

ALEITAMENTO NATURAL E RELACTAÇÃO — ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA *

Ana Lucia de Lorenzi Bonilha **

Magda Andrade Rezende ***

BONILHA, A. L. de L. & REZENDE, M. A. Aleitamento natural e relactação — atuação da enfermeira. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 17(1):61-75, 1983.

A atuação da enfermeira no aleitamento natural e na relactação é descrita de acordo com os três níveis de prevenção de Leavell & Clark. No nível primário são abordadas ações da enfermeira no período de gestação, no pós-parto imediato e mediato e nos intervalos dos períodos de crise, com ênfase nos exercícios para o preparo das mamas para a amamentação; no nível secundário são mencionadas ações relacionadas aos períodos de crise e hipogalactia; e no nível terciário são apresentados procedimentos para a promoção da relactação.

Atualmente um dos problemas mais graves do mundo consiste no acentuado declínio do aleitamento natural^{15,20}, tanto em países em desenvolvimento como nos desenvolvidos, o que traz como consequência aumento dos índices de morbi-mortalidade infantil³.

Como profissionais de saúde, julgamos importante atuar nos processos de manutenção do aleitamento natural e de relactação. Entendemos por relactação o processo pelo qual é reestabelecida a lactação quando esta tenha sido interrompida, independente do período de tempo transcorrido desde o término da lactação.

A atuação da enfermeira pode ser conduzida segundo os níveis de prevenção de LEAVELL & CLARK⁸: *nível primário* (promoção da saúde e proteção específica), *nível secundário* (diagnóstico e pronto tratamento), e *nível terciário* (reabilitação).

* Parte do trabalho «Atuação do enfermeiro nos processos de preparo para o aleitamento natural e sua manutenção, e de relactação» apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Pediatria Social e Puericultura, do Departamento de Enfermagem, da Escola Paulista de Medicina, em 1982, para obtenção do título de Especialista em Pediatria Social e Puericultura.

** Enfermeira. Docente da Faculdade de Enfermagem da Fundação de Ensino do Pólo Geo-Educacional do Vale do Itajaí (FEPEVI), Itajaí-SC — disciplina Enfermagem Pediátrica.

*** Enfermeira. Auxiliar de Ensino no Curso de Auxiliares de Enfermagem da Escola Vocacional Luis Antonio Machado, São Paulo.

Nestes três níveis poder-se-á atuar tanto ao nível de indivíduo como de grupo.

Atuação da enfermeira no nível primário

A atuação nesta fase pode ocorrer durante a gestação, no pós-parto imediato (primeiras doze horas após o parto) e no mediato, assim como nos intervalos entre os períodos de crise.

Segundo DIAZ WALKER⁵ são seguintes os períodos de crise: 1º — aos 7 dias após o parto, é a primeira fase de adaptação em que a mãe ainda está com as mamas ingurgitadas, doloridas e o recém-nascido em geral mama seguidamente; 2º — por volta do 35º dia após o parto, no final do puerpério, quando ocorre hipogalactia passageira de origem psíquica e hormonal; 3º — aos 3 meses após o parto quando ocorre devido à personalização da criança, diminuição do tamanho da mama, aumento do intervalo entre as mamadas e término da perda espontânea de leite; 4º — aos 6 meses após o parto, quando se acentua a individualidade da criança por começar a andar; e 6º — aos quinze meses, ao terminar o desmame.

Durante a gestação

A enfermeira deverá auxiliar a gestante a se preparar biológica e psicologicamente para o aleitamento natural.

Este preparo para ser eficiente exigirá, da profissional, atuação nos campos biológico, psicológico e social. Conseqüentemente, uma “relação de confiança” deverá estabelecer-se entre profissional e gestante. Nas entrevistas dever-se-á:

a. conhecer as expectativas da gestante e da família a respeito da gestação atual, do parto e sobre o aleitamento natural;

b. a partir das informações obtidas, sobre a gestante e sua família, criar oportunidades para que a primeira esclareça suas dúvidas sobre gestação, parto e aleitamento (natural e artificial) ou qualquer outro assunto que a interesse;

c. orientá-la sobre as vantagens do aleitamento natural em quantas entrevistas se fizerem necessárias;

d. informar a gestante como fazer o preparo das mamas e dos mamilos para o aleitamento natural, e sobre sua dieta.

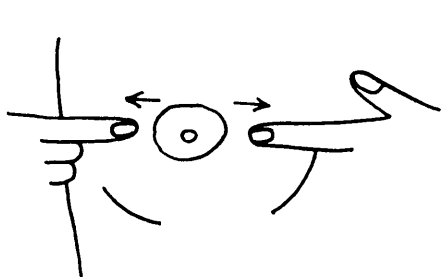
Na existência de um programa de preparo para o aleitamento natural, este deve ter flexibilidade suficiente para permitir um processo de constante retroalimentação entre gestante e profissional, permitindo sempre que aquela esclareça suas dúvidas.

O preparo das mamas e dos mamilos para o aleitamento natural começa pelo exame dos últimos quanto ao tamanho, forma e simetria, ocorrendo normalmente variações consideráveis¹². Com a inspeção visual se constata se o mamilo é protuso ou plano. Se plano faz-se um teste para saber se é real ou aparentemente plano: provoca-se a protu-

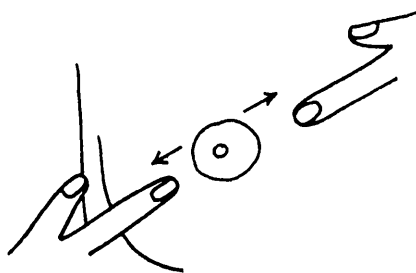
são puxando-o com os dedos. Se ocorre protusão a criança conseguirá sugar. Se o mamilo permanece plano ou umbilica, podem ser feitos exercícios específicos que visam induzir a protusão. Segundo MARTINS FILHO ¹⁰, amamentar com mamilo umbilicado pode levar a sério trauma, talvez infecção, além da possibilidade de haver fracasso no aleitamento natural.

O primeiro exercício indicado para mamilo plano ou umbilicado consiste em movimentos de tração do mamilo para fora com os dedos lubrificados com creme gorduroso ¹⁶; deve ser feito dez vezes por dia.

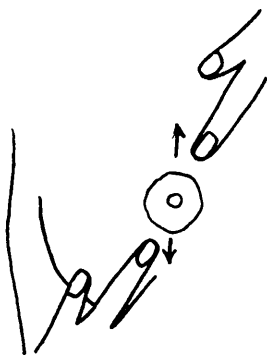
O segundo exercício é o de Hoffmann. Pode ser feito desde o 5º mês de gestação. Coloca-se um dedo de cada lado do mamilo sobre a aréola e pressiona-se a mesma para trás e para fora até que comece a doer; repete-se o movimento 3 vezes na horizontal, 3 na diagonal e 3 na vertical, para que as fibras estirem (figura nº 1). Repetir todos os dias ^{9,12,16}.



1A - Na horizontal



1B - Na diagonal



1C - Na vertical

Figura nº 1
Exercícios de Hoffmann

Além dos exercícios, o uso dos escudos de Woolwich pode auxiliar a protundir o mamilo (figura nº 2). Devem ser usados durante duas horas por dia, aumentando-se este tempo gradualmente até que possam ser tolerados continuamente. Podem ser usados a partir do 3º mês de gestação. Após o parto deve-se suspender o seu uso, pois, devido à compressão, causam a saída de leite^{9,12,16}. Segundo VARELA¹⁶ como pode ser difícil conseguir escudos de Woolwich, pode-se obter o mesmo efeito cortando uma bola de isopor ao meio e abrindo nela um orifício na parte plana de cada hemisfério de modo que nele caiba o mamilo.

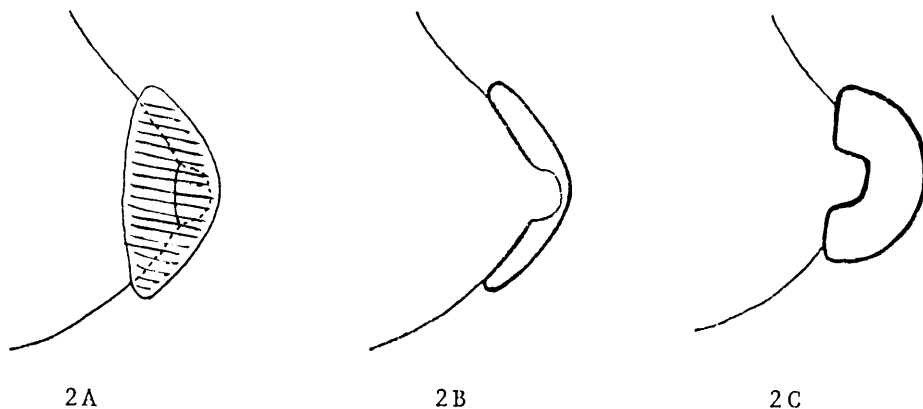


Figura nº 2: 2A) Escudo de Woolwich colocado sobre o mamilo, 2B) Escudo de Woolwich colocado sobre o mamilo, corte frontal, 2C) Hemisfério de isopor colocado sobre o mamilo, corte frontal.

A fim de desobstruir os ductos e assegurar sua permeabilidade para facilitar a sucção pela criança, pode-se fazer a extração manual do colostro durante a gestação^{2,9}. Proceda-se do seguinte modo¹⁶: faz-se massagem da glândula toda, de trás para a frente, com as palmas das mãos, duas ou três vezes; a mama deve ser sustentada com a mão deixando bem exposta a zona da aréola; o polegar e o indicador da outra mão devem ser colocados ao redor da aréola, nas regiões superior e inferior, mas sem chegar a tocar nestas; ambos os dedos devem ser empurrados para trás, em movimento de pinçamento, que deve ser repetido 3 ou 4 vezes. O processo é repetido na outra mama.

Os exercícios e procedimentos devem ser demonstrados de preferência por uma lactante. A enfermeira pode convidar uma nutriz para auxiliá-la na demonstração².

O preparo do mamilo é fundamentado no fato de que a pele da região pode, através de estímulos, tornar-se mais espessa¹. Da mesma

forma que o preparo da mama, o do mamilo deve começar bem antes do parto^{1,2}. Os exercícios consistem em¹: fazer movimentos de girar o mamilo com os dedos indicador e polegar 2 vezes por dia, por 2 minutos de cada vez; fazer uma suave fricção dos mamilos com uma toalha macia durante 15 segundos, uma vez por dia; expor os mamilos ao ar 2 horas por dia^{1,12}; deixar a roupa em contato direto com o mamilo submetendo-o a diferentes texturas^{1,12}; expô-los ao sol¹² durante 10 minutos, uma vez por dia; a higiene deve ser feita somente com água^{1,11}.

Desde os últimos meses de gestação pode ser usado um "soutien" que seja firme, mas que não aperte e que tenha alças largas para que suporte adequadamente o peso das mamas.

No pós-parto imediato e no mediato

A enfermeira deverá atuar a fim de propiciar um contato entre mãe e filho o mais precocemente possível, de preferência nos primeiros minutos após o parto. Este contato precoce entre mãe e filho acarretará, no futuro, períodos de aleitamento natural, comprovadamente, mais prolongados^{4,14,19}.

No pós-parto mediato a mãe deve ser orientada sobre as suas necessidades nutricionais como lactante e também sobre o aparente excesso de peso de após o parto.

Após o parto a mãe deve iniciar o processo de aleitamento natural, executando o que aprendeu. A enfermeira deverá estar disponível para ajudá-la.

Ao amamentar, a mãe deve ficar em posição cômoda. VARELA¹⁶ preconiza que logo após o parto a mãe fique deitada e não sentada; pode ser em decúbito lateral, com as pernas um pouco fletidas; a criança fica no mesmo plano que a mãe e, se necessário, são usadas almofadas para melhorar o apoio. Após alguns dias poderá a mãe sentar-se com maior facilidade.

Quando sentada, os braços e os pés devem ficar apoiados para evitar cansaço da musculatura e conseqüente tensão, podendo, assim, a mãe amamentar na posição clássica, isto é, com o ventre sustentando a criança; ou então na posição inversa, na qual o corpo do lactente fica entre o braço e o corpo da mãe. Na primeira posição são mais esvaziados os coletores e condutos superiores externos e inferiores internos da mama e, na segunda, os superiores internos e inferiores externos.

Tão importante quanto a posição da mãe é a sucção da criança. Na prática diária podem ser observadas posições viciosas dos lactentes, que rapidamente culminam no desmame. Se o lactente está apresentando problemas procede-se do modo descrito a seguir¹²:

a. inspecionam-se as bochechas da criança para ver se está sugando; quando a sucção é ineficaz as bochechas se retraem excessivamente; observa-se qualquer ação que indique que a criança está engolindo;

b. palpa-se a boca da criança a fim de localizar a língua que, às vezes, está para trás, “enrolada”, ao invés de estar debaixo do mamilo; se colocada corretamente a língua deverá estar visível quando os lábios da criança são delicadamente empurrados para um lado;

c. observar o ruído que faz a criança ao mamar; há uma estrepitosa aspirada de leite durante a sucção eficaz; um “clic” macio indica problema;

d. remove-se a criança da mama para testar o grau de sucção. Quando não está sendo eficaz a criança solta o mamilo com muita facilidade.

Logo que a nutriz esteja em posição cômoda e o lactente sugando eficientemente, observa-se o número de mamadas diárias. Deve-se explicar à família que a criança precisará mamar mais de 3 vezes por dia e que seu estado geral deverá ser observado quanto à hidratação, consciência, presença de edema, eliminação urinária e perda de peso não fisiológica; que isto deve ser feito para garantir ingestão mínima adequada.

Deve-se ainda abordar as necessidades de hidratação da criança, lembrando que só há necessidade de chá ou água fervida nos lugares onde o clima for muito quente.

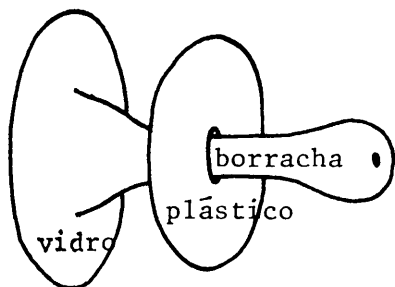
Para a manutenção da lactação o estímulo mais importante que existe — a sucção — deve ser empregado. A alternância de mamas, isto é, a criança mama em uma das mamas e completa a mamada na outra e, na próxima mamada, inicia pela última, garante a estimulação de ambas.

É importante que a mãe seja ensinada a interromper a mamada, quando se fizer necessário, de modo a não causar lesão ao mamilo. Para isto introduz-se o dedo mínimo na comissura labial do lactente; desfazendo-se a pressão negativa, a criança pode ser separada da mama sem injuriá-la.

Nos primeiros dias após o parto é comum a ocorrência de sensação dolorosa e fissuras nos mamilos devido à súbita e exagerada solicitação aos mesmos. Recomenda-se, a fim de corrigir as fissuras, que a mãe coloque a criança o mais perto possível do seu corpo fazendo com que não só o mamilo, mas também a aréola seja colocada na boca da criança; deve-se elevar a cabeça da criança fazendo com que o mamilo encoste no palato. Geralmente 24 a 48 horas após este procedimento ter sido iniciado, o tecido cicatriza ¹².

Há, também, cremes que podem ser usados na região dos mamilos no intervalo entre as mamadas.

O intermediário (figura nº 3) também pode ser usado em caso de fissuras, mas deve ser abandonado logo que ocorra cicatrização², para não interferir no padrão de sucção da criança. De modo geral, o intermediário não é eficaz, pois não comprime os seios lactíferos e a mama não é esvaziada totalmente; só tem utilidade para a nutriz que possui leite em abundância.



*Fig. nº 3 — Intermediário
A parte de vidro é adaptada
ao mamilo. O lactente suga
o bico de borracha.*

A sensação dolorosa e as fissuras causam desconforto que auxilia no surgimento de ingurgitamento mamário. O quadro pode ser prevenido com extração manual de leite¹⁶, uso de calor local através de bolsa de água quente¹³, compressas quentes e ocitócico por via nasal. Após o ingurgitamento ter diminuído, a ponta da mama ficar macia, deve-se colocar a criança a sugar para completar o esvaziamento.

Por ocasião da alta hospitalar, após o parto, a mãe deve: estar fazendo aleitamento natural exclusivo; ter recebido informações sobre as possíveis intercorrências em futuro próximo, em termos de aleitamento natural e conduta a tomar; ter recebido informações sobre o controle de peso e estatura do lactente, a fim de acompanhar a curva de adaptação do aleitamento natural ao crescimento.

Nos intervalos entre os períodos de crise

Logo depois dos períodos imediato e mediato após o parto e entre os períodos de crise, a enfermeira deve estar sempre ao dispor da mãe para dirimir dúvidas e auxiliar no que se fizer necessário.

Pela nossa experiência em serviço de internação de lactentes em hospital-escola, notamos que a falta de atuação em momentos de dúvida, nos quais a nutriz não tem a quem recorrer, propicia o desmame precoce, pois a torna vulnerável à propaganda de substitutos do leite humano e à ação de pessoas totalmente desinformadas sobre o aleitamento natural.

WHITLEY¹⁸ preconiza que, para um eficiente programa de manutenção do aleitamento natural, deve haver uma central de informações por telefone para as mães, que funcione a qualquer hora do dia e da noite. Isto foi realizado em Edimburgo (Escócia) com bons resultados⁶. É de alta valia a existência de um serviço de informações

através de telefone, rádio, televisão, de reuniões em escolas, clubes e igrejas, ou de qualquer outro meio que ponha ao alcance da nutriz, rapidamente e com eficiência, as informações de que precisa.

Deve ser dada importância ao meio familiar, devido à influência vital que os membros deste exercem ao aprovar ou desaprovar os atos do indivíduo ⁶.

A visita domiciliar, de preferência sempre realizada pela mesma pessoa ¹⁸, permite manter aquele vínculo que, no início deste texto, foi chamado de “relação de confiança”. Essa relação se estabelece entre aconselhado e conselheiro, quando o último se dispõe a aceitar e lidar com o indivíduo completo, isto é, com peculiaridades biológicas, psicológicas, espirituais e inserido no seu meio.

Atuação da enfermeira no nível secundário

No nível secundário a atuação pode ocorrer durante os períodos de crise e na hipogalactia.

Durante os períodos de crise

Num programa de incentivo e apoio ao aleitamento natural, deve ser dada atenção especial aos chamados “períodos de crise”. Entrevistas e visitas domiciliares são formas de se prestar assistência nesses casos.

A enfermeira deverá detectar o problema e traçar um plano de ação. Solução para os problemas mais comuns pode ser encontrada acima e no anexo “Técnica do Aleitamento Natural”.

Na hipogalactia

As observações a seguir referem-se à hipogalactia conseqüente à introdução precoce de mamadeira ou de outros alimentos na dieta do lactente, o que sabidamente diminui o estímulo galactogênico que é a sucção. Conseqüentemente, ocorre diminuição da lactação, e instala-se um círculo vicioso que leva ao desmame precoce. Nesta situação devemos estabelecer uma “relação de confiança” com a mãe, a fim de detectar o que causou a introdução de outro alimento; na nossa experiência em serviço de internação de lactentes em hospital-escola, a causa mais freqüente era o julgamento de valor que a mãe fazia sobre seu leite achando-o inadequado, em qualidade e quantidade; por esse motivo introduzia na alimentação da criança leite heterólogo ou outro alimento. Orientávamos a mãe para que oferecesse a mama sempre antes da mamadeira; o estímulo da sucção causava aumento gradual da produção láctea e logo já não eram necessários outros alimentos.

Atuação da enfermeira no nível terciário

No nível terciário a atuação da enfermeira consiste em promover a relactação tanto quando o desmame foi precoce, isto é, quando houve aleitamento natural, como quando não houve aleitamento natural após o parto. Entende-se por desmame precoce o que ocorre antes do sexto mês de vida do lactente⁷.

Antes de iniciar o processo de relactação a enfermeira deve:

- a. certificar-se da intenção real que a mãe tem de aleitar naturalmente;
- b. fazer exame das mamas;
- c. conhecer a causa do desmame precoce ou de não ter ocorrido o aleitamento natural, e;
- d. ensinar procedimentos sobre o aleitamento natural.

A seguir, orientará sobre os procedimentos específicos em relactação, os quais são:

- a. oferecer a mama antes da mamadeira de leite heterólogo (ou outro alimento);
- b. utilizar pequena colher (de chá, por exemplo) ao invés de mamadeira para a suplementação alimentar, a fim de que a mamadeira não interfira no processo de sucção da mama;
- c. utilizar a adaptação feita por MARTINS FILHO¹⁰ do "Lact-Aid"; e,
- d. auxiliar irrestritamente a mãe através de ensino e avaliação constantes do processo de relactação.

"Lact-Aid" é um dispositivo plástico que contém leite heterólogo ou humano. É colocado no "soutien" da nutriz entre as mamas. Do reservatório plástico parte um tubo flexível que é preso com fita adesiva à mama e cuja extremidade chega ao mamilo. Concomitantemente ao alimentar-se o lactente estimula a mama a produzir leite (ver figura nº 4). No Brasil, Martins Filho, da UNICAMP, Campinas, SP, adaptou-o utilizando uma mamadeira com leite da qual parte uma sonda de Levine. A sonda é fixada à mama da mesma forma que o "Lact-Aid". Para trazer o leite da mamadeira à extremidade a própria mão o aspira. (Fonte: palestra proferida na "II Jornada Nacional de Enfermagem Pediátrica" e "XII Encontro de Enfermeiras Pediatras", Campinas, setembro, 1981.)

Não esquecer que a sucção é o mais importante estímulo para a relactação e deve ser feita com a maior frequência possível.

Considera-se que o processo de relactação está sendo eficaz quando a criança está, pelo menos, mantendo o peso e urinando oito vezes por dia¹⁷.

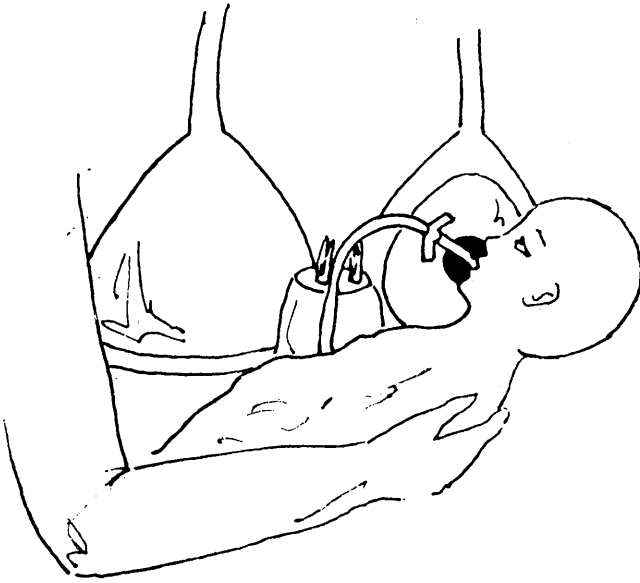


Figura nº 4 —
"Lact-Aid"

Após iniciado o processo de relactação, poderá este ser suspenso pela enfermeira, se a mãe demonstrar não ter condições biológicas ou psicológicas de fazê-lo. Esta suspensão poderá vir a ser uma grande frustração materna. A fim de evitá-la, a seleção da mãe que se dispõe a relactar deverá ser feita criteriosamente.

BONILHA, A. L. de L. & REZENDE, M. A. Breastfeeding and relactation — nurse's intervention. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 17(1):61-75, 1983.

The role of the nurse both in breastfeeding and in relactation is presented according to Leavell's and Clark's levels of prevention. The authors describe the subject the mother should be taught during pregnancy and after delivery; they emphasize the preparation of the breasts for breastfeeding, the measures to be taken in periods of crisis and of hypogalactia, the procedures for promotion of relactation.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ATKINSON, L. D. Prenatal nipple conditioning breastfeeding. *Nurs. Res.*, New York, 28(5):267-71, 1979.
2. AUERBACH, K. G. The role of the nurse in support of breastfeeding. *J. Adv. Nurs.* Oxford, 4(3):263-85, 1979.
3. BADER, M. B. Breastfeeding: the role of multinational corporations in Latin America. *Int. J. Health Serv.*, New York, 6(4):609-26, 1976.
4. DE CHATEAU, P. et alii. A study of factors promoting and inhibiting lactation. *Dev. Med. Child. Neurol.*, London, 19(5):575-84, 1977.
5. DIAZ WALKER, J. W. La recuperación de la lactancia moderna. *Bol. Med. Hosp. Infant*, México, 35(6):1147-52, 1979.
6. HOUSTON, M. J. et alii. Do breastfeeding mothers get the home support they need? *Health Bull*, Edinburgh, 39(3):166-72, 1981.
7. JELLIFFE, D. B. La nutrición infantil en las zonas tropicales y sub tropicales. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1970, 36p. (Série de monografias, 29).

8. LEAVELL, H. R. & CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo, MacGraw — Hill, 1976. 744p.
9. LOPEZ, I. B. et alii. **Lactancia materna**. *Rev. Child. Pediat.*, Santiago, 46(4):378-82, 1975.
10. MARTINS FILHO, J. **Causas y consecuencias del destete precoz**. In: SEMINARIO NACIONAL SOBRE LACTANCIA MATERNA, 1º, Bogotá, 1978. p.59-77.
11. PELLINI, E.A.J. **Aspectos obstétricos do aleitamento**. *Clin. pediat.* 5(3):62-9, 1981.
12. RIORDAN, J. et alii. **Basics of breastfeeding — part IV**. *JOGN Nurs.*, Hagerstown, 9(5):277-83, 1980.
13. RIORDAN, J. et alii **Basics of breastfeeding — part V and VI**. *JOGN Nurs.*, Hegerstown, 9(6):357-66, 1980.
14. SOSA, R. et alii. **The effect of early mother infant contact on breastfeeding**. In: CIBA FOUNDATION SYMPOSIUM BREASTFEEDING AND THE MOTHER, 45º, Cleveland, 1976. P.179-93.
15. UNICEF **Tendências na amamentação e seu impacto na saúde da criança**. Brasília, 1978.
16. VARELA, C. B. **A arte de amamentar seu filho**. Petrópolis, Vozes, 1981, p. 24-43.
17. WALETZKY, L. R. & HERMAN, E. C. **Relactation**. *Amer. Fam. Physic.*, Kansas City, 14(69):69-74, 1976.
18. WHITLEY, N. **Barriers to effective breastfeeding counseling**. *Hosp. Topics*, Chicago, 55(3):40-3, May/June, 1977.
19. WINIKOFF, B. & BAER, E. C. **The obstetrician's opportunity translating breast is best from theory to practice**. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, Saint Louis, 138(1):105-17, 1980.
20. WRAY, J. D. & BROWN, R. **Relaciones entre la nutrición de la madre, lactancia materna, mortalidad y fertilidad**. In: SEMINARIO NACIONAL SOBRE LACTANCIA MATERNA, 1º, Bogotá, 1978. p.14-58.

A N E X O

TÉCNICAS DO ALEITAMENTO NATURAL

A fim de conseguir mamar o lactente deve reter o mamilo e a aréola na sua boca comprimindo-os com a língua contra o palato. Deste modo os lábios podem pressionar a aréola e a movimentação das mandíbulas para cima e para baixo causa compressão e esvaziamento dos seios lactíferos. O leite que foi ejetado é armazenado na boca do lactente e então deglutido⁴. Estas ações são executadas por um certo tempo e interrompidas para repouso até que o lactente fique satisfeito⁴.

Para que exista sucção satisfatória a criança não deve estar muito cansada, por isso não deve ser deixada chorando muito tempo⁴.

Após as mamadas, geralmente, o lactente eructa o ar deglutido. Como nem todas as crianças ingerem ar esta não é regra fixa⁴.

Ambas as mamas devem ser oferecidas ao lactente começando a mamada pela que foi sugada por último na mamada anterior.

Para higiene das mamas antes e após a mamada somente água deve ser usada. A nutriz deverá fazer higiene das mãos com água e sabão antes de cada mamada.

Apenas para fins de comparação, é interessante saber que no aleitamento por mamadeira a criança exerce apenas 1/60 da pressão negativa que é feita durante a amamentação⁶; esta pressão estimula o crescimento e desenvolvimento adequados da musculatura local (e que não ocorre quando a criança é alimentada por mamadeira).

Segundo PELLINI³, os lactentes podem apresentar diferentes modos de mamar. Classifica ele cinco tipos que considera “básicos”, quais sejam:

— tipo “barracuda” — assim como este peixe suga a sua presa, a criança mama com vigor por 10 a 20 minutos sem abandonar a mama, podendo inclusive chegar a lesá-la pela sucção forte e continuada;

— tipo “excitada inefetiva” — a criança alternativamente suga e interrompe a mamada chorando nos intervalos; após alguns dias geralmente a criança se adapta e ocorre um padrão eficaz de amamentação;

— tipo “proteladora” — a criança, pouco ativa até o 4º ou 5º dia de vida, só começa a mamar quando o leite surge em abundância; não demonstra interesse particular ou habilidade na sucção;

— tipo “gourmet” — a criança costuma “mastigar” o mamilo saboreando pequenas quantidades de leite e passando a língua pelos lábios antes de começar nova sugada; se é perturbada durante a mamada chora; após alguns minutos suga de modo eficaz;

— tipo “descansadora” — a criança suga alguns minutos e descansa outros; para se alimentar de modo suficiente, demora mais do que as outras crianças.

Esta classificação tem o mérito de alertar para os diferentes modos de alimentar-se que o lactente pode apresentar, sendo que todos estes comportamentos são normais.

Pode acontecer de a criança apenas pegar o mamilo e não fazer adequada compressão; como consequência não se alimenta de modo eficaz e pode também injuriar o mamilo⁴.

É aconselhável que o aleitamento natural seja feito por livre demanda, isto é, o lactente deve mamar sempre que quiser, durante o tempo que quiser. A livre demanda estimula a produção de leite e produz aumento de peso mais rapidamente que no esquema de horário fixo¹.

A nutriz sadia necessita de mais 600 calorias e 24 gramas de proteína, por dia, além da sua dieta normal. A ingestão de aproximadamente 200 ml de líquido por ocasião de cada mamada pode ajudar a lactação⁶.

Logo após o parto a mãe permanece com 4 a 5 quilos de excesso em relação ao peso anterior à gestação. Este acúmulo de lipídios será utilizado nos próximos meses na produção de leite propiciando emagrecimento lento e natural⁶.

JELLIFFE demonstrou que a produção diária média de leite citada em geral (850 ml) é uma estimativa arbitraria⁵. Teve origem numa suposição feita em 1950 pela Comissão das Nações Unidas sobre Necessidades Calóricas⁵. Nos Estados Unidos, segundo o mesmo autor, a média é de 625 ml por dia⁵, mas pode variar amplamente.

O leite humano como único alimento é suficiente até 6 meses após o nascimento⁵. O estado de nutrição da mãe somente prejudica seriamente a qualidade do leite produzido quando ocorre desnutrição muito grave. Quando o feto nasce com baixo peso possui menores reservas energéticas. Esta última condição e a desnutrição materna podem fazer com que este período de adequação do leite humano às necessidades do lactente se reduza a períodos menores do que seis meses. É indispensável que seja realizado controle pôndero-estatural.

O aleitamento natural acompanhado por outros alimentos a partir dos seis meses de idade deveria estender-se até dois anos, período considerado provavelmente o “normal” para a espécie humana².

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LOPEZ, I. B. et alii. Lactancia materna. **Rev. Chil. Pediat.**, Santiago, 46(4):378-82, 1975.
2. MORLEY, D. **Pediatria no mundo em desenvolvimento**. São Paulo, Paulinas, 1980, p. 84-6.
3. PELLINI, E. A. J. Aspectos obstétricos do aleitamento. **Clin. Pediat.**, 5(3):63-9, 1981.
4. REUNIAO conjunta OMS/UNICEF sobre alimentação de lactentes e crianças na 1ª infância — a boa iniciação nutricional — como melhorar a nutrição de mães e crianças pequenas. Brasília, 1980.
5. RIORDAN, J. et alii. Basic of breast-feeding — part IV **JOGN Nurs.**, Hagerstown 9(5): 277-83, Sept./Oct. 1980.
6. VARELA, C. B. **A arte de amamentar seu filho**. Petrópolis, Vozes, 1981. p. 24-43.