

# CAPÍTULO 4

## ACONSELHAMENTO DA NUTRIZ COMO FATOR DETERMINANTE PARA O ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E BEM-SUCEDIDO

Data de aceite: 01/09/2022

### **Cristiane Nava Duarte**

Hospital Universitário da Grande Dourados –  
Ebserh (HU-UFGD/Ebserh)  
Dourados - MS  
<http://lattes.cnpq.br/7525721763784381>

### **Cristhiane Rossi Gemelli**

Hospital Universitário da Grande Dourados –  
Ebserh (HU-UFGD/Ebserh)  
Dourados - MS  
<http://lattes.cnpq.br/6313213117995142>

### **Josiane Ribeiro dos Santos Santana**

Hospital Universitário da Grande Dourados –  
Ebserh (HU-UFGD/Ebserh)  
Dourados - MS  
<http://lattes.cnpq.br/1920003701997503>

### **Érika Leite Ferraz Libório**

Hospital Universitário da Grande Dourados –  
Ebserh (HU-UFGD/Ebserh)  
Dourados - MS  
<http://lattes.cnpq.br/0328636723520841>

### **Rita de Cássia Dorácio Mendes**

Hospital Universitário da Grande Dourados –  
Ebserh (HU-UFGD/Ebserh)  
Dourados - MS  
<http://lattes.cnpq.br/6708539209593152>

### **Mirele Aparecida Schwengber**

Hospital Universitário da Grande Dourados –  
Ebserh (HU-UFGD/Ebserh)  
Dourados - MS  
<http://lattes.cnpq.br/8389638639955233>

### **Neiva Nei Gomes Barreto**

Hospital Universitário da Grande Dourados –  
Ebserh (HU-UFGD/Ebserh)  
Dourados - MS  
<http://lattes.cnpq.br/4146727346972332>

**RESUMO:** É consenso entre a comunidade científica, que o leite materno é o melhor alimento para o bebê. O aleitamento materno é a mais perfeita estratégia da natureza para estabelecer vínculo, afeto, proteção e nutrição para o recém-nascido, e também a maneira mais econômica e eficaz de diminuir a morbimortalidade infantil. A promoção, apoio e incentivo ao aleitamento materno deve ser entendida como uma intervenção prioritária para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças e de suas famílias. O aconselhamento em amamentação é uma forma de atuação, onde o profissional de saúde escuta a mãe, procura compreendê-la e, com sua experiência, oferece assistência para facilitar que a mãe planeje, tome decisões e se encoraje para lidar com pressões, aumentando sua autoconfiança e autoestima. O profissional de saúde através do seu conhecimento técnico e sua habilidade em aconselhamento é um importante instrumento para auxiliar esse binômio mãe-bebê a enfrentar esse desafio de modo tranquilo e prazeroso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aleitamento materno; papel do profissional; aconselhamento em amamentação.

## NUTRIZ COUNSELING AS A DETERMINING FACTOR FOR EXCLUSIVE AND SUCCESSFUL BREASTFEEDING

**ABSTRACT:** It is a consensus among the scientific community that breastmilk is the best food for the baby. Breastfeeding is nature's most perfect strategy for establishing bonding, affection, protection and nutrition for the newborn, as well as the most economical and effective way of reducing infant morbidity and mortality. Promotion, support and encouragement of breastfeeding should be understood as a priority intervention to improve the health and quality of life of children and their families. Breastfeeding counseling is a way of acting, where the health professional listens to the mother, seeks to understand her and, with her experience, offers assistance to facilitate the mother's planning, decision making and encouragement to deal with pressures, increasing her self-confidence and self-esteem. The health professional through his technical knowledge and his ability in counseling is an important tool to help this mother-baby binomial to face this challenge in a calm and pleasant way.

**KEYWORDS:** Breastfeeding; role of the professional; breastfeeding advice.

### 1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Ministério da Saúde do Brasil (MS) recomendam que a amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e complementada até 2 anos de idade ou mais, com a introdução de alimentos sólidos/semisólidos de qualidade e em tempo oportuno, o que resulta em inúmeros benefícios para a saúde das crianças em todas as etapas da vida.<sup>22</sup>

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.<sup>10</sup>

A OMS e UNICEF afirmam que a amamentação é vital para a saúde de uma criança ao longo da vida e reduz os custos para as unidades de saúde, famílias e governos. O aleitamento materno na primeira hora de nascimento protege os recém-nascidos de infecções e salva vidas. Os bebês correm maior risco de morte por diarreia e outras infecções quando são amamentados parcialmente ou não são amamentados. A amamentação também melhora o QI, o desempenho e a frequência escolar, além de estar associada a rendas mais altas na vida adulta. Também reduz o risco de câncer de mama nas mães.<sup>17</sup>

Conforme Almeida<sup>49</sup>, é preciso mudar o paradigma de amamentação que norteia as políticas de promoção do aleitamento materno. Tem-se priorizado o biológico, sem dar a devida ênfase aos aspectos sociais, políticos e culturais que condicionam a amamentação. O autor ressalta que "... a mulher precisa ser assistida e amparada para

que possa desempenhar a bom termo o seu novo papel social, o de mulhermãe-nutriz. ” Os profissionais de saúde, tem um papel fundamental na assistência à mulher lactante. Para cumprir esse papel é necessário ter conhecimentos e habilidades para orientar adequadamente o manejo da lactação.

A promoção do aleitamento materno pode ser feita de diversas maneiras, através de ações que, em seu conjunto, formam os diversos componentes dos programas de incentivo à lactação. Todas as categorias de profissionais de saúde têm um papel importante a desempenhar nas diversas atividades promotoras do aleitamento materno. Sabe-se que atitudes positivas com relação ao aleitamento materno são muito importantes para a sua promoção, bem como conhecimento sobre o assunto. A falta de conhecimento pode, na realidade, ser um obstáculo à amamentação devido a informações incorretas transmitidas às mães, insegurança e falta de consistência. Existem vários estudos feitos em diferentes partes do mundo mostrando indiferença, inconsistências, atitudes negativas e pouco conhecimento dos profissionais de saúde relacionados ao aleitamento materno.<sup>60</sup>

A boa atuação do profissional no sentido de promover a amamentação e proteger e apoiar a nutriz não requer só conhecimento teórico do tema, mas certas habilidades clínicas e de aconselhamento. Implica ajudar de forma empática na tomada de decisão, saber ouvir e aprender, desenvolver confiança e dar apoio. É importante que a mãe se sinta segura e com interesse para adquirir confiança e apoio.<sup>2</sup>

## **2 I IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E BEM-SUCEDIDO**

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades.<sup>1</sup>

O leite materno deve ser visto como um alimento de excelência, pois contém todos os elementos necessários ao crescimento e ao desenvolvimento do bebê, beneficiando-o sob os aspectos nutricionais, imunológicos, psicológicos e cognitivos. É imediatamente disponível, de fácil obtenção, na temperatura adequada e seguro do ponto de vista microbiológico.<sup>2</sup>

O aleitamento materno é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) nas seguintes categorias: 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, 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) e aleitamento materno misto ou parcial ( quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite).<sup>9</sup>

Segundo o Ministério da Saúde, amamentar é muito mais do que nutrir a criança. O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade.<sup>1</sup> 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.<sup>10</sup>

A amamentação deve ser iniciada na primeira hora de vida, ainda na sala de parto, se a mãe e o recém-nascido estiverem em boas condições de saúde, favorecendo o contato pele a pele de ambos.<sup>3-4</sup> O contato precoce entre mãe e filho está associado à maior duração do aleitamento materno exclusivo.<sup>5-6</sup> São inúmeras e reconhecidas as vantagens do aleitamento materno precoce: com o contato pele a pele, logo após o nascimento, o intestino do recém-nascido será colonizado por microrganismos da flora cutânea materna se essa for a primeira pessoa a segurá-lo.<sup>7-8</sup> Além disso, o corpo da mãe o aquece na temperatura adequada, evitando hipotermia. A sucção do colostro vai imunizá-lo, protegendo-o contra infecções.<sup>8</sup>

Os estudos científicos comprovam a superioridade do leite materno e existem vários argumentos a seu favor.

## 2.1 Previne a 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.<sup>11</sup> 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. 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.<sup>12</sup> De acordo com Jones et.al 2003, nenhuma outra estratégia isolada alcança o impacto que a amamentação tem na redução das mortes de crianças menores de 5 anos.<sup>11</sup>

Conforme a OMS (2000), a proteção do leite materno contra mortes infantis é maior quanto menor é a criança. Assim, a mortalidade por doenças infecciosas é seis vezes

maior em crianças menores de 2 meses não amamentadas, diminuindo à medida que a criança cresce, porém ainda é o dobro no segundo ano de vida. A amamentação previne mais mortes entre as crianças de menor nível socioeconômico. Enquanto para os bebês de mães com maior escolaridade o risco de morrerem no primeiro ano de vida era 3,5 vezes maior em crianças não amamentadas, quando comparadas com as amamentadas, para as crianças de mães com menor escolaridade, esse risco era 7,6 vezes maior.<sup>13</sup>

## 2.2 Previne a morbidade por diarreia

Há fortes evidências de que o leite materno protege contra diarreia, principalmente em crianças mais pobres. É importante destacar que essa proteção pode diminuir quando o aleitamento materno deixa de ser exclusivo. Oferecer à criança amamentada água ou chás, prática considerada inofensiva até pouco tempo atrás, pode dobrar o risco de diarreia nos primeiros seis meses.<sup>14-15</sup> Além de evitar a diarreia, a amamentação também exerce influência na gravidade dessa doença. Crianças não amamentadas têm um risco três vezes maior de desidratarem e de morrerem por diarreia quando comparadas com as amamentadas.<sup>16</sup>

A diarreia é considerada um grave problema de saúde pública, sendo a segunda causa de internação hospitalar infantil, precedida apenas pelas infecções respiratórias, consideradas a principal causa de mortalidade infantil.<sup>17</sup> Entre 2000 e 2010, foram notificados 29.491.078 casos de doenças diarreicas agudas no Brasil, sendo que somente a Região Norte apresentou, em 2006, 33 casos por 1.000 nascidos vivos e, em 2009, na Região Sudeste, a incidência foi de 15 casos por 1.000 nascidos vivos.<sup>18</sup> Todavia, é possível que o quadro seja ainda mais grave, já que a subnotificação sugere que as estatísticas apresentadas atualmente não retratem um quadro fiel da diarreia em muitas localidades.<sup>19</sup>

Um estudo utilizando dados da pesquisa nacional sobre prevalência em aleitamento materno no Brasil observou correlação entre aumento das prevalências de amamentação exclusiva entre 1999 e 2008 e diminuição das taxas de internação hospitalar por diarreia no mesmo período.<sup>20</sup>

## 2.3 Previne a 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.<sup>21</sup> Assim como ocorre com a diarreia, a proteção é maior quando a amamentação é exclusiva nos primeiros seis meses. Além disso, a amamentação diminui a gravidade dos episódios de infecção respiratória.<sup>22</sup>

A associação entre aleitamento materno e menor número de episódios de otite média já está bem estabelecida.<sup>10</sup> Estima-se 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.<sup>23</sup>

## 2.4 Diminui o risco 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.<sup>24-25</sup>

O leite materno tem componentes e agentes que podem fornecer proteção contra infecções e também contra alergias. Linfócitos (células T de memória) e macrófagos migram do tecido linfóide do intestino e árvore brônquica da mãe para a sua glândula mamária, são excretados no leite, ingeridos pelo lactente e, provavelmente, são capazes de atravessar o intestino.<sup>26</sup> O baixo teor de alérgenos no leite materno, bem como as propriedades anti-inflamatórias e imunomoduladoras, devem prevenir alergias e promover o desenvolvimento de tolerância.<sup>27</sup>

Em geral, estudos revelam que as crianças alimentadas com fórmulas de leite de vaca intacto ou proteína de soja, comparadas com leite materno, têm maior incidência de dermatite atópica e enfermidades ligadas a ofegância na primeira infância. De acordo com esses achados, o aleitamento exclusivo deveria ser encorajado durante pelo menos quatro a seis meses, tanto com alto quanto com baixo risco de atopia, e sem consideração de uma história de asma materna.<sup>28</sup>

O aleitamento materno exclusivo reduz o risco de asma, e esse efeito protetor parece persistir pelo menos durante a primeira década de vida, sendo particularmente evidente em crianças com história familiar de doenças atópicas.<sup>24</sup>

A amamentação deve ser estimulada, pois cada mamada é considerada uma vacina para o bebê.<sup>29</sup> Muitos estudos aconselham aleitamento materno exclusivo para reduzir a probabilidade do desenvolvimento de alergias na infância.<sup>13</sup>

## 2.5 Diminui o risco de doenças crônicas

A exposição precoce ao leite de vaca (antes dos quatro meses) pode ser um importante determinante do diabetes mellitus tipo 1 e pode aumentar o risco do seu aparecimento em 50%. Estima-se que 30% dos casos de diabetes mellitus tipo 1 poderiam ser prevenidos se 90% das crianças até três meses não recebessem leite de vaca.<sup>31</sup>

Revisões sistemáticas e metanálises sugerem associação positiva entre maior duração do aleitamento materno e menor risco de aparecimento de doenças crônicas, tais como diabetes mellitus tipo I, diabetes mellitus tipo II e sobrepeso/obesidade.<sup>30</sup>

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).<sup>32</sup>

## 2.6 Diminui o risco de obesidade

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.<sup>22</sup> Os mecanismos pelos quais o leite materno desempenharia uma proteção em relação à obesidade ainda não foram totalmente elucidados. É provável que o leite materno esteja envolvido no fenômeno do “imprinting metabólico”, promovendo, a partir de uma exposição do indivíduo por determinado período do indivíduo aos componentes do leite materno, uma diminuição na suscetibilidade deste torna-se obeso na infância e na adultícia.<sup>33</sup>

## 2.7 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. O leite materno é capaz de suprir sozinho as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses, e continua sendo uma importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas.<sup>22</sup>

Na fase inicial da vida, o leite humano é indiscutivelmente o alimento que reúne as características nutricionais ideais, com balanceamento adequado de nutrientes, além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas, importantes na diminuição da morbidade e mortalidade infantil.<sup>34</sup>

## 2.8 Melhora o desenvolvimento cognitivo

A associação entre aleitamento materno e melhor desenvolvimento foi demonstrada numa meta-análise recente envolvendo 20 estudos criteriosamente selecionados. Essa meta-análise mostrou que, após ajustes para alguns fatores de confusão, as crianças amamentadas tinham escores de desenvolvimento cognitivo significativamente maiores do que os das crianças, em especial os prematuros, alimentadas com fórmula. Essa diferença foi observada desde os 6 meses até os 15 anos de idade, e tinha uma relação direta com a duração do aleitamento materno.<sup>35</sup>

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.<sup>10</sup>

## 2.9 Melhora o desenvolvimento da cavidade oral

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.<sup>10</sup>

Prevenir as alterações das funções orais é cuidar de estabelecer corretas estruturas, duras e moles, que possibilitem tonicidade adequada de toda musculatura do aparelho estomatognático, correta postura da língua e lábios em perfeito vedamento labial. Respiração com padrão nasal. A maturidade neural, a evolução e a adequação das funções orais, que são funções vitais, fisiológicas, dependem de exercícios que garantirão, mais que a sobrevivência, também qualidade de vida. A amamentação é isto e nada pode substituí-la em qualidade, em eficiência.<sup>36</sup>

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.<sup>37</sup>

## **2.10 Benefícios para a mulher que amamenta**

A amamentação resulta em benefícios para a saúde reprodutiva da mulher. Sua prática frequente e com mamadas duradouras contribui para preservar a saúde materna ao ampliar o espaçamento entre gestações e partos. Outras vantagens é proteger a mulher contra as neoplasias de mama e de ovários. A involução uterina mais rápida quando se amamenta, diminui os sangramentos pós-parto e favorece o retorno do peso pré-gestacional mais precocemente.<sup>38</sup>

Estudos comprovaram que o aleitamento materno pode ser responsável por até 2/3 da redução de câncer de mama. Quanto mais prolongada a amamentação, mais protetora ela será; a cada 12 meses de amamentação poderá diminuir cerca de 4,3% o risco de câncer de mama.<sup>39</sup>

Estudos comprovam que a gravidez e a amamentação estão diretamente relacionadas aos fatores de proteção ao câncer ovariano. Tem-se a hipótese de que este acontece devido a traumas ininterruptos de ovulações e proliferações celulares (cistos e células malignas); a amamentação, por inibir a ovulação, torna-se preventiva.<sup>40-41-42</sup>

A amamentação diminui o risco de osteoporose na vida madura; a incidência da doença nas mulheres não lactantes é quatro vezes maior.<sup>43</sup>

## **2.11 Economia para família**

Segundo o Ministério da Saúde, não amamentar pode significar sacrifícios para uma família com pouca renda. Dependendo do tipo de fórmula infantil consumida pela criança, o gasto pode representar uma parte considerável dos rendimentos da família. A esse gasto devem-se acrescentar custos com mamadeiras, bicos e gás de cozinha, além de eventuais gastos decorrentes de doenças, que são mais comuns em crianças não amamentadas.<sup>22</sup>

## **2.12 Promoção do vínculo afetivo entre mãe-bebê**

A amamentação é a melhor forma de demonstração de alimentação, proteção e amor ao lactente. Através dela as necessidades da criança são supridas além de estarem

protegidas contra infecções e doenças crônicas, possibilitando também o desenvolvimento psicológico. Por ser uma necessidade biológica e vital, o mesmo alcança plenamente suas potencialidades por meio do conforto ofertado pela mãe no ato do amamentar.<sup>44</sup>

É por meio do aleitamento materno exclusivo que a mãe oferta o alimento ao filho, promove a proteção e fortalece o laço afetivo. Processo que se inicia na concepção, cresce durante a gestação e fortalece durante a amamentação.<sup>38</sup>

O ato de amamentar é uma experimentação significativa, pois fortalece o vínculo afetivo entre díade mãe e filho, além de envolver, a prática de alimentação, acolhimento, cuidados e troca. Na busca de ser vivenciado por todos os envolvidos no processo de forma tranquila e prazerosa. Visto como um momento único carregado de sentimentos e significados.<sup>44</sup>

### 3 I PROBLEMAS COMUNS NA AMAMENTAÇÃO E SEU MANEJO

O aleitamento materno depende de fatores que podem influir positiva ou negativamente no seu sucesso. Entre eles, alguns relacionam-se à mãe, como as características de sua personalidade e sua atitude frente à situação de amamentar, outros referem-se à criança e ao ambiente, como, por exemplo, as suas condições de nascimento e o período pós-parto havendo, também, fatores circunstanciais, como o trabalho materno e as condições habituais de vida.<sup>45</sup>

A espécie humana é a única entre os mamíferos em que a amamentação e o desmame não são processos desencadeados unicamente pelo instinto. Por isso, eles devem ser aprendidos. Atualmente, sobretudo nas sociedades modernas, as mulheres têm poucas oportunidades de obter o aprendizado relacionado à amamentação, já que as fontes tradicionais de aprendizado – mulheres mais experientes da família – foram perdidas à medida que as famílias extensivas foram sendo substituídas pelas famílias nucleares. Como consequência, as mulheres tornam-se mães com pouca ou nenhuma habilidade em levar adiante a amamentação, o que as deixa mais vulneráveis a apresentarem dificuldades ao longo do processo.<sup>46</sup>

De acordo com o Ministério da Saúde, alguns problemas enfrentados pelas nutrizes durante o aleitamento materno, se não forem precocemente identificados e tratados, podem ser importantes causas de interrupção da amamentação. Os profissionais de saúde têm um papel importante na prevenção e no manejo dessas dificuldades.<sup>22</sup>

#### 3.1 Bebê que não suga ou sucção fraca

A sucção é um ato reflexo no início da vida, porém mesmo os RN normais podem-se observar variações no comportamento da sucção. Logo após o nascimento, alguns RN apresentam uma coordenação imatura dos reflexos orais, necessitando de alguns dias de prática para desenvolver um padrão mais maduro, o que pode ocorrer simultaneamente ao

processo de apojadura no 3º ou 4º dia do puerpério.<sup>36</sup> Alguns bebês resistem às tentativas de serem amamentados e com frequência não se descobre a causa dessa resistência inicial. Algumas vezes ela pode estar associada ao uso de bicos artificiais ou chupetas ou ainda à presença de dor quando o bebê é posicionado para mamar ou pressão na cabeça do bebê ao ser apoiado. O manejo desses casos se restringe a acalmar a mãe e o bebê, suspender o uso de bicos e chupetas quando presentes e insistir nas mamadas por alguns minutos cada vez. Alguns bebês não conseguem pegar a aréola adequadamente ou não conseguem manter a pega. Isso pode ocorrer porque o bebê não está bem posicionado, não abre a boca suficientemente ou está sendo exposto à mamadeira e/ou chupeta. Além disso, o bebê pode não abocanhar adequadamente a mama porque elas estão muito tensas, ingurgitadas, ou os mamilos são invertidos ou muito planos. O manejo vai depender do problema detectado.<sup>22</sup>

Segundo o Ministério da Saúde, não é raro o bebê ter dificuldade para sugar em uma das mamas porque existe alguma diferença entre elas (mamilos, fluxo de leite, ingurgitamento) ou porque a mãe não consegue posicioná-lo adequadamente em um dos lados ou, ainda, porque ele sente dor numa determinada posição (fratura de clavícula, por exemplo). Um recurso que se utiliza para fazer o bebê mamar na mama “recusada”, muitas vezes com sucesso, é o uso da posição “jogador de futebol americano” (bebê apoiado no braço do mesmo lado da mama a ser oferecida, mão da mãe apoiando a cabeça da criança, corpo da criança mantido na lateral, abaixo da axila). Se o bebê continuar a recusar uma das mamas, é possível manter aleitamento materno exclusivo utilizando apenas uma das mamas.<sup>22</sup>

### 3.2 Apojadura

Na medida em que decrescem os níveis séricos de estrogênio e progesterona na circulação materna nos primeiros dias após o parto, inicia-se a produção efetiva de leite. Este período chamado de “apojadura” ocorre por volta de 2 a 3 dias após o nascimento e se caracteriza por um aumento no tamanho e na temperatura das mamas, podendo tornar-se sensíveis e até dolorosas.<sup>36</sup>

Como processo normal da lactogênese, a apojadura é designada por alguns autores como ingurgitamento fisiológico<sup>46</sup>, em que ocorre retenção de leite nos alvéolos evoluindo para uma distensão alveolar e compressão dos ductos mamários causando obstrução ao fluxo de leite, que fica estagnado e evolui para edema secundário à estase vascular e linfática.<sup>46</sup>

O Ministério da Saúde orienta que, a “descida do leite” ou apojadura, em algumas mulheres, só ocorre alguns dias após o parto. Nesses casos, o profissional de saúde deve desenvolver confiança na mãe, além de orientar medidas de estimulação da mama, como sucção frequente do bebê e ordenha. É muito útil o uso de um sistema de nutrição suplementar (translactação), que consiste em um recipiente (pode ser um copo ou uma

xícara) contendo leite (de preferência leite humano pasteurizado), colocado entre as mamas da mãe e conectado ao mamilo por meio de uma sonda. A criança, ao sugar o mamilo, recebe o suplemento. Dessa maneira o bebê continua a estimular a mama e sente-se gratificado ao sugar o seio da mãe e ser saciado.<sup>22</sup>

### 3.3 Mamilos ausentes, planos ou invertidos

Em qualquer uma dessas situações, é possível fazer com que a amamentação ocorra com sucesso. Mas é claro que as dificuldades são maiores. Dependendo da condição do mamilo, a criança vai ter dificuldade de pegar a mama, por isso a mãe precisa ter todo o suporte e ajuda após o parto.<sup>48</sup>

Para o Ministério da Saúde, uma mãe com mamilos planos ou invertidos amamentar com sucesso, é fundamental que ela receba ajuda logo após o nascimento do bebê, que consiste em: promover a confiança e empoderar a mãe, deve ser transmitido a ela que com paciência e perseverança o problema poderá ser superado e que com a sucção do bebê os mamilos vão se tornando mais propícios à amamentação; ajudar a mãe a favorecer a pega do bebê, a mãe pode precisar de ajuda para fazer com que o bebê abocanhe o mamilo e parte da aréola se ele, inicialmente, não conseguir; é muito importante que a aréola esteja macia; tentar diferentes posições para ver em qual delas a mãe e o bebê adaptam-se melhor. Orientar as mães a ordenhar o seu leite enquanto o bebê não sugar efetivamente – isso ajuda a manter a produção do leite e deixa as mamas macias, facilitando a pega; o leite ordenhado deve ser oferecido ao bebê, de preferência, em copinho.<sup>22</sup>

### 3.4 Ingurgitamento mamário

O ingurgitamento mamário reflete falha no mecanismo de autorregulação da fisiologia da lactação, resultando em congestão e aumento da vascularização, acúmulo de leite e edema devido à obstrução da drenagem linfática pelo aumento da vascularização e enchimento dos alvéolos. O aumento de pressão intraductal faz com que o leite acumulado, por um processo de transformação em nível Intermolecular, se torne mais viscoso, originando o “leite empedrado”.<sup>49</sup>

O ingurgitamento patológico ocorre com mais frequência entre as primíparas, aproximadamente três a cinco dias após o parto. Leite em abundância, início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, restrição da duração e frequência das mamadas e sucção ineficaz do bebê favorecem o aparecimento do ingurgitamento. Portanto, amamentação em livre demanda, iniciada o mais cedo possível, preferencialmente logo após o parto, e com técnica correta, e o não uso de complementos (água, chás e outros leites) são medidas eficazes na prevenção do ingurgitamento.<sup>22</sup>

Uma vez instalado o ingurgitamento, recomendam-se as seguintes medidas: amamentar frequentemente; se a aréola estiver tensa, faz-se necessário ordenhar um pouco de leite antes, para que ela fique macia o suficiente para o bebê abocanhar a mama

adequadamente; se o bebê não sugar, a mama deve ser ordenhada manualmente ou com bomba de sucção; o esvaziamento da mama é essencial, pois se o leite não é removido pode ocorrer mastite e até mesmo abscesso mamário; massagens delicadas das mamas, importante na fluidificação do leite viscoso e no estímulo do reflexo de ejeção do leite; estimular o reflexo de ejeção do leite antes das mamadas ou da ordenha com massagem delicada das mamas e relaxamento materno; compressas frias (ou gelo envolto em tecido) em intervalos regulares (2 em 2 horas nos casos mais graves), por 15 minutos, a hipotermia local provoca vasoconstrição e, conseqüentemente, reduz o fluxo sanguíneo e a produção do leite; analgésicos sistêmicos para a dor, se necessário; compressas quentes aumentam a produção de leite, o que pode ser desvantajoso na vigência de ingurgitamento mamário.<sup>35</sup>

### 3.5 Mamilos doloridos/ trauma mamilar

No início do aleitamento materno, a maioria das mulheres sente uma discreta dor ou desconforto no início das mamadas, o que pode ser considerado normal. No entanto, mamilos muito dolorosos e machucados, apesar de muito comuns, não são normais. Os traumas mamilares incluem eritema, edema, fissuras, bolhas, “marcas” brancas, amarelas ou escuras e equimoses. A causa mais comum de dor para amamentar se deve a traumas mamilares por posicionamento e pega inadequados.<sup>46</sup>

O Ministério da Saúde esclarece que, dor para amamentar é uma importante causa de desmame e, por isso, sua prevenção é primordial, o que pode ser conseguido com as seguintes medidas: amamentar com técnica correta; manter os mamilos secos, expondo-os ao ar livre ou à luz solar e trocar com frequência os forros utilizados quando há vazamento de leite; não usar produtos que retiram a proteção natural do mamilo, como sabões, álcool ou qualquer produto secante; amamentar em livre demanda, a criança que é colocada no peito assim que dá sinais de que quer mamar vai ao peito com menos fome, com menos chance de sugar com força excessiva; ordenhar manualmente a aréola antes da mamada se ela estiver ingurgitada, o que aumenta sua flexibilidade, permitindo uma pega adequada; se for preciso interromper a mamada, introduzir o dedo indicador ou mínimo pela comissura labial da boca do bebê, de maneira que a sucção seja interrompida antes de a criança ser retirada do seio; evitar o uso de protetores (intermediários) de mamilo; iniciar da mamada pela mama menos afetada; usar diferentes posições para amamentar, reduzindo a pressão nos pontos dolorosos ou áreas machucadas.<sup>22</sup>

### 3.6 Candidíase

A infecção da mama por *Candida albicans* no puerpério é bastante comum. A infecção pode ser superficial ou atingir os ductos lactíferos, e costuma ocorrer na presença de mamilos úmidos (*cândida* cresce em meio com carboidrato) e com lesão. Com frequência é a criança quem transmite o fungo, mesmo sendo assintomática. A infecção por *cândida* costuma se manifestar por prurido, sensação de queimadura e “fisgadas” nos mamilos,

que persistem após as mamadas. Os mamilos costumam estar vermelhos e brilhantes. Algumas mães se queixam de ardência e fisgadas dentro das mamas. É muito comum a criança apresentar crostas brancas orais, que devem ser distinguidas das crostas de leite (estas últimas são removidas sem deixar área cruenta).<sup>46</sup>

De acordo com o Ministério da Saúde, mãe e bebê devem ser tratados simultaneamente, mesmo que a criança não apresente sinais evidentes de candidíase. Além do tratamento específico contra o fungo, algumas medidas gerais são úteis durante o tratamento, como enxaguar os mamilos e secá-los ao ar livre após as mamadas e expô-los à luz por pelo menos alguns minutos por dia.<sup>22</sup>

### 3.7 Fenômeno de Raynaud

O fenômeno de Raynaud, foi descrito pela primeira vez em 1862 por Maurice Raynaud como um vasoespasmio intermitente dos pequenos vasos do sistema arterial, afetando principalmente as arteríolas nos dedos de mãos e pés,<sup>50</sup> também pode acometer os mamilos. Em geral ocorre em resposta à exposição ao frio, compressão anormal do mamilo na boca da criança ou trauma mamilar importante. Porém, nem sempre a causa é identificada. Os vasoespasmios podem causar palidez dos mamilos (por falta de irrigação sanguínea) e costumam ser muito dolorosos. Podem manifestar-se antes, durante ou depois das mamadas, mas é mais comum que ocorram depois das mamadas, provavelmente porque em geral o ar é mais frio do que a boca da criança.<sup>46</sup>

Segundo o Ministério da Saúde, deve-se buscar identificar e tratar a causa básica que está contribuindo para a isquemia do mamilo e melhorar a técnica de amamentação (pega), quando esta for inadequada. Compressas mornas ajudam a aliviar a dor na maioria das vezes. Analgésico e anti-inflamatório, podem ser prescritos, se necessário.<sup>22</sup>

### 3.8 Bloqueio de ductos lactíferos

O bloqueio de ductos lactíferos ocorre quando o leite produzido numa determinada área da mama não flui adequadamente, o que pode ocorrer quando a amamentação é infrequente, o leite não está sendo retirado adequadamente ou quando existe pressão local como, por exemplo, um sutiã apertado. O bloqueio se manifesta pela presença de nódulos mamários sensíveis numa mãe sem outras doenças da mama. Pode haver dor, calor e eritema na área comprometida, não acompanhados de febre alta.<sup>35</sup>

Qualquer medida que favoreça o esvaziamento completo da mama irá atuar na prevenção do bloqueio de ductos lactíferos. Assim, técnica correta de amamentação e mamadas frequentes diminuem esta complicação, assim como usar sutiã que não bloqueie a drenagem do leite e não usar cremes desnecessários nos mamilos.<sup>46</sup> O Ministério da Saúde orienta que, o tratamento dessa condição deve ser instituído precoce e energeticamente, para que o processo não evolua para mastite. As seguintes medidas são necessárias para o desbloqueio de um ducto lactífero: mamadas frequentes; utilização

de distintas posições para amamentar, oferecendo primeiramente a mama afetada, com o queixo do bebê direcionado para a área afetada, o que facilita a retirada do leite do local; calor local (compressas mornas) e massagens suaves na região atingida, na direção do mamilo, antes e durante as mamadas; ordenha manual da mama ou com bomba de extração de leite caso a criança não esteja conseguindo esvaziá-la; remoção do ponto esbranquiçado na ponta do mamilo, caso esteja presente, esfregando-o com uma toalha ou utilizando uma agulha esterilizada.<sup>22</sup>

### 3.9 Mastite

Mastite é um processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama (o mais comumente afetado é o quadrante superior esquerdo) que pode ou não progredir para uma infecção bacteriana. Ela ocorre mais comumente na segunda e terceira semanas após o parto,<sup>46</sup> mas pode ocorrer em qualquer período da amamentação.<sup>22</sup>

Inicialmente, há um aumento da pressão intraductal por estase do leite (um ducto bloqueado com frequência é o precursor da mastite), com conseqüente achatamento das células alveolares e formação de espaços entre as células. Por esse espaço passam alguns componentes do plasma para o leite (particularmente imunoproteínas e sódio) e do leite para o tecido intersticial, em especial citocinas, induzindo uma resposta inflamatória e, na maioria das vezes, envolvendo o tecido conjuntivo interlobular. O leite acumulado, a resposta inflamatória e o dano tecidual resultante favorecem a instalação da infecção, comumente pelo *Staphylococcus* (aureus e albus) e ocasionalmente pela *Escherichia coli* e *Streptococcus* (a-, b- e não-hemolítico), sendo as fissuras, na maioria das vezes, a porta de entrada da bactéria.<sup>46</sup>

Nem sempre é fácil distinguir mastite infecciosa da não-infecciosa apenas pelos sinais e sintomas. Em ambas, a parte afetada da mama encontra-se dolorosa, vermelha, edemaciada e quente. Quando há infecção, costuma haver mal-estar importante, febre alta (acima de 38°C) e calafrios. O sabor do leite materno costuma alterar-se nas mastites, tornando-se mais salgado devido a aumento dos níveis de sódio e diminuição dos níveis de lactose. Tal alteração de sabor pode ocasionar rejeição do leite pela criança.<sup>22</sup>

O componente mais importante do tratamento da mastite é o esvaziamento adequado da mama por meio da manutenção da amamentação e retirada manual do leite após as mamadas, se necessário. Apesar da presença de bactérias no leite materno quando há mastite, a manutenção da amamentação está indicada por não oferecer riscos ao recém-nascido a termo sadio.<sup>51-52</sup>

Antibioticoterapia está indicada na presença de um dos seguintes critérios: (1) contagem de células e de colônias e cultura no leite indicativas de infecção; (2) sintomas graves desde o início do quadro; (3) fissura mamilar visível; e (4) não regressão dos sintomas após 12 a 24 horas da remoção efetiva do leite acumulado.<sup>51</sup> Como o *S. aureus* é a bactéria mais frequentemente encontrada nas infecções, o antibiótico de escolha recai sobre os

fármacos antiestafilocócicos (dicloxacilina, amoxicilina, cefalosporinas, clindamicina ou eritromicina), devendo ser instituído o mais precocemente possível e mantido por 10 a 14 dias. Além da antibioticoterapia e do esvaziamento completo da mama comprometida, fazem parte do tratamento: repouso da mãe (de preferência no leito), analgésicos ou antiinflamatórios não-esteroides (como ibuprofeno) e líquidos abundantes. Compressas quentes antes das mamadas podem promover a drenagem do leite, e compressas frias após as mamadas ou nos intervalos podem aliviar os sintomas. Outras medidas úteis para minimizar o desconforto são iniciar a amamentação na mama não-afetada e usar um sutiã bem firme.<sup>53-54</sup> Sendo a mastite uma situação muito dolorosa, com comprometimento do estado geral, suporte emocional deve sempre fazer parte do tratamento.<sup>51</sup> Não havendo melhora em 48 horas, deve-se investigar a presença de abscesso mamário.<sup>46</sup>

### 3.10 Abscesso mamário

O abscesso mamário, em geral, é causado por mastite não tratada ou com tratamento iniciado tardiamente ou ineficaz. É comum após a interrupção da amamentação na mama afetada pela mastite sem o esvaziamento adequado do leite por ordenha.<sup>22</sup> O abscesso pode ser identificado à palpação pela sensação de flutuação, porém nem sempre é possível confirmar ou excluir a presença de abscesso apenas pelo exame clínico. A ultrassonografia pode confirmar a condição, além de indicar o melhor local para incisão ou aspiração.<sup>46</sup>

A orientação do Ministério da Saúde para manejo do abscesso mamário, é intervenção rápida e compreende as seguintes medidas: drenagem cirúrgica, de preferência sob anestesia local, com coleta de secreção purulenta para cultura e teste de sensibilidade a antibióticos; demais condutas indicadas no tratamento da mastite infecciosa, sobretudo a antibioticoterapia e o esvaziamento regular da mama afetada.<sup>22</sup>

Segundo a OMS, a mãe pode continuar a amamentar a criança na mama comprometida. Porém, se a sucção for muito dolorosa, a mãe pode interromper temporariamente a amamentação na mama afetada até a dor melhorar. A amamentação deve ser mantida na mama sadia.<sup>55</sup>

### 3.11 Galactocele

Galactocele é o nome dado à formação cística nos ductos mamários contendo fluido leitoso. O líquido, que no início é fluido, adquire posteriormente um aspecto viscoso, que pode ser exteriorizado através do mamilo. Acredita-se que a galactocele seja causada por um bloqueio de ducto lactífero,<sup>46</sup> sendo uma complicação pouco frequente, que se estabelece quando o aleitamento já se encontra em andamento.<sup>36</sup> O tratamento é feito com aspiração. No entanto, com frequência, a formação cística deve ser extraída cirurgicamente porque o cisto enche novamente após a aspiração.<sup>22</sup>

### 3.12 Baixa produção de leite materno

A razão mais comumente utilizada para o abandono da amamentação é o “leite insuficiente”. Entretanto, quase nada há de informação adequada e cientificamente embasada sobre uma verdadeira insuficiência de produção de leite. Na imensa maioria dos casos o que ocorre é uma “falsa insuficiência”, causada por fatores sociais, ambientais, nutricionais, afetivos e psicológicos, contribuindo em conjunto para a desistência da mãe em suprir seu filho com o leite materno.<sup>36</sup>

Com o nascimento da criança e a expulsão da placenta, há uma queda drástica nos níveis sanguíneos maternos de progesterona, com a consequente liberação de prolactina pela pituitária anterior, que estimula a lactogênese fase II e inicia a secreção do leite. Há também a liberação de ocitocina pela pituitária posterior, a qual age na contração das células mioepiteliais que envolvem os alvéolos, provocando a saída do leite. Inicialmente, a síntese do leite é controlada basicamente pela ação hormonal, e a “descida do leite”, que costuma ocorrer até o terceiro ou quarto dia pós-parto, ocorre mesmo que a criança não esteja sugando. A partir de então, iniciase a fase III da lactogênese, conhecida como galactopoiese. Essa fase, que vai perdurar até o final da lactação, é de controle autócrino e depende basicamente do esvaziamento da mama. Portanto, é a qualidade e a quantidade de sucção da criança que passam a governar a síntese do leite materno. Com a sucção e a transferência do leite para a criança, o hipotálamo inibe a liberação de dopamina, que é um fator inibidor da prolactina; essa queda nos níveis de dopamina estimula a liberação de prolactina, que promoverá a secreção láctea. A integridade do eixo hipotálamo-hipófise, regulando os níveis de prolactina e ocitocina, é essencial tanto para o início como para a manutenção da síntese láctea. A liberação da ocitocina pode ocorrer também em resposta a estímulos condicionados, tais como visão, cheiro e choro da criança, e a fatores de ordem emocional, como motivação, autoconfiança e tranquilidade. Por outro lado, a dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo e a falta de autoconfiança podem inibir o reflexo de ejeção do leite, prejudicando a lactação.<sup>56</sup>

A grande maioria das mulheres tem condições biológicas de produzir leite suficiente para atender a demanda de seu filho. No entanto, leite fraco ou pouco leite é o argumento mais frequentemente citado para a introdução de complementos, que pode culminar com o desmame. A queixa de pouco leite muitas vezes é uma percepção errônea da mãe, alimentada pela insegurança quanto à sua capacidade de nutrir plenamente o bebê, desconhecimento do comportamento normal de um bebê (que costuma mamar com frequência) e opiniões negativas de pessoas próximas. A percepção errônea da mãe muitas vezes leva à complementação da criança, que vai afetar negativamente a produção de leite, uma vez que a criança passa a sugar menos na mãe.<sup>46</sup>

Quando há insuficiência de leite, o bebê não fica saciado após as mamadas, chora muito, quer mamar com frequência, faz mamadas muito longas e não ganha peso

adequadamente (< 20 g por dia). O número de micções por dia (menos que seis a oito) e evacuações infrequentes, com fezes em pequena quantidade, secas e duras, são indicativos indiretos de pouco volume de leite ingerido.<sup>46</sup>

O Ministério da Saúde orienta para aumentar a produção de leite, as seguintes medidas úteis: melhorar o posicionamento e a pega do bebê, quando não adequados; aumentar a frequência das mamadas; oferecer as duas mamas em cada mamada; massagear a mama durante as mamadas ou ordenha; dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas; trocar de mama várias vezes numa mamada se a criança estiver sonolenta ou se não sugar vigorosamente; após a mamada, ordenhar o leite residual.<sup>22</sup>

## 4 | ACONSELHAMENTO EM AMAMENTAÇÃO

A amamentação é fundamental à saúde da criança, trazendo benefícios nutricionais, emocionais, imunológicos e econômico-sociais, além dos benefícios à saúde materna. O profissional de saúde para promover, proteger e apoiar a amamentação precisa ter além de conhecimentos teóricos, habilidades clínicas e de aconselhamento. Ele precisa estar preparado para acolher e ajudar a nutriz a tomar decisões de forma empática e segura.

Não basta a mulher estar informada das vantagens do aleitamento materno e optar por esta prática. Para levar adiante sua opção, ela precisa estar inserida em um ambiente favorável à amamentação e contar com o apoio de um profissional habilitado a ajudá-la, se necessário. Mas nem sempre o profissional de saúde tem conhecimentos e habilidades suficientes para manejar adequadamente as inúmeras situações que podem servir de obstáculo à amamentação bem-sucedida, em parte porque o aleitamento materno é uma “ciência” relativamente nova, e nem sempre são disponíveis materiais didáticos apropriados sobre o assunto.<sup>58</sup>

Nesse sentido, a técnica do aconselhamento em amamentação tem sido recomendada pela OMS.<sup>57</sup>

De acordo com o Ministério da Saúde, 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. Em outras palavras, o aconselhamento, por meio do diálogo, ajuda a mulher a tomar decisões, além de desenvolver sua confiança no profissional.<sup>22</sup>

O aconselhamento pode ser usado em diversas situações, não só em amamentação. As seguintes técnicas e atitudes favorecem o sucesso no Aconselhamento. <sup>10-22-35</sup>

- Praticar a 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;

- remover barreiras como mesa, papéis, computadores, promovendo maior aproximação entre a mulher e o profissional de saúde;
- usar linguagem simples, acessível a quem está ouvindo;
- dar espaço para a mulher falar. Para isso, é necessário dedicar tempo para ouvir, prestando atenção no que a mãe está dizendo e no significado de suas falas. Como sinal de interesse, podem ser utilizadas expressões como: “Ah é? Mmm... Aha! ” Algumas mulheres têm dificuldades de 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 quê? Quando? Onde? Por quê? 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 relata 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? ”;
- demonstrar empatia, ou seja, mostrar à mãe que os seus sentimentos são compreendidos, colocando-a no centro da situação e da atenção do profissional. Por exemplo, quando a mãe diz 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 a bebê mama bem, seria mais apropriado perguntar como a 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 aspectos 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 à Unidade Básica de Saúde, 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 aconselhamento, as mais importantes para a situação do momento;
- fazer sugestões em vez de dar 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, expli-

cando-lhes todos os procedimentos e condutas.

A amamentação é um grande desafio para o profissional de saúde, uma vez que ele se depara com uma demanda para a qual não foi preparado e que exige sensibilidade e habilidade no seu trato. É importante a capacitação periódica do profissional de saúde para atuar na assistência em amamentação, em uma abordagem que ultrapasse as fronteiras do biológico e compreenda a nutriz em todas as suas dimensões do “ser mulher”. Fica evidente que o profissional de saúde orienta suas ações de incentivo ao aleitamento e entende esse fenômeno como um ato natural, decorrente do instinto materno, apesar de reconhecer que esse processo é determinado por objetos sociais do contexto familiar.<sup>59</sup>

O profissional de saúde bem capacitado age com segurança, tranquilidade e empatia, despertando um sentimento de confiança que facilitará alcançar o objetivo de promover positivamente o aleitamento materno e oferecer apoio às mães. A assistência ao aleitamento materno descortina um universo multiprofissional, em que a atuação desses diversos atores juntos facilita a adesão materna o aleitamento materno exclusivo.

Almeida<sup>49</sup>, trabalhando as oportunidades assistenciais voltadas para o apoio à lactação adotiva, ao indagar uma mãe não-biológica sobre as razões do sucesso na amamentação de sua filha, obteve como resposta: A receita do sucesso eu não sei, contudo eu acredito que, para que uma mãe consiga amamentar, independente dela ser adotiva ou não, ela precisa ser antes de mais nada acolhida pelo profissional de saúde (...). Acho que, para amamentar, ela precisa, em verdade, ser amamentada, ela precisa ser acolhida, ela precisa de peitos... de peitos à beça. Este depoimento demonstra o desafio do profissional de saúde diante deste frágil cenário.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amamentação é um ato que está condicionado a diversas questões, tendo forte determinação sociocultural e histórica, o que se pode observar com comparações dos padrões do aleitamento materno entre várias populações e ao longo dos tempos.

Apesar de existir evidências epidemiológicas suficientes que embasam a recomendação de amamentação exclusiva por 6 meses e a manutenção do aleitamento materno complementado até os 2 anos ou mais, ainda é baixo o número de mulheres que cumprem com essa recomendação.

O profissional de saúde é uma peça indispensável para o aleitamento materno exclusivo e bem-sucedido, pois cabe, principalmente, a ele a tarefa de garantir, a cada mãe, uma escuta ativa, ou seja, de saber ouvi-la, dirimir suas dúvidas, entendê-la e esclarecê-la sobre suas crenças e tabus, de modo a tornar a amamentação um ato de prazer e não o contrário.

O profissional deve estar sempre alerta e preparado para modificações na sua rotina e postura. Lembrar que, mesmo errando, é importante procurar acertar. Mudar o paradigma

do atendimento com a ajuda do aconselhamento em amamentação é um desafio que deve ser enfrentado e vencido.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
2. Guia ambulatorial de nutrição materno-infantil/organização Janine Maciel Barbosa et al. -1.ed.- Rio de Janeiro: MedBook, 2013.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Área técnica da Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS/SRF/MSM). Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília (DF); 1996.
5. Widström AM, Wahlberg V, Matthiesen AS, Eneroth P, Urnas-Moberg K, Werner S, et al. Short term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behavior. *Early Hum Dev.* 1990;21(3):153-63.
6. Ventura WP. Preparando-se para amamentar no pré-natal e na sala de parto. In: Rego JD. Aleitamento materno: um guia para pais e familiares. São Paulo:Atheneu; 2002. p. 33-46.
7. UNICEF. Manejo e promoção do aleitamento materno. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1993. [Curso de 18 horas para equipes de Maternidades].
8. Martins Filho J. Como e porque amamentar. São Paulo: Atheneu; 2002.
9. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007. Geneva: WHO; 2007.
10. Giugliani ERJ. O aleitamento materno: aspectos gerais. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/pediatria/conteudos-1/ppsca/bibliografia/aleitamentomaterno/giugliani-aleitamento-materno-2013-aspectos-gerais-2013>> Acesso em: 02/072018.
11. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet.* 2003 Jul5;362(9377):65–71.
12. 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.
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 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*, v. 355, p. 451-455, 2000.

14. 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.
15. Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Flieger W. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*. 1990 Dec;86(6):874–882.
16. 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.
17. Organização Mundial de Saúde (OMS),2018. Disponível em:< <http://www.blog.saude.gov.br/h0ucey>>. Acesso em: 18 jun. 2018.
18. Brasil. Departamento de vigilância Epidemiológica. Informe técnico. Doença diarreica por rotavírus: vigilância epidemiológica e prevenção pela vacina oral de rotavírus humano – VORH. Versão preliminar. Brasília (DF): Departamento de Vigilância Epidemiológica; 2005.
19. Pereira IV, Cabral IV. Diarréia aguda em crianças menores de um ano: subsídios para o delineamento do cuidar. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12(2):224-9
20. Boccolini CS, Boccolini P de MM, Carvalho ML de, Oliveira MIC de. Padrões de aleitamento materno exclusivo e internação por diarreia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras. *Cienc. Saúde coletiva*. 2012 Jul;17(7):1857–1863.
21. Bachrach VRG, Schwarz E, Bachrach LR. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a metaanalysis. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003 Mar;157(3):237–243.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
23. 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.
24. Van Odijk 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.
25. Gdalevich M, Mimouni D, Mimouni M. Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with metaanalysis of prospective studies. *J. Pediatr*. 2001 Aug;139(2):261–266.
26. Bernt KM, Walker WA. Human milk as a carrier of 30. biochemical messages. *Acta Paediatr Suppl*. 1999;88(430): 27-41.
27. Byers T, Graham S, Rzepka T, et al. Lactation and 32. breast cancer: evidence for a negative association in premenopausal women. *Am J Epidemiol*. 1985;121: 664-74.
28. Friedman NJ, Zeiger RS. The role of breast-feeding in 8. the development of allergies and asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2005;115:1238-48.

29. Antunes S, Paulo M, Corvino F, Maia LC. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Cien Saude Colet*. 2008;13(1):103-10.
30. Nunes LM. Importância do aleitamento materno na atualidade. *Bol Cient Pediatr*. 2015;04(3):55-8.
31. 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.
32. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence of the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and metaanalyses. Geneva: WHO; 2007.
33. Araújo M. F. M., Beserra E. P., Chaves E. S. O papel da amamentação ineficaz na gênese da obesidade infantil: um aspecto para a investigação de enfermagem. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a14> > Acesso em: 27/06/2018.
34. Marques R F. S. V., Lopez F. A., Braga J. A. P. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v80n2/v80n2a05.pdf> > Acesso em: 30/06/2018.
35. Giugliani E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. Disponível em: < <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54366/000295636.pdf?sequence=1> > Acesso: 02/07/2018
36. Carvalho M. R. et al. Amamentação: bases científicas. -2.ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
37. 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.
38. Gallo, P.R; et al. Motivação de gestantes para o aleitamento materno. *Revista de Nutrição*, Campinas. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n5/a02v21n5.pdf> >. Acesso em: 02/07/2018.
39. Gomes, A. L. R. R. Epidemiologia e lactação (lactação e risco para o câncer de mama). In: *A mama no ciclo gravídico-puerperal*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.
40. Schneider, A. P. Risk factor for ovarian cancer. *N. Engl. J. Med*. 1987; 317(8):508-509.
41. Sterken, E. Benefícios do aleitamento materno e importância dos ácidos graxos de cadeia longa. Documento do mês sobre amamentação n.02/1999. INFACT/IBFAN. Disponível em: < [http://www.aleitamento.org.br/arquivos/acid os graxos.pdf](http://www.aleitamento.org.br/arquivos/acid%20os%20graxos.pdf) > Acesso em: 04/07/2018.
42. Rea, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. 2004. Disponível em: < <http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/nov%202004%20rea.pdf> > Acesso em: 05/07/2018
43. BLAAUW, R. et al. Risk factors for development of osteoporosis in a South African population. *SAMJ*. n°.84, p. 328- 32, 1994.
44. Resende, K.M.; Oliveira, D.M.V. A Amamentação Como Fator Relevante No Estabelecimento Do Vínculo Afetivo Mãe-Filho. *Ubã*, p.1-14, 2012.FUPAC. Disponível em: <[http://www.iptan.edu.br/publicacoes/anuario\\_pruducaao\\_cientifica/arquivos/revista1/ar\\_tigos/artigo\\_Kenia\\_Diana.pdf/](http://www.iptan.edu.br/publicacoes/anuario_pruducaao_cientifica/arquivos/revista1/ar_tigos/artigo_Kenia_Diana.pdf/)>. Acesso em: 01/07/2018.

45. Faleiros F. T. V., Trezza E. M. C., Carandinal L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732006000500010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000500010)> Acesso em: 01/07/2018.
46. Giugliani E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J Pediatr (Rio j)*. 2004;80(5 Supl): S147-S154.
47. Morais AEP, Thomson Z. Manejo clínico da amamentação no domicílio. In: Issler H. O aleitamento materno no contexto atual: políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier; 2008.
48. Vitolo M. R. Nutrição: da gestação ao envelhecimento.- Rio de Janeiro: Ed.Rubio,2008.
49. Almeida JAG. Amamentação. Um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
50. Abrantes A., Djokovic D., Bastos C., Veca P. Fenómeno de Raynaud do mamilo em mulheres a amamentar: relato de três casos clínicos. Disponível em: < [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S218251732016000200009](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S218251732016000200009) Acesso em: 10/07/2018.
51. World Health Organization. Mastitis. Causes and management. Geneva: World Health Organization; 2000.
52. American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. Red Book 2000. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2000.
53. Biancuzzo M. Maternal physical assessment and counseling. In: Breastfeeding the newborn. St. Louis: Mosby; 1999. p. 226-304
54. Valdés V, Sánchez AP, Labbok M. Problemas freqüentes de aleitamento materno. In: Manejo clínico da lactação. Rio de Janeiro: Revinter; 1996. p. 54-68.
55. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Management of breast conditions and other breastfeeding difficulties. In: Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO, 2009, p. 65-76.
56. Riordan J. Anatomy and physiology of lactation. In: Riordan J, editor. Breastfeeding and human lactation. 3rd ed. Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2005. p. 67-95.
57. World Health Organization. Breastfeeding counselling: a training course. Geneva: WHO; 1993.
58. Giugliani ERJ, Lamounier JA. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5 Supl): S117S118.
59. Araújo RM, Almeida JA. Breastfeeding: the challenge to understand the experience. *Rev Nutr*. 2007;20:431-8.
60. Giugliani ERJ. Amamentação: como e por que promover. *J Pediatr (Rio J)*. 1994; 70:138-51.