

Aleitamento Materno

6

Amamentar é muito mais do que alimentar. Além de nutrir, a amamentação promove o vínculo afetivo entre mãe e filho e tem repercussões na habilidade da criança de se defender de infecções, em sua fisiologia e em seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e também na saúde física e psíquica da mãe.

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade do aleitamento materno (AM) sobre outras formas de alimentar a criança pequena, a maioria das crianças brasileiras não é amamentada por dois anos ou mais e não recebe leite materno exclusivo nos primeiros seis meses, como recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil. A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal mostrou um comportamento bastante heterogêneo dos principais indicadores do AM entre as diversas capitais e regiões do País.¹ Do total das crianças analisadas, 68% mamaram na primeira hora de vida (58% a 83%), 41% dos menores de seis meses estavam em aleitamento materno exclusivo (AME) (27% a 56%) e 59% das crianças entre 9 e 12 meses estavam sendo amamentadas (48% a 83%). A duração mediana do AME foi de 54 dias (0,7 a 89 dias) e a do AM de 342 dias (293 a 601 dias).

O profissional de saúde tem papel fundamental na promoção, proteção e apoio ao AM. Para exercer esse papel ele precisa, além do conhecimento e de habilidades relacionados a aspectos técnicos da lactação, ter um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros aspectos.

Este capítulo tem por objetivo fornecer informações básicas ao profissional de saúde para que ele possa contribuir, de maneira eficiente, para que as mães tenham uma amamentação bem sucedida. Os problemas relacionados à lactação e seu manejo são abordados no capítulo 7 – volume 1 desta obra.

6.1 Definições

O Ministério da Saúde adota as seguintes definições de AM, preconizadas pela OMS e reconhecidas em todo o mundo:²

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

- AM predominante – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.
- AM – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de estar recebendo ou não outros alimentos.
- AM complementado – quando a criança recebe, além do leite materno, alimentos complementares, que são alimentos sólidos ou semissólidos que complementam o leite materno. Nesta categoria a criança pode estar recebendo, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.
- AM misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

6.2 Repercussões do AM no curto, médio e longo prazos

Já está devidamente comprovada, por inúmeros estudos científicos, a superioridade do leite materno sobre outros tipos de leite. Contudo, para que o AM seja praticado segundo as recomendações, é preciso que a sociedade em geral, e a mulher em particular, estejam conscientizadas da importância da amamentação. A seguir são listadas as principais repercussões do AM no curto, médio e longo prazos:

- Redução da mortalidade na infância. O AM é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, tendo o potencial de evitar 13% das mortes de crianças menores de cinco anos em todo o mundo, por causas preveníveis.³

Se iniciado precocemente, o efeito protetor do AM contra mortes infantis aumenta. Foi estimado que 16% e 7,7% das mortes neonatais poderiam ser evitadas com a amamentação no primeiro dia de vida e 22% e 19,1% com a amamentação na primeira hora de vida em estudos realizados em Gana⁴ e no Nepal,⁵ respectivamente.

- Proteção contra diarreia. Além de diminuir o risco de a criança contrair diarreia, a amamentação exerce influência sobre a gravidade dessa doença. Crianças não amamentadas têm risco três vezes maior de desidratarem e de morrerem por diarreia quando comparadas com as amamentadas.⁶ É importante destacar que essa proteção pode diminuir quando o AM deixa de ser exclusivo.
- Proteção contra infecções respiratórias. O leite materno, além de proteger contra doenças respiratórias, interfere positivamente na manifestação dessas doenças. Em Pelotas-RS, a chance de uma criança não amamentada ser internada devido a pneumonia nos primeiros três meses de vida foi 61 vezes maior que o de crianças amamentadas exclusi-

vamente.⁷ Já o risco de hospitalização por bronquiolite foi sete vezes maior em crianças amamentadas por menos de um mês que o de crianças que receberam leite materno por mais tempo.⁸ O AM também previne otites.⁹

- Proteção contra alergias. A amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida diminui o risco de alergia à proteína do leite de vaca, dermatite atópica e outros tipos de alergias, incluindo asma e sibilos recorrentes.¹⁰

A exposição a pequenas doses de leite de vaca nos primeiros dias de vida parece aumentar o risco de alergia ao leite de vaca. Por isso, é importante evitar o uso desnecessário de fórmulas lácteas nas maternidades.

- Proteção contra hipertensão, hipercolesterolemia e diabetes. Indivíduos amamentados apresentam pressões sistólica e diastólica mais baixas, níveis menores de colesterol total e risco 37% menor de apresentar diabetes tipo II.¹¹ Além disso, a exposição precoce ao leite de vaca (antes dos quatro meses) é considerada um importante fator relacionado ao desenvolvimento de *Diabetes Mellitus* tipo I. Estima-se que 30% dos casos de *Diabetes Mellitus* tipo I poderiam ser prevenidos se 90% das crianças até três meses não recebessem leite de vaca.¹²

Não só o indivíduo que é amamentado adquire proteção contra diabetes, mas também a mulher que amamenta. Foi descrita uma redução de 15% na incidência de diabetes tipo II para cada ano de lactação.¹³

- Proteção contra obesidade. Na maioria dos estudos que avaliaram a relação entre obesidade em crianças maiores de três anos e tipo de alimentação no início da vida constatou-se menor frequência de sobrepeso/obesidade em crianças que haviam sido amamentadas.¹⁴
- Promoção do crescimento. O leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento da criança pequena, além de ser mais bem digerido, quando comparado com leites de outras espécies. Atualmente, utiliza-se o crescimento das crianças amamentadas como padrão.¹⁵
- Promoção do desenvolvimento cognitivo. A maioria dos estudos conclui que as crianças amamentadas apresentam vantagens nas suas funções cognitivas quando comparadas com as não amamentadas, principalmente as com baixo peso de nascimento.^{11,16}
- Promoção do desenvolvimento da cavidade bucal. O exercício que a criança faz para retirar o leite da mama da mãe é muito importante para o desenvolvimento adequado de sua cavidade oral. O desmame precoce pode levar à ruptura do desenvolvimento motor-oral adequado, podendo prejudicar as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala, ocasionar má-oclusão dentária e respiração bucal.

- Proteção contra câncer de mama. Estima-se que o risco de apresentar câncer de mama na mulher que amamenta diminua 4,3% a cada 12 meses de lactação.¹⁷
- Promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho. Acredita-se que a amamentação traga benefícios psicológicos para a criança e para a mãe. A amamentação é uma forma muito especial de contato entre a mãe e seu bebê e uma oportunidade de a criança aprender muito cedo a comunicar-se e relacionar-se com afeto e confiança.
- Economia. Aos gastos com a compra de leite devem-se acrescentar custos com mameadeiras, bicos e gás de cozinha, além de eventuais gastos decorrentes de doenças, que são mais comuns em crianças não amamentadas.
- Qualidade de vida. O AM pode melhorar a qualidade de vida das famílias, uma vez que as crianças amamentadas adoecem menos, necessitam de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos, o que pode implicar em menos faltas ao trabalho dos pais, bem como menos gastos e situações estressantes. Além disso, a amamentação bem sucedida é fonte de prazer para mães e crianças, o que pode repercutir favoravelmente nas relações familiares e estilos de vida.

6.3 Tópicos importantes para serem abordados com as mulheres na fase inicial do AM

Além da importância do AM e das desvantagens da introdução precoce de outros alimentos na dieta da criança pequena, os seguintes aspectos devem ser abordados com as mulheres que planejam amamentar os seus filhos:

6.3.1 Noções de fisiologia da lactação

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 (entre 15 e 25 no total).

A mama, durante a gravidez, é preparada para a amamentação (lactogênese fase I) sob a ação de diferentes hormônios, sobretudo do estrogênio e do progestogênio. Com o nascimento da criança, há liberação de prolactina pela hipófise anterior, iniciando-se a lactogênese fase II e a secreção do leite. A ocitocina, produzida pela hipófise posterior em resposta à sucção da criança, leva à contração das células mioepiteliais que envolvem os alvéolos, expulsando o leite neles contido.

A produção de leite logo após o nascimento da criança é controlada principalmente por hormônios e a apoiadura (“descida do leite”), que costuma ocorrer até o 3º ou 4º dia pós-parto, ocorre mesmo se a criança não sugar o seio.

Após 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.

Sem o esvaziamento adequado da mama, a produção do leite diminui, por inibição mecânica e química. A remoção contínua dos peptídeos supressores da lactação contidos no leite 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 de 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.

Na amamentação, o volume de leite produzido varia, dependendo do quanto a criança mama e da frequência com que mama. Quanto maior o volume de leite e quanto maior a frequência das mamadas, maior será a produção de leite. Uma nutriz que amamenta exclusivamente produz, em média, 800mL por dia no 6º mês. Em geral, uma nutriz é capaz de produzir mais leite do que a quantidade necessária para o seu bebê.

6.3.2 Noções sobre o leite materno

Nos primeiros dias, o leite materno é chamado colostro, e contém mais proteínas e menos gorduras que o leite maduro. Já o leite de mães de RN prematuros contém mais proteínas, lipídeos e calorias que o de mães de bebês a termo.

A concentração de gordura no leite aumenta no decorrer de uma mamada e, por isso, o leite do final da mamada (chamado leite posterior) é mais rico em energia (calorias) e sacia melhor a criança; daí a importância de a criança esvaziar bem a mama.

O leite humano possui numerosos fatores imunológicos que protegem a criança contra infecções. Entre eles, os anticorpos IgA ocupam lugar de destaque, atuando contra micro-organismos presentes nas superfícies mucosas. Eles são um reflexo dos antígenos entéricos e respiratórios da mãe, proporcionando, desta maneira, proteção à criança contra os agentes infecciosos mais prevalentes no meio em que ela vive. A concentração de IgA no leite materno diminui ao longo do primeiro mês, permanecendo relativamente constante a partir de então.

Além da IgA, o leite materno contém outros fatores de proteção, tais como anticorpos IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisozima e fator bifido, entre outros.

Alguns dos fatores de proteção do leite materno são totalmente ou parcialmente destruídos pelo calor, razão pela qual o leite humano pasteurizado (submetido a uma temperatura de 62,5° C por 30 minutos) não tem o mesmo valor biológico que o leite cru.

A cor do leite varia ao longo de uma mamada e também com a dieta da mãe. O leite do início da mamada (leite anterior) tem aspecto semelhante ao da água de coco, devido a seu alto teor de água; é muito rico em anticorpos. O leite do meio da mamada tem uma coloração branca opaca, conferida pela caseína. E o leite do final da mamada, o chamado leite posterior, é mais amarelado, em virtude da maior concentração 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, que pode conferir a ele uma cor amarronzada. Esse fenômeno é passageiro e costuma ocorrer nas primeiras 48 horas após o parto, sendo causado pelo rompimento de capilares ao serem submetidos a um aumento súbito da pressão dentro dos alvéolos mamários na fase inicial da lactação. Nestes casos, a amamentação pode ser mantida, desde que o sangue não provoque náuseas ou vômitos na criança.

6.3.3 Amamentação em livre demanda

Recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de duração das mamadas. Nos primeiros meses, é normal que a criança mame com maior frequência e sem horários regulares. Em geral, um bebê em AME mama de 8 a 12 vezes ao dia.

O tempo necessário para esvaziar uma mama varia para cada dupla mãe-bebê e, numa mesma dupla, também 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 que esvazie adequadamente a mama.

6.3.4 Uso de medicamentos, drogas de abuso, cigarro e álcool

A utilização, pela mãe, da maioria dos medicamentos é compatível com a amamentação; poucos são os formalmente contraindicados e alguns requerem cautela ao serem utilizados durante a amamentação, devido aos riscos de efeitos adversos nos lactentes e/ou na lactação.

Cabe ao profissional de saúde buscar informações atualizadas para avaliar adequadamente os riscos e os benefícios do uso de uma determinada droga em uma mulher que está amamentando (consultar o Manual sobre Amamentação e Uso de medicamentos e outras substâncias disponível no sítio do Ministério da Saúde).¹⁸

Em casos de consumo esporádico de drogas de abuso, recomenda-se interrupção temporária do AM, com ordenha do leite, que deve ser desprezado. O tempo recomendado de interrupção da amamentação varia dependendo da droga (consultar Cadernos de Atenção Básica Nº 23. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, disponível no sítio do Ministério da Saúde).¹⁹

Acredita-se que os benefícios da amamentação para a criança superem os possíveis malefícios da exposição à nicotina por intermédio do leite materno. Por isso, o tabagismo não configura contraindicação à amamentação.²⁰ No aconselhamento, o profissional de saúde deve alertar a mãe 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 sobre a criança, as mulheres que não conseguirem parar de fumar devem ser orientadas a reduzirem o máximo possível o número de cigarros e a não fumarem no mesmo ambiente em que se encontra a criança.

Assim como para o fumo, deve-se desestimular as mulheres que estão amamentando a consumirem álcool. No entanto, consumo eventual e moderado de álcool (0,5g de álcool por quilo de peso da mãe por dia, o que corresponde a aproximadamente uma taça de vinho ou duas latas de cerveja por dia) é considerado compatível com a amamentação.

6.4 Importância do envolvimento da família

A amamentação é fortemente influenciada pelo meio onde está inserida a nutriz. A opinião e o incentivo das pessoas que cercam a mãe, sobretudo os maridos/companheiros, as avós da criança e outras pessoas significativas para a mãe são de extrema importância.

Os pais têm sido identificados como importante fonte de apoio à amamentação. No entanto, muitos não sabem de que maneira podem ajudar as mães na amamentação, provavelmente por falta de informação. Alguns sentimentos negativos dos pais, comuns após o nascimento de um filho, poderiam ser aliviados se eles estivessem conscientes da importância de seu papel, não apenas nos cuidados com o bebê, mas também com a mãe. Portanto, cabe ao profissional de saúde dar atenção também ao pai e estimulá-lo a participar desse período vital para a família.

Além dos pais, os profissionais de saúde devem tentar envolver as outras pessoas que têm participação importante no dia-a-dia das mães e das crianças, como as avós e outros parentes. A participação das avós é bastante marcante na cultura brasileira; elas costumam exercer grande influência sobre as mães, em especial as adolescentes, o que pode favorecer ou dificultar a amamentação. Muitas avós transmitem às suas filhas ou noras suas experiências com a amamentação, as quais, em muitos casos, são contrárias às recomendações atuais das práticas alimentares de crianças, como, por exemplo, o uso de água, chás e outros leites nos primeiros seis meses. Por isso, é importante incluir as avós no aconselhamento em amamentação, para que práticas nocivas à criança não continuem sendo transmitidas às novas gerações de mães. Com informação adequada e diálogo que permitam às avós expor suas experiências, crenças e sentimentos com relação à amamentação, elas podem contribuir para que a amamentação por parte de suas filhas ou noras seja bem-sucedida.

O envolvimento dos outros filhos, quando presentes, no processo da amamentação do irmão contribui para que o AM seja encarado com naturalidade desde cedo.

No período da amamentação é difícil para a mulher cuidar do bebê, da casa, do marido e de outros filhos. A família deve se reunir e procurar ajudar a mãe nas tarefas domésticas para que ela possa se dedicar mais ao RN.

Também é papel da família não adquirir produtos que podem prejudicar a amamentação, como fórmulas lácteas infantis, mamadeiras e chupetas.

6.5 Proteção legal do AM

A legislação de proteção ao AM no Brasil é uma das mais avançadas do mundo. É muito importante que o profissional de saúde conheça as leis e outros instrumentos de proteção do AM para que possa informar às mulheres que estão amamentando e suas famílias os seus direitos. Além de conhecer e divulgar os instrumentos de proteção da amamentação, é importante que o profissional respeite a legislação e monitore seu cumprimento, denunciando as irregularidades.

A seguir são apresentados alguns direitos da mulher que direta ou indiretamente protegem o AM:²¹

- **Licença maternidade** – À empregada gestante é assegurada licença de 120 dias consecutivos, sem prejuízo do emprego e da remuneração, podendo ter início no primeiro dia do nono mês de gestação, salvo antecipação por prescrição médica (Constituição Federal de 1988, artigo 7º - inciso XVIII). A Lei Federal nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, cria o Programa Empresa Cidadã, que visa prorrogar para 180 dias a licença-maternidade prevista na Constituição, mediante incentivo fiscal às empresas. A empregada deve requerer a licença-maternidade até o final do primeiro mês após o parto e o benefício também se aplica à empregada que adotar ou obter guarda judicial por fins de adoção de criança. O Decreto nº 6.690, de 11 de dezembro de 2008, regulamenta a extensão da licença-maternidade prevista na lei 11.770 para as servidoras da Administração Pública Federal. Muitos estados e municípios estão concedendo a licença-maternidade de 180 dias para suas servidoras.
- **Direito à garantia no emprego** – É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa da mulher trabalhadora durante o período de gestação e lactação, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto (Ato das disposições constitucionais transitórias – artigo 10 inciso II, letra b).
- **Direito à creche** – Todo estabelecimento que empregue mais de trinta mulheres com mais de 16 anos de idade deverá ter local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período de amamentação. Essa exigência poderá ser suprida por meio de creches distritais mantidas, diretamente ou mediante convênios, com outras entidades públicas ou privadas como SESI, SESC, LBA, ou entidades sindicais. (Consolidação das Leis do Trabalho – artigo 389 – parágrafos 1º e 2º).
- **Pausas para amamentar** – Para amamentar seu filho, até que este complete seis meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a dois descansos, de meia hora cada um. Quando assim exigir a saúde do filho, o período de seis meses poderá ser expandido a critério da autoridade competente. (Consolidação das Leis do Trabalho – artigo 396 – parágrafo único).
- **Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras - NBCAL (Portaria do Ministério da Saúde nº 2.051/2001 e duas Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a RDC nº 221/2002 e a RDC nº 222/2002) e Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006.** Esses instrumentos regulamentam a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância (até os 3 anos de idade) e produtos de puericultura correlatos. A legislação traz regras como a proibição de propagandas de fórmulas lácteas infantis, de uso de termos que lembrem o leite materno em rótulos de alimentos preparados para bebês e fotos ou desenhos que não sejam necessários para ilustrar métodos de preparação do produto. Além disso, torna obrigatório que as embalagens dos leites destinados às crianças tragam ins-

crição advertindo que o produto deve ser incluído na alimentação de menores de 1 ano apenas com indicação expressa de médico, assim como os riscos do preparo inadequado do produto. A lei também proíbe doações de mamadeiras, bicos e chupetas ou sua venda em serviços públicos de saúde, exceto em casos de necessidade individual ou coletiva.

6.6 Observação da mamada

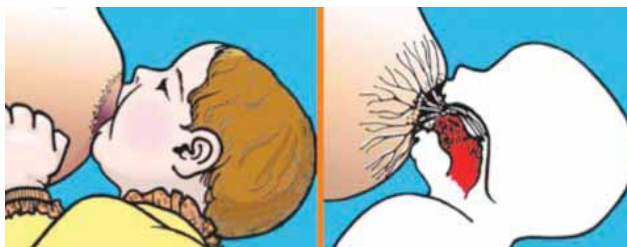


Figura 12 - Pega adequada ou boa pega



Figura 13 - Pega inadequada ou má pega

Todo profissional de saúde que presta 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:

- 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 a frente? O apoio dos pés acima do nível do chão é aconselhável (uma banqueta pode ser útil).
- O corpo do bebê encontra-se bem próximo ao da mãe, 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? A mãe deve ser orientada a não colocar os dedos em forma de tesoura, pois desta maneira pode-se criar um obstáculo entre a boca do bebê e a aréola.
- A cabeça do bebê está no mesmo nível da mama, com a boca abaixo do nível 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 2cm 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 lacre? 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 destaca quatro pontos-chave que caracterizam o posicionamento e a pega adequados:²²

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 que embaixo.
2. Boca bem aberta.
3. Lábio inferior virado para fora.
4. Queixo tocando a mama.

Os seguintes sinais são indicativos de técnica inadequada de amamentação:²²

- Bochechas do bebê encovadas a cada sucção.
- Ruídos da língua.
- Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada;
- Mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama.
- Dor na amamentação.

Quando a mama está muito cheia, a aréola pode estar tensa, endurecida, dificultando a pega. Nesse caso, recomenda-se, antes da mamada, retirar manualmente um pouco de leite da aréola ingurgitada.

6.7 Ordenha do leite

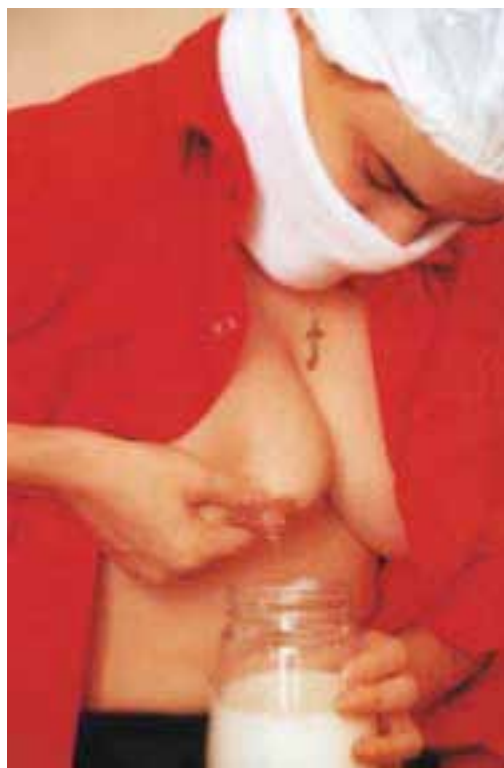


Figura 14 - Ordenha do leite

Toda mulher que amamenta deve ser orientada quanto à técnica da ordenha de seu leite.

A ordenha é útil para aliviar o desconforto provocado por uma mama muito cheia, manter a produção de leite quando o bebê não suga ou tem sucção inadequada (Ex.: RN de baixo peso ou doentes), aumentar a produção de leite e retirar leite para ser oferecido à criança na ausência da mãe ou para ser doado a um banco de leite humano.

A ordenha do leite pode ser feita manualmente ou com o auxílio de bombas de extração de leite. A ordenha manual, além de ser eficiente, é mais econômica e prática, possibilitando que a nutriz retire seu leite mais facilmente em locais e situações diversas.

A seguir, são descritos os passos da ordenha manual do leite com técnica correta:²³

- Procurar uma posição confortável, relaxante. Pensar no bebê pode auxiliar na ejeção do leite.
- Massagear delicadamente a mama com a ponta dos dedos, com movimentos circulares, da base da mama em direção à aréola.
- Manter o tórax curvado sobre o abdome, para facilitar a saída do leite e aumentar o seu fluxo.
- Posicionar os dedos da mão em forma de “C”, com o polegar na aréola ACIMA do mamilo e o dedo indicador ABAIXO do mamilo na transição aréola-mama, em oposição ao polegar, sustentando o seio com os outros dedos.
- Usar preferencialmente a mão esquerda para ordenhar a mama esquerda e a mão direita para a mama direita, ou as duas mãos simultaneamente (técnica bimanual).
- Fazer leve pressão do polegar e do dedo indicador, um em direção ao outro, e leve pressão em direção à parede torácica. Pressão muito forte pode bloquear os ductos lactíferos.
- Após a pressão, soltar. Repetir essa manobra tantas vezes quanto necessárias. A princípio o leite pode não fluir, mas depois de pressionar algumas vezes, o leite começa a pingar e pode fluir em jorros se o reflexo de ocitocina for ativado.
- Mudar a posição dos dedos ao redor da aréola para que todas as áreas da mama sejam esvaziadas.
- Iniciar a ordenha da outra mama quando o fluxo de leite diminuir. Alternar a mama e repetir a massagem e o ciclo várias vezes. Lembrar que ordenhar leite de peito adequadamente leva mais ou menos 20 a 30 minutos, em cada mama, especialmente nos primeiros dias, quando apenas uma pequena quantidade de leite pode ser produzida.
- Podem ser ordenhados os dois seios simultaneamente.

Se o leite ordenhado for utilizado para ser oferecido ao bebê ou doado a um banco de leite humano, os seguintes cuidados são necessários:

- Utilizar vasilhame de vidro esterilizado para receber o leite, preferencialmente vidros de boca larga com tampas plásticas, que possam ser submetidos à fervura por no mínimo 15 minutos.

- Usar touca ou um pano limpo para prender os cabelos.
- Evitar falar, espirrar ou tossir durante a ordenha.
- Usar máscara ou pano limpo para cobrir a boca.
- Lavar as mãos e os braços até os cotovelos com bastante água e sabão. As unhas devem estar limpas e de preferência curtas.
- Lavar as mamas apenas com água; sabonetes devem ser evitados pois ressecam os mamilos e os predis põem a fissuras.
- Secar as mãos e as mamas com toalha individual ou descartável.
- Posicionar o recipiente onde será coletado o leite materno (copo, xícara, caneca ou vidro de boca larga) próximo ao seio.
- Desprezar os primeiros jatos; assim, melhora a qualidade do leite pela redução dos contaminantes microbianos.
- Rotular o frasco com a data da coleta.
- Guardar imediatamente o frasco na geladeira ou freezer, em posição vertical.

O leite ordenhado deve ser oferecido à criança de preferência utilizando-se copo, xícara ou colher.

Para isso, é necessário que o profissional de saúde demonstre como oferecer o leite à criança dessa maneira. A técnica recomendada é a seguinte:

- Acomodar o bebê desperto e tranquilo no colo, na posição sentada ou semissentada.
- Encostar a borda do copo no lábio inferior do bebê e deixar o leite materno tocar o lábio. O bebê fará movimentos de lambida do leite, seguidos de deglutição.
- Não despejar o leite na boca do bebê.

O leite ordenhado cru (não pasteurizado) pode ser conservado em geladeira por 12 horas e no freezer ou congelador por 15 dias.

Para alimentar o bebê com leite ordenhado congelado, este deve ser descongelado, de preferência dentro da geladeira. Uma vez descongelado, o leite deve ser aquecido em banho-maria fora do fogo. Antes de oferecer o leite à criança, este deve ser agitado suavemente para homogeneizar a gordura.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa_pdf.pdf>. Acesso em: 27 out. 2009.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 november**. Washington, D. C., 2008. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf>. Acesso em: 27 out. 2009.
- JONES, G. et al. Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? **Lancet**, [S.l.], v. 362, n. 9377, p. 65-71, 2003.
- EDMOND, K. M. et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, [S.l.], v. 117, n. 3, p.380-386, 2006.
- MULLANY, L. C. et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. **J. Nutr.**, Philadelphia, v. 138, n. 3, p. 599-603, 2007.
- VICTORA, C. G. et al. Breast-feeding, nutritional status, and other prognostic factors for dehydration among young children with diarrhoea in Brazil. **Bull World Health Organ.**, New York, U. S., v. 70, n. 4, p. 467-475, 1992.
- CESAR, J. A. et al. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. **Brit. Med. J.**, [S.l.], 318, n. 7194, p. 1316-1320, 1999.
- ALBERNAZ, E. P.; MENEZES, A. M.; CESAR, J. A. Fatores de risco associados à hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-natal. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, p. 485-493, 2003.
- TEELE, D. W.; KLEIN, J. O.; ROSNER, B. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: a prospective, cohort study. **J. Infect. Dis.**, Chicago, Illinois, U. S., 160, n. 1, p. 83-94. 1989;
- VAN ODIJK, J. et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. **Allergy**, Copenhagen, Dinamarca, v. 58, n. 9, p. 833-843, 2003.
- HORTA, B. L. et al. **Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analysis**. Geneva: World Health Organization, 2007. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf>. Acesso: 27 out. 2009.
- GERSTEIN, H. C. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. **Diabetes Care**, Alexandria, Va., U. S., v. 17, p. 13-19, 1994.
- STUEBE, A. M. et al. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. **JAMA**, Chicago, U. S., v. 294, p. 2601-10, 2005.

14. DEWEY, K. G. Is breastfeeding protective against child obesity? *J. Hum. Lact.*, [S.l.], v. 19, n. 1, p. 9-18, 2003.
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The WHO child growth standards**. Disponível em: <<http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>>. Acesso em: 28 out. 2009.
16. ANDERSON, J. W.; JOHNSTONE, B. M.; REMLEY, D. T. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am. J. Clin. Nutr.*, New York, U. S., v. 70, n. 4, p. 525-535, 1999.
17. COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*, [S.l.], v. 360, n. 9328, p. 187-95, 2002.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/amamentacao_drogas.pdf> Acesso em: 15 nov. 2010.
19. _____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Caderno de Atenção Básica, n. 23). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad23.pdf>. Acesso em: 28 out. 2009.
20. LAWRENCE, R. A. **A review of the medical benefits and contraindications to breastfeeding in the United States**. Arlington: National Center for Education in Maternal and Child Health, 1997.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. **A legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação: um guia para o profissional de saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/legislacao_marketing.pdf>. Acesso em: 28 out. 2009.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a infância. **Iniciativa hospital amigo da criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um hospital amigo da criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/modulo3_ihac_alta.pdf>. Acesso em: 28 out. 2009.
23. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/manual_banco_leite.pdf>. Acesso em: 28 out. 2009.