LEITE MATERNO FRACO: DESCONSTRUÇÃO DE UM MITO

Letícia de Oliveira Piovani (PIBIC/CNPq/FA/UEM), Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato (Orientador), e-mail: ra98591@uem.br

Universidade Estadual de Maringá / Centro de Ciências Biológicas e da Saúde/Maringá, PR

4.00.00.00-1 Ciências da Saúde - 4.04.00.00-0 Enfermagem

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Desmame, Transtornos da Lactação.

Resumo:
Trata-se de um estudo longitudinal, retrospectivo, descritivo, exploratório e analítico. O objetivo do estudo foi classificar a quilocaloria do leite materno (LM) e correlacionar a quilocaloria com o ganho de peso do bebê. Os sujeitos foram 28 mães/bebês, recrutadas de janeiro a junho de 2019, de duas maternidades da 15a Regional de Saúde do Paraná. Houve seguimento do binômio em visitas domiciliares no período em que o bebê esteve em aleitamento materno exclusivo. Foram extraídos cinco mililitros de LM em tubos de ensaio em diferentes tempos em cada visita domiciliar. Foi realizada análise do teor de gordura. Em todas as amostras as médias no T1 foram normocalóricas entre 623,37 a 702,28Kcal/L. No T2, variaram de 677,81 a 784,95. No T3 a média foi acima de 725Kcal/L. Conclui-se que não há LM fraco quanto a quilocaloria, o leite após quinze minutos torna-se hipercalórico quando comparado ao início da mamada.

Introdução

O aleitamento materno (AM) promove proteção e melhor nutrição à criança, além de prevenir a morbimortalidade infantil. A Organização Mundial da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) sob livre demanda até os seis meses de idade e após este período o aleitamento materno (AM) complementado (BRASIL, 2015). Os componentes do LM sofrem alterações durante a mamada. O início da mamada é abundante em proteínas, lactose, vitaminas, fatores de proteção, minerais e principalmente água. O final da mamada é rica em gordura, fornecendo energia e promovendo a satisfação da criança pela oferta de ácidos graxos/quilocalorias (FIOCRUZ, 2020). A quilocaloria (Kcal) do LM pode ser determinada pelo método de crematócrito, técnica analítica que permite estimar o valor energético do LH (BRASIL, 2008). Podendo ser classificado em hipocalórico, quando o valor de ácidos graxos encontrados for menor ou igual a 450Kcal/L; normocalórico, a medida que a fração de gordura encontra-se entre 450-725Kcal/L; e hipercalórico no momento em que a quantidade de gordura está acima de 725Kcal/L (MORAES; OLIVEIRA; DALMAS, 2013). Este estudo teve como objetivo classificar a quilocaloria do

leite materno (LM) e correlacionar a quilocaloria com o ganho de peso do bebê.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo longitudinal, descritivo, exploratório e analítico. Foram recrutadas mães e seus bebês entre janeiro e junho de 2019 de duas maternidades localizadas na 15a Regional de Saúde do Paraná. Não foram incluídas mães com comorbidades (doença hipertensiva específica da gravidez, diabetes mellitus, lúpus eritematoso, sofrimento fetal, trabalho de parto prematuro, etc), gemelaridade e bebês com idade gestacional inferior a 37 semanas e portador de alguma patologia. Diante do aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi aplicado um questionário de perfil sociodemográfico nas visitas domiciliares (VD). Nas VD foram coletados dados antropométricos dos bebês e três amostras de LM - leite anterior (T1) no início da mamada, intermediário (T2) 15 minutos após o início da mamada e leite posterior (T3) trinta minutos depois. A coleta do LM foi realizada por ordenha manual. Após a coleta foi realizada a análise do teor de gordura do LM por meio do teste crematócrito. Os dados foram armazenados em planilhas do Programa Microsoft Excel 2010. Para análise estatística dos dados foi utilizado o SPSS Statistics (versão 22). Aplicou-se o teste de Shapiro Wilk para avaliar se a variável dependente seguia distribuição normal. Em seguida, aplicado o teste de correlação de Pearson.

Resultados e Discussão

Contabilizou-se um total de 28 mulheres e seus bebês. A média da idade materna foi de 27; tendo a idade mínima de 17 anos e máxima de 40 anos. Se autodeclararam pardas 46,4% (13) e 53,6% (15) como brancas. Destas mães, 39,3% (11) tiveram parto vaginal e 60,7% (17) via cirúrgica (cesariana). Foram analisados nos tempos um (T1), dois (T2) e três (T3) 28 amostras de colostro; 17 amostras de leite de transição; 16 amostras após 15 dias (Maduro1); nove amostras no primeiro mês (Maduro2) e quatro amostras no segundo mês (Maduro3). A literatura assevera que o LM tem diferentes composições de acordo com o tempo da mamada, anterior e posterior; e vários são os fatores que podem atuar na quantidade calórica do leite independente da fase em que este se encontra (MORAES; OLIVEIRA; DALMAS, 2013). Neste estudo verificou-se pelo teste de Shapiro Wilk a normalidade dos dados. Em todas as amostras as médias no T1 foram normocalóricas com os valores variando de 623,37 a 702,28Kcal/L. No T2 as médias das quilocalorias variaram de 677,81 a 784,95, sendo a menor média o leite maduro coletado na quarta VD, ou seja, quando o bebê tinha um mês de idade (677,81Kcal) os demais valores tinham os valores hipercalóricos. No T3 todos os leites tiveram os valores mínimo de 802,91 e o máximo de 880,38Kcal/L. Foi aplicado o teste de correlação de Person e resultou associação regular entre o peso do recém-nascido e a quilocaloria do leite na visita domiciliar aos trinta dias (coeficiente de correlação linear de Pearson = 0,487; $p < 0,05$). Os resultados apontam que quanto a quilocaloria o LM desde o início da mamada é normocalórico (450-725Kcal/L) e após

trinta minutos todas as médias eram acima de 725Kcal/L (MORAES; OLIVEIRA; DALMAS, 2013), ou seja, eram hipercalóricos. O leite materno é abundante em nutrientes, proteínas, carboidratos e gorduras. Possui anticorpos da mãe, células tronco, linfócitos T, imunoglobulinas (IgA, IgG, IgM e IgD), macrófagos, neutrofilos, lactoferrina, citocinas, defensinas, fatores de crescimento e outros que irão atuar na prevenção de diversas infecções ao longo do tempo (MORAES; SOARES; BITTENCOURT, 2018) e fornece a quilocaloria necessária para a manutenção das necessidades corporais do bebê (BRASIL, 2015). O resultado deste estudo desmistifica o mito do leite fraco, fato que tem corroborado para o desmame precoce. Deste modo, reforça a necessidade da educação em saúde desde o pré-natal e o acompanhamento feito por profissionais conscientes sobre a necessidade de estímulo ao processo de amamentação (LIMA; NASCIMENTO; MARTIN, 2018). Ressalta-se que existe uma limitação neste estudo por ser uma amostra por conveniência e composta por um número pequeno de participantes, assim, não se pode inferir que os resultados possam ser generalizados a uma população, porém pode se afirmar que o leite materno tem a quilocaloria para suprir as necessidades de um bebê até os seis meses de idade. O LM tem eficácia genuína no fortalecimento da saúde do recém-nascido/lactente, uma vez que esta substância atua fornecendo imunoglobulinas, vitaminas e minerais adequados às necessidades do bebê, comprovando que a crença que foi criada acerca da inferioridade do leite materno, é infundada e inverídica (STAM *et al*., 2013)

Conclusão

Pode-se concluir que não há leite materno fraco, o leite após quinze minutos torna-se hipercalórico quando comparado ao início da mamada. Ademais, cabe salientar que o aleitamento materno traz benefícios irrefutáveis à saúde do recém-nascido, tanto no campo fisiológico como emocional, age como fator protetor de doenças, além de proporcionar um alimento completo ao lactente, auxiliando no crescimento e desenvolvimento correto dos dentes e ossos da face, entre outros.

Agradecimentos

Agradeço a orientadora Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato pelos conhecimentos e ensinamentos transmitidos, além da excelência em conduzir o presente estudo, a Universidade Estadual de Maringá e ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica promovido pelo CNPq em parceria com a Fundação Araucária e Universidade Estadual de Maringá pela oportunidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção a Saúde. **Banco de leite humano:** funcionamento, prevenção e controle de riscos. ANVISA. Brasília. 2008. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_banco_leite.pdf. Acesso em 16 de abr. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ . Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Amamentação e doação. **Mitos e verdades**. Rio de Janeiro (RJ). Disponível em: <https://rblh.fiocruz.br/mitos-e-verdades>. Acesso em 16 de mar. 2020.

MORAES, S. P.; OLIVEIRA, B. M. M.; DALMAS, C. J. Perfil calórico do leite pasteurizado no banco de leite humano de um hospital escola. **Rev. Paul. Pediatr**. Londrina-PR, v.31, n.1., p. 02. 2013. Disponível em: Acesso em: 17 de mar. 2020.

MORAES, C. J.; SOARES, V. N.; BITTENCOURT, L. L. V. Amamentação ao seio materno: educação em saúde. **RICSB**. 2018. Acesso em 25 de ago. 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.31512/ricsb.v2i2.2748.

LIMA, C. P. A.; NASCIMENTO, S. D.; MARTIN, F. M. M. A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa. **J. HealthBiolSci**. 2018; 6(2):189-196. Disponível em . Acesso em 25 de ago. 2021. doi:10.12662/2317-3076jhbs.v6i2.1633.p.189-196.2018.

STAM, J.; SAUER, P.J.; BOEHM, G. Can we define an infant's need from the composition of human milk? **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 98, n. 2, p. 521-528, ago. 2013. Disponível em: . Acesso em: 16 de mar. 2020.