

ALEITAMENTO NATURAL SUBSÍDIOS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM PARTE I

*Magda Andrade Rezende**

REZENDE, M.A. Aleitamento natural: subsídios para a equipe de enfermagem (Parte I). *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 23(3):231-242, dez. 1989.

Nesta primeira parte a autora aborda o aleitamento natural sob os pontos de vista anatômico, fisiológico, técnica adequada, e influências do meio social, econômico e demográficas.

UNITERMOS: *Aleitamento materno. Mama – Fisiologia.*

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por finalidade fornecer subsídios sobre o tema, organizados a partir de experiência profissional e de coleta de dados; e suscitar discussão a respeito do assunto entre profissionais e ocupacionais de enfermagem, uma vez que o incentivo ao aleitamento natural é prática que ainda não foi suficientemente incorporada a nossa prática diária^{2, 6, 30}.

ANATOMIA DA MAMA E FISIOLOGIA DA LACTAÇÃO

Na mulher adulta sadia cada mama possui de 10 a 20 unidades lactíferas³ compostas de células secretórias e ductos. Estas unidades são chamadas lobos, os quais se dispõem na mama de modo análogo aos raios de uma roda, considerando-se a aréola e o mamilo como centro.

A porção glandular é constituída de alvéolos que unidos sob a forma de cachos desembocam em ductos. Estes se unem originando ductos mais calibrosos que, abaixo da aréola, se dilatam formando os seios lactíferos, os quais tem a função de armazenar leite. Os seios lactíferos se estreitam e desembocam no mamilo³.

A mama feminina cresce rapidamente na puberdade, mas seu desenvolvimento completo ocorre somente por ocasião da gestação¹³.

* Enfermeira, Auxiliar de Ensino do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP. Disciplina Enfermagem Pediátrica. Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Pediátrica e Pediatria Social da Escola Paulista de Medicina.

Durante esta, a secreção de estrógenos pela placenta aumenta progressivamente, até que ao final da mesma, estará centenas de vezes mais elevada do que em seus níveis basais¹⁷. Devido a sua ação, combinada a de outros hormônios (hormônio do crescimento, prolactina, glico-corticóides da supra-renal e insulina), as mamas terão aumentado a quantidade e complexidade do sistema de ductos¹³. Por sua vez, a progesterona juntamente com estes mesmos hormônios induz proliferação de lóbulos e alvéolos¹³.

Quanto à prolactina, também aumenta progressivamente durante a gravidez¹⁷ sendo o hormônio relacionado primordialmente à galactogênese, embora existam evidências de que outros estejam envolvidos^{13, 23}. Destes, os mais importantes são: hormônio do crescimento, glico-corticóides supra-renais e hormônio para-tireoideo¹³. Sabe-se que a prolactina induz mitose nas células glandulares secretórias que formam os alvéolos e estimula a síntese de proteínas, lipídios, glicídios e lactose-sintetase¹⁷.

A lactação desencadeada pela queda de estrógenos e progesterona que ocorre após a dequitação, é mantida basicamente através dos reflexos da prolactina e de ejeção desencadeados na nutriz pela sucção da mama¹³.

O reflexo da prolactina é desencadeado quando o lactente suga a aréola mamária. O estímulo é transmitido por via vagal à hipófise anterior que libera prolactina na corrente sanguínea. A prolactina juntamente com outros hormônios, induz a síntese de proteínas nos ribossomos das células secretórias alveolares^{3, 22}. A proteína sintetizada é acoplada à lactose no aparelho de Golgi originando glico-proteína, a qual sob a forma de vacúolos, é excretada quando chega à porção apical das células³.

As moléculas de lipídios se agrupam formando gotículas que, paulatinamente, se aproximam da região apical das células secretórias, analogamente aos vacúolos de glicoproteínas³. Entretanto, a porção lipídica é liberada somente após a ocitocina ter causado contração das células mio-epiteliais²². Após esta estimulação mecânica, as gotículas de lipídios bem como muitas organelas, são expulsas para o sistema ductal. O leite produzido é chamado então "leite posterior", em contraposição ao "anterior" que é produzido nos intervalos entre uma mamada e outra, e que proporcionalmente, é mais pobre em lipídios²². Dois terços do leite total da mamada são fabricados durante a mesma²².

O reflexo de ejeção, como o da prolactina, também é desencadeado quando o lactente suga a aréola mamária (são simultâneos)¹³. O estímulo é conduzido por via nervosa aos núcleos para-ventriculares e supra-ópticos que sintetizam ocitocina. Esta é levada à hipófise posterior e daí à corrente sanguínea. Na mama a ocitocina atua nas células mio-epiteliais que circundam os alvéolos, induzindo-as a se contrair e impulsionar o leite pelos ductos aos seios lactíferos localizados abaixo da aréola¹³. Os núcleos supra-ópticos e para-ventriculares podem ser estimulados

também quando a nutriz vê, ouve ou lembra-se afetuosamente do lactente. Este reflexo pode ser inibido temporariamente por frio, medo, ansiedade ou dor. É o que se chama popularmente de “secar o leite devido a um susto”. De fato, temporariamente, a produção de leite pode diminuir ou até cessar²⁶, mas é um processo reversível. Caso a nutriz tenha dificuldades em reverter a situação é aconselhável procurar apoio através de orientação específica em aleitamento natural.

TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO

O preparo para o aleitamento natural deve ser entendido numa acepção ampla, levando-se em conta o grau de *aceitação social* do mesmo. No momento em que se considera este fator, cresce o universo no qual se deve intervir para incentivar a amamentação.

Dispomos de pesquisas e depoimentos que mostram o aleitamento natural *percebido* como agressivo, “animal”, anacrônico, imoral, espontâneo (“natural”), indispensável, digno de admiração e de respeito, entre outros²². Estas diferentes percepções espelham o grau de valorização do aleitamento natural pelo meio. Esse assunto já foi abordado em outras oportunidades^{37, 38}, mas deve ser frisado, pois é com estas informações e sensações que nos deparamos ao incentivar o aleitamento natural.

Por isso, antes de ser iniciado o preparo físico da cliente procura-se conhecer suas experiências e percepção de amamentação, as quais devem nortear o relacionamento do enfermeiro com a mesma. Isto é muito mais produtivo do que recitar “a priori” a lista de vantagens do aleitamento natural e continuar com orientação padronizada sobre técnica, cuidados, etc.

Quanto ao preparo físico propriamente dito, deve ser começado durante a gestação. Consiste de exame físico, exercícios e informações específicas e objetivas sobre amamentação⁴.

É importante que o enfermeiro e ocupacionais da área conheçam a técnica de amamentação a fim de atuar de modo eficaz.

Para mamar o lactente deve reter o mamilo e a aréola na boca, comprimindo-os com a língua contra o palato. Assim, pressiona-se a aréola e a movimentação das mandíbulas para cima e para baixo causa compressão e esvaziamento dos seios lactíferos. O leite ejetado é armazenado na boca do lactente e então deglutido³⁶. Estas ações são executadas até que o lactente sacie a fome³⁶. A mama não deve obstruir suas narinas, ou ele não conseguirá respirar e interromperá a mamada para fazê-lo. Para evitar isto pinça-se a mama com os dedos indicador e médio. Alguns lactentes mamam seguidamente, outros interrompem a sucção frequentemente para dormir ou chorar. Estes comportamentos são normais e dependem da fome e da capacidade de sugar do lactente. Pudemos observar que geralmente, o mais tardar

no quinto dia de vida, o bebê está adaptado à situação de mamar. Para que a criança mame adequadamente não deve estar cansada, por isso não deve ser deixada chorando por muito tempo³⁶. Quanto à eructação após as mamadas é causada por ar deglutido e ocorre com a maioria das crianças. Facilita-se a eructação ao se colocar a criança em posição vertical. Algumas crianças eructam mais de uma vez. Se após a mamada o lactente vai permanecer no berço deve-se deixá-lo em decúbito lateral direito ou de bruços. A primeira posição acelera o esvaziamento gástrico e as duas previnem aspiração de vômito ou líquido regurgitado, devido à lateralização da cabeça.

Ambas as mamas devem ser oferecidas ao bebê, de preferência se iniciando com a que foi sugada por último⁴³. Sabe-se que o leite eliminado no final da mamada é mais rico em lipídios^{22, 28}, o motivo pelo qual é importante que a criança mame aproximadamente 10 minutos na primeira, complementando com a segunda.

Para interrupção da mamada introduz-se o dedo mínimo na comissura labial do lactente⁴³ desfazendo-se a pressão negativa e deste modo se previne injúria mamária.

Quanto à higiene das mamas recomenda-se evitar sabão, sabonete ou qualquer outro desengordurante^{9, 43, 44} o que predisporia a mama à fissura e infecções secundárias. Se necessário, limpa-se com água, mas isto geralmente não é preciso bastando que as mãos da nutriz estejam bem limpas⁴⁴.

A lactante deve permanecer numa posição cômoda ao amamentar. Pode fazê-lo sentada ou deitada, como se sentir mais confortável. Observamos que nos primeiros dias após o parto, as nutrizes podem preferir amamentar de pé, devido ao incômodo causado pela episiorrafia.

Espera-se que a criança seja amamentada por livre demanda, isto é, sempre que quiser, até formar gradualmente seus horários. Há referências¹⁸ que mencionam vantagens do aleitamento por livre demanda, tais como, aumento de peso mais rápido do que em um esquema rígido de aleitamento; diminuição da ocorrência de dor e fissuras e a não ocorrência da "síndrome de não ter leite", a qual ocorre quando se diminui o número de mamadas.

O volume diário de leite produzido varia muito⁹, devendo-se considerar as influências do período de tempo transcorrido após o parto, a frequência da sucção e a nutrição da mãe. Em relação ao primeiro é comum a produção de colostro nos primeiros dias, ser de pequeno volume. Este aumenta na medida em que o lactente suga. Quanto à nutrição da mãe, evidências indicam que na desnutrição materna ocorre antes uma diminuição do volume de leite do que uma alteração da qualidade do mesmo, sendo esta última prejudicada somente quando a nutriz é *intensamente* desnutrida^{15, 26}. Parece que a nutriz se adapta à privação nutricional mantendo a composição qualitativa do leite às custas de diminuição do volume produzido. Conseqüentemente há diminuição ou queda do crescimento do lactente⁴⁵

(podendo-se mencionar como exemplos medições executadas no nordeste da Tanzânia e no México, nas quais se observou que o aleitamento natural exclusivo foi suficiente para o crescimento adequado do lactente somente até três meses de idade, ao invés dos seis esperados para a espécie humana³¹. Nestes casos é recomendável fazer suplementação alimentar da nutriz, e não o *desmame!*

A administração de água e chá nos intervalos das mamadas só é necessária quando a temperatura ambiente for muito elevada e as perdas por transpiração forem excessivas. De resto, qualquer outro tipo de alimento líquido deve ser dado em copinho ou às colheradas, para não haver interferência no reflexo de sucção. O lactente bebe sem dificuldades o líquido oferecido em copinho, especialmente se é recém-nascido, conforme já pudemos observar inúmeras vezes.

Nos primeiros dias após o início da amamentação pode haver alguns problemas que se aumentarem, contribuem significativamente para o desmame precoce. Destes, os mais comuns são o ingurgitamento mamário e as fissuras.

O *ingurgitamento* mamário consiste na distensão das glândulas causadas por excesso de leite armazenado. Pode ser acompanhado de desconforto e/ou dor. Geralmente ocorre nos primeiros dias após o parto, pois nestes além de produção láctea maior do que a demanda, há dificuldades de drenagem devido à obstrução de ductos por células mortas.

Para a prevenção do ingurgitamento, recomenda-se ordenha (de preferência manual), que pode ser feita desde o final da gestação. Além disso, com o aumento do apetite do bebê⁴³ esta situação tende a diminuir chegando a desaparecer. Após o parto sempre que houver ingurgitamento, faz-se novamente ordenha manual: se a mama fica excessivamente cheia, além do desconforto causado à nutriz (às vezes acompanhado de aumento da temperatura axilar que facilmente atinge 39°C) a criança não pode sugar, pois a mama fica endurecida, e o mamilo e a aréola achatados. A sucção da mama ingurgitada pode causar fissuras⁴⁴. Além disto, o ingurgitamento pode evoluir para mastite e obstrução de ductos⁴³. Para ambos é aconselhável realizar esvaziamento glandular manual além do que, no caso de mastite, se necessário, o médico receitará antibióticos⁴³.

A drenagem das mamas deve ser feita a partir de sua extremidade distal esvaziando-se primeiro os seios lactíferos. Todos os movimentos devem ser feitos delicada, mas firmemente, com as polpas digitais. Antes de expulsar o leite massageia-se a região da aréola abaixo da qual estão localizados os seios lactíferos. Após o esvaziamento destes faz-se o mesmo movimento de massagem na região intermediária, seguido de compressão digital e expulsão do leite. Por fim se repete a massagem e compressão na base das mamas onde se localizam os lobos que estão repletos de leite. Dependendo da quantidade de leite na mama os lobos poderão ser percebidos pelo tato. Estes movimentos devem ser repetidos até que a mama esteja macia e a aréola e o mamilo possam ser apreendidos e sugados sem difi-

culdades pelo lactente⁴⁴. Antes da extração, alguns serviços de saúde usam compressa morna úmida ou bolsa de água morna, por 10 a 20 minutos sobre as mamas, embora seu uso seja controverso⁴⁴, devido à vasodilatação local que por sua vez, estimula a lactação. Atualmente está ganhando adeptos a conduta de uso de frio local.

Após a retirada do excesso de leite se notará que a temperatura axilar da nutriz diminuirá. Esta “febre do leite”, nome pelo qual é popularmente conhecida, não é impedimento para que o bebê seja amamentado. É consequência do fluxo sanguíneo aumentado no local.

As *fissuras* são “rachaduras” que podem ocorrer nos mamilos e aréolas após o lactente ter começado a sugar. São causadas por sucção de mama ingurgitada, uso de bomba manual, prensão e sucção apenas do mamilo (e não da aréola que seria a técnica correta), ou dano à pele devido ao uso de desengordurantes ou substâncias irritantes⁴⁴.

As fissuras podem ser prevenidas através de estímulos ao enrijecimento da pele iniciados durante a gestação⁴. Além disto deve-se evitar que a pele permaneça úmida o que favoreceria a sua maceração. Tais medidas são tão mais importantes quanto mais clara for a pele do mamilo³⁵. Pode-se estabelecer um intervalo mínimo de uma hora entre cada mamada, que naturalmente deve ser diminuído se o lactente manifestar fome antes.

Se o bebê vem sendo amamentado na posição clássica, isto é, com o ventre da mãe sustentando a criança, recomenda-se que passe a sê-lo em posição inversa, isto é, mantendo-se o bebê seguro embaixo do braço correspondente à mama que está sendo sugada⁴⁰. Com esta medida simples, o lactente sugará mais fortemente áreas que não estavam sendo atingidas enquanto mamava na posição clássica, e que portanto, estão menos doloridas. A nutriz poderá também amamentar primeiro com a mama não atingida pelas fissuras (ou pela menos atingida). Quando o lactente sugar na mama injuriada, o fará com menor sofreguidão por ter diminuído a sua fome.

O banho de sol nas mamas pode ajudar não só a curar as fissuras como também a preveni-las⁴³. Deve-se expor as mamas durante no máximo 20 minutos⁴⁴ nos horários mais ricos em raios ultra-violeta (início e final do dia).

Um fator a ser considerado é a capacidade que a mãe tem de suportar a dor causada pela sucção da mama injuriada, e nisto parece que há uma certa influência psicológica. Observa-se no entanto, que o desconforto ocorre tanto quando o bebê mama pouco como quando mama muito, sendo que os primeiros minutos de cada mamada é que são os piores, segundo afirmam as nutrizes. É um problema que pode ser enfrentado mais facilmente se houve preparo durante a gestação⁴, e se a nutriz sabe que é um episódio passageiro.

ALGUMAS RELAÇÕES ENTRE AMAMENTAÇÃO, ATITUDE E MEIO

Didaticamente, o modo de amamentar pode ser dicotomizado em intensivo e prolongado e, restrito e curto. Entre uma modalidade e outra, a amamentação é praticada com maior ou menor “intensidade”. Estes “modos” de amamentar são determinados por condições particulares do meio variando de acordo com as condições de sobrevivência e período histórico vivido.

De um modo geral em meios rurais o aleitamento natural, mesmo por falta de qualquer outra opção, é estimulado³⁸ e em meios urbanos desincentivado (com relação a meios urbanos refiro-me às cidades do século XIX até o presente momento). Na verdade não se pode dizer que a restrição à amamentação é característica de *qualquer* cidade, e sim de meios que reúnem as seguintes particularidades³⁸:

- a) jornada de trabalho feminina exercida fora de casa, muitas vezes longe do local de guarda do lactente;
- b) inexistência do local de guarda do lactente próximo ao trabalho da mãe, de modo que esta possa amamentá-lo;
- c) família nuclear;
- d) inexistência da “doula”, que é a pessoa que ajuda a mãe no pós-parto, prestando-lhe cuidados e ensinando-lhe a cuidar do lactente;
- e) parto hospitalar caracterizado por rotinas que geralmente desestimulam o aleitamento natural;
- f) intensa propaganda de leite industrializado;
- g) política oficial de uso de leite de vaca (ou outros), como substitutos do leite humano;
- h) iatrogenia da equipe de saúde antes do parto e após o mesmo ao não estimular o aleitamento natural.

As condições “rurais” (família extensa; jornada de trabalho feminina exercida junto ao lactente, etc.) por sua vez, favorecem a amamentação.

Estas condições compõem os diferentes modos de amamentar mencionados anteriormente, os quais causam efeitos diferentes na relação mãe-filho(s)-pai. Em alguns casos a criança será beneficiada por um contato maior com a mãe, e noutros terá esta oportunidade diminuída. Devido a isto é que se pode criar a dicotomia: aleitamento sem restrições (meios rurais), e aleitamento simbólico (meios urbanos). Lembro novamente que é uma divisão didática e que geralmente, o aleitamento natural se apresenta com características intermediárias, podendo inclusive haver em cidades, comportamentos “rurais” (por exemplo, os grupos de mães da

“La Leche League de Maceió”^{19, 20} e “Amigas do Peito” do Rio de Janeiro e Porto Alegre, que amamentam por longos períodos).

Há autores que estabelecem diferenças psicológicas quanto às nutrizes e a forma como amamentam, classificando-as em: (a) de aleitamento natural sem restrições ou bem sucedido – característico do meio chamado rural, e que amamentam sem preocupações quanto à horário, higiene, dieta, etc., e desmamam tardiamente; (b) de aleitamento natural simbólico – típico do meio urbano, no qual as mães amamentam preocupadas com horários, dietas, etc., e desmamam precocemente, em geral^{21, 29}.

O aleitamento natural é uma oportunidade de interação psico-fisiológica devido aos atos de alimentar, manter contato corpo-a-corpo e transmitir calor físico⁴¹. Além disso, ajuda a mãe a elaborar a separação brusca do filho ocorrida no parto, e a criança a diminuir o trauma do nascimento, devido à intimidade física que proporciona⁸. Há evidências de que uma experiência bem sucedida em aleitamento natural está ligada ao equilíbrio psicológico da nutriz e do lactente, embora ainda pareça controverso qual das duas é causadora²⁹.

“DESTRUIÇÃO COMERCIOGÊNICA” E IMPLICAÇÕES ECONÔMICAS DO ALEITAMENTO ARTIFICIAL

O aleitamento natural comparado ao artificial *adequado*, acarreta um gasto bem menor para a família²⁴, pois é necessário apenas que a nutriz receba suplementação alimentar de aproximadamente 500-600 calorias por dia^{10, 25}.

Este fator deve ser levado em conta principalmente em países do Terceiro Mundo, nos quais geralmente há dificuldades em relação à compra, produção, armazenamento e distribuição de alimentos, além da precariedade de saneamento básico^{24, 26}.

Em muitos destes países, a prática do aleitamento artificial se disseminou rapidamente no século XX, causando seqüelas funestas como aumento da desnutrição, diarreia e morte, entre outros^{11, 16, 25, 27, 32, 34}. D.B. JELLIFFE²⁷ criou a expressão “desnutrição comerciogênica” para designar este triste fenômeno. O assunto foi abordado por M. MULLER numa obra que causou polêmica, “O Mata-dor de Bebês”, publicada pela primeira vez em março de 1974, por uma editora inglesa²⁷. Logo após foi traduzida para o alemão pelo “Grupo de Trabalho do Terceiro Mundo”, de Berna (Suíça), com o título “Nestlé mata bebês”, uma vez que esta companhia é a maior do gênero²⁷. Esta última processou o “Grupo” por calúnia, mas este foi considerado culpado apenas quanto à tradução do título, tendo a “Nestlé” sido advertida de que deveria mudar seus métodos de venda²⁷.

Em 1977 nos EUA foi iniciado boicote a todos os produtos fabricados pela “Nestlé”, o qual se estendeu posteriormente ao Canadá, Austrália e Nova Zelândia.

Mais tarde grupos da Inglaterra, Suécia, Alemanha, França e Finlândia aderiram, totalizando nove países em 1983. Este grupo, o “Comitê Internacional de Boicote à Nestlé” (INBC) levantou o boicote em 1984, após acordo com a companhia sobre o total cumprimento do “Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno” da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁷. Este código havia sido aprovado na 34ª Assembléia Mundial de Saúde da OMS em 1981, sob a forma de recomendação²².

Outro movimento ocorreu em 1979 logo após reunião conjunta sobre alimentação infantil realizada pelo Fundo Internacional da Infância (UNICEF)/OMS em Genebra, ocasião em que foi criada a “International Baby Food Action Network” (IBFAN). Este organismo tem por finalidade: incentivar o aleitamento natural, e controlar o comércio de leites industrializados e outros produtos de alimentação infantil¹⁶. Um dos membros fundadores do IBFAN, a “Organização Internacional de Uniões de Consumidores” (IOCU), publicou no primeiro número de seu periódico “A Voz do Consumidor”, editorial questionando sob o ponto de vista ético, a comercialização de leites industrializados em países pobres³³. Às vezes estes países são tão pobres que seu PIB (Produto Interno Bruto) é menor do que o faturamento de uma grande companhia fabricante de leites industrializados e de outros substitutos do leite humano²⁷.

Os efeitos mais evidentes da desnutrição comerciogênica são percebidos em países pobres devido ao círculo vicioso formado por substituição do leite humano por outro que não promove proteção imunológica, veicula infecções devido à higiene precária, e que é fornecido excessivamente diluído por ser caro. Os danos causados depletam cada vez mais o organismo infantil, o qual se torna cada vez mais sensível aos efeitos das mamadeiras-de-leite-de-vaca-ralo-e-contaminado. A diarreia e desnutrição são conseqüências relativamente comuns^{11, 16, 25, 27, 32, 34}.

Portanto, ao se raciocinar em termos do custo do leite humano *versus* leite não humano é preciso considerar, além da economia direta causada pela substituição do primeiro pelo segundo, os ganhos indiretos da não ocorrência de diarreia e desnutrição epidêmicas.

Entretanto, para que se tenha uma idéia mais abrangente, podemos mencionar pesquisa realizada em Chimbote (Peru), em 1984¹⁴. Em 1980, com o soldo mínimo peruano era possível comprar-se dez latas de leite em pó. Em julho de 1984 o poder aquisitivo deste soldo havia diminuído mais de 60%: somente era possível comprar três latas de leite.

Em nosso país, em abril de 1986, a alimentação de um bebê de 4 meses de idade com leite em pó integral custava, por mês, 12,41% do salário mínimo*, e aos 6 meses o gasto com o leite deste bebê subia a 16,75% do mesmo.

* Para o cálculo da alimentação foi usada a tabela do INAN/INAMPS⁵ tomando-se o peso mínimo aceitável para a criança ser considerada eutrófica (percentil 10) nas idades de 4 e 6 meses, respectivamente. O salário mínimo era de Cz\$ 804,007, e o leite da marca “Ninho” (integral) custava Cz\$ 32,20 a lata de 1000 g⁴². (Escolhi o leite desta marca por ser o mais barato da tabela de preços em vigor na época). Não foram computados gastos com mamadeiras, bicos, água, combustível, etc. Estes dados são de abril de 1986.

Segundo dados publicados pelo UNICEF, a prática do aleitamento natural pode contribuir para que a família poupe de 200 a 300 dólares por ano, custo *médio* do aleitamento artificial em países em desenvolvimento¹². É uma economia significativa em um país desses.

INFLUÊNCIA DO ALEITAMENTO NATURAL NA FERTILIDADE

Pesquisas recentes comprovaram a crença popular de que o aleitamento natural tem efeito contraceptivo¹³ causando diminuição nas taxas de fertilidade *quando praticado intensivamente e por longo período*¹.

Possivelmente o efeito anticoncepcional da amamentação está ligado à liberação de prolactina que ocorre durante a sucção da mama¹. Quanto mais o lactente suga mais elevados são os níveis de prolactina sérica e mais duradouro o efeito anovulatório. Além disso, quanto maior for a duração do aleitamento natural, maior será o período de amenorréia e conseqüentemente mais longo o intervalo entre as gestações¹. Esta relação se mantém embora não indefinidamente.

Mulheres que amamentam até 18 meses após o parto, por exemplo, podem ter amenorréia por 8 a 13 meses, e as que não amamentam, por 1 a 3¹. Amamentação prolongada às vezes até a criança completar 2, 3 ou 4 anos, costuma ocorrer em meios rurais devido a uma série de fatores que atuam sinergicamente^{38,39}.

Evidências indicam que quanto mais tempo transcorrer após o parto, na vigência de aleitamento natural, mais provável será que a ovulação preceda a menstruação¹, o que evidencia a necessidade de uso de algum método anticoncepcional caso a nutriz não queira engravidar.

A amamentação com fins contraceptivos é de pouca valia nos dias de hoje, pelo menos nos meios urbanizados. No entanto em meios rurais, nos quais havia ou ainda há um equilíbrio dinâmico que permite a manutenção do aleitamento natural prolongado (e portanto, de seu efeito contraceptivo), as mudanças deveriam ser criteriosas. Em tais meios a introdução do aleitamento artificial somente deveria ocorrer após o *aumento da renda "per capita" e implantação de saneamento básico*. Graças a estes dois fatores, países desenvolvidos não sofreram os efeitos epidêmicos da "desnutrição comerciôgica". Inclusive devido ao aumento da renda seria possível a substituição adequada do anticoncepcional "aleitamento natural"* por outros acessíveis em meios urbanizados.

* Outros exemplos do efeito contraceptivo do aleitamento natural podem ser obtidos de dados do Banco Mundial³⁷ (em que pese a reserva com que devem ser vistos, devido à conhecida política do mesmo, favorável ao controle da natalidade em países pobres). Técnicos do Banco Mundial calcularam que o número teórico máximo de filhos por cada mulher é dezessete.

Na prática, uma multiplicidade de fatores tais como, retardamento do casamento, prática de amamentação, prática deliberada de contracepção, e outros, concorrem para que esta potencialidade não se viabilize. Por exemplo, no Senegal (1978), com uma taxa de fecundidade total de 6,9 filhos havendo portanto, - 10,1 filhos por cada mulher, constatou-se que devido à prática intensiva da amamentação, cada mulher evita 4,65 filhos. No Nepal em 1976, este número era de 6,09 por cada uma. Em Bangladesh (1975/1976) foi constatado o maior índice, 6,84, devido ao mais longo período de amamentação: 29 meses.

Em compensação, em países nos quais a amamentação está em desuso sua contribuição para a diminuição da fertilidade é pequena. A menor taxa foi registrada na Costa Rica (1976), 0,83.

REZENDE, M.A. Breast-feeding: basics for the nursing staff (Part I). *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo 23(3):231-242, dez. 1989.

In this first part we approach breast-feeding from anatomical and physiological perspective however we make some considerations on social, economical and demographic influences.

UNITERMS: *Breast feeding. Breast – Physiology.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 AMAMENTAÇÃO, fecundidade e planejamento familiar. *Popul. Rep. (J)*, Rio de Janeiro, (24):1J-44J, 1982.
- 2 BERQUÓ, E. et alii. **Estudo do aleitamento materno na Grande São Paulo e na Grande Recife em 1981**. São Paulo, CEBRAP, 1981.
- 3 BONFIM, D.C. **Leite materno: alimento natural**. São Paulo, Nestlé, s.d. p.2. (Temas de pediatria, 6).
- 4 BONILHA, A.L. de L. & REZENDE, M.A. **Atuação do enfermeiro nos processos de preparo para o aleitamento natural e sua manutenção, e de relactação**. São Paulo. s.d.
- 5 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **Aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame**. Brasília, 1984, p. 11, 15.
- 6 CAVALCANTI, M.L.F. **Conhecimentos, atitudes e práticas de pessoal de saúde sobre aleitamento materno**. São Paulo, 1982. (Tese de doutoramento – Faculdade de Saúde Pública da USP).
- 7 COTAÇÕES. *Veja*, São Paulo, 23 abr. 1986. p. 94.
- 8 DEUTSCH, H. apud ABUCHAIM, I. Emoções na gravidez, parto e puerpério. *Rev. AMRIGS*. Porto Alegre, 23(4): 7- 10, 1979.
- 9 ENDRESEN, E.H. & HELSING, E. **Amamentando sua criança**. Campinas, CEMICAMP, 1984. p. 5, 16.
- 10 FOOD AND NUTRITIONAL BOARD NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES. **Recommended dietary allowances**. São Paulo, Nestlé, s.d. (Comunicação de Nutrição, 18).
- 11 GOLDENBERG, P. et alii. Desnutrição – amamentação X aleitamento artificial. *Ci. Hoje*, São Paulo, 1(5): 73-5, 1983.
- 12 GRANT, J. **Situação mundial da infância – 1986**. Brasília, UNICEF, 1986. p. 49.
- 13 GUYTON, A. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro, Interamericana, 1985. p. 896-7.
- 14 HÂRT, J.A. & LINARES, R.L. **Pecho o biberón? Prácticas de lactancia en Chimbote**. Chimbote, Instituto de Promoción y Educación Popular, 1984. p. 17-23, 40-1.
- 15 HENNART, P.H. & VIS, H.L. Breast-feeding and post-partum amenorrhoea in Central Africa. I – Milk production in rural areas. *J. Trop. Pediatr.*, London, 26(5): 177-83, 1980.
- 16 INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION NETWORK. Uma tendência alarmante. In: **El pecho es mejor: de la teoría a la práctica**. London, 1983. p.3.
- 17 KOCHENOUR, N.K. Lactation supression. *Clin. Obstet. Gynecol.*, Hagerstown, 23(4): 1045-59, 1980.
- 18 LOPEZ, I.B. et alii. Lactancia materna. *Rev. Chil. Pediatr.*, Santiago, 46(4): 378-82, 1975.
- 19 MAGALHÃES, B. A segunda vez foi diferente. *Bol. Inf.*, Maceió, 6(2): 8, 1985.
- 20 ———. Não há razão de me preocupar. *Bol. Inf.*, Maceió, 5(6): 22, 1984.
- 21 MARIN, P. Lactancia materna en la area a oriente del Santiago. In: SEMINARIO NACIONAL SOBRE LACTANCIA MATERNA, 1º, Bogotá, 1978. p.99-110.
- 22 MARTINS FILHO, J. **Como e porque amamentar**. São Paulo, Sarvier, 1984. 207 p
- 23 MATA, L.J. Amamantamiento y resistencis del huésped a la infección. *Bol. Salud Publica*, Caracas, 6(17): 27-37, 1972.
- 24 McKIGNEY, J.I. Simposio sobre el valor incomparable de la lactancia materna: aspectos economicos. *Bol. Salud Publica*, Caracas, 6(17): 53-61, 1972.

- 25 MIURA, E. Leite humano, desnutrição e infecção. *Rev. AMRIGS*, Porto Alegre, **22**(3, 4): 8-15, 1978.
- 26 MORLEY, D. **Pediatria no mundo em desenvolvimento: prioridades**. São Paulo, Paulinas, 1980. p. 85-97.
- 27 MULLER, M. **O matador de bebês**. Campinas, CEMICAMP, 1981. p. 1-2, 6-8, 23, 38.
- 28 NASCIMENTO, E.T. do et alii. Crematócrito. Trabalho apresentado no CONGRESSO PANAMERICANO DE ALEITAMENTO MATERNO, Porto Alegre, 1985.
- 29 NEWTON, M. Diferencias psicologicas entre la lactancia natural y artificial. *Bol. Salud Publica*, Caracas, **6**(17): 42-53, 1972.
- 30 OLIVEIRA, V.L.C. Atividades referentes ao aleitamento materno desempenhadas por enfermeiras e auxiliares de enfermagem que trabalham em bercário e sistema de alojamento conjunto em sete hospitais de Porto Alegre. Porto Alegre, 1982. (Dissertação de Mestrado. Escola Paulista de Medicina).
- 31 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Reunião conjunta OMS/UNICEF sobre alimentação de lactentes e crianças na primeira infância: a boa iniciação nutricional – como melhorar a nutrição de mães e crianças pequenas**. Brasília, 1980. p. 21, 33.
- 32 ————. **Reunião conjunta OMS/UNICEF sobre alimentação de lactentes e crianças na primeira infância: subsídios preparados pela OMS e UNICEF**. Brasília, 1980. p. 20-28, 51-55.
- 33 ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE UNIONES DE CONSUMIDORES. Las consecuencias de la comercialización inhumana de las leches de formula en los países pobres. *Voz Consum.*, México, **1**(1): 1, 1982.
- 34 OSÓRIO, A. et alii. Reindução do aleitamento materno em lactentes hospitalizados por diarreia aguda. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro, **48**(6): 323-5, 1980.
- 35 PELÁ, N.T.R. & SANCHES, O. Trauma mamilar no puerpério: alguns fatores associados. Trabalho apresentado no CONGRESSO PANAMERICANO DE ALEITAMENTO MATERNO, Porto Alegre, 1985.
- 36 PELLINI, E.A.J. Aspectos obstétricos do aleitamento. *Clin. Pediatr.*, São Paulo, **5**(3): 62-9, 1981.
- 37 RELATÓRIO sobre o desenvolvimento mundial: 1984. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1984. p. 123-4.
- 38 REZENDE, M.A. Aleitamento natural: influências dos meios rural e urbano. *Rev. Cult. Vozes*, Petrópolis, **80**(4): 245-52, 1986.
- 39 ————. Relactação: revisão bibliográfica. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, **18**(3): 255-61, 1984.
- 40 RIORDAN, J. & COUNTRYMAN, B.A. Basics of breast-feeding. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.*, Philadelphia, **9**(5): 273-83, 1980.
- 41 SOYZA, P.E. The advantages of breast-feeding: a developing country point of view. *Assignment Child.*, Geneve, (55/56): 25-40, 1981.
- 42 SUPERINTENDÊNCIA Nacional de Abastecimento: lista de preços. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 22 março 1986. p. 35.
- 43 VARELA, C.B. **A arte de amamentar seu filho**. Petrópolis, Vozes, 1981. p. 39.
- 44 VINHA, V.H.P. **Amamentação materna: incentivo e cuidados**. São Paulo, Sarvier, 1983. p. 20, 47, 48.
- 45 WRAY, J.D. & BROWN, R. Relaciones entre la nutrición de la madre, lactancia materna, mortalidade y fertilidad. In: SEMINARIO NACIONAL SOBRE LACTANCIA MATERNA, 1º. Bogotá, 1978. p. 14-58.

Recebido em 18/08/87