

Aleitamento Materno: Aspectos Gerais

Elsa Regina Justo Giugliani

A evolução da espécie humana contou com a amamentação em 99,9% da sua existência. Portanto, parece razoável afirmar que ela, sob o ponto de vista genético, está programada para receber os benefícios do leite humano e do ato de amamentar no início da vida.

Amamentar é muito mais que alimentar a criança. Envolve interação complexa, multifatorial, entre duas pessoas, que interfere no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia, no seu desenvolvimento cognitivo e emocional e em sua saúde no longo prazo. Envolve também aspectos relacionados à saúde física e psíquica da mãe.

A espécie humana é a única entre os mamíferos em que a amamentação, além de ser biologicamente determinada, é condicionada por fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais. Em função disso, o aleitamento materno deixou de ser uma prática universal, gerando muitas vezes divergência entre a expectativa biológica da espécie e a cultura. Algumas consequências dessa divergência já puderam ser observadas, como desnutrição e alta mortalidade infantil, sobretudo em áreas menos desenvolvidas. Porém, as consequências no longo prazo ainda não são totalmente conhecidas, já que transformações genéticas não ocorrem com a rapidez de mudanças culturais.

DEFINIÇÕES

São as seguintes as categorias de aleitamento materno adotadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e internacionalmente reconhecidas:¹

- Aleitamento materno exclusivo: a criança recebe somente leite materno, direto do seio ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- Aleitamento materno predominante: a criança recebe, além do leite humano, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas, e fluidos rituais.

- Aleitamento materno: a criança recebe leite humano (direto da mama ou ordenhado), independentemente da quantidade e de estar recebendo ou não outros alimentos.
- Aleitamento materno complementado: para entrar nessa categoria a criança deve estar recebendo leite humano e, necessariamente, alimentos sólidos ou semissólidos. Ela pode estar recebendo, além desses alimentos, outros alimentos, incluindo leites de outras espécies.

O conjunto das categorias aleitamento materno exclusivo + aleitamento materno predominante forma a categoria, na língua inglesa, *full breastfeeding*, ainda sem tradução consensual para o português.

Embora não incluído entre as classificações de aleitamento materno da OMS, o termo aleitamento materno misto ou parcial é bastante utilizado, referindo-se à criança que recebe, além do leite humano, outros tipos de leite.

RECOMENDAÇÃO QUANTO À DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

Segundo diversas teorias baseadas em informações de primatas não humanos, principalmente gorilas e chimpanzés, que têm 98% da sua carga genética idêntica à do homem, o período natural de amamentação para a espécie humana seria de 2,5 a 7 anos.² Inúmeras informações coletadas em sociedades primitivas modernas, referências em textos antigos e evidências bioquímicas de sociedades pré-históricas sugerem que a duração da amamentação na espécie humana seria, em média, de 2 a 3 anos, idade em que costuma ocorrer, de forma natural, o desmame.³

A OMS, endossada pelo Ministério da Saúde do Brasil, recomenda aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo de forma exclusiva nos primeiros seis meses. Não parece haver benefício em iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses [GRADE B – eI],^{4, 5} podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança, tais como maior número de episódios de diarreia e doença respiratória.⁶[GRADE D – eII], além de desenvolvimento de obesidade [GRADE D – eIII].⁷⁻¹⁰ Por outro lado, após os seis meses de idade, o leite materno como única fonte de alimento pode não ser suficiente para preencher as necessidades nutricionais da criança, sobretudo de energia, proteína, ferro, zinco e algumas vitaminas lipossolúveis.¹¹

No segundo ano de vida, o leite materno continua sendo uma importante fonte de nutrientes; 500 mL de leite materno fornece em torno de um terço das necessidades de energia e de proteína de alto valor biológico, 45% das necessidades de vitamina A e 95% das de vitamina C.¹² Além disso, o leite materno no segundo ano de vida ou

mais continua conferindo proteção contra doenças infecciosas, como comprovou metanálise baseada em seis conjuntos de dados provenientes de três continentes, incluindo uma coorte brasileira. As crianças não amamentadas no segundo ano de vida tiveram chance quase duas vezes maior de morrer por doença infecciosa comparadas às amamentadas.¹³

A PRÁTICA DA AMAMENTAÇÃO NO BRASIL E NO MUNDO

A TABELA 1 fornece dados sobre a situação do aleitamento materno nos países em desenvolvimento, na América Latina e Caribe e no Brasil.¹⁴ Percebe-se que o Brasil apresenta indicadores semelhantes aos das médias dos países em desenvolvimento, exceto o indicador de duração total do aleitamento materno. Entre os países com dados oficiais sobre aleitamento materno reconhecidos pela OMS, o Brasil ocupa a 21ª posição (entre 74 países) na mediana do aleitamento materno exclusivo e a 68ª posição na mediana de aleitamento materno.¹⁵

TABELA 1¹⁴

No Brasil, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno foi iniciado em 1981, e desde então governo e sociedade civil vêm promovendo, protegendo e apoiando o aleitamento materno por meio de várias ações. Como resultado, as prevalências de amamentação vêm crescendo em todo o país.¹⁶

A duração mediana da amamentação no Brasil, que era de 2,5 meses em 1975, subiu para 5,5 meses em 1989,¹⁷ para 7 meses em 1996¹⁸ e 14 meses em 2006.¹⁹ Segundo a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006,¹⁹ a prevalência de aleitamento materno em crianças de 18 a 23 meses foi de aproximadamente 25% e a de crianças entre 30 e 35 meses, 15,5%.

O último inquérito nacional, realizado em 2008, contemplando apenas as capitais brasileiras e o Distrito Federal, mostrou duração mediana de aleitamento materno de 10 meses.²⁰ O conjunto das capitais da região Norte foi o que apresentou a maior duração mediana do aleitamento materno (435 dias), seguido do das regiões Centro-Oeste (374 dias), Nordeste (347 dias), Sudeste (303 dias) e Sul (302 dias).

Já o aleitamento materno exclusivo é bem menos praticado, embora com tendência ascendente: aumentou de 3,6% em 1986 para 48,1% em 2006, em crianças menores de 4 meses.¹⁹ A mediana de aleitamento materno exclusivo nas capitais brasileiras e Distrito Federal, em 2008, foi de apenas 54 dias, com 41% das crianças menores de seis meses recebendo aleitamento materno exclusivo e apenas 9,3% chegando aos seis meses com esse padrão

de amamentação.²⁰ O conjunto das capitais da região Centro-Oeste foi o que mais amamentou exclusivamente (66,6 dias) seguido do das regiões Norte (66,2 dias), Sul (59 dias), Sudeste (55 dias) e Nordeste (34,9 dias).

Segundo os parâmetros da OMS, o indicador aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses do Brasil (41%) é apenas razoável (considera-se bom e muito bom acima de 50% e 90%, respectivamente) e o indicador duração mediana do aleitamento materno (342 dias – 10 meses) é considerado ruim (considera-se bom e muito bom acima de 21 e 23 meses, respectivamente).²¹

IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO

Desde a década de 1980, vêm avolumando-se evidências dos efeitos benéficos do aleitamento materno tanto para a criança quanto para a mãe, a família e a sociedade em geral. A seguir são apresentados alguns dos argumentos em favor do aleitamento materno.

Redução de mortalidade na infância

O efeito mais dramático da amamentação se dá sobre a mortalidade na infância, graças aos inúmeros fatores existentes no leite materno que protegem contra infecções comuns em crianças. Estima-se que o aleitamento materno poderia evitar 13% de todas as mortes por doenças evitáveis de crianças abaixo de cinco anos em todo o mundo.²² Segundo estudo de avaliação de risco, no mundo em desenvolvimento poderiam ser salvas 1,47 milhões de vidas por ano se a recomendação de aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado por dois anos ou mais fosse cumprida.²³ Atribui-se ao aleitamento materno subótimo 55% das mortes por doença diarreica e 53% das causadas por infecção do trato respiratório inferior em crianças dos 0 aos 6 meses; 20% e 18% dos 7 aos 12 meses, respectivamente; e 20% de todas as causas de morte no segundo ano de vida.²³ Nenhuma outra estratégia isolada alcança o impacto que a amamentação tem na redução das mortes de crianças menores de cinco anos.²² No Brasil, em 14 municípios da Grande São Paulo, a estimativa média de impacto da amamentação sobre o coeficiente de mortalidade infantil foi de 9,3%, com variações, segundo o município, entre 3,6 e 13%.²⁴

Quanto menor a criança, maior é a proteção contra infecções conferida pelo leite materno. Uma metanálise baseada em seis conjuntos de dados, um dos quais brasileiro, constatou mortalidade por doenças infecciosas seis vezes maior em crianças menores de dois meses não amamentadas, quando comparadas com crianças alimentadas no peito. A proteção diminuía à medida que a criança crescia, variando de 4,1 a 1,4 em crianças de 2 a 12 meses.

No entanto, o estudo chama a atenção para o fato de que, enquanto a proteção contra mortes por diarreia diminui com a idade, a proteção contra mortes por infecções respiratórias se mantém constante nos primeiros dois anos de vida.¹³ Em Pelotas-RS, as crianças menores de dois meses que não recebiam leite materno tiveram uma chance quase 25 vezes maior de morrer por diarreia e 3,3 vezes maior de morrer por doença respiratória quando comparadas com as crianças em aleitamento materno que não recebiam outro tipo de leite. Esses riscos foram menores (3,5 e 2,0 vezes, respectivamente) para as crianças entre 2 e 12 meses.²⁵

Os benefícios conferidos pelo leite materno são mais evidentes nas populações de menor nível socioeconômico. Na metanálise referida anteriormente,¹³ foi constatado que enquanto para os bebês de mães com maior escolaridade (tercil superior) o risco de as crianças não amamentadas morrerem no primeiro ano de vida foi 3,5 vezes maior em comparação com as amamentadas, para as crianças de mães com menor escolaridade (tercil inferior) esse risco foi 7,6 vezes maior. Mas mesmo nos países mais desenvolvidos, o aleitamento materno previne mortes infantis. Nos Estados Unidos, por exemplo, calcula-se que o aleitamento materno poderia evitar, a cada ano, 720 mortes de crianças menores de um ano.²⁶

Além de evitar mortes por doenças infecciosas, o aleitamento materno protege contra a síndrome da morte súbita do lactente, como demonstrado em metanálise.²⁷(OR ajustado = 0,64; IC95% 0,51 - 0,81).

Mais recentemente, tem sido demonstrado que a amamentação na primeira hora de vida pode ser um fator de proteção contra mortes neonatais.^{28,29} Segundo estudo conduzido em Gana, 16% das mortes neonatais poderiam ser reduzidas se todas as crianças fossem amamentadas no primeiro dia de vida e 22% se a amamentação iniciasse na primeira hora de vida.²⁸ Os possíveis mecanismos implicados nessa proteção são: colonização do intestino do recém-nascido por bactérias saprófitas presentes no leite materno;³⁰ redução da colonização intestinal por bactérias Gram-negativas pelo leite materno;³¹ e presença de fatores de proteção com alta concentração no colostro, como IgA.³²

Redução de morbidade por diarreia

Há fortes evidências epidemiológicas da proteção do leite materno contra diarreia, sobretudo em crianças de baixo nível socioeconômico. É importante ressaltar que o efeito protetor do leite materno contra diarreia pode diminuir quando qualquer líquido ou sólido, incluindo água e chás, é adicionado à alimentação da criança. Estudos no Peru³³ e nas Filipinas³⁴ mostraram que a prevalência de diarreia dobrou quando água ou chás eram oferecidos às crianças menores de seis meses, em comparação com crianças que só recebiam leite materno. Em um estudo caso-controlado, as crianças não amamentadas tiveram um risco 3,3 vezes maior de ficarem desidratadas na vigência de

diarreia, sugerindo que o leite materno tem influência não apenas no número de episódios de diarreia, mas também na sua gravidade.³⁵ Corroborando esse achado, estudo ecológico utilizando dados de pesquisa nacional sobre prevalência em aleitamento materno no Brasil observou correlação entre aumento das prevalências de aleitamento materno exclusivo entre 1999 e 2008 e diminuição das taxas de internação hospitalar por diarreia no mesmo período.³⁶

É importante salientar que a doença diarreica é mais comum em crianças não amamentadas, mesmo em populações com cuidados higiênicos adequados, como demonstraram estudos realizados em Belarrúcia³⁷ e Escócia.³⁸ Uma metanálise de 14 estudos de coorte de países desenvolvidos mostrou proteção do aleitamento materno contra infecções gastrointestinais em crianças menores de um ano (OR bruto = 0,36; IC 95% 0,32-0,41).³⁹

Redução de morbidade por infecção respiratória

Os resultados de vários estudos realizados em diferentes partes do mundo, com diferentes graus de desenvolvimento, sugerem proteção do leite materno contra infecções respiratórias.⁴⁰ Tal proteção é mais significativa na amamentação exclusiva e nos primeiros seis meses, embora possa perdurar além desse período. Assim como na diarreia, a amamentação parece diminuir a gravidade dos episódios de infecção respiratória. Estudo ecológico utilizando dados secundários de internação por pneumonia e de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras sugere que o aleitamento materno pode prevenir hospitalização por pneumonia no primeiro ano de vida.⁴¹ Em Pelotas-RS, a chance de uma criança não amamentada internar por pneumonia nos primeiros três meses foi 61 vezes maior que a de crianças amamentadas exclusivamente.⁴² Já o risco de hospitalização por bronquiolite foi sete vezes maior em crianças amamentadas por menos de um mês.⁴³ A associação entre aleitamento materno e menor risco de internação por doença respiratória do trato inferior foi confirmada em países desenvolvidos em metanálise de sete estudos (RR = 0,28; IC95% 0,14-0,54).⁴⁰

A associação entre aleitamento materno e menor número de episódios de otite média já está bem estabelecida. Metanálise de 5 estudos de coorte em países desenvolvidos mostrou associação entre aleitamento materno e redução significativa no risco de otite média aguda. Houve redução de 50% de episódios de otite média aguda em crianças amamentadas exclusivamente por 3 ou 6 meses quando comparadas com crianças alimentadas unicamente com leite de outra espécie.²⁷

Redução de alergias

Amamentar exclusivamente nos primeiros seis meses de vida e evitar consumo de alimentos complementares inapropriados, leites de outras espécies e aditivos antes da maturação do intestino da criança pode evitar ou diminuir a chance, no longo termo, de asma e atopia.⁴⁴⁻⁴⁶ O leite humano favorece o amadurecimento da mucosa intestinal.⁴⁷ Esses efeitos benéficos do aleitamento materno são particularmente evidentes em crianças com história familiar de doenças atópicas.⁴⁴ Uma metanálise de 18 estudos de coorte prospectivos mostrou que o risco de dermatite atópica em crianças nascidas a termo amamentadas exclusivamente por pelo menos três meses, com história familiar de atopia, era 42% menor quando comparadas com crianças amamentadas por menos de três meses.⁴⁸

Metanálise de 12 estudos de coorte prospectivos constatou redução do risco de desenvolver asma em crianças amamentadas. A proteção foi maior em crianças com história familiar de asma.⁴⁶ Tais resultados foram ratificados por metanálise mais recente. Essa metanálise mostrou que aleitamento materno por no mínimo três meses associou-se com menor chance de desenvolver asma em crianças sem história familiar de asma, quando comparadas com crianças não amamentadas (OR = 0,73; IC95% 0,59-0,92).²⁷

A exposição a pequenas doses de leite de vaca nos primeiros dias de vida parece aumentar o risco de alergia ao leite de vaca.⁴⁴ Por isso, é importante evitar o uso desnecessário de fórmulas lácteas nas maternidades.

Redução de doenças crônicas

Embora ainda não esteja bem estabelecida a proteção do leite materno contra certas doenças crônicas, há vários relatos na literatura sobre o papel do aleitamento materno na redução do risco de algumas dessas doenças tais como doença de Crohn,⁴⁹ colite ulcerativa,⁵⁰ doença de Hodgkin,⁵¹ neuroblastoma⁵¹ e leucemia.²⁷

A exposição precoce ao leite de vaca (antes dos quatro meses) pode ser um importante determinante do diabetes melito tipo 1 e pode aumentar o risco do seu aparecimento em 50%. Estima-se que 30% dos casos de diabetes melito tipo 1 poderiam ser prevenidos se 90% das crianças até três meses não recebessem leite de vaca.⁵² Duas metanálises totalizando 17 estudos caso-controle mostraram maior risco de desenvolver diabetes melito tipo 1 em crianças amamentadas por menos de 3 meses (OR = 1,23 IC95% 1,12-1,35⁵³ e OR = 1,15; IC95% 1,15-1,77).⁵² Tal associação não foi encontrada em estudos em que havia registros sobre a duração do aleitamento materno, sugerindo que o viés de memória pode ter interferido nos resultados.⁵³

Duas metanálises encontraram associação entre aleitamento materno e menor risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2 (OR = 0,61 em uma das metanálises⁵⁴ e 0,63 na outra).⁵⁵

A OMS publicou revisão sistemática com metanálise sobre evidências do efeito do aleitamento materno no longo prazo. Essa revisão concluiu que os indivíduos amamentados apresentaram pressões sistólica e diastólica mais baixas (-1,2 mmHg e -0,5 mmHg, respectivamente) e níveis menores de colesterol total (-0,18 mmol/L).⁵⁵

A maioria dos estudos avaliando a associação entre obesidade em crianças maiores de três anos e tipo de alimentação no início da vida constatou menor frequência de sobrepeso/obesidade em crianças que haviam sido amamentadas.^{56, 57} Na revisão da OMS sobre evidências do efeito do aleitamento materno no longo prazo, os indivíduos amamentados tiveram uma chance 22% menor de vir a apresentar sobrepeso/obesidade.⁵⁵ É possível também que haja uma relação dose/resposta com a duração do aleitamento materno, ou seja, quanto maior a duração da amamentação, menor a chance de sobrepeso/obesidade.⁵⁸ Entre os possíveis mecanismos implicados nessa proteção, encontram-se melhor desenvolvimento da autorregulação de ingestão de alimentos das crianças amamentadas e a composição única do leite materno, participando no processo de “programação metabólica”, alterando, por exemplo, o número e/ou tamanho das células gordurosas ou induzindo o fenômeno de diferenciação metabólica. Foi constatado que o leite de vaca altera a taxa metabólica durante o sono de crianças amamentadas, podendo esse fato estar associado com a “programação metabólica” e o desenvolvimento de obesidade.⁵⁹

Melhor nutrição

Por ser da mesma espécie, o leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento ótimos da criança pequena, além de ser mais bem digerido, quando comparado com leites de outras espécies. Além disso, as crianças amamentadas adquirem menos doenças infecciosas. Sabe-se que as infecções desempenham papel importante no processo de desnutrição, pois não apenas provocam anorexia, reduzindo o aporte proteico-calórico e a ingestão de outros nutrientes essenciais, mas também interferem na absorção dos alimentos, alterando praticamente todas as funções metabólicas e endocrinológicas e aumentando as perdas diretas de proteínas e outros nutrientes.

É importante lembrar que as crianças amamentadas podem apresentar crescimento diferente do das crianças alimentadas artificialmente (ver capítulo Acompanhamento do Crescimento da Criança).

Melhor desenvolvimento cognitivo

Há evidências de que o aleitamento materno contribui para um melhor desenvolvimento cognitivo. A maioria dos estudos conclui que as crianças amamentadas apresentam vantagem nesse aspecto quando comparadas

com as não amamentadas, principalmente as com baixo peso de nascimento.⁶⁰ Essa vantagem foi observada em diferentes idades, inclusive em adultos, e parece haver um efeito dose/resposta.⁶¹

Metanálise de estudos que controlaram para status socioeconômico e estimulação da criança sugere que o aleitamento materno está associado com melhor desenvolvimento cognitivo na infância,⁵⁵ o que pode repercutir mais tarde no desempenho escolar.⁶²⁻⁶⁴ Uma atualização dessa metanálise (dados ainda não publicados) sugere que o aleitamento materno está associado com um aumento de 3,5 pontos no QI, em média. Considerando apenas os estudos que ajustaram para inteligência materna, o aumento de QI em crianças amamentadas foi de 2,19 pontos.

Os mecanismos envolvidos na possível associação entre aleitamento materno e melhor desenvolvimento cognitivo ainda não são totalmente conhecidos. Alguns defendem a presença de substâncias no leite materno que otimizará o desenvolvimento cerebral;^{65, 66} outros acreditam que fatores comportamentais ligados ao ato de amamentar e à escolha do modo como alimentar a criança são os responsáveis.⁶¹

Portanto, há fortes indícios na literatura, apesar de não conclusivos, de que o aleitamento materno é um dos fatores envolvidos no desenvolvimento cognitivo, embora ainda não se conheça a magnitude e a importância desse fato.

Melhor desenvolvimento orofacial

O exercício que a criança faz para retirar o leite da mama é muito importante para o desenvolvimento adequado de sua cavidade oral, propiciando melhor conformação do palato duro, o que é fundamental para o alinhamento correto dos dentes e boa oclusão dentária.

Quando o palato é empurrado para cima, o que ocorre com o uso de chupetas e mamadeiras, o assoalho da cavidade nasal se eleva, com diminuição do tamanho do espaço reservado para a passagem do ar pelo nariz, prejudicando a respiração nasal.

Assim, o desmame precoce pode levar à interrupção do desenvolvimento motor-oral adequado, podendo prejudicar as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala, além de ocasionar má oclusão dentária, respiração oral e alteração motora oral.⁶⁷ Estudo de coorte realizado em Porto Alegre, RS, confirmou que aleitamento materno por 12 meses ou mais está associado a menor prevalência de distocclusão⁶⁸ e melhor qualidade da função mastigatória em pré-escolares.⁶⁹

Efeitos sobre a mulher que amamenta

Já está bem estabelecida a associação entre aleitamento materno e redução na prevalência de câncer de mama.⁷⁰⁻⁷² Estima-se que o risco de contrair câncer de mama diminua 4,3% a cada 12 meses de amamentação. Essa proteção independe de idade, etnia, paridade e presença ou não de menopausa.⁷² Já para o câncer epitelial de ovário, estimou-se que para cada mês de amamentação haveria uma redução de 2% no risco de contrair a doença.⁷³ Metanálise com nove estudos mostrou associação de aleitamento materno com reduzida chance de desenvolver câncer de ovário quando comparadas mulheres que amamentaram com as que nunca amamentaram (OR = 0,79; IC95% 0,68-0,91).²⁷

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 2 para cada ano de lactação.⁷⁴ Atribui-se essa proteção a uma melhor homeostase da glicose em mulheres que amamentam.

Além da proteção contra câncer de mama e de ovário, e diabetes tipo 2, tem sido atribuído ao aleitamento materno proteção contra as seguintes doenças na mulher: câncer de útero;⁷⁵ hipercolesterolemia, hipertensão e doença coronariana;⁷⁶ obesidade;⁷⁷ doença metabólica;⁷⁸ osteoporose e fratura de quadril;⁷⁹ artrite reumatoide;⁸⁰ depressão pós-parto;⁸¹ e diminuição do risco de recaída de esclerose múltipla pós-parto.⁸²

A todos esses efeitos somam-se redução do risco de hemorragia pós-parto quando a mulher amamenta logo após o parto;⁸³ e o efeito anticoncepcional da amamentação exclusiva. A eficácia da lactação como anticoncepcional (lactational amenorrhea method – LAM) é de 98% nos primeiros seis meses após o parto, desde que a amamentação seja exclusiva ou predominante e que a mãe se mantenha amenorreica.⁸⁴

Menor custo para a família

Amamentar uma criança ao seio é mais barato que alimentá-la com leite de vaca ou fórmulas, mesmo levando em consideração os alimentos extras que a mãe deve ingerir durante a lactação. Dependendo do tipo da fórmula láctea consumido pela criança, o gasto para alimentar a criança pode representar uma parte considerável dos rendimentos da família. Isso não pode ser desconsiderado, sobretudo em famílias com dificuldades financeiras. Aos gastos com a compra do leite, deve-se acrescentar custos com mamadeiras, chupetas e gás de cozinha, além de eventuais gastos decorrentes de doenças, que são mais comuns em crianças não amamentadas. Além disso, com a criança amamentada adoecendo menos, os pais faltam menos ao trabalho.

Promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho

O impacto do aleitamento materno no desenvolvimento emocional da criança e no relacionamento mãe-filho no longo prazo é difícil de avaliar, uma vez que existem inúmeras variáveis envolvidas. É praticamente consenso que o ato de amamentar traz benefícios psicológicos para a criança e para a mãe. O ato de amamentar e de ser amamentado pode ser muito prazeroso para a mãe e para a criança, o que favorece uma ligação afetiva mais forte entre elas. É uma oportunidade ímpar de intimidade, de troca de afeto, gerando sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e de realização na mulher.

A amamentação pode ser considerada uma forma muito especial de comunicação entre a mãe e o bebê e uma oportunidade de a criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança.

Um dos poucos estudos que exploraram a relação entre amamentação, apego e sensibilidade concluiu que o aleitamento materno até o final do primeiro ano de vida está associado a vínculo afetivo reforçado entre mãe e filho. Entre as mães que iniciaram a amamentação, as pontuações médias de sensibilidade nas interações com a criança foram maiores para aquelas que amamentaram por 12 meses. No entanto, na interpretação dos resultados, os autores consideram que o desejo de amamentar por um tempo mais prolongado já seria um fator indicativo de maior predisposição para interações com o bebê.⁸⁵

BASES ANATÔMICAS E FISIOLÓGICAS DA AMAMENTAÇÃO

A estrutura da mama inclui mamilo e aréola, tecido mamário, tecido conjuntivo de suporte e gordura, vasos sanguíneos e linfáticos e nervos. O tecido mamário é formado por alvéolos, onde o leite é secretado, e ductos, que conduzem o leite ao exterior. A mama possui de 15 a 20 lobos mamários; cada lobo mamário é formado por 20 a 40 lóbulos, contendo, cada um, 10 a 100 alvéolos. Antigamente acreditava-se que não havia conexão entre os lobos; hoje se sabe que essas conexões existem.⁸⁶

Os alvéolos são a unidade secretora da mama, sendo formados por camada única de células epiteliais. Envolvendo os alvéolos estão as células mioepiteliais, que ao contraírem-se impulsionam o leite através dos ductos. Entre as mamadas, o leite fica armazenado nos alvéolos e nos ductos. Os ductos mamários não se dilatam para formar os seios lactíferos, como se acreditava até pouco tempo atrás. O que ocorre é que durante as mamadas, enquanto o reflexo de ejeção do leite está ativo, os ductos sob a aréola se enchem de leite e se dilatam.⁸⁷

O mamilo possui, em média, nove poros por onde o leite sai da mama para o exterior. Ele é circundado pela aréola, área mais pigmentada, onde se encontram os tubérculos de Montgomery, formados por glândulas mamárias e sebáceas (glândulas areolares). Essas glândulas, que se hipertrofiam na gestação, secretam líquido oleoso que protege a pele do mamilo e da aréola durante a lactação e dão o cheiro que atrai o bebê à mama. Cada mulher possui, em média, cerca de nove glândulas areolares (0 a 38) em cada aréola. (FIGURA 1)

FIGURA 1

As mamas são preparadas para a amamentação durante a gravidez. Elas aumentam de tamanho, a pele fica mais fina e as veias sobressalentes. O diâmetro da aréola aumenta, assim como a sua pigmentação e as glândulas areolares hipertrofiam-se.

O tecido mamário desenvolve-se sob a ação de diferentes hormônios; o estrogênio é responsável pela ramificação dos ductos e o progesterônio pela formação dos lóbulos. O lactogênio placentário, a prolactina e a gonadotrofina coriônica contribuem para a aceleração do crescimento mamário. Na primeira metade da gestação, há crescimento e proliferação dos ductos e formação dos lóbulos. Na segunda metade, a atividade secretora se acelera e os ácinos e alvéolos ficam distendidos com o acúmulo do colostro. A secreção láctea ocorre a partir da 16ª semana de gravidez. A TABELA 2 apresenta os estágios da lactação.

TABELA 2⁸⁸

Nos primeiros 2-3 dias após o parto, a produção do leite tem controle endócrino: os níveis de progesterona caem e os de prolactina sobem, em sinergia com corticoide, hormônio estimulante da tireoide, fator inibidor da prolactina e ocitocina. A ocitocina age na contração das células mioepiteliais que envolvem os alvéolos, provocando a saída do leite. A prolactina e a ocitocina são reguladas por dois importantes reflexos maternos: o da produção do leite (prolactina) e o da ejeção do leite (ocitocina). Tais reflexos são ativados pela estimulação dos mamilos, sobretudo pela sucção da criança. O reflexo de ejeção do leite também responde a estímulos condicionados, tais como visão, cheiro e choro da criança, e a fatores de ordem emocional como motivação, autoconfiança e tranquilidade. Já a dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo e a falta de autoconfiança podem inibir o reflexo de ejeção do leite, prejudicando a lactação.

Devido ao controle endócrino da fase inicial da lactação após o parto, a produção do leite (“descida do leite”) ocorre mesmo sem a sucção da mama.

A partir do terceiro dia pós-parto, o controle da secreção do leite passa de endócrino para autócrino, dependendo da sucção do bebê e, sobretudo, do esvaziamento da mama. Quando, por algum motivo, o esvaziamento da mama é prejudicado, haverá diminuição da secreção láctea, por inibição mecânica e química. O

leite contém os chamados “inibidores de feedback da lactação” (FIL – feedback inhibitor of lactation), que são polipeptídeos sintetizados pelas células alveolares, que inibem a produção do leite. A sua remoção com o esvaziamento da mama garante a reposição do leite retirado. Esse mecanismo permite que a produção de leite seja determinada pela demanda da criança. Esse controle local da produção de leite é independente para cada mama. Assim, é possível que uma mama pare de sintetizar leite enquanto a outra continua, o que ocorre quando a criança suga apenas uma das mamas. Nesse estágio, a prolactina é necessária para a síntese do leite, mas ela não regula a quantidade de leite produzido.

Outro mecanismo local que regula a produção do leite, ainda não bem elucidado, envolve os receptores de prolactina na membrana basal do alvéolo. À medida que o leite se acumula nos alvéolos, a forma das células alveolares fica distorcida e a prolactina não consegue se ligar aos seus receptores, criando assim um efeito inibidor da síntese de leite.⁸⁹

Nos primeiros dias após o parto, a secreção de leite é pequena, e vai aumentando gradativamente: cerca de 40-50 mL no primeiro dia, 300-400 mL no terceiro dia, 500-800 mL no quinto dia, em média.⁹⁰ O volume de leite produzido na lactação já estabelecida varia de acordo com a demanda da criança. Em média, é de 800 mL por dia na amamentação exclusiva.⁹¹

É comum encontrar diferença de produção de leite entre as mamas direita e esquerda. Em geral, a mama direita produz mais leite. Multíparas produzem mais leite que primíparas.

A capacidade de armazenamento da mama varia muito entre as mulheres. A capacidade tende a aumentar com o tamanho da mama; porém, em um período de 24 horas, a capacidade de produção de leite é a mesma para mamas pequenas e grandes.⁹² Crianças de mulheres com baixa capacidade de armazenamento necessitam ser amamentadas com mais frequência, para assegurar à criança adequada ingestão diária de leite e à mãe a manutenção de uma boa produção.

A capacidade de produção de leite da mulher é maior que a demanda do bebê. Em média, um bebê consome em torno de 67% do leite disponível em uma mamada.⁹³

COMPOSIÇÃO E ASPECTO DO LEITE MATERNO

O leite considerado “maduro” só começa a ser secretado por volta do 14º dia pós-parto. O colostro, produzido nos primeiros 1-5 dias após o parto, contém mais proteínas e menos lipídeos que o leite maduro, e é rico em

imunoglobulinas, em especial a IgA. A TABELA 3 apresenta as principais diferenças entre colostro e leite maduro, entre o leite de mães de recém-nascidos pré-termo e de bebês nascidos a termo e entre o leite materno e o leite de vaca. Esse último tem muito mais proteínas que o leite humano. Além da quantidade dos macronutrientes, há muitas diferenças na qualidade desses nutrientes quando se compara o leite humano com o de outras espécies.

TABELA 3

O componente mais abundante do leite materno é a água, contribuindo com 87,5% na sua composição. Todos os outros componentes estão dissolvidos, dispersos ou suspensos em água. Essa quantidade de água no leite materno garante o suprimento das necessidades hídricas de uma criança em aleitamento materno exclusivo, mesmo em climas quentes e áridos.^{94, 95}

O principal carboidrato do leite materno é a lactose, suprimindo 40% das necessidades energéticas da criança em aleitamento materno exclusivo. É importante para a absorção de cálcio e ferro. O leite humano é o leite que contém maior concentração de lactose entre todos os mamíferos. Conseqüentemente, é o leite mais doce. Em contrapartida, a espécie humana produz abundante quantidade da enzima que digere a lactose – a lactase, até a idade de 2,5 a 7 anos ou mais. Persistência da produção de lactase é geneticamente determinada e diminui com a idade.

A principal proteína do leite materno é a lactoalbumina, enquanto que a do leite de vaca é a caseína, de difícil digestão para a espécie humana. Proteínas específicas são importantes para a digestão e proteção da criança, tais como alfa-lactoalbumina, lactoferrina, imunoglobulinas, enzimas (mais de 400 identificadas até hoje), hormônios e fatores de crescimento.

As gorduras são o componente mais variável do leite materno, e são responsáveis por suprir até 50% das necessidades energéticas da criança pequena. Há predominância de triglicérides, que, sob ação da lipase, dão origem aos ácidos graxos. Os ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa são essenciais no desenvolvimento cognitivo e da visão, e na mielinização dos neurônios.

Os níveis de gordura aumentam significativamente no segundo ano de lactação e o tipo de gordura que a mãe consome afeta o tipo de ácidos graxos no leite materno.

A concentração de gordura no leite varia entre as mamadas e numa mesma mamada. Quanto maior o intervalo entre as mamadas, menor o teor lipídico do leite. E, em uma mesma mamada, a concentração de gordura vai aumentando com a progressão da mamada. Assim, o leite do final da mamada (chamado leite posterior) é mais rico em energia (calorias) e sacia melhor a criança.

O leite humano possui inúmeros fatores imunológicos específicos e não específicos, que conferem proteção ativa e passiva contra agentes infecciosos. Os principais são:

- Imunoglobulinas, principalmente a IgA, que forram a mucosa intestinal da criança, prevenindo a entrada de bactérias nas células. A especificidade dos anticorpos IgA no leite humano é um reflexo dos antígenos entéricos e respiratórios da mãe, o que proporciona proteção à criança contra os patógenos prevalentes no meio em que a criança vive. A concentração de IgA no leite materno diminui ao longo do primeiro mês, permanecendo relativamente constante a partir de então.
- Leucócitos, que matam microrganismos.
- Proteínas do soro (lisozima e lactoferrina), que matam bactérias, vírus e fungos.
- Oligossacarídeos (mais de 130 compostos), que previnem ligação da bactéria na superfície mucosa e protege contra enterotoxinas no intestino, ligando-se à bactéria.
- Fator bífido, que favorece o crescimento do *Lactobacillus bifidus*, uma bactéria saprófita que acidifica as fezes, dificultando a instalação de bactérias que causam diarreia, tais como *Shigella*, *Salmonella* e *Escherichia coli*.

Alguns dos fatores de proteção do leite materno são total ou parcialmente inativados 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 do leite cru.

Além dos fatores de proteção, o leite materno contém outros fatores bioativos, tais como a lipase, que facilita a digestão da gordura; e o fator de crescimento epidérmico, que estimula a maturação das células intestinais, melhorando a digestão e a absorção de nutrientes, diminuindo a infecção e a sensibilização por proteínas estranhas.

As mulheres costumam preocupar-se com o aspecto do seu leite e, muitas vezes, dão interpretações equivocadas a determinados aspectos do leite, como, por exemplo, atribuir que ele é fraco quando o leite é mais transparente. Por isso, é importante que as mulheres saibam que o aspecto do leite varia ao longo de uma mamada e também com a dieta da mãe.

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

O leite pode ter aspecto azulado ou esverdeado quando a mãe ingere grande quantidade de vegetais verdes, ricos em riboflavinas.

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

ACONSELHAMENTO EM AMAMENTAÇÃO

Para promover, proteger e apoiar a amamentação com eficiência, o profissional de saúde, além do conhecimento e competência técnica em aleitamento materno, precisa ter habilidade em se comunicar eficientemente com a mulher-nutriz e sua família. Nesse sentido, a técnica do aconselhamento em amamentação tem sido recomendada pela OMS.⁹⁶ Aconselhar não significa dizer à mulher o que ela deve fazer; significa ajudá-la a tomar decisões, após ouvi-la, entendê-la e dialogar com ela sobre os prós e contras das opções. No aconselhamento, é importante que as mulheres sintam que o profissional se interessa pelo bem estar delas e de seus filhos, para que elas adquiram confiança e se sintam apoiadas e acolhidas.

Os seguintes recursos são muito utilizados no aconselhamento, não só em amamentação, mas em diversas situações:⁹⁶

- Fazer uso da comunicação não-verbal (gestos, expressão facial). Por exemplo, sorrir, como sinal de acolhimento; balançar a cabeça afirmativamente, como sinal de interesse; tocar na mulher ou no bebê, quando apropriado, como sinal de empatia.
- Promover maior aproximação física, removendo barreiras como mesa, papéis, computadores.
- Usar linguagem simples, acessível.
- Dedicar tempo para *ouvir*, prestando atenção no que a mãe diz e no significado de suas falas. Como sinal de interesse, pode-se utilizar expressões como: Ah é? Mmm... Aha! Algumas mulheres têm dificuldades para se expressar. Nesse caso, algumas técnicas são úteis tais como fazer perguntas abertas, dando mais espaço para a mulher se expressar. Essas perguntas, em geral, começam por: Como? O que? Quando? Onde? Por que? Por exemplo, em vez de perguntar se o bebê está sendo amamentado, perguntar como ela está alimentando o bebê. Outra técnica que pode incentivar as mulheres a falarem mais é devolver o que a

mãe diz. Por exemplo, se a mãe refere que a criança chora muito à noite, o profissional pode fazer a mãe falar mais sobre isso perguntando: “O seu bebê faz você ficar acordada à noite porque chora muito?”

- Mostrar à mãe que os seus sentimentos são compreendidos, colocando-a no centro da situação e da atenção do profissional. Isso é empatia. Por exemplo, quando a mãe relata que está muito cansada porque o bebê quer mamar com muita frequência, o profissional pode comentar que entende porque a mãe está se sentindo tão cansada.
- Evitar palavras que soam como julgamentos, como, por exemplo, certo, errado, bem, mal, etc. Por exemplo, em vez de perguntar se o bebê mama bem, seria mais apropriado perguntar como o bebê mama.
- Aceitar e respeitar os sentimentos e as opiniões das mães, sem, no entanto, precisar concordar ou discordar do que ela pensa. Por exemplo, se uma mãe afirma que o seu leite é fraco, o profissional pode responder dizendo que entende a sua preocupação. E pode complementar dizendo que o leite materno pode parecer ralo no começo da mamada, mas contém muitos nutrientes.
- Reconhecer e elogiar naquilo em que a mãe e o bebê estão indo bem, por exemplo, quando o bebê está ganhando peso ou sugando bem, ou mesmo elogiá-la por ter vindo consultar, se for o caso. Essa atitude aumenta a confiança da mãe, encoraja-a a manter práticas saudáveis e facilita a sua aceitação a sugestões.
- Oferecer poucas informações em cada encontro, as mais importantes para a situação do momento.
- Dar sugestões em vez de ordens.
- Oferecer ajuda prática como, por exemplo, segurar o bebê por alguns minutos e ajudá-la a encontrar uma posição confortável para amamentar.
- Conversar com as mães sobre as suas condições de saúde e as do bebê, explicando-lhes todos os procedimentos e condutas.

Os temas abordados durante um aconselhamento em amamentação variam de acordo com a época e o momento em que é feito. A seguir são sugeridos alguns tópicos relacionados com o aleitamento materno, a serem abordados durante o acompanhamento pré-natal e em diferentes momentos e circunstâncias da amamentação.

Pré-Natal

Ver capítulo Acompanhamento da saúde da gestante e da puérpera.

Fase Inicial da Amamentação

Os primeiros dias após o nascimento da criança são de extrema importância para o sucesso da amamentação, constituindo-se em um período de intenso aprendizado para a mãe e seu bebê.

A amamentação deve ser iniciada tão logo quanto possível após o parto. A OMS e o Ministério da Saúde recomendam colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, por no mínimo uma hora, e encorajar as mães a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para serem amamentados, oferecendo ajuda, se necessário.⁹⁷ A sucção precoce da mama pode reduzir o risco de hemorragia pós-parto, ao liberar ocitocina,⁸³ e de icterícia no recém-nascido, por aumentar a motilidade gastrointestinal.⁹⁸ A sucção espontânea do recém-nascido pode não ocorrer antes de 45 minutos a duas horas de vida do bebê, porém o contato pele a pele por si só é importante. Uma revisão sistemática⁹⁹ incluindo 34 ensaios clínicos randomizados avaliou os efeitos do contato pele a pele precoce sobre o aleitamento materno e comportamento e fisiologia das mães e seus bebês. Foram encontrados os seguintes efeitos positivos: maior prevalência do aleitamento materno entre 1 e 4 meses (OR = 1,27; IC95% 1,06-1,53); maior duração do aleitamento materno (diferença de 42 dias); maiores níveis de glicose após 75 a 90 minutos de vida (diferença de 10,6 mg/dL); e melhor estabilidade cardiorrespiratória de recém-nascidos pré-termo tardio. A revisão concluiu também que parece haver diminuição do choro da criança com o contato pele a pele precoce e que aparentemente essa prática não possui nenhum efeito adverso no curto e longo prazos.

Frequência e duração das mamadas

O aleitamento materno em livre demanda deve ser incentivado, pois hoje se sabe que faz parte do comportamento normal do recém-nascido mamar com frequência, sem regularidade quanto a horários. O aleitamento materno sem restrições diminui a perda de peso inicial do recém-nascido e aumenta o seu ganho de peso; contribui para a prevenção do ingurgitamento mamário; diminui a incidência de trauma mamilar e de icterícia neonatal; estabiliza mais rapidamente os níveis de glicose sérica neonatal; promove a secreção de leite maduro mais cedo; e aumenta a duração do aleitamento materno.¹⁰⁰

O tempo de permanência na mama em cada mamada também não deve ser estabelecido, uma vez que a habilidade do bebê em esvaziar a mama varia entre as crianças e, em uma mesma criança, pode variar ao longo do dia, dependendo das circunstâncias. Além disso, a capacidade de armazenamento de leite nas mamas varia entre as mulheres.⁹² Independentemente do tempo necessário, é importante que a criança esvazie a mama, pois o leite do final da mamada – leite posterior – contém mais calorias e sacia melhor a criança.

Para o sucesso da amamentação, é importante que a mulher e sua família entendam o comportamento habitual de um recém-nascido e tenham expectativas realistas com relação ao aleitamento materno. Muitas mães, em especial as inseguras e com baixa autoestima, costumam interpretar mamadas frequentes, que faz parte do comportamento habitual dos recém-nascidos, como sinal de fome do bebê, leite fraco ou insuficiente, culminando, com frequência, na introdução de suplementos. Embora a frequência e duração das mamadas variem, em geral as crianças mamam 8 a 12 vezes em 24 horas, com algumas crianças mamando de hora em hora por algumas horas e depois dormindo mais prolongadamente, e outras mamando a cada 2-3 horas, dia e noite. Cada mamada dura, em média, cerca de 15 a 20 minutos em cada mama, mas algumas crianças vão precisar de mais tempo e outras satisfazem-se com apenas uma mama.

É importante que as mães saibam reconhecer e atender a criança aos primeiros sinais de que a criança quer mamar, tais como movimentos e sons de sucção, mão na boca, movimentos rápidos dos olhos, arrulhos suaves e sons de suspiro, e inquietação. O choro é um sinal tardio de desejo de ser amamentado e pode interferir no sucesso do aleitamento materno.¹⁰¹

Choro do bebê

Outro aspecto que desse ser abordado com as mães, sobretudo as primíparas, é o choro do bebê, cuja interpretação equivocada pode interferir com o sucesso do aleitamento materno. As mães frequentemente relacionam choro do bebê com fome. Elas devem ser esclarecidas de que existem muitas razões para esse comportamento do bebê. Algumas crianças choram mais que outras e apresentam maiores dificuldades na passagem da vida intrauterina para a extrauterina. Essas crianças, com frequência, frustram as expectativas maternas de ter um bebê tranquilo, o que pode aumentar ainda mais o descontentamento do bebê, que responde aumentando ainda mais as demandas, podendo instalar-se um círculo vicioso. Na maioria das vezes, os bebês se acalmam se aconchegados ou se colocados no peito, reforçando que eles precisam se sentir seguros e protegidos.

Suplementação do leite materno

A suplementação do leite materno com água, chás e, sobretudo, outros leites deve ser evitada. Água e chás são desnecessários, pois o leite materno contém toda a água de que a criança necessita; e a introdução de outro leite na alimentação da criança está associada ao desmame precoce,¹⁰² além de outros possíveis efeitos negativos. As mães que amamentam necessitam de pessoas treinadas para ajudá-las a prevenir e/ou superar dificuldades, evitando dessa maneira o uso de suplementos e seus possíveis efeitos deletérios.

Uso de mamadeira e chupeta

A mamadeira, além de ser uma importante fonte de contaminação para a criança, pode ter efeito negativo sobre o aleitamento materno. Tem sido observado que algumas crianças desenvolvem preferência por bicos de mamadeira, apresentando maior dificuldade para alimentar-se ao seio após terem experimentado esses bicos. Alguns autores acreditam que a diferença entre as técnicas de sucção da mama e dos bicos artificiais possa levar à “confusão de bicos”.¹⁰³

O uso de chupeta também tem sido desaconselhado pela possibilidade de interferir com o aleitamento materno. Crianças que usam chupetas em geral são amamentadas menos frequentemente,^{104, 105} o que pode prejudicar a produção de leite. Embora não haja dúvidas quanto à associação entre uso de chupeta e períodos mais curtos de amamentação, ainda não está bem estabelecida a relação causa-efeito. É possível que o uso da chupeta seja um sinalizador de uma menor disponibilidade da mãe para amamentar – os bicos reduzem a necessidade do bebê de ser amamentado – em vez de ser o causador da interrupção da amamentação, especialmente em mães com dificuldades no aleitamento materno e com autoconfiança baixa.¹⁰⁵

Embora o papel dos bicos de mamadeiras e chupetas como obstáculos à amamentação não esteja claramente definido, tem sido recomendado evitar exposição desnecessária dos recém-nascidos a esses potenciais fatores de risco para o desmame precoce, a fim de garantir uma amamentação bem-sucedida.

Técnica da amamentação

Uma boa técnica de amamentação é indispensável para o seu sucesso, uma vez que previne trauma nos mamilos e garante a retirada efetiva do leite pela criança.¹⁰⁶⁻¹⁰⁸ O bebê deve ser amamentado em uma posição que seja confortável para ele e para a mãe, que não interfira com a sua capacidade de abocanhar tecido mamário suficiente e de retirar o leite efetivamente, assim como de deglutir e respirar livremente. A mãe deve estar relaxada e segurar o bebê completamente voltado para si. (FIGURA 2) Estudos com cineradiografias e ultrassom mostram que é importante a criança abocanhar cerca de dois centímetros do tecido mamário além do mamilo para que a amamentação seja eficiente. A criança que não abocanha uma porção adequada de aréola tende a causar trauma nos mamilos e pode não ganhar peso adequadamente, apesar de permanecer longo tempo no peito.

Mamadas ineficazes dificultam a manutenção de produção adequada de leite, e uma má estimulação do mamilo pode diminuir o reflexo de ejeção. Muitas vezes, o bebê com pega incorreta é capaz de obter o chamado leite anterior, mas tem dificuldade de retirar o leite posterior, mais nutritivo e rico em gorduras. Em uma pega

considerada boa, os lábios do bebê ficam levemente voltados para fora. (FIGURA 3) Lábios apertados são indicação de que ele não conseguiu pegar tecido mamário suficiente. É importante enfatizar que quando a criança é amamentada em uma posição apropriada e tem uma pega boa, a mãe não sente dor. A TABELA 4 relaciona os itens importantes para a obtenção de bom posicionamento e boa pega na amamentação, e a TABELA 5 apresenta modelo de ficha sugerido pela OMS para a observação de mamadas.

FIGURAS 1 e 2

TABELAS 4 e 5⁸⁷

Quando a mama está muito cheia ou ingurgitada, o bebê não consegue abocanhar adequadamente a aréola. Em tais situações, recomenda-se, antes da mamada, a expressão manual da aréola ingurgitada.

Manutenção da Amamentação

Idealmente, todas as mães que amamentam deveriam ter acesso a um profissional capacitado, a qualquer hora, em caso de dúvidas e dificuldades relacionadas ao aleitamento materno.

As mães devem ser orientadas a comparecer com o seu recém-nascido para reavaliação médica quando esse tiver não mais que sete dias, pois é nos primeiros dias, em casa, que surgem problemas e dúvidas que podem dificultar a amamentação. Em todas as visitas de reavaliação, é importante que o profissional de saúde promova, proteja e apoie a amamentação e oriente a introdução dos alimentos complementares na época oportuna (ver capítulo Práticas Alimentares Saudáveis na Infância). O profissional deve estar preparado para ajudar a solucionar problemas que eventualmente possam aparecer em decorrência da amamentação (ver capítulo “Aleitamento Materno: Principais Dificuldades e seu Manejo”).

A saúde física e mental da mãe deve sempre ser checada, tanto nas revisões da mãe como nas da criança. Sabe-se que fatores de ordem emocional como motivação, autoconfiança e tranquilidade são fundamentais para uma amamentação bem-sucedida. Por outro lado, a dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo, a baixa autoconfiança e a falta de apoio podem inibir o reflexo de ejeção do leite, prejudicando a lactação.

Alimentação da Nutriz

Apesar da enorme diversidade de alimentos consumidos pelos povos de todo o mundo, o leite materno é surpreendentemente homogêneo quanto a sua composição. Apenas as mulheres com desnutrição grave têm o seu leite afetado tanto qualitativa quanto quantitativamente.

A mulher que amamenta usualmente experimenta aumento do apetite e da sede, bem como algumas mudanças nas preferências alimentares. Embora sejam necessárias 940 kcal para a produção de 1 L de leite materno, acredita-se que um consumo extra de 500 calorias por dia, em média, seja suficiente para a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses (produção diária, em média, de 750-800 mL), pois a maioria das mulheres armazena, durante a gravidez, de 2 a 4 kg para serem usados na lactação. Isso pode ser conseguido por meio de uma dieta variada que forneça todos os nutrientes essenciais. A alimentação ideal de uma nutriz pode ser inacessível para muitas mães de baixo poder aquisitivo, o que pode desencorajá-las a amamentar seus filhos. Por isso, é preciso orientar a alimentação de cada nutriz de acordo com as suas possibilidades econômicas, já que as mulheres produzem leite adequado mesmo com dietas inadequadas.

As principais recomendações relacionadas à alimentação da nutriz podem ser assim resumidas:

- Consumir dieta saudável, incluindo ampla variedade de pães e cereais, frutas, legumes, verduras, derivados do leite e carnes. Uma dieta saudável contribui para a saúde geral e bem-estar da lactante, dando-lhe mais energia para amamentar e cuidar da criança.
- Consumir frutas e vegetais ricos em vitamina A.
- Certificar-se de que a sede está sendo saciada. Entre os líquidos, dar preferência para a água e outros líquidos saudáveis, tais como leite e sucos naturais. Líquidos em excesso não aumenta o volume de leite, podendo até diminuir a sua produção.¹⁰⁹
- Consumir três ou mais porções de leite e derivados. Se a nutriz é alérgica ou não tolera leite e seus derivados, ela deve receber suplemento de cálcio, preferencialmente sob a forma de citrato, que é mais bem absorvido. Perda óssea ocorre durante a lactação, mesmo quando a ingestão de cálcio é adequada. Porém, a remineralização ocorre após o retorno da menstruação, resultando em ossos mais densos.
- Pequenas quantidades de café, chás, chocolate podem ser consumidas.
- Evitar ácidos graxos trans.
- Evitar dietas e medicamentos que promovam rápida perda de peso (mais de 500 g por semana).

Os seguintes micronutrientes no leite materno são afetados pela ingestão materna: tiamina, riboflavina, vitamina B₆, vitamina B₁₂, vitaminas A e D e selênio. Já o status de zinco, ferro, folato, cálcio e cobre da mãe geralmente não afeta a composição do leite materno.

Aumento da ingestão de energia e líquidos pela lactante não aumenta o volume de leite, a menos que a mulher esteja muito desnutrida. Já o tipo de gordura do leite, e não a quantidade, é afetado pela dieta materna.

As lactantes vegetarianas que não consomem produtos animais correm o risco de hipovitaminose B₁₂ e devem ser suplementadas com essa vitamina; e as que não consomem leite fortificado com vitamina D e tem pouca exposição solar devem ser suplementadas com vitamina D. Outra preocupação com as vegetarianas é se elas estão ingerindo quantidade suficiente de proteínas.

Cuidado especial deve-se ter com a dieta de mães adolescentes, sobretudo as que tiveram menarca há menos de quatro anos. A dieta dessas mães costuma ser pobre em ferro, cálcio e outros nutrientes, além de elas terem uma maior demanda nutricional por causa de seu próprio crescimento.

De uma maneira geral, não há necessidade de nenhum tipo de restrição alimentar se a lactante não é alérgica a determinados alimentos e os tolera bem. A Academia Americana de Pediatria sugere que não há necessidade da lactante evitar alimentos altamente alergênicos durante a lactação.¹¹⁰ Essa recomendação não é unânime. Há quem considere útil apoiar a mulher com história de alergias a evitar leite, ovos e amendoim durante a gestação e amamentação, ajudando-a a escolher alimentos nutritivos em seu lugar e introduzindo esses alimentos na dieta da criança após 18 meses de idade.¹¹¹ Uma revisão sistemática com 27 ensaios clínicos controlados, todos com população menor de seis meses, concluiu que a instituição de dieta hipoalergênica para o bebê foi efetiva no tratamento da cólica do lactente.¹¹²[GRADE A – eIV] Alterações no padrão alimentar materno também parecem exercer benefício; a exclusão de leite de vaca, ovos, amendoim, trigo, soja e peixe da dieta da mãe associou-se à melhora das cólicas de crianças amamentadas.¹¹³ Outro estudo mostrou que lactentes com teste cutâneo positivo para alergia ao leite de vaca beneficiaram-se quando as mães eliminaram leite e seus derivados de suas dietas.¹¹⁴ Recomenda-se período não inferior a duas semanas para avaliar a eficácia de mudanças na dieta materna no comportamento do bebê.¹¹⁵

Algumas mães relatam que alguns alimentos específicos ingeridos por elas parecem causar algum efeito na criança. Nesse caso, pode-se fazer a prova terapêutica: retirar o alimento da dieta da mãe por duas semanas e reintroduzi-lo, observando atentamente os sintomas após a sua reintrodução. Caso os sintomas da criança melhorem substancialmente com a retirada do alimento e piorem com a sua reintrodução, ele deve ser evitado por alguns meses.

Retorno da Mãe ao Trabalho

O trabalho materno fora do lar pode ser um obstáculo à amamentação,¹¹⁶ porém não a impede. A manutenção da amamentação e as suas características são influenciadas pelo tipo de ocupação da mulher,¹¹⁷ número de horas no trabalho,¹¹⁸ leis trabalhistas e suporte ao aleitamento materno no ambiente de trabalho.

Ao profissional de saúde cabe conversar com a mulher e familiares sobre a possibilidade de a mulher trabalhar fora do lar e continuar amamentando, desde que receba apoio em casa e no trabalho. Estimular desde cedo as pessoas que convivem com a mãe a dividir as tarefas domésticas com ela e dar informações úteis para a manutenção do aleitamento materno após o retorno ao trabalho, incluindo ordenha do leite, são importantes para o sucesso da manutenção do aleitamento materno da mulher trabalhadora.

É importante enfatizar que, para manter a produção do leite, a mulher deve esvaziar a mama em intervalos regulares enquanto estiver no trabalho (o número de vezes vai depender da demanda da criança e do tempo que permanecer no trabalho). Isso deve ser feito, mesmo que a mulher não aproveite o leite ordenhado para ser oferecido à criança em outro momento.

A TABELA 6 resume as recomendações que devem ser feitas pelo profissional de saúde para as mulheres que vão ser separadas de seus filhos por algumas horas diárias em virtude de retorno ao trabalho, e que querem manter a amamentação. E a TABELA 7 apresenta, passo-a-passo, a técnica da ordenha manual do leite e a utilização desse leite para alimentar a criança em outro momento, de preferência utilizando um copo (TABELA 8). Mesmo que a mulher costume fazer a expressão do seu leite com a ajuda de uma bomba de extração de leite, é importante que toda a mulher saiba ordenhar o seu leite manualmente. Eventualmente, ela pode necessitar retirar o seu leite em locais e momentos imprevisíveis, sem ter à disposição uma bomba de extração de leite. A ordenha está indicada em diversas situações: para alívio de uma mama muito cheia, para manter a produção de leite quando o bebê não suga ou tem sucção inadequada (p. ex., recém-nascidos de baixo peso ou doentes), como estratégia para aumentar o volume de leite e para esvaziar a mama e estocar o leite quando a mãe está separada da criança.

TABELAS 6, 7¹¹⁹, 8

O Ministério da Saúde dispõe de cartilha que orienta a mulher trabalhadora que amamenta, disponível no site http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mae_trabalhadora_amamenta.pdf.

IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE NA AMAMENTAÇÃO

A prática do aleitamento materno é fortemente influenciada pelo meio em que a mulher está inserida. Para uma amamentação bem-sucedida, a mãe necessita de constante incentivo e suporte não só dos profissionais de saúde, mas de sua família e da comunidade. A opinião e o incentivo das pessoas que cercam a mãe, sobretudo o maridos/companheiro, 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.^{120, 121} No entanto, muitos deles não sabem de que maneira podem apoiar as suas companheiras, 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 do seu papel, não apenas nos cuidados com o bebê, mas também nos cuidados com a mãe.

Se por um lado os estudos mostram influência positiva dos pais nos primeiros meses da amamentação, por outro lado percebe-se que eles podem não apoiar a manutenção da amamentação por dois anos ou mais. Essa percepção foi confirmada por estudo de coorte realizado em Porto Alegre, que constatou ser a coabitação com companheiro fator de risco para desmame antes dos dois anos.¹²² Portanto, cabe ao profissional de saúde dar atenção ao novo pai e estimulá-lo a participar desse período vital para a família, ouvindo-o, tirando dúvidas, valorizando-o no processo da amamentação e incluindo-o nas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

A figura das avós é bastante presente na cultura brasileira, mesmo em populações urbanas. Elas costumam exercer grande influência sobre as mães, sobretudo as adolescentes, o que pode favorecer ou dificultar a amamentação.¹²³ Muitas avós transmitem às suas filhas ou noras a sua experiência com amamentação, a qual nem sempre está em consonância com as atuais recomendações sobre práticas alimentares de crianças. Muitas avós nasceram na década de 60 ou 70, época em que o aleitamento materno, em especial o exclusivo, não era valorizado, as taxas de aleitamento materno eram muito baixas, o uso de água e chás era recomendado pelos pediatras e imperava a crença do “leite fraco” ou “pouco leite”. Em função disso, é importante incluir as avós no aconselhamento em amamentação para que práticas alimentares que se tornaram obsoletas nos últimos 20-30 anos não continuem sendo transmitidas às novas gerações de mães. Com informação adequada e diálogo, permitindo às avós que exponham as suas experiências, crenças e sentimentos com relação à amamentação, elas podem exercer influência positiva para uma amamentação bem-sucedida de suas filhas ou noras. Uma intervenção de promoção do aleitamento materno direcionada a mães adolescentes e avós maternas das crianças conduzida em Porto Alegre, RS, mostrou ser eficaz em ampliar significativamente a duração do aleitamento materno exclusivo e do aleitamento materno.^{124, 125}

É importante que filhos mais velhos, quando presentes, também sejam envolvidos na amamentação, aprendendo desde cedo que o aleitamento materno é a forma mais natural e ideal de alimentar a criança pequena.

No período de amamentação, é difícil para a mulher cuidar do bebê, da casa, do marido e de outros filhos. O profissional de saúde deve estimular a família a colaborar com a mãe nas tarefas de casa para que ela possa se dedicar ao recém-nascido e à amamentação com mais tranquilidade. Também é papel da família não levar para casa produtos que possam prejudicar a amamentação, como latas de leite, mamadeiras e chupetas.

Muitas mães que estão amamentando, sobretudo as adolescentes, frequentam a escola. Os profissionais de saúde podem contribuir para que as escolas apoiem as mães a manterem a lactação.

PROTEÇÃO LEGAL DA AMAMENTAÇÃO

A legislação de proteção ao aleitamento materno do Brasil é uma das mais avançadas do mundo. É muito importante que o profissional de saúde conheça as leis e outros instrumentos de proteção à amamentação para que possa informar às mulheres que estão amamentando e suas famílias os seus direitos.

A seguir, são apresentados alguns direitos da mulher que direta ou indiretamente protegem o aleitamento materno:¹²⁶

- 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 – art. 7º, inc. 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 até o final do primeiro mês após o parto e o benefício também se aplica à empregada que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança. As empresas tributadas com base no lucro real que aderirem ao programa terão dedução do imposto por conceder os 60 dias de prorrogação da licença às suas servidoras. O Decreto nº 6.690, de 11 de dezembro de 2008, regulamenta a extensão da licença-maternidade por mais dois meses (60 dias), prevista na Lei nº 11.770/2008, para as servidoras lotadas nos órgãos e entidades integrantes da Administração Pública Federal direta, autárquica ou fundacional. Muitos estados e municípios já estão concedendo licença-maternidade de 180 dias para as suas servidoras.
- Garantia do emprego: é vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa da mulher trabalhadora durante o período de gestação e lactação, desde que a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto (Ato das disposições constitucionais transitórias – art. 10, inc. II, alínea b).

- Creche: todo estabelecimento que empregue mais de 30 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 – art. 389, parágrafos 1º e 2º).
- Pausas para amamentar: para amamentar o próprio filho, até que este complete seis meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a dois descansos especiais, de meia hora cada um. Quando a saúde do filho exigir, o período de seis meses poderá ser dilatado a critério da autoridade competente (Consolidação das Leis do Trabalho – art. 396, parágrafo único).
- Sala de apoio à amamentação: facultativo às empresas. Existe portaria da ANVISA¹²⁷ regulamentando a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais.
- Licença paternidade de cinco dias (artigo 473, III da CLT).
- Lei nº 11.265/2006, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e produtos de puericultura correlatos (quando regulamentada, irá substituir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras).¹²⁸ A TABELA 9 apresenta alguns itens relevantes da Lei.

TABELA 9

Além de conhecer e divulgar os instrumentos de proteção da amamentação, é importante que o profissional de saúde respeite a legislação e monitore o seu cumprimento, denunciando as irregularidades.

AMAMENTAÇÃO E ANTICONCEPÇÃO

Ver capítulo Planejamento Reprodutivo

CONTRAINDICAÇÕES E RESTRIÇÕES À AMAMENTAÇÃO

Em 2008, a OMS atualizou documento sobre as razões médicas aceitáveis para o uso de substitutos do leite materno.¹²⁹ A TABELA 10 resume o conteúdo desse documento.

TABELA 10^{129, 130}

Além das razões citadas pela OMS, no Brasil a amamentação também é contraindicada em mães HTLV-positivas;¹³¹ e temporariamente contraindicada na fase aguda da doença de Chagas e varicela, se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto. Nesse caso, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. A criança deve receber imunoglobulina humana antivaricela zoster, disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais, que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, aplicada o mais precocemente possível.¹³⁰ Na hanseníase, por se tratar de doença cuja transmissão depende de contato prolongado da criança com a mãe sem tratamento, e considerando que a primeira dose de rifampicina é suficiente para que a mãe não seja mais bacilífera, deve-se manter a amamentação e iniciar tratamento da mãe.¹³⁰ A hepatite C não é contraindicação de amamentação, mas a prevenção de fissuras mamilares em lactantes HCV-positivas é importante, uma vez que não se sabe se o contato da criança com sangue materno favorece a transmissão da doença.

TÉRMINO DA AMAMENTAÇÃO

O desmame não deve ser encarado como um evento, mas, sim, como um processo, sem data definida para iniciar e terminar, que depende de muitas variáveis, incluindo, entre outras, maturidade da criança e desejo da mãe.

Cada vez mais tem-se defendido o desmame natural, por proporcionar transição mais tranquila, menos estressante para a mãe e a criança, preenchendo as necessidades fisiológicas, imunológicas e psicológicas da criança até ela estar madura para o desmame. O desmame abrupto deve ser desencorajado, pois, se a criança não está pronta, ela pode sentir-se rejeitada pela mãe, gerando insegurança e, muitas vezes, rebeldia. Na mãe, o desmame abrupto pode precipitar ingurgitamento mamário, estase do leite e mastite, além de tristeza ou depressão, e luto pela perda da amamentação ou por mudanças hormonais.

No desmame natural, que ocorre, em média, entre dois e três anos de idade, a criança se autodesmama. Costuma ser gradual, mas às vezes pode ser súbito, como, por exemplo, em uma nova gravidez da mãe (a criança

pode estranhar o gosto do leite, que se altera, e o volume, que diminui). A mãe participa ativamente no processo, sugerindo passos quando a criança estiver pronta para aceitá-los e impondo limites adequados à idade. São sinais indicativos de que a criança está madura para o desmame:

- Idade maior que um ano.
- Menos interesse nas mamadas.
- Aceita variedade de outros alimentos.
- É segura na sua relação com a mãe.
- Aceita outras formas de consolo.
- Aceita não ser amamentada em certas ocasiões e locais.
- Consegue dormir sem mamar no peito.
- Mostra pouca ansiedade quando encorajada a não amamentar.
- Por vezes prefere brincar ou fazer outra atividade com a mãe em vez de mamar.

A mulher, com frequência, sente-se pressionada por familiares, amigos e até por profissionais de saúde a desmamar, muitas vezes contra a sua vontade e sem que ela e o bebê estejam prontos para tal. Tais pressões, muitas vezes, são influenciadas por crenças e mitos relacionados à amamentação dita “prolongada”, tais como as de que aleitamento materno, além do primeiro ano, é danoso para a criança sob o ponto de vista psicológico; que uma criança jamais desmama por si própria; que a amamentação prolongada é um sinal de problema sexual ou necessidade materna e não da criança; e que a criança que mama fica muito dependente. Essas crenças não tem fundamento científico algum.

Muitas vezes a amamentação é interrompida apesar do desejo da mãe em mantê-la. As razões mais frequentes alegadas para a interrupção precoce são: leite insuficiente, rejeição do seio pela criança, trabalho da mãe fora do lar, “leite fraco”, hospitalização da criança e problemas nas mamas. Muitos desses problemas podem ser evitados ou contornados.

Se uma mulher quiser ou precisar desmamar antes de a criança estar pronta, o profissional de saúde deve respeitar o desejo/necessidade da mãe e apoiá-la na sua decisão. O processo de desmame nem sempre é fácil, mas há fatores que podem facilitá-lo, tais como:

- Mãe estar segura de que quer (ou deve) desmamar.
- Entendimento da mãe de que o processo pode ser lento e demandar energia, tanto maior quanto menos pronta estiver a criança.

- Flexibilidade, pois o curso do processo é imprevisível.
- Paciência (dar tempo à criança) e compreensão.
- Suporte e atenção adicionais à criança – mãe deve evitar se afastar nesse período.
- Ausência de outras “crises”, como, por exemplo, controle dos esfínteres, separações, doenças, mudanças de residência, entre outras.

Sempre que possível, o desmame deve ser gradual, retirando-se uma mamada do dia a cada 1–2 semanas. A técnica utilizada para fazer a criança desmamar varia de acordo com sua idade. Se a criança for maior, o desmame pode ser planejado, negociado com ela. A mãe pode começar o processo não oferecendo o seio, mas também não recusando. Pode também encurtar as mamadas e adiá-las. Mamadas podem ser suprimidas distraindo a criança com brincadeiras, chamando amiguinhos, entretendo a criança com algo que lhe prenda a atenção. A participação do pai no processo, sempre que possível, é importante. A mãe pode também evitar certas atitudes que estimulam a criança a mamar, como, por exemplo, sentar na poltrona em que costuma amamentar.

Algumas vezes, o desmame forçado gera tanta ansiedade na mãe e no bebê que é preferível adiar um pouco mais o processo, se possível. A mãe pode, também, optar por restringir as mamadas a certos horários e locais.

As mulheres devem estar preparadas para as mudanças físicas e emocionais que o desmame pode desencadear, tais como: mudança de tamanho das mamas, mudança de peso e sentimentos diversos como alívio, paz, tristeza, depressão, culpa e luto pela perda da amamentação ou por mudanças hormonais.

Concluindo, cabe primordialmente a cada dupla mãe/bebê a decisão de manter a amamentação até que a criança a abandone espontaneamente, ou interrompê-la em determinado momento. Muitos são os fatores envolvidos nessa decisão: circunstanciais, sociais, emocionais, econômicos e culturais. Cabe ao profissional de saúde ouvir a mãe e ajudá-la a tomar uma decisão, pesando os prós e os contras. A decisão da mãe deve ser respeitada e apoiada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Amamentação é um processo complexo, com muitos fatores envolvidos, de ordem biológica, social, cultural, étnica/racial, econômica e emocional. Devido a sua importância no curto, médio e longo prazos para as pessoas envolvidas, em especial para a criança, torna-se um desafio para o profissional de saúde conduzir adequadamente esse processo, auxiliando a mãe a ter uma amamentação bem sucedida, mas sempre atento às necessidades da criança, da mãe e da família.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007. Geneva: WHO; 2007.
2. Dettwyler KA. A time to wean: the hominid blueprint for the natural age of weaning in modern human populations. In: Breastfeeding. Biocultural perspectives. New York: Aldine de Gruyter; 1995. p. 39–73.
3. Kennedy GE. From the ape's dilemma to the weanling's dilemma: early weaning and its evolutionary context. *J. Hum. Evol.* 2005 Feb;48(2):123–145.
4. Jonsdottir OH, Thorsdottir I, Hibberd PL, Fewtrell MS, Wells JC, Palsson GI, et al. Timing of the introduction of complementary foods in infancy: a randomized controlled trial. *Pediatrics.* 2012 Dec;130(6):1038–1045.
5. Cohen RJ, Brown KH, Canahuati J, Rivera LL, Dewey KG. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomised intervention study in Honduras. *Lancet.* 1994 Jul 30;344(8918):288–293.
6. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;8:CD003517.
7. Ong KK, Emmett PM, Noble S, Ness A, Dunger DB. Dietary energy intake at the age of 4 months predicts postnatal weight gain and childhood body mass index. *Pediatrics.* 2006 Mar;117(3):e503–508.
8. Wilson AC, Forsyth JS, Greene SA, Irvine L, Hau C, Howie PW. Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study. *BMJ.* 1998 Jan 3;316(7124):21–25.
9. Huh SY, Rifas-Shiman SL, Taveras EM, Oken E, Gillman MW. Timing of solid food introduction and risk of obesity in preschool-aged children. *Pediatrics.* 2011 Mar;127(3):e544–551.
10. Weng SF, Redsell SA, Swift JA, Yang M, Glazebrook CP. Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy. *Arch. Dis. Child.* 2012 Dec;97(12):1019–1026.
11. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2008 Jan;46(1):99–110.
12. Prentice A, Paul AA. Contribution of breast-milk to nutrition during prolonged breast-feeding. In: Human lactation 4: breast-feeding nutrition, infection and infant growth in developed and emerging countries. St. John's: ARTS Biomedical; 1990. p. 87–102.
13. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet.* 2000 Feb 5;355(9202):451–455.
14. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Infant and young child feeding [Internet]. Childinfo.org: Statistics by Area. 2011 [capturado em 2013 Feb 19];Disponível em: http://www.childinfo.org/breastfeeding_icycf.php
15. USAID. STATcompiler [Internet]. Measure DHS. 2012 [capturado em 2013 Feb 19];Disponível em: <http://www.statcompiler.com/>
16. Rea MF. [A review of breastfeeding in Brazil and how the country has reached ten months' breastfeeding duration]. *Cad Saude Publica.* 2003;19(Suppl 1):S37–45.
17. Venancio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 1998 Apr;1(1):40–49.
18. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Amamentação e situação nutricional das mães e crianças. In: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro: BENFAM; 1997. p. 125–138.
19. Brasil. Ministério da Saúde. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília: MS; 2008.
20. Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: MS; 2009.
21. World Health Organization. Infant and young child feeding: A tool for assessing national practices, policies and programmes [Internet]. Geneva: WHO; 2003 [capturado em 2013 Feb 19]. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562544/en/index.html>
22. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet.* 2003 Jul 5;362(9377):65–71.
23. Lauer JA, Betrán AP, Barros AJD, De Onís M. Deaths and years of life lost due to suboptimal breast-feeding among children in the developing world: a global ecological risk assessment. *Public Health Nutr.* 2006 Sep;9(6):673–685.
24. Escuder MML, Venancio SI, Pereira JC, Sar R. [Impact estimates of breastfeeding over infant mortality]. *Rev Saude Publica.* 2003 Jun;37(3):319–325.

25. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*. 1987 Aug 8;2(8554):319–322.
26. Chen A, Rogan WJ. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics*. 2004 May;113(5):e435–439.
27. Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos TA, Lau J. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed Med*. 2009 Oct;4 Suppl 1:S17–30.
28. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006 Mar;117(3):e380–386.
29. Mullany LC, Katz J, Li YM, Khatry SK, LeClerq SC, Darmstadt GL, et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. *J. Nutr*. 2008 Mar;138(3):599–603.
30. Albesharat R, Ehrmann MA, Korakli M, Yazaji S, Vogel RF. Phenotypic and genotypic analyses of lactic acid bacteria in local fermented food, breast milk and faeces of mothers and their babies. *Syst. Appl. Microbiol*. 2011 Apr;34(2):148–155.
31. Parm U, Metsvaht T, Sepp E, Ilmoja M-L, Pisarev H, Pauskar M, et al. Risk factors associated with gut and nasopharyngeal colonization by common Gram-negative species and yeasts in neonatal intensive care units patients. *Early Hum. Dev*. 2011 Jun;87(6):391–399.
32. Araújo ED, Carbonare SB, De Araújo MCPE, Palmeira P, Amaral JA, Sales VS de F. [Total and specific IgA in colostrum and milk of mothers of Natal-Rio Grande do Norte, Brasil]. *Acta Cir Bras*. 2005;20 Suppl 1:178–184.
33. Brown KH, Black RE, Lopez de Romaña G, Creed de Kanashiro H. Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics*. 1989 Jan;83(1):31–40.
34. Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Flieger W. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*. 1990 Dec;86(6):874–882.
35. Victora CG, Fuchs SC, Kirkwood BR, Lombardi C, Barros FC. Breast-feeding, nutritional status, and other prognostic factors for dehydration among young children with diarrhoea in Brazil. *Bull. World Health Organ*. 1992;70(4):467–475.
36. Boccolini CS, Boccolini P de MM, Carvalho ML de, Oliveira MIC de. Padrões de aleitamento materno exclusivo e internação por diarréia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras. *Cienc. saúde coletiva*. 2012 Jul;17(7):1857–1863.
37. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*. 2001 Jan 24;285(4):413–420.
38. Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey CD. Protective effect of breast feeding against infection. *BMJ*. 1990 Jan 6;300(6716):11–16.
39. Chien PF, Howie PW. Breast milk and the risk of opportunistic infection in infancy in industrialized and non-industrialized settings. *Adv Nutr Res*. 2001;10:69–104.
40. Bachrach VRG, Schwarz E, Bachrach LR. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003 Mar;157(3):237–243.
41. Boccolini CS, Carvalho ML de, Oliveira MIC de, Boccolini P de MM. O papel do aleitamento materno na redução das hospitalizações por pneumonia em crianças brasileiras menores de 1 ano. *Jornal de Pediatria*. 2011 Oct;87(5):399–404.
42. César JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ*. 1999 May 15;318(7194):1316–1320.
43. Albernaz EP, Menezes AMB, César JA, Victora CG, Barros FC, Halpern R. Fatores de risco associados à hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-neonatal. *Revista de Saúde Pública*. 2003 Aug;37(4):485–493.
44. Van Odiijk J, Kull I, Borres MP, Brandtzaeg P, Edberg U, Hanson LA, 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*. 2003 Sep;58(9):833–843.
45. Strassburger SZ, Vitolo MR, Bortolini GA, Pitrez PM, Jones MH, Stein RT. Nutritional errors in the first months of life and their association with asthma and atopy in preschool children. *J Pediatr (Rio J)*. 2010 Oct;86(5):391–399.
46. Gdalevich M, Mimouni D, Mimouni M. Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. *J. Pediatr*. 2001 Aug;139(2):261–266.
47. Newburg DS, Walker WA. Protection of the neonate by the innate immune system of developing gut and of human milk. *Pediatr. Res*. 2007 Jan;61(1):2–8.
48. Gdalevich M, Mimouni D, David M, Mimouni M. Breast-feeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J. Am. Acad. Dermatol*. 2001 Oct;45(4):520–527.
49. Kane S, Lemieux N. The role of breastfeeding in postpartum disease activity in women with inflammatory bowel disease. *Am. J. Gastroenterol*. 2005 Jan;100(1):102–105.
50. Barclay AR, Russell RK, Wilson ML, Gilmour WH, Satsangi J, Wilson DC. Systematic review: the role of breastfeeding in the development of pediatric inflammatory bowel disease. *J. Pediatr*. 2009 Sep;155(3):421–426.
51. Martin RM, Gunnell D, Owen CG, Smith GD. Breast-feeding and childhood cancer: A systematic review with metaanalysis. *Int. J. Cancer*. 2005 Dec 20;117(6):1020–1031.
52. Gerstein HC. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. *Diabetes Care*. 1994 Jan;17(1):13–19.
53. Norris JM, Scott FW. A meta-analysis of infant diet and insulin-dependent diabetes mellitus: do biases play a role? *Epidemiology*. 1996 Jan;7(1):87–92.
54. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *Am. J. Clin. Nutr*. 2006 Nov;84(5):1043–1054.
55. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence of the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analyses. Geneva: WHO; 2007.
56. Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, Von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity--a systematic review. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord*. 2004 Oct;28(10):1247–1256.

57. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am. J. Epidemiol.* 2005 Sep 1;162(5):397–403.
58. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. *Pediatrics.* 2005 May;115(5):1367–1377.
59. Haisma H, Wells JC, Coward WA, Filho DD, Victora CG, Vonk RJ, et al. Complementary feeding with cow's milk alters sleeping metabolic rate in breast-fed infants. *J Nutr* 2005; 135: 1.889.
60. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am. J. Clin. Nutr.* 1999 Oct;70(4):525–535.
61. Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA.* 2002 May 8;287(18):2365–2371.
62. Horwood LJ, Fergusson DM. Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. *Pediatrics.* 1998 Jan;101(1):E9.
63. Richards M, Hardy R, Wadsworth MEJ. Long-term effects of breast-feeding in a national birth cohort: educational attainment and midlife cognitive function. *Public Health Nutr.* 2002 Oct;5(5):631–635.
64. Victora CG, Barros FC, Horta BL, Lima RC. Breastfeeding and school achievement in Brazilian adolescents. *Acta Paediatr.* 2005 Nov;94(11):1656–1660.
65. Uauy R, Peirano P. Breast is best: human milk is the optimal food for brain development. *Am. J. Clin. Nutr.* 1999 Oct;70(4):433–434.
66. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet.* 1992 Feb 1;339(8788):261–264.
67. Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JL de A, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. *Jornal de Pediatria.* 2003 Feb;79(1):7–12.
68. Caraméz da Silva F, Justo Giugliani ER, Capsi Pires S. Duration of breastfeeding and distocclusion in the deciduous dentition. *Breastfeed Med.* 2012 Dec;7(6):464–468.
69. Pires SC, Giugliani ERJ, Caraméz da Silva F. Influence of the duration of breastfeeding on quality of muscle function during mastication in preschoolers: a cohort study. *BMC Public Health.* 2012;12(1):934.
70. Bernier MO, Plu-Bureau G, Bossard N, Ayzac L, Thalabard JC. Breastfeeding and risk of breast cancer: a metaanalysis of published studies. *Hum. Reprod. Update.* 2000 Aug;6(4):374–386.
71. Lipworth L, Bailey LR, Trichopoulos D. History of breast-feeding in relation to breast cancer risk: a review of the epidemiologic literature. *J. Natl. Cancer Inst.* 2000 Feb 16;92(4):302–312.
72. 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.* 2002 Jul 20;360(9328):187–195.
73. Danforth KN, Tworoger SS, Hecht JL, Rosner BA, Colditz GA, Hankinson SE. Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts. *Cancer Causes Control.* 2007 Jun;18(5):517–523.
74. Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC, Manson JE, Michels KB. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA.* 2005 Nov 23;294(20):2601–2610.
75. Rosenblatt KA, Thomas DB. Prolonged lactation and endometrial cancer. WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *Int J Epidemiol.* 1995 Jun;24(3):499–503.
76. Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM, Allison MA, Ness RB, Freiberg MS, et al. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol.* 2009 May;113(5):974–982.
77. Kulie T, Slattengren A, Redmer J, Counts H, Eglash A, Schrager S. Obesity and women's health: an evidence-based review. *J Am Board Fam Med.* 2011 Feb;24(1):75–85.
78. Gunderson EP, Jacobs DR Jr, Chiang V, Lewis CE, Feng J, Quesenberry CP Jr, et al. Duration of lactation and incidence of the metabolic syndrome in women of reproductive age according to gestational diabetes mellitus status: a 20-Year prospective study in CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults). *Diabetes.* 2010 Feb;59(2):495–504.
79. Dursun N, Akin S, Dursun E, Sade I, Korkusuz F. Influence of duration of total breast-feeding on bone mineral density in a Turkish population: does the priority of risk factors differ from society to society? *Osteoporos Int.* 2006;17(5):651–655.
80. Pikwer M, Bergström U, Nilsson J-A, Jacobsson L, Berglund G, Turesson C. Breast feeding, but not use of oral contraceptives, is associated with a reduced risk of rheumatoid arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 2009 Apr;68(4):526–530.
81. Henderson JJ, Evans SF, Straton JAY, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth.* 2003 Sep;30(3):175–180.
82. Langer-Gould A, Huang SM, Gupta R, Leimpeter AD, Greenwood E, Albers KB, et al. Exclusive breastfeeding and the risk of postpartum relapses in women with multiple sclerosis. *Arch. Neurol.* 2009 Aug;66(8):958–963.
83. Chua S, Arulkumaran S, Lim I, Selamat N, Ratnam SS. Influence of breastfeeding and nipple stimulation on postpartum uterine activity. *Br J Obstet Gynaecol.* 1994 Sep;101(9):804–805.
84. Kennedy KI, Kotelchuck M. Policy considerations for the introduction and promotion of the lactational amenorrhea method: advantages and disadvantages of LAM. *J Hum Lact.* 1998 Sep;14(3):191–203.
85. Britton JR, Britton HL, Gronwaldt V. Breastfeeding, sensitivity, and attachment. *Pediatrics.* 2006 Nov;118(5):e1436–1443.
86. Geddes DT. Inside the lactating breast: the latest anatomy research. *J Midwifery Womens Health.* 2007 Dec;52(6):556–563.
87. World Health Organization. Infant and young child feeding. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO; 2009.
88. Riordan J. Anatomy and physiology of lactation. In: *Breastfeeding and human lactation.* Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2010. Sudbury p. 79–111.
89. Van Veldhuizen-Staas CG. Overabundant milk supply: an alternative way to intervene by full drainage and block feeding. *Int Breastfeed J.* 2007;2:11.
90. Casey CE, Neifert MR, Seacat JM, Neville MC. Nutrient intake by breast-fed infants during the first five days after birth. *Am. J. Dis. Child.* 1986 Sep;140(9):933–936.

91. Dewey KG, Lönnerdal B. Milk and nutrient intake of breast-fed infants from 1 to 6 months: relation to growth and fatness. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 1983;2(3):497–506.
92. Ramsay DT, Kent JC, Hartmann RA, Hartmann PE. Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. *J. Anat.* 2005 Jun;206(6):525–534.
93. Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, Ramsay DT, Doherty DA, Hartmann PE. Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breast milk throughout the day. *Pediatrics.* 2006 Mar;117(3):e387–395.
94. Ashraf RN, Jalil F, Aperia A, Lindblad BS. Additional water is not needed for healthy breast-fed babies in a hot climate. *Acta Paediatr.* 1993 Dec;82(12):1007–1011.
95. Sachdev HP, Krishna J, Puri RK, Satyanarayana L, Kumar S. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. *Lancet.* 1991 Apr 20;337(8747):929–933.
96. World Health Organization. Breastfeeding counselling: a training course. Geneva: WHO; 1993.
97. Brasil. Ministério da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: modulo 1 - histórico e implementação. Brasília: MS; 2008. Brasília
98. Bertini G, Dani C, Tronchin M, Rubaltelli FF. Is breastfeeding really favoring early neonatal jaundice? *Pediatrics.* 2001 Mar;107(3):E41.
99. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5:CD003519.
100. International Lactation Consultant Association. Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding. 2nd ed. Raleigh: ILC; 2005. Raleigh
101. Marchini G, Persson B, Berggren V, Hagenäs L. Hunger behaviour contributes to early nutritional homeostasis. *Acta Paediatr.* 1998 Jun;87(6):671–675.
102. Giugliani ERJ, Do Espírito Santo LC, De Oliveira LD, Aerts D. Intake of water, herbal teas and non-breast milks during the first month of life: associated factors and impact on breastfeeding duration. *Early Hum. Dev.* 2008 May;84(5):305–310.
103. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. *J. Pediatr.* 1995 Jun;126(6):S125–129.
104. Aarts C, Hörnell A, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use. *Pediatrics.* 1999 Oct;104(4):e50.
105. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MT, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics.* 1997 Mar;99(3):445–453.
106. Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. *Birth.* 2001 Dec;28(4):236–242.
107. Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery.* 2002 Jun;18(2):87–101.
108. Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth.* 1992 Dec;19(4):185–189.
109. Morse JM, Ewing G, Gamble D, Donahue P. The effect of maternal fluid intake on breast milk supply: a pilot study. *Can J Public Health.* 1992 Jun;83(3):213–216.
110. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics.* 2008 Jan;121(1):183–191.
111. West CE, Videky DJ, Prescott SL. Role of diet in the development of immune tolerance in the context of allergic disease. *Curr. Opin. Pediatr.* 2010 Oct;22(5):635–641.
112. Lucassen PL, Assendelft WJ, Gubbels JW, Van Eijk JT, Van Geldrop WJ, Neven AK. Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. *BMJ.* 1998 May 23;316(7144):1563–1569.
113. Hill DJ, Roy N, Heine RG, Hosking CS, Francis DE, Brown J, et al. Effect of a low-allergen maternal diet on colic among breastfed infants: a randomized, controlled trial. *Pediatrics.* 2005 Nov;116(5):e709–715.
114. Moravej H, Imanieh MH, Kashef S, Handjani F, Eghtedari F. Predictive value of the cow's milk skin prick test in infantile colic. *Ann Saudi Med.* 2010 Dec;30(6):468–470.
115. Savino F, Tarasco V. New treatments for infant colic. *Curr. Opin. Pediatr.* 2010 Dec;22(6):791–797.
116. Pérez-Escamilla R, Lutter C, Segall AM, Rivera A, Treviño-Siller S, Sanghvi T. Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries. *J. Nutr.* 1995 Dec;125(12):2972–2984.
117. Kurinij N, Shiono PH, Ezrine SF, Rhoads GG. Does maternal employment affect breast-feeding? *Am J Public Health.* 1989 Sep;79(9):1247–1250.
118. Hills-Bonczyk SG, Avery MD, Savik K, Potter S, Duckett LJ. Women's experiences with combining breast-feeding and employment. *J Nurse Midwifery.* 1993 Oct;38(5):257–266.
119. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta. Brasília: MS; 2010.
120. Bar-Yam NB, Darby L. Fathers and breastfeeding: a review of the literature. *J Hum Lact.* 1997 Mar;13(1):45–50.
121. Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, D'Amora S, Continisio P. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics.* 2005 Oct;116(4):e494–498.
122. Martins EJ, Giugliani ERJ. Which women breastfeed for 2 years or more? *J Pediatr (Rio J).* 2012 Feb;88(1):67–73.
123. Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influência das avós na prática do aleitamento materno. *Revista de Saúde Pública.* 2005 Apr;39(2):141–147.
124. De Oliveira LD, Giugliani ERJ, Santo LC do E, Nunes LM. Impact of a strategy to prevent the introduction of non-breast milk and complementary foods during the first 6 months of life: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *Early Hum. Dev.* 2012 Jun;88(6):357–361.
125. Nunes LM, Giugliani ERJ, Santo LC do E, De Oliveira LD. Reduction of unnecessary intake of water and herbal teas on breast-fed infants: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *J Adolesc Health.* 2011 Sep;49(3):258–264.
126. Santiago LB, Giugliani ERJ. O papel do pediatra no aleitamento materno. In: *Tratado de Pediatria.* Barueri: Manole; 2010. p. 339–46.

127. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 193, de 23 de fevereiro de 2010 [Internet]. 2010 [capturado em 2013 Feb 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/prt0193_23_02_2010.html
128. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Brasileira de Comercialização [Internet]. Portal da Saúde: Profissional e Gestor. 2012 [capturado em 2013 Feb 19]; Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24231
129. World Health Organization. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Geneva: WHO; 2008.
130. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: MS; 2009.
131. Brasil. Ministério da Saúde. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília: MS; 2006.

LEITURAS RECOMENDADAS

Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding. A guide for the medical profession. 7th.ed. St. Louis, MO: Elsevier Mosby, 2011.

Riordan J, Wambach K. Breastfeeding and human lactation. 4th. Ed. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2010.

Walker M. Breastfeeding management for the clinician. Using the evidence. 2nd ed. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2011.

Livros-texto que abordam com profundidade os mais diversos assuntos relacionados com aleitamento materno.

World Health Organization. Infant and Young child feeding. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: World Health Organization, 2009.

Material elaborado pela OMS contendo modelos de capítulos para serem usados em livros-texto. Contém conteúdo essencial sobre alimentação da criança pequena que os profissionais de saúde devem aprender durante a sua formação básica.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Cartilha elaborada pelo Ministério da Saúde contendo informações valiosas para a mulher trabalhadora que que manter a amamentação após o retorno ao trabalho.

SITES RECOMENDADOS

Ministério da Saúde.

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=37379&janela=1

Site contendo várias publicações e avanços na promoção, proteção e apoio do aleitamento materno no Brasil.

Rede Nacional de Bancos de Leite Humano

<http://www.redeblh.fiocruz.br>

Página da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano do Brasil, contendo informações relacionadas às atividades dos bancos de leite, tais como manuais técnicos e rotinas de serviços.

FIGURA 1 – Desenho esquemático da mama

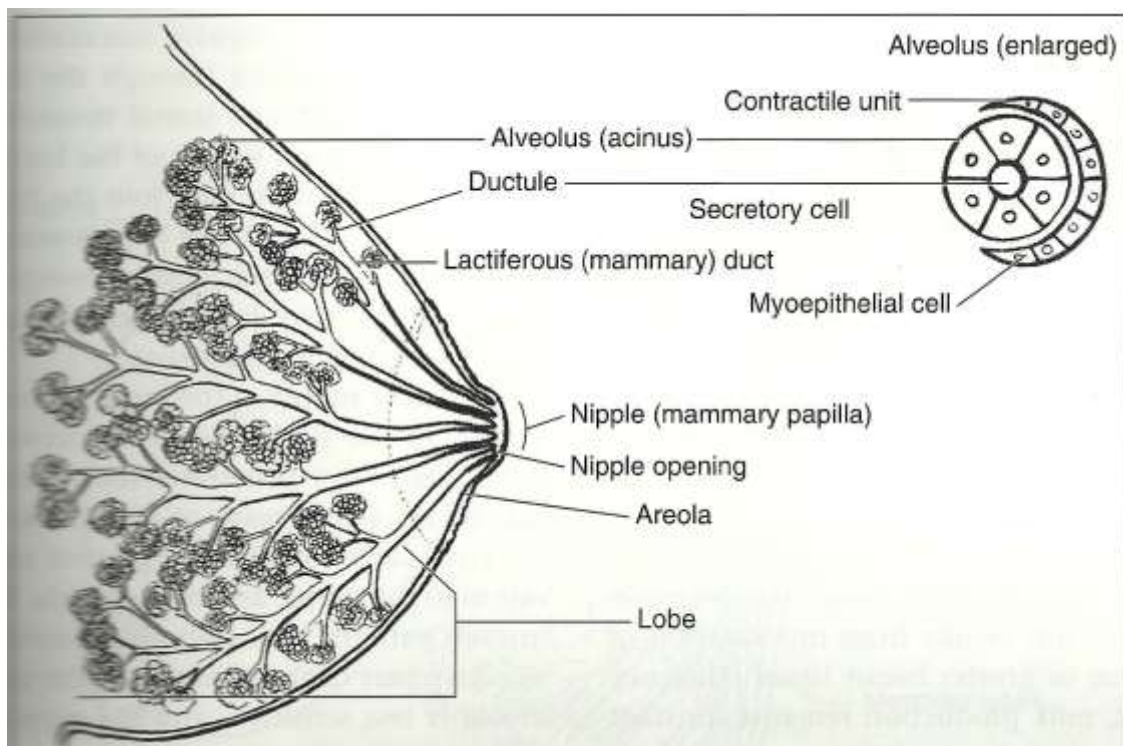


FIGURA 2 – Mulher amamentando com posicionamento adequado



FIGURA 3 - Criança mamando com boa pega



TABELA 1 – Principais indicadores de aleitamento materno nos países em desenvolvimento, na América Latina e Caribe, e no Brasil

INDICADOR	PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO	AMÉRICA LATINA E CARIBE	BRASIL
AM na primeira hora de vida	43%	42%	43%
AME em menores de seis meses	37%	42%	40%
AM continuado (um ano)	75%	59%	50%
AM continuado (dois anos)	56%	33%	25%

Fonte: ¹⁴

AM = aleitamento materno; AME = aleitamento materno exclusivo

TABELA 2 – Estágios da lactação

ESTÁGIO	CARACTERÍSTICAS
Mamogênese (nascimento da mulher até a primeira gravidez)	<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento mamário; aumento do peso e tamanho da mama • Proliferação dos ductos e sistema glandular sob a ação de estrogênio e progesterônio
Lactogênese I (metade da gravidez ao dia 2 pós-parto)	<ul style="list-style-type: none"> • Início da síntese do leite da metade da gravidez em diante • Diferenciação das células alveolares em células secretoras • Prolactina estimula as células epiteliais secretoras
Lactogênese II (dia 3 ao dia 8 pós-parto)	<ul style="list-style-type: none"> • Fechamento da junção das células alveolares • Rápida queda dos níveis de progesterona materna • Início da secreção abundante de leite • Mamas cheias e quentes • Mudança do controle endócrino para autócrino
Galactopoiese (dia 9 ao início da involução)	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção da secreção do leite • Controle por sistema autócrino (produção-demanda) • Tamanho da mama diminui entre 6 e 9 meses pós-parto
Involução (em média 40 dias após última amamentação)	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da secreção do leite pela ação dos peptídeos inibidores • Níveis de sódio elevados

Fonte: ⁸⁸

TABELA 3 – Composição do colostro e do leite materno maduro de mães de crianças a termo e pré-termo e do leite de vaca

Nutriente	Colostro (3-5 dias)		Leite Maduro (26-29 dias)		Leite de vaca
	A termo	Pré-termo	A termo	Pré-termo	
Calorias (kcal/Dl)	48	58	62	70	69
Lipídios (g/Dl)	1,8	3,0	3,0	4,1	3,7
Proteínas (g/Dl)	1,9	2,1	1,3	1,4	3,3
Lactose (g/Dl)	5,1	5,0	6,5	6,0	4,8

Fonte: adaptado de ⁸⁸

TABELA 4 – Itens que devem ser considerados na avaliação do posicionamento da mãe e do bebê e da pega do bebê na amamentação

-
- Roupas da mãe e do bebê adequadas, sem restringir movimentos. Sempre que possível e adequado, as mamas devem estar completamente expostas e o bebê vestido de maneira que os braços fiquem livres (não deve estar enrolado).
 - Mãe confortavelmente posicionada, relaxada, bem apoiada, não curvada para trás nem para frente. O apoio dos pés acima do nível do chão é aconselhável (uma banquetinha pode ser útil).
 - Corpo do bebê bem próximo ao da mãe, de frente um para o outro (“barriga com barriga”). Uma das regras básicas de uma boa técnica de amamentação é manter cabeça e corpo do bebê alinhados.
 - Braço inferior do bebê posicionado ao redor da cintura da mãe, de maneira que não fique entre o corpo do bebê e o corpo da mãe.
 - Corpo do bebê fletido sobre a mãe, com as nádegas firmemente apoiadas.
 - Pescoço do bebê levemente estendido.
 - Mãe apoiando a mama formando um C com o dedo polegar colocado na parte superior e os outros quatro dedos na parte inferior, tendo o cuidado de deixar a aréola livre. Os dedos não devem ser colocados em forma de tesoura, interpondo-se entre a boca do bebê e a aréola.
 - Cabeça do bebê no mesmo nível da mama. Uma regra útil para que não haja problemas quanto à pega, é solicitar à mãe que posicione a cabeça do bebê de maneira que o nariz da criança fique na altura do mamilo.
 - Mãe estimula o lábio do bebê com o mamilo para que ele abra bem a boca e abaixe a língua (caso ele não o fizer espontaneamente).
 - Mãe, com um rápido movimento, leva o bebê ao peito (se necessário).
 - Bebê abocanha, além do mamilo, parte da aréola (aproximadamente 2 cm além do mamilo).
 - Queixo do bebê toca a mama.
 - Narinas do bebê desobstruídas.
 - Bebê mantém a boca bem aberta colada na mama, sem apertar os lábios.
 - Lábios do bebê curvados para fora, formando um laço. Para visualizar o lábio inferior do bebê, muitas vezes é necessário pressionar um pouco a mama ao redor com as mãos.
 - Língua do bebê sobre a gengiva inferior. Algumas vezes a língua é visível; no entanto, na maioria das vezes é necessário abaixar suavemente o lábio inferior do bebê para visualizar a língua.
 - Língua do bebê curvada para cima nas bordas (canolamento).
 - Bebê mantém-se fixado à mama, sem escorregar ou largar o mamilo.
 - Mandíbulas do bebê em movimento.
 - Deglutição visível e/ou audível.
-

TABELA 5 – Ficha recomendada pela OMS para a observação de mamadas

Sinais de que a amamentação está indo bem	Sinais de possível dificuldade
<p>GERAL</p> <p><i>Mãe:</i></p> <p>() Mãe aparenta estar saudável</p> <p>() Mãe relaxada e confortável</p> <p>() Sinais de vínculo entre mãe e bebê</p> <p><i>Bebê:</i></p> <p>() Bebê aparenta estar saudável</p> <p>() Bebê calmo e relaxado</p> <p>() Bebê alcança ou procura a mama se tem fome</p>	<p><i>Mãe:</i></p> <p>() Mãe aparenta estar doente ou deprimida</p> <p>() Mãe aparenta estar tensa e desconfortável</p> <p>() Ausência de contato visual entre mãe e bebê</p> <p><i>Bebê:</i></p> <p>() Bebê aparenta estar sonolento ou doente</p> <p>() Bebê está inquieto ou chorando</p> <p>() Bebê não alcança ou procura a mama</p>
<p>MAMAS</p> <p>() Mamas com aparência saudável</p> <p>() Ausência de dor ou desconforto</p> <p>() Mama bem apoiada com dedos longe do mamilo</p> <p>() Mamilo proeminente, protrátil</p>	<p>() Mamas vermelhas, edemaciadas, doloridas</p> <p>() Dor na mama ou mamilo</p> <p>() Mama apoiada com dedos na aréola</p> <p>() Mamilo plano, não protrátil</p>
<p>POSIÇÃO DO BEBÊ</p> <p>() Cabeça e corpo do bebê alinhados</p> <p>() Bebê mantido perto do corpo da mãe</p> <p>() Todo corpo do bebê apoiado</p> <p>() Bebê aproxima-se da mama, nariz em frente ao mamilo</p>	<p>() Pescoço e cabeça do bebê torcidos para mamar</p> <p>() Bebê afastado do corpo da mãe</p> <p>() Bebê apoiado pela cabeça e pescoço</p> <p>() Bebê aproxima-se da mama, lábio inferior em frente ao mamilo</p>
<p>PEGA DO BEBÊ</p> <p>() Mais aréola visível acima do lábio superior do bebê</p> <p>() Boca do bebê bem aberta</p> <p>() Lábio inferior virado para fora</p> <p>() Queixo do bebê toca a mama</p>	<p>() Mais aréola visível abaixo do lábio superior do bebê</p> <p>() Boca do bebê pouco aberta</p> <p>() Lábios voltados para a frente ou para dentro</p> <p>() Queixo do bebê não toca a mama</p>
<p>SUCÇÃO</p> <p>() Lenta, sugadas profundas com pausa</p> <p>() Bochecha arredondadas durante a sucção</p> <p>() Bebê larga a mama quando termina</p> <p>() Mãe nota sinais do reflexo da ocitocina</p>	<p>() Sugadas rápidas e superficiais</p> <p>() Bochecha encovada durante a sucção</p> <p>() Mãe retira o bebê da mama</p> <p>() Mãe não nota sinais do reflexo da ocitocina</p>

Fonte: ⁸⁷

TABELA 6 – Recomendações para a manutenção do aleitamento materno após o retorno da mulher ao trabalho fora do lar

Antes do retorno ao trabalho
<ul style="list-style-type: none">• Praticar o aleitamento materno exclusivo.
<ul style="list-style-type: none">• Conhecer as facilidades para a retirada e o armazenamento do leite no local de trabalho (privacidade, geladeira, horários, disponibilidade de sala de apoio à amamentação).
<ul style="list-style-type: none">• Praticar a ordenha do leite (manualmente ou com a ajuda de uma bomba de extração de leite) e congelar o leite para usar quando estiver ausente. Iniciar o estoque de leite 15 dias antes do retorno ao trabalho.
Após o retorno ao trabalho
<ul style="list-style-type: none">• Amamentar com frequência quando estiver em casa, inclusive à noite.
<ul style="list-style-type: none">• Evitar mamadeiras. Oferecer a alimentação com copo e/ou colher.
<ul style="list-style-type: none">• Durante as horas de trabalho, esvaziar as mamas por meio de ordenha e, sempre que possível, guardar o leite na geladeira, freezer ou congelador para oferecer à criança em outro momento (ver TABELAS 7 e 8).

TABELA 7 – Passo-a-passo para a ordenha manual do leite materno e utilização do mesmo

Preparando o frasco
<ul style="list-style-type: none"> • Escolha um frasco de vidro incolor com tampa plástica – os melhores são os de maionese ou café solúvel.
<ul style="list-style-type: none"> • Lave bem o frasco com água e sabão e depois ferva a tampa e o frasco por 15 minutos, contando o tempo a partir do início da fervura.
<ul style="list-style-type: none"> • Escorra o vidro e a tampa sobre um pano limpo até secar.
<ul style="list-style-type: none"> • Identifique o frasco de vidro onde vai colocar o leite com seu nome, data e hora da coleta.
Preparando-se para a ordenha
<ul style="list-style-type: none"> • Retire anéis, pulseiras e relógio.
<ul style="list-style-type: none"> • Coloque uma touca ou um lenço no cabelo e amarre um lenço ou qualquer outro tecido limpo na boca.
<ul style="list-style-type: none"> • Lave cuidadosamente as mãos até os cotovelos, com água e sabão.
<ul style="list-style-type: none"> • Lave as mamas apenas com água limpa.
<ul style="list-style-type: none"> • Seque as mãos, os antebraços e as mamas com papel toalha ou um pano limpo.
<ul style="list-style-type: none"> • Procure fazer a ordenha em um local tranquilo, onde possa sentar-se confortavelmente e relaxar. Pensar no bebê pode auxiliar na saída do leite.
<ul style="list-style-type: none"> • É útil deixar à mão um copo com água ou suco natural.
<ul style="list-style-type: none"> • Tenha à mão pano úmido limpo e lenços de papel.
Ordenhando o leite
<ul style="list-style-type: none"> • Posicione o recipiente onde será coletado o leite materno (copo, xícara, caneca ou vidro de boca larga) próximo ao seio. A tampa do frasco deve ficar sobre a mesa, com a parte interna voltada para cima.
<ul style="list-style-type: none"> • Inicie a massagem das mamas: faça movimentos circulares com a ponta dos dedos em toda a aréola. Continue massageando delicadamente toda a mama, mantendo os movimentos circulares.
<ul style="list-style-type: none"> • Curve o tórax sobre o abdome para facilitar a saída do leite e aumentar o fluxo lácteo.
<ul style="list-style-type: none"> • Com os dedos da mão em forma de C, coloque o polegar na aréola ACIMA do mamilo e os dedos indicador e médio ABAIXO do mamilo na transição aréola-mama, em oposição ao polegar; sustentar o seio com os outros dedos.
<ul style="list-style-type: none"> • Use preferencialmente a mão esquerda para a mama esquerda e a mão direita para a mama direita, ou use as duas mãos simultaneamente (uma em cada mama ou as duas juntas na mesma mama – técnica bimanual).
<ul style="list-style-type: none"> • Firme os dedos e empurre para trás em direção ao tórax.
<ul style="list-style-type: none"> • Pressione suavemente o polegar contra os outros dedos. Evite pressionar demais, para não bloquear os ductos lactíferos.
<ul style="list-style-type: none"> • Não deslize os dedos sobre a pele. Pressione e solte, pressione e solte muitas vezes. A princípio, o leite pode não fluir, mas depois de pressionar algumas vezes, o leite começa a pingar. Pode fluir em jorros, se o reflexo de ocitocina é ativo.
<ul style="list-style-type: none"> • Despreze os primeiros jatos; assim, melhora a qualidade do leite pela redução dos contaminantes microbianos.
<ul style="list-style-type: none"> • Mude a posição dos dedos ao redor da aréola para esvaziar todas as áreas da mama.
<ul style="list-style-type: none"> • Alterne a mama quando o fluxo de leite diminuir e repita a massagem e o ciclo várias vezes. Lembre 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.
<ul style="list-style-type: none"> • Podem ser ordenhados os dois seios simultaneamente em um único vasilhame de boca larga ou em dois vasilhames separados, colocados um embaixo de cada mama.

<ul style="list-style-type: none"> • Após terminar a coleta, feche bem o frasco.
Armazenando o leite
<ul style="list-style-type: none"> • Guarde o leite coletado em geladeira, se for utilizá-lo em no máximo 12 horas. Senão, coloque-o no freezer ou congelador.
<ul style="list-style-type: none"> • Se o frasco não ficar cheio, ele poderá ser completado em outra coleta, deixando sempre um espaço de dois dedos entre a boca do frasco e o leite.
<ul style="list-style-type: none"> • O leite cru guardado em geladeira deve ser consumido em até 12 horas; leite congelado, sem ser pasteurizado, tem validade de 15 dias.
Transportando o leite
<ul style="list-style-type: none"> • O leite deve ser transportado do local do trabalho para casa em sacola ou caixa térmica com gelo retirado do freezer ou congelador.
<ul style="list-style-type: none"> • Ao chegar em casa, coloque o leite imediatamente na geladeira, freezer ou congelador.
Oferecendo o leite à criança
<ul style="list-style-type: none"> • O leite congelado deverá ser descongelado de preferência dentro da geladeira.
<ul style="list-style-type: none"> • Uma vez descongelado, o leite deve ser aquecido em banho-maria, fora do fogo. Não se recomenda que o leite seja aquecido em micro-ondas, pois esse tipo de aquecimento pode destruir os fatores de proteção do leite.
<ul style="list-style-type: none"> • Antes de oferecer o leite à criança, ele deve ser agitado suavemente para homogeneizar a gordura.
<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer o leite para a criança, de preferência em um copo (ver TABELA 8)

Fonte: Adaptado de ¹¹⁹

TABELA 8 – Técnica para utilização de copo por criança pequena

<ul style="list-style-type: none">• Certifique-se que o bebê está desperto e tranquilo.
<ul style="list-style-type: none">• Acomode o bebê no colo, na posição sentada ou semissentada, de modo que a cabeça forme um ângulo de quase 90° com o pescoço.
<ul style="list-style-type: none">• Encoste a borda do copo no lábio inferior do bebê e deixe o leite materno tocar o lábio. O bebê fará movimentos de lambida do leite seguidos de deglutição.
<ul style="list-style-type: none">• Não despeje o leite na boca do bebê.
<ul style="list-style-type: none">• Com prática, pouco leite é perdido.

TABELA 9 – Itens selecionados da Lei 11.625, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e produtos de puericultura correlatos

<p>Art. 4º É vedada a promoção comercial dos produtos a que se referem os incisos I, V e VI* do caput do art. 2º desta Lei, em quaisquer meios de comunicação, conforme se dispuser em regulamento.</p>
<p>Art. 5º A promoção comercial de alimentos infantis referidos nos incisos II, III e IV* do caput do art. 2º desta Lei deverá incluir, em caráter obrigatório, o seguinte destaque, visual ou auditivo, consoante o meio de divulgação.</p> <p>I – para produtos referidos nos incisos II e III do caput do art. 2º desta Lei os dizeres “O Ministério da Saúde informa: o aleitamento materno evita infecções e alergias e é recomendado até os 2 (dois) anos de idade ou mais”.</p> <p>II – para produtos referidos no inciso IV do caput do art. 2º desta Lei os dizeres “O Ministério da Saúde informa: após os 6 (seis) meses de idade continue amamentando seu filho e ofereça novos alimentos”.</p>
<p>Art. 6º Não é permitida a atuação de representantes comerciais nas unidades de saúde, salvo para a comunicação de aspectos técnico-científicos dos produtos aos médicos-pediatras e nutricionistas.</p>
<p>Art. 7º Os fabricantes, distribuidores e importadores somente poderão fornecer amostras dos produtos referidos nos incisos I a IV* do caput do art. 2º desta Lei a médicos-pediatras e nutricionistas por ocasião do lançamento do produto, de forma a atender ao art. 15 desta Lei.</p> <p>Parágrafo 3º - É vedada a distribuição de amostras de mamadeiras, bicos, chupetas e suplementos nutricionais indicados para recém-nascidos de alto risco.</p>
<p>Art. 8º Os fabricantes, importadores e distribuidores dos produtos de que trata esta Lei somente poderão conceder patrocínios financeiros e/ou materiais às entidades científicas de ensino e pesquisa ou às entidades associativas de pediatras e de nutricionistas, reconhecidas nacionalmente, vedada toda e qualquer forma de patrocínio a pessoas físicas.</p>
<p>Art. 19. Todo material educativo e técnico-científico, qualquer que seja a sua forma, que trate de alimentação de lactentes e de crianças de primeira infância, atenderá aos dispositivos desta Lei e incluirá informações explícitas sobre os seguintes itens:</p> <p>I – os benefícios e a superioridade da amamentação;</p> <p>II – a orientação sobre a alimentação adequada da gestante e da nutriz, com ênfase no preparo para o início e a manutenção do aleitamento materno até 2 (dois) anos de idade ou mais;</p> <p>III – os efeitos negativos do uso de mamadeira, bico ou chupeta sobre o aleitamento natural, particularmente no que se refere às dificuldades para o retorno da amamentação e aos inconvenientes inerentes ao preparo dos alimentos e à higienização desses produtos;</p> <p>IV – as implicações econômicas da opção pelos alimentos usados em substituição ao leite materno ou humano, ademais dos prejuízos causados à saúde do lactente pelo uso desnecessário ou inadequado de alimentos artificiais;</p> <p>V – a relevância do desenvolvimento de hábitos educativos e culturais reforçadores da utilização dos alimentos constitutivos da dieta familiar.</p> <p>Parágrafo 1º - Os materiais educativos e técnico-científicos não conterão imagens ou textos, incluídos os de profissionais e autoridades de saúde, que recomendem ou possam induzir o uso de chupetas, bicos ou mamadeiras ou o uso de outros alimentos substitutivos do leite materno.</p> <p>Parágrafo 2º - Os materiais educativos que tratam da alimentação de lactentes não poderão ser produzidos ou patrocinados por distribuidores, fornecedores, importadores ou fabricantes de produtos abrangidos por esta Lei.</p>
<p>Art. 21. Constitui competência prioritária dos profissionais de saúde estimular e divulgar a prática do aleitamento materno exclusivo até os 6 (seis) meses e continuado até os 2 (dois) anos de idade ou mais.</p>
<p>* I – fórmulas infantis para lactentes e fórmulas infantis de seguimento para lactentes; II – fórmulas infantis de seguimento para crianças de primeira infância; III – leites fluidos, leites em pó, leites modificados e similares de origem vegetal; IV – alimentos de transição e alimentos à base de cereais indicados para lactentes ou crianças de primeira infância, bem como outros alimentos ou bebidas à base de leite ou não, quando comercializados ou de outra forma apresentados como apropriados para a alimentação de lactentes e alimentos de transição e alimentos à base de cereais indicados para lactentes e/ou crianças de primeira infância, bem como outros alimentos ou bebidas à base de leite ou não, quando comercializados ou de outra forma apresentados como apropriados para a alimentação de lactentes e de crianças de primeira infância; V – fórmula de nutrientes apresentada ou indicada para recém-nascido de alto risco; VI – mamadeiras, bicos e chupetas.</p> <p>NOTA: a lei ainda precisa ser regulamentada.</p>

TABELA 10 – Razões médicas aceitáveis para o uso de substitutos do leite materno.

CONDIÇÕES DA CRIANÇA
<p>Crianças que não devem receber leite materno ou qualquer outro leite, exceto fórmulas especiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Galactosemia clássica. • Doença do xarope do boldo • Fenilcetonúria (algum leite materno é possível, com monitoramento cuidadoso)
<p>Crianças para as quais o leite materno continua sendo a melhor opção, mas que podem necessitar de outro alimento em adição ao leite materno por um período limitado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recém-nascidos com menos de 1.500 g (peso de nascimento muito baixo) • Crianças nascidas com menos de 32 semanas de idade gestacional (pré-termo) • Recém-nascidos com risco de hipoglicemia por adaptação metabólica deficiente ou aumento da demanda de glicose, se os níveis sanguíneos de glicose não respondem ao aleitamento materno.
CONDIÇÕES MATEERNAS
<p>Condições que justificam contraindicar a amamentação permanentemente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infecção pelo HIV, se a alimentação substituta é aceitável, viável, acessível, sustentável e segura.*
<p>Condições que justificam contraindicar a amamentação temporariamente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doença grave que impossibilite a mãe de cuidar de seu filho; por exemplo, sepse. • Lesão da mama pelo vírus <i>Herpes simplex</i> tipo 1 • Medicamentos maternos: drogas sedativas, antiepiléticas, e opioides; iodo radioativo 131; uso tópico de iodo ou iodofórmio em excesso; drogas quimioterápicas citotóxicas (ver capítulo Medicamentos e Outras Exposições na Gestação e na Lactação).
<p>Condições em que a amamentação está indicada, embora haja preocupações relacionadas com a saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abscesso mamário: amamentação deve continuar na mama não afetada; mamadas na mama afetada pode recomeçar assim que o tratamento tiver iniciado. • Hepatite B: crianças devem receber vacina contra hepatite nas primeiras 48 horas ou tão logo quanto possível. • Mastite: se a amamentação for muito dolorosa, o leite deve ser removido por expressão para evitar progressão da doença. • Tuberculose: mães e bebês devem ser manejados de acordo com diretrizes nacionais** • Consumo de drogas de abuso: mães devem ser encorajadas a não consumir as seguintes drogas e ser apoiadas a pararem o consumo: nicotina, álcool, ecstasy, anfetaminas, cocaína e outros estimulantes.

*No Brasil, infecção pelo HIV é contraindicação de amamentação.

** No Brasil, recomenda-se que as mães não tratadas ou ainda bacilíferas (duas primeiras semanas após início do tratamento) amamentem com o uso de máscaras e restrinjam o contato próximo com a criança por causa da transmissão potencial por meio das gotículas do trato respiratório. Nesse caso, o recém-nascido deve receber isoniazida na dose de 10 mg/kg/dia por três meses. Após esse período, deve-se fazer teste tuberculínico (PPD): se reator, a doença deve ser pesquisada, especialmente em relação ao acometimento pulmonar; se a criança tiver contraído a doença, a terapêutica deve ser reavaliada; em caso contrário, deve-se manter isoniazida por mais três meses; e, se o teste tuberculínico for não reator, pode-se suspender a medicação, e a criança deve receber a vacina BCG¹³¹