

**FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

NATHALIA KELLY DANTAS DE FRANÇA

**DESMAME PRECOCE: A ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE SUAS
CAUSAS**

Esta obra apresentada ao Curso de
Enfermagem da Faculdade Natalense Para
o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte
(FARN) como requisito parcial para
obtenção do Grau de Bacharel em
Enfermagem

Orientador: Prof.^a Maria Lucile Costa do
Nascimento

NATAL

2009

NATAL

2009

NATHALIA KELLY DANTAS DE FRANÇA

FOLHA DE APROVAÇÃO

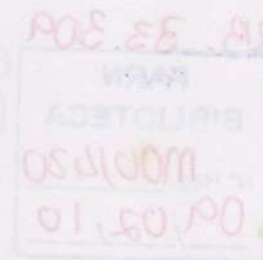
O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado DESMAME PRECOCE: A ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE SUAS CAUSAS apresentado pela aluna Nathalia Kelly Dantas de França do 8º período do Curso Enfermagem da FARN foi considerado aprovado pela Banca abaixo designada:

DESMAME PRECOCE: A ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE SUAS CAUSAS

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense Para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN) como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem

Orientador: Prof.^a Maria Lucia Costa do Nascimento.

NATAL
2009



Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

França, Nathalia Kelly Dantas

Desmame precoce: a enfermagem na prevenção de suas causas / Nathalia Kelly Dantas
França. – Natal: FARN, 2009.
40f.

Orientador: Maria Lúcia Costa do Nascimento

Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento
do Rio Grande do Norte.

1. Amamentação – Monografia. 2. Gravidez – Monografia. 3. Desmame Precoce –
Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 618.63



61863
F931d
2009
ex 01

NATAL
2009

FOLHA DE APROVAÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado DESMAME PRECOCE: A ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE SUAS CAUSAS apresentado pela aluna Nathalia Kelly Dantas de França do 8º período do Curso Enfermagem da FARN foi considerado aprovado pela Banca abaixo designada:

Natal, novembro de 2009.

Orientadora: Maria Lúcia Costa do Nascimento

Avaliador (a):

Avaliador (a):

DEDICATÓRIAS

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pois sem ele nada seria possível e não estaria aqui desfrutando deste momento que é tão importante.

Aos meus pais França e Maria José, irmãos e familiares pelo esforço, dedicação e compreensão, em todos os momentos desta e de outras caminhadas.

À João Paulo pelo grande apoio e paciência.

Em especial, a minha grande amiga Polyana F. F. Lopes por não ter medido esforços em me ajudar no desenvolvimento deste.

À todos os pacientes que me deram a oportunidade de aprender algo com eles.

À todos os profissionais de saúde que puderam me transmitir sabedoria por meio dos estágios nas unidades de saúde.

À todos os professores por todos os esforços.

À todos aqueles que, direta ou indiretamente, colaboraram para que este trabalho conseguisse atingir aos objetivos propostos.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me propiciado esta conquista.

Aos meus pais França e Maria José, irmãos e familiares que me apoiaram nesta caminhada e em toda essa batalha diante de todos os desafios impostos pela vida.

Aos meus amigos e colegas do curso que estiveram juntos por toda essa jornada.

À João Paulo que me apoiou durante todo este período de dedicação a este.

Aos professores, especialmente à Professora Maria Lúcia da Costa, pela contribuição, dentro de suas áreas, para o desenvolvimento da minha monografia, e, principalmente pela dedicação e empenho que demonstrou no decorrer de suas atividades para comigo.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, colaboraram para que este trabalho conseguisse atingir aos objetivos propostos.

"Bom mesmo é ir a luta com determinação,
abraçar a vida com paixão, perder com
classe e vencer com ousadia, pois o triunfo
pertence a quem se atreve... A vida é muito
para ser insignificante".

CHARLES CHAPLIN

RESUMO

Este estudo tem o intuito de identificar as principais causas que levam as mães a desmamentar precocemente. O desmame precoce é a interrupção do aleitamento materno ao peito, antes do lactante haver completado seis meses de vida. Atualmente tal decisão é tomada por muitas mães, não sendo a decisão mais adequada. Adotou-se a pesquisa bibliográfica, por permitir informações relevantes ao tema em estudo sendo feita consulta em livros, periódicos e sites. A revisão da literatura das causas do desmame precoce é feita. Hoje é preconizado pela Organização Mundial de Saúde que o aleitamento materno deve ser exclusivo pelo menos até o sexto mês de vida da criança, não necessitando de complementos como água e outros tipos de alimentos. Foram identificados várias causas justificadas pelas mulheres, desde o medo de que as mães não tenham leite suficiente para o bebê até a falta de apoio por parte da família e da sociedade. A falta de conhecimento sobre a importância do leite materno e a falta de apoio da família e da sociedade são as principais causas. Então sofre influência de outras pessoas e deixam de acreditar na importância do leite materno. A partir daí ocorrem outros tipos de aleitamento favorecendo ao desmame precoce. Para evitar o desmame precoce a equipe de saúde deve atuar com os outros profissionais de saúde para orientar as mães desde a pré concepção ao parto sobre a importância do aleitamento.

Palavras-chave: Gravidez; Amamentação; Causas do desmame precoce

"Bom mesmo é ir a luta com determinação,
abraçar a vida com paixão, perder com
classe e vencer com ousadia, pois o triunfo
pertence a quem se atreve... A vida é muita
para ser insignificante".

CHARLES CHAPLIN

RESUMO

Este estudo tem o intuito de identificar as principais causas que levam as mães a desmamarem precocemente. O desmame precoce é a interrupção do aleitamento materno ao peito, antes do lactente haver completado seis meses de vida, independentemente de a decisão ser materna ou não, e do motivo de tal interrupção. Adotou-se a pesquisa bibliográfica, por permitir informações relevantes ao tema em estudo sendo feita consultas em livros, periódicos e visitas a web-sites, a respeito das causas do desmame precoce. Hoje é preconizado pela Organização Mundial de Saúde que o aleitamento materno deve ser efetuado pelo menos até o sexto mês de vida da criança, não necessitando de complementos como água e outros tipos de alimento. Foram identificadas várias causas justificadas pelas mulheres, desde o mito de que as mamas caem até as de ordem sócio/cultural e global. A luta por direitos trabalhistas e aumento da licença maternidade tem sido uma das reivindicações para mudar o perfil da amamentação exclusiva. Mas geralmente no período da amamentação a mãe possui sentimentos contraditórios perdendo a confiança em si. Então sofre influências de outras pessoas e deixam de acreditar na importância do leite materno. A partir daí oferecem outros tipos de alimentos favorecendo ao desmame precoce. Para evitar o desmame precoce a equipe de enfermagem assim como os outros profissionais de saúde devem orientar as mães desde a pré concepção ao puerpério sobre a importância da amamentação.

Palavras-chave: Gravidez. Amamentação. Causas do desmame precoce

The main objective of this study is to identify the main causes that take mothers to precocious weaning. The precocious weaning is the interruption of breast feeding before na infant completes six months of life, independently of a maternal dessexuem or not, and it's motive. The bibliographic research was adopted because it permits important informations about the subject under study by researches from journals and visits to web sites, regarding the causes of precocious weaning. Today it's praised by World Health Organization that breast-feeding should be done at lias until na infant's sixth month of life, without the need of complements like water and another meals. Many justified causes Weir identified by women, since the myth of falling mammas to the one's from social/cultural and global orders. The struggles for worker rights and the raise of licensa maternidade have been some of the compensations for the profile change of exclusive breast-feeding. But generally in the breast-feeding period a mother has contradictory feelings, indene by lose her self-confidence. Then, one suffers influence from another people and stop believing in breast-feeding's importance. From there on, they offer other kings of meals supporting precocious weaning. In order to avoid precocious weaning, the nursing team, as other Walt professionals, should guide mothers since the pré- conception Of puerperium about the importance of breast-feeding.

SUS - Sistema Único de Saúde

Key Words: Pregnancy. Breast feeding. Causes of precocious weaning.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS, SÍMBOLOS	11
1.1 Contexto e justificativa do problema	13
1.2 OBJETIVOS	15
1.2.1 Geral	15
1.2.2 Específicos	15
BLH - Banco de Leite Humano	18
ESF - Estratégia de Saúde da Família	17
FARN - Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte	17
HIV - Vírus da imunodeficiência Humana	18
IFF- Instituto Fernandes Figueira	20
IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança	23
LH - Leite Humano	25
OMS - Organização Mundial de Saúde	30
PAISM - Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher	32
PCLH - Posto de Coleta de Leite Humano	34
PNIAM - Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno	38
RN - Recém Nascido	39
SUS - Sistema Único de Saúde	42
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância	43
2. RECOMENDAÇÕES	44
REFERÊNCIAS	46

1 INTRODUÇÃO

O desmame precoce é a substituição do leite materno por outros alimentos na dieta da criança, que se encontrava em aleitamento materno exclusivo levando a interrupção da amamentação através das mamas. Várias são as causas que levam as mães a desmamarem precocemente e estas estão incluídas num contexto sócio/cultural. Exemplos dessas são: a não conciliação entre, crenças acerca da flacidez mamária posterior a amamentação, os bebês fazem uso de chupetas, acreditam que o leite não consegue suprir as necessidades da criança, muitas não conhecem os seus direitos quanto a licença maternidade e freqüentemente a família tem uma participação crucial estabelecendo normas, às vezes erradas, de como cuidar de uma criança.

A gravidez é uma experiência única para o casal, direcionando-os para a criação de uma nova vida que os levará a sentir novas manifestações. A gestação significa um período de alterações físicas e psicológicas, com diversas reações emocionais que apresentam sentimentos de passividade/dependência, temor/ansiedade, ambivalência. Alguns desses sentimentos são predominantes durante toda a gravidez, já outros aparecem e desaparecem na medida em que ela avança.

Por isso, a mulher deve superar as alterações importantes em seu desenvolvimento até o momento culminante da chegada do bebê. Dentre várias transformações as que a deixam mais preocupadas, são as alterações em seu corpo. Então, a partir de todas essas alterações, começam a surgir sentimentos contraditórios nessa nova mulher deixando-a insegura quanto a uma série de questões.

A mulher começa a perceber que leva em seu interior um ser que é parte dela quando começa a sentir as alterações em seu corpo e os movimentos fetais, e que é ao mesmo tempo um ser real e com identidade própria. Na medida em que se aproxima o nascimento da criança, episódio que constitui a separação física da mãe, diversas reações são produzidas. Algumas mulheres desejam livrar-se o quanto antes do seu filho, pois já se sentem cansadas de levá-los em seu interior. Outras temem que isso aconteça, pois tem receio de perder o objeto amado ou tem medo

de enfrentar as novas responsabilidades que as mães devem assumir.

Dentre tantas mudanças ocorridas no período gestacional tomamos como natural o fato de a mãe criar esses sentimentos contraditórios em relação a tudo que envolve sua gestação, principalmente quanto ao ato de amamentar.

Durante a gestação as mamas se preparam para a produção e secreção do leite. Vários hormônios atuam para que esse processo se realize. As mamas ficam doloridas e edemaciadas preparadas para fornecer o leite durante a sucção do bebê. Do ponto de vista biológico, a mama é considerada uma glândula característica dos mamíferos cuja função primordial é alimentar as crias. Além disso, as mamas também são consideradas um símbolo sexual, o que faz com que as mulheres tenham ainda mais receio de amamentar, pois acreditam que as mamas fiquem feias e não atraiam mais seus parceiros.

O aleitamento materno é considerado um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo. A superioridade do leite humano, principalmente o colostro, como fonte de alimento, de proteção contra doenças e de afeto faz com que especialistas do mundo inteiro recomendem que as mães alimentem seus filhos somente com leite materno por seis meses de vida do bebê, complementando até pelo menos o final do primeiro ano de vida. A ausência de amamentação ou sua interrupção precoce e a introdução de outros alimentos à dieta da criança, durante esse período, são freqüentes, com conseqüências importantes para a saúde do bebê.

Além de ser o mais completo alimento para o bebê, o leite materno oferece todas as defesas contra certos tipos de doenças, acalenta a criança psicologicamente, é simples, de baixo custo financeiro, protege a mulher contra o câncer mamário e ovariano, auxilia na involução uterina, retarda a volta da fertilidade e otimiza a mulher em seu papel de mãe. Mesmo assim, em um resgate histórico realizado, verificou-se que desde tempos remotos, a civilização humana tem interferido na amamentação, prejudicando muitas vezes a saúde das crianças. No início, substituindo a mama materna, devido a capricho/fragilidade da nutriz, e posteriormente, pela comodidade das mulheres.

Daí, durante os primeiros seis meses de vida, seria necessário preconizar o aleitamento materno exclusivo no Brasil, para que as mães criassem a autoconfiança na capacidade de amamentar. Para isso a "OMS (Organização

Mundial de Saúde) assim afirma: todos os bebês devem receber exclusivamente leite materno durante os primeiros seis meses de vida.” (PARIZOTO, 2008, p. 99)

1.1 CONTEXTO E COLOCAÇÃO DO PROBLEMA

Apesar da importância do aleitamento materno para a criança, as taxas de amamentação no Brasil são baixas, em especial a da amamentação exclusiva. Para modificar essa realidade seriam necessárias ações que promovessem essa prática, as quais contemplariam fatores que interferem na amamentação. Pois é sabido que o aleitamento materno, apesar de biologicamente determinado, é influenciado por fatores sociopsicoculturais.

Várias são as práticas estabelecidas para que haja o incentivo ao aleitamento materno exclusivo. Para isso a mãe, a família e os profissionais de saúde devem atentar para a importância deste alimento e o período no qual ele deve ser consumido.

Atualmente sabe-se que a introdução de outros líquidos além do leite materno nos primeiros seis meses de vida da criança pode interferir na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade levando a um menor ganho ponderal e ao aumento do risco para certas enfermidades.

O fato de as mães não conseguirem conciliar a maternidade com o trabalho fez com que a classe feminista buscasse por direitos trabalhistas que as auxiliassem neste novo papel, o de mãe trabalhadora. Depois de muita luta pelas mulheres, a legislação trabalhista sofreu alterações para atender as necessidades deste contingente profissional que, apesar de não serem ideais, garantiam, por exemplo, à mulher a licença maternidade tentando evitar o desmame precoce, ampliando as práticas que influenciassem positivamente o aleitamento materno exclusivo para o bem da mãe e de seu filho.

Koutsoukos (2009) refere que quando uma família precisava dos serviços de uma ama-de-leite, não havendo alguma disponível em meio a seus próprios escravos, recorria a vizinhos e conhecidos, que poderiam indicar uma ama já conhecida e com referências. Se mesmo assim não encontrassem alguma ama, as

procurariam em anúncios de jornais locais. No Brasil, a partir de meados do século XIX, as constantes epidemias de febre amarela e cólera aumentaram a pressão por parte dos médicos higienistas, para que os bebês brancos passassem a ser amamentados por suas próprias mães.

Com a persistência do desmame precoce como importante causa do aumento da mortalidade infantil, em 1980, políticas públicas como o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno e Iniciativa Hospital Amigo da Criança foram desenvolvidas em prol da amamentação.

1.2.3 **Ex** Labbok (2007) refere que o alojamento conjunto também é uma prática que favorece a amamentação, pois ao nascer a criança sadia permanece ao lado da mãe 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como, a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe/filho.

De acordo com Novak (2005) ao longo das últimas décadas, a política pública de saúde tem se voltado para o incentivo à amamentação fortalecendo a importância dos bancos de leite humano (BLH). Estas unidades configuram-se assim como local privilegiado para as ações de incentivo ao aleitamento materno no território nacional

A equipe de enfermagem, juntamente com os outros profissionais de saúde, atuando no fornecimento de orientações sobre a importância do aleitamento materno exclusivo também é de fundamental importância para evitar o desmame precoce.

Fortes evidências apontam que o tempo de aleitamento materno correlaciona-se com a probabilidade de sobrevivência de recém-nascidos. Portanto, a prática do aleitamento justifica-se plenamente, não necessitando de uma lógica circular construída para defender seu incentivo à margem da complexidade desse tema, o que poderia causar mais danos do que benefícios.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

- Identificar as causas do desmame precoce.

1.2.2 Específicos

- Analisar os motivos que levaram as mães desmamarem precocemente.
- Descrever o papel da enfermagem frente ao desmame precoce.

1.3 JUSTIFICATIVA

2.1.0 Durante a experiência da autora desse trabalho, como acadêmica de enfermagem nas práticas vivenciais do cuidar pôde ser observado que muitas mulheres nos serviços de Estratégia de Saúde da Família (ESF), nas consultas de crescimento e desenvolvimento do bebê, após conversas informais ao serem abordadas sobre a duração em meses que amamentaram, informavam ser bem pouco tempo, e por isso achavam que seus filhos adoeciam. Os motivos que levaram a parar a amamentação eram diversos. A partir daí, surgiu o interesse da autora pelo assunto em questão. Sendo assim, decidiu-se através de uma revisão bibliográfica, realizar um estudo para entender o porquê que as mães desmamam tão precocemente antes dos seis meses de idade da criança, mesmo sabendo que essa atitude pode trazer sérios problemas de saúde para a mesma. Este estudo possui grande importância, pois ajuda os leitores a entenderem que o desmame precoce possui vários fatores que podem ser minimizados através de uma intervenção. Estudos mostram que o crescente número de mães que abandonam precocemente a prática do aleitamento materno no Brasil, dar-se por diversos motivos ao longo da história. Desde as políticas públicas de trabalho, de apenas 120 dias em Lei, de licença maternidade, como as relacionadas à estética do corpo físico, as determinações de ordem cultural, psicológicas, educacionais e de ordem prática na vida cotidiana. Portanto, este estudo busca identificar as causas do desmame precoce que possa embasar cientificamente os motivos que levaram tantas mães a desmamarem precocemente seus filhos e como a enfermagem tem se posicionado frente a essa constatação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 GRAVIDEZ E EXPECTATIVAS

Para Silva (2003) a gravidez é um evento social que envolve vários fatores. É um momento especial na vida do casal e de suas famílias. A gestação se torna uma experiência humana das mais belas, e se bem acompanhada, acaba se tornando um sonho para a maioria das mulheres.

Já é sabido que a gravidez, o parto e o puerpério causam alterações emocionais e a maioria dos estudos converge para a idéia de que esse período é um tempo de grandes transformações. (BRASIL, 2001)

Segundo Justino (2007) a mulher que está vivenciando o período gestacional está sujeita a diversas alterações, das quais as psicológicas fazem com que surjam sentimentos ambíguos em relação à aceitação ou não da gestação e/ou amamentação. Neste período, apoio, carinho e compreensão da família e orientação pelos profissionais de saúde que estão ao seu lado, são de fundamental importância para o sucesso das duas etapas.

Zagonel (2003) relata que a transição à maternidade / paternidade é descrita como uma época de desequilíbrio, bem como de satisfação para os pais. O início da adaptação à maternidade suscita sentimentos de incapacidade nos pais, confusão frente às novas demandas, fazendo com que eles busquem apoio entre si. As mães ocupadas com o cuidado ao filho nem sempre conseguem oferecer o apoio necessário ao pai, o qual se sente fragilizado. O despreparo em lidar com as emoções e cuidados exigidos neste período, conduz à inadequação no desempenho de papel. Porém, à medida que vivenciam esta experiência vão se aperfeiçoando e começam a surgir sentimentos de companheirismo, compartilhamento de situações e entrega aos papéis exteriorizados através do amor, carinho, afeto, solidariedade entre os pais.

Para esse autor essa transição ocorre em um momento no qual a pessoa está biopsicologicamente despreparada, a cultura influenciando e a pessoa tentando alcançar alguma mudança no desenvolvimento. Devido a isso, os pais estão

motivados a mudança, esforçando-se para dominar seus novos papéis e para atingir novos níveis de desenvolvimento. O desempenho dos novos papéis frente à maternidade/paternidade exige uma adaptação ao novo ser, ao filho que nasceu, conciliando a criança real com aquela fantasiada, sonhada, durante todo o período gestacional. (ZAGONEL, 2003)

Justino (2007) ressalta que é neste momento que a equipe de saúde deve atuar orientando e suprimindo todas as dúvidas, pois uma orientação antecipatória para os principais eventos do pós-parto torna-se imprescindível. A orientação deverá ser dada também sobre o fator psicológico da gestante, afinal é ele que conduz o bom ou mau andamento da gestação e da amamentação.

Portanto, a gravidez é um evento dos mais significativos na vida da mulher a qual começa a partir da fecundação até o nascimento de um novo ser.

2.2 FISIOLOGIA DAS MAMAS E SUA FUNÇÃO

Segundo Porto (2003) as mamas, ou glândulas mamárias, se desenvolvem embriologicamente ao longo de duas linhas de leite, que se estendem das axilas às pregas inguinais. Na espécie humana, só uma glândula se desenvolve em cada lado do tórax. As mamas, feminina e masculina são idênticas até a puberdade. Sendo que na puberdade, as mamas da mulher sofrem ação principalmente dos hormônios secretados pela hipófise e pelos ovários. Até a menopausa, as mamas e outras estruturas do sistema reprodutor feminino param de crescer.

De acordo com o Manual (200?) as mulheres mais jovens apresentam mamas com mais tecido glandular, o que os tornam mais densos e firmes. Ao se aproximar da menopausa, o tecido mamário se atrofia e é substituído por tecido gorduroso, até se constituir, quase que exclusivamente, de gordura e resquícios de tecido glandular na fase pós-menopausa. Sua principal função é a produção do leite para a amamentação, mas têm também grande importância psicológica para a mulher, pois representa papel fundamental na constituição de sua auto-estima. Afinal, para alguns indivíduos as mamas embelezam a silhueta do corpo feminino e desempenham também uma função erógena e de atração sexual.

Na infância, as meninas apresentam discreta elevação na região mamária. Na puberdade, a hipófise, uma glândula localizada no cérebro, sintetiza e secreta os hormônios folículo-estimulante e luteinizante, que realizam o controle e a produção hormonal de estrogênios pelos ovários. Com isso, as mamas iniciam seu desenvolvimento com a multiplicação dos ácinos e lóbulos. A progesterona produzida pelos ciclos menstruais quando estes se tornam ovulatórios, depende da atuação prévia do estrogênio, é diferenciadora da árvore ducto-lobular mamária. Na vida adulta, as ações dos estrogênios e da progesterona fazem com que as mamas fiquem mais túrgidas no período pré-menstrual, por retenção de líquido. A ação da progesterona, na segunda fase do ciclo, leva a uma retenção de líquidos no organismo, provocando endurecimento e dor. (BRASIL, 2002)

No período da gestação, o estímulo de estrogênio e progesterona (hormônios esteróides) é máximo, devido à produção pela placenta, mas os hormônios prolactina, hormônios da tireóide, corticosteróides e lactogênio placentário também se elevam na gestação, sem os quais não seria possível a lactação. A plenitude funcional das mamas ocorre na amamentação, com a produção e saída do leite. Quando a mulher não amamenta não atinge a maturidade funcional da mama. (BRASIL, 2002)

Para Abrão (2006) ao redor do mamilo, encontra-se a aréola. Na aréola, existem glândulas sebáceas, sudoríparas e as de Montgomery, que na gravidez são responsáveis pela lubrificação local. Na gestação, a mama sofre diversas alterações por influência do estrógeno e da progesterona, preparando-se para produzir o colostro. Esse é rico em fatores de proteção, especialmente imunoglobulina secretória, que agem contra infecções e reduzem as alergias alimentares, em torno da 16ª a 20ª semana de gravidez, continuando por alguns dias após o parto. O volume de colostro nos primeiros dias varia de 2 a 20 ml em cada mamada num total de 50 a 100 ml/dia.

Silva (1999) descreve os tipos mamilos como: protuso, aquele que é saliente bem delimitado; Semiprotuso, aquele que é pouco saliente, não há delimitação precisa entre o mamilo e a aréola, porta-se com dificuldade; Invertido, aquele que se apresenta em sentido oposto ao normal, não se exterioriza; Pseudo-invertido, após estímulos, torna-se semelhante ao semiprotuso; E hipertrófico no qual o tamanho exagerado dificulta a sucção.

Após o nascimento, ocorre uma queda nos níveis do estrógeno e da progesterona, estimulando o hipotálamo e a hipófise anterior a liberar prolactina, hormônio responsável pela estimulação dos alvéolos mamários para produzirem leite. O leite de transição, aquele produzido a partir do 7º e 15º dia, tende a aumentar o seu volume gradativamente. A partir do 15º dia, o organismo passa a produzir o leite maduro e o seu volume varia de 850 a 1.000 ml/dia. (ABRÃO, 2006)

De acordo com o Ministério da Saúde, o leite acumulado nos alvéolos não flui espontaneamente para os ductos e seios lactíferos. O hormônio ocitocina, liberado pela hipófise posterior, atua sobre as células mioepiteliais, determinando a expulsão de leite para os ductos. Nos primeiros dias após o parto, o reflexo de ejeção de leite responde aos estímulos tácteis, olfatórios, visuais ou auditivos. Podendo responder também com uma proximidade física ou pensamento no filho. (BRASIL, 2001)

O estresse é um fator preocupante, pois pode inibir a secreção do leite. A ocitocina liberada através da sucção determina também a contração das fibras musculares uterinas, favorecendo a contração uterina durante a amamentação. Tem-se evidências de que o que realmente controla a produção de leite é o esvaziamento da glândula pela sucção. (BRASIL, 2001)

Nesse sentido, é necessário que a equipe de enfermagem e os outros profissionais de saúde orientem as mães quanto à importância da pega da criança a mama, para que haja um bom desempenho durante a amamentação.

2.3 VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO E EXCLUSIVO

Segundo Louzada (2009) o ser humano está geneticamente programado para a amamentação, pois ao longo de sua existência na terra amamentou grande parte de seus descendentes.

De acordo com Nóbrega (2007) logo após o parto, se a mãe e o recém-nascido estiverem em boas condições deve-se imediatamente iniciar o aleitamento materno natural, sem horários pré-fixados, dando importância ao alojamento conjunto para a obtenção deste objetivo. Nesse período a criança é quem estabelece as horas e o tempo de mamadas, respeitando-se a alternância das

mamas (a mama oferecida por último na mamada anterior deverá ser a primeira na próxima). O apoio e às orientações quanto a técnicas corretas são fundamentais para o êxito desta prática.

Segundo Nóbrega (2007) o aleitamento materno é a forma mais adequada de se alimentar os recém-nascidos, a única forma de inquestionável valor tanto nutricional, possuindo na sua composição proteínas, hidratos de carbono, minerais e oligoelemento, quanto psicológico, social e econômico, beneficiando a criança, a mãe, a família e a sociedade.

De acordo com o Ministério da Saúde são inúmeros os benefícios que a prática do aleitamento materno oferece tanto para os lactentes como para as mães e a família, do ponto de vista biológico e psicossocial. (BRASIL, 2001).

Para Levy (2008) o aleitamento materno fornece várias vantagens para a mãe e para seu filho. Previne o bebê de vários tipos de doenças como infecções gastrintestinais, respiratórias e urinárias; Protege contra alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca; Protege as mães de uma nova gravidez, faz com que os bebês se adaptem melhor a outros alimentos; Previne a diabetes e linfomas. Oferece vantagens para a mãe facilitando uma involução uterina precocemente, diminui a probabilidade de ter câncer da mama, permite que ela sinta o prazer único de amamentar. Além disso, o leite materno é o método mais barato e seguro de alimentar os bebês.

Para Alves (2007, p.24):

O leite materno é o mais indicado para crianças prematuras, pois, nas primeiras quatro semanas, contém alta concentração de nitrogênio, proteínas com funções imunológicas, lipídeos totais, ácidos graxos, vitaminas A, D e E, cálcio e energia, quando comparado ao leite de mães de neonatos a termo.

Faleiros (2006) refere que o aleitamento materno depende de fatores que influenciam positiva ou negativamente no seu sucesso. Alguns se relacionam à mãe, como sua personalidade e sua atitude frente à amamentação. Outros se referem à criança e ao ambiente, como por exemplo, as condições do nascimento e o período pós-parto, havendo também, outros fatores como o trabalho materno e as condições habituais de vida.

Giugliani (2005) coloca que em virtude da conscientização da importância da amamentação exclusiva, a OMS definiu que uma criança é considerada em aleitamento materno exclusivo quando ela se alimenta somente de leite de peito, diretamente da mãe ou ama-de-leite, ou extraído, sem nenhum outro tipo de alimento seja ele líquido ou sólido, exceto gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos vitamínicos ou medicamentos.

Justino (2007) relata que o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) recomenda o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até os 6 meses e a manutenção com alimentos complementares até 2 anos de idade ou mais

Para Giugliani (2005, p. 15):

A valorização da amamentação exclusiva é relativamente recente. Somente na década de 1980 apareceram relatos de que a suplementação precoce do leite materno com outro tipo de alimento seja ele líquido, semi-sólido ou sólido pode trazer prejuízos a saúde da criança.

Oliveira (2002) diz que o aleitamento materno exclusivo por 6 meses passou a ser recomendado pela OMS a partir da 54^a Assembléia Mundial de Saúde, realizada em Genebra em maio de 2001. Essa recomendação está baseada nas evidências científicas acumuladas desde a última década quanto a seus benefícios para a saúde do bebê e de sua mãe.

Ainda segundo Giugliani (2005) as crianças que mamaram exclusivamente até os seis meses adoeceram menos de infecção intestinal, tiveram menos hospitalizações por infecção respiratória, engatinharam mais cedo e tiveram maior chance de estarem caminhando aos 12 meses, além de não apresentarem déficits de crescimento e desenvolvimento. Para as mães que amamentaram exclusivamente até os seis meses houve um atraso no reinício da menstruação e maior perda de peso. No entanto, é fundamental que o aleitamento materno seja praticado em regime livre, sem intervalos noturnos, sem suplementos de outro leite ou outro tipo de comida, prolongando-se até os 6 meses do bebê e enquanto a menstruação não voltar.

Segundo Carvalhaes (2002) apesar dos avanços nas taxas de aleitamento materno observados em vários estudos, a situação do aleitamento materno no Brasil ainda está longe da preconizada pela OMS.

Para Giugliani (2005) já está documentado que a suplementação do leite materno com água ou chás nos primeiros seis meses de vida da criança é desnecessária, mesmo em locais secos e quentes. Mesmo que a criança ingira pouco colostro nos primeiros dias de vida, recém-nascidos normais não necessitam de outros líquidos além do leite materno, pois já nascem com elevados níveis de hidratação tecidual. "A exposição de recém-nascidos amamentados a chupetas e bicos artificiais, com possíveis efeitos adversos à saúde em geral, também não é recomendada pelo risco dos prejuízos ao aleitamento materno." (FRANCO, 2008, p. 295)

Segundo Oliveira (2002) se tratando de mortalidade infantil, o efeito protetor do aleitamento materno é bem conhecido. Verifica-se que o risco de morrer em crianças com idade inferior a um ano é maior por diarreia e infecções em crianças que nunca receberam leite materno. As práticas apropriadas de alimentação são de fundamental importância para a sobrevivência, crescimento, desenvolvimento, saúde e nutrição dos lactentes em qualquer lugar. Nessa ótica, o aleitamento materno exclusivo é de crucial importância para que se obtenham bons resultados.

Segundo Machado (2008) a saúde e o desenvolvimento da criança, estão diretamente relacionados ao aleitamento materno exclusivo, pelo menos até o primeiro ano de vida. Contudo, apesar de toda sua importância, poucas mulheres oferecem o leite materno com exclusividade para o seu filho.

2.4 O COLOSTRO E SUA IMPORTÂNCIA

Os seios da mãe, preparados por nove meses pelos hormônios estrógeno e progesterona, esperam que o bebê se despeça do seu ventre e os sugue com convicção, como qualquer filhote mamífero (OMS, 2005).

De acordo com Júnior (2009) após alguns dias do nascimento do bebê, o leite da mãe "desce". Até então, o seio materno produz colostro, que alimentará o bebê até lá. O colostro é uma substância, espessa e amarelada, que contém proteínas e anticorpos que ajudam o bebê a combater as doenças. Ele é o primeiro alimento do bebê, sendo assim a primeira "vacina" contra as doenças. A criança enquanto se

alimenta de colostro não necessita ingerir água ou qualquer alimento, pois o bebê possui grande quantidade de água e gordura armazenadas para usar enquanto se alimenta do mesmo. Seu estômago tem capacidade para receber apenas uma colher de chá de líquido. Por isso, ele não precisa de muito para se satisfazer.

Quando os lábios do bebê tocam os terminais nervosos do mamilo da mãe, produz um impulso elétrico que segue até a glândula hipófise, situada na base do cérebro, a qual avisa como uma campainha que o freguês chegou. Sem perder tempo, a glândula derrama uma dose de hormônio chamado ocitocina, que segue na corrente sanguínea e acaba chegando as mamas. Ali, a substância ordena que seja servida a primeira gota do leite materno. Durante a vida de uma mulher, o hormônio ocitocina só atua em três momentos: durante o ato sexual, no parto e na amamentação provocando a contração das fibras uterinas. No aleitamento materno, além de autorizar o início da mamada, a ocitocina ajuda o útero a ir retomando o volume original. Pois para abrigar o feto, o útero chega a aumentar cerca de 1000 vezes de tamanho (COSTA, 2002).

Segundo Ribeiro (2007) a composição do leite humano varia nas duas primeiras semanas de lactação, tornando-se constante em relação a alguns nutrientes no primeiro mês pós-parto. O colostro tem composição nutricional particularmente distinta, sendo rico em vitaminas lipossolúveis.

Bosi (2005) afirma que no início da idade moderna a medicina não considerava que o colostro era o melhor alimento a ser oferecido a criança, pois acreditavam que o mesmo era um leite ruim. As crianças naquela época eram nutridas com um alimento preparado a base de farinha e água, e de leite de animais.

De acordo com Júnior (2009) o leite humano também já foi chamado de sangue branco, pois se acreditava que a mãe transmitisse parte de seu fluido vital quando oferecia o leite ao filho recém nascido.

No Brasil, os filhos das indígenas eram amamentados durante longos períodos. Neste tempo, eram transportados 24 horas por dia, atados aos seus corpos em pedaços de pano. Mesmo as mulheres, tendo que trabalhar na roça, não largavam seus filhos preferindo carregar as crianças nas costas ou encaixá-las nos quadris. As índias nutriam e defendiam seus filhos de todos os perigos do mesmo modo que os animais. Não admitiam que suas crias fossem amamentadas por outras mulheres e se soubessem que sua cria tinha mamado em outra mulher, não

sossegavam enquanto a criança não colocasse para fora todo o leite estranho. (BOSI,2005).

2.5 DESMAME PRECOCE

De acordo com Monteiro (2006) apesar do conhecimento sobre amamentação, acumulado pelos cientistas e profissionais de saúde, ao longo do século XX, o desmame precoce persistiu neste período como importante causa do aumento da morbi-mortalidade infantil.

Para Volpini (2005) as causas são classificadas em educacionais (relacionadas à falta de informação/orientação), sociais (relacionadas à pressão social externa), fisiológicas (relacionadas a problema biológico possivelmente impeditivo do aleitamento materno) e culturais.

Conforme Justino (2007) as razões comuns apresentadas pelas mulheres para o desmame precoce são a crença de que o leite não é o suficiente ou então o fato de terem alguma dificuldade em amamentar. Algumas vezes é por que a mulher trabalha fora de casa e não consegue conciliar a amamentação e o trabalho. Outras vezes é por que ela encontra-se só e não tem quem a ajude. Os conselhos que ela recebe não são de apoio à amamentação; E ainda porque a rotina de serviço de saúde dificulta ou impossibilita essa prática.

Para Aguiar (2003) a prática do uso de chupetas é desaconselhada pela OMS e pela Academia Americana de Pediatria. Apesar disso, são amplamente utilizadas em muitas partes do mundo, em especial em crianças que são amamentadas.

Lamounier (2003, p. 284):

As chupetas são geralmente usadas para acalmar o bebê e não fornecem alimentação; seu uso pode levar à menor frequência de amamentar. Com isto, a estimulação do peito e a retirada do leite da mama podem ficar diminuídas, levando à menor produção do leite, cuja consequência é levar ao desmame. Além disso, as chupetas como os bicos podem ser nocivos por transmitirem infecções, por reduzirem o tempo gasto sugando no peito e interferir na amamentação, levando ao desmame. Podem também prejudicar a função motora oral, exercendo papel importante na síndrome do respirador bucal, e também levar a problemas ortodônticos provocados pela sucção do bico, que não estimula adequadamente os músculos da boca.

Ainda sobre o desmame precoce foram apontadas como causas: a desinformação das mães, dos profissionais de saúde e da população e a publicidade indiscriminada de alimentos infantis e industrializados (FREITAS, 2007).

Para Almeida (2008) existem outros fatores que também levam as mães a desmamarem: a idade, a paridade, a orientação precoce de fórmulas láctea pelos profissionais, impossibilidade de amamentar na sala de parto, ausência de alojamento conjunto, internação da mãe ou da criança por longo período de tempo e a ausência ou mau funcionamento de banco de leite humano.

Para Ramos (2003) a fadiga da mãe, a falta de auxílio externo e a perda de liberdade, bem como a sobrecarga que a amamentação representa, são causas comumente apresentadas para justificar o desmame.

Júnior (2009) relata que as mulheres acreditavam que a amamentação espoliava seus corpos e as tornava velhas antes do tempo, crença que parece sobreviver até os dias atuais. Com isso, o desmame era iniciado precocemente, sendo utilizados, em substituição, cereais ou massas oferecidas em colher. Existiam, ainda, as normas médicas e religiosas que iam ao encontro desse propósito, pois proibiam-se a relação sexual durante o período de amamentação, que deveria ser de 18 a 24 meses, por entenderem que isso tornaria o leite materno mais fraco e com risco de envenenamento em caso de nova gravidez.

De acordo com Justino (2007) existem fatores que também levam as mulheres a desenvolverem sentimentos ambíguos em relação à amamentação, principalmente o fato de que a mama, em nossa sociedade, é vista como órgão sexual. Daí, quando a mulher amamenta se sente apreensiva com medo que haja a flacidez das mamas.

Segundo Alves (2007) a prática do aleitamento materno também pode ser influenciada pelos aspectos culturais. No século XX, houve ascensão do aleitamento artificial e declínio do aleitamento materno. Isto ocorreu devido o avanço industrial e o aperfeiçoamento das técnicas para esterilização do leite da vaca, as quais propiciaram produção de leites em pó industrializados.

As produtoras das novas fórmulas, assessoradas por intensa e agressiva publicidade, procuraram fazer com que o leite em pó fosse conceituado, substituindo cada vez mais o leite materno, devido sua praticidade e condições adequadas de higiene e do suprimento completo das necessidades nutricionais do lactente, uma

vez que, a maioria deles, reforça o fato de serem enriquecidos com variadas vitaminas.(ALVES, 2007).

Para Justino (2007, p. 25):

Tratando-se de desistência da amamentação, a OMS/UNICEF (1997) salienta que a mulher que amamenta pode facilmente perder a confiança em si mesma. Isto pode levá-la a dar alimentação artificial desnecessária, para responder as pressões da família e de amigos. Confiança pode ajudá-la a ter sucesso na amamentação. Confiança também ajuda a resistir a pressões de outras pessoas em dar outro tipo de leite à criança.

Freitas (2007) relata que o desmame precoce seria uma das causas de desnutrição e mortalidade infantil. Soares (2000) relata que no Brasil a desnutrição atinge 15,4% das crianças menores de cinco anos, sendo que a maior demanda encontra-se nas regiões Norte (23,0%) e Nordeste (27,3%).

Ichisato (2002) acredita que o desmame precoce tanto é prejudicial à mãe quanto ao bebê, exercendo um papel de seleção natural. A mãe perde a proteção natural contra a contracepção e o câncer da mama e do ovário, e a criança perde a proteção contra as doenças entéricas e infecções respiratórias.

Segundo Monticelli (2002 apud JUSTINO, 2007), o fato de os malefícios acontecerem com a mulher e a criança se deve a vários fatores sociais, culturais, econômicos, dentre outros. A desinformação sobre a importância da função biopsicológica do ato de amamentar, tanto na população em geral quanto nos profissionais de saúde e as práticas errôneas dirigidas às mães e aos recém-nascidos, acabam afetando a iniciação e o estabelecimento normais da lactação.

Outro aspecto é apontado por Faleiros (2006, p. 626):

O fato de as mães terem uma união estável e o apoio de outras pessoas, especialmente do marido ou companheiro, parece exercer uma influência positiva na duração do aleitamento materno. Tanto o apoio social e econômico, como o emocional e o educacional parecem ser muito importantes, sendo o companheiro a pessoa de maior peso nesses diferentes tipos de apoio.

Segundo Araújo (2008) em relação aos fatores clínicos que afetam o

aleitamento materno, incluem-se fissuras, ingurgitamento mamário, mastites, hipogalactia, prematuridade, drogas, bem como a infecção puerperal, e outras entidades clínicas. Nesse sentido, quando a dor permanece durante toda a mamada contribui sobremaneira para a mãe desmamar seu filho.

Portanto, com relação ao desmame precoce, importa ressaltar:

É sabido que o tempo decorrido entre o parto e o retorno ao trabalho é o mais importante preditor da duração do aleitamento materno, pois quanto mais cedo à volta ao emprego mais precoce é a introdução de outros alimentos e, principalmente, o desmame. (FRANCO, 2008, p. 296).

De acordo com Figueiredo (2005) o desmame precoce pode causar na criança, diarreia, infecções respiratórias, alergia ao leite de vaca, cáries dentárias, obesidade desnutrição entre outros.

De acordo com Colares (2000) apesar desse esforço, diversos estudos mostram a existência de uma alta prevalência de desmame precoce, embora haja uma tendência geral de aumento da duração da amamentação. Estudos realizados pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, na década de 80, apontaram que o tempo médio de aleitamento materno no Brasil era de 134 dias, sendo o tempo médio de aleitamento exclusivo de apenas 72 dias.

Werlich (2005) diz que estudos mostram uma prevalência na amamentação exclusiva de 41,4% aos 2 meses, 21,6% aos 4 meses e 9,7% aos 6 meses no Brasil. A amamentação não-exclusiva apresentou uma prevalência de 85,7% aos 2 meses, 80,1% aos 4 meses e 72,9% aos 6 meses no Brasil. Chegou-se a conclusão de que a amamentação está sendo complementada antes do tempo recomendado pela OMS.

Faleiros (2006) afirma que segundo dados do Ministério da Saúde (MS), em 1999 a prevalência da amamentação exclusiva nas diferentes regiões brasileiras, até o quinto mês, era maior na Região Sul, seguida das regiões Nordeste, Norte, Centro-Oeste e Sudeste, respectivamente, variando de 64,3% a 42,8% no primeiro mês, até 19,6% a 12,15% no quinto mês. No sexto mês houve um pequeno aumento na prevalência da amamentação exclusiva na Região Sudeste (8,4%), em relação à Região Centro-Oeste (7,9%). Ao analisar a prevalência do aleitamento materno

exclusivo no primeiro semestre de vida, no Brasil como um todo, verificou-se que a mesma variou de 53,1% no primeiro mês, até 9,7% no sexto mês, porcentagens ainda aquém da recomendação oficial da OMS e da UNICEF.

Para Ichisato (2002) em resgate histórico realizado, verificou-se que, desde tempos remotos, a civilização humana tem interferido na amamentação. No início, substituindo o seio materno, devido a capricho/fragilidade da nutriz e posteriormente, pela comodidade das mulheres.

Descrições detalhadas sobre aleitamento materno, seja do próprio filho, sejam de outras crianças, já eram demonstradas no Código de Hamurabi, datado de cerca de 1800 a.C. Naquela época, “nutrir lactentes que não fossem próprios, geralmente, era prática de aluguel (amas-de-leite)”. Junior (2009, pag 15)

Moehlecke (2009) relata que era comuns famílias procurarem serviços de amas-de-leite em meio a suas próprias escravas, recorrendo a vizinhos que podiam indicar amas já conhecidas ou até mesmo em anúncios de jornais locais. No entanto, as constantes epidemias de febre amarela e cólera que assolavam as cidades fizeram com que médicos higienistas incentivassem um maior controle sobre a amamentação pelas mães. Eles somente aconselhavam procurar uma boa ama quando as mães tinham algum problema físico, de saúde ou de nervos.

De acordo com Júnior (2009) as mulheres da corte não amamentavam seus filhos para não comprometer sua estética, sua vida social e para não criar vínculo materno com seu filho devido a alta taxa de mortalidade infantil da época, isso poderia desequilibrar a estrutura familiar. Em Paris as agências de aleitamento anunciavam em jornais o aluguel de suas mães-de-leite. Com tudo esta prática foi sendo progressivamente abandonada na Europa. Em meados do século XVIII, a mulher européia começa a despertar para o seu papel de mulher e de mãe dentro da sociedade fazendo com que surjam questionamentos femininos no que tange aos seus direitos da vida pública na sociedade patriarcal.

Ainda com Moehlecke (2009) afirma que além da tentativa dos médicos de criar a ‘nova mãe’ ou a ‘mãe higiênica’, que se encarregaria dos cuidados de seus filhos e seria aliada dos profissionais de saúde, surgiram, na década de 1880, algumas propostas de regulamentação do serviço de criadas e amas-de-leite livres ou escravas, que passariam periodicamente por exames médicos, em clínicas montadas para tal fim. “Os exames visavam dar mais garantias aos patrões de que

seus filhos, caso não houvesse alternativa e precisassem ser nutridos por amas-de-leite, estariam protegidos contra uma série de doenças e 'germes' de moléstias, as quais acreditavam os médicos, poderiam ser transmitidas às crianças.

Além disso, o vínculo entre a ama de leite e a criança prejudicava a relação entre a criança e a mãe natural, pois as amas de leite apegavam-se ao bebê. Havia sofrimento da criança e da ama de leite, quando o período de amamentação expirava. Atualmente, essa prática é condenada, devido à passagem do vírus do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) da mulher para o lactente através do aleitamento materno. (ICHISATO, 2002)

No Brasil, porém, essa prática permaneceu por mais tempo. As escravas eram alugadas para amamentar os filhos de senhores, sendo muitas vezes obrigadas por eles a praticarem abortos (seus filhos não gerariam lucro imediato na produção) para favorecer o uso de escravas para a lactação. (FIGUEIREDO, 2005).

2.6 POLÍTICAS PÚBLICAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

De acordo com Monteiro (2006) apesar do conhecimento sobre amamentação, acumulado pelos cientistas e profissionais de saúde, ao longo do século XX, o que se viu neste período foi a persistência do desmame precoce como importante causa do aumento da morbi-mortalidade infantil. Neste sentido, a partir de 1980, políticas públicas em prol da amamentação começam a ser desenvolvidas.

No Brasil, foi criado em 1981, o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno, que reforçava a amamentação como um ato natural, instintivo, inato e biológico. A importância das mulheres para se promover a amamentação é reconhecida, mas o campo das políticas nem sempre reflete a ótica destas, desprezando que os seios pertencem às mulheres e que elas não são chamadas a opinarem e a decidirem na política do aleitamento materno. (MONTEIRO, 2006)

De acordo com Alvarenga (2000) o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, lançado em 1984 e estabelecido segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – descentralização, regionalização e hierarquização – traz com finalidade estratégica, ações regulamentadoras e normatizadas divididas em Assistência Clínico-Ginecológica e Assistência Obstétrica. Esta última contempla,

entre outras ações, o aleitamento materno.

De acordo com Labbok (2007) em 1992, foi implantada no Brasil, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, definida como um esforço mundial para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. A estratégia prioriza a mudança de atitude dos profissionais de saúde de hospitais e maternidades, procurando evitar práticas que favoreçam o desmame precoce.

A Iniciativa conta com estratégias educativas que contemplam todo o ciclo grávido puerperal; os hospitais devem garantir condições às mulheres, tanto no hospital como fora dele, para continuarem o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do bebê. No entanto, a atenção ao puerpério no Brasil é ínfima. A consulta puerperal, que deveria ser considerada como a conclusão da assistência à mulher na gestação, tem baixa adesão. Já a cobertura vacinal no primeiro mês de vida da criança é de 100%, o que comprova que a mulher preocupa-se com o cuidado do filho em detrimento do seu e mostra a falta de articulação das ações básicas de saúde. (MONTEIRO, 2006)

Após o parto, é socialmente esperado que as mães estejam prontas, acolhedoras e desejosas da amamentação. Muitas vezes as mulheres não têm a chance de revelar seus reais desejos e suas condições físicas e emocionais para desenvolver essa função. Cabem então, algumas reflexões sobre a amamentação, a sexualidade e os direitos reprodutivos das mulheres.

2.7 ALOJAMENTO CONJUNTO E SUA IMPORTÂNCIA

Beretta (2000) escreve que o alojamento é um sistema em que o RN (Recém Nascido) permanece ao lado da mãe desde o momento do parto até a alta da maternidade sendo um local de ensino e aprendizagem, em que a permanência do RN ao lado do leito materno permite que sejam dadas orientações e que essas sejam checadas quando a mãe executa a tarefa de cuidar de seu filho.

De acordo com Fonseca (2002) o alojamento conjunto oferece a integração mais íntima da mãe com o recém-nascido, contribuindo para estabelecer um relacionamento afetivo favorável entre mãe-filho, desde o nascimento; educar a mãe

e o pai, desenvolvendo habilidades e proporcionando segurança emocional quanto aos cuidados com o bebê; incentivar o aleitamento materno; reduzir a incidência de infecções hospitalares cruzadas; permitir à equipe de saúde melhor integração e observação sobre o comportamento normal do binômio mãe-filho.

Permite ainda, uma renovação dos profissionais da saúde no seu contexto de atuação dentro de um novo e mais amplo conceito de saúde materno-infantil. O ato de curar e cuidar não são atividades exclusivamente dos profissionais da saúde, mas inclui a co-participação daquele que é tratado e curado. A mãe, ensinada a se cuidar, a entender o filho, a satisfazer suas necessidades integrais, torna-se agente multiplicador da saúde em âmbito individual, familiar, social e ecológico. (FONSECA, 2002)

Ainda com Fonseca (2002) dentre as vantagens desse sistema, enfatizamos a educação em saúde, constituindo-se em centro natural de educação e não um local de acomodação de pessoas. Nesse sentido, o Ministério da Saúde argumenta que o alojamento conjunto não é um método de assistência utilizado para economizar pessoal de enfermagem, pois tem um alto conteúdo educativo que precisa ser considerado prioritário.

De acordo com Pilloto (2009) no Alojamento Conjunto a mãe cuida diretamente de seu filho (cuidado materno) ao mesmo tempo em que é cuidada por profissionais de enfermagem. Estes profissionais, na maioria das vezes, seguem as regras e normas institucionais que priorizam o atendimento às necessidades físicas das mulheres e das crianças e colocam em plano secundário: emoções, crenças e valores desta clientela destacando a doença em razão da saúde.

Pilloto (2009) refere que temos que entender que o sistema de Alojamento Conjunto é fundamental para o desenvolvimento emocional humano que surge no âmbito das relações interpessoais, porque favorece a aproximação entre mãe e bebê, nos primeiros dias de vida. Esta aproximação é essencial para a construção do cuidado materno.

De acordo com Moraes (2004) a separação do binômio mãe/filho no pós-parto imediato data do final do século XIX, com o advento das incubadoras, criadas para o atendimento aos pré-termos. Frente à alta incidência de mortalidade infantil na época, por diarreia e infecções respiratórias, resolveu-se generalizar o uso do berçário para os bebês a termo e saudáveis. Essa medida levou à diminuição do

apego de muitas mães pelos seus bebês, que eram mantidos em rigoroso isolamento, e ao surgimento, cada vez mais freqüente, das infecções cruzadas. Em meados do século XX, passa a ser preconizado o alojamento conjunto, um ambiente onde o recém-nato é colocado em um berço ao lado da cama da mãe.

Também no Brasil o sistema de "alojamento conjunto" passa a ser recomendado, por favorecer a precocidade do aleitamento materno e o intercâmbio biopsicossocial entre os membros da família, diminuir o risco de infecção hospitalar e oferecer condições à enfermagem de promover o treinamento materno, entre outras vantagens. Decorrida mais de uma década após sua normatização e obrigatoriedade, percebe-se que ainda são vários os hospitais, que não o adotam. (MORAES, 2004)

Silva (1999) relata que os objetivos do alojamento conjunto também proporcionam à mãe autoconfiança, além de orientar sobre os cuidados pessoais e do bebê, permite o intercâmbio de experiência com outras mães, satisfaz as necessidades físicas e emocionais do bebê, proporcionam a participação do pai e outros familiares no cuidado do filho e reduz a incidência de maus tratos.

2.8 BANCOS DE LEITE HUMANO

Bauchspiess (2008) diz que o banco de leite humano é um serviço especializado vinculado a um hospital de atenção materna e/ou infantil. O BLH é responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz. Realiza a seleção, classificação, processamento, controle de qualidade e distribuição, sendo proibida a comercialização dos produtos por ele distribuídos.

De acordo com Bauchspiess (2008) o posto de coleta de leite humano é uma unidade fixa ou móvel, intra ou extra-hospitalar vinculada tecnicamente a um banco de leite humano e administrativamente a um serviço de saúde ou ao próprio banco. O PCLH (Posto de Coleta de Leite Humano) não pode executar as atividades de processamento do leite, que são exclusivas do BLH.

De acordo com Maia (2008) o primeiro banco de leite humano do Brasil foi

implantado em outubro de 1943 no então Instituto Nacional de Puericultura, atual Instituto Fernandes Figueira (IFF). O seu principal objetivo era coletar e distribuir leite humano (LH) com vistas a atender os casos considerados especiais, como prematuridade, distúrbios nutricionais e alergias a proteínas heterólogas.

Ainda com Maia (2008) a partir de 1985, com o desenvolvimento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – criado em 1981 –, os BLHs passaram a assumir um novo papel no cenário da saúde pública funcionando como uma instituição de proteção social, incumbida de zelar pelos interesses da doadora e de seu filho, destinada a encorajar a prática da amamentação natural – sem gerar lucro, mediante a recompensa financeira ou material conferida à nutriz pelo leite doado. Contudo, faz-se necessário considerar a clara distância existente entre a intenção expressa na definição do modelo e o que o próprio modelo possibilitou na prática. As doadoras eram em sua totalidade pobres. Elas encontravam na comercialização do leite e nas demais benesses uma forma de sustento, prática que, inclusive, estimulou a gravidez em muitas mulheres.

De acordo com Henriques (2008) os bancos de leite humano têm se configurado como um dos mais importantes elementos estratégicos da política pública em favor da amamentação. Contudo, vale destacar que as percepções e construções sociais acerca dessas unidades de serviço estiveram sujeitas a uma série de flutuações ao longo da história. Desde a implantação do primeiro banco de leite no país, atores e grupos sociais imputaram significados distintos aos BLHs, o que permitiu caracterizá-los tanto como estruturas de apoio às situações de excepcionalidade do desmame comerciogenico quanto como unidades de atendimento a serviço da amamentação, segundo o momento histórico que se considere.

De acordo com Bauchspiess (2008) o BLH e o PCLH, para funcionar, devem possuir licença sanitária atualizada, emitida pelo órgão de vigilância sanitária competente, observando as normas legais e regulamentares pertinentes.

Carvalho (2005) relata que recentemente é impossível falar em aleitamento materno sem fazer menção aos Bancos de Leite Humano (BLH). Historicamente os Bancos de Leite Humano no Brasil evoluíram, quantitativa e qualitativamente, promovendo saúde, diminuindo a morbimortalidade infantil, criando cultura e exportando saber e tecnologia. A Rede de Bancos de Leite Humano traz confiança,

refletindo um trabalho sério e constante, quase insano em alguns momentos, fazendo desta Rede uma referência não só para o Brasil, mas também para outros países da América Latina, Europa e América do Norte. Até 1985, então, o Brasil apresentava cerca de uma dezena de BLH. Em 2004, a Rede contava com 175 BLH espalhados pelo Brasil.

De acordo com Alencar (2009) são consideradas inaptas para doação de leite, as nutrizes que: Sejam portadoras de moléstias infecto-contagiosas, Façam uso de drogas ou medicamentos excretáveis através do leite, em níveis que promovam efeitos colaterais nos lactantes, Estejam sob tratamento quimioterápico ou radioterápico, Apresentem sinais de desnutrição e Sejam consideradas inaptas por outras razões.

De acordo com Júnior (2009) a realização de cooperações internacionais tem o objetivo de formar multiplicadores para viabilizar a transferência da tecnologia de Bancos de Leite a outros países. É iniciativa de grande impacto para diminuir as condições adversas de saúde de grupos populacionais estratégicos e em situações especiais de agravo, particularmente para recém nascidos de baixo peso com forte impacto para o cumprimento dos objetivos do milênio no que diz respeito à redução da mortalidade infantil com ênfase para o componente neonatal.

2.9 LICENÇA A MATERNIDADE

Para Pazello (2006) a partir dos anos 1950 o crescimento da participação da mulher no mercado de trabalho torna-se um dos fatos empíricos mais bem evidenciados. O aumento da qualificação profissional, entre outros, tem sido apontado como um elemento importante que tem contribuído de forma decisiva para a maior participação feminina no mercado de trabalho. Com sua adesão ao mercado de trabalho a mãe se preocupa por ter que deixar o filho em casa nos primeiros meses em que a dependência do aleitamento materno é de fundamental importância para o bebê, daí ela passa a lutar por seus direitos, inclusive o direito a licença maternidade, a fim de dar a assistência necessária a seu filho pelo menos no período estabelecido pela OMS.

Para facilitar as condições do aleitamento materno, foram criados instrumentos legais para favorecer o mesmo. Em 1934, a Constituição referiu a necessidade de proteção à maternidade e à infância. Em 1936, foi elaborado o "Estatuto da Mulher" ampliando o período de licença na época do parto, que a partir daí foi ampliado em 1966, através de decreto para 12 semanas. Em 1981, quando foi elaborado o diagnóstico do aleitamento materno no Brasil, o trabalho assalariado da mulher aparecia como um dos fatores mais importantes para o desmame precoce. (SILVA, 1999).

Para Brasil (2008) no Brasil existe a Lei que ampara a licença à maternidade de 120 dias, como um típico direito das mães biológicas ou não, de licenciarem do trabalho sem perder a sua remuneração, podendo cuidar do seu filho nos primeiros meses de vida. Mesmo assim, depois desse período de 120 dias de licença maternidade as crianças continuaram apresentando problemas de saúde tais como pneumonia, desnutrição, desidratação, infecções respiratórias agudas, dentre outros.

De acordo com a OMS (2005) a Licença Maternidade significa que à gestante trabalhadora será concedida licença por 120 dias consecutivos, sem prejuízo da remuneração, podendo ter início no primeiro dia do nono mês de gestação, salvo antecipação por prescrição médica. Caso haja nascimento prematuro a licença terá início a partir da data do parto, no caso de natimorto, decorridos 30 dias do evento, a trabalhadora será submetida a exame médico e, se julgada apta, reassumirá o exercício. No caso de aborto e com a presença de um atestado médico oficial, a trabalhadora terá direito a 30 dias de repouso remunerado. Durante a sua jornada de trabalho, a trabalhadora nutriz terá direito a uma hora de descanso, que poderá ser parcelada em 2 períodos de meia hora, para amamentar o seu próprio filho até a idade de 6 meses.

Para Brasil (2008) através das lutas das mulheres para ampliar a licença maternidade, que conseguiram colocar em lei a ampliação do tempo da licença para garantir melhores condições de saúde da criança foi sancionada a Lei 11770/2008, que aumenta a licença-maternidade de 120 para 180 dias. As avaliações sobre essa medida são positivas para trabalhadoras da iniciativa privada, e em dezembro do mesmo ano, a licença foi estendida às funcionárias públicas federais. Até agora, essa lei ainda é opcional, pois só 108 municípios brasileiros e 14 estados, além do

Distrito Federal, transformaram em leis locais a licença-maternidade ampliada, oferecendo-a a suas servidoras. A licença de seis meses atendeu a recomendações médicas e a uma reivindicação antiga de diversas entidades de classe e movimentos sociais.

Porém, permanecer no mercado de trabalho, conciliar a vida pública com a vida privada, atender às diversas solicitações dos "mundos" diferenciados torna-se um grande desafio para essas mulheres principalmente quando são mães, ainda mais tendo que amamentar. Concordamos com o autor quando diz "sendo assim o desmame é sócio-culturalmente construído e determinado e a mulher, para manter o aleitamento materno, necessita não só de suporte/apoio familiar e social, mas também governamental." (ICHISATO, 2002, p. 578).

2.10 A ENFERMAGEM FRENTE AO DESMAME PRECOCE

A enfermagem tem uma participação de fundamental importância na prevenção do desmame precoce, pois cabe a ela assim como a outros profissionais de saúde, acompanhar o casal desde a pré concepção até dias após o nascimento da criança.

Segundo Figueiredo (2005) trabalhar com aleitamento materno requer muita sapiência e paciência, pois as informações não podem ser truncadas ou confusas. O profissional deve demonstrar segurança e confiança logo no primeiro encontro e orientar que toda mulher é capaz de produzir o alimento para seu filho, com isso certamente transmitirá segurança à nutriz, ao bebê e a seus familiares.

Figueiredo (2005) relata que durante a orientação os profissionais de saúde devem lembrar que o leite materno não dá trabalho e já vem pronto para alimentar o bebê, já a mamadeira requer trabalho como ferver o leite, coar o mingau, esfriar, provar para saber se estar no ponto ideal para a partir daí oferecer a criança.

De acordo com Carvalho (2005, p.121):

A importância da amamentação para a saúde e o crescimento da criança esta documentada amplamente. A amamentação é uma habilidade aprendida e passada de mães para filhas em diversas comunidades e culturas, sendo que a exposição ao aleitamento materno deve começar

cedo na vida da menina, através de oportunidades para observar a amamentação dentro do círculo familiar. Algumas mulheres, entretanto podem amamentar com sucesso sem preparo prévio. Mas o sucesso completo da amamentação está diretamente ligado ao apoio e orientação que esta mãe recebe principalmente nas primeiras semanas após o parto.

Segundo Volpini (2005) a política de saúde da criança no Brasil prioriza as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento natural, tendo isso como uma estratégia fundamental para reduzir a mortalidade infantil no país e para melhorar a saúde das crianças brasileiras.

Freitas (2007) diz que foram desenvolvidos programas na saúde com o intuito de solucionar os problemas relacionados ao aleitamento materno, sendo implantada assim a estratégia saúde da família, que dentre as ações desenvolvidas pela equipe de saúde destaca-se a assistência materna infantil, que envolve a promoção à amamentação e suas peculiaridades. Nesse programa cabe ao enfermeiro e a sua equipe, dar auxílio integralmente ao aleitamento materno, uma vez que o conhecimento sobre amamentação não é próprio da mulher, ele é adquirido através de sua cultura, das experiências e das informações que lhe são passadas. Nesse contexto é o pré-natal, que desfaz mitos, previne e trata as possíveis complicações, e o puerpério que contribui para a formação da autoconfiança, que se tornam importantes para preparar a mulher para a amamentação.

A OMS juntamente com o UNICEF, criou os princípios básicos de aconselhamento para que o profissional de saúde trabalhe a questão da amamentação com mais segurança. Dentre os princípios estão escutar ativamente, fazer a mãe se sentir confortável durante a conversa, usar contato olho-no-olho, demonstrar respeito, aconselhar em ambiente privado; ter atenção e empatia e ajudá-la na tomada de decisões evitando imposições por parte do profissional. (FIGUEIREDO, 2005)

Para Shimo (2001) os enfermeiros necessitam adentrar na comunidade estudando sua cultura, comportamentos, pensamentos e atos arraigados, para obter dados que possam ser utilizados para a criação de políticas de saúde na área materno-infantil voltadas para a real dimensão dos problemas da mulher e da criança.

Ainda conforme o Manual (200-?) na gravidez a enfermagem e a equipe de saúde devem atuar proporcionando aos pais apoio emocional, assessoramento e

orientação para que a gravidez seja vista como uma coisa normal. “Os profissionais de saúde são co-responsáveis pelo êxito da amamentação, estimulando seu início precoce, e pela profilaxia, detecção e intervenção nas mulheres com mastite, fissuras, infecção e hemorragia puerperal.” (ARANTES, 2006, p. 250).

Freitas (2007, p.228) faz a seguinte referência:

Segundo levantamento feito pela OMS e UNICEF somente 24,5% das mães refere ter recebido orientação sobre a amamentação durante o acompanhamento pré-natal, pois uma parcela importante dos profissionais de saúde não está preparada para orientá-las no ciclo gravídico-puerperal acerca da orientação, estímulo e manutenção do aleitamento natural, sendo que os profissionais de saúde, por meio de suas atitudes e práticas, podem influenciar positiva ou negativamente a amamentação e sua duração.

Segundo Carvalhaes (2002), os profissionais de saúde, em particular, as enfermeiras e os obstetras, durante o período pré-natal, e os pediatras e a equipe de enfermagem, no período neonatal, podem influenciar positiva ou negativamente a amamentação e sua duração, incentivando a amamentação e apoiando as mães, ajudando-as a iniciar precocemente a amamentação e a adquirir autoconfiança em sua capacidade de amamentar. O desenvolvimento ostensivo de ações de apoio à amamentação dentro das instituições hospitalares que assistem ao parto e ao recém-nascido é reconhecido como medida capaz de modificar o perfil do aleitamento materno em uma população. “No âmbito da saúde materno-infantil, o incentivo ao aleitamento materno se apresenta como uma das principais ações para profissionais da atenção básica.” (CALDEIRA, 2007, p. 1965).

Para Caldeira (2007, p. 1965):

Todavia, a amamentação não é uma prática natural. Para melhoria dos seus índices faz-se necessário adequado aprendizado das mães com participação ativa dos profissionais de saúde, propiciando orientações e suporte oportunos para as gestantes e lactantes.

De acordo com Pinto (2008) os profissionais de saúde que atuam nos hospitais e nas maternidades têm uma posição importante no espaço social das mulheres, pois atuam como reguladores da prática de aleitamento materno baseados num corpo de conhecimento científico centrado nos benefícios que o leite

humano traz para a saúde do bebê.

Franco (2008) acredita que o hábito do uso de chupetas deve ser considerado um marcador de dificuldades no aleitamento materno, causando problemas na sucção, colocando a necessidade de que o profissional de saúde se conscientize dos efeitos prejudiciais desse costume sobre a amamentação e a saúde da criança.

Segundo Abrão (2006) dada a importância do aleitamento materno, é imprescindível que os profissionais que lidam com essas questões estejam preparados para oferecer à mulher, à criança e à família apoio necessário para que esse processo transcorra o mais naturalmente possível.

Portanto o ato de amamentar exclusivamente é uma prática que deve ser orientada pela enfermagem e outros profissionais de saúde a fim de promover bem-estar e saúde para a mãe e seu filho.

3 METODOLOGIA E FINAIS

TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa trata-se de um estudo de levantamento bibliográfico que de acordo com Gil (2008) "é desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos, monografias, dissertações de mestrados, teses e artigos extraídos via Internet". Também familiarizar com a área de estudo no qual se está interessado. Dessa forma, o intuito deste estudo é conhecer as principais contribuições teóricas existentes na literatura sobre as causas do desmame precoce.

O estudo foi realizado em acervo bibliográfico da biblioteca da Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN). Utilizou-se livros, periódicos, material on-line nas bases de dados da Scielo, Bireme, Lilacs e outras que estiveram disponíveis para a temática em discussão.

O primeiro passo na execução desta pesquisa consistiu-se no levantamento e seleção da bibliografia específica disponível ao alcance da pesquisa, em seguida realizada análise e interpretação de livros, periódicos, textos legais, documentos mimeografados ou xerocopiados, mapas, fotos, manuscritos, etc.

Foram consideradas citações e referências que datam 10 anos, para melhor contextualizar historicamente as causas do desmame precoce.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na revisão da literatura sobre Desmame precoce nota-se que as discussões levam em consideração os aspectos sócio-político-econômico e culturais que permeiam o tema.

Ao se analisar as causas do desmame precoce foi visto que existe uma variedade delas; dentre as quais podemos citar: o uso de chupetas, a mulher ingressando no mercado de trabalho, a influência de terceiros na questão de como cuidar da criança, novas fórmulas industriais, a estética das mulheres, as rotinas e estruturas inadequadas dos serviços de saúde, fatores clínicos como mastite e infecção puerperal, mau funcionamento do banco de leite humano, a desinformação da mãe, dos profissionais de saúde e da população sobre amamentação, questões sociais, fisiológicas, educacionais e culturais, o fato de as mães acreditarem que o leite não é suficiente para a criança, o mau relacionamento com o pai e até mesmo a dificuldade em amamentar.

Os motivos cruciais que levam as mães a desmamarem são o fato dela e o pai não estarem prontos para assumir esse novo papel de pais; a equipe de saúde não estar embasada no assunto e não saber lidar com ele, e a população que fornece orientações muitas vezes errôneas.

A enfermagem tem um papel crucial na prevenção do desmame precoce, pois deve ter um embasamento sobre o mesmo para que possa acompanhar o casal fornecendo todas as orientações influenciando positivamente na alimentação desse novo ser.

Portanto a enfermagem necessita aprofundar os estudos acerca dos motivos e necessidades das mulheres durante o ciclo grávido-puerperal, além das várias formas de nascer e viver em nossa sociedade, pois dependendo dessa compreensão certamente os recém nascidos serão mais beneficiados com a amamentação exclusiva, as mães mais esclarecidas, uma família mais equilibrada e uma sociedade mais justa para com os seus filhos.

5 RECOMENDAÇÕES

Diante do exposto quando se constata que o desmame precoce é uma realidade brasileira pode-se pensar em alternativas que façam as mulheres repensarem seu papel de mãe em diversos aspectos. Um deles é criar condições para que a mãe crie vínculo com seus filhos logo ao nascer através do contato pele a pele, o incentivo a amamentação, um ambiente seguro e acalantador, sem estresse e sem pressa na realização dos procedimentos à mãe e ao recém-nascido, respeitando especialmente a fisiologia do nascimento. O vínculo acontece especialmente em contatos íntimos se que tenham um forte apelo emocional.

A formação do vínculo se inicia mesmo antes do bebê nascer, ou seja, durante a gestação, e pode ser influenciado por vários fatores como: o desejo inconsciente do casal com relação ao desenvolvimento dos seus papéis de pai e de mãe, a qualidade da relação do próprio casal, e daquela da mãe com o bebê. Enfim, a existência do bebê enquanto possibilidade de renovação ou de emersão de conflitos internos pré-existentes.

Os sentimentos complexos que envolvem a mãe, especialmente a sua atitude emocional é muito importante, pois é ela quem conferirá a qualidade de vida à experiência do bebê, o qual passará a responder também afetivamente a esse investimento emocional, numa relação de reciprocidade.

O vínculo e o apego são princípios básicos do ser humano, uma vez que este tem uma predisposição natural a se apegar a uma pessoa em especial, e que se disponha a se relacionar com ele de uma forma também especial. Este comportamento de ligação persiste durante a vida adulta embora pareça ser mais "forte" entre as crianças e que à medida que crescemos a frequência e a intensidade do vínculo tendem a diminuir.

Apoiar a mãe nos primeiros meses após o nascimento do bebê, garantindo-lhe comida pronta, casa cuidada e roupa lavada, ficando para a mesma apenas o seu filho, para que ela faça essa adaptação sem traumas. Os bebês conseguem formar vínculo com suas mães quando as identificam, focalizando-as, sorrindo para elas, sentindo seu cheiro, o gosto do leite e o contato pele-a-pele.

O serviço de saúde se comprometer, especificamente o enfermeiro (a)

realizando visitas domiciliárias diariamente na primeira semana e fazendo um calendário semanal por seis meses seguidos, para apoiar em suas dúvidas, certamente irá beneficiar essa família e criar vínculos não apenas profissionais, mas de cidadania.

BARRO, Ana Carolina F. V. Aleitamento materno. In: BARROS, Sônia M. O. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. Barueri: Manole, 2006, p. 223 – 236.

AGUIAR, Paulo Rogério et al. Uso do chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 79, n. 74, p. 309 - 316, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdi/v79n1/04.pdf>. Acesso em: 02 de jun 2009.

ALENCAR, Lidiane G.B; SEIDL, Edna M.F. Doação de leite humano: experiência de mulheres doadoras. *Revista de saúde pública*, Brasília, 2009, p. 70 – 77. Disponível em: <http://www.scielo.br/rps/v43n1/3839.pdf>. Acesso em: 05 out 2009.

ALMEIDA, Gabriela Garcia de et al. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 487 – 494, mar/abr 2008.

ALVARENGA, Augusta Theresza et al. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. *Caderno Saúde Pública*, 2006, v.18, n.2, p. 377-384. Disponível em: <http://www.scielo.br/csp/v18n2/2087.pdf>. Acesso em: 16 set 2008.

ALVES, Anna Maria Lages; SILVA, Elka Henriques de Araújo Alves da; OLIVEIRA, Aline Coimbra. Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru. *Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, v. 12, n. 1, p. 23 - 28, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/rbsf.php?script=sci_abstract&pid=S151680342007000100008&lng=pt. Acesso em: 02 jun 2009.

ARANTES, Sandra Lúcia. Assistência de enfermagem na patologia puerperal. In: BARROS, Sônia M. O. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. Barueri: Manole, 2006, p. 237 – 265.

ARAÚJO OLIVEIRA D. de et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 488 – 492, março, 2008.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, Ana Cristina F. V. Aleitamento materno. In: BARROS, Sônia M. O. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Barueri: Manole, 2006, p. 223 – 236.
- AGUIAR, Paulo Rogério et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 74, p. 309 - 316, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v12n1/04.pdf>>. Acesso em: 02 de jun 2009.
- ALENCAR, Lucienne C.E; SEIDL, Eliane M.F. Doação de leite humano: experiência de mulheres doadoras. **Revista de saúde pública**. Brasília, 2009.p 70 – 77. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/6839.pdf>>. Acesso em: 05 out 2009.
- ALMEIDA, Gabriela Gracia de et al. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 487 – 494, mar./abr.2008.
- ALVARENGA, Augusta Thereza et al. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Caderno Saúde Pública**. 2000, v.16, n.2, p. 377-384. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2087.pdf>>. Acesso em: 16 set 2009.
- ALVES, Anna Maria Lages; SILVA, Érika Henriques de Araújo Alves da; OLIVEIRA, Aline Cabral de. Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. v. 12, n. 1, p. 23 - 28. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151680342007000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jun 2009.
- ARANTES, Sandra Lúcia. Assistência de enfermagem na patologia puerperal. In: BARROS, Sônia M. O. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Barueri: Manole, 2006, p. 237 – 255.
- ARAÚJO Olívia D. de et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 488 – 492, jul/ago, 2008.

BAUCHSPIESS, Nice G.A; ISABEL C.A.M; ELIANE, B.N. Organização do Banco de Leite e do Posto de Coleta. In: ANVISA. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos**. Brasília, 2008, 160p. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/blhanv2008.pdf>>. Acesso em: 05 out 2009.

BERETTA, M.I.R. et al. Avaliação do sistema de alojamento conjunto na maternidade D. Francisca Cintra Silva da Santa Casa de São Carlos-SP. **Revista latino americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 59-66, jul, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12400.pdf>>. Acesso em: 21 set 2009.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos ESP- Escola de Saúde Pública do Ceará**. v. 1, n.1, jul./dez. 2005, 9 p. Disponível em: <<http://www.abpblh.org.br/Artigo%20resgate%20hist%F3rico%20da%20amamenta%E7%E3o%20ESP.pdf>>. Acesso em: 05 out 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Falando sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Lei n.11770, de 09 de setembro de 2008. **Cria o Programa empresa cidadã, destinada a prorrogação da licença maternidade mediante concessão de incentivo fiscal e altera a lei 8212 de 24 de jul de 1991**. Leis ordinárias de 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11770.htm>. Acesso em: 25 Maio-2009.

CALDEIRA, Antônio P et al. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, ago, p. 1965 - 1970, 2007.

CARVALHAES, Maria A. B. L; CORRÊA, Cláudia R. H. **Jornal de Pediatria**, Botucatu, abr, p. 13 - 20, 24, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n1/v79n1a05.pdf>>. Acesso em: 13 abr 2009.

CARVALHO, M. R. de; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

COLARES, Luciléia Granhen et al. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. **Caderno de Saúde Pública**, v.16, n.2, p. 457- 466, 2000. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2000000200016&script=sci_artext&tlng=>. Acesso em: 13 out 2009.

COSTA, R. S. S. et al. Níveis de ferro, cobre e zinco em colostro de puérperas adultas de recém-nascidos a termo e pré-termo, segundo variáveis maternas e socioeconômicas. **Revista brasileira de saúde materno infantil**. Recife, v. 2, n. 1, jan./abr, p. 43-50, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v2n1/v2n1a07.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2009.

FALEIROS, Francisca Teresa V; TREZZA, Ercília Maria C; CARANDINA, Luana. Aleitamento Materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 5, p. 623 - 630, set/out, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n5/a10v19n5.pdf>>. Acesso: em 25 mar. 2009.

FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Práticas de enfermagem**: ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

FONSECA, Luciana M.M; SCOCHI, Carmen G.S; MELLO D.F. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. **Revista latino americana de enfermagem**. v. 2, mar./abr, p 166-171, 2002.

FRANCO, Selma C et al. Aleitamento materno exclusivo em lactentes atendidos na rede pública do município de Joinville, Santa Catarina, Brasil. **Revista brasileira de saúde materno infantil**. Recife, jul./set, p. 291 – 297. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n3/a08v8n3.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2009.

FREITAS, Nayara P. R.; ALMEIDA Martha E. F; ALVES Cristina L. O. C. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre mulheres assistidas por enfermeiros em unidades de saúde da família. **Enfermagem Brasil**: Periódico científico dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, v. 6, n 4, p. 227-232, jul./ago, 2007.

GIL, Antonio Carlo. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIUGLIANI, Elsa R. J. Amamentação Exclusiva. In: CARVALHO, M. R; TAMEZ, R. N. **Amamentação**: Bases Científicas. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 15 - 25.

HENRIQUES, Cláudio M.P.; ALMEIDA, João A.G. Apresentação. IN: ANVISA. **Banco de leite humano: Funcionamento, prevenção e controle de riscos**, 2008. 160 p. Disponível em: < <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/blhanv2008.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2009.

ICHISATO, Sueli M. T; SHIMO, Antonieta K. K. Revisitando o Desmame Precoce Através de Recortes da História. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 578 - 585, jul./ago, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13371.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2009.

JUNIOR, J.M.G. **A importância do aleitamento materno: uma proposta de enfermagem em saúde coletiva**. Natal: FARN, 2009.

JUSTINO Milena M; et al. Relato de Experiência de uma Atividade Educativa com Mulheres: Incentivando a Amamentação desde a Gestação. **Enfermagem Atual: A enfermagem no Brasil**, Rio de Janeiro, v. 7, n 37, p. 24 - 29, jan/fev, 2007.

KOUTSOUKOS, Sandra Sofia Machado. 'Amas mercenárias': o discurso dos doutores em medicina e os retratos de amas – Brasil, segunda metade do século XIX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.305-324, abr.-jun. 2009.

LABBOK, Miriam H.. Aleitamento materno e a iniciativa hospital amigo da criança: mais importante e com mais evidências do que nunca. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.83, n.2, pp. 99 -101, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n2/v83n2a02.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2009.

LAMOUNIER, Joel Alves. O efeito dos bicos e chupetas no aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 284 - 368, 2003.

LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena. **Manual de Aleitamento Materno**. Lisboa: 13 Comitê Português para a UNICEF/Comissão Nacional, 2008.

LOUZADA, Viviane Borges. **Amamentação como Ato Psicossocial**. Disponível em: <http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id_artigo=1876>. Acesso em: 13 abr. 2009.

MAIA, Paulo R.S et al. Introdução. In: ANVISA. **Banco de leite humano: Funcionamento, prevenção e controle de riscos**, 2008. Disponível em:

<<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/blhanv2008.pdf>>. Acesso em: 05 out 2009.

MACHADO, Márcia Maria Tavares; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da rede de serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 8, n.2, p. 187 - 196, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292008000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jun 2009.

MANUAL de enfermagem: Enfermagem materno infantil. São Paulo: Vergara Brasil, [200-?].

MOEHLECKE, Renata. **Artigo aborda como médicos promoviam amamentação no final do Brasil Imperial**. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=2775&sid=5>>. Acesso em: 14 set. 2009.

MONTEIRO, Juliana Cristina dos Santos; GOMES, Flávia Azevedo; NAKANO, Ana Márcia Spanó. Amamentação e o seio feminino: uma análise sob a ótica da sexualidade e dos direitos reprodutivos. **Texto contexto - enfermagem**. v.15, n.1, p. 146-150, 2006,. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a18v15n1.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2009.

MORAES, Maria Sílvia de et al. Avaliação da assistência às gestantes: o caso do município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v.4, n.4, p. 375-384, out./dez 2004.

NÓBREGA, Fernando José de. **Distúrbios da Nutrição Na Infância e na Adolescência**. 2. ed. Tijuca: Revinter. 2007.

NOVAK, F.R; et al. Sistema de gestão do conhecimento para Rede Nacional de Bancos de Leite Humano. **Ciência e saúde coletiva**. v.10, p. 121-132, 2005. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a15v10s0.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2009.

OLIVEIRA, Maria Inês C; CAMACHO, Luiz Antônio B. Impacto das Unidades Básicas de Saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 5, n. 1, p. 41 - 51, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5n1/06.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2009.

OMS. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: AIDPI**. Fortaleza:

Escola de Saúde Pública do Ceará, 2005.

PARIZOTO; MICHELOTO, Giuliana. **Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses no município de Bauru-SP**. Botucatu, 2008. Disponível em:

<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=498441&indexSearch=ID>>
. Acesso em: 03 maio 2009._

PAZELLO, Elaine Toldo. A maternidade afeta o engajamento da mulher no mercado de trabalho?: um estudo utilizando o nascimento de gêmeos como um experimento natural. **Estudos econômicos**, São Paulo. v.36, n.3, Jul/Set, p. 507 a 538, 2006.

PILOTTO, Diva T. S; VARGENS, Octavio M. C.; PROGIANTI, Jane M. Alojamento conjunto como espaço de cuidado materno e profissional. **Revista Brasileira de enfermagem**, v.62, n.4, p. 604 - 607, 2009.

PINTO, Tiago Vieira. Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade: Revisão das Estratégias no Período Pré-natal e Após a Alta.

Arquimed, v. 22, n. 2/3, p. 57 - 68, 2008. Disponível em:
<<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v22n2-3/22n2-3a05.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2009.

PORTO, Fernando; SANTOS, Inês Maria M; SILVA, Leila Rangel. O Corpo que Alimenta: Cuidados com a Amamentação. In: FIGUEIREDO, Nêbia Maria A. **Ensinando a Cuidar da Mulher do Homem e do Recém-nascido**. 4 ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2003, p. 267 – 314.

RAMOS, Carmen V.; ALMEIDA, João A.G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.79, n.5, p. 385-390, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n5/v79n5a04.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2009.

RIBEIRO, Karla D. S. et al. Avaliação dos níveis de retinol no colostro humano coletado no intervalo de 24 horas. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.83, n.4, p. 377-380, 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n4/v83n4a15.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2009.

SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda; ICHISATO, Sueli Mutsumi Tsukuda. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.9, n.5, p. 70-76, set./out, 2001.

SILVA, A.V.F.G. et al. **Manual de aleitamento materno para serviços de saúde**. Belo Horizonte: Céllus, 1999.

SILVA, Leila R; SANTOS, Inês Maria M. O Corpo do Pré-Natal: Cuidando da Gestante. In: FIGUEIREDO, Nêbia Maria A. **Ensinando a Cuidar da Mulher do Homem e do Recém-nascido**. 4 ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2003, p. 91 – 150.

VOLPINI, Cíntia Cristina A; MOURA, Erly Catarina. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Revista de Nutrição**, Campinas. v. 18, n. 3, p. 311 - 319, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v18n3/a03v18n3.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2009.

WERLICH, Rafael Borges. **Amamentação e amamentação exclusiva no Brasil: Influência do índice de desenvolvimento humano e consultas pré-natais**. Florianópolis, 2005. Disponível em: <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/SP0108.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2009.

ZAGONEL, I. P. S et al. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 24 – 32, 2003. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_2/pdf/materno.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2009.