefícios para a saúde da lactante são muitos, demonstrando menor risco de câncer de mama, tanta antes quanto depois da menopausa. Há também evidências de proteção em relação a alguns tipos de cânceres epiteliais de ovário. Ocorre rápida perda de peso, na vigência de amamentação exclusiva, fato que colabora para prevenção da obesidade e de comorbidades que com ela caminham (ZUGAIB, 2008).

O mesmo autor enfatiza que o real impacto social e econômico do aleitamento materno são difíceis de ser quantificado, mas óbvio de ser observado, uma vez que a redução de gastos com mamadeiras e outros materiais consumidos com o aleitamento artificial tem importância fundamental para famílias carentes. Além disso, crianças que recebem leite materno adoecem menos, necessitando de menor número de atendimentos médicos, hospitalizações e medicamentos, benefícios esses que repercutem na sociedade como um todo.

Complementando as falas, duas entrevistadas referiram que o aleitamento materno é importante na formação dos dentes:

*“[...] mas o leite é bom para o desenvolvimento e para os dentes”  
(Mãe 6, 17 anos).*

*“Porque eles (dente) cresce sadio [...]” (Mãe 7, 20 anos).*

Como mencionado anteriormente, um dos benefícios do aleitamento materno é no desenvolvimento da cavidade oral, sabe-se que quando a amamentação não ocorre, o uso de chupetas e bicos prejudica o desenvolvimento da cavidade bucal, pois pressionam o palato para cima.

O Ministério da Saúde ressalta que quando o palato é empurrado para cima, o assoalho da cavidade nasal se eleva com diminuição do tamanho do espaço reservado para a passagem do ar, prejudicando a respiração nasal, assim 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.

Durante a amamentação o rebordo incisivo do maxilar superior se apoia contra a superfície superior do mamilo e parte do peito materno, a língua atua como válvula controladora e

consegue um fechamento hermético, fazendo com que o bebê respire pelo nariz. Ao mesmo tempo, a mandíbula realiza movimentos protrusivos e retrusivos, com os quais extraem o conteúdo lácteo do peito para a boca, movimentos que são sincronizados com a deglutição (OLIVEIRA; RIBEIRO, 2002).

## **Categoria II – Tempo de Amamentação**

Sabe-se que a recomendação atual é de que os neonatos e crianças sejam amamentados exclusivamente até os seis meses de vida, continuando com o aleitamento até os dois anos ou mais. De acordo com as entrevistas, duas mães nunca amamentaram seus filhos, somente três amamentaram seus filhos até os seis meses completos e outras quatro encontram-se ainda nesta fase.

*“[...] eu já tive duas filhas e nunca amamentei não”. (Mãe 1, 40 anos).*

*“Nunca amamentei por causa de saúde”. (Mãe 12, 24 anos).*

Uma das entrevistadas afirmou ter introduzido outros alimentos como chás e sucos de frutas, porém a fonte predominante de nutrição da criança foi o leite materno até os seis meses; outras duas deixaram de amamentar exclusivamente antes das crianças completarem seis meses de vida.

Percebe-se que apesar das ações de incentivo à amamentação, essa prática se desenvolve de forma lenta. Muitas mães continuam não amamentando ou amamentando por pouco tempo, desconsiderando as recomendações e orientações da prática do aleitamento materno.

## **Categoria III – Mitos e tabus que influenciam o desmame precoce**

A prática do aleitamento materno está ligada às condições de vida e de trabalho, bem como a uma série de idéias existentes sobre amamentação, em cada sociedade. Analisando os dados coletados percebe-se que alguns mitos e tabus influenciaram as puérperas e nutrizes entrevistadas a deixarem de oferecer somente o leite materno até os seis meses de vida para as crianças.

Foram relatados por algumas das mães que só o leite materno não era suficiente para o bom desenvolvimento da criança, pois não o sustentava da maneira adequada, favorecendo ao desmame precoce como pode ser observado nas seguintes falas:

*“Deixei porque o leite foi ficando fraco” (Mãe 9, 22 anos).*

*“Eu tava achando meu leite fraco [...]” (Mãe 10, 26 anos).*

Observando os relatos das mães, percebe-se que a crença de que o leite materno não sustenta a criança ainda é bastante enraizada em nossa sociedade, tornando-se necessário buscar meios estratégicos de orientação para sensibilizar as mães sobre a importância do aleitamento materno exclusivo.

O Ministério da Saúde (2009) ressalta que leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento da criança, além de ser mais bem digerido, quando comparado com leites de outras espécies. O leite materno é capaz de suprir sozinho as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses e continua sendo uma importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas.

As puérperas e nutrizas geralmente associam o choro da criança à fome, pois se mesmo após a mamada a criança continuar chorando, certamente a mãe encontrará outra maneira, ou seja, outro alimento para solucionar o problema. Essa realidade pode ser constatada nas falas seguintes:

*“[...] chorava, não se contentava com o leite” (Mãe 6, 17 anos).*

*“[...] ele tinha fome, chorava muito” (Mãe 8, 19 anos).*

*“Ele tava aperrriando de noite, aí [...] dei mingau” (Mãe 11, 38 anos).*

Percebe-se que o choro do bebê faz com que as mães fiquem muito aflitas e inseguras, procurando dessa forma meios para acalmá-lo. As mães interpretam o choro da criança como fome ou cólicas, assim elas devem ser esclarecidas que existem muitas razões para o choro do bebê, incluindo adaptação à vida extra-uterina.

O comportamento dos recém-nascidos é muito variável e depende de vários fatores como idade gestacional, personalidade e sensibilidade do bebê, experiências intra-uterinas, parto e diversos fatores ambientais, incluindo o estado emocional da mãe. É importante lembrar à mãe de que cada bebê é único, respondendo de maneiras diferentes às diversas

experiências. Algumas crianças choram mais que outras e apresentam maiores dificuldades na passagem da vida intra-uterina para a vida extra-uterina (GIUGLIANI et al., 2006).

A insegurança materna frente ao choro da criança mostrou-se como um elemento desencadeador do desmame, pois o choro do bebê foi relacionado à fome e como consequência a introdução de outro tipo de leite na alimentação da criança.

Salienta-se que o melhor indicativo da suficiência de leite é o ganho de peso da criança. O número de micções por dia, no mínimo de seis a oito, evacuações freqüentes são indicativos indiretos do volume de leite ingerido. Os sinais indicativos de que a criança possa não estar ingerindo uma quantidade suficiente de leite materno incluem os que o recém-nascido perde mais que 10% do peso de nascimento, ausência de urina por 24 horas, ausência de fezes amarelas no final da primeira semana, sinais clínicos de desidratação, ganho de peso menor que 20 g/dia, perda de peso inexplicável (GIUGLIANI et al., 2006).

O Ministério da Saúde salienta que o crescimento das crianças amamentadas difere do das crianças alimentadas com outros tipos de leite. Por isso, o uso das curvas de crescimento habitualmente utilizadas (NCHS) pode dar a falsa impressão de que as crianças amamentadas começam a não ganhar peso adequadamente a partir dos 3 a 4 meses de idade (BRASIL, 2009).

O entendimento da mãe sobre as necessidades do seu bebê é fundamental para a sua tranquilidade, pois as mães que ficam tensas, frustradas e ansiosas com o choro tendem a transmitir esses sentimentos às crianças.

Concorda-se com Giugliani et al. (2006, p. 225) que:

Durante o acompanhamento pré-natal deve-se dialogar com as mulheres a respeito de seus planos com relação à alimentação da criança, assim como de suas experiências, seus mitos, suas crenças, seus medos e preocupações e suas fantasias relacionados com o aleitamento materno.

Assim, é preciso reconhecer que a amamentação adquiriu um perfil social próprio, refletido na criação de mitos e tabus que ainda persistem tornando-se necessário tempo e persistência para que haja uma mudança de hábitos sociais.

#### **Categoria IV – Fatores que contribuem para o desmame precoce**

O aleitamento materno depende de fatores que podem influir positiva ou negativamente no seu sucesso. A literatura aponta que o desmame precoce é um importante problema de saúde pública em todo o mundo, relacionado a muitos fatores como: uso precoce de fórmulas lácteas, falta de incentivo da família e da sociedade, além de deficiências na atenção à saúde (DEL CIAMPO et al.; 2006).

No trabalho desenvolvido foram evidenciados alguns motivos que levaram à interrupção do aleitamento materno. Dentre estes, foram referidos: problemas de saúde, intercorrências mamárias, influência da família e da sociedade.

No início do aleitamento materno, a mulher pode sentir uma discreta dor ou desconforto no início das mamadas, o que pode ser considerado normal. No entanto, mamilos muito dolorosos e machucados, apesar de muito comuns, não são normais e na maioria das vezes são causados por má técnica da amamentação (GIUGLIANI, 2006).

Assim, as intercorrências de mama puerperal surgiram como fator interveniente no curso da lactação, como pode ser observado a seguir:

*“[...] doía demais... só esses diazinhos que ela mamou aí feriu. Eu colocava ela pra mamar aí doía demais, aí ela chorava de fome e eu dava outro leite [...]” (Mãe 1, 40 anos).*

Sabe-se que todos esses problemas poderiam ser evitados com a adoção de medidas profiláticas no decorrer do ciclo gravídico-puerperal. Assim, a falta de orientação e apoio determina na mulher um sofrimento físico que poderia ser evitado com medidas preventivas ou curativas.

A presença de rachadura na pele, desconforto que continua durante a amamentação, que não melhora no final da primeira semana de lactação, não se configuram como situações de normalidade no processo de amamentação. A rachadura em mamilos está normalmente relacionada à técnica inapropriada de amamentação que não somente causa dor, mas pode ter um impacto negativo na qualidade das mamadas (SOUSA; BISPO; 2007).

Outro motivo evidenciado por uma das depoentes foi a utilização de medicamento como fator decisivo para que a mesma não amamentasse sua criança.

*“ [...] eu tomo uns remédios forte demais pra mim controlar, aí eu dei de mamar a ela só uma vez, aí ela pegou infecção, aí ela quase morria, aí o*

*médico mandou parar de amamentar ela porque era modo o meu leite” (Mãe 12, 24 anos).*

A maioria das drogas administradas para a mãe é secretado no leite materno, mas vários fatores podem influenciar sua secreção, tendo que serem revistas caso a caso para a avaliação de potenciais e contra indicações. Assim, não se deve suspender a amamentação quando a lactante fizer uso de alguma medicação. É preciso observar a real necessidade do uso do medicamento e a menor dose segura para o recém-nascido, além de aumentar o intervalo entre a administração da droga e as mamadas, bem como orientar a paciente acerca dos possíveis efeitos colaterais esperados (ZUGAIB, 2008).

A influência de familiares e de outras pessoas, principalmente os mais velhos, interferiu na prática da amamentação, contribuindo para o desmame precoce.

*“[...] minha sogra num deixava não, ela dizia que o peito não alimentava, que tinha que dá água, tinha que dá chá, tinha que fazer mingau e o peito era estourando de leite direto e ela não deixava muito eu dar o leite” (Mãe 3, 16 anos).*

*“Assim que eu cheguei na maternidade, antes de um mês o povo já mandava eu dá mamadeira a ela [...]” (Mãe 11, 38 anos).*

É evidente que para que a mãe alimente com sucesso suas crianças, não basta que ela opte pelo aleitamento materno, mas que ela também esteja inserida em um ambiente que a ajude a levar adiante a sua opção. O apoio, incentivo e opinião dos familiares bem como da sociedade, são de fundamental importância. O ato de amamentar, seja consciente ou inconsciente, é herdado culturalmente e influenciado pela família e pelo meio social em que vivem.

A introdução de líquidos como água, chás e sucos nos primeiros seis meses de vida, quando a criança está recebendo só o leite materno, não é necessário, sendo inclusive prejudicial à manutenção do aleitamento materno, pois qualquer líquido introduzido por essa época, além de ocupar parte da capacidade gástrica, determina estímulo menos freqüente do mamilo-aréola, menor produção de prolactina e ocitocina, menor produção e liberação de leite e, conseqüentemente, menor ganho de peso do bebê (LAMOUNIER; LANA, 2006).

Giugliani et al. (2006) enfatiza que muitas avós transmitem às suas noras a sua experiência com amamentação, a qual em muitos casos é contrária às recomendações atuais das práticas alimentares de crianças, em função disso, é importante incluir as avós no aconselhamento em amamentação.

Com bases nessas concepções, a avó poderá transmitir tabus, crenças e proibições inerentes a um dado contexto histórico-social, atuando dessa forma como elemento desestimulador ou estimulador para a amamentação, considerando-se que a avó é tomada na família como modelo de referência aos cuidados com o bebê, inclusive ao aleitamento materno (ARAÚJO; CUNHA; LUSTOSA et al., 2008).

A vivência da amamentação é fortemente relacionada às experiências que teve, não somente ao fato dela própria ter ou não amamentado, mas também ao fato de ter visto outras pessoas amamentando, o que poderá causar influência positiva para que também amamente seu filho (REZENDE et al., 2002)

Analisando esses relatos pode-se concluir que seria importante aumentar a informação dos benefícios e da importância do aleitamento materno, principalmente o exclusivo, para os familiares e todos que fazem parte do contexto social das mães, iniciando-se dessa forma um processo educativo uma vez que para se conseguir efetivamente produzir atitudes e práticas positivas, é necessário focalizar a sociedade, não apenas as mulheres.

## **Categoria V – Equipe de Saúde da Família versus Aleitamento Materno**

O apoio dos serviços e profissionais de saúde é fundamental para que a amamentação tenha sucesso. Durante a pesquisa foram oferecidas algumas sugestões pelos sujeitos da pesquisa, para que a Equipe de Saúde da Família possa estimular melhor o aleitamento materno. Muitas referiram que orientações, campanhas e palestras são meios de estímulo para a amamentação:

*“Eu acho que deveria dá umas orientações para ser melhor né?” (Mãe 1, 40 anos).*

*“Deveria ter palestras assim pra gestantes ou pra quem tem um bebezinho novo” (Mãe 3, 16 anos).*

*“Fazer palestras e campanhas” (Mãe 6, 17 anos).*

*“[...] acho que deveria melhorar... existe muito mais meio de dizer o que é melhor [...] deveria ter palestra também” (Mãe 7, 20 anos).*

Implantar medidas de estímulo ao Aleitamento materno, como orientações por meio de palestras, campanhas sobre os benefícios do leite materno e amamentação, constituem parte

indispensável do esforço que deve ser desempenhado, dispendido por todos que cuidam da saúde da criança.

O contato precoce dos profissionais de saúde com a puérpera está associado a maior duração da amamentação, melhor interação mãe-filho, melhor controle de temperatura do recém-nascido, níveis mais altos de glicose e menor número de episódios de choro do neonato. Além disso, a sucção precoce da mama pode reduzir o risco de hemorragia pós-parto, ao liberar ocitocina, e de icterícia no recém-nascido, por aumentar a motilidade gastrointestinal (ZUGAIB, 2008).

Apenas uma das entrevistadas relatou que não recebeu nenhuma informação da Equipe de Saúde sobre a importância do aleitamento materno e outras cinco afirmaram está contente com o aconselhamento recebido pela equipe.

As equipes de atenção básica, portanto, devem estar capacitadas para acolher precocemente a gestante no programa de pré-natal e as puérperas nas consultas de pós-parto, garantindo-lhes orientações apropriadas quanto aos benefícios da amamentação para a mãe, a criança, a família e a sociedade, além de organizar reuniões, palestras e rotinas que apoiem e promovam o aleitamento materno exclusivo (SOUZA; BISPO, 2007).

Conforme Giugliani (2000), as mães que amamentam necessitam de apoio para ajudá-las a prevenir ou superar dificuldades, por isso os profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, desempenham papel fundamental na assistência à mulher lactante e, para cumprir este papel, é muito importante que tenham sensibilidade e conhecimento para orientar adequadamente o manejo da lactação. (MACHADO; LAROCCA, 2006).

Uma boa atuação no sentido de promover, proteger e apoiar a amamentação requer não apenas conhecimentos sobre aleitamento materno, mas também habilidades clínicas e de aconselhamento.

Giugliani (2006) afirma que o aconselhamento em amamentação implica em ajudar a mulher a tomar decisões de forma empática, saber ouvir e aprender, desenvolver a confiança e dar apoio. É importante que as mães sintam o interesse do médico (ou qualquer outro profissional de saúde) para adquirirem confiança e se sentirem apoiadas.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

O aleitamento materno exclusivo é reconhecido com o alimento ideal para os lactentes, porém o desmame precoce é uma prática comum em nosso convívio, contribuindo de forma negativa na saúde da criança.

A partir do referido tema, buscou-se delimitar a problemática sobre os fatores que levam as mulheres a desmamar precocemente seus filhos.

A pesquisa teve como objetivo verificar os fatores interferentes na prática do aleitamento materno exclusivo das crianças de até seis meses atendidas em uma Unidade de Saúde da Família em um município paraibano, verificando o nível de significância acerca do aleitamento materno e analisando a importância da Equipe de Saúde da Família no incentivo à prática do aleitamento materno.

Os resultados e discussão dos dados deste trabalho possibilitaram visualizar o cenário em que a problemática do desmame precoce se insere, bem como atender aos objetivos da pesquisa. O estudo constatou que as mães pesquisadas reconhecem a importância do leite materno, porém as mesmas não sabem relatar as razões que o tornam tão importante, relacionando-o apenas ao fator amamentação versus prevenção de doenças.

Foi possível identificar a forte influência dos mitos e tabus gerados ao longo do tempo no desmame precoce, prejudicando o processo do aleitamento materno exclusivo. Alguns fatores contribuintes do desmame precoce, foram apontados pelas depoentes do estudo como: problemas de saúde, intercorrências mamárias, influência da família e da sociedade. Contudo, é possível sugerir outras razões que o explique, ligadas ao crescimento da participação feminina no mercado de trabalho, à personalidade materna e às causas emocionais.

Embora tenha sido relatado por uma das entrevistadas de não ter recebido nenhuma orientação quanto à prática do aleitamento materno, a grande maioria afirmou está contente com as orientações recebidas pela equipe de saúde, caracterizando a assistência de enfermagem como satisfatória.

Portanto, é de suma importância que a mulher sinta-se adequadamente assistida e compreendida nas suas dificuldades e anseios, para que possam desempenhar com maior segurança o papel de mãe e de nutriz. Cabendo aos profissionais de saúde, em especial, aos enfermeiros, bem como aos serviços de saúde o compromisso de desenvolver uma assistência de qualidade, garantindo a cada mãe uma escuta ativa, para que possa ouvi-la e esclarecer suas dúvidas.

Porém vale salientar que a promoção do aleitamento materno não é responsabilidade somente dos serviços de saúde ou categoria profissional, mas deve ser um ponto relevante entre outras importantes políticas de saúde e nutrição.

Então, sugere-se que haja um resgate da percepção sobre amamentação e reconhecimento da relação da comunicação no processo de trabalho em saúde como ferramenta de mudança social.

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
MULTIPLICA SETORIAL  
SABERES E SABEDORIA

**REFERÊNCIAS**

---

ALLEGRETTE, C. M. P. **As percepções das puérperas diante da vivência do aleitamento materno**. Novo Hamburgo, 2007.

ARAÚJO, O. D. et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 61, n. 4, Ag. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>. Acessado em 16 de Setembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Área da saúde da criança: manual de capacitação de equipes de unidades básicas de saúde na iniciativa unidade básica amiga da amamentação (IUBAAN)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Leite materno: sinônimo de bebês bem alimentados**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acessado em 29 Set 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: editora do ministério da saúde. Série A. Normas e manuais técnicos. Caderno de atenção básica, n. 23, 2009.

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

DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A. Sistema Genital Feminino. In: \_\_\_\_\_. **Anatomia humana sistêmica e segmentar**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 150 – 159.

DEL CIAMPO, L. A. et al . Tendência secular do aleitamento materno em uma unidade de atenção primária à saúde materno-infantil em Ribeirão Preto, São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 4, 2006 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. acessado em 10 setembro de 2009.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FILHO, N. A. et al. **Perinatologia básica**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2006.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GIUGLIANI, E. R. J. Aleitamento materno na prática clínica. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 76, n. 3, 2000

GIUGLIANI, E. R. J. Aleitamento materno: aspectos gerais. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 219 – 231.

GIUGLIANI, E. R. J. Aleitamento materno: principais dificuldades e seu manejo. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.232 – 239.

GIUGLIANI, E. R. J. Alojamento conjunto e amamentação. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 312 – 322.

HANDEM, P. C. et al. Metodologia: interpretando autores. In: FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 2 ed. rev. São Caetano do Sul, SP: Yendis editora, 2007, p. 89 – 116.

HOSSNE, W. S.; VIEIRA, S. **Metodologia científica para a área de saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001. p. 28 – 48.

IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidades>, acessado em 20/09/2009

ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Rev Latino-am Enfermagem** 2002, julho-agosto; 10(4):578-85.

MINAYO, M. C. S. (Org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. **Desafio de o fazem conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

OLIVEIRA, D.; RIBEIRO, L. **Desmame precoce: análise dos indicadores de saúde em crianças de zero a cinco anos inscritas no programa de controle de carencias nutricionais e acompanhadas pelo programa de agentes comunitários de saúde do município de Iaranjal do Jari**. Macapá 2002.

PARIZOTTO, J.; ZORZI, N. T. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **Rev. o mundo da saúde**. São Paulo, V. 32, N. 4, 2008, p. 466 – 474.

POLIT, D. F. BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **J. Pediatr. (Rio J)**, Porto Alegre, v. 79, n. 5, Oct. 2003 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>. Acessado em 26 de novembro de 2009.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005.

RHOADES, R. A.; TANNER, G. A. **Fisiologia médica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005.

SALOMON, D. V. **Como fazer uma monografia**. 11 ed. São Paulo: Martins fontes, 2004.

SILVA, C. 2007. Disponível em [www.ceargs.org.br](http://www.ceargs.org.br), acessado em 21 de setembro 2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**, tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10 ed. v. 3. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Histórico e tratamento de pacientes com distúrbios de mama. In: \_\_\_\_\_. **Brunner & Suddarth**, tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10 ed. v. 3. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005. p. 1529 – 1571.

ZAVASCHI, M. L. S. et al. Promoção de saúde mental na infância. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 200 – 209.

ZUBAIB, M. Parto e puerpério. In: \_\_\_\_\_. **Obstetrícia**. Barueri, SP: Manole, 2008. p. 462 - 492.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia**. Barueri, SP: Manole, 2008.

## **APÊNDICES**



## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto: ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: Fatores contribuintes para o desmame precoce**

**Pesquisador responsável:** Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro

**Pesquisador participante:** Silvana Rochelly Galiza Duarte

Eu, \_\_\_\_\_ R.G. \_\_\_\_\_  
CPF, \_\_\_\_\_ residente na \_\_\_\_\_, fui informado (a) que este projeto tem o objetivo de verificar os fatores interferentes na prática do aleitamento materno exclusivo das crianças de até seis meses atendidas em uma Unidade Saúde da Família em um município paraibano. Para desenvolvê-lo será necessário realizar os seguintes procedimentos: será enviado um ofício a secretaria de saúde e outro a coordenação do Programa de Saúde da Família solicitando autorização para realização da pesquisa. Deferido o pedido, terá início a coleta de dados junto ao participante. Após coletados serão analisados e apresentados.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa tive assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tive assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato. Os resultados da pesquisa só serão utilizados para fins científicos.

Caso deseje, eu posso procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, Km 504, Caixa Postal 30, CEP 58900-000, Cajazeiras-PB, telefone (83) 3531-2848, ou com o Coordenador, o professor Joselito Santos, telefone (83) 8836-6250 / 3335-4586.

Após obter as informações necessárias sobre o projeto de pesquisa, declaro estar ciente do conteúdo deste Termo e desejar participar do projeto/ou autorizar que \_\_\_\_\_ participe da pesquisa.

Cajazeiras – PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Nome do sujeito/ou do responsável:**.....

**Assinatura:** .....

**Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisa):**

**Testemunha 1:**

Nome: .....

Assinatura: .....

**Testemunha 2:**

Nome: .....

Assinatura: .....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável



**APÊNDICE B**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**DADOS PESSOAIS:**

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE FILHOS: \_\_\_\_\_

**QUESTÕES NORTEADORAS:**

1. Porque você acha importante o Aleitamento Materno?
2. Durante quando tempo amamenta ou amamentou seu filho (a)?
3. Quais as causas que fizeram você deixar de amamentá-lo?
4. Nas consultas de pré-natal você recebeu ou recebe alguma orientação sobre a importância do aleitamento materno para a criança?
5. Em sua opinião, quais os motivos que podem levar a interrupção do aleitamento materno?
6. Em sua visão, como a equipe de saúde tem desempenhado o papel de estimulação e orientação ao processo de aleitamento materno exclusivo? E o que ela poderia fazer para melhorar?

**OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!**

UNIVERSIDAD DE  
LOS ANDES  
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES  
CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS  
LABORATORIO DE INVESTIGACIONES  
CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS

## **ANEXOS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM  
CAMPUS DE CAJAZEIRAS – PB**

OFÍCIO CCE/CFP/Nº \_\_\_\_\_

Da: Coordenação do Curso de Enfermagem

Á: Secretária Municipal de Saúde

Sra. Raelza Borges de Almeida Pereira

Venho por meio deste, solicitar a V. As. Autorização para a aluna Silvana Rochelly Galiza Duarte, matrícula Nº 50522137, coletar dados referentes ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) ao Curso de Graduação em Enfermagem intitulada: **ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: Fatores Contribuintes para o Desmame Precoce.**

Sob a orientação da Professora Maria Berenice Gomes do N. Pinheiro

Durante o período de Novembro de 2009.

Atenciosamente,

---

Coordenador de Pesquisa e Extensão

---

Ilma. Sra. Raelza Borges de Almeida Pereira  
Secretária Municipal de Saúde

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM  
CAMPUS DE CAJAZEIRAS – PB**

OFÍCIO CCE/CFP/Nº \_\_\_\_\_

Da: Coordenação do Curso de Enfermagem

Á: Enfermeiro Charles Duanne

Sr. Charles Duanne

Venho por meio deste, solicitar a V. As. Autorização para a aluna Silvana Rochelly Galiza Duarte, matrícula Nº 50522137, coletar dados referentes ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) ao Curso de Graduação em Enfermagem intitulada: **ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: Fatores Contribuintes para o Desmame Precoce.**

Sob a orientação da Professora Maria Berenice Gomes do N. Pinheiro

Durante o período de Novembro de 2009.

Atenciosamente,

---

Coordenador de Pesquisa e Extensão

---

Charles Duanne

Enfermeiro da Unidade de Saúde da Família José Leite Rolim