

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM
SAÚDE

Mayara Paula da Silva Marques

SEQUÊNCIA DIDÁTICA
Sobre Aleitamento Materno

Material Técnico apresentado ao Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lourdes Missio

Dourados MS
2017

H811s Hortelan, Mayara Paula da Silva Marques

Sequencia didática: aleitamento materno/ Mayara Paula da
Silva Marques Hortelan. Dourados, MS: UEMS, 2017.

24p. ; 30cm.

Material Técnico (Mestrado Profissional) – Ensino em Saúde –
Universidade do Estadual de Mato Grosso do Sul, 2017.

Orientadora: Profa. Dra. Lourdes Missio.

1. Aleitamento materno. 2. Ensino em saúde 3. Didática. I. Título.

CDD 23.ed. 649.3

INTRODUÇÃO

Este material compõe um produto técnico produzido para subsidiar o desenvolvimento da disciplina Saúde da Mulher I do curso técnico em enfermagem na Escola Vital Brasil no município de Dourados.

O material elaborado é uma produção didática sendo considerada uma **Sequência Didática**. Destina-se, em especial, aos docentes da área da saúde, particularmente da disciplina Saúde da Mulher I, na modalidade de educação técnica. Como proposta de ensino, este trabalho intenta, fundamentalmente, elencar atividades elaboradas para o desenvolvimento de uma aula sobre o aleitamento materno, a partir das diferentes percepções trazidas pelos alunos e professor da disciplina envolvida.

Segundo Zabala (2008) a sequência didática considera a importância das intenções educacionais na definição dos conteúdos de aprendizagem e o papel das atividades que são propostas. Aponta que:

Mais do que nos movermos pelo apoio acrítico a um outro modo de organizar o ensino devemos dispor de critérios que nos permitem considerar o que é mais conveniente num dado momento para determinados objetivos a partir da convicção de que nem tudo tem o mesmo valor, nem vale para satisfazer as mesmas finalidades. Utilizar esses critérios para analisar nossa prática e, se convém, para reorientá-la (ZABALA, 1998, p.86).

Considerando que esse trabalho diz respeito a um determinado contexto, as expectativas são de que ele venha contribuir, de algum modo, para a reflexão e a argumentação crítica dos professores e alunos, nos mais distintos momentos de sua prática em sala de aula e assim, atender a disciplina de Saúde da Mulher I de um curso técnico em enfermagem, enfocando o conteúdo de aleitamento materno.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Sequência Didática

Uma sequência didática é considerada como uma sequência de atividades. É uma modalidade didática que, não se organiza apenas pelos eixos do tempo e espaço, mas também pelas aprendizagens que pretende oferecer. Nela as atividades precisam ser sequenciadas de acordo com uma proposta de progressão de desafios ou de problemas a serem resolvidos pelos alunos (ZABALA 1998).

Segundo Zabala (1998), quanto à estrutura organizacional, a sequência didática para que haja proveito, de fato, quando da sua utilização compõe-se de: tema, justificativa, objetivo(s), materiais necessários, tempo previstos, séries/anos/fases, descrição concisa da atividade a ser desenvolvida.

Zabala(1998) explicita que a ordenação articulada das atividades seria o elemento diferenciador das metodologias, e que o primeiro aspecto característico de um método seria o tipo de ordem em que se propõem as atividades.

A sequência considera a importância das intenções educacionais na definição dos conteúdos de aprendizagem e o papel das atividades que são propostas. Alguns critérios para análise das sequências reportam que os conteúdos de aprendizagem agem explicitando as intenções educativas, podendo abranger as dimensões: conceituais; procedimentais; conceituais e procedimentais; ou conceituais, procedimentais e atitudinais.

A sequência didática apresenta um contexto relevante como: na sequência há atividades que nos permitam determinar os conhecimentos prévios; atividades cujos conteúdos sejam propostos de forma significativa e funcional; atividades em que possamos inferir sua adequação ao nível de desenvolvimento de cada aluno; atividades que representem um desafio alcançável; Provoquem um conflito cognitivo e promovam a atividade mental; sejam motivadoras em relação à aprendizagem dos novos conteúdos; estimulem a autoestima e o autoconceito; Ajudem o aluno a adquirir habilidades relacionadas com o aprender a aprender, sendo cada vez mais independente em suas aprendizagens.

Com base no exposto a estrutura organizacional da sequência didática compõe-se de: tema, justificativa, objetivo(s), materiais necessários, tempo previstos, séries/anos/fases, descrição concisa da atividade a ser desenvolvida; a ser fixado, composta por tema, conteúdo e objetivos.

Zabala considera que às sequências didáticas, proporciona ao professor e aos alunos um certo grau de participação nesse processo, diferente do ensino tradicional, caracterizado pela transmissão/recepção e reprodução de conhecimentos. Dentro desta concepção construtivista, a natureza dos diferentes conteúdos, o papel dos professores e dos alunos, bem como a relação entre eles no processo, colocando que o professor necessita diversificar as estratégias, propor desafios, comparar, dirigir e estar atento à diversidade dos alunos, o que significa estabelecer uma interação direta com eles.

2 METODOLOGIA UTILIZADA

Considerando o aleitamento materno de maneira contextualizada e desse modo, compreender a promoção da amamentação como uma atividade importante para o profissional de saúde no acompanhamento e orientação da mulher no puerpério foi organizada esta atividade no formato de uma sequência didática.

A elaboração e a aplicação da sequência didática pode se constituir em uma dentre as várias opções de intervenção docente, proporcionando atenuar tanto a prática de um ensino não contextualizado quanto à de uma não articulação entre as diferentes áreas do ensino no contexto escolar.

Para tanto, inicialmente foi solicitado pelo professor aos alunos da disciplina que elaborassem uma resenha crítica envolvendo o tema proposto. O uso da resenha crítica é importante para valorizar os conhecimentos prévios trazidos pelos alunos, onde pode se identificar a situação problema para a elaboração do material didático.

Tendo como base o conhecimento e dúvidas trazidas nas resenhas elaboradas pelos alunos, e conhecendo os objetivos propostos pela disciplina, foi elaborada a proposta dessa sequência didática.

O desenvolvimento da aula com a aplicação da sequência didática ocorreu com 16 alunos da turma 03 do curso Técnico de Enfermagem no dia 11 e 12 de junho de 2015, perfazendo uma carga horária de oito horas aulas.

O espaço sala de aula foi organizado em formato de roda de conversa, com os materiais necessários para o desenvolvimento das atividades proposta. Após as apresentações e considerações iniciais, o professor mediador iniciou o conteúdo, conforme proposto na sequência didática, em forma de diálogo entre professor e alunos. Com base no conteúdo proposto, a turma foi dividida em dois grupos, para realizar as oficinas de fixação.

A sequência didática deve levar em consideração o contexto dos educandos, suas necessidades e conhecimentos que trazem sobre as várias dimensões do cotidiano e da vida.

A proposta implementada proporcionou significativa contribuição para mudanças no processo de ensino-aprendizagem referente ao conteúdo de Aleitamento Materno, e interação entre professor-alunos e aluno-aluno. Considerando a promoção de

um ambiente de diálogo e trocas, e a utilização de uma abordagem contextualizada dos conteúdos.

A sequência didática envolveu o conteúdo de Aleitamento Materno constituído pelos subtemas: anatomia e fisiologia da mama, importância do aleitamento materno, técnica de amamentação, prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação, manejo do aleitamento materno em situações especiais e suas restrições. Para a fixação dos conteúdos foram desenvolvidas as atividades em grupos como dramatizações e construção de um mapa conceitual.

3 OBJETIVO GERAL

Pretende-se com essa proposta, preparar o aluno para reconhecer a importância do Aleitamento Materno e como profissional atuar na área saúde da mulher no período do puerpério.

4 CONTEÚDO DA SEQUENCIA DIDÁTICA

O professor deve solicitar que seja formada uma roda de conversa. Solicitar que produzam uma resenha individual sobre seus conhecimentos prévios envolvendo o aleitamento materno.

4.1 CONTEÚDOS DAS AULAS

4.1.1 Aleitamento Materno

- Subtema: Anatomia e fisiologia da mama.
 - Justificativa: Justifica-se a escolha deste subtema considerando que para conhecer a importância do aleitamento materno deve entender a anatomia e fisiologia da mama.
 - Objetivo: Compreender a anatomia e fisiologia da mama e o conhecimento prévio dos alunos.
 - Material necessário: lápis, borracha, referenciais para contextualizar o conhecimento.
 - Tempo previsto: duas horas aulas.
 - Fase: Turma 03.

• Descrição da atividade: Ao introduzir a temática, o professor pode solicitar que seja feita uma roda de conversa, suscitando um debate com seus alunos com questões, tais como:

- O que é aleitamento materno?
- Como funciona a mama?
- Como que acontece a produção do leite?

Início do conhecimento sobre a produção do leite:

As mulheres adultas possuem, em cada mama, entre 15 e 25 lobos mamários que são glândulas túbulo alveolares constituídas, cada uma, por 20 a 40 lóbulos. Estes, por sua vez, são formados por 10 a 100 alvéolos. Envolvendo os alvéolos, estão as células mioepiteliais e, entre os lobos mamários, há tecido adiposo, tecido conjuntivo, vasos sanguíneos, tecido nervoso e tecido linfático. O leite produzido nos alvéolos é levado até os seios lactíferos por uma rede de ductos. Para cada lobo mamário há um seio

lactífero, com uma saída independente no mamilo.

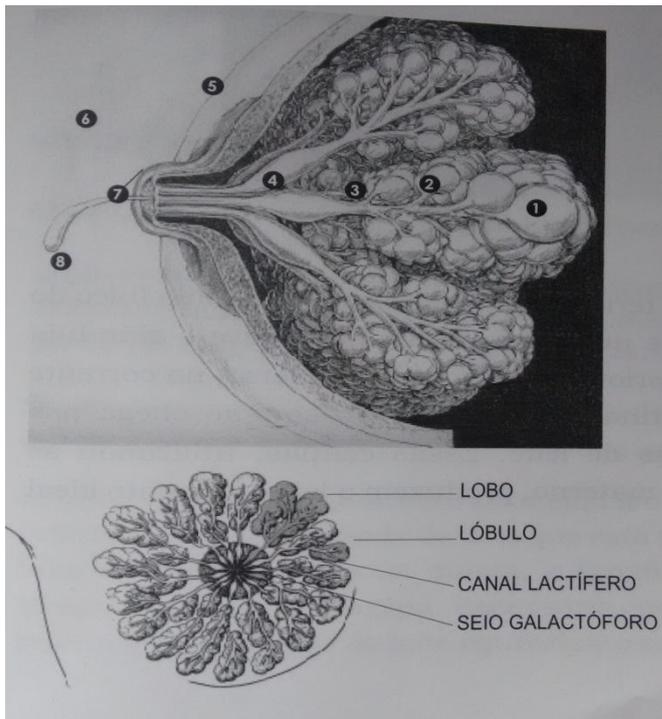


Figura 1 – Mama vista por dentro, de lado, em esquema.

1 – Alvéolo – unidade básica da mama responsável pela produção do leite.

2 – Canaliculo – canal muito pequeno que transporta o leite do alvéolo para o canal lactífero.

3 – Canal Lactífero – canal maior por onde o leite escoia até atingir o seio galactóforo.

4 – Seio Galactóforo ou Lactífero – deposito de leite que se encontra sob a aréola.

5 – Aréola – círculo pigmentado (castanho claro ou escuro) que fica ao redor do mamilo.

6 – Mamilo ou bico do peito – Também castanho claro ou escuro, em sua superfície encontram - se os poros mamilares.

7 – Poro Mamila – orifício de saída do leite.

8- Gota de leite.

Fonte: (CARVALHO, 2002).

A mama na gravidez é preparada para a amamentação (lactogênese - fase I) sob a ação de diferentes hormônios. Os mais importantes são o estrogênio, responsável pela ramificação dos ductos lactíferos e o progesterônio pela formação dos lóbulos. Outros hormônios também estão envolvidos na aceleração do crescimento mamário, tais como lactogênio placentário, prolactina e gonadotrofina coriônica.

Apesar de a secreção de prolactina estar muito aumentada na gestação, a mama não secreta leite nesse período graças a sua inibição pelo lactogênio placentário. Com o nascimento da criança e a expulsão da placenta, há uma queda acentuada nos níveis sanguíneos maternos de progesterônio, com consequente liberação de prolactina pela hipófise anterior, iniciando a lactogênese fase II e a secreção do leite.

Há também a liberação de ocitocina durante a sucção, hormônio produzido pela hipófise posterior, que tem a capacidade de contrair as células mioepiteliais que envolvem os alvéolos, expulsando o leite neles contido.

A produção do leite logo após o nascimento da criança é controlada principalmente por hormônios e a “descida do leite” conhecido como a apoiadura, que costuma ocorrer entre as 24 e 48 horas pós parto, ocorre mesmo se a criança não sugar o seio. Após a “descida do leite”, a apoiadura, inicia-se a fase III da lactogênese, também denominada galactopoiese. Essa fase, que se mantém por toda a lactação, depende principalmente da sucção do bebê e do esvaziamento da mama.

Nesse período, devido às alterações hormonais que ocorrem no organismo materno, as mamas aumentam, ficam mais pesadas, tornam se ligeiramente mais quentes do que as outras partes do corpo e podem também apresentar veias salientes.

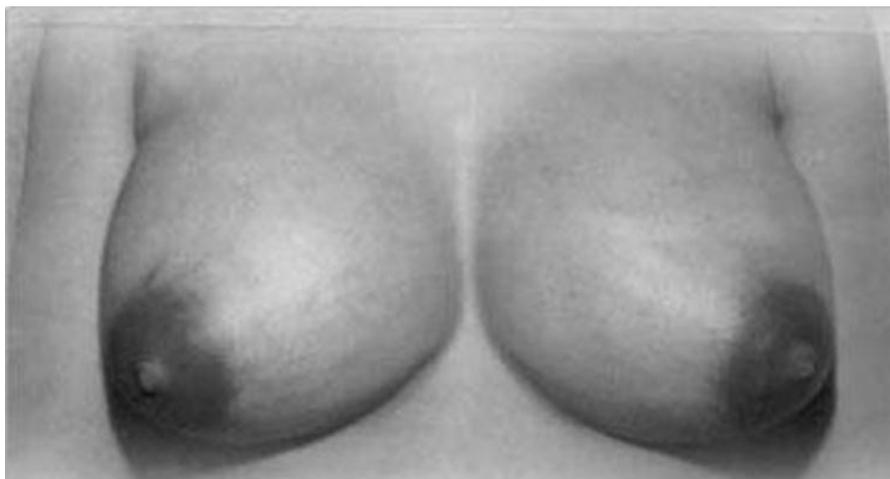


Figura 2 – Mamas na apoiadura. Fonte: (CARVALHO, 2002).

Quando, por qualquer motivo, o esvaziamento das mamas é prejudicado, pode haver uma diminuição na produção do leite, por inibição mecânica e química. O leite contém os chamados “peptídeos supressores da lactação”, que são substâncias que inibem a produção do leite. A sua remoção contínua com o esvaziamento da mama garante a reposição total do leite removido.

Grande parte do leite de uma mamada é produzida enquanto a criança mama, sob o estímulo da prolactina. A ocitocina, liberada principalmente pelo estímulo provocado pela sucção da criança, também é disponibilizada em resposta a estímulos condicionados, tais como visão, cheiro e choro da criança, e a fatores de ordem emocional, como motivação, autoconfiança e tranquilidade. Por outro lado, a dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo, a insegurança e a falta de autoconfiança podem inibir a liberação da ocitocina, prejudicando a saída do leite da mama. Nos primeiros dias após o parto, a secreção de leite é pequena, menor que 100ml/ dia, mas já no quarto dia a nutriz é capaz de produzir, em média, 600ml de leite.

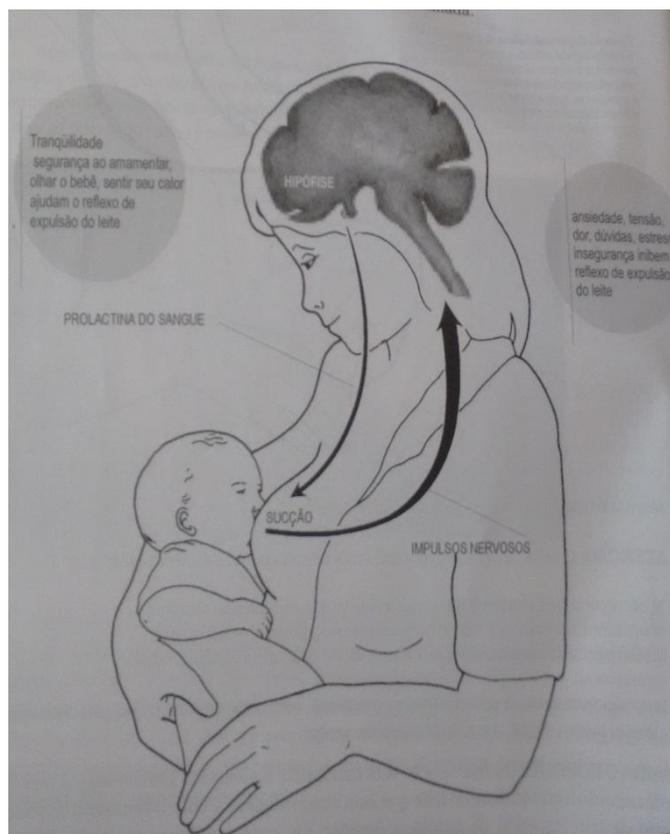


Figura 3 – Esquema do reflexo do leite ou ejeção láctea. Fonte: (CARVALHO, 2002).

4.1.2 Aleitamento Materno

- Subtema: Importância do aleitamento Materno

- Justificativa: Justifica-se a escolha desse subtema considerando a necessidade em conhecer a importância do aleitamento materno.
- Objetivo: Compreender a importância do aleitamento materno
 - Material necessário: caneta, caderno para anotações, referenciais para contextualizar o conhecimento.
 - Tempo previsto: uma hora aula.
 - Fase: Turma 03

Elabore uma orientação que estimule a amamentação a uma puérpera que não deseja amamentar seu bebê.

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe. Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, e apesar dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão aquém do recomendado.

O profissional de saúde tem um papel fundamental na reversão desse quadro, mas para isso ele precisa estar preparado, pois, por mais competente que ele seja nos aspectos técnicos relacionados à lactação, o seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno não será bem sucedido se ele não tiver um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, dentre outros. Esse olhar necessariamente deve reconhecer a mulher como protagonista do seu processo de amamentar, valorizando-a, escutando-a e empoderando-a.

É muito importante conhecer e utilizar as definições de aleitamento materno adotadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e reconhecidas no mundo inteiro. Assim, o aleitamento materno costuma ser classificado em:

• **Aleitamento materno exclusivo** – quando a criança recebe somente leite, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

•**Aleitamento materno predominante** – quando a criança recebe, além do aleitamento materno predominante leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

•**Aleitamento materno** – quando a criança recebe leite materno (direto da mama pela sucção do bebê ou com leite ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

•**Aleitamento materno complementado** – quando a criança recebe além do aleitamento materno, qualquer alimento sólido ou semisólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

•**Aleitamento materno misto ou parcial** – quando a criança recebe leite aleitamento materno misto ou parcial materno e outros tipos de leite.

Já está devidamente comprovada, por estudos científicos, a superioridade do leite materno sobre os leites de outras espécies. São vários os argumentos em favor do aleitamento materno:

Evita mortes infantis;

- Evita diarreia;
- Evita infecção respiratória;
- Diminui o risco de alergias;
- Diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes;
- Reduz a chance de obesidade;
- Melhora a nutrição;
- Efeito positivo na inteligência;
- Melhor desenvolvimento da cavidade bucal;
- Proteção contra câncer de mama;
- Menores custos financeiros;
- Promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho;

4.1.3 Aleitamento Materno

•Subtema: Técnica de Amamentação

• Justificativa: Justifica-se a escolha desse subtema considerando que o profissional de saúde para orientar necessitar conhecer as posições para amamentação.

• Objetivo: Compreender a importância da técnica de amamentação.

- Material necessário: caneta, caderno para anotações, o tema, referenciais para contextualizar o conhecimento.
- Tempo previsto: uma hora aula.
- Fase: Turma 03

Apresente a técnica da amamentação.

Apesar de a sucção do bebê ser um ato reflexo, ele precisa aprender a retirar o leite do peito de forma eficiente. Quando o bebê pega a mama adequadamente – o que requer uma abertura ampla da boca, abocanhando não apenas o mamilo, mas também parte da aréola –, forma-se um lacre perfeito entre a boca e a mama, garantindo a formação do vácuo, indispensável para que o mamilo e a aréola se mantenham dentro da boca do bebê.

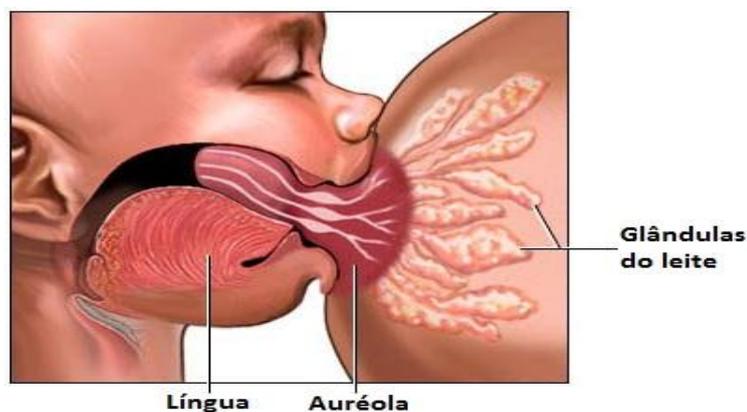


Figura 4 – Pega adequada. Fonte: (CARVALHO, 2002).

A língua eleva suas bordas laterais e a ponta, formando uma concha (canolamento) que leva o leite até a faringe posterior e esôfago, ativando o reflexo de deglutição. A retirada do leite (ordenha) é feita pela língua, graças a um movimento peristáltico rítmico da ponta da língua para trás, que comprime suavemente o mamilo. Enquanto mama no peito, o bebê respira pelo nariz, estabelecendo o padrão normal de respiração nasal. O ciclo de movimentos mandibulares (para baixo, para a frente, para cima e para trás) promove o crescimento harmônico da face do bebê.

A técnica de amamentação, ou seja, a maneira como a dupla mãe/bebê se posiciona para amamentar e a pega/ sucção do bebê são muito importantes para que o bebê consiga retirar, de maneira eficiente o leite da mama e também para não machucar os mamilos.

Uma posição inadequada da mãe ou do bebê na amamentação dificulta o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao mamilo e à aréola, resultando no que se denomina de “má pega”. A má pega dificulta o esvaziamento da mama, levando a uma diminuição da produção do leite. Muitas vezes, o bebê com pega inadequada não

ganha o peso esperado apesar de permanecer longo tempo no peito. Isso ocorre porque, nessa situação, ele é capaz de obter o leite anterior, mas tem dificuldade de retirar o leite posterior, mais calórico.

Além de dificultar a retirada do leite, a má pega machuca os mamilos. Quando o bebê tem uma boa pega, o mamilo fica em uma posição dentro da boca da criança que o protege da fricção e compressão, prevenindo, assim, lesões mamilares.

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

Posição da Mãe – A mãe escolhe uma posição

- As roupas da mãe e do bebê são adequadas, sem restringir movimentos?

Recomenda-se que as mamas estejam completamente expostas, sempre que possível, e o bebê vestido de maneira que os braços fiquem livres.

- A mãe está confortavelmente posicionada, relaxada, bem apoiada, não curvada para trás nem para frente? O apoio dos pés acima do nível do chão é aconselhável (uma banquetinha pode ser útil).

- O corpo do bebê se encontra bem próximo do da mãe, todo voltado para ela, barriga com barriga?

- O corpo e a cabeça do bebê estão alinhados (pescoço não torcido)?

- O braço inferior do bebê está posicionado de maneira que não fique entre o corpo do bebê e o corpo da mãe?

- O corpo do bebê está curvado sobre a mãe, com as nádegas firmemente apoiadas?

- O pescoço do bebê está levemente estendido?

- A mãe segura a mama de maneira que a aréola fique livre? Não se recomenda que os dedos da mãe sejam colocados em forma de tesoura, pois dessa maneira podem servir de obstáculo entre a boca do bebê e a aréola.

- A cabeça do bebê está no mesmo nível da mama, com o nariz na altura do mamilo?

- A mãe espera o bebê abrir bem a boca e abaixar a língua antes de colocá-lo no peito?

- O bebê abocanha, além do mamilo, parte da aréola (aproximadamente 2 cm além do mamilo)? É importante lembrar que o bebê retira o leite comprimindo os seios lactíferos com as gengivas e a língua.

- O queixo do bebê toca a mama?
- As narinas do bebê estão livres?
- O bebê mantém a boca bem aberta colada na mama, sem apertar os lábios?
 - Os lábios do bebê estão curvados para fora, formando um laço? Para visualizar o lábio inferior do bebê, muitas vezes é necessário pressionar a mama com as mãos.

- A língua do bebê encontra-se sobre a gengiva inferior? Algumas vezes a língua é visível; no entanto, na maioria das vezes, é necessário abaixar suavemente o lábio inferior para visualizar a língua.

- A língua do bebê está curvada para cima nas bordas laterais?
- O bebê mantém-se fixado à mama, sem escorregar ou largar o mamilo?
- As mandíbulas do bebê estão se movimentando?
- A deglutição é visível e/ou audível? É sempre útil lembrar a mãe de que é o bebê que vai à mama e não a mama que vai ao bebê. Para isso, a mãe pode, com um rápido movimento, levar o bebê ao peito quando ambos estiverem prontos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca quatro pontos-chave que caracterizam o posicionamento e pega adequados:

Pontos-chave do posicionamento adequado

1. Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo;
2. Corpo do bebê próximo ao da mãe;
3. Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido);
4. Bebê bem apoiado.

Pontos-chave da pega adequada

1. Mais aréola visível acima da boca do bebê;
2. Boca bem aberta;
3. Lábio inferior virado para fora;
4. Queixo tocando a mama.

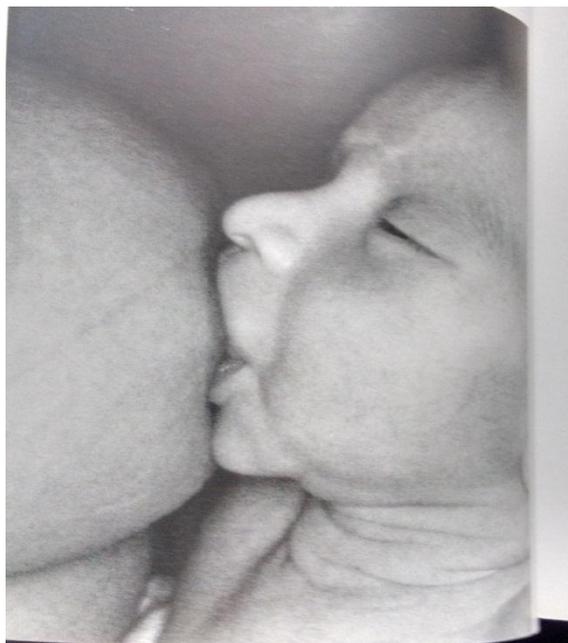


Figura 5 – Bebê abocanhando o mamilo e grande parte da aréola. Fonte: (CARVALHO, 2002).

Número de mamadas por dia

Recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama. É o que se chama de amamentação em livre demanda.

Nos primeiros meses, é normal que a criança mame com frequência e sem horários regulares. Em geral, um bebê em aleitamento materno exclusivo mama de oito a 12 vezes ao dia. Muitas mães, principalmente as que estão inseguras e as com baixa auto-estima, costumam interpretar esse comportamento normal como sinal de fome do bebê, leite fraco ou pouco leite, o que pode resultar na introdução precoce e desnecessária de suplementos. O tamanho das mamas pode exercer alguma influência no número de mamadas da criança por dia. As mulheres com mamas mais volumosas têm uma maior capacidade de armazenamento de leite e por isso podem ter mais flexibilidade com relação à frequência das mamadas. Já as mulheres com mamas pequenas podem necessitar amamentar com mais frequência devido a sua pequena capacidade de armazenamento do leite. No entanto, o tamanho da mama não tem relação com a produção do leite, ou seja, as mamas grandes e pequenas em geral têm a capacidade de secretarem o mesmo volume de leite em um dia.

Duração das mamadas

O tempo de permanência na mama em cada mamada não deve ser fixado, haja vista que o tempo necessário para esvaziar uma mama varia para cada dupla mãe/bebê e, numa mesma dupla, pode variar dependendo da fome da criança, do intervalo

transcorrido desde a última mamada e do volume de leite armazenado na mama, entre outros. O mais importante é que a mãe dê tempo suficiente à criança para ela esvaziar adequadamente a mama. Dessa maneira, a criança recebe o leite do final da mamada, que é mais calórico, promovendo a sua saciedade e, conseqüentemente, maior espaçamento entre as mamadas. O esvaziamento das mamas é importante também para o ganho adequado de peso do bebê e para a manutenção da produção de leite suficiente para atender às demandas do bebê.

Aspecto do leite

Muitas mulheres se preocupam com o aspecto de seu leite. Acham que, por ser transparente em algumas ocasiões, o leite é fraco e não sustenta a criança. Por isso, é importante que as mulheres saibam que a cor do leite varia ao longo de uma mamada e também com a dieta da mãe.

O leite do início da mamada, o chamado leite anterior, pelo seu alto teor de água, tem aspecto semelhante ao da água de côco. Porém, ele é muito rico em anticorpos. Já o leite do meio da mamada tende a ter uma coloração branca opaca devido ao aumento da concentração de caseína. E o leite do final da mamada, o chamado leite posterior, é mais amarelado devido à presença de betacaroteno, pigmento lipossolúvel presente na cenoura, abóbora e vegetais de cor laranja, provenientes da dieta da mãe.

O leite pode ter aspecto azulado ou esverdeado quando a mãe ingere grande quantidade de vegetais verdes. Não é rara a presença de sangue no leite, dando a ele uma cor amarronzada. Esse fenômeno é passageiro e costuma ocorrer nas primeiras 48 horas após o parto. É mais comum em primíparas adolescentes e mulheres com mais de 35 anos e deve-se ao rompimento de capilares provocado pelo aumento súbito da pressão dentro dos alvéolos mamários na fase inicial da lactação. Nesses casos, a amamentação pode ser mantida, desde que o sangue não provoque náuseas ou vômitos na criança.

4.1.4 Aleitamento Materno

- Subtema: Prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação
- Justificativa: Justifica-se a escolha desse subtema considerando que o profissional de saúde deve saber prevenir os problemas relacionados à amamentação.
 - Objetivo: Compreender a importância prevenção dos problemas relacionados à amamentação.

- Material necessário: caneta, caderno para anotações, o tema, referenciais para contextualizar o conhecimento.

- Tempo previsto: duas horas aula.

- Fase: Turma 03

Atividade: Elabore um mapa conceitual para explicar a prevenção e o manejo dos principais problemas relacionados à amamentação.

Alguns problemas enfrentados pelas nutrizes durante o aleitamento materno, se não forem precocemente identificados e tratados, podem ser importantes causas de interrupção da amamentação. Os profissionais de saúde têm um papel importante na prevenção e no manejo dessas dificuldades.

Demora na “descida do leite”

Em algumas mulheres a “descida do leite” ou apojadura só ocorre alguns dias após o parto. Nesses casos, o profissional de saúde deve desenvolver confiança na mãe, além de orientar medidas de estimulação da mama, como sucção frequente do bebê e ordenha. É muito útil o uso de um sistema de nutrição suplementar (translactação), que consiste em um recipiente (pode ser um copo ou uma xícara) contendo leite (de preferência leite humano pasteurizado), colocado entre as mamas da mãe e conectado ao mamilo por meio de uma sonda. A criança, ao sugar o mamilo, recebe o suplemento. Dessa maneira o bebê continua a estimular a mama e sente-se gratificado ao sugar o seio da mãe e ser saciado.

Mamilos planos ou invertidos

Mamilos planos ou invertidos podem dificultar o início da amamentação, mas não necessariamente a impedem, pois o bebê faz o “bico” com a aréola. Para fazer o diagnóstico de mamilos invertidos, pressiona-se a aréola entre o polegar e o dedo indicador: se o mamilo for invertido, ele se retrai; caso contrário, não é mamilo invertido. Para uma mãe com mamilos planos ou invertidos amamentar com sucesso, é fundamental que ela receba ajuda logo após o nascimento do bebê, que consiste em:

- Promover à confiança e empoderar a mãe – deve ser transmitido a ela que com paciência e perseverança o problema poderá ser superado e que com a sucção do bebê os mamilos vão se tornando mais propícios à amamentação;

- Ajudar a mãe a favorecer a pega do bebê – a mãe pode precisar de ajuda para fazer com que o bebê abocanhe o mamilo e parte da aréola se ele, inicialmente, não conseguir; é muito importante que a aréola esteja macia;

- Tentar diferentes posições para ver em qual delas a mãe e o bebê adaptam-se melhor;

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

Ingurgitamento mamário

No ingurgitamento mamário, há três componentes básicos:

- Congestão/aumento da vascularização da mama;
- Retenção de leite nos alvéolos;
- Edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático.

Como resultado, há a compressão dos ductos lactíferos, o que dificulta ou impede a saída do leite dos alvéolos. Não havendo alívio, a produção do leite pode ser interrompida, com posterior reabsorção do leite represado. O leite acumulado na mama sob pressão torna-se mais viscoso, daí a origem do termo “leite empedrado”.

É importante diferenciar o ingurgitamento fisiológico, que é normal, do patológico. O primeiro é discreto e representa um sinal positivo de que o leite está “descendo”, não sendo necessária qualquer intervenção. Já no ingurgitamento patológico, a mama fica excessivamente distendida, o que causa grande desconforto, às vezes acompanhado de febre e mal-estar. Pode haver áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, e o leite muitas vezes não flui com facilidade.

O ingurgitamento patológico ocorre com mais frequência entre as primíparas, aproximadamente três a cinco dias após o parto. Leite em abundância, início tardio da

amamentação, mamadas infrequentes, restrição da duração e frequência das mamadas e sucção ineficaz do bebê favorecem o aparecimento do ingurgitamento. Portanto, amamentação em livre demanda, iniciada o mais cedo possível, preferencialmente logo após o parto, e com técnica correta, e o não uso de complementos (água, chás e outros leites) são medidas eficazes na prevenção do ingurgitamento.

Dor nos mamilos/mamilos machucados

É comum a mulher sentir dor discreta ou mesmo moderada nos mamilos no começo das mamadas, devido à forte sucção deles e da aréola. Essa dor pode ser considerada normal e não deve persistir além da primeira semana.

No entanto, ter os mamilos muito doloridos e machucados, apesar de muito comuns, não é normal e requer intervenção. A causa mais comum de dor para amamentar se deve a lesões nos mamilos por posicionamento e pega inadequados.

Outras causas incluem mamilos curtos, planos ou invertidos, disfunções orais na criança, freio de língua excessivamente curto, sucção não nutritiva prolongada, uso impróprio de bombas de extração de leite, não interrupção adequada da sucção da criança quando for necessário retirá-la do peito, uso de cremes e óleos que causam reações alérgicas nos mamilos, uso de protetores de mamilo (intermediários) e exposição prolongada a forros úmidos.

Candidíase (monilíase)

A infecção da mama no puerpério por *Candidasp* (candidíase ou monilíase) é bastante comum. A infecção pode atingir só a pele do mamilo e da aréola ou comprometer os ductos lactíferos. São fatores predisponentes a umidade e lesão dos mamilos e uso, pela mulher, de antibióticos, contraceptivos orais e esteróides. Na maioria das vezes é a criança quem transmite o fungo, mesmo quando a doença não seja aparente.

A infecção por *Candidasp* costuma manifestar-se por coceira, sensação de queimadura e dor em agulhadas nos mamilos que persiste após as mamadas. A pele dos mamilos e da aréola pode apresentar-se avermelhada, brilhante ou apenas irritada ou com fina descamação, raramente se observam placas esbranquiçadas. Algumas mães queixam-se de ardência e dor em agulhada dentro das mamas. É muito comum a criança apresentar crostas brancas orais, que devem ser distinguidas das crostas de leite (essas últimas são removidas sem machucar a língua ou gengivas).

Uma vez que o fungo cresce em meio úmido, quente e escuro, são medidas preventivas contra a instalação de cândida manter os mamilos secos e arejados e expô-los à luz por alguns minutos ao dia.

Fenômeno de Raynaud

O fenômeno de Raynaud, uma isquemia intermitente causada por vasoespasmos, que usualmente ocorre nos dedos das mãos e dos pés, também pode acometer os mamilos. Em geral ocorre em resposta à exposição ao frio, compressão anormal do mamilo na boca da criança ou trauma mamilar importante. Porém, nem sempre é possível encontrar a causa.

Manifesta-se inicialmente por palidez dos mamilos (por falta de irrigação sanguínea) e dor importante antes, durante ou depois das mamadas, mas é mais comum depois das mamadas, provavelmente porque em geral o ar é mais frio que a boca da criança. A palidez é seguida de cianose e finalmente o mamilo se torna avermelhado. Muitas mulheres relatam dor em “fisgadas” ou sensação de queimação enquanto o mamilo está pálido e por isso muitas vezes essa condição é confundida com candidíase.

Os espasmos, com a dor característica, duram segundos ou minutos, mas a dor pode durar uma hora ou mais. É comum haver uma sequência de espasmos com repousos curtos. Algumas medicações como Fluconazol e contraceptivos orais podem agravar os vasoespasmos.

Bloqueio de ductos lactíferos

O bloqueio de ductos lactíferos ocorre quando o leite produzido numa determinada área da mama, por alguma razão, não é drenado adequadamente. Com frequência, isso ocorre quando a mama não está sendo esvaziada adequadamente, o que pode acontecer quando a amamentação é infrequente ou quando a criança não está conseguindo remover o leite da mama de maneira eficiente.

Pode ser causado também quando existe pressão local em uma área, como, por exemplo, um sutiã muito apertado, ou como consequência do uso de cremes nos mamilos, obstruindo os poros de saída do leite. Tipicamente, a mulher com bloqueio de ductos lactíferos apresenta nódulos localizados, sensíveis e dolorosos, acompanhados de dor, vermelhidão e calor na área envolvida. Em geral, a febre não faz parte do quadro clínico.

Às vezes, essa condição está associada a um pequeno, quase imperceptível, ponto branco na ponta do mamilo, que pode ser muito doloroso durante as mamadas. Qualquer medida que favoreça o esvaziamento completo da mama irá atuar na

prevenção do bloqueio de ductos lactíferos. Assim, técnica correta de amamentação e mamadas frequentes reduzem a chance dessa complicação, como também o uso de sutiã que não bloqueie a drenagem do leite e a restrição ao uso de cremes nos mamilos.

Mastite

Mastite é um processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama (o mais comumente afetado é o quadrante superior esquerdo), geralmente unilateral, que pode progredir ou não para uma infecção bacteriana. Ela ocorre mais comumente na segunda e terceira semanas após o parto e raramente após a 12ª semana. A estase do leite é o evento inicial da mastite e o aumento de pressão intraductal causado por ela leva ao achatamento das células alveolares e formação de espaços entre as células. Por esse espaço passam alguns componentes do plasma para o leite e do leite para o tecido intersticial da mama, causando uma resposta inflamatória.

O leite acumulado, a resposta inflamatória e o dano tecidual resultante favorecem a instalação da infecção, comumente pelo *Staphylococcus* (aureus e albus) e ocasionalmente pela *Escherichia coli* e *Streptococcus* (α - β - e não hemolítico), sendo as fissuras, na maioria das vezes, a porta de entrada da bactéria. Qualquer fator que favoreça a estagnação do leite materno predispõe ao aparecimento de mastite, incluindo mamadas com horários regulares, redução súbita no número de mamadas, longo período de sono do bebê à noite, uso de chupetas ou mamadeiras, não esvaziamento completo das mamas, freio de língua curto, criança com sucção fraca, produção excessiva de leite, separação entre mãe e bebê e desmame abrupto.

A fadiga materna é tida como um facilitador para a instalação da mastite. As mulheres que já tiveram mastite na lactação atual ou em outras lactações têm mais chance de desenvolver outras mastites por causa do rompimento da integridade da junção entre as células alveolares. Nem sempre é fácil distinguir a mastite infecciosa da não-infecciosa apenas pelos sinais e sintomas. Em ambas, a parte afetada da mama encontra-se dolorosa, vermelha, edemaciada e quente. Quando há infecção, costuma haver mal-estar importante, febre alta (acima de 38° C) e calafrios.

O sabor do leite materno costuma alterar-se nas mastites, tornando-se mais salgado devido a um aumento dos níveis de sódio e uma diminuição dos níveis de lactose. Tal alteração de sabor pode ocasionar rejeição do leite pela criança. A produção do leite pode ser afetada na mama comprometida, com diminuição do volume secretado durante o quadro clínico, bem como nos dias subsequentes. Isso se deve à diminuição de sucção da criança na mama afetada, diminuição das concentrações de lactose ou dano

do tecido alveolar. As medidas de prevenção da mastite são as mesmas do ingurgitamento mamário, do bloqueio de ductos lactíferos e das fissuras, bem como manejo precoce desses problemas.



Figura 6 – Mastite. Fonte: (CARVALHO, 2002)

Abscesso mamário

O abscesso mamário, em geral, é causado por mastite não tratada ou com tratamento iniciado tardiamente ou ineficaz. É comum após a interrupção da amamentação na mama afetada pela mastite sem o esvaziamento adequado do leite por ordenha.

O diagnóstico é feito basicamente pelo quadro clínico: dor intensa, febre, mal-estar, calafrios e presença de áreas de flutuação à palpação no local afetado. No diagnóstico diferencial do abscesso, devem-se considerar a galactocele, a fibroadenoma e o carcinoma da mama. Todo esforço deve ser feito para prevenir abscesso mamário, já que essa condição pode comprometer futuras lactações em aproximadamente 10% dos casos. Qualquer medida que previna o aparecimento de mastite consequentemente vai prevenir o abscesso mamário, assim como a instituição precoce do tratamento da mastite se ela não puder ser prevenida.



Figura 7 – Abscesso Mamário. Fonte: (CARVALHO, 2002).

4.1.5 Aleitamento Materno

- Subtema: Como manejar o aleitamento materno em situações especiais e suas restrições
- Justificativa: Justifica-se a escolha desse subtema considerando a importância de conhecer situações especiais relacionadas à amamentação e quando é necessário suas restrições.
 - Objetivo: Compreender como manejar o aleitamento materno em situações especiais;
 - Material necessário: caneta, caderno para anotações, o tema, referenciais para contextualizar o conhecimento.
 - Tempo previsto: três horas aula.
 - Fase: Turma 03

Atividades: Elabore um mapa conceitual sobre a situações especiais e restrições ao aleitamento materno.

Nova gravidez

É possível manter a amamentação em uma nova gravidez se for o desejo da mulher e se a gravidez for normal. Contudo, não é raro as crianças interromperem a amamentação espontaneamente quando a mãe engravida.

O desmame pode ocorrer pela diminuição da produção de leite, alteração no gosto do leite (mais salgado, por maior conteúdo de sódio e cloreto), perda do espaço destinado ao colo com o avanço da gravidez ou aumento da sensibilidade dos mamilos durante a gravidez. Na ameaça de parto prematuro é indicado interromper a lactação. Se a mãe optar por continuar amamentando o filho mais velho após o nascimento do bebê, é importante orientá-la que ela deve dar prioridade à criança mais nova no que diz respeito à amamentação.

Refluxo gastroesofágico

Uma das manifestações gastrointestinais mais comuns na infância é o refluxo gastroesofágico. Muitas vezes essa condição se resolve espontaneamente com a maturação do mecanismo de funcionamento do esfíncter esofágico inferior, nos primeiros meses de vida.

Nas crianças amamentadas no peito, os efeitos do refluxo gastroesofágico costumam ser mais brandos do que nas alimentadas com leite não humano, devido à posição supina do bebê para mamar e aos vigorosos movimentos peristálticos da língua

durante a sucção. Os episódios de regurgitação são mais frequentes em lactentes com aleitamento artificial quando comparados a bebês amamentados no peito.

Assim, é recomendado que a criança com refluxo gastroesofágico receba aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses e complementado até os dois anos ou mais.

Situações em que há restrições ao aleitamento materno

São poucas as situações em que pode haver indicação médica para a substituição parcial ou total do leite materno. Nas seguintes situações o aleitamento materno não deve ser recomendado:

- Mães infectadas pelo HIV;
- Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2;
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Alguns fármacos são citados como contra-indicações absolutas ou relativas ao aleitamento, como por exemplo os antineoplásicos e radiofármacos.

Nas seguintes condições maternas, o aleitamento materno não deve ser contra-indicado:

- Tuberculose: recomenda-se que as mães não tratadas ou ainda bacilíferas (duas primeiras semanas após início do tratamento) amamentem com o uso de máscaras e restrinjam o contato próximo com a criança por causa da transmissão potencial por meio das gotículas do trato respiratório. Nesse caso, o recém-nascido deve receber isoniazida na dose de 10mg/kg/dia por três meses. Após esse período deve-se fazer teste tuberculínico (PPD): se reator, a doença deve ser pesquisada, especialmente em relação ao acometimento pulmonar; se a criança tiver contraído a doença, a terapêutica deve ser reavaliada, em caso contrário, deve-se manter isoniazida por mais três meses; e, se o teste tuberculínico for não reator, pode-se suspender a medicação, e a criança deve receber a vacina BCG;
- Hanseníase: por se tratar de doença cuja transmissão depende de contato prolongado da criança com a mãe sem tratamento, e considerando que a primeira dose de Rifampicina é suficiente para que a mãe não seja mais bacilífera, deve-se manter a amamentação e iniciar tratamento da mãe;
- Hepatite B: a vacina e a administração de imunoglobulina específica (HBIG) após o nascimento praticamente eliminam qualquer risco teórico de transmissão da doença via leite materno;

- Hepatite C: a prevenção de fissuras mamilares em lactantes HCV positivas é importante, uma vez que não se sabe se o contato da criança com sangue materno favorece a transmissão da doença;

- Dengue: não há contra-indicação da amamentação em mães que contraem dengue, pois há no leite materno um fator antidengue que protege a criança;

- Consumo de cigarros: acredita-se que os benefícios do leite materno para a criança superem os possíveis malefícios da exposição à nicotina via leite materno. Por isso, o cigarro não é uma contra-indicação à amamentação.

O profissional de saúde deve realizar abordagem cognitiva comportamental básica, que dura em média de três a cinco minutos e que consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar a mãe fumante. No aconselhamento, o profissional deve alertar sobre os possíveis efeitos deletérios do cigarro para o desenvolvimento da criança, e a eventual diminuição da produção e da ejeção do leite. Para minimizar os efeitos do cigarro para a criança, as mulheres que não conseguirem parar de fumar devem ser orientadas a reduzirem o máximo possível o número de cigarros (se não possível à cessação do tabagismo, procurar fumar após as mamadas) e a não fumarem no mesmo ambiente onde está a criança.

- Consumo de álcool: assim como para o fumo, deve-se desestimular as mulheres que estão amamentando a ingerirem álcool.

Atividade Final: Desenvolver uma dramatização sobre o contexto de manejo no aleitamento materno em situações especiais e suas restrições

REFERÊNCIAS

BRASIL. SAÚDE DA CRIANÇA: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, Caderno de Atenção Básica, nº 23, Brasília, 2009.

CARVALHO, M.R; TAMEZ, R.N. Amamentação bases científica para a prática profissional, Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

REGO, J.D. Aleitamento Materno. São Paulo – SP :Editora Atheneu, 2002.

SOUZA, A.B.G. Enfermagem neonatal cuidado integral ao recém nascido, ed.1º, São Paulo: Martinari, 2011.

VINHA, V.H. P. O livro da Amamentação. Campinas – SP:Mercado das Letras, 2006.

GAMA – Grupo de Apoio á Maternidade Ativa, Amamentação sem mistério – DVD, 2010.