

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE GESTANTES E PUÉRPERAS A RESPEITO DO ARMAZENAMENTO DO LEITE MATERNO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTA CRUZ DE CASCAVEL/PR

VASCONCELOS, Fernanda Cristina¹
DE NEZ, Nadine²
VASSOLER, Renata Nunes³
DA SILVA, Urielly Tainá⁴

RESUMO

O aleitamento materno sempre foi uma questão muito importante tanto para o desenvolvimento das crianças quanto para a saúde das puérperas, visto que oferece inúmeras vantagens para ambos. É necessário analisar as causas do desmame precoce e os motivos da utilização do leite artificial e/ou leite de vaca por algumas puérperas. Para isso, informações a respeito da técnica de ordenha, coleta e armazenamento do leite são essenciais para obtenção do sucesso de um aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. Diante do exposto a seguinte problemática se formou: As puérperas da Unidade Básica de Saúde Santa Cruz de Cascavel-PR, compreendem como deve ser realizado o armazenamento do leite materno em suas residências? Para que tal problemática possa ser resolvida o estudo se objetivou a avaliar o conhecimento das puérperas da Unidade Básica de Saúde Santa Cruz de Cascavel-PR a respeito do armazenamento do leite materno. O estudo possui caráter descritivo, exploratório com abordagem quantitativa realizado mediante aplicação e análise de questionário estruturado e previamente validado. Os resultados encontrados apontam que grande parte das participantes possuem poucas informações sobre o LM, mas as mesmas possuem ciência dos benefícios do aleitamento e de como a retirada do leite deve ser realiza, armazenamento adequado, período de descongelamento apto e meio de servir o LM ao recém-nascido em seu tempo adequado. Com tudo pode-se notar uma grande deficiência de informações durante o pré-natal das gestantes, não sendo abordado de forma clara e qualificada as informações inerentes ao a aleitamento materno.

PALAVRAS-CHAVE: aleitamento materno, desmame precoce, armazenamento do leite.

EVALUATION OF PREGNANT AND PUERPERAL WOMEN'S KNOWLEDGE REGARDING THE STORAGE OF BREAST MILK IN THE BASIC HEALTH UNIT SANTA CRUZ DE CASCAVEL/PR

ABSTRACT

Breastfeeding has always been a very important issue both for the development of children and the health of puerperae, since it offers numerous advantages for both. It is necessary to analyze the causes of early weaning and the reasons for the use of artificial milk and/or cow's milk by some puerperae. For this, information regarding milking technique, milk collection, and storage is essential to achieve the success of exclusive breastfeeding in the first 6 months of life. Given the above, the following problem was formed: Do puerperal women of the Basic Health Unit Santa Cruz of Cascavel-PR understand how to store breast milk in their homes? For this problem to be solved, the study aimed to evaluate the knowledge of postpartum women of the Basic Health Unit of Santa Cruz de Cascavel-PR regarding the storage of breast milk. The study has a descriptive, exploratory nature with a quantitative approach carried out through the application and analysis of a structured and previously validated questionnaire. The results found indicate that most participants have little information about the LM, but they are aware of the benefits of breastfeeding and how the removal of milk should be performed, proper storage, proper thawing period and means of serving the LM to the newborn in its proper time. With all this, it can be noted a great deficiency of information during the prenatal care of pregnant women, not being addressed in a clear and qualified manner the information inherent to breastfeeding.

KEYWORDS: *breastfeeding, early weaning, milk storage.*

¹ Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: ferrvasconcelos@hotmail.com

² Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: nadinedenez@gmail.com

³ Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: renatavassoler@live.com

⁴ Médica Pediatra, Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: urielly@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O leite materno é a mais completa e adequada fonte de nutrição para recém-nascidos, fornecendo nutrientes para seu desenvolvimento psicomotor, bem como proteção imunológica contra uma variedade de enfermidades. O aleitamento materno deve ser utilizado exclusivamente até que a criança tenha seis meses de idade, depois complementado até que a criança tenha dois anos de idade ou mais, pois é a forma mais saudável de alimentação durante este período. Entretanto, na prática clínica diária, é possível ver que um número substancial de mulheres encoraja o desmame precoce de seus bebês, negando-lhes todos os benefícios do aleitamento materno natural. O desmame precoce é causado por uma combinação de variáveis sociais, culturais e psicológicas que permeiam o vínculo mãe-filho.

Diante do exposto a seguinte problemática se formou: As gestantes e puérperas da Unidade Básica de Saúde Santa Cruz de Cascavel-PR, compreendem como deve ser realizado o armazenamento do leite materno em suas residências?

Para que tal problemática possa ser resolvida o estudo se objetivou a avaliar o conhecimento das gestantes e puérperas da Unidade Básica de Saúde Santa Cruz de Cascavel-PR a respeito do armazenamento do leite materno.

A liberação social e econômica das mulheres levou a uma alta proporção de mães que trabalham fora de casa. O emprego materno é frequentemente mencionado como um aspecto importante nas justificativas para o desmame precoce. Nas circunstâncias em que o leite humano deve ser retirado, instruções sobre os procedimentos de ordenha e preservação deste leite devem ser fornecidas para que a criança continue recebendo-o. A importância das instruções sobre técnicas de ordenha manual e elétrica, armazenamento e administração deste leite materno não pode ser sobrestimada.

O sucesso da amamentação tem sido ligado à educação e preparação durante o pré-natal, particularmente entre as mães primíparas. As mulheres devem ser informadas sobre os benefícios da amamentação, ou melhor, os malefícios da utilização de leite não-humano, durante todo o pré-natal, e devem ser ensinadas a amamentar para melhorar seu encorajamento e confiança.

Avaliar o conhecimento das gestantes e puérperas sobre a preservação do leite materno é um passo fundamental para entender os desafios e o ceticismo que envolvem esta operação, que, apesar de sua aparente simplicidade, é fundamental para manter a qualidade do leite que é ordenhado e entregue à criança. Além disso, a libertação social e econômica da mulher contemporânea pode afetar um desmame precoce devido a uma falta de conhecimento.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ORDENHA, COLETA E ARMAZENAMENTO

A ordenha do LH “é a ação de manipular a mama lactante pressionando cuidadosamente para a retirada do leite”. Essa manipulação pode ser realizada por um profissional de saúde, por alguma pessoa que a lactante prefira ou ainda por ela mesma. A técnica deve ser efetuada com as mãos, já que é o modo mais efetivo, econômico e menos doloroso e de abrandar uma possível contaminação (MESQUITA, 2015). As principais indicações de ordenha estão relacionadas à condição materna e/ou do bebê (BRASIL, 2008):

- Manter a lactação.
- Aliviar o ingurgitamento mamário (peito empedrado).
- Aliviar a tensão na região mamilo-areolar visando a uma pega adequada.
- Alimentar bebês que não têm condição de sugar diretamente no peito da mãe, por prematuridade, doença e outras dificuldades relacionadas à amamentação.
- Fornecer leite para o próprio filho, no caso de volta ao trabalho ou separação temporária por outras causas.
- Tratar mastite.
- Colher o leite para ser doado a um BLH.
- Outras indicações.

A técnica de ordenha deve ser realizada com cautela para evitar traumas na aréola ou em outras áreas do seio. Além disso, essa técnica pode ser usada como indicador de controle de qualidade do leite, pois se não for realizada de maneira correta, pode acarretar ao leite presença de sujidades, odores estranhos, entre outras características e, com isso, inviabiliza o seu uso. A ordenha pode ser efetuada no Banco de Leite Humano (BLH), nos postos de coleta de leite humano como também, na residência da lactante (MESQUITA, 2015). No caso de coleta domiciliar, as lactantes devem ser orientadas a procurar um ambiente que não traga risco à qualidade microbiológica do leite ordenhado - evitar, portanto, a realização da coleta em banheiros e locais onde se encontram animais domésticos (BRASIL, 2008).

Veja a seguir como proceder para retirar e guardar o leite de forma segura (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2021):

1. Escolha o local adequado.
2. Tenha à disposição um recipiente limpo para recolher o leite (veja a seguir como higienizar esse recipiente).

3. Prenda e cubra os cabelos com uma touca ou lenço.
4. Evite conversar durante a retirada do leite ou utilize uma máscara ou fralda cobrindo o nariz e a boca.
5. Lave as mãos e antebraços com água e sabão e seque com uma toalha limpa.
6. Massageie as mamas com as polpas dos dedos começando na aréola (parte escura da mama) e, de forma circular, abrangendo toda mama.
7. Primeiro coloque os dedos polegar e indicador no local onde começa a aréola.
8. Firme os dedos e empurre para trás em direção ao corpo.
9. Comprima suavemente um dedo contra o outro, repetindo esse movimento várias vezes até o leite começar a sair.
10. Despreze os primeiros jatos ou gotas e inicie a coleta no frasco.
11. Se você estiver com dificuldade de retirar seu leite, procure apoio no banco de leite humano mais próximo de você

O LH após ser ordenhado, precisa ser congelado. Manter o produto nessa condição permite impedir alterações químicas, físico-químicas, microbiológicas e imunológicas. O congelamento é uma das técnicas mais utilizadas para uma boa conservação de alimentos e tem o objetivo de expandir a duração e preservação dos nutrientes. Além disso, protela reações enzimáticas e químicas indesejáveis, como a oxidação de lipídeos, como também, inibindo o crescimento de micro-organismos presentes no alimento. Armazenar o produto sob essa ótica não provoca alteração na qualidade da fração lipídica do leite cru ou do pasteurizado (LHOP), confirmando com isso, a recomendação dessa prática (BRASIL, 2008).

Com relação à embalagem de armazenamento, utiliza-se recipiente de vidro, estéril, com boca larga, tampa plástica rosqueável e volume de 50 a 500 mL. As embalagens que apresentarem conformidades como manchas, sujidades, rachaduras, trincas, etc., são imediatamente, descartadas (SOUZA; SERPIÃO, 2008). Veja a seguir como higienizar o frasco e guardar o leite retirado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2021):

1. Reserve um frasco de vidro, com tampa plástica rosqueada e limpo.
2. A limpeza do frasco é primordial: primeiro lave bem o frasco com um detergente neutro e enxague. Depois, coloque o frasco em uma panela com água para ferver, totalmente submerso; após a fervura, deixe-o na água fervendo por mais 15 minutos. Após esse tempo, retire o frasco da panela e coloque-o sobre um pano limpo, com a boca para baixo. Espere a água toda escorrer. Não enxugue o frasco.
3. Coloque o leite coletado no frasco. Você pode colocar leite retirado em um frasco já contendo leite congelado, desde que dentro do prazo de validade.

4. Identifique o frasco com seu nome, data e horário da retirada do primeiro leite a ser colocado no frasco.
5. Mantenha o frasco sobre refrigeração imediatamente após a coleta.
6. No freezer a durabilidade é de 15 dias na temperatura de -3°C .
7. No refrigerador, o frasco não deve permanecer na porta da geladeira e a validade é de 12 horas, na temperatura de 5°C

O LHOC congelado pode ser estocado por um período máximo de 15 dias a partir da data da primeira coleta, e o LHOP congelado por no máximo seis meses, ambos a uma temperatura máxima de -3°C . Após degelo, o LHOP pode ser mantido sob refrigeração por um período máximo de 12 horas, à temperatura limítrofe de 5°C (BRASIL, 2008).

O degelo do LHO é um processo monitorado que transfere calor ao leite humano ordenhado congelado, suficientemente para uma mudança de uma fase sólida para uma fase líquida, não admitindo que a temperatura final do produto ultrapasse os 5°C . O tempo que levará para o degelo do LHO irá variar segundo o volume, o tipo de embalagem e o equipamento que será usado. Este processo poderá ser feito através do banho-maria ou por meio de micro-ondas, sempre respeitando a temperatura limite de 5°C . É importante ressaltar que o degelo em micro-ondas pode ser utilizado desde que se conheça a potência do aparelho (BRASIL, 2008).

Quanto aos procedimentos de degelo no domicílio, o banco de leite humano deve fornecer instrução verbal e escrita – em linguagem acessível – ao responsável pelo bebê receptor do alimento. Os seguintes cuidados devem ser observados: a) não aquecer ou ferver o leite; b) não descongelar o leite diretamente ao fogo; c) não recongelar o leite; d) não manter o leite em banho-maria após o degelo; e) não manter o leite em temperatura ambiente (BRASIL, 2008).

2.2 ALEITAMENTO MATERNO

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e em sua saúde no longo prazo, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2015). O leite humano, por sua complexidade biológica, é considerado um alimento vivo que desempenha, além da função nutritiva, papéis de proteção, imunomodulação e de prevenção de doenças degenerativas do adulto (TRATADO PEDIATRIA, ANO).

A OMS, o MS e a SBP recomendam aleitamento materno por 2 anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros 6 meses. Não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos 6

meses, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Apesar dos indiscutíveis benefícios da amamentação para a mãe e a criança e das recomendações, extensamente divulgadas, a duração média do aleitamento materno total na população brasileira é de 10 meses, e do aleitamento exclusivo, de 23 dias. Deve-se iniciar o aleitamento natural, sob regime de livre demanda, sem horários pré-fixados imediatamente após o parto, estando a mãe em boas condições, e o recém-nascido com manifestação ativa de sucção e choro. Nos primeiros dias de vida do recém-nascido, as mamas produzem colostro, líquido rico em proteínas, minerais, fatores de crescimento e imunológicos (células e imunoglobulina A secretora), em volume médio de 30 ml/dia. Durante as 2 primeiras semanas de vida, o colostro dá lugar ao leite de transição, e posteriormente ao leite maduro, que supre todas as necessidades nutricionais do lactente até o 6º mês de vida (TRATADO DE PEDIATRIA, ANO).

É muito importante conhecer e utilizar as definições de aleitamento materno adotadas pela OMS. Assim, o aleitamento materno pode ser classificado em (BRASIL, 2015):

- Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos;
- Aleitamento materno predominante: quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões) ou sucos de frutas;
- Aleitamento materno: quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos;
- Aleitamento materno complementado: quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo;
- Aleitamento materno misto ou parcial: quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

As principais propriedades imunológicas existentes no leite humano, responsáveis por propiciar ao lactente um crescimento adequado, são: Imunoglobulina A secretora (IgAs): necessária para a impermeabilização antisséptica das mucosas (digestiva, respiratória, urinária), Lactoferrina: exerce a ação bacteriostática (retirada de ferro), Lisozima: exerce ação bactericida (lise de bactérias), Macrófagos: exercem fagocitose (engloba as bactérias), Fator bífido: promove resíduo de lactobacilos e produção de ácidos (REGO, 2012).

Ressalta-se que, dentre estes componentes, as IgAs desempenham função importante e específica de proteção do recém-nascido. Esta imunoglobulina não está presente nas secreções do

recém-nascido, o que torna relevante a utilização do leite humano e, particularmente, da ingestão do colostro, líquido secretado nos últimos dias e semanas que antecedem o parto e que é rico em IgAs na proteção da imatura mucosa intestinal do bebê (VIEIRA; ALMEIDA, 2014).

O leite humano contém concentrações relativamente alta de anticorpos IgAs, e estes, por sua vez, impedem a aderência de microrganismos à mucosa intestinal dos lactentes. Nesse sentido, Vieira e Almeida (2014) ressaltam que os anticorpos existentes no leite humano são dirigidos a inúmeros micro-organismos com os quais a mãe entrou em contato durante a sua vida, representando, de certa forma, uma memória do seu repertório imunológico, o que assegura a proteção do lactente. Sua composição é determinada no sentido de oferecer energia e nutrientes necessários em quantidades apropriadas (SANTOS; CESAR; NUNES, 2016).

Logo, esse leite contém nutrientes que fazem com que as crianças fiquem imunes a doenças, principalmente as de caráter infecciosas, além de contribuir de maneira significativa no desenvolvimento sensorial e cognitivo dos mesmos. Devido à substâncias imunológicas que o leite materno oferece atuando de maneira eficaz nos processos de infecção, principalmente as provenientes de diarreia aguda e as doenças respiratórias que têm sido apontadas como as que mais oferecem riscos de óbitos na infância (SOUZA, 2010).

Diante da impossibilidade do aleitamento materno, deve-se utilizar uma fórmula infantil que satisfaça as necessidades do lactente, conforme recomendado por sociedades científicas nacionais e internacionais. Todas as fórmulas (infantis para lactentes e de seguimento para lactentes) disponíveis no Brasil são consideradas seguras, pois seguem as resoluções da Anvisa (RDC nº 43 e 44/2011), cuja resolução mais recente foi em 19 de setembro de 2011 (SANTOS; CESAR; NUNES, 2016).

2.3 VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento vai muito além dos benefícios físicos para as crianças, benefícios de ordem psicológica e econômica também se evidenciam no aleitamento. Um deles diz respeito ao fato das mulheres que amamentam apresentarem uma menor chance de desenvolver diabetes mellitus, câncer de ovário, de mama e de útero, além de apresentar maior perda de peso durante o puerpério e de ter reduzida a possibilidade de engravidar novamente durante o período de aleitamento, graças à amenorréia lactacional, embora esta associação decresça quando o período de lactação é muito longo (CURY, 2009).

OMS afirma que, para o bebê, entre os principais benefícios estão a redução da morbimortalidade infantil, aumento do número de anticorpos, ganho de peso, desnutrição, doenças respiratórias, diabetes mellitus, dermatite atópica, rinite alérgica, obesidade, melhores índices de

desenvolvimento neuromotor e cognitivo, quociente intelectual e exercita a região perioral e intraoral (DUARTE, 2019).

Em relação aos benefícios psicológicos favoráveis à amamentação, as crianças amamentadas no seio materno tendem a ser mais tranquilas e sociáveis durante a infância, devido ao vínculo afetivo entre mãe e filho (LAMOUNIER; MOULIN; XAVIER, 2005). O sistema estomatognático é um conjunto formado por estruturas bucais interligadas e relacionadas, como as articulações, músculos, ossos, lábios, língua, bochechas e dentes e realiza funções principais, tais como a deglutição, fonação, mastigação e respiração. O correto exercício do sistema estomatognático acarreta na estimulação e desenvolvimento craniofacial e isto se dá principalmente no processo de amamentação (BRAGA; GONÇALVES; AUGUSTO, 2020).

O bebê realiza um esforço físico intenso e isto propicia o estímulo do sistema muscular, da ossatura bucal e da respiração nasal. Os músculos que compreendem o aleitamento materno são os digástricos, gênio-hióideos e milo-hióideos, em destaque o pterigóideo lateral, pterigoideo medial, masseter e temporal. O desenvolvimento ósseo-mandibular ocorre devido ao exercício da sucção praticada pelo bebê no ato da amamentação, como o rebaixamento, a ântero-posteriorização e as elevações da mandíbula (MESSIAS, 2019).

A presença de fezes líquidas ou amolecidas na criança que recebe amamentação exclusiva é fato bem conhecido e pode ser explicada pelo fato de que a presença dos ácidos graxos saponificados ligados ao cálcio formando complexos insolúveis, apresentam valores muito elevados nas crianças em alimentação artificial, diretamente proporcional a dureza das fezes. Nas crianças em aleitamento materno esses ácidos graxos saponificados estão ausentes ou com valores muito baixos, não sendo encontrados complexos insolúveis, fato este, que poderia explicar a consistência mole das fezes destas crianças (AMORIM, 2012).

Embora se acredite que o tipo de aleitamento tenha participação menor que os fatores genéticos e ambientais no desenvolvimento da obesidade, vários estudos sugerem efeito protetor da amamentação nos primeiros meses de vida (LEAL *et al*, 2008).

Mecanismos reguladores endócrinos e hipotalâmicos que podem sofrer programação na infância estão comprometidos com o desenvolvimento de sobrepeso. O hormônio leptina, produzido principalmente pelo tecido adiposo e também presente no leite materno, sinaliza ao hipotálamo que as reservas de energia estão adequadas e induz à saciedade. Já a queda de sua produção implica aumento da ingestão alimentar. Singhal *et al* postularam em 2002 que o ganho de peso acelerado através de fórmulas lácteas no período neonatal traria rápido acúmulo de tecido adiposo e aumento substancial dos níveis circulantes de leptina. Cronicamente este aumento acarretaria down regulation

dos receptores hipotalâmicos para o hormônio, justificando uma relativa insensibilidade à leptina em idades posteriores e predispondo à ingestão exagerada (LEAL *et al*, 2008).

De fato, segundo Stettler *et al*, 20% do risco para obesidade na infância é atribuído a uma taxa de ganho de peso no quintil mais elevado, durante os 4 primeiros meses de vida. De forma semelhante, recém-nascidos de termo pequenos para a idade gestacional que apresentam um rápido “catch up”, desenvolvem maior resistência à insulina e níveis pressóricos mais elevados quando adultos. Estes achados fortalecem a hipótese de que o crescimento mais lento propiciado pelo leite materno possa ter efeito protetor contra a Síndrome Metabólica ao longo dos anos (LEAL *et al*, 2008).

Siqueira e Monteiro (2007) verificaram em seu estudo, que a obesidade infantil é um preditivo para obesidade na vida adulta, visto que a maioria das crianças que vieram a desenvolver a obesidade foram aquelas que nunca receberam o LM. Uma das hipóteses seria que crianças que não receberam o LM recebe um aporte calórico e proteico maior nos primeiros meses de vida e com isso, um ganho de peso superior, o que poderia vir a desenvolver a obesidade. Outra hipótese seria que, o contato com os alimentos durante os primeiros anos de vida pode vir a ser determinante no perfil nutricional do indivíduo no decorrer da vida, acarretando ou não uma tendência à obesidade (SIQUEIRA; MONTEIRO, 2007).

Não está claro na literatura quais seriam as razões pelas quais o leite materno poderia afetar o metabolismo dos lípidos e da glicose. Uma primeira hipótese seria que as concentrações aumentadas de gordura no leite humano poderiam causar sensação de saciedade, impedindo a hiperalimentação. Além disso, recém nascidos que recebem fórmulas lácteas apresentam respostas hormonais diferentes, principalmente com elevação da liberação de insulina. É também sugerido que substâncias biologicamente ativas no leite humano, tais como fatores de crescimento ou hormônios são responsáveis pela melhora do metabolismo lipídico (LEAL *et al*, 2008).

Investigações epidemiológicas fornecem indícios consistentes de que os precursores da hipertensão arterial sistêmica, no adulto, iniciam-se na infância. Estudos têm mostrado um efeito protetor do aleitamento materno na hipertensão arterial, em fases posteriores da vida (NOVAES, 2007).

Entre os mecanismos propostos para explicar os efeitos benéficos do leite humano sobre a pressão está a grande concentração de ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa, importantes componentes estruturais das membranas celulares, incluindo o endotélio vascular. A suplementação de fórmulas lácteas com estes componentes no período neonatal foi associada à redução de 3 mmHg na pressão arterial ao final da infância, conforme estudo publicado por Forsyth *et al* em 2003 (LEAL *et al*, 2008).

Além disso, o maior aporte energético e proteico de crianças aleitadas artificialmente pode estimular a secreção de insulina e promover resistência a este hormônio, que perdura até a adolescência e idade adulta. A resistência à insulina pode por sua vez elevar a pressão via estimulação do sistema nervoso simpático, retenção renal de sódio e hipertrofia da musculatura lisa dos vasos (LEAL *et al*, 2008).

Em um estudo de coorte prospectivo realizado no Reino Unido em 2004, 4763 crianças nascidas a termo entre 1991 e 1992 foram examinadas aos sete anos e meio. Aquelas que receberam leite materno apresentaram redução da pressão sistólica em 1.2 mmHg (intervalo de confiança de 0.5 a 1.9) e da pressão diastólica em 0.9 mmHg (intervalo de confiança de 0.3 a 1.4), quando comparadas às nunca amamentadas. As diferenças de pressão mantiveram-se estatisticamente significativas após ajuste para variáveis sociais, econômicas, maternas e antropométricas. Verificou-se redução de 0.2 mmHg na pressão sistólica para cada 3 meses de amamentação ao seio, quer exclusiva ou mista (LEAL *et al*, 2008).

O prolongamento do aleitamento materno traz benefício adicional no final do primeiro e segundo anos de vida, quando a incidência diarreia alcança seu valor máximo. A presença de leite no lúmen intestinal estimula o desenvolvimento de sua mucosa e a atividade da enzima lactase. De acordo com a revisão de Toma & Rea, bebês amamentados exclusivamente apresentaram menor morbidade por diarreia em comparação com aqueles que receberam aleitamento materno junto com alimentos complementares aos três/quatro meses (PASSANHA; MANCUSO; PINTO, 2010).

Desde as primeiras horas de vida diversas linhagens de *Escherichia coli* colonizam o intestino humano, passando a fazer parte da sua flora normal. No entanto, algumas destas podem causar doença intestinal grave. No recém-nascido, a imaturidade do epitélio intestinal, a baixa acidez gástrica e a menor atividade de enzimas digestivas não constituem uma barreira muito eficiente contra a entrada de micro-organismos (PASSANHA; MANCUSO; PINTO, 2010).

A partir da década de 1970, com a descoberta do fator bifidus, torna-se cada vez mais conhecido o mecanismo pelo qual ocorre a proteção da mucosa intestinal contra os agentes patogênicos. Vários tipos de oligossacarídeos e glicoconjugados presentes no leite materno (conhecidos como agentes prebióticos) estimulam a colonização do intestino por micro-organismos benéficos. Esses agentes atuam na primeira etapa essencial da patogênese, ao impedir que um micro-organismo se fixe na parede celular (PASSANHA; MANCUSO; PINTO, 2010).

A amamentação exclusiva também protege as crianças pequenas de evoluírem para quadros mais graves de infecção respiratória. Quando predominante por pelo menos seis meses e até um ano de idade também pode reduzir a prevalência de infecções respiratórias na infância. O leite materno é capaz de reduzir a exposição e a absorção intestinal de alergênicos responsáveis por doenças

respiratórias. Os efeitos protetores da amamentação contra infecções do ouvido e pulmão têm-se tornado mais evidentes nos últimos anos. Nesse particular, cumpre importante papel a IgA secretora, um anticorpo resultante da resposta da mãe à exposição prévia a agentes infecciosos. Ela tem como característica sobreviver nas membranas da mucosa respiratória e ser resistente à digestão proteolítica. Além de impedir que agentes patogênicos se fixem nas células da criança amamentada, ela limita os efeitos danosos do processo inflamatório (PASSANHA; MANCUSO; PINTO, 2010).

Os oligossacarídeos bloqueiam pneumococos pelas células receptoras da faringe. Diversos tipos de anticorpos protegem contra vírus causadores de bronquite. Os lipídeos e algumas macroglobulinas possuem ação antiviral, protegendo o lactente contra o vírus influenza. Essas macroglobulinas também protegem o recém-nascido de agentes causadores de infecção respiratória alta aguda. O aleitamento materno também diminui a involução da glândula do timo durante a infância, o que conseqüentemente estimula os efeitos das células T, protegendo o lactente de doenças respiratórias (PASSANHA; MANCUSO; PINTO, 2010).

Assim, o leite materno é o único alimento capaz de proteger o lactente de diversas doenças nos primeiros meses de vida, pois é rico em compostos nutricionais e imunológicos que conferem essa proteção. Outros tipos de leites, fórmulas ou alimentos, além de não conter estes componentes protetores, podem causar doenças no recém-nascido. Campanhas e ações em Saúde Pública que incentivam o aleitamento materno devem ser continuamente desenvolvidas e estimuladas, tendo em vista todos os efeitos benéficos que o mesmo proporciona (PASSANHA; MANCUSO; PINTO, 2010).

2.4 DESVANTAGEM DO ALEITAMENTO ARTIFICIAL E LEITE DE VACA

As fórmulas infantis foram criadas com a finalidade de se assemelhar ao leite materno, no entanto sua composição não se iguala às propriedades fisiológicas do leite humano, que são específicas da mãe para o próprio filho. As fontes de carboidratos, proteínas e outros componentes presentes nas fórmulas infantis diferem em identidade e qualidade dos componentes do leite humano (MELO; GONÇALVES, 2014).

Existem circunstâncias em que o aleitamento materno não é possível. Nestes casos específicos, é recomendado o uso de fórmulas lácteas modificadas para lactentes, que embora ainda não tenham conseguido reproduzir as propriedades imunológicas e digestibilidade do leite materno, atendem as necessidades nutricionais estimadas, quando utilizados como fonte única de nutrientes durante os primeiros seis meses de vida (MELO; GONÇALVES, 2014).

Há diversos motivos que se levam a substituição do aleitamento natural pelo artificial, tais como hipogalactia da puérpera, ingurgitamento mamário, interrupção da produção de leite por causas psicoemocionais, razões específicas que comprometem a saúde da mãe e da criança, como a contaminação da lactante pelo vírus HIV, ou até mesmo por desejo da mãe. Existem vários riscos à saúde da criança alimentada com fórmulas infantis, como alterações gastrintestinais, risco de contaminação na hora do preparo, alergias alimentares devido à proteína do leite de vaca ser considerada um potente alérgico (MELO; GONÇALVES, 2014).

O uso precoce de leites artificiais pode acarretar vários prejuízos para a saúde da criança. O bebê que é alimentado desde o nascimento com leite artificial, tem um risco estimado de 45 a 60% a mais de desenvolver doenças gastrointestinais, 50% a mais de desenvolver otite, 73% a mais em ser hospitalizado devido a infecções respiratórias, 19 a 23% a mais de desenvolver diabetes mellitus tipo 1, 33% a mais de desenvolver doença de Crohn e 23% a mais de desenvolver colite ulcerativa (SOUZA; ALMEIDA, 2018).

Além disso, o bebê amamentado com leite artificial desde o nascimento, tem maiores chances de ser obesos ao longo da vida, tem uma maior tendência a hipertensão arterial e um possível aumento no colesterol total. Um outro risco importante do uso do leite artificial para o lactente, é a contaminação por bactérias, fungos e outros parasitas que podem ser encontrados neste leite, quando não há um armazenamento e higienização correta. Existem muitos casos graves de contaminação por *Enterobacter sakazakii* e *Salmonella* presentes nos leites artificiais que acarretaram graves sequelas e até mesmo a morte de recém-nascidos (SOUZA; ALMEIDA, 2018).

O leite de vaca possui grande concentração proteica que pode ocasionar uma elevação dos níveis circulantes de IgF-1, aumentando a resistência à insulina e promovendo a formação metabólica de gordura. Em comparação, o leite materno possui hormônios (leptina e adiponectina) que irão agir no hipotálamo e controlar o centro da saciedade, regulando o balanço energético do lactente e reduzindo a ingestão de alimentos, todavia o leite de vaca não possibilita esse mecanismo, acarretando aumento do consumo alimentar e predispondo à obesidade (V SIMPÓSIO MATERNO-INFANTIS, 2020).

Além disso, esse leite pode propiciar a sobrecarga dos rins imaturos dos lactentes e afetar a adiposidade. De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006/07, um estudo realizado com mais de 4.718 crianças menores de 60 meses, o leite de vaca foi consumido por 62,4% das crianças menores de 6 meses. Vale citar, que quando há a introdução precoce de leite de vaca, o mesmo pode acarretar em risco nutricional e imunológico à saúde do bebê e ainda, ocasionar o aparecimento de Alergia à Proteína do Leite de Vaca-APLV (V SIMPÓSIO MATERNO-INFANTIS, 2020).

Dentre as hipersensibilidades alimentares, a alergia à proteína do leite de vaca (APVL) é mais frequente em crianças, com prevalência de 1,8% a 7,5%. No Brasil, um estudo realizado por gastroenterologistas pediátricos, mostrou uma incidência de 2,2% e uma prevalência de 5,4% de APVL em crianças entre os serviços avaliados. Uma vez que há tolerância oral progressiva à proteína do leite de vaca, torna-se raro o seu diagnóstico em crianças maiores que dois anos (SANTOS; OLIVEIRA; PAIXÃO, 2019).

A APVL consiste em uma reação do sistema imunológico às proteínas do leite de vaca, principalmente à caseína e às proteínas do soro (alta-lactoalbumina e beta-lactoglobulina), podendo ser classificada em três categorias: mediadas por imunoglobulinas E, não mediadas e mistas (SANTOS; OLIVEIRA; PAIXÃO, 2019).

Constituem os principais fatores de risco para o desenvolvimento da alergia alimentar: o gênero (lactentes do sexo masculino), a etnia asiática e africana, presença de comorbidades alérgicas (dermatite atópica), a história familiar com presença de atopia (condição de predisposição genética para produção excessiva de IgE), desmame precoce, disbiose intestinal induzida pelo uso de fórmula láctea, introdução precoce (antes do quarto mês) ou tardia (após o sétimo mês) de alimentação complementar, tabagismo e etilismo durante a gestação e o parto cesáreo (SANTOS; OLIVEIRA; PAIXÃO, 2019).

Contudo, a principal estratégia para a prevenção da APVL segue a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que consiste na manutenção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e continuado até os dois anos ou mais (SANTOS; OLIVEIRA; PAIXÃO, 2019).

2.5 DESMAME PRECOCE

O grande enigma da amamentação é o psicológico da mulher principalmente no primeiro mês de vida do bebê, onde a vida da mãe é voltada exclusivamente para o seu filho. Ser mãe não é fácil, exige esforço, dedicação e muitas vezes negar a sua própria vontade. O fato de ter que amamentar toda hora leva ao desgaste físico e mental da mulher, exigindo esforço físico constante, resultando em cansaço e carência de sono levando a mãe a pensar em parar de amamentar como forma de diminuir as tarefas da maternidade (PÁDUA, 2013).

Isto causa um sentimento contraditório oscilando entre o desejo de amamentar e o fardo que amamentar representa, anulando a vida e os compromissos da vida que era levada antes. Essa angústia psicológica pode ser amenizada quando se criam condições para a mãe, por exemplo, ela pode dormir durante o dia, pelo menos uma hora, três vezes ao dia, deixando outra pessoa encarregada dos

cuidados da casa e dos outros filhos, dando a ela condições de cuidar da saúde dela e do bebê (PÁDUA, 2013).

Hoje em dia o percentual da prática de amamentação diminuiu, pois vem sofrendo influências socioculturais, acompanhado pela entrada das mulheres ao mercado de trabalho. Para Susina *et al* (2006), o desmame influenciado pelo trabalho é devido a não garantia de benefícios salariais, optando-se por um retorno antes de completar o período recomendado da amamentação ao recém-nascido. Vasconcelos (2006), diz que algumas mulheres assumem o papel de chefes de família por necessidade financeira, sendo conduzidas a trabalhar fora de casa, influenciando assim ao desmame precoce (PÁDUA, 2013).

Ao se perguntar às nutrizes sobre as dificuldades e ou motivos que influenciaram na prática do desmame precoce, obteve-se como razão mais mencionada “pouco leite”, ou seja, insuficiência na sua produção; o segundo motivo foram os traumas mamilares, e em terceiro o retorno ao trabalho. Rocci; Fernandes (2013) referem que em algumas circunstâncias a mãe não quer amamentar e usa como justificativa para interromper o aleitamento materno o argumento de que seu leite é fraco ou pouco, não sendo suficiente para nutrir a criança, pois precisam dar satisfação pra si e para os outros do porquê de não terem amamentado (ALENCAR, 2017).

A concepção de leite fraco ou leite insuficiente é ocasionado por processos biológicos das fases de inibição e estimulação do leite, e isso ocorre devido a práticas inadequadas de amamentação, fazendo com que sejam introduzidos precocemente outros alimentos a criança, o que acarreta menor produção do leite materno (ALENCAR, 2017).

Sabe-se que a produção de leite se dá pelo processo de sucção do bebê, pois quanto mais ele suga, mais leite materno será produzido, e isso depende de práticas de amamentação adequadas, como a pega correta de toda a parte da aureola, e também do interesse da mãe de amamentar. Por isso é importante que as nutrizes sejam orientadas por profissionais capacitados durante todo o acompanhamento do pré-natal e puericultura, ensinando as formas corretas de amamentar, esclarecendo dúvidas, medos e receios, de modo que elas possam compreender a importância do aleitamento materno para seus filhos e tenham interesse de amamentá-los até o período recomendado (ALENCAR, 2017).

Jungles *et al* (2010) referem que as rachaduras ou fissuras de modo geral são ocasionadas pela pressão da boca do bebê sobre o mamilo ou sobre a auréola, quando a pega é realizada de forma incorreta, dificultando a amamentação e desencadeando a opção em não amamentar ou desmamar precocemente; às vezes esses fatores podem não ser citados durante o pré-natal, que dá destaque na maioria das vezes apenas à importância do aleitamento. Os problemas mamários podem vir a comprometer qualidade no processo do AM, e a dor, desconforto, estresse e a insegurança materna

levam as nutrizes a introduzir o uso da mamadeira no intuito de aliviar os sintomas e de suprir as carências nutricionais da criança (ALENCAR, 2017).

É importante que as nutrizes sejam orientadas quanto à prática adequada da amamentação, pois uma má pega do mamilo ou da auréola leva ao lactente a ter uma sucção deficiente de leite, ocasionando diminuição na produção, e também traumas mamários como fissuras, ingurgitamento das mamas, mastites dentre outros (ALENCAR, 2017).

Salustiano *et al* (2012) constatam que dentre os fatores que influenciam a prática do desmame precoce, destaca-se o trabalho materno, considerado como fator de proteção da prática do AME a presença da mãe em casa; porém, ressalta que nem sempre a presença dela em casa significa a ausência de trabalho, pois visto que a mesma exerce afazeres domésticos e também pode ter atividades profissionais no domicílio (ALENCAR, 2017).

Conde e Okasaki (2005) relatam na sua pesquisa que o trabalho materno não pode ser considerado como um dos fatores para o desmame precoce, visto que a nutriz tem direito a um período de 120 dias de licença maternidade, que corresponde a quatro meses de vida do lactante; nesse período ela poderá amamentar exclusivamente e logo após realizar a ordenha e armazenamento do seu leite para ser oferecido ao seu bebê, com o uso de copinho. A nutriz também deverá ser orientada quanto aos seus direitos como mãe\nutriz e cidadã, conforme as leis que protegem o aleitamento materno, tendo direito a usufruir, por exemplo, o auxílio creche, disponibilidade de horário, licença maternidade dentre outros. O apoio da família também é um fator muito importante na realização da prática da amamentação, na sua continuidade, e diante das dificuldades e adversidades vividas por elas no seu dia a dia (ALENCAR, 2017).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa através de coleta de dados realizado mediante aplicação e análise de questionário estruturado, aplicado de forma presencial na Unidade Básica de Saúde Santa Cruz, Cascavel/PR.

A coleta de dados foi realizada durante o período de agosto a dezembro de 2021, com gestantes e puérperas da Unidade Básica de Saúde Santa Cruz localizada na cidade de Cascavel/PR. As participantes possuem idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídas as mulheres com idade inferior a 18 anos.

As mulheres foram abordadas no momento das consultas de puericultura previamente agendadas com o médico pediatra da unidade e convidadas a responder um questionário previamente

elaborado sobre conhecimento dessas a respeito do armazenamento do leite materno. Este estudo contou com 60 participantes.

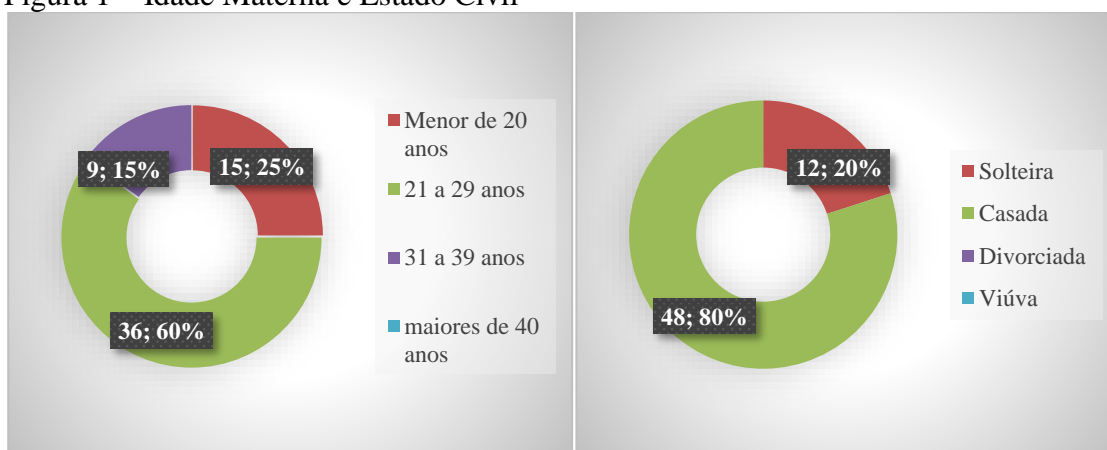
Para a execução da pesquisa o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos. Após aprovação no CEP, os dados foram coletados na Unidade Básica de Saúde Santa Cruz de Cascavel/PR através de um questionário aplicado de forma presencial durante as consultas de puericultura que foram previamente agendadas com o médico pediatra da unidade. Nesse sentido, esta pesquisa foi aprovada pelo CAAE nº 48431021.6.0000.5219

Os dados resultantes da pesquisa foram tabulados para formação desta análise. Com isso, espera-se publicar os resultados desta pesquisa em eventos/periódicos científicos.

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

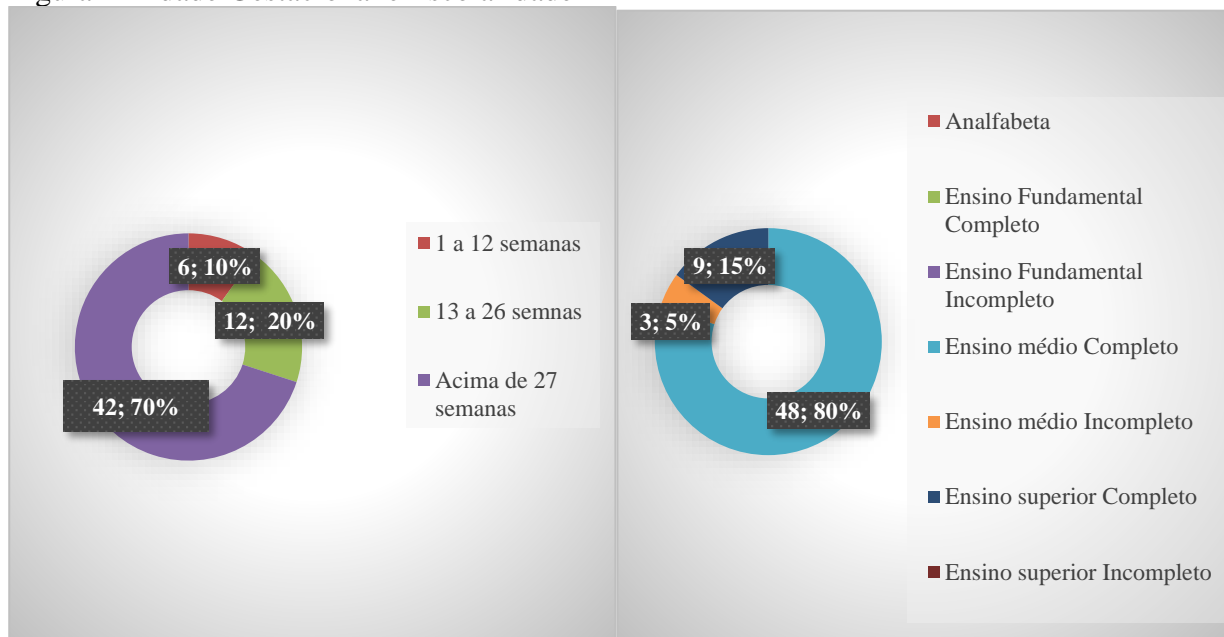
Participaram do presente estudo 60 gestantes, com idades gestacionais entre 1 a 12 semanas, 13 a 26 semanas e acima de 27 semanas com maior predominância gestantes acima das 27 semanas correspondendo a 70%. Com relação a situação conjugal, das participantes 80% das mesmas se declararam estarem casadas e 20% solteiras. Sobre o grau de escolaridade das gestantes participantes do estudo, 80% possui o ensino médio completo, 5% possui o ensino médio incompleto e 15% possui ensino superior completo. Além disso 100% das entrevistadas relataram que iriam voltar a trabalhar após o término da licença maternidade vindo a deixar seus filhos com outras pessoas para que tais atividades de trabalho voltem a ser executadas.

Figura 1 – Idade Materna e Estado Civil



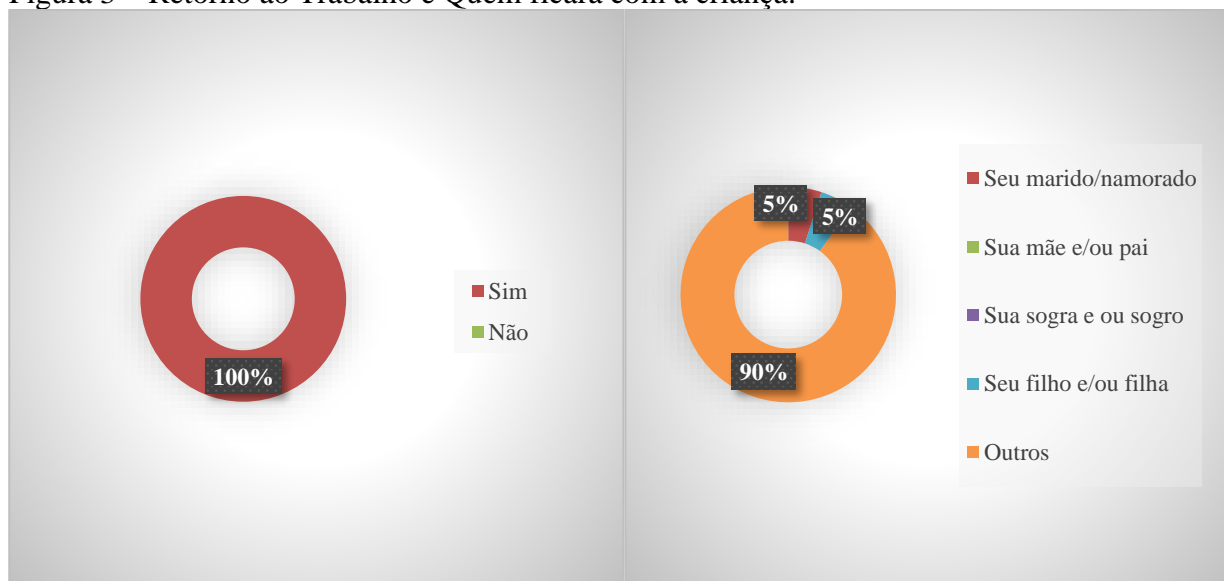
Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 2 – Idade Gestacional e Escolaridade



Fonte: Dados da pesquisa.

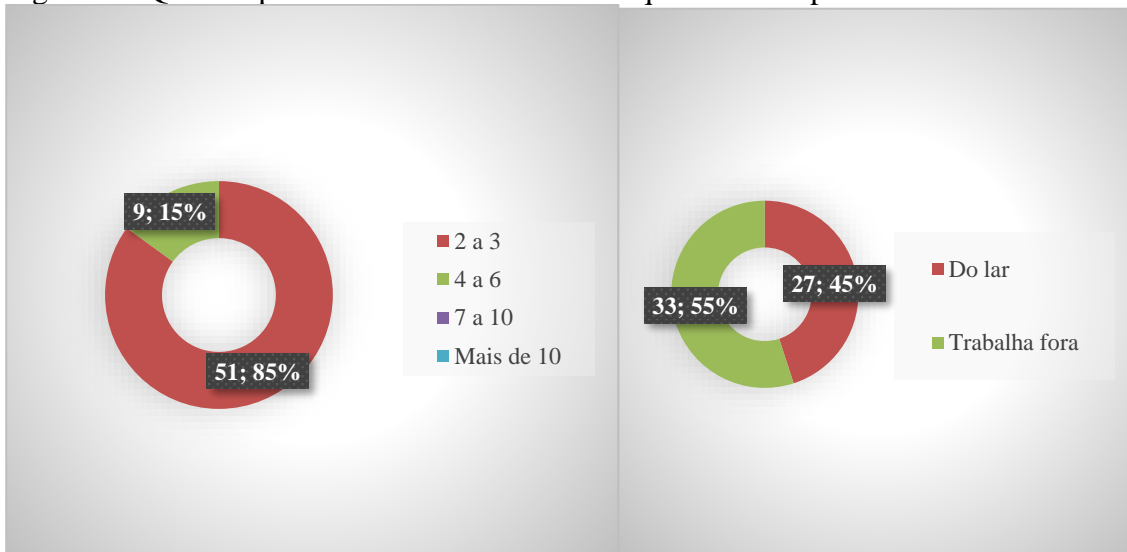
Figura 3 – Retorno ao Trabalho e Quem ficará com a criança.



Fonte: Dados da pesquisa.

Informações inerentes ao número de pessoas no qual convive com as gestantes 85% informaram que moram com 2 a 3 pessoas, 15% moram com 4 a 6 pessoas dentro da residência. A maior parte das gestantes possui emprego fora de casa vindo a representar 55% das candidatas da pesquisa e 45% são donas do lar.

Figura 4 – Quantas pessoas moram na sua casa e quais as suas profissões



Fonte: Dados da pesquisa.

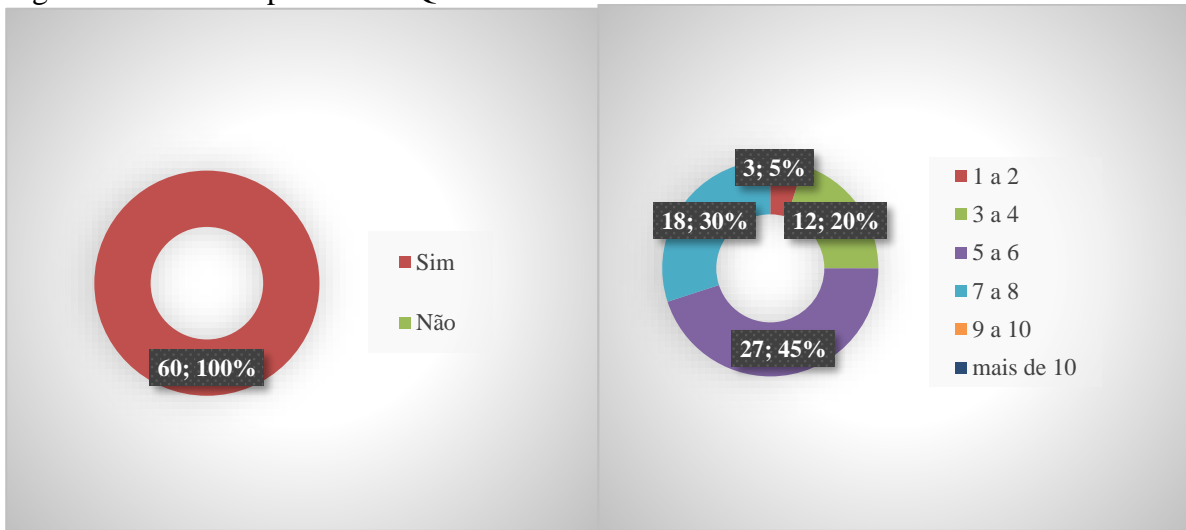
Das entrevistadas, 100% do estudo realizam o pré-natal, um fator de suma importância para o acompanhamento do crescimento da criança durante o ciclo de desenvolvimento gestacional.

Durante o pré-natal é essencial ser abordado o assunto sobre aleitamento materno com as gestantes, vindo a ser passada informações pertinentes a esse período, bem como os inúmeros benefícios do aleitamento materno exclusivo para o bebê. Entre outras informações de suma importância no qual mães de primeira viagem ou até mesmo mães que já tiveram seus filhos não tem conhecimento sobre a importância desta ação e o quão benéfico esse momento trás para ambos.

A amamentação é um dos fatores de suma importância para a nutrição do recém-nascido. Vindo a ser uma pratica importante para obtenção de nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento da criança em seus primeiros meses de vida. Além de beneficiar a saúde de ambos, ou seja, da mãe e do bebê, o aleitamento materno (AM) possibilita a promoção de um maior vínculo entre estes do período pós-parto, futuramente tende a baixar as chances da obtenção do câncer de mama, ovários e útero na mulher, e possibilita também a minimização de gastos com alimentos industrializados durante esse período. Em benefício do recém-nascido o aleitamento materno promove o desenvolvimento da fonação, respiração e deglutição, onde previne a criança de morbidade e da mortalidade infantil (ABDALA, 2011).

O número de consultas do pré-natal varia de 1 a 2 (5%), 3 a 4 (20%), 5 a 6 (45%), 7 a 8 (30%) entre as gestantes. O número de gestantes que receberam orientações de amamentação é de 15% sendo as mesmas orientadas por enfermeiras, e 85% alega não ter sido informada sobre o aleitamento materno e/ou armazenamento deste por nenhum médico durante as consultas de pré-natal.

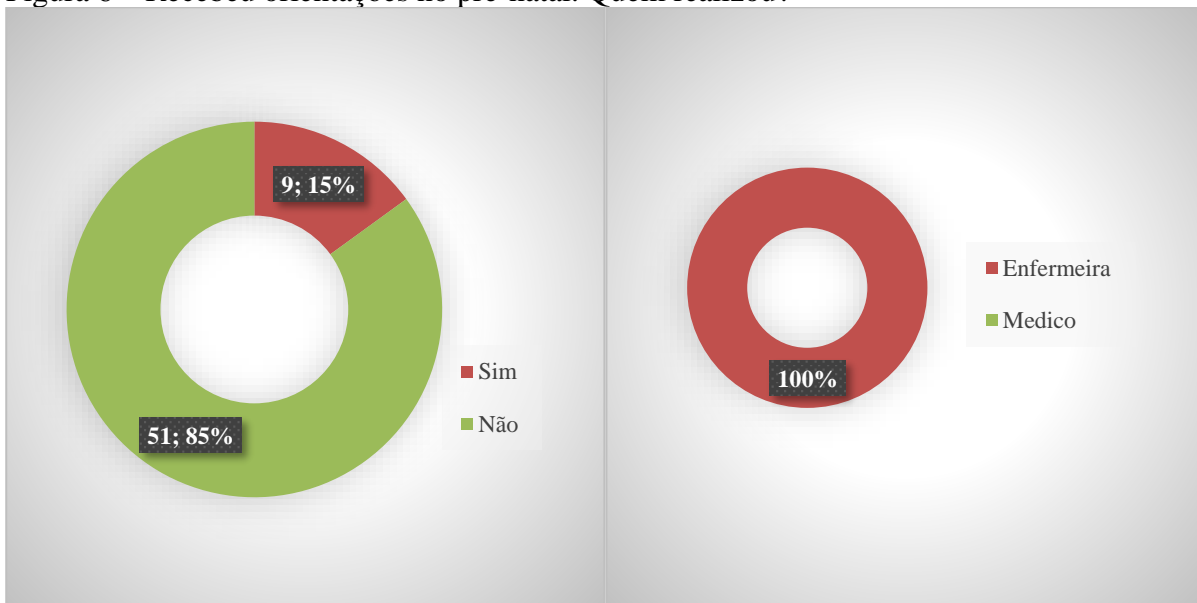
Figura 5 – Realizou pré-natal – Quantas consultas?



Fonte: Dados da pesquisa.

A baixa taxa do aleitamento materno no Brasil deve-se principalmente à desinformação. De acordo com as estatísticas, uma alta proporção de recém-nascidos brasileiros não são exclusivamente amamentados. O Dr. Antônio Fernandes Lages, ginecologista e membro da Federação Brasileira de Ginecologia e Associações de Obstetrícia (Febrasgo National) do Comitê Especializado em Aleitamento Materno, expõe que as principais razões para este baixo índice é a não informação adequada às gestantes sobre a importância que o leite materno tem tanto para o bebê quanto para a mãe (ANTONIO FERNANDES LAGES, 2020).

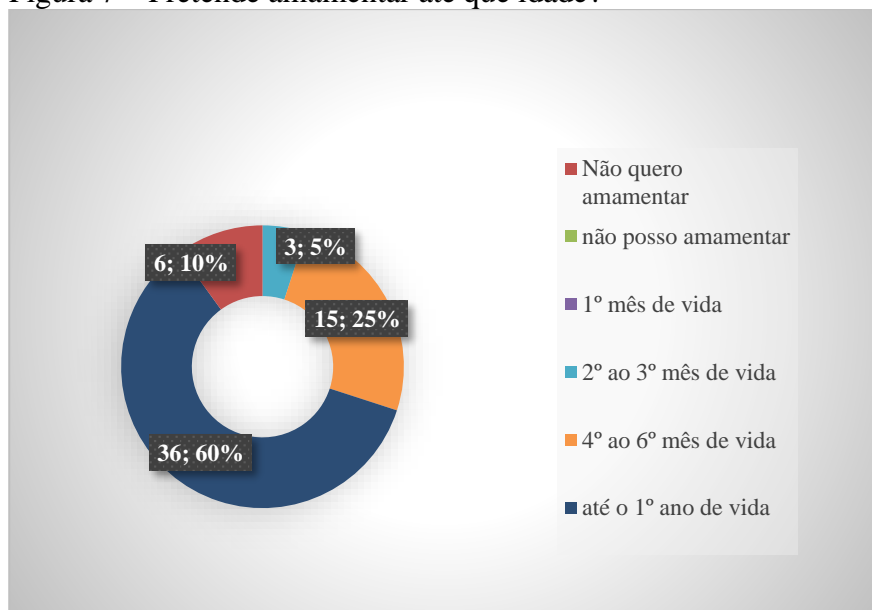
Figura 6 – Recebeu orientações no pré-natal. Quem realizou?



Fonte: Dados da pesquisa.

Entre as 40 entrevistas 5% respondeu que pretende amamentar entre 2º a 3º mês de vida, 25% entre 4º a 6º meses de vida, 60% irá amamentar até 1º ano de vida e 10% informou que não quer amamentar.

Figura 7 – Pretende amamentar até que idade?



Fonte: Dados da pesquisa.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) até os 6 meses de vida da criança, vindo a se aplicar a famílias em todo o mundo, não apenas nos países em desenvolvimento. De acordo com os estudos realizados do ponto de vista antropológico, o aleitamento materno entre dois anos e meio seria o ideal. No entanto as normas culturais geralmente envolvem o desmame em uma idade muito mais jovem (OMS, 2001).

As recomendações da OMS são apoiadas por uma onda de pesquisas nos primeiros 1.000 dias da vida de uma criança, desde a concepção até os dois anos de idade. Dessa forma se descobriu que a nutrição correta possui grande influência no crescimento e na saúde a longo prazo durante esse período. As evidências demonstram inequivocamente que a amamentação é exclusivamente benéfica durante essa janela crucial de 1.000 dias. Descobriu-se também que a amamentação pode ser considerada um alimento e um medicamento, em um só lugar ao mesmo tempo.

Segundo Silva (2004), durante a amamentação de uma criança, a mesma ingere cerca de 750 a 800 ml de leite ao dia. Dos nove aos doze meses de idade, a criança pode se amamentar cerca de 500 ml por dia, o que fornece cerca da metade de suas calorias diárias. Já nos 18 meses, provavelmente terá cerca de 200 ml por dia, o que representa cerca de 29% de suas calorias.

Nos seis primeiros meses de vida o aleitamento da mãe oferece cerca de 43% de proteína, 60% de vitamina C, 75% de vitamina A, 76% de folato e 94% de vitamina B12. Após os seis meses de

amamentação a criança precisa de outros alimentos para obter nutrientes que ele pode não obter do leite materno ou de suas próprias reservas, incluindo ferro, zinco e vitaminas B e D. Mas, mesmo no segundo ano de vida, o leite fornece quantidades significativas de outros nutrientes essenciais (SILVA, 2005).

Nos últimos anos, os bancos de leite tornaram-se uma das partes estratégicas mais importantes do programa de aleitamento materno do governo brasileiro. O primeiro Banco de Leite Humano (BLH) no Brasil foi fundado em outubro de 1943 no Instituto Nacional de Assistência à Criança, hoje conhecido como Instituto Fernandes Filgueira (IFF). Seu principal objetivo era coletar e distribuir leite humano para circunstâncias excepcionais, incluindo deficiências nutricionais e pré-termo (CARVALHO et al, 2010).

O Programa Nacional de Incentivo à Amamentação (PNIAM), estabelecido em 1981, deu aos BLHs um novo nível de relevância em saúde pública. Na realidade, ele foi introduzido com o objetivo de tornar-se um componente fundamental e uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (SILVA, 2004).

O leite humano foi suplantado pela alimentação artificial como uma opção de escolha em meados dos anos 50, como resultado de mudanças na sociedade. Durante um longo período no Brasil, o BLH foi conduzido com o objetivo de ter leite humano, usando táticas que eram frequentemente duvidosas e não priorizavam as exigências de doação. Alguns BLHs, por outro lado, pagavam aos doadores dependendo da quantidade de leite que produziam ou ofereciam vários serviços médicos e de alimentação. Além disso, o leite era entregue sem qualquer tratamento (CARVALHO et al, 2010).

Nos anos 80, as primeiras diretrizes para verificar o funcionamento dos BLHs foram elaboradas e divulgadas ao público. Como resultado, houve um crescimento constante no desenvolvimento de BLHs, que foi alimentado por iniciativas de pesquisa e avanços técnicos destinados a melhorar as condições de trabalho dos BLHs em todo o mundo (SIERRA et al, 2010).

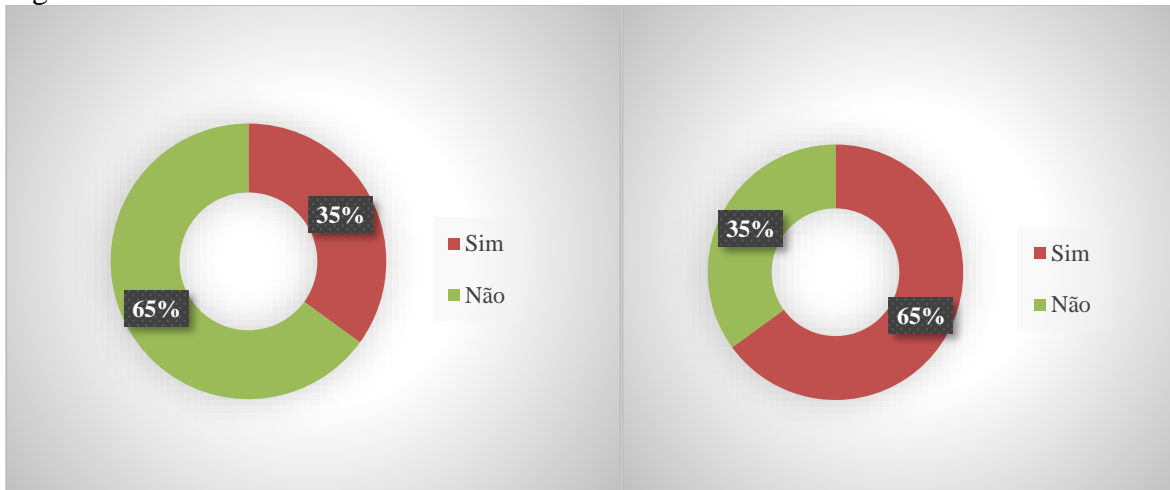
Entretanto, os BLHs precisavam ser educados sobre o risco de transmissão de doenças via leite, o que pode prejudicar os bebês que receberam contribuições. O leite humano perdeu sua mística com o tempo, e embora os produtos de alimentação artificial tenham melhorado, o leite humano fornece componentes não encontrados em nenhuma outra forma de alimentação. No entanto, o leite materno doado é um tema de interesse e estudo renovado, assim como uma alternativa viável para as famílias com dificuldades de amamentação (BRAGA et al, 2012).

O BLH é descrito como um benefício especializado ligado a um hospital materno e infantil que fornece apoio à amamentação, bem como a seleção, processamento, controle de qualidade e distribuição do leite doado, tendo como princípio fundamental a não comercialização dos produtos distribuídos. Para operar, um BLH deve ter uma licença sanitária atual concedida pelo órgão de

vigilância sanitária apropriado, bem como aderir a todos os requisitos legais e regulamentares aplicáveis (SILVA, 2013).

Diante do exposto apenas 35% das participantes já ouviu falar do banco de leite e já foram até o mesmo alguma vez, vindo a ter o conhecimento sobre ele, já os outros 65% não ouviram falar do mesmo.

Figura 8 – Conhece o banco de leite? Já foi até o local?



Fonte: Dados da pesquisa.

Somente as mães que atendem a certos critérios podem utilizar bancos de leite humano no Brasil, de acordo com a lei que rege seu funcionamento.

Estão amamentando ou ordenhando LH para o próprio filho; Ser saudável; Apresentar exames pré ou pós-natal compatíveis com a doação de LH; Não fumar mais que 10 cigarros por dia; Não usar medicamentos incompatíveis com a amamentação; Não usar álcool ou drogas ilícitas; Realizar exames (Hemograma completo, VDRL, anti- HIV) quando o cartão de pré-natal não estiver disponível ou a nutriz não tiver realizado pré-natal; Realizar outros exames conforme perfil epidemiológico local ou necessidade individual da doadora (BRASIL, 2006 [s.p.]).

Como resultado, a contribuição deve ser direta e voluntária, entregue em uma cadeia refrigerada, desinfetada e higienizada previamente. Após o período de pré-aquecimento, o leite humano coletado é autorizado pelo BLH para ser pasteurizado a 62,5oC durante trinta minutos.

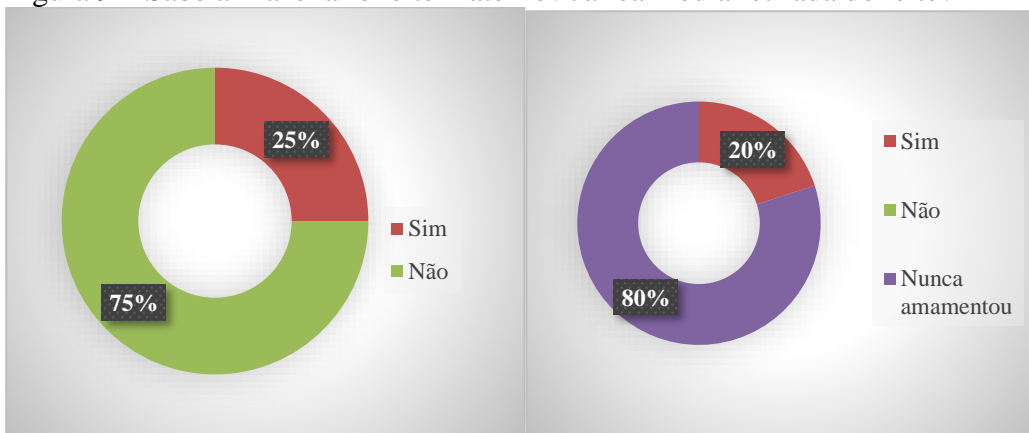
O manual da Anvisa "Banco de Leite Humano: Funcionamento, Prevenção e Controle de Riscos" recomendam que um profissional treinado faça uma triagem dos doadores durante o primeiro contato com a mãe lactante, no BLH ou Centro de Coleta, preenchendo um formulário de registro contendo as principais informações da mãe e do bebê (BRASIL, 2006).

Como resultado, os princípios e procedimentos que sustentam a introdução, organização, operação e avaliação do Banco de Leite Humano a fim de satisfazer as demandas de leite materno

das crianças necessitadas ajudam a garantir sua eficácia e a qualidade do serviço oferecido. Os gerentes e outros profissionais de saúde que participam da assistência direta dentro dos Bancos de Leite em todo o país são responsáveis por garantir estas condições (BRAGA et al, 2012).

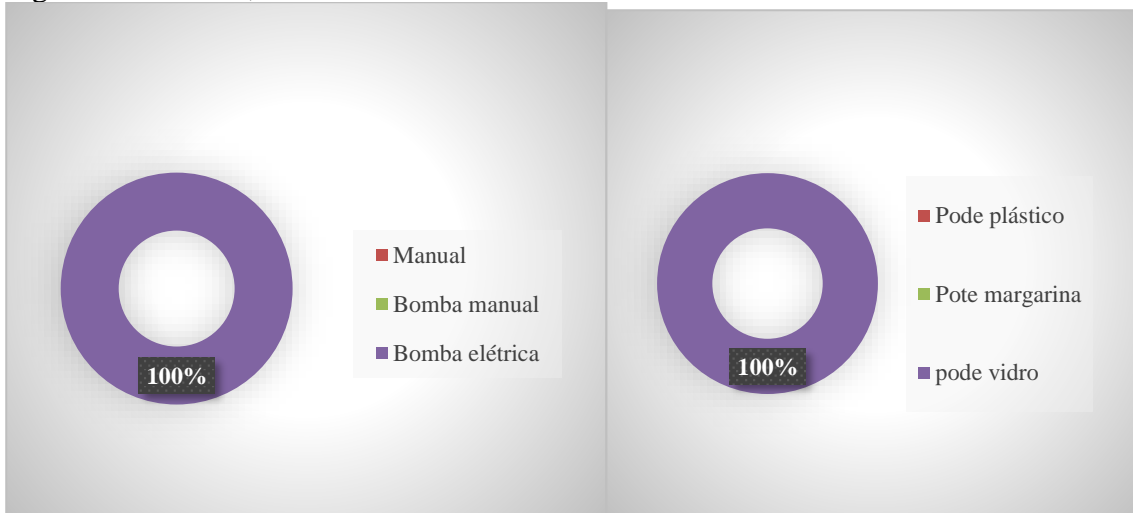
Cerca de 25% das entrevistadas informaram que receberam orientações sobre como se deve armazenar o leite materno, já 75% informara que tal informação não foi passada para as mesmas. 20% das participantes apontaram que já amamentou alguma vez em sua vida e 100% das participantes informaram que a retirada do leite será através de bomba elétrica, onde 100% das mesmas iram fazer o armazenamento do leite em potes em vidro.

Figura 9 – Sabe armazenar o leite materno? Já realizou a retirada do leite?



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 10 – Se sim, como foi a retirada? Onde armazenou o leite?



Fonte: Dados da pesquisa.

A orientação sobre a técnica adequada para a ordenha manual e elétrica, bem como o armazenamento deste leite materno, deve começar durante os cuidados pré-natais para reduzir a ansiedade e preocupação materna, especialmente se a mãe precisar retornar ao trabalho ou se houver

outro motivo para a retirada do leite, como o ingurgitamento mamário ou em alguns casos o surgimento de mastite.

Atualmente a realização da prática de amamentação diminuiu, pois, muitas mulheres estão adquirindo seu espaço no mercado de trabalho, o que torna esse momento extremamente desconfortável devido à falta de estruturas enfrentadas pelas mesmas para a realização da ordenha e armazenamento deste leite em seu local de trabalho. Para Susina *et al* (2006), o desmame influenciado pelo trabalho é devido a não garantia de benefícios salariais, optando-se por um retorno antes de completar o período recomendado da amamentação ao recém-nascido. Vasconcelos (2006), diz que algumas mulheres assumem o papel de chefes de família por necessidade financeira, sendo conduzidas a trabalhar fora de casa, influenciando assim ao desmame precoce.

Ao se perguntar às nutrizes sobre as dificuldades e ou motivos que influenciaram na prática do desmame precoce, obteve-se como razão mais mencionada “pouco leite”, ou seja, insuficiência na sua produção; o segundo motivo foram os traumas mamilares, e em terceiro o retorno ao trabalho. Rocci; Fernandes (2013) referem que em algumas circunstâncias a mãe não quer amamentar e usa como justificativa para interromper o aleitamento materno o argumento de que seu leite é fraco ou pouco, não sendo suficiente para nutrir a criança, pois precisam dar satisfação pra si e para os outros do porquê de não terem amamentado.

Conde e Okasaki (2005) relatam na sua pesquisa que o trabalho materno não pode ser considerado como um dos fatores para o desmame precoce, visto que a nutriz tem direito a um período de 120 dias de licença maternidade, que corresponde a quatro meses de vida do lactante; nesse período ela poderá amamentar exclusivamente e logo após realizar a ordenha e armazenamento do seu leite para ser oferecido ao seu bebê, com o uso de copinho. A nutriz também deverá ser orientada quanto aos seus direitos como mãe\nutriz e cidadã, conforme as leis que protegem o aleitamento materno, tendo direito a usufruir, por exemplo, o auxílio creche, disponibilidade de horário, licença maternidade dentre outros.

Caso o leite humano deva ser retirado, é necessário treinamento da técnica de ordenha e armazenamento para garantir que a criança continue a receber leite materno com toda segurança e higiene adequada.

Orientação sobre técnicas de ordenha manual e elétrica, armazenamento e administração deste leite é extremamente importante, e deve começar durante o pré-natal para evitar ansiedade e preocupação materna. Além disso, garante que a mulher esteja mantendo o aleitamento e caso haja necessidade de retornar ao mercado de trabalho ou por qualquer outro motivo que exija a retirada do leite materno ela esteja apta para realizar corretamente essa ordenha (ROCCI; FERNANDES, 2014).

A ordenha manual do leite materno é a abordagem menos estressante e desconfortável; também é econômica, diminui o perigo de contaminação e pode ser feita sempre que necessário. A manipulação da mama deve ser feita com cautela, seja pela própria lactante ou por alguém que ela escolha (TOMASI *et al*, 2017).

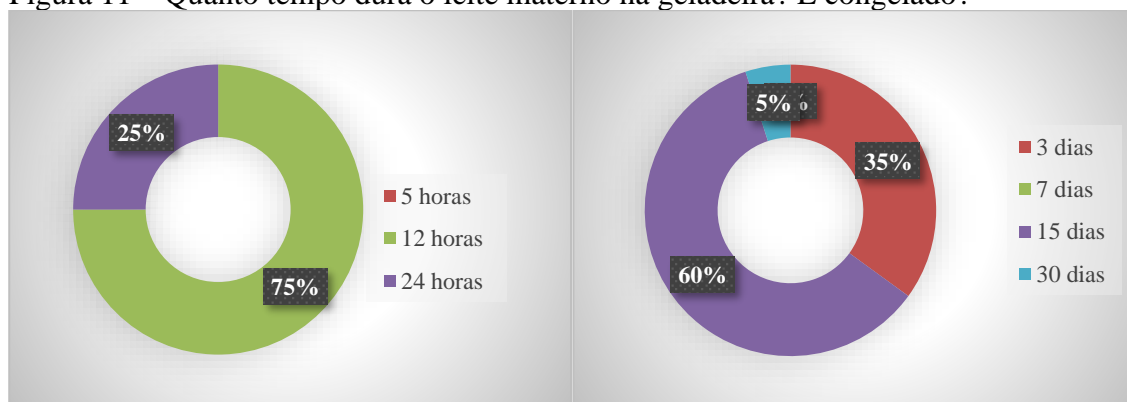
É preciso começar com massagens circulares com as polpas dos dedos indicador e médio na região mamilo-areolar, progredindo até as áreas mais afastadas e se intensificando nos pontos mais dolorosos. Para a retirada do leite, é importante garantir o posicionamento dos dedos indicador e polegar no limite da região areolar, seguido por leve compressão do peito em direção ao tórax, ao mesmo tempo em que a compressão da região areolar deve ser feita com a polpa dos dedos (BRASIL, 2012a, p. 278).

Para minimizar a contaminação e danos ao leite materno, a Bomba Elétrica de Extração de Leite Materno deve ser utilizada de acordo com as especificações do fabricante, de acordo com o manual de instruções (LANSINOH, 2015).

Dentre a pesquisa 25% respondeu que o leite materno dura 24 horas na geladeira; 75% respondeu que o mesmo dura 12 horas. Já o leite materno congelado 5% disseram que o mesmo dura 30 dias, 35% informou que dura 3 dias e 60% informou que o mesmo tem durabilidade congelado na geladeira de 15 dias.

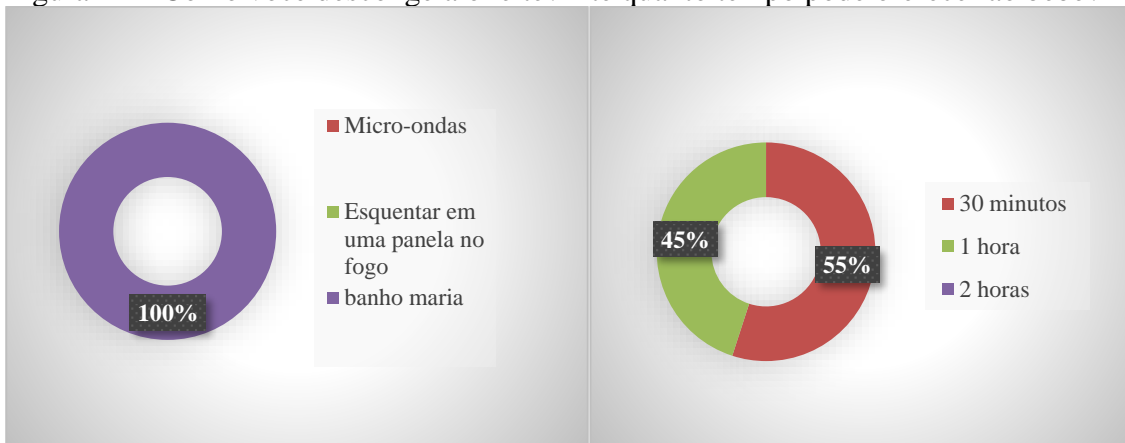
Já para realização do descongelamento e preparo do leite materno para a alimentação do recém-nascido 100% informou que o descongelamento do mesmo deve ser em banho maria, e após a retirada do leite da geladeira o mesmo deve ser oferecido em 30 minutos 55% das respostas e em 1 horas 45% das respostas. Todavia 100% das gestantes informaram que oferecem o leite ordenhado em mamadeira.

Figura 11 – Quanto tempo dura o leite materno na geladeira? E congelado?



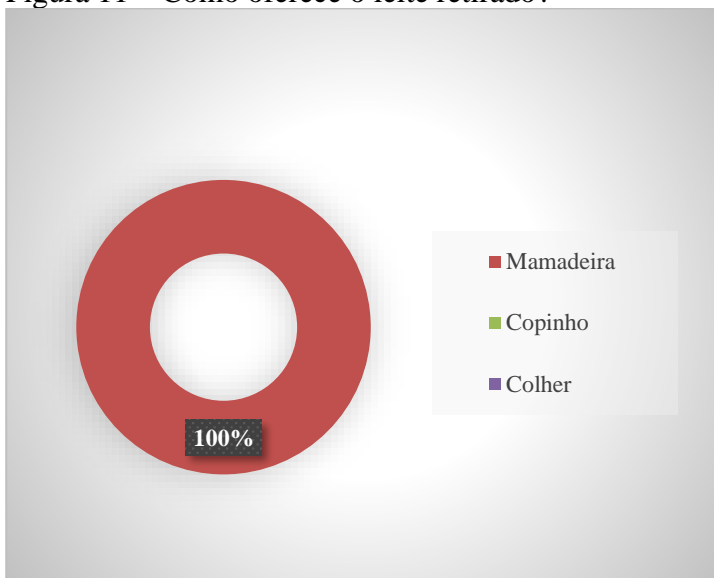
Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 11 – Como você descongela o leite? Até quanto tempo pode oferecer ao bebê?



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 11 – Como oferece o leite retirado?



Fonte: Dados da pesquisa.

Quando se trata de armazenar leite materno, há certas diretrizes a serem seguidas para evitar a contaminação do leite materno, o que pode levar a doenças digestivas no lactente (BRASIL, 2015b).

O monitoramento do leite materno ordenhado é fundamental para preservar a qualidade do leite extraído e evitar a contaminação durante todo o processo de extração. Como resultado, é essencial oferecer instruções sobre como extrair e armazenar adequadamente o leite materno (SANTOS *et al*, 2016).

Para manter a qualidade do leite, o leite extraído deve ser coletado em recipientes descartáveis e depois mantido em recipientes de vidro com tampa de rosca plástica que tenham sido higienizados (CABRAL *et al*, 2014).

O leite materno ordenhado pode permanecer à temperatura ambiente por até 2 horas, dependendo da temperatura da área, e o bebê pode bebê-lo com segurança. O leite materno resfriado deve ser mantido na geladeira por até 12 horas a uma temperatura de 4 a 10 graus. Se o leite for congelado, pode ser mantido por até duas semanas (CABRAL *et al*, 2014).

O leite materno deve ser descongelado antes de ser utilizado após ser mantido em freezers. Ele pode ser dado ao bebê dentro de 12 horas se for descongelado suavemente no refrigerador, e deve ser dado ao bebê dentro de 1 hora se for descongelado em um banho-maria. Para preservar o valor nutricional do leite materno, ele não deve ser cozido ou aquecido. LEVY; BÉRTOLO (2012) recomenda descartar qualquer leite restante que não tenha sido bebido.

Coloque o bebê acordado e tranquilo no colo em uma postura sentada ou semissentada, de modo que a cabeça faça um ângulo de 90° com o pescoço, e toque a borda do copo no lábio inferior do bebê, permitindo que o leite materno entre em contato com o lábio. O bebê fará movimentos de sucção de leite antes de ingeri-lo (BRASIL, 2015a; LEVY; BÉRTOLO, 2012). Para evitar a asfixia, é fundamental que a enfermeira instrua a paciente sobre como usar o método do copo.

As atividades de educação sanitária que contribuem para o desenvolvimento de informações sobre o manejo adequado da ordenha, armazenamento e administração do leite materno aumentam a segurança da mãe lactante no uso seguro desta fonte alternativa de alimento para recém-nascidos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aleitamento materno e de sua importância para mãe e para o recém-nascido, vindo a fonte de nutrientes e vitaminas para o seu desenvolvimento e crescimento durante toda sua vida. Os seis primeiros meses de aleitamento materno permite transmitir para a criança toda fonte de nutrientes necessária para o seu organismo podendo evitar uma diversidade de doenças através do leite materno nos primeiros seis meses de vida. De acordo com a pesquisa realizada pode-se constatar que a composição do leite materno possui grandes valores energético para o recém-nascido, sendo possível promover o apoio à amamentação entre essas mães.

Pode-se analisar que uma das maiores dificuldades para que as mães continuem com o aleitamento materno nos primeiros seis meses se encontram ligados a uma série de fatores como dor nos mamilos através ingurgitamento mamário, mastite, preocupação com a baixa oferta de leite, falta de apoio dos entes e amigos, fadiga, retorno ao trabalho ou atividades domésticas, início de tratamentos agressivos que comprometem o aleitamento e a produção do mesmo, vergonha de amamentar em público ou desejo de ter outro filho no período de seis meses. Esses fatores são alguns dos mais utilizados pelo abandono ao aleitamento nos seis primeiros meses vindo a substituir o leite

materno por outros nutrientes que muitas vezes podem ser indicados pelos médicos ou de iniciação da própria mãe.

Neste caso e de suma importância que as mães compreendam que o aleitamento materno nos seis primeiros meses prevenir o recém-nascido da mortalidade e de infecções, ajuda a mãe a evitar uma série de doenças que podem surgir durante ao longo de suas vidas. Sendo necessário que os seis primeiros meses haja o aleitamento para criação de um vínculo entre mãe e filho que é extremamente importante durante esse período.

Portando, para que haja a prática do aleitamento e vínculo entre mãe e filho, é necessário que os profissionais de saúde promovam a conscientização do AM, no pré-natal e durante o pós-parto. Após esse procedimento é importante informar a mãe do aleitamento dos seus seis primeiros meses, mostrando a importância e o benefício para a vida de ambos e como esse ciclo pode ser vantajoso e de suma importância para um desenvolvimento saudável na vida de uma criança.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, A. P. A., *et al* **Principais causas do desmame precoce em uma estratégia de saúde da família.** Saúde Meio Ambiente. v. 6, n. 2, p. 65-76, jul./dez. 2017.

ALVES, Valdecyr Herdy; RODRIGUES, Diego Pereira; *et al* **Banco de Leite Humano na perspectiva da mulher doadora.** Rev Rene. v.14, n.6, p. 1168-76. 2013. Disponível em:<https://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1362/pdf>. Acesso em: 2022.

AMORIM, C. S. C. **Hábito intestinal de lactentes recebendo aleitamento materno exclusivo.** 2012.

ANTONIO, F. L. **Baixo percentual de amamentação no Brasil.** Disponível em: <https://www.academiademedicina.com.br/genmedicina/baixo-percentual-de-amamentacao-no-brasil>. Acesso em: 2022.

BRAGA, A. S. C. *et al* **Caracterização das mães doadoras e do leite doado ao banco de leite humano referência em Minas Gerais:** subsídio para estratégias públicas de otimização do serviço. In: Seminário sobre a Economia Mineira. 15., 2012, Diamantina. Anais... Diamantina: UFTM, p. 01-14. 2012. Disponível em: https://diamantina.cedeplar.ufmg.br/portal/download/diamantina-2012/caracterizacao_das_maes_doadoras_e_do_leite.pdf. Acesso em: 2022.

BRAGA, M. S.; GONÇALVES, M. S.; AUGUSTO, C. R. **Os benefícios do aleitamento materno para o desenvolvimento infantil.** 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC 171 de 04 de setembro de 2006. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0171_04_09_2006.html Acesso em 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, p. 160, 2008.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. Ed, 2015.**
Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab23> Acesso em: 2022.

BUCK M. L, AMIR L. H, CULLINANE M., DONATH S. M; Equipe de Estudo CASTLE. **Dor no mamilo, lesão e vasoespasma nas primeiras 8 semanas pós-parto. Amamentar Med . 2014;9(2):56-62. doi:10.1089/bfm.2013.0106**

CARVALHO, K. E. G., *et al* **História e memórias do banco de leite humano do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (1987 – 2009) em Recife, Pernambuco, Brasil.** Rev. Bras. Saúde Materna Infantil, Recife, v. 10, n. 4, p. 477-481, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n4/08.pdf>. Acesso em 2022.

CONTARATO, A. A. P. F. *et al* **Efeito independente do tipo de aleitamento no risco de excesso de peso e obesidade em crianças entre 12-24 meses de idade.** Cad. Saúde Pública, v. 32, n. 12, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2016.v32n12/e00119015>. Acesso em: 2022.

CORDONI, J, L. **Elaboração e avaliação de projetos em saúde coletiva.** Londrina : Eduel, p. 12, 2013.

COSTA, L. K. O., *et al* **Importância do aleitamento materno exclusivo: uma revisão sistemática da literatura.** Rev Ciênc. Saúde v.15, n.1, p. 39-46, 2013. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/view/1920> Acesso em 2022.

CUNHA, E. C.; SIQUEIRA, H. C. H. **Aleitamento materno: contribuições da enfermagem.** Ensaios Cienc., Cienc, Biol, Agrar, Saúde, v. 20, n. 2, p. 86 – 92, 2016.

CURY, F. T. M. **Aleitamento materno.** Nutrição em obstetrícia e pediatria. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, p. 279-300, 2009.

D'ARTIBALE, F. F; BERCINI, L. O. **O contato e a amamentação precoces: significados e vivências.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 109- 17, jan-mar, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00109.pdf. Acesso em: 2022.

DEMITO, M. O. *et al* **Orientações sobre amamentação na assistência pré – natal: Uma revisão integrativa.** Rev. Rene, v. 11, p. 223-229, 2010.

DEMITTO, M. O.; BERCINI, L. O; ROSSI, R. M. **Uso de chupeta e aleitamento materno exclusivo.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.17 n. 2, abr./jun, p. 271-276, 2013.

DUARTE, D. A. **Benefícios da amamentação.** Revista Eletrônica Acervo Enfermagem, v. 1, n. 1, p. 1-7, 2019.

DUTRA, L.O. **A importância do aleitamento materno: orientações para evitar o desmame precoce.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em

Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2015.

FERREIRA, C. K. M. *et al* **Composição do leite humano e sua relação com anutrição adequada à Recém - Nascidos Pré-Termos**. Rev. Temas em Saúde, João Pessoa, v. 17, n. 1, p. 118 — 146, 2017.

FRANCO, M. A. S. **Pedagogia da Pesquisa-Ação**. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a11v31n3.pdf>. Acesso em: 2022.

GIUGLIANI, E. R. J. **O aleitamento materno na prática clínica**. Jornal de Pediatria, v. 76, n. 3, 2000.

LAKATOS, E. M., MARCONI, M. D. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: 7ª Edição. Atlas, 2010.

LAMOUNIER, J. A.; MOULIN, Z. S.; XAVIER, C. C. **Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna**. Jornal de Pediatria, Porto Alegre, v. 80, n. 5, p. 181-188, nov. 2005.

LEAL, G. N.; ISSLER, H.; GRISI, S. J. E.; RAMOS, J. L. **O papel do Aleitamento Materno na prevenção da Síndrome Metabólica**. 2008.

MARIANI, N. C. **Manual de aleitamento materno**. 3. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

MELO, C. S.; GONÇALVES, R. M. **Aleitamento materno versus aleitamento artificial**. 2014.
MENEZES, G. *et al* **Evaluación de la recolección domiciliar realizada por un banco de leche humana de un hospital universitario de Brasil**. Salud Publ Mex, Cuernavaca, v. 56.

MESQUITA, M. S. **Armazenamento do leite humano em embalagem plástica e frasco de vidro: influência sobre a contagem de mesófilos aeróbios e características físico-químicas**. Rio de Janeiro, 2015.

MESSIAS, A. M. *et al* **Amamentação natural, artificial e mal oclusão: há correlação?** Revista Odonto, v. 27, n. 53, p. 9-18, 2019

MORAES P. S.; OLIVEIRA, M. M; DALMAS, J. C. **Perfil calórico do leite pasteurizado no banco de leite humano de um hospital escola**. Rev. paul. Pediatria. São Paulo. Mar. V.31, n.1, p.46- 50, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010305822013000100008&lng=en &nrm=isso Acesso em 2022.n. 3, p. 245-250, maio/jun., 2014. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000300009 . Acesso em: 2022.

MOULIN, Z. S. *et al* **Contaminação bacteriana do leite humano coletado por expressão manual e estocado à temperatura ambiente**. Jornal de Pediatria, v. 74, n. 5, p. 376-382, 1998.

NOVAES, J. F. **Fatores associados ao sobrepeso e à hipertensão arterial em escolares do município de Viçosa - MG**. Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, 2007.

PÁDUA, R. A. **Aleitamento materno: proposta de intervenção e reflexão das mães lactantes sobre seus benefícios.** Bom Despacho, Minas Gerais, 2013.

PASSANHA, A.; MANCUSO, A. M. C.; PINTO, M. E. M. **Elementos protetores do leite materno na prevenção de doenças gastrintestinais e respiratórias.** 2010.

QUILAN, P. T.; LOXTON, S.; IRWIN, J.; LUCAS, A. L. **A relação entre a dureza das fezes e a composição das fezes em bebês alimentados com leite materno e alimentados com fórmula.** 1995.

REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO (REDEBLH-BR). **Bancos de Leite Humano: Localização e Relatórios,** 2016. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>. Acesso em: 2022.

REGO, J. D. **Aleitamento Materno: um guia para pais e familiares.** v. 2, p. 410, São Paulo: Atheneu, 2012.

SANTOS, D. S. M.; OLIVEIRA, L. S.; PAIXÃO C. G. O. **Hábitos alimentares de crianças menores de dois anos com alergia à proteína do leite de vaca.** Bahia, 2019.

SANTOS, V. S.; CESAR, V. M. P.; NUNES, C. R. **Aleitamento materno: benefícios enquanto fator na prevenção de doenças no neonato.** Revista Científica Interdisciplinar, v. 1, n. 1, Julho/Dezembro, 2016.

SANTOS, V. P. S. **Impacto da intervenção de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno às gestantes atendidas em uma unidade saúde da família.** Sinop, 2018.

SIERRA, C. G. *et al* **Características de las mujeres donantes de un banco de leche materna y relación con el tiempo de donación.** An Pediatr., Barcelona, v.80, n. 4, p. 236- 241, 2014. Carvalho KEG, Carvalho MEG, Cavalcanti SH, Araújo EC. História e memórias do banco de leite humano do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (1987- 2009). Rev. Bras. Saude Mater. Infant 10(4):314-22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000400008&lng=en Acesso em: 2022.

SILVA *et al* **Doação de leite materno ao banco de leite humano conhecendo a doadora.** Demetra, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 879-889, 2015.

SILVA, E. F. D. **Apoio ao Aleitamento Materno para prevenção do desmame precoce,** 2017.

SILVA, P. L. N. *et al* **Perfil das mães doadoras de um banco de leite humano.** Rev enfermUFPE on line., Recife, v.7, n. 7, p. 4635-4640, 2013. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi_JjAvP3NAhVHx5AKHbBSDCIQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revista.ufpe.br%2Fvistaenfermagem%2Findex.php%2Fvista%2Farticle%2Fdownload%2F4097%2F6542.&usq=AFQjCNESHdWdXAdgzWsb4ub3cVGG3YGKdw&sig2=zQ3JPHB Ntwdzh2VV54y2 Tw>. Acesso em: 2022.

SILVA, R. Q.; GUBERT, M. B. **Qualidade das informações sobre aleitamento materno e alimentação complementar em sites brasileiros de profissionais de saúde disponíveis na**

internet. Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil, v. 10, n. 3, p. 331-340, set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000300006&lng=en

SIQUEIRA, R. S.; MONTEIRO, C. A. **Amamentação na infância e obesidade na idade escolar em famílias de alto nível socioeconômico.** Rev. Saúde Pública, v. 41, n.1, São Paulo, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação:** alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola. v. 3, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/>

SOUSA, E. L.; ALMEIDA, S. G. **Efeito do aleitamento materno no sistema imunológico do lactente.** Brasília, 2018.

SOUZA, E. A. C. S. **Reflexões acerca da amamentação:** uma revisão bibliográfica. Monografia. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de medicina núcleo de educação em saúde coletiva. Belo Horizonte, 2010.

SOUZA, S. F.; SERAPIÃO, M. V. **Embalagem e Rotulagem. Banco de leite humano:** funcionamento, prevenção e controle de riscos – Série Tecnologia em Serviços de Saúde. 2008. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2008.

VIEIRA, D. E.; ALMEIDA, J. A. G. **Leite Materno como fator de proteção contra as doenças do trato digestivo.** IN: SILVA, L. R. Urgências Clínicas e Cirúrgicas em Gastroenterologia e Hepatologia pediátricas. Cap. 88, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

WEIGERT E. M. L. et al **Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação.** J Pediatría (Rio J) v.81, n.4, p.310-316,2005.