HIGIENE ALIMENTAR NO PERÍODO NEONATAL: REVISÃO DA LITERATURA

Alimentary hygiene in the post-natal period: a bibliographical review

Carmen Gracinda Silvan Scochi [1]
Semiramis Melani Melo Rocha [2]
Regina Aparecida Garcia de Lima [3]
Dulce Maria Vendrúscolo de Freitas [1]
Ivone Kamada [3]

RESUMO

Revisão bibliográfica sobre a higiene alimentar da criança no período neonatal. Descreve sobre as vantagens do leite materno por atender os princípios básicos que devem reger a alimentação da criança; importância do esquema livre de amamentação para o desenvolvimento emocional, bem como da eructação e decúbito lateral direito e ventral para a prevenção de acidentes.

Unitermos: *Alimentação do recém-nascido*
Aleitamento materno

ABSTRACT

The present study makes a bibliographic review about the alimentary hygiene of children in the neonatal period. It describes the advantages of maternal milk by attending the basic principles that should govern the children's feeding, the importance of free scheme brast-feeding to emotional development, as well as ventral and right side-lying position and belching to the prevention of accidents.

Key Words: *Newborn feeding*
Breast-feeding

1 INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade da criança se insere em importantes aspectos: alimentar, psíquico, infeccioso, ambiental e suscetibilidade aos acidentes.

Considerando-se que:

— o metabolismo do recém-nascido, sendo sistema dinâmico de maior intensidade que o do adulto, é proporcionalmente mais vulnerável (ALCÂNTARA, 1974; MARCONDES, 1973; PERNETTA, 1980);

— a mortalidade tem as infecções como freqüente causa básica; a imaturidade e deficiência nutricional como causas associadas (LAURENTI, 1977; PUFFER & SERRANO, 1973);

— as condições de saúde da população brasileira são extremamente deficientes (LAURENTI, 1977; PUFFER & SERRANO, 1973);

— no Brasil, a desnutrição constitui-se em importante causa básica ou associada da mortalidade infantil (LAURENTI, 1977; PUFFER & SERRANO, 1973).

Pode-se inferir a decisiva influência da alimentação, especificamente o aleitamento materno, neste grupo etário, advindo, pois a importância da Higiene Alimentar[1], cuja abrangência se estende aos aspectos nutritivos, psíquicos e ainda de riscos quanto às infecções e aos acidentes.

Através de uma revisão bibliográfica, pretende-se com o presente estudo descrever alguns aspectos da higiene alimentar da criança no período neonatal.

1 Professor Assistente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.
2 Professor Assistente Doutor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.
3 Professor Auxiliar da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

1 Higiene Alimentar — considerada, neste estudo, como sendo o conjunto de medidas com a alimentação da criança em particular, para que tenha um adequado crescimento e desenvolvimento físico e mental.

2 HIGIENE ALIMENTAR DO RECÉM-NASCIDO

Conhece-se a necessidade do recém-nascido de ser alimentado, segundo suas próprias peculiaridades, embora se imponham certos princípios.

Assim, a alimentação deve:

— atender às necessidades quantitativas e calóricas;
— apresentar correlação adequada entre os diversos nutrientes;
— corresponder à capacidade digestiva do período de crescimento e desenvolvimento;
— estar isenta de impurezas e germes, particularmente patogênicos;
— ser adequada quanto ao número de refeições, respeitando-se a duração dos intervalos (ALCÂNTARA, 1974; MARCONDES, 1973).

Inúmeros estudos têm mostrado as vantagens do leite materno nos primeiros meses de vida da criança, do ponto de vista nutricional, imunológico, social e psicológico.

Em relação aos dois primeiros princípios que regem a alimentação da criança, o leite materno apresenta composição satisfazendo, eficazmente, as necessidades da criança nos meses iniciais de vida (AVERY et alii, 1984; BÉHAR, 1975; JELLIFFE & JELLIFFE, 1972; 1975; KOCH, 1972; MARTINS FILHO, 1984; MONETTI & CARVALHO, 1979; OMS, 1979; 1980; PERNETTA, 1980; PUFFER & SERRANO, 1973; RICCO, 1981).

As exigências energéticas nesta fase estão em torno de 110 Kcal/Kg/dia, assim consumidas no metabolismo basal 60, na atividade muscular 20, no crescimento 12, na ação dinâmica específica 8 e nas perdas nutritivas e calóricas pelas fezes 10 (ALCÂNTARA, 1974; MARCONDES, 1973).

Este coeficiente calórico é suprido através das gorduras, hidratos de carbono e proteínas do leite materno, responsáveis, respectivamente, por 50%, 40% e 10% das calorias, capaz de fornecer cerca de 680 Kcal por 1000 mililitros (PERNETTA, 1980).

O leite de vaca oferece 660 Kcal e requer a adição de hidratos de carbono, para aumentar seu valor calórico, exigindo maiores cuidados técnicos, encarecendo sua prática.

A composição e o volume do leite humano podem variar de uma pessoa para outra e inclusive na mesma mulher, conseqüência de vários fatores, como tempo de pós-parto, dia, hora, pré e pós-sucção (MARTINS FILHO, 1984).

Estudos recentes provam que a composição deste leite adapta-se às necessidades tanto de maior consumo alimentar, como de proteção das crianças.

BARRUS[1] apud MARTINS FILHO (1984), analisando a concentração dos diversos fatores no leite humano, detectou a presença significativa de proteínas, sais minerais e imunoglobulinas no leite de mães de recém-nascidos prematuros e de baixo peso, em relação às mães cujas crianças nasceram a termo e de peso normal.

RICCO (1981) afirma que "nada é mais específico para a alimentação do recém-nascido mamífero do que o leite da própria espécie".

Assim, os nutrientes existentes no leite materno atendem as necessidades da criança em termos quantitativos e qualitativos.

Quanto às gorduras, estão presentes em maior quantidade (4,5%), melhor qualidade e são de fácil digestão e absorção, devido ao alto teor de lipase. Esta enzima favorece também a quebra dos ácidos graxos livres, fontes valiosas de energia para a criança (MARTINS FILHO, 1984; MONETTI & CARVALHO, 1979; RICCO, 1981).

O colostro contém quantidade maior de gordura, parece desempenhar importante função laxativa, ajudando a "limpar" o intestino do recém-nascido nas primeiras horas (MARTINS FILHO, 1984; OMS, 1980).

O colesterol presente no leite humano em níveis elevados, pode ser relevante na formação do tecido nervoso e na síntese dos sais biliares. Supõe-se que sua absorção incentiva o desenvolvimento de sistemas enzimáticos (MARTINS FILHO, 1984; OMS, 1980).

As proteínas do leite materno, ainda que em menor quantidade (1,1g/100ml), tem como vantagem a sua melhor absorção e a composição em aminoácidos adaptar-se às necessidades do lactente (MARTINS FILHO, 1984; MONETTI & CARVALHO, 1979; RICCO, 1981).

Como por exemplo, tem-se a relação metionina/cistina. menor neste leite que no bovino. Esta especificidade pode ser explicada pela imaturidade hepática do recém-nascido, que não contendo a enzima cistationase, transformadora da metionina em cistina, passa então, a depender desta última como aminoácido essencial (MARTINS FILHO; STURMAN, 1970).

Maior variedade de nucleotídeos estão também presentes no leite humano, favorecendo por meios indiretos a síntese proteica. Este fato é

1 BARRUS, M.D. Imunoglobulinas, lizosima e leucócitos, proteínas e eletrólitos no colostro e leite de mães de recém-nascidos pré-termo e a termo, pequenos para a idade gestacional. 1983. Tese de Doutorado. Apud: MARTINS FILHO, J. *Como e porque amamentar*. São Paulo, Sarvier, 1984.

vantajoso para o recém-nascido devido à sua imaturidade (MONETTI & CARVALHO, 1979).

Outra vantagem deste leite é a quantidade de proteínas com propriedades antiinfecciosas, as quais serão abordadas posteriormente.

Outro aspecto, refere-se a maior quantidade de albumina e alfa-lactalbumina presentes no leite materno. Esta última tem atuação de destaque na síntese de lactose (MARTINS FILHO, 1984).

Este açúcar em proporção elevada neste leite (7%) tem papel considerável nos diversos períodos de crescimento orgânico; favorece a absorção de cálcio, prevenindo o raquitismo; desdobra-se rapidamente em galactose, componente importante dos galactolipídios e cerebrosídios (MARTINS FILHO, 1984; OMS, 1980; PERNETTA, 1980).

Em relação aos minerais, são fundamentais no funcionamento dos órgãos, trocas líquidas e edificação dos tecidos. Aparecem em concentração elevada no leite de vava, especialmente o sódio, acarretando conseqüências negativas, sobretudo no recém-nascido, devido à limitada capacidade renal, levando a um maior esforço do sistema homeostático e predispondo à desidratação hipertônica (MARTINS FILHO, 1984; OMS, 1980; PERNETTA, 1980).

Em função de todos estes fatores, torna-se necessário suplementação hídrica nas crianças alimentadas artificialmente (MARTINS FILHO, 1984; RICCO, 1981).

A recusa de água ou chá nos intervalos das mamadas é um dos indicadores de satisfação da criança (VINHA, 1983), capaz de regular por si mesma a dose de sua necessidade (PERNETTA, 1980). Há diferentes condutas dos profissionais de saúde, quanto à exigência ou não de complementação hídrica para as crianças aleitadas naturalmente. Desta forma oferecer ou não hidratação (água e/ou chá) nos intervalos das mamadas, é uma conduta que pode ficar à critério da mãe.

Quanto ao cálcio, conquanto exista baixa concentração no leite humano, sua absorção no intestino é melhor e pouco excretado (JELLIFFE & JELLIFFE, 1972; MARTINS FILHO, 1984; OMS, 1980; PERNETTA, 1980; RICCO, 1981).

O ferro existente neste leite (0,1mg/100 ml) é de fácil acessibilidade, melhor absorção e de perda praticamente nula pelas fezes (MARTINS FILHO, 1984; OMS, 1980; PERNETTA, 1980).

Este mineral tem como facilitador a vitamina C, presente em níveis mais altos no leite humano (MARTINS FILHO, 1984).

Quando a lactante é bem nutrida, o seu leite em quantidade conveniente, cobre as exigências do recém-nascido, abrangendo níveis mais elevados de vitamina A, C e E (MARTINS FILHO, 1984; MONETTI & CARVALHO, 1979; OMS, 1980; PERNETTA, 1980).

A administração de sucos, no período neonatal, é desnecessária, quando se utiliza o aleitamento materno; segundo LA LECHE LEAGUE INTERNATIONAL (1982), eles saciam o bebê e aumentam o intervalo entre as mamadas, diminuindo conseqüentemente a sucção ao seio. A criança pode também ficar confusa, pois o mecanismo de sucção no seio difere do desenvolvido na mamadeira (APPLEBAUM, s.d.) e ela possivelmente optará por aquele realizado com maior freqüência.

Por sua composição, o leite materno reune atributos ideais para proporcionar adequado crescimento e desenvolvimento ao recém-nascido. O seu cérebro também é beneficiado neste aspecto, devido às propriedades deste alimento, a saber, elevada concentração de lactose e cistina, maior variedade de nucleotídeos, melhor digestão proteica e utilização mais adequada da gordura e cálcio (JELLIFFE & JELLIFFE, 1972; MARTINS FILHO, 1984; OMS, 1980; PERNETTA, 1980).

A qualidade e proporção dos nutrientes do leite humano atendem também ao terceiro princípio geral para alimentação, ou seja, corresponde à capacidade digestiva do recém-nascido.

Justifica-se tal superioridade, em grande parte, pelo comportamento da caseína no estômago da criança. Em menor quantidade no leite materno, ela se precipita formando coágulos tênues, leves, porosos e facilmente acessíveis aos sucos gástricos, enquanto no leite artificial estes são maiores e mais consistentes, dificultando a ação enzimática e aumentando o período de digestão (AMAURY, 1979; MARTINS FILHO, 1974; MONETTI & CARVALHO, 1974; OMS, 1980; PERNETTA, 1980; RICCO, 1981; WAECHTER & BLAKE, 1979).

Há que acrescentar existir enzimas inativas ou pró-enzimas, em especial, a lipase láctica, ativada pela lipocinase do suco gástrico que, por sua vez, age sobre as gorduras. Estas são melhor absorvidas no aleitamento materno por apresentar teor elevado desta enzima (MARTINS FILHO, 1984), que por sua vez, sendo termolábil é destruída pela pasteurização e fervura (PERNETTA, 1980).

A facilidade e rapidez na digestão e absorção do leite materno não sobrecarrega o organismo da criança; reflete no tempo e número de vezes que solicita o seio; (MARTINS FILHO, 1984); contribui na conservação da energia do lactente,

auxiliando no desenvolvimento corporal (LA LECHE LEAGUE INTERNATIONAL, 1975).

CYPRIANO (1975, p. 12) afirma que a amamentação no peito não só nutre melhor a criança, mas também evita que ela sofra de comuns cólicas pela falta das enzimas no leite em pó.

Com a evolução da tecnologia, a indústria conseguiu colocar no mercado o leite de vaca adequado em nutrientes à espécie humana, porém inigualável a suas qualidades (BISCHOFF et alii, 1980; MURAHOVSCHI et alii, 1984) e destituído de "calor humano" (AMAURY, 1979).

Abordando o desenvolvimento psicológico da criança, MEIRA (1978) entende o recém-nascido como um ser indiferenciado, incapaz de distinguir o seu corpo de objetos e formas externas, percebendo como parte dele o seio que o satisfaz. A amamentação materna favorece melhor relacionamento entre mãe e filho, proporciona todos os estímulos orais, táteis, acústicos, visuais e de sensibilidade profunda, importante para o desenvolvimento psicológico da criança e na estabilidade emocional do indivíduo (CYPRIANO, 1975; MALDONADO et alii, 1979; MEIRA, 1978; OMS, 1979; 1980).

Autores referem-se à amamentação materna como um ato de amor; o calor da mãe substitui o calor intra-útero; o seio materno funciona como verdadeiro "cordão umbilical psíquico"; fortalece os liames afetivos entre mãe-filho, indispensáveis à vigilância sobre a existência do recém-nascido, em sua adaptação ao mundo exterior (CYPRIANO, 1975, p. 12; MURAHOVSKI et alii, 1984).

Todos estes estímulos psicológicos e emocionais, proporcionados pela amamentação, auxiliam no desenvolvimento da inteligência da criança, tornando-as tranqüilas, felizes e seguras de si mesmas (MURAHOVSKI et alii, 1984; PERNETTA, 1980).

MARTINS FILHO (1984) relata que não só estes fatores são responsáveis pela segurança emocional e afetiva, mas também o patrimônio neurológico, obtido de certas peculiaridades do leite humano.

HOEFER e HARDY apud BISCHOFF et alii (1980) mostram que crianças amamentadas são mais ativas, deambulam precocemente e apresentam Quociente Intelectual mais elevado. BISCHOFF et alii (1980) confirmou tais resultados em crianças de Porto Alegre, verificando existir correlação entre tempo de amamentação e desenvolvimento psicomotor, onde as crianças amamentadas por mais de dois meses andam e falam, antes daquelas que o fizeram por período menor ou igual a 2 meses.

Quanto ao 4º princípio que deve reger a alimentação da criança, o leite materno cumpre-o naturalmente, sendo o único alimento que vai direto da fonte ao consumidor; está na temperatura adequada; dispensa preparos; não está sujeito a ser deteriorado ou contaminado por manipulação. É, portanto, servido bacteriologicamente puro (AVERY et alii, 1984; JELLIFFE & JELLIFFE, 1972; KOCH, 1982, LA LECHE LEAGUE INTERNATIONAL, 1975; MARTINS FILHO, 1984, MULLER, 1981; MURAHOVSCHI et alii, 1984; PERNETTA, 1980; RICCO, 1981; TOMPSON, 1971; VINHA, 1983).

Além de todas estas vantagens do leite humano, acresça-se o fato de ele conter propriedades imunológicas e antiinfecciosas, tornando sua prática importante na redução da morbi-mortalidade infantil (ALCANTARA, 1974; HANSON et alii, 1979; JELLIFFE & JELLIFFE, 1972; KOCH, 1982; MARCONDES, 1973; MARTINS FILHO, 1984; OMS, 1979; 1980; PERNETTA, 1980; PUFFER & SERRANO, 1973; RICCO, 1981).

Autores têm demonstrado neste leite a presença de anticorpos, de mecanismos estimuladores ou inibidores ou de certos microrganismos intestinais e de substâncias antibacterianas.

O trato gastrointestinal das crianças com aleitamento natural é enriquecido com *Lactobacilus bifidus,* por conter no leite um fator bífido com teor elevado de lactose e relativamente baixo de fosfatos e proteínas. Esta flora garante a acidez intestinal, impedindo a colonização de protozoários e enterobactérias (FAGUNDES NETO, 1981; OMS, 1980; PERNETTA, 1980; RICCO, 1981).

Dentre as substâncias protetoras humorais presentes no leite humano, destaca-se a imunoglobulina secretória tipo A (IgA secretora ou láctea), existente em elevadas concentrações no colostro (50mg/ml) e no leite materno (1mg/ml). A função desta proteína é "forrar" o trato digestivo, impedindo a penetração de bactérias, sobretudo a Echerichia coli, contendo anticorpos contra outros agentes infecciosos como os poliovírus, vírus da influenza e da caxumba, pneumococo, *Corynebacterium dipheteriae, Diplococcus pneumoniae,* Salmonella, Shigella e outros (FAGUNDES NETO, 1981; MARTINS FILHO, 1984; MONETTI & CARVALHO, 1979; OMS, 1980; PERNETTA, 1980; RICCO, 1981).

Encontram-se também neste leite, em maior concentração e estabilidade, várias enzimas antiinfecciosas, dentre elas a lisozima láctea e a lactofer-

rina. A primeira associada à IgA provoca a lise de E. coli e, na presença da ascorbato e peroxidase, tem ação antibacteriana sobre os estreptococos, pseudomonas, salmonelas e outras bactérias gram-positivas. A lactoferrina tem função bacteriostática; associada a outros fatores do meio ambiente intestinal, inclusive a IgA, atua sobre a *E. coli, Candida albicans* e estafilococos (FAGUNDES NETO, 1981; OMS, 1980; PERNETTA, 1980).

Quanto aos elementos celulares de proteção existentes no leite materno, em especial no colostro, destacam-se os macrófagos, linfócitos do grupo B e T e leucócitos polimorfonucleares, que desempenham forte atuação imunológica no período neonatal. Os linfócitos B são responsáveis pela síntese de imunoglobulinas e os do tipo T conferem defesas, pois ao serem estimulados pelos mitógenos e antígenos se proliferam. Os macrófagos realizam a fagocitose de vários elementos estranhos causadores de problemas ao recém-nascido (FAGUNDES NETO, 1981; OMS, 1980, PERNETTA, 1980).

Estas propriedades imunológicas e antiinfecciosas do leite humano conferem à criança proteção contra doenças infecto-contagiosas, alérgicas e metabólicas. Estudos e relatos de diversos autores têm mostrado a menor incidência e proteção conferida contra gastroenterites, resfriados, pneumonia, otite média, bronquites, eczemas, rinites e deficiência nutricional nas crianças com aleitamento natural (ALCANTARA, 1974; AMAURY, 1979; APPLEBAUM, s.d.; BÉHAR, 1975; FAGUNDES NETO, 1981; HANSON et alii, 1979; MARCONDES, 1973; MARTINS FILHO, 1984; MONETTI & CARVALHO, 1979; MURAHOVSKI et alii, 1984; OMS' 1979; 1980; PERNETTA, 1980; PUFFER & SERRANO, 1973 RICCO, 1981).

BÉHAR (1975) considera-o também como melhor dieta preventiva e terapêutica da diarréia e desnutrição, especialmente nos primeiros meses de lactação.

A criança alimentada com leite de vaca apresenta a parede intestinal mais permeável nas primeiras semanas de vida, com maior risco de apresentar problemas alérgicos, diarréias, vômitos e choque (JELLIFFE & JELLIFFE, 1972).

Os recém-nascidos, devido as suas peculiaridades, apresentam diminuição transitória da imaturidade, chamada de hiato imunológico, cujas conseqüências somente podem ser corrigidas pela amamentação materna (PERNETTA, 1980).

Esta amamentação também importante para o desenvolvimento dento-facial, conforme FALTIN JR et alii (1983) permite a instalação de uma oclusão decídua normal e um perfeito equilíbrio neuromuscular dos tecidos que participam do aparelho mastigatório; estes fatos levam, pois, a uma correta mastigação futura.

Em termos econômicos, MULLER (1981) mostra que as mães produzem a melhor e mais barata proteína existente no mundo: baseado em estudos realizados na Jamaica, estipulou em torno de 32 pences por semana o custo da alimentação artificial de melhor preço e 21 pences o custo da suplementação adequada à dieta de uma nutriz, para torná-la capaz de produzir leite sem danos à sua própria saúde. Outros autores reforçam este aspecto, considerando também que a amamentação materna é agradável e melhor, tanto para a mãe como para a criança (JELLIFFE & JELLIFFE, 1975; KOCH, 1982; LA LECHE LEAGUE INTERNATIONAL, 1975; MARTINS FILHO, 1984, MURAHOVSKI et alii, 1984; TOMPSON, 1971).

Baseando-se na literatura consultada, crê-se que o aleitamento materno é necessário ao recém-nascido satisfazendo os cuidados da higiene alimentar, devendo ser utilizado ao menos até os 6 meses de vida e sempre que possível por período maior.

Quanto aos aspectos técnicos da higiene alimentar que não dependem do tipo de alimento empregado mas que envolvem a prevenção de acidentes, serão descritos, a seguir, alguns deles.

2.1 Horário alimentar

O horário de amamentação do recém-nascido pode ser dividido em "esquema rígido" e "esquema flexível".

"Esquema rígido" é aquele em que o horário da amamentação é controlado pelo relógio, independente do intervalo (3/3h, 4/4h, etc.). Implica nas seguintes situações: —o recém-nascido é acordado para ser alimentado; — quando o lactente solicita o alimento antes do horário pré-determinado, oferecem-lhe outros líquidos (água ou chá) ou outras práticas (colo, chupeta, etc.), na tentativa de enganá-lo até chegar a hora exata.

"Esquema flexível" ou "esquema livre" é aquele em que o recém-nascido é amamentado de acordo com sua necessidade, não havendo regra fixa. Implica nas seguinte situações: — a mãe não interrompe o sono da criança para alimentá-la; — oferece o peito quando a fome se apresenta, manifestada ou não pelo choro.

A literatura quanto ao horário de alimentação do recém-nascido tem se revelado bastante controvertida.

SPOCK (1960), em seu livro dirigido às mães, sugere um guia para a elaboração do horário, onde orienta para deixar o bebê chorar de fome, durante muito tempo, contudo após um intervalo de 3 a 4 horas, a criança não se importaria de ser acordada. Comenta ainda, que "cada bebê possui tendência a apresentar o hábito de se tornar faminto com intervalos regulares, e isto se manifestará mais precocemente se a mãe o ajudar um pouco" (SPOCK, 1960).

Amamentar a criança em intervalos regulares constitui-se em orientação de diversos profissionais da saúde, entretanto, questiona-se tal conduta porquanto as experiências relatadas por SPOCK (1960), também revelaram que o recém-nascido nos primeiros dias apresentava fome com irregularidade; com duas semanas já conseguiu, por si só, estabelecer um esquema de 6 a 7 mamadas por dia, mesmo com intervalos irregulares; somente com 10 semanas o intervalo ficou em torno de 4 horas.

Salienta-se que as peculiaridades anatômicas e fisiológicas destas duas últimas faixas etárias são diferentes, acrescido do fato de que cada criança é um ser único e como tal reagirá de diferentes maneiras, dependendo do seu tamanho, da quantidade de leite, do volume do estômago e se sugou bem na mamada anterior ou não.

AVERY et alii (1984) relata que nos primeiros dias de vida, os recém-nascidos, geralmente, alimentam-se com mais freqüência, porque os mecanismos de sucção e deglutição não estão ainda bem desenvolvidos. Não aconselha acordar a criança para alimentar, pois criaria tensão em todos, tendo em vista que aceitará somente pequenas quantidades de alimento.

ANDRADE E SILVA et alii (1978) consideram o intervalo de 3 horas arbitrário e recomendam que o recém-nascido deve mamar, quando tiver fome, aos poucos irá regulamentando seu próprio horário.

Havendo o aleitamento natural, a digestão processa-se com mais facilidade e rapidez e o pré-estabelecido intervalo entre as mamadas, fixados pelos profissionais de saúde, leva as mães a julgarem que têm "leite fraco" ou "insuficiente", caso a criança não espere este tempo entre as mamadas (MALDONADO et alii, 1979). VINHA (1983) considera o sono da criança como um indicador de satisfação.

PERNETTA (1980) também não vê vantagem em oferecer o seio ao recém-nascido sonolento, justificando que nestes casos a sucção seria ineficaz. Outro aspecto relatado pelo autor é que a fome manifesta-se neste período, por contrações gástricas dolorosas, iniciando-se, quando o estômago está vazio e cessando com a chegada dos alimentos. Oferecendo o seio, quando o recém-nascido manifesta fome, "a refeição adquire o aspecto de um ato providencial, em correspondência a uma imperiosa necessidade instintiva, ato que vem dar alívio a um estado de tensão nervosa e de dor, proporcionando tranqüilidade e conforto" (PERNETTA, 1980).

Autores como PERNETTA (1980), WAECHTER & BLAKE (1979) e MARTINS FILHO (1984) afirmam que o respeito a individualidade do recém-nascido é fundamental para seu desenvolvimento emocional, pois inexistindo outra causa evidente para o choro, pode ser necessidade de contato com a mãe e o fato de colocá-lo no seio supre essa carência instintiva, causando-lhe imenso prazer, também compartilhado pela mãe, devendo, portanto, ser permitido livremente.

O esquema livre de amamentação é compartilhado pela LECHE LEAGUE INTERNATIONAL (1982b), argumentando que o bebê mama por fome, mas também porque "gosta da sensação de segurança do contato com o corpo da mãe, ou precisa satisfazer sua necessidade de sucção, ou porque acha o som do coração da sua mãe batendo e a delicadeza do seu toque, de grande ajuda no processo de adaptação ao novo mundo".

CARVALHO (1985) afirma que os horários pré-fixados para amamentação materna um "mito", legitimado pelo tempo e uso freqüente, não possuindo respaldo científico, demonstrando falta de bom senso. Recomenda a amamentação, de acordo com a necessidade do recém-nascido, pois verificou que a freqüente sucção no seio antecipa a apojadura, incrementa, significativamente, o volume do leite produzido e o ganho de peso do recém-nascido. Estabeleceu também, correlação inversa entre a freqüência das mamadas nos primeiros dias de vida e a magnitude da hiperbilirrubinemia do desenvolvimento, ou seja, quanto mais o neonato suga o seio materno, menos icterícia ele desenvolve.

Quanto ao início da alimentação KRAYBILL in AVERY (1984) indica logo após o nascimento para as crianças alertas e sadias, ressaltando as vantagens psicológicas. Recomenda não exceder 8 horas de intervalo para a primeira mamada, o qual poderá sofrer considerável variação dependendo de cada recém-nascido.

Pelo exposto, considerou-se que o esquema livre de amamentação atende ao 5º princípio para alimentar o recém-nascido.

2.2 Eructação

Durante a mamada, o recém-nascido deglute certa quantidade de ar, acumulando-se no estômago, formando uma bolha gasosa, que deverá ser eliminada, através de eructação fisiológica. Para assegurá-la, recomenda-se que após a mamada, a criança seja colocada alguns minutos em posição elevada, apoiada ao ombro da mãe, podendo ser facilitada por alguns tapinhas nas costas ou com sua leve movimentação (MARCONDES, 1973; MARTINS FILHO, 1984; MONETTI & CARVALHO, 1979; PERNETTA, 1980; SPOCH, 1960; VINHA, 1983; WAECHTER & BLAKE, 1979).

Caso o nenê não arrote, pode-se colocá-lo deitdo na cama em decúbito ventral, o que facilita a eructação (MARTINS FILHO, 1984; VINHA, 1983).

Todos estes cuidados têm por objetivo evitar cólica, timpanismo, vômito ou outros incidentes como "engasgo" e aspiração (MARTINS FILHO, 1984; PERNETTA, 1980; RICCO, 1981).

2.3 Posição após mamar

O recém-nascido deve ser colocado, após a amamentação e eructação, em decúbito lateral ou ventral visando diminuir o risco de aspiração, evitando que os alimentos permaneçam nas vias aéreas superiores.

O decúbito lateral direito e o ventral é fundamental para prevenir a regurgitação e o vômito (MARTINS FILHO, 1984; PERNETTA, 1980).

3 CONCLUSÃO

Pela revisão da literatura apresentada, pode-se afirmar que o melhor leite para o recém-nascido é o materno, pois atende espontaneamente a todos os princípios que devem reger a alimentação da criança.

Verificou-se também, a importância do esquema livre de amamentação para o desenvolvimento emocional da criança, bem como da eructação e do decúbito lateral direito e ventral para a prevenção de acidentes.

REFERÊNCIAS BIBIBLIOGRÁFICAS

1 ALCANTARA, P. Higiene alimentar. In: ALCANTARA, P. & MARCONDES, E. *Pediatria Prática.* 4. ed. São Paulo, Sarvier, 1974.

2 AMAURY, O. O Esquema alimentar (lactente normal). In: PEREIRA, O. A. G. *Normas para alimentação do lactente.* 5. ed. Rio de Janeiro, Cultura Médicon, 1979. p. 4-11.

3 ANDRADE E SILVA, P. S. et alii. Aspectos práticos da profilaxia do desmame precoce: normas adotadas pela disciplina de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas de Santos — Serviço do Prof. Jayme Murahovschi. *Pediatria Prática,* São Paulo, *49* (1/4): 35-9, jan./abr. 1978.

4 APPLEBAUM, R.M. *Técnicas modernas para o êxito da amamentação.* Trad. Maria Teresa Maldonado. Rio de Janeiro, Artafra Artes Gráficas, s.d. 30p. separata.

5 AVERY, G. B. et alii. *Neonatologia:* Fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. Trad. Samuel Schavartsman. 2. ed. Rio de Janeiro, Medsi, 1984.

6 BÉHAR, M. Importância de la alimentacion y nutricion en la patogenia y prevencion de los procesos diarreicos. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Estudios y estrategias necessarios para reduzir la morbilidad y mortalidad por infecciones entéricas.* Washington, 1975, p. 48-55 (Publicacion Cientifica, 302).

7 BISCHOFF, V. et alii. Avaliação da importância do aleitamento materno no desenvolvimento psicomotor da criança, numa amostra da Grande Porto Alegre. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul,* Porto Alegre, *24* (4): 293-8, out./dez. 1980.

8 CARVALHO, M. de. Obstáculos ao aleitamento materno: fatos e mitos. *Jornal de Pediatria,* Rio de Janeiro, *59* (4): 403-14, 1985.

9 CYPRIANO, A.F. A melhor alimentação para o seu filho: leite materno x leite em pó. *J. Inter-News,* 1ª quinzena: 12, set. 1975.

10 FAGUNDES NETO, U. O trato gastrointestinal e seus mecanismos de defesa. In: TRABULSI, L. R. *Microbiologia das infecções intestinais.* São Paulo, Atheneu, 1981. cap. 1, p. 1-9.

11 FALTIN JUNIOR, K. et alii. A importância da amamentação natural no desenvolvimento da face. *Revista do Instituto de Odontologia Paulista,* São Paulo, *1*(1): 13-5, jan./jun. 1983.

12 HANSON, L. A. et alii. Fatores da defesa imunitária no leite humano. *Anais Nestlé, 103*: 41-50, set. 1979.

13 JELLIFFE, D.B. & JELLIFFE, E.F.P. Panorama General. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *El valor incomparable de la leche materna.* Washington, 1972. p. 56-66 (Publicación científica, 250).

14 ———. Nutricion and economics in the modern world. *Environmental Child Health, 21*(5):267-9, Oct. 1975.

15 KOCH, R.M. Aleitamento materno: vantagens e desvantagens. *Revista Paulista de Enfermagem,* São Paulo, *2* (1): 4-6, jan./fev. 1982.

16 LAURENTI, R. Alguns aspectos particulares referentes aos resultados da investigação interamericana de mortalidade na infância na área do projeto São Paulo, Brasil. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Investigação de mortalidade na infância no Brasil:* descobertas e atividades. Washington, 1977. p. 30-40. (Publicação Científica, 343).

17 LA LECHE LEAGUE INTERNATIONAL. Como aumentar a quantidade de leite materno. (Carolyn Tsikouris). *Folheto Informativo,* n. 85p. ago. 1982a.

18 ———. Lo mejor para tu bebe y lo mejor para ti. In: ———. *El arte feminino de amamentar.* 3. ed. Illinois, 1975. cap. 1, p. 1-10.

19 ———. O que fazer para ter leite. *Folheto Informativo* n. 81p, dez. 1982b. 3p.

20 MALDONADO, M. T. et alii. *Nós estamos grávidos.* Rio de Janeiro, Block, 1979.

21 MARCONDES, E. *Pediatria: doutrina e ação.* 2. ed. São Paulo, Sarvier, 1973.

22 MARTINS FILHO, J. *Como e porque amamentar.* São Paulo, Sarvier, 1984.

23 MEIRA, M.M. Aspectos psicológicos da amamentação materna. In: VIEGAS, D. & CONTI, M. *Amamentação Materna.* São Paulo, Nestlé — Serviço de Informação Científica, 1978. p. 19-20.

24 MONETTI, V. & CARVALHO, P. R. de. *Aleitamento materno:* aspecto médico-sanitários e sociais. São Paulo, Instituto de Saúde / Divisão de Saúde Materna e da Criança, 1979. 74 p. (Publicação n. 36, série D.)

25 MULLER, M. *O Matador de bebês.* Trad. pelo Departamento de Pesquisas Médico-Sociais do CEMICAMP, Campinas, CEMICAMP, out. 1981. 65p.

26 MURAHOVSCHI, J. et alii. *Cartilha de amamentação:* doando amor. 4. ed. São Paulo, Almed, 1984.

27 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE & FUNDAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, INFANTES E CRIANÇAS. *Tendências na amamentação e seu impacto na saúde da criança.* Genebra, 1979. 9p. (Doc. E/ICEF/CRP/78-10).

28 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE & UNICEF. *Reunião sobre alimentação de lactentes e crianças na primeira infância,* 9-12, out. 1979. Genebra, 1980. 99 p. (Doc. FHE/ICF/79.3).

29 PERNETTA, C. *Alimentação da criança.* 7. ed. São Paulo, Byk-Procienx, 1980. cap.1,6,7.

30. PUFFER, R. R. & SERRANO, C. V. *Características de la mortalidad en la niñez.* Washington, OPS/OMS, 1973. 490p. (Publicação Científica, 262).

31 RICCO, R.G. Aleitamento natural. In: WOISKI, J. R. *Dietética pediátrica.* Rio de Janeiro, Atheneu, 1981. p. 39-76.

32 SCAVONE, M. da P. O leite materno é "feito sob medida". *Revista Ciência,* São Paulo, *1*(1): 34-6, jan./ fev. 1982.

33 SPOCK, B. *Meu filho, meu tesouro.* Trad. Erly Bon Consed. 2. ed. Rio de Janeiro, Record, 1960.

34 STURMAN, J. A. et alii. Absence of cystathionase in human fetal liver: is cystine essential? *Science, 169:* 74-6, Jul. 1970.

35 TOMPSON, M. The convenience of breast feeding. *The American Journal of Clinical Nutrition,* Bettesda, *24:* 991-2, Aug. 1971.

36 VINHA, V.H.P. Como amamentar o bebê. In: ——. *Amamentação materna:* incentivos e cuidados, São Paulo, Sarvier, 1983. cap. 3, p. 20-31.

37 WAECHTER, E.H. & BLAKE, F.G. O papel da enfermeira na assistência primária infantil. In: ——. *Enfermagem pediátrica.* 9.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979. cap. 2, p. 18.

Endereço do autor: Carmem Gracinda Silvan Scochi
Author Address: Av. Bandeirantes, n. 3900
M. Alegre — 14049
Ribeirão Preto — SP