

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO SUL DE MINAS-CAMPUS
MUZAMBINHO-POLO DA REDE UNIDADE DE ENSINO
CAPETINGA**

**CLÁUDIA CRISTINA DE ALMEIDA
LUIZA PINTO ARRUDA**

**A IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO NOS SEIS
PRIMEIROS MESES DE VIDA**

**CAPETINGA
2010**

**CLÁUDIA CRISTINA DE ALMEIDA
LUIZA PINTO ARRUDA**

**A IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO NOS SEIS
PRIMEIROS MESES DE VIDA**

**Projeto de Conclusão de Curso apresentado ao
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia
do sul de Minas-Campus Muzambinho-Pólo da Rede
Unidade de Ensino Capetinga como requisito parcial
à obtenção do título de Técnico de Enfermagem.**

Orientador Prof (a): Caroline Martins Vieira

**CAPETINGA
2010**

COMISSÃO EXAMINADORA

Capetinga, _____ de _____ de 2010

DEDICATÓRIA

Dedicamos esse trabalho aos nossos professores que nos ajudaram direta ou indiretamente, para que houvesse sua conclusão.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por sempre caminhar conosco e aos nossos queridos professores pela atenção, carinho, amizade, paciência, respeito e interesse durante o curso.

Cláudia e Luiza

*“Mesmo que eu ande pelo vale das sombras, não temerei
mal algum, porque tu estás comigo”.*

Jesus Cristo

RESUMO

O aleitamento materno é o método ótimo de alimentação no início de vida. O leite materno é o alimento ideal, nutricionalmente completo e que reforça os laços afetivos entre mãe e filho. Ele fornece todos os nutrientes que o seu filho precisa nos primeiros seis meses de vida e continua a ser a maior fonte nutricional durante o resto do primeiro ano de vida. Além disso, o leite materno contém hormônios, imunoglobulinas e substâncias protetoras contra infecções, alergias e outras doenças, proporciona uma nutrição superior e um ótimo crescimento, fornece água adequada para a hidratação, favorece o vínculo afetivo e o melhor desenvolvimento. Os benefícios são maiores quanto maior a duração do aleitamento materno. Quanto mais tempo conseguir dar de mamar melhor. Esses benefícios permanecem muito para além da paragem da amamentação, chegando mesmo à vida adulta.

Palavras-Chave: Amamentação. Leite materno. Colostró. Lactante. Lactente.

ABSTRACT

Breastfeeding is the optimal method of feeding in early life. Breast milk is the ideal food, nutritionally complete and strengthens the emotional ties between mother and child. It provides all the nutrients your child needs during the first six months of life and remains the largest source of nutrition during the remainder of the first year of life. Furthermore, breast milk contains hormones, immunoglobulins and protective substances against allergies and other infectious diseases, provides superior nutrition and optimal growth, providing adequate water for hydration, promotes bonding and better development. The benefits are greater the higher the duration of breastfeeding. The longer able to suckle better. These benefits continue well beyond the cessation of breastfeeding, and even to adulthood.

Keywords: Breastfeeding. Milk. Colostrum. Lactating. Infant

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 – IMPORTÂNCIA DO LEITE MATERNO.....	11
1.1 Leite fraco: nasce a regra para a exceção	12
1.2 A Importância da amamentação no início da vida.....	13
1.3 Como ocorre a produção do leite humano.....	15
1.4 Coloração do leite materno.....	17
1.5 Uso do leite bovino durante a amamentação.....	18
2 – COMPOSIÇÃO DO LEITE HUMANO	19
2.1 Colostro.....	19
2.2 Leite de transição e leite maduro.....	20
2.3 Aspectos nutricionais do leite materno.....	23
3 – DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO.....	25
3.1 Benefícios do aleitamento materno exclusivo durante os seis meses.....	25
3.2 Vantagens para o bebê e para a saúde da mãe.....	26
3.3 Pega e sucção.....	27
3.4 Como iniciar a amamentação.....	28
3.5 Técnicas para amamentação.....	29
4 – COMO AVALIAR UMA MAMADA.....	31
4.1 Posição da mãe e do bebê.....	31
4.2 Sucção do bebê.....	32
4.3 Como terminar uma mamada.....	33
4.4 Desmame.....	33
5 - OBSTÁCULOS DO ALEITAMENTO MATERNO.....	35
5.1 Obstáculos da criança.....	35

5.2 Ingurgitamento mamário e prevenção.....	36
5.3 Crenças populares que afetam a amamentação.....	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40

INTRODUÇÃO

Apesar da ampla divulgação nas maternidades, postos de puericultura, e campanhas de saúde pública, a prática do aleitamento materno ainda não atingiu a frequência e duração desejáveis, embora venha evoluindo favoravelmente durante os últimos 30 anos. Porém, o desmame precoce e mesmo a adoção de mamadeiras desde o nascimento ainda são observados (ABRÃO, 2006).

Conforme o autor acima, para que haja maior adesão à amamentação, é necessário avaliar o que pensam as mães em relação ao período de amamentação, e por qual motivo interrompem a mesma. O presente estudo teve como objetivo conhecer a taxa de AME (amamentação materno exclusiva) alcançada com um programa de esclarecimento individualizado no pré-natal e durante a puericultura, identificar os motivos da não aderência à AME, e conhecer a opinião das mães de lactentes sobre qual deve ser o período de aleitamento materno exclusivo.

As estatísticas nacionais mostram que o aleitamento materno é praticado em níveis muito inferiores ao que recomenda a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil. Entre as diversas causas responsáveis por esse fenômeno, destaca-se a falta de orientação profissional adequada às atuais e às futuras mães que, em sua grande maioria, desejam amamentar, porém, não estão devidamente preparadas para tanto (FEBRASGO, 2006).

Conforme o manual de orientação Febrasgo (2006), é importante haver uma compreensão adequada sobre a definição da amamentação exclusiva, para que não haja uma subestimação de seu real impacto sobre a saúde materno-infantil. O apoio familiar, comunitário e profissional é a base do sucesso da amamentação. Ouvir a mulher sobre seus anseios, dúvidas e experiências anteriores faz parte do processo de aprendizado da amamentação, apoiando-a e aumentando sua auto-confiança. O aleitamento materno não deve ser um processo doloroso, assim deverá a lactante ser orientada desde o início da amamentação para evitar o desmame precoce.

1-IMPORTÂNCIA DO LEITE MATERNO

A importância do leite materno para os lactentes como fonte nutricional, benefício imunológico e emocional, assim como o benefício sócio-cultural da amamentação para toda a coletividade, encontram-se estabelecidos, e têm obtido divulgação tanto no meio acadêmico quanto junto a toda sociedade (ABRÃO, 2006).

A partir da década de 1990, várias normatizações e ações foram desencadeadas em nível nacional e internacional, com o objetivo de ampliar a divulgação dos benefícios e a prática do aleitamento materno. Destacam-se a Declaração de Innocenti, a instituição da Semana Mundial de Amamentação, o estabelecimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância (NBCAL), a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e a revigoração dos Programas de Puericultura em unidades básicas de saúde. Em todas essas ações de saúde há uma uniformidade de meta a ser alcançada: obter o aleitamento materno até os dois anos ou mais de vida da criança; nos primeiros seis meses de vida como aleitamento materno exclusivo (AME), e a seguir complementado com outros alimentos (UNICEF, 1989).

As questões relacionadas à prática da amamentação têm-se configurado objeto de interesse para diferentes atores e grupos sociais ao longo da história. Em todas as épocas, o ser humano foi levado a construir rotas alternativas para responder à demanda das mulheres que, por opção ou imposição, trilharam o caminho do desmame precoce. Desde a secular figura da ama-de-leite até a emblemática vanguarda científica construída pelo *marketing* dos fabricantes de leites modificados, a alimentação do lactente tem servido a propósitos que não se circunscrevem exclusivamente às questões ligadas à saúde, denotando, em muitas situações, interesses relacionados à modulação de comportamento social e à oportunidade de obter lucros de toda espécie (ALMEIDA, 1998).

A amamentação, além de biologicamente determinada, é socioculturalmente condicionada, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida. Por intermédio da análise compreensiva, sob a perspectiva do realismo histórico, torna-se possível evidenciar os condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais que a transformaram em um ato regulável pela sociedade. Dependendo da realidade social a ser considerada, a ambigüidade amamentação/desmame pode traduzir-se como um choque impetuoso entre saúde e doença, entendendo-se que esses processos se associam em todos os momentos a variáveis econômicas e sociais. A dinâmica

dessas relações, no que concerne às questões estruturais, termina por configurar a amamentação como um dos atributos que caracterizam a maternidade como um bem social compartilhado (ALMEIDA, 1999).

Um fato que vem se tornando cada vez mais evidente é o descompasso entre o avanço do conhecimento científico – que descobre e correlaciona as especificidades do leite humano às peculiaridades fisiológicas do metabolismo do lactente – e a amamentação como prática socialmente instituída. Todas as vantagens da amamentação descobertas pela ciência e difundidas na sociedade não têm sido suficientes para garantir a introjeção de valores culturais capazes de reverter a sempre presente tendência ao desmame. Para tentar responder a esse paradoxal descompasso, várias pesquisas foram desenvolvidas no Brasil, particularmente a partir dos anos 80. Como resultado da busca para desvendar as razões dessa tendência, inúmeras verdades foram construídas, conferindo ao desmame um caráter multicausal.

Orlandi (1995) aponta como um dos fatores do declínio do aleitamento materno as mudanças da estrutura familiar na sociedade moderna urbana. Reforçando esse pensamento, o autor argumenta que a jovem mãe "não tem mais o apoio, a ajuda e o incentivo dos parentes mais velhos (avós, tias, irmãs, etc.), elementos facilitadores do aleitamento materno".

1.1 LEITE FRACO: NASCE A REGRA PARA A EXCEÇÃO

Todo o conjunto de regras poderia ser emblematicamente resumido em um único *slogan*, que certamente traduz todo o espírito da filosofia higienista a respeito da amamentação: "A saúde de seu filho depende de você. Amamente" (ALMEIDA, 1999).

Com as regras, nasceram as exceções. Registros de 1869 revelam que certos grupos de mulheres não conseguiam amamentar em virtude do pequeno volume de leite produzido, de este ser fraco ou pelo fato de secarem com facilidade.

Essa situação de insucesso frente ao cumprimento de todas as regras se configurou em um problema para o qual o modelo higienista não dispunha de resposta. Para contornar essa crise paradigmática, o higienismo criou e introjetou na cultura brasileira a figura do leite fraco" (ALMEIDA, 1999).

Mas como o processo de difusão de um elemento cultural envolve três etapas – apresentação, aceitação e integração –, vale questionar sobre os fatores presentes na cultura

receptora que favoreceram a incorporação desse novo elemento. Um modelo explicativo pode ser formulado colocando a dificuldade materna de assumir o insucesso da amamentação frente à forte censura social para o desmame imposta pelos higienistas. A incapacidade de amamentar tornaria pública a impossibilidade de cumprir uma "função natural e dever sagrado", inferiorizando a mulher perante a sociedade. Por outro lado, uma "epidemia" de exceções colocaria em crise o paradigma higienista, incapaz de solucionar esses novos problemas com as regras instituídas. Assim, torna-se pelo menos razoável supor que a instituição da figura de um novo ator social, capaz de assumir todas as culpas, configurar-se-ia em uma estratégia interessante para contornar o problema então emergente. Esse tipo de alternativa, mais do que suavizar a responsabilidade materna, manteria imaculado o modelo higienista de amamentação (ALMEIDA, 1999).

1.2 A IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO NO INÍCIO DA VIDA

Em anos recentes põe-se novamente em destaque a importância de se iniciar precocemente a amamentação. Um estudo realizado em quatro distritos rurais de Gana analisou dados de 11.316 crianças não gêmeas nascidas entre julho de 2003 e junho de 2004, sobreviventes ao segundo dia após o nascimento e que haviam iniciado a amamentação (EDMOND, 2006).

Os principais achados apontam que a amamentação precoce pode levar a uma considerável redução na mortalidade neonatal. Essa mortalidade por todas as causas poderia ser reduzida em 16,3% se todas as crianças iniciassem a amamentação no primeiro dia de vida, e em 22,3% se a amamentação ocorresse na primeira hora. Os efeitos da amamentação sobre a redução da mortalidade infantil já são conhecidos há alguns anos, como citado acima, mas este parece ter sido o trabalho pioneiro a discutir a importância da amamentação precoce na prevenção da mortalidade neonatal. Os autores procuram justificar como a amamentação precoce poderia afetar o risco de morrer no período neonatal. Os mecanismos seriam pelo menos os seguintes: (1) as mães que amamentam logo após o parto têm maior chance de serem bem sucedidas na prática da amamentação; (2) os alimentos pré-lácteos, comumente oferecidos aos bebês antes da amamentação, podem ocasionar lesões no intestino imaturo; (3) o colostro acelera a maturação do epitélio intestinal e protege contra agentes patogênicos; (4) o contato pele a pele previne a ocorrência de hipotermia. Alguns desses aspectos são discutidos a seguir com maior aprofundamento (EDMOND, 2006).

A preocupação com a hipoglicemia neonatal logo após o parto tem sido responsável por interrupção do aleitamento materno exclusivo em muitos hospitais devido ao uso de soro glicosado em recém-nascidos. No entanto, a hipoglicemia parece ser comum entre os mamíferos como um processo adaptativo e autolimitado, na medida em que os níveis de glicose acabam por aumentar espontaneamente em poucas horas. A amamentação precoce e exclusiva atende às necessidades dos recém-nascidos a termo, por isto desaconselha-se o uso de soro glicosado, água ou fórmula infantil que podem interferir no estabelecimento da amamentação e nos mecanismos metabólicos compensatórios do bebê. Recomenda-se que o monitoramento dos níveis glicêmicos seja realizado apenas nos recém-nascidos de risco ou com sintomas clínicos de hipoglicemia, uma vez que os exames de rotina em bebês saudáveis podem interferir negativamente na relação mãe/bebê e na amamentação (WIGHT, 2006).

1.3 COMO OCORRE A PRODUÇÃO DO LEITE HUMANO

O processo de produção do leite é muito complexo e por mais incrível que possa parecer ele tem início no momento em que a mulher engravida, pois a partir da concepção, começam a ocorrer transformações importantes no organismo, voltadas para garantir o alimento do bebê após o parto. Nesta fase, as mamas vão se preparando progressivamente para adquirir capacidade de sintetizar leite e em geral, no último trimestre da gestação, estão prontas pra entrar em funcionamento, mais isso normalmente não ocorre devido a presença de um conjunto de substancias que circulam pelo corpo através do sangue, os chamados esteróides sexuais placentários, que impedem que a MAM entre em funcionamento antes do momento adequado, retardando assim o processo de síntese do leite humano, conhecido como lactação (ALMEIDA, 1999).

Conforme o autor acima, no momento do parto ocorre à saída da placenta e com ela também saem de cena os esteróides sexuais placentários, deixando, por assim dizer, o caminho livre pra que a lactação tenha início. A partir de então, uma importante substancia tem a sua quantidade aumentada no sangue a prolactina. Um dos principais fatores responsáveis pela instalação e manutenção da lactação, a prolactina depende de estímulos externos para permanecer em níveis elevados na circulação sanguínea e sua presença é indispensável no processo de síntese do leite.

Almeida (1999), afirma que todo o leite que a mulher produz resulta de um conjunto de mecanismos complexos de transferência dos constituintes de seu sangue para o leite, através das glândulas mamarias. Os alvéolos são as unidades produtoras das glândulas, os

locais onde efetivamente ocorre a síntese, que para entrar em funcionamento depende da presença da prolactina. A título de melhor compreender, vale pensar em cada alvéolo como sendo uma máquina produtora de leite e que o conjunto de máquinas forma a fábrica, ou seja, a glândula mamária. Cada máquina só entra em funcionamento com a presença da chave que a aciona-a prolactina. O sangue é quem leva as chaves para as inúmeras máquinas (alvéolos) que compõem a fábrica (glândula mamária).

Cerca de 30-40 horas após o parto, existem chaves (prolactina) disponíveis para todas as máquinas e a fábrica (glândula mamária) entra em funcionamento com sua capacidade máxima. A partir daí começa a acontecer o que chamamos de autogregulação, ou seja, a produção se ajusta ao consumo, pois a capacidade de armazenamento é limitada e não é possível manter grandes estoques. A auto-regulação é o sistema gerencial de nossa fábrica. Ela quem determina a quantidade a ser fabricada em um dado momento, visando compatibilizar o volume de leite produzido pela mama com o que é demandado pelo bebê, respeitando assim uma antiga lei de mercado, a lei da oferta e da procura. O sucesso desse sistema depende da efetiva participação de seu gerente - a interação mãe/filho (FEBRASGO, 2006).

A interação mãe/filho é que rege os reflexos maternos para produção e saída do leite, envolvendo a ação de hormônios, cuja a concentração no sangue depende da estimulação de determinação nervosa do complexo mamiareolar pelo bebê, bem como de estímulos visuais, auditivos e até mesmo do condicionamento. Como a nossa fábrica dispõe de uma pequena capacidade de estocar o leite que produz se faz necessário dispor de um eficiente sistema para escoar a produção, uma vez que estamos trabalhando na perspectiva de atender a lei da oferta e da procura. Neste caso, o nosso agente facilitador é a ocitocina que atua impulsionando o leite para fora dos ductos, através das contrações que promove sobre os alvéolos (FEBRASGO, 2006).

O ritmo de funcionamento das glândulas mamárias vai depender da interação que se estabelece entre o reflexo de produção definido pela prolactina e o de ejeção pela ocitocina. A base do reflexo de produção é primordialmente orgânica que depende da estimulação das terminações nervosas da mama. O reflexo de ejeção por sua vez, apresenta um componente psicológico maior do que o orgânico e sofre influencia direta dos níveis de estresse - físico ou psíquico - a que se submete a mulher no período da lactação. Além de responder aos estímulos de contato direto entre mãe e bebê no ato da amamentação, o reflexo de ejeção pode ser deflagrado por estímulos visuais, olfativos, auditivos e de condicionamento. Isto explica o fato de algumas mães, mesmo fisicamente distante de seus filhos, poderem experimentar os

efeitos do reflexo da ejeção, como o gotejamento de leite de suas mamas, graças a um simples olhar sobre um outro bebê que lhe fez lembrar seu; à percepção do perfume semelhante ao do seu filho; ao choro de uma ou outra criança ou ao fato de ter chegado à hora de amamentar (ALMEIDA, 1999).

1.4 COLORAÇÃO DO LEITE MATERNO

A cor do leite nunca havia despertado o nosso interesse a ponto de transformá-la em objeto de investigação. Sempre foi entendida como algo de pouca importância, até mesmo porque ninguém se dá ao direito de parar e perder tempo observando a cor do leite humano. Esta nossa convicção se configurou em mais um dos nossos equívocos, constatado a partir de um problema que emergiu do concreto vivido (ALMEIDA, 1999).

Por funcionar como referência em amamentação e banco de leite humano, o nosso serviço recebe há muito, solicitações diárias provenientes das mais diferentes regiões do País. Certa feita, aí pelos idos da segunda metade da década de oitenta, nos chegou o mais incomum de todos os pedidos recebidos até aquele momento: Amostras de leite provenientes de duas mulheres que tinham em comum o fato de apresentar uma coloração verde escura intensa e de que ambas eram vizinhas, moradoras de um bairro situado na periferia da cidade. O que poderia estar ocorrendo? Esta era a pergunta. A análise cuidadosa dos leites revelou a presença de riboflavina em concentrações elevadas. Por sua vez, o inquérito alimentar promovido com as mães evidenciou que ambas incorporavam em sua dieta, uma elevada quantidade de hortaliças ricas em riboflavina (FREBASGO, 2006).

O que de início se apresentava como um grande problema, em verdade não passava da nossa incapacidade de compreender as dinâmicas que regem a cor do leite humano. A cor do leite humano resulta da interação dos seus constituintes, podendo variar de azul claro muito tênue até um amarelo intenso, passando por padrões intermediários como verde-escuro, da tonalidade de caldo de cana, e branco opaco sem que isso sinalize qualquer anormalidade. As alterações na cor decorrem sobretudo das variações na composição do leite ao longo da mamada ou ordenha, em função da predominância dos constituintes que se concentram em cada fase (ALMEIDA, 1999).

1.5 USO DO LEITE BOVINO DURANTE A AMAMENTAÇÃO

A alimentação e nutrição da mulher constituem um dos principais objetos de preocupação ao longo da gestação e de todo o período de amamentação. Inúmeros são os tabus alimentares, cardápios, dietas e regras que gravitam em torno da gestante e da lactante. Em meio a este conjunto de construções sociais, o estímulo ao consumo de leite de vaca e derivados merece atenção especial, praticamente por ser uma prática valorizada em estratégias comerciais, que se originam na pecuária leiteira e que ganham ênfase nas indústrias que fabricam leites modificados (ALMEIDA, 1999).

Almeida (1999), afirma que o consumo de leite bovino e seus derivados durante a gestação e amamentação devem ser visto e tratado com muita cautela, guardando-se sempre o respeito para com o hábito alimentar da mulher, gestante ou lactante. Mulheres que normalmente não consomem leite e derivados, ou fazem-no em baixa escala, não devem ser estimuladas a fazê-lo, menos ainda de forma indiscriminada e inconseqüente, como se dá no caso das propagandas, veiculadas nos meios de comunicação, que são dirigidas a mulher de forma ampla e irrestrita, com o único objetivo de vender o produto ofertado.

O estímulo ao consumo de leite bovino é absolutamente desnecessário e pode ocasionar riscos a saúde da criança. Quando há de fato uma preocupação com a saúde da mulher e do bebê, o mais importante e correto é o seu hábito alimentar (ALMEIDA, 1999).

2- COMPOSIÇÃO DO LEITE HUMANO

O leite humano oferece ao lactente todos os elementos necessários à criança durante os seis meses de vida. A água é nutriente presente em maior quantidade (87%), as proteínas são responsáveis pelo crescimento estrutural celular do lactente; os carboidratos atuam como fonte de energia; os lipídeos e os lipossolúveis desempenham múltiplas funções; os elementos minerais são indispensáveis à nutrição do lactente e ainda há hormônios, enzimas, fatores específicos do leite humano à disposição do desenvolvimento do lactente (DIAS, 2000).

Conforme relata Dias (2000), a composição do leite humano se modifica até mesmo durante as mamadas havendo no leite maduro diferenças entre o leite do começo e o leite do final das mamadas. O leite do começo surge logo no início da mamada e possui aspecto aguado e ralo, por ser rico em proteína, lactose, vitaminas, minerais e água. O leite secretado no final da mamada é mais amarelado, porque possui maior teor de gordura fornecendo energia e saciando a fome do bebê. Assim, a criança necessita tanto do leite do começo como do final da mamada, para que ela cresça e ganhe peso suficiente para o seu desenvolvimento, portanto a mãe deve ser orientada a esvaziar totalmente uma mama para depois oferecer a outra ao bebê. A composição do leite humano varia também, de acordo com o período de vida do lactente recebendo nomenclaturas diferenciadas em cada uma das fases: leite de transição e leite maduro.

2.1 COLOSTRO

O colostro começa a ser formado durante a gravidez, secretado desde o último trimestre da gestação e durante a primeira semana pós-parto. É uma secreção líquida de cor amarelada, rico em proteínas e contém menor quantidade de carboidrato e gordura; apresenta maior concentração de sódio, potássio e cloro do que o leite maduro. O volume de colostro nos primeiros dias pós-parto é de 2 a 20 ml/mamada, suficiente para atender as necessidades do recém-nascido. Produz 54 kcal/100 ml e possui 2,9g/100ml de lipídios; 5,3 g/100ml de lactose e 2,3g/100ml de proteínas, ou seja, quase três vezes mais de proteínas do que no leite humano maduro. Há alta concentração de vitaminas lipossolúveis, principalmente o beta-caroteno responsável pela cor amarelada do colostro. Nesta fase observa-se alta concentração de IgA (3,2g/100ml) e de lactoferrina que somadas aos linfócitos e macrófagos, conferem proteção ao recém-nascido contra microorganismos patogênicos. Entre 30 e 40 horas após o

parto há uma rápida mudança na composição do leite, com aumento da lactose e conseqüentemente aumento do volume de leite (DIAS, 2000).

2.2 LEITE DE TRANSIÇÃO E LEITE MADURO

A amamentação sendo estabelecida progressivamente, evolui para o leite de transição, produzido entre o sétimo e décimo quarto dia pós-parto. A composição do leite de transição varia ao longo dos dias, das características do colostro à do leite maduro. Entre o quarto e o sexto dia pós-parto, observa-se aumento brusco da produção de leite até alcançar um volume estável, aproximadamente de 600 a 700 ml/ dia entre o décimo quinto e o trigésimo dia pós-parto. Há variação individual entre mãe em alcançar o volume estável na produção de leite (DIAS, 2000).

O leite maduro é aquele produzido após o décimo quinto dia pós-parto. A composição do leite varia, sobretudo em cada espécie de mamífero sendo que o leite adequado para a alimentação dos mamíferos é o homólogo, ou seja, produzido pela própria espécie em atenção às necessidades imunológicas, fisiológicas e nutricionais do recém-nascido e do lactente. O ideal é que o leite oferecido a qualquer mamífero recém-nascido seja o leite de sua própria mãe. O leite humano maduro proporciona 70kcal/100ml e seu volume médio varia de 700 a 900ml/dia ao longo dos primeiro seis meses pós-parto e aproximadamente 600ml/dia a partir do segundo semestre. Os seus principais componentes são: água, proteínas, carboidratos, lipídios, minerais e vitaminas (DIAS, 2000).

Conforme ressalta o autor acima, o leite humano possui em sua composição cerca de 88% de água, o que resulta em baixa concentração de soluto quando comparado ao leite de vaca. Os bebês amamentados exclusivamente no peito não precisam de água adicional, a menos que haja situação com perda de volume excessivo. Assim, oferecer água regularmente poderia contribuir para a diminuição das mamadas, diluiria os fatores nutricionais e de defesa além do que poderia estar contaminada, aumentando o risco de diarreia.

PROTEÍNAS - O leite de vaca contém três vezes mais proteínas do que o leite humano, porém as proteínas do leite humano são estrutural e qualitativamente diferente das do leite de vaca. Das proteínas do leite humano 30% são compostas por caseína e 70% por proteínas do soro, entre elas a alfa-lactoalbumina, lactoferrina, lisozima, imunoglobulinas IgA, IgG, IgM e albumina. A alfa-lactoalbumina, além de ser uma proteína de alto valor biológico, atua também como catalisadora de lactose. A lactoferrina, além de sua ação bacteriostática, liga-se ao ferro contribuindo para maior absorção de ferro intestinal. A lisozima tem propriedades

bactericida e antiinflamatória. A IgA é a principal imunoglobulina do leite humano e tem a função de proteção da glândula mamária contra infecção como também proteger a criança contra agentes patogênicos. A betalactoalbumina, proteína no soro do leite bovino, que possui alto poder alergênico, inexistente no leite humano (DIAS, 2000).

O leite humano é de fácil digestão pelo lactente. A caseína do leite de vaca, que é muito abundante, forma no estômago do lactente um coágulo de difícil digestão, por outro lado, a caseína do leite humano forma coágulos pequenos e leves, isto determina que o tempo de esvaziamento gástrico do leite de vaca seja aproximadamente de 4 horas, enquanto que o leite humano é somente de uma hora (DIAS, 2000).

CARBOIDRATO - A lactose é o principal açúcar encontrado no leite humano. A alta concentração de lactose no leite humano determina evacuação semi-líquidas o que favorece a absorção de cálcio e ferro pelo intestino do recém-nascido alimentado ao seio. A lactose tem outras funções, além de seu papel nutricional, apresenta efeito protetor. A lactose é metabolizada em glicose fornecendo energia e, galactose, constituinte dos galactopeptídeos, necessário para o desenvolvimento do sistema nervoso central. Por outro lado, promove a colonização intestinal com *Lactobacillus bifidus*, que são bactérias fermentativas. A ação dessas bactérias é promover um meio ácido no trato gastrointestinal e inibir o crescimento de bactérias patogênicas, fungos e parasitas. O crescimento do *Lactobacillus bifidus* em presença do leite humano resulta em um carboidrato nitrogenado chamado de “fator bifidus”, o qual, em um meio rico em lactose, produz principalmente ácido lático e ácido acético levando à diminuição do pH intestinal, tornando assim o meio desfavorável ao crescimento de enterobactérias (DIAS, 2000).

LIPÍDEOS - Os lipídeos constituem a principal fonte de energia para o recém-nascido suprimindo até 50% de suas necessidades diárias. As gorduras existentes no leite materno são mais facilmente absorvidas pelo lactente do que as do leite de vaca, porque as micelas que as constituem são menores. Além disso, o leite materno possui uma enzima denominada lipase que é ativada na presença de sais biliares facilitando a digestão dos lipídeos. O leite materno contém determinadas substâncias como os ácidos graxos de cadeia curta e ésteres que possuem importante ação bactericida e também é rico em ácidos graxos insaturados particularmente os poliinsaturados de cadeia longa entre eles o ácido docosahexaenóico (ômega 3), de grande importância no desenvolvimento e mielinização do cérebro (DIAS, 2000).

VITAMINAS - O conteúdo de vitamina A, C e E no leite materno são adequados para as necessidades do lactente. A concentração de vitamina D está um pouco abaixo das necessidades do bebê, sendo necessária a exposição da criança ao sol no tempo e horário apropriado, para complementar a quantidade dessa vitamina. A concentração de vitamina K é maior como colostro e no leite do final das mamadas. Em recém-nascidos prematuros não amamentados nas primeiras horas, há risco maior de desenvolver doença hemorrágica. Duas semanas após o nascimento, a flora intestinal já fornece a maior parte da vitamina K. Assim, é recomendada administração profilática de vitamina K a todo recém-nascido imediatamente após o parto (DIAS, 2000).

MINERAIS - Quantitativamente a concentração de minerais é menor no leite materno comparada com a de vaca, porém, no leite materno está mais adaptada às necessidades e à capacidade metabólica do lactente. Os níveis de cálcio e fósforo apesar de menores no leite materno, a relação cálcio/fósforo é maior (2:4) e menor no leite de vaca (1:3), facilitando assim a absorção do cálcio no leite materno (DIAS, 2000).

GORDURAS - As gorduras são as fontes principais de calorias (energia) para o bebê. A quantidade de gordura pode ser afetada pela dieta da mãe. A gordura do leite materno contém ácidos graxos de cadeia longa necessários para o crescimento e desenvolvimento do sistema nervoso. O teor de gordura é baixo no início da mamada - no chamado leite anterior. O teor de gordura é mais alto no fim da mamada - no chamado leite posterior. O leite materno contém enzimas (lipase) que pré-digerem gordura, de modo que ela fica disponível para o bebê como energia. Os leites industrializados não mudam sua composição no decorrer da mamada e não contém enzimas que pré-digerem a gordura (BRASIL, 2001).

2.3 ASPECTOS NUTRICIONAIS DO LEITE MATERNO

Segundo Marques, Lopes e Braga (2004) o crescimento saudável é alcançado com uma alimentação adequada. Na fase inicial da vida, o leite humano é indiscutivelmente o alimento que reúne as características nutricionais ideais, com balanceamento adequado de nutrientes, além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas, importantes na diminuição da mortalidade infantil. A amamentação é, então, importante para a criança, para a família e para a sociedade em geral.

Conforme pesquisa realizada pelos autores acima crianças alimentadas exclusivamente ao seio nos 6 primeiros meses de vida apresentam ganho ponderal adequado quando comparado aos padrões existentes, sendo acentuado nos primeiros 4 meses e

desacelerando posteriormente; todas as crianças dobraram seu peso de nascimento antes do quarto mês de vida, chegando aos 6 meses eutróficas, com médias de peso superiores às relatadas nas referências utilizadas para comparação.

O crescimento estatural também se apresentou adequado, com desaceleração após os 4 meses de idade, sendo notada a diferença entre os sexos apenas aos 6 meses, quando os meninos estavam maiores que as meninas. Assim, comprovamos ser o leite materno (como fonte única de nutrientes) o alimento ideal para um crescimento adequado nos primeiros 6 meses de vida, sem a necessidade de complementações; basta dar apoio à mãe quanto à amamentação e orientar e incentivar o aleitamento materno exclusivo (BRAGA, 2004).

3- DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO

Declaração Conjunta da OMS/UNICEF (1989):

Todos os estabelecimentos que oferecem serviços obstétricos e cuidados a recém-nascido devem:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
2. Treinar toda equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.
7. Encorajar o alojamento conjunto tendo permitido que as mães e os bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao peito.
10. Encorajar o estabelecimento de grupo de apoio ao aleitamento materno, para onde as mães deverão ser encaminhadas, por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.

3.1 BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO DURANTE OS SEIS MESES

O leite materno oferece muitos benefícios à saúde do bebê. Quando os bebês são amamentados exclusivamente, esses benefícios são usufruídos ao máximo. De um modo geral, a taxa de doenças que exigem cuidados médicos é mais baixa entre bebês amamentados exclusivamente. O aleitamento materno exclusivo oferece a melhor nutrição e crescimento ao

bebê, continuando a promover seu crescimento após a introdução de outro alimento a partir dos seis meses (BRASIL, 2001).

Bebês amamentados têm menos infecções gastrintestinais e respiratórias do que bebês alimentado artificialmente. O fator bífidus promove o crescimento de bactérias especiais no intestino do bebê, impedindo o crescimento de bactérias nocivas. Dezenas de agentes antiinflamatórios reduzem os danos causados por inflamações. Linfócitos e macrófagos, que são células vivas, combatem doenças (BRASIL, 2001).

O leite de cada mãe possui anticorpos que protegem seu bebê de doenças às quais ela tenha sido exposta. Fatores de crescimento acentuam o desenvolvimento do bebê e a maturação de seu sistema imunológico, sistema nervoso central e de órgãos como a pele. Enzimas como a lactase e a lipase, além de muitas outras enzimas importantes, protegem os bebês com sistemas enzimáticos imaturos ou defeituosos. A lactose ajuda a prevenir o raquitismo e estimula a absorção de cálcio e o desenvolvimento do sistema nervoso (BRASIL, 2001).

O trato gastrintestinal do bebê desenvolve-se mais rapidamente quando ele é alimentado com leite materno, sem a introdução de proteínas estranhas no seu organismo. Menor exposição do bebê a proteínas estranhas cria tolerância ao invés de respostas alérgicas. Nutrientes com zinco e os ácidos graxos poliinsaturados de cadeia longa auxiliam no desenvolvimento da resposta imunológica do bebê. Uma única alimentação do bebê com fórmula infantil, nos primeiros dias de vida, pode aumentar a incidência de doenças alérgicas. Leites de outros animais e os similares à base de soja expõem o bebê a um maior risco de desenvolver alergias (BRASIL, 2001).

3.2 VANTAGENS PARA O BEBÊ E PARA A SAÚDE DA MÃE

Menor incidência de morte súbita no berço (Síndrome de Morte Súbita), menor risco de diabetes, câncer, otite e infecção urinária, melhor resposta a vacinação e capacidade de combater doenças mais rapidamente, menos problemas ortodônticos, ortopédicos faciais, dentais e fonoaudiólogos, melhor desenvolvimento neuropsicomotor, emocional e social. Melhor desempenho em testes de quociente de inteligência (BRASIL, 2001).

A ocitocina liberada quando a mãe amamenta contrai o útero e ajuda a prevenir a hemorragia pós-parto. Essa é uma das razões pelas quais a amamentação deve ser iniciada imediatamente após o nascimento e mantido sob livre demanda. Nutrizes tem elevada eficiência energética. Podem produzir leite mesmo com uma ingestão calórica limitada. O

aleitamento materno exclusivo ou predominante até os seis meses retarda a menstruação e ajuda a proteger a mulher de uma nova gravidez. Nesse processo, as reservas de ferro são preservadas e as gestações espaçadas. Maior proteção contra o câncer de mama e ovário (BRASIL, 2001).

3.3 PEGA E SUCÇÃO

O corpo do bebê deve ficar inteiramente virado (de frente) para o corpo da mãe. O corpo do bebê deve estar bem próximo do corpo da mãe. A cabeça e a coluna do bebê devem estar alinhados. As nádegas do bebê (se for pequena) devem estar apoiadas pela mão da mãe. O queixo do bebê deve tocar a mama e a boca deve estar de frente para a região aréolomamilar (BRASIL, 2001).

A boca do bebê deve estar bem aberta, os lábios devem estar virados para fora (evertidos). A língua do bebê deve estar acoplada em torno da região aréolomamilar. Podendo observar mais a aréola acima do que abaixo da boca do bebê. Durante a mamada, as bochechas do bebê permanecem arredondadas, o bico formado pela região aréolomamilar preenche a boca do bebê, não deixando espaço para a mama movimentar-se dentro dela. A língua do bebê assume a forma de um cálice ao redor da região aréolomamilar, cobrindo a gengiva inferior durante todo o ciclo da sucção. A região aréolomamilar é puxada até o palato mole e estimula o início da sucção. A combinação sucção/compressão promove a retirada do leite armazenado nos seios lactífero. Essa compressão dura apenas uma fração de segundo e, se a pega estiver correta, o mamilo não terá uma aparência achatada ou amassada quando a mamada terminar (BRASIL, 2001)

A sucção começa quando o mamilo estimula o palato mole do bebê. Uma onda peristáltica de compressão desloca-se ao longo da língua em direção à parte posterior da boca. Os seios lactíferos são comprimidos e o leite flui da mama. O bebê deglute quando a parte posterior de sua boca fica cheia de leite, e então respira. O ciclo dura cerca de um segundo (BRASIL, 2001).

Após sugar a mamadeira ou chupeta, o bebê pode apresentar dificuldade para fazer uma pega adequada (confusão de bico). O bebê confuso com mamadeira ou chupeta modifica seu mecanismo de sucção, o bebê confuso podendo manter sua língua levantada para controlar o fluxo de leite da mamadeira e dificultar a pega da aréola (BRASIL, 2001).

3.4 COMO INICIAR A AMAMENTAÇÃO

Como estabelecer uma boa comunicação como a mãe

Sente-se no mesmo nível e perto da mãe ao falar com ela. Ajude-a expressar seus sentimentos. Evite palavras que sugiram julgamento, problemas ou dificuldades. Colha informação da mãe que lhe permitam ter uma noção de seus sentimentos e crenças. Escute mais e fale menos. Não faça muitas perguntas diretas, faça a mãe sentir que você se interessa por ela e a aprova. Oriente a mãe e ofereça-lhe poucas informações relevantes. Faça o acompanhamento da mãe e, se possível, encaminhe-a a um grupo de apoio (BRASIL, 2001).

Mantenha bebê e mãe juntos desde o nascimento. Ofereça-se para ajudar a mãe a amamentar durante as primeiras mamadas. Ajude-a aprender a responder às necessidades do bebê. Se o é bebê sonolento demais para mamar, tente acordá-lo, espere um pouco e tente novamente. Não limite de forma alguma a frequência e duração das mamadas. Se a mãe sentir dores durante uma mamada, verifique e corrija a pega. Oriente a mãe a deixar o bebê largar o peito espontaneamente (BRASIL, 2001).

Não estabelecer regras rígidas para a amamentação. Mantenha mãe e bebê juntos. Não ofereça mamadeiras ou bicos artificiais a bebês amamentados. Não ofereça amostras ou livretos sobre fórmulas infantis, mamadeiras ou outros produtos que possam prejudicar a amamentação (BRASIL, 2001).

3.5 TÉCNICAS PARA AMAMENTAÇÃO

Giugliane (2004) relata que a dor para amamentar é uma importante causa de desmame e, por isso, sua prevenção é primordial, o que pode ser conseguido segundo o autor com as seguintes medidas:

- *Amamentar com técnica correta;
- *Manter os mamilos secos, expondo-os ao ar livre ou luz solar e trocar com frequência os forros utilizados quando há vazamento de leite;
- *Não usar produtos que retiram a proteção natural do mamilo, como sabões, álcool ou qualquer produto secante;

*Amamentar em livre demanda. A criança que é colocada no peito assim que dá sinais de que quer mamar vai ao peito com menos fome, com menos chance de sugar com força excessiva;

*Ordenhar manualmente a aréola antes da mamada se ela estiver ingurgitada, o que aumenta sua flexibilidade, permitindo uma pega adequada;

*Se for preciso interromper a mamada, introduzir o dedo indicador ou mínimo pela comissura labial da boca do bebê, de maneira que a sucção seja interrompida antes de a criança ser retirada do seio;

*Evitar o uso de protetores (intermediários) de mamilo.

Para Carvalhães (1998), apesar dos avanços nas taxas de aleitamento materno observados na última década, a situação do aleitamento materno no Brasil ainda está longe da preconizada pela Organização Mundial da Saúde; amamentação exclusiva até o sexto mês e aleitamento materno com alimentos complementares até dois anos ou mais de idade. A duração do aleitamento materno pode ser favorecida ou regida por fatores biológicos, culturais, relativos à assistência à saúde e socioeconômicos.

Os profissionais de saúde, por meio de suas atitudes e práticas, podem influenciar positiva ou negativamente o início da amamentação e sua duração. Em particular, as enfermeiras e os obstetras, durante o pré-natal, e os pediatras e a equipe de enfermagem, no período neonatal, podem incentivar a amamentação e apoiar as mães, ajudando-as a iniciá-la precocemente e a adquirir autoconfiança em sua capacidade de amamentar. O desenvolvimento ostensivo de ações de apoio à amamentação dentro das instituições hospitalares que assistem o parto e ao recém-nascido é reconhecido como medida capaz de modificar o perfil do aleitamento materno em uma população (CARVALHÃES, 1998).

4- COMO AVALIAR UMA MAMADA

Os profissionais e o pessoal de saúde devem observar todas as mães e bebês durante a mamada. Em localidades onde as mães estão acostumadas a amamentar, poucas precisarão de ajuda. A observação permitirá a seleção das mães que podem precisar de uma assistência humanizada. O formulário de Observação de Mamadas direciona o que deve ser verificado na observação de uma mamada (BRASIL, 2001).

Enquanto uma mãe estiver amamentando, observe, em silêncio, o que está acontecendo e registre as informações pertinentes no formulário de Observação de Mamadas. Se diversos itens forem assinalados na coluna direita, é uma indicação de que a mãe precisa de ajuda (BRASIL, 2001).

Nos sinais de uma pega incorreta o mamilo parece achatado ou amassado quando sai da boca do bebê. A mãe sente dor nos mamilos. As mamas da mãe podem estar ingurgitadas devido a uma retirada ineficiente do leite (BRASIL, 2001).

As primíparas podem ficar receosas de que nem elas, nem seus filhos sejam capazes de ter uma vivência positiva de amamentação. Se uma mãe precisar de ajuda, utilize uma boneca para mostrar-lhe como segurar o bebê e oferecer-lhe o peito. Peça-lhe que treine com você (BRASIL, 2001).

4.1 A POSIÇÃO DA MÃE E DO BEBÊ

A mãe está relaxada e confortável. O bebê está calmo e alerta; não está chorando. O corpo do bebê está inteiramente de frente para a mãe e próximo dela. A cabeça do bebê está apoiada, alinhada em relação ao corpo, e de frente para o peito. Os dedos da mãe estão bem distantes da aréola. Obs.: *Talvez não seja necessário apoiar o peito*, mas, se a mãe desejar, deixe-a apoiá-lo por inteiro com a mão (em forma de C), sem pressionar o peito entre os dedos para oferecê-lo ao bebê (BRASIL, 2001).

As mães podem segurar seus bebês de diversas maneiras para amamentar, e algumas delas podem não precisar de ajuda para encontrar uma posição confortável. A observação da maneira como a mãe segura e manipula o bebê pode ajudar a acompanhar o estabelecimento do vínculo afetivo. Se uma mãe precisar de ajuda, você pode sugerir uma das seguintes posições: sentada, como o bebê entre os braços, deitada, com o bebê deitado de lado e de frente para a mãe, sentada, com o peso do corpo do bebê apoiado no braço (BRASIL, 2001).

Deixe que a mãe e o bebê se conheçam e observe como transcorre a primeira mamada. Não os apresse, deixe-os em contato íntimo de pele. Talvez não precise de nenhuma ajuda. Se, após algum tempo de contato, o bebê não estiver com uma pega adequada, você poderá fazer as seguintes sugestões: estimule o reflexo de busca tocando em torno da boca do bebê com o mamilo, espere até que o bebê esteja com a boca bem aberta (como se fosse bocejar) e traga o bebê até o peito, e não o peito até o bebê. Desloque todo o corpo do bebê em direção ao peito, em vez de empurrar sua cabeça contra o peito. Verifique se o bebê colocou uma boa parte da região aréolomamilar na boca. Apóie o peito durante a mamada para ajudar o bebê a pegar a aréola. Se o bebê não estiver pegando a aréola corretamente, ou se a mãe sentir dores, a sucção deve ser interrompida, o bebê retirado do peito e a operação reiniciada (BRASIL, 2001).

4.2 SUCCÃO DO BEBÊ

Ouçã com atenção e verifique se o ciclo sucção/ deglutição/ respiração está presente. Bebês sugam cerca de uma vez por segundo quando o fluxo do leite é abundante. Bebês sugam cerca de duas vezes por segundo quando o fluxo do leite é baixo ou no final da mamada. Se este padrão não for observado durante toda a mamada, talvez o bebê não esteja conseguindo fazer uma pega correta e obter leite suficiente. Se o bebê tiver dificuldade para manter a pega, a mãe pode apoiar seu peito e o queixo do bebê para estabilizar seu maxilar e manter uma boa pega durante toda a mamada. Ela pode apoiar suavemente o queixo do bebê entre o polegar e o indicador, enquanto apóia o peito com os outros três dedos. Esta posição é conhecida como a Posição da Mãe de Bailarina (BRASIL, 2001).

4.3 COM TERMINAR UMA MAMADA

Amamente até o bebê soltar o peito espontaneamente. Ofereça o segundo peito após o bebê ter soltado espontaneamente o primeiro. Nas primeiras mamadas, alguns bebês ficam satisfeitos mamando apenas num peito. Continue a oferecer os peitos alternadamente, enquanto o bebê quiser continuar mamando. Sempre há leite nos peitos. Não retire o bebê do peito se ainda estiver sugando e deglutindo. Alguns bebês gostam de continuar sugando o peito, embora não estejam mais deglutindo. Se a mãe desejar interromper este período de

sucção pode inserir suavemente um dedo no canto da boca, entre as gengivas do bebê (BRASIL, 2001).

4.4 O DESMAME

Segundo Percegoni et al. 2002 embora o valor do leite materno para a saúde da criança e o seu benefício econômico para o país sejam inquestionáveis, o emprego da amamentação não ocorre de forma adequada, contribuindo, assim, para sua interrupção realizar-se mais cedo. O desmame precoce, principalmente em população de baixa condição socioeconômica, expõe a criança a riscos de desnutrição e infecção, comprometendo seu crescimento e desenvolvimento. No Brasil, tem-se procurado resgatar a prática do aleitamento materno através de várias propostas como o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, em 1981, Pacto pela infância no Brasil, em 1994, e a iniciativa mais recente: Hospital Amigo da Criança, destinado a estimular hospitais e maternidades a adotarem os “dez passos para o sucesso do aleitamento materno”. Contudo, apesar de programas e profissionais de saúde incentivar este procedimento, a interrupção precoce da amamentação continua a ocorrer de maneira significativa.

Lamounier (1996) ainda acrescenta que as chupetas e bicos são largamente utilizados em vários países, constituindo importantes hábitos culturais em nosso meio. 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 gastos 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 os problemas ortodônticos provocados pela sucção do bico, que não estimula adequadamente os músculos da boca. Uma grande parte dos profissionais da saúde, assim como leigos e mães, acredita que as chupetas são inofensivas, ou até mesmo necessárias e benéficas para o desenvolvimento do bebê, tendo uma atitude indiferente ou permissiva (LAMOUNIER, 1996).

5- OBSTÁCULOS DO ALEITAMENTO MATERNO

Segundo Faleiros, Trezza, Carandina (2006), o aleitamento materno depende de fatores que podem influir positiva ou negativamente no seu sucesso. Entre eles, alguns se relacionam à mãe, como as características de sua personalidade e sua atitude frente à situação de amamentar, outros se referem à criança e ao ambiente, como, por exemplo, as suas condições de nascimento e o período pós-parto havendo, também, fatores circunstanciais, como o trabalho materno e as condições habituais de vida.

A relevância do assunto justifica-se pelas recomendações da Organização Mundial de Saúde acerca do aleitamento materno prosseguir até o sexto mês e ser complementado até os 2 anos de idade. Diante dessa recomendação, buscou-se verificar até que ponto a mesma seria viável em nosso País bem como em países mais desenvolvidos (FALEIROS, 2006).

Conforme citação dos autores acima, as pesquisas brasileiras mostram que as mães que obtiverem maior sucesso no aleitamento eram as mais velhas, mais instruídas, casadas, com experiência anterior positiva com o aleitamento e consequência de motivação maior, com boa orientação pré-natal e apoio de outras pessoas para manter o aleitamento, em especialmente o apoio do marido.

5.1 OBSTÁCULOS DA CRIANÇA

Almeida (2004), cita que a Gemiparidade – é perfeitamente possível a amamentação de gêmeos pela mãe, o aumento da sucção estimula a maior produção do leite; inicialmente pode ser difícil e trabalhoso por falta de habilidade materna, posteriormente se torna fácil e simples.

Segundo Almeida (2004), os dois RNS (recém-nascidos) podem ser amamentados ao mesmo tempo, fazendo-se alternância das mamas; pode acontecer de um RN ser mais vagaroso que o outro, aí este precisará de mais atenção. Sendo necessária a complementação da mamada com leite ordenhado, administrado através de colherinhas ou de copinhos.

A substituição da amamentação e do leite materno por produtos industrializados representou no início do século um desafio à buscar de mercados.

Tratava-se de mostrar que essa substituição podia ser adequada, através de promoções comerciais (ou “marketing”) convincentes, tanto à população em geral como aos médicos pediatras e nutricionistas (ALMEIDA, 2004).

5.2 O INGURGITAMENTO MAMÁRIO E PREVENÇÃO

Giugliane (2004), acrescenta que no ingurgitamento mamário, há três componentes básicos; congestão/aumento da vascularização, acúmulo de leite e edema decorrente da congestão e da drenagem do sistema linfático. Já em 1951 foi publicada a seqüência de eventos implicados no ingurgitamento mamário; retenção de leite nos alvéolos à distensão alveolar à compressão dos ductos à obstrução do fluxo do leite à piora da distensão alveolar à aumento da obstrução.

Secundariamente, aparecerá edema devido à estase vascular e linfática. Não havendo alívio, a produção do leite é interrompida, com posterior reabsorção do leite represado. O aumento da pressão intraductal faz com que o leite acumulado sofra um processo de transformação em nível intermolecular, tornando-se mais viscoso. Daí a origem do termo leite empedrado (GIUGLIANE, 2004).

Cita o autor acima que é importante diferenciar o ingurgitamento fisiológico do patológico. O primeiro é discreto e representa um sinal positivo de que o leite está descendo, não requer intervenção. Já no ingurgitamento patológico, a distensão tecidual é excessiva, causando grande desconforto, às vezes acompanhado de febre e mal-estar. A mama encontra-se aumentada de tamanho, dolorosa, com áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, e o leite muitas vezes não flui com facilidade. Costuma ocorrer com mais freqüência em torno do terceiro e quinto dia após o parto e geralmente está associado a um dos seguintes fatores; início tardio da amamentação, mamadas infreqüentes, restrição da duração e freqüência das mamadas, uso de suplementos e sucção ineficaz do bebê.

Giugliane (2004), afirma que o ingurgitamento pode ficar restrito à aréola (areolar) ou ao corpo da mama (periférico) ou pode acometer ambos. Quando há ingurgitamento areolar, a criança pode ter dificuldade na pega, impedindo o esvaziamento adequado da mama o que piora o ingurgitamento e a dor.

De acordo com Giugliane (2004), as seguintes recomendações são úteis na prevenção do ingurgitamento mamário;

*Iniciar a amamentação o mais cedo possível;

*Amamentar em livre demanda;

*Evitar o uso de suplementos;

Em relação aos aspectos culturais que envolvem a amamentação e o aleitamento materno, cada povo, religião, cada região tem uma cultura o que facilita ou dificulta o aleitamento materno. Existem culturas que não acham certo amamentar e outras que acham o contrário, o difícil é saber lidar com essa situação. O técnico de enfermagem deve saber lidar

com isso e saber fazer uma orientação não desrespeitando as culturas e sim a complementando (GIUGLIANE, 2004).

5.3 Crenças populares que afetam a amamentação

Essas crenças dificultam e prejudicam o aleitamento materno, pois principalmente as mulheres que tem o seu filho pela primeira vez, já vem de suas casas com a consciência sobre o aleitamento materno segundo crenças populares dito geralmente por pessoas mais velhas, o que é geralmente passado de geração a geração. Precisam-se orientar as puérperas e gestantes informando e orientando que o aleitamento materno é completo para o bebê e que é necessário e único até os 6 meses de vida do bebê, é também ensinado a técnica correta para o aleitamento materno e horário que é geralmente de 2 em 2 horas, além de ser muito importante para o bebê e para a mãe. As crenças é uma realidade em nosso país que precisa ser esclarecida para uma melhor conscientização sobre a importância do aleitamento materno (GIUGLIANE, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho salientou a importância da amamentação no mínimo nos primeiros seis meses de vida. No entanto focalizamos sobre os benefícios que o leite materno fornece para o binômio mãe-filho, esclarecendo sobre dúvidas e mitos.

No entanto, a referida pesquisa teve como proposta de reflexão o papel do técnico de enfermagem e também a identificação dos fatores que dificultam o desenvolvimento de ações de educação e saúde para a adoção de medidas de amamentação em mulheres que desejam se tornar mães e gestantes, considerando as diferentes alterações que ocorrem nesta fase da vida, a qual exige do profissional um atendimento diferenciado, participativo e integrado durante essa fase da mulher. Durante esse acompanhamento as mães ficariam mais informadas e esclarecidas sobre a importância do leite materno. Por isso, é importante o acompanhamento da mulher durante o pré-natal, realizando palestras, ministrando cursos enfatizando assim a importância da prática do aleitamento materno.

De acordo com a pesquisa, observamos que muitas crianças são privadas de aleitamento materno. Muitas mães deixam de amamentar devido a valorização da estética. Isso dificulta o desenvolvimento físico e psicológico do bebê, devido encontrar todos os nutrientes necessários no leite materno, ou seja, também é considerado como a primeira vacina do bebê.

Observamos que um gesto tão simples pode se tornar tão difícil porque muitas mulheres trabalham fora de casa, outras acham que o bebê precisa de complementação nutricional e acham que o aleitamento exclusivo não sustenta seu filho. Essas informações se tornam deficientes quando o técnico de enfermagem não possui conhecimentos suficientes para realizar um trabalho de qualidade, evitando assim uma dificuldade enfrentada pela mãe e pelo seu bebê.

O grande desafio da Enfermagem é acima de tudo repensar sobre o seu papel em todas as práticas das instituições de saúde e formas de atendimento informativo e de assistência, que possam preservar um posicionamento esclarecedor e prático sobre as técnicas corretas de amamentação e dificuldades durante esse procedimento.

A enfermagem deve desenvolver estratégias voltadas para a saúde da mãe e do bebê, pois constituem um grupo com necessidades e características específicas. Um bom relacionamento entre mãe-filho e o aleitamento materno favorece uma melhor recuperação para a puerpera após o parto e um melhor desenvolvimento do bebê.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO A.C.F.V. *Amamentação: uma prática que precisa ser aprendida*. *Pediatria* (São Paulo) 2006;28:79-80.
- ALMEIDA J.A.G. *Leite fraco: um problema da mama ou da cultura*. *Masto-Magazine*. 1998;2:2.
- ALMEIDA J.A.G. *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999.
- ALMEIDA J.A.G, Novak F.R. *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. *J Pediatr* (Rio J). 2004; 80 (5 Supl): S119-S125.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Básica de Saúde da Criança. Atenção Integrada às doenças prevalentes na Infância – AIDPI-*. Brasília, DF: MS, 2001.
- CARVALHÃES M.A.B.L, Parada M.C.G.L, Manoel C.M, Venâncio S.Y..Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana.do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada..*Rev Saúde Pública*. 1998;32:430-6.
- DIAS, R. J. *Aleitamento materno*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.
- EDMOND K. M, Zandoh C, Quigley M.A, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. *Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality*. *Pediatrics* 2006; 117:380-6.
- FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 19, n. 5, p. 623-630, set./out., 2006.
- FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – *Aleitamento Materno: manual de orientação*, São Paulo : Ponto, 2006.
- GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 80, n. 5, nov., 2004.

LAMOUNIER, J.A. *Promoção e incentivo ao aleitamento materno: iniciativa hospital Amigo da Criança*. J. Pediatr., Rio de Janeiro, v.72, 1996. p.365-368

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. UNICEF. *Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno*. Genebra: OMS; 1989.

ORLANDI O.V. *Teoria e prática do amor à criança: introdução à pediatria social no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985.

PERCEGONI N, Araújo R.M.A, Silva M.M.S, Euclides M.P, Tinoco A.L.A. *Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais*. *Rev Nutr*. 2002;15:29-35.

ROSA F. S. V. Marques, Fábio A. Lopez, Josefina A. P. Braga. *O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida*. J Pediatr (Rio J). 2004; 80(2): 99-105

WIGHT NE. *Hypoglycemia in breastfed neonates*. *Breastfeed Med* 2006; 1:253-62.