

ALEITAMENTO MATERNO

VOLUME 1

Léa Rache Gaspar
Ana Rita de Oliveira Passos
Elisa Benetti de Paiva Maciel
Tassia Giurizatto Gotardo
Letícia Rosa Martins
Joseph Gualberto Bicalho
(Organizadores)



ALEITAMENTO MATERNO

VOLUME 1

Léa Rache Gaspar
Ana Rita de Oliveira Passos
Elisa Benetti de Paiva Maciel
Tassia Giurizatto Gotardo
Letícia Rosa Martins
Joseph Gualberto Bicalho
(Organizadores)



Editora Omnis Scientia
ALEITAMENTO MATERNO
Volume 1

1ª Edição

Triunfo – PE
2020

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadores

Léa Rache Gaspar

Ana Rita de Oliveira Passos

Elisa Benetti de Paiva Maciel

Tassia Giurizatto Gotardo

Letícia Rosa Martins

Joseph Gualberto Bicalho

Conselho Editorial

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Wendel José Teles Pontes

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Editores de Área – Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistentes Editoriais

Thialla Larangeira Amorim

Andrea Telino Gomes

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Leandro José Dionísio

Revisão

Os autores



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

A366 Aleitamento materno[recu: volume 1 / Organizadores Léa Rache Gaspar... [et al.]. – Triunfo, PE: Omni Scientia, 2020.
121 p. : il. ; PDF

Inclui bibliografia
ISBN 978-65-88958-05-6
DOI 10.47094/978-65-88958-05-6

1. Amamentação. 2. Assistência à maternidade. 3. Saúde pública. I. Gaspar, Léa Rache. II. Passos, Ana Rita de Oliveira. III. Maciel, Elisa Benetti de Paiva. IV. Gotardo, Tássia Giurizzato. V. Martins, Letícia Rosa. VI. Bicalho, Joseph Gualberto.

CDD 649.3

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

O aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida é, conhecidamente, a melhor forma de nutrição do recém-nascido. Além das propriedades nutritivas, o leite materno ainda é configurado como uma substância viva ativamente protetora e imunomoduladora, capaz de demonstrar diminuição da morbimortalidade infantil quando realizamos comparação entre crianças amamentadas no seio materno e crianças alimentadas com aleitamento artificial.

O conhecimento sobre a amamentação é imprescindível tanto para profissionais de saúde, que são os primeiros responsáveis por estimular o desejo pelo aleitamento já no momento pré-natal, quanto para leigos, sendo considerado um importante tópico a ser discutido dentro da problemática da saúde pública. Este livro será responsável por elucidar a revisão de literatura em torno dos detalhes que tangem o aleitamento materno, desde os direitos da nutriz, técnicas e benefícios do ato de “amamentar”, até as particularidades que envolvem o cuidado do prematuro e as mães em situação de restrição de liberdade.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 11

INTRODUÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

Joseph Gualberto Bicalho

Letícia Rosa Martins

Lissa Carvalho Werneque

Tassia Giurizatto Gotardo

DOI: 10.47094/978-65-88958-05-6.11-17

CAPÍTULO 2 18

BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO

Marcelo Cândido S. D. Nobre

Michelle Mendes Reis

Stéphanie Calixto Sartori

Taíssa Kfuri Araújo Mafra

DOI: 10.47094/978-65-88958-05-6.18-22

CAPÍTULO 326

TÉCNICA E CUIDADOS NA AMAMENTAÇÃO

Ana Clara Costa Cancellieri

Ana Luiza Silva do Carmo Duarte

Camille Alves Amaral

Thaís Figueiredo Araújo

DOI: 10.47094/978-65-88958-05-6.23-33

CAPÍTULO 4 34

ALEITAMENTO MATERNO EM PREMATUROS

Ana Carolina Ribeiro Costa

Elisa Benetti de Paiva Maciel

Iara Oliveira Alves

Yuri Arantes Maia

DOI: 10.47094/978-65-88958-05-6.34-39

CAPÍTULO 5 40

DOENÇAS MATERNAS E AMAMENTAÇÃO

Ana Luiza Soares Toledo

Filipe Henrique Marques

João Pedro Siqueira

Mabelly Andrade Corrêa

DOI: 10.47094/978-65-88958-05-6.40-48

CAPÍTULO 6 49

DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO

Bárbara Alves Linhares Barros de Souza

Elisa Lages Roque

Gleicielle Barbosa Sousa Oliveira

Isadora Ervilha Barros

DOI: 10.47094/978-65-88958-05-6.49-57

CAPÍTULO 7 58

ALEITAMENTO MATERNO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

Isadora Magalhães Melges

Marina Vieira Arthuso

Rafaela Almeida Silva

Rafaela Leandro Vaccarezza

DOI: 10.47094/978-65-88958-05-6.58-70

CAPÍTULO 8 71

ACONSELHAMENTO EM AMAMENTAÇÃO

Alessandro Chaves Corrêa

Gustavo Henrique de Oliveira Barbosa

Janssen Ferreira de Oliveira

Thiago Vitor de Melo Ferreira

DOI: 10.47094/978-65-88958-05-6.71-83

CAPÍTULO 9 84

AMAMENTAÇÃO E O USO DE MEDICAMENTOS

Damare Cristina Andrade Roque Sousa

Débora David de Souza

Gustavo Bitencourt Caetano Barros

Mariane Barbosa Finotti

DOI: 10.47094/978-65-88958-05-6.84-92

CAPÍTULO 10 93

AMAMENTAÇÃO EM MÃE USUÁRIA DE DROGAS ILÍCITAS

Lucas Otávio de Moraes Lage

Luiza Teixeira Lelis

Rebeca Guimarães Schmidt

Samilla Cristine Lima Oliveira

DOI: 10.47094/978-65-88958-05-6.93-98

CAPÍTULO 11..... 99

MEDIDAS PARA MELHORIA DOS ÍNDICES DE ALEITAMENTO MATERNO

Jorge Carlos do Amaral Júnior

Samira Jorge de Carvalho

Dameres Cristina Andrade Roque Sousa

Tiago Gonçalves de Araújo

DOI: 10.47094/978-65-88958-05-6.99-104

CAPÍTULO 12 105

DIREITOS DA NUTRIZ

Lidiane Barbosa Alcântara

Izabela da Silva Melo

Luana de Almeida Albino Gonçalves

Marina Leite Gonçalves

Laíss Albino de Almeida Gonçalves

DOI: 10.47094/978-65-88958-05-6.105-113

ALEITAMENTO MATERNO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

Isadora Magalhães Melges

Médica graduada no Instituto Metropolitano do Ensino Superior- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2805868108220772>

Marina Vieira Arthuso

Médica graduada no Instituto Metropolitano do Ensino Superior- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8984052765259321>

Rafaela Almeida Silva

Médica graduada no Instituto Metropolitano do Ensino Superior- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5660622523336827>

Rafaela Leandro Vaccarezza

Médica generalista do Hospital Geral Clériston Andrade

Lattes: <https://orcid.org/0000-0001-5150-7985>

1. LACTENTES PORTADORES DE PROBLEMAS NEUROLÓGICOS

Os lactentes que sofreram de complicações precoces como a asfixia perinatal, malformações neurológicas, portadores de síndromes como Síndrome de Down ou infecções congênicas que cursem com algum tipo de distúrbio neurológico, geralmente apresentam incoordenação motora oral que cursa com dificuldade para a sucção e deglutição. Tais desordens contribuem para má aceitação da alimentação, podendo oferecer risco para saúde do lactente e a instauração da desnutrição (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2014).

A hipotonia dessas crianças não contraindica a amamentação, entretanto, são necessários alguns cuidados especiais. A lactante deve realizar ordenha e oferecer o leite ordenhado ao lactente, estimular a região perioral e estimular a sucção introduzindo o dedo mínimo na cavidade oral. Se a criança conseguir estabelecer coordenação entre sucção, deglutição e respiração, a mãe pode oferecer o seio utilizando de recursos como posição invertida ou posição a cavaleira (RBLH, 2014; BRASIL, 2015).

A orientação das lactantes e o estímulo ao AM é indiscutível pela maior suscetibilidade

imunológica do bebê e a maior proteção às infecções principalmente nestas crianças portadoras de desordens neurológicas (RBLH, 2014).

Ademais, é importante que crianças portadoras de habilidades recebam acompanhamento multiprofissional e individualizado com a pediatria, neurologia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional entre outros serviços (RBLH, 2014).

2. LACTENTES PORTADORES DE PROBLEMAS CARDÍACOS

As cardiopatias congênitas são caracterizadas por malformações estruturais ou funcionais do sistema cardiovascular que acometem crianças desde o nascimento. Essas malformações cursam com hipóxia, hipermetabolismo, dificuldades de sucção, hiporexia e conseqüentemente distúrbios nutricionais (GASPARETO *et al.*, 2013; MAGALHÃES *et al.*, 2012).

O AM, portanto, é de sumária necessidade para o desenvolvimento da criança, mas verifica-se baixa adesão à amamentação devido às dificuldades físicas provocadas pelo esforço da sucção do cardiopata. As principais dificuldades são: taquipneia, dispneia, cianose, sudorese, irritabilidade durante a amamentação, sucção difícil, separação mãe-lactente devido a cirurgias e internações frequentes nos primeiros meses de vida, além do mito do leite não suprir as necessidades de sua nutrição diante da deficiência do estado nutricional destes bebês (GASPARETO *et al.*, 2013; MAGALHÃES *et al.*, 2012).

Dessa forma, é essencial orientar às mães que, segundo estudos, a saturação da criança é mantida em níveis superiores e com menor variação durante o AM quando comparados ao aleitamento artificial, garantindo assim, mais segurança a essas mães durante a amamentação. A posição ideal nesses pacientes é a posição semi-sentada porque favorece a deglutição e a coordenação (GASPARETO *et al.*, 2013).

Nos casos em que se observa a recusa do aleitamento ao seio ou em aqueles onde a quantidade de LM for insuficiente, em decorrência ao hipermetabolismo da criança, torna-se necessário a suplementação alimentar com uso de fórmulas infantis (MAGALHÃES *et al.*, 2012).

3. LACTENTES PORTADORES DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO

O refluxo gastroesofágico (RGE) é definido como o fluxo retrógrado não voluntário do conteúdo gástrico para o esôfago. Embora muitos fatores etiológicos contribuam para a gênese da doença, o principal mecanismo é o relaxamento transitório e inapropriado do esfíncter esofágico inferior, que ocorre independentemente da deglutição e falta de peristaltismo esofágico (LEÃO, 2013; CAMPOS JUNIOR, 2014).

O RGE pode se apresentar como fisiológico ou patológico, dependendo da sintomatologia e complicações associadas. É patológico quando, além de vômitos ou regurgitações, estão presentes

complicações como o comprometimento do estado geral do paciente, broncoespasmo, tosse noturna, sinusites, otites, laringites, irritabilidade, dor epigástrica e baixo ganho ponderal. (CAMPOS JUNIOR, 2014).

O RGE fisiológico é comum nos primeiros meses de vida com resolução espontânea, na maioria dos casos, até um ano de idade que é quando ocorre a maturação do mecanismo de funcionamento do esfíncter esofágico inferior. Contudo, tal processo pode ocorrer em qualquer faixa etária. A prevalência no primeiro ano é de 67% no quarto e quinto mês de vida, reduzindo para 61% no sexto mês, 21% no sétimo mês e menos de 5% no décimo segundo mês de vida. A intensidade dos sintomas diminui após os seis meses de idade (LEÃO, 2013; CAMPOS JUNIOR, 2014; KLIEGMAN, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O RGE patológico pode ser classificado como primário ou secundário. O primeiro ocorre por distúrbio funcional do trato digestório proximal, como disfunção na junção esofagogástrica e o segundo quando associado com condições clínicas, como alterações estruturais, infecciosas, metabólicas, neurológicas ou alérgicas, responsáveis pelo retorno do conteúdo gástrico ao esôfago. (LEÃO, 2013; CAMPOS JUNIOR, 2014).

O número de crianças com episódios de regurgitação nos dois primeiros trimestres de vida é observado no desmame precoce e na introdução da alimentação artificial (CAMPOS JUNIOR, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O RGE é normalmente encontrado em lactentes em aleitamento artificial, sendo frequentemente assintomático nos bebês em AM. Os motivos para esta constatação é explicado pela posição das crianças amamentadas, mais supina quando comparadas àquelas alimentadas pela mamadeira. Acrescenta-se o fato de os movimentos da língua do bebê durante a sucção do seio (Figura 1) desencadeiam ondas peristálticas mais exuberantes no trato gastrointestinal (CAMPOS JUNIOR, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Durante o AM são observados episódios menos frequentes de RGE e de menor duração em relação aos bebês alimentados artificialmente. A alergia às proteínas da dieta materna pode ser um fator etiológico na gênese do RGE em pacientes com o AM de forma exclusiva (CAMPOS JUNIOR, 2014).

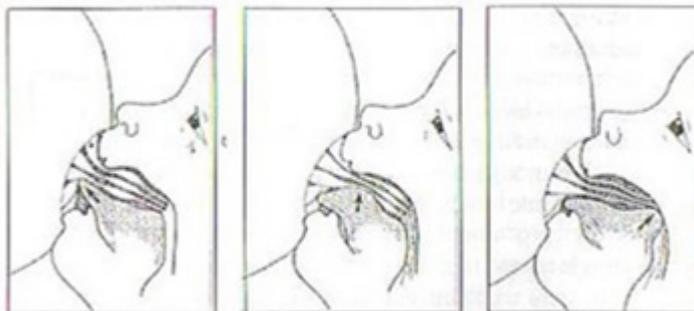
O tratamento é realizado com mudanças no estilo de vida, indicada tanto em pacientes com RGE quanto com DRGE, como intervalo pequeno entre as refeições e o posicionamento e manuseio da criança no período pós-prandial. Poucas puérperas relatam esta queixa em crianças em AM. Inicialmente, recomenda-se manter a amamentação ao seio exclusiva nos primeiros seis meses e complementada até os dois anos. Alguns autores afirmam que o leite materno possui espessantes em sua composição, constituídas por restos celulares e fibras. Esse dado reforça a manutenção do AM na presença do distúrbio (CAMPOS JUNIOR, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Caso haja alimentação complementar, algumas medidas dietéticas são preconizadas no tratamento do RGE, como o espessamento das dietas lácteas, o aumento da frequência da alimentação e

a diminuição do volume de cada mamada que podem ser realizadas por fórmulas anti-regurgitação (mais indicado) ou da adição de carboidratos (amido de cereais) ao leite (CAMPOS JUNIOR, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

É importante oferecer orientações e segurança aos pais do lactente com regurgitações que apresentam peso e desenvolvimento adequados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Figura 1: peristaltismo da língua durante a sucção



Fonte: <https://goo.gl/y7DQ7m>

4. ICTERÍCIA DO RECÉM-NASCIDO

A definição clássica de hiperbilirrubinemia é a presença de concentração sérica das bilirrubinas acima de 2 mg/dl, presente nos RN durante a primeira semana de vida. Por sua vez, a manifestação clínica conhecida como icterícia torna-se observada quando os valores da concentração de bilirrubina encontram-se superiores a 4-5 mg/dl. Tal cifra é comum em aproximadamente 67% do RN a termo e em percentuais mais elevados nos pré-termos. A icterícia é fisiológica quando há aumento da bilirrubina indireta, situação comum na primeira semana de vida, porém patológica quando ocorre secundária às doenças hemolíticas ou de outras etiologias que irão cursar com aumento tanto da bilirrubina direta quanto indireta (LEÃO, 2013).

O aumento fisiológico ocorre por um conjunto de fatores que levam ao aumento da produção de bilirrubina, à dificuldade de captação e conjugação hepática e/ou ao aumento da circulação êntero-hepática. Assim, tem-se um aumento significativo da bilirrubina não conjugada ou indireta (LEÃO, 2013).

Tal mecanismo de acúmulo é considerado normal para o período neonatal, no entanto, nem sempre livre de consequências orgânicas, principalmente tratando-se de prematuros. Por isso, sugere-se o termo “icterícia própria do recém-nascido” ao invés do consagrado “icterícia fisiológica do recém-nascido”, na tentativa de esclarecer que, apesar de ser achado comum para a idade, em algumas circunstâncias necessitará de medidas terapêuticas para evitar danos mais sérios, como o kernicterus nome dado a encefalopatia bilirrubínica (LEÃO, 2013).

A icterícia patológica é frequentemente o resultado da exacerbação dos mesmos mecanismos causadores da icterícia fisiológica. Esta condição é dividida em cinco grupos: distúrbios da produção, captação, conjugação, excreção e alteração da circulação êntero-hepática. Cursa com o aumento da bilirrubina direta, principalmente no período neonatal e é sempre patogênica, indicando defeito ou insuficiência na secreção da bile, do fluxo biliar ou em ambos. Toda icterícia neonatal precoce e prolongada ou de aparecimento tardio deve ser investigada. Um importante sinal que indica a ocorrência de colestase é a acolia fecal (LEÃO, 2013).

A doença ictérica com predomínio da bilirrubina indireta tem, entre outras causas, o AM como fator etiológico. Há duas formas distintas de icterícia relacionadas ao leite materno: uma, nos primeiros 2-4 dias, após o nascimento, conhecida como icterícia associada ao AM ou icterícia do aleitamento materno, e outra de início mais tardio, de 4-7 dias, chamada de icterícia associada ao leite humano, ou icterícia do LM (LEÃO, 2013; KLIEGMAN, 2014).

Na primeira, a hiperbilirrubinemia com cifras maiores que 12mg/dl, se desenvolve em 13% dos RN em AM na primeira semana de vida. É uma das principais causas de elevação persistente dos níveis de bilirrubina indireta em lactentes saudáveis. Este fato é justificado pela privação calórica e hídrica, associada à perda de peso, maior que 10% do peso de nascimento do RN, normalmente pela redução do consumo do leite pelo bebê. A amamentação frequente (>10/24h), a amamentação noturna e o apoio à lactação contínua reduzem a incidência da icterícia precoce associada ao AM. A icterícia geralmente regride na segunda semana de vida. Os lactentes com icterícia persistente ou grave devem passar por avaliação de afecções como galactosemia, hipotireoidismo, infecção do trato urinário e hemólise previamente ao diagnóstico de icterícia pelo LM (LEÃO, 2013; KLIEGMAN, 2014).

A icterícia associada ao leite humano é a elevação significativa de bilirrubina indireta que ocorre em 2% dos RN a termo que recebem o LM depois do sétimo dia de vida. As concentrações máximas alcançam 10-30 mg/dl durante a segunda ou terceira semana. A etiologia ainda é controversa, mas, autores relacionam esta entidade a distúrbio relacionado a níveis séricos elevados de substâncias que inibem a captação hepática de bilirrubina pelas proteínas y e z e os inibidores da ação da glicuronil-transferase. Estudo mostrou que foi observado aumento da reabsorção intestinal de bilirrubina (circulação êntero-hepática) por aumento da atividade da β -glicuronidase em crianças com este diagnóstico (LEÃO, 2013; KLIEGMAN, 2014).

Se o AM for mantido, a bilirrubina reduz gradualmente e pode persistir acima do padrão por 3-10 semanas. Se a amamentação for interrompida, o nível de bilirrubina sérica cai rapidamente, chegando à normalidade em alguns dias. A retomada do aleitamento após a redução da bilirrubinemia normaliza os níveis de bilirrubinas, mas raramente volta aos níveis prévios. A fototerapia pode ser indicada (LEÃO, 2013; KLIEGMAN, 2014).

5. PREMATURO

A taxa de RN com baixo peso é de aproximadamente 15%, incluindo prematuros e RNs com

restrição de crescimento intrauterino. Desses, aproximadamente 90% nascem em países em desenvolvimento, expostos, portanto, a infecções e desnutrição. Diante disso, é imprescindível o oferecimento aos RNs do LM fresco, principalmente nos primeiros dias sob forma de colostro, que contem alto teor de proteínas especialmente nos bebês internados em longa permanência em hospital (CAMPOS JÚNIOR, 2014; BRASIL, 2013).

Apesar das lactantes de bebês pré-termo produzirem leite composto por diversos nutrientes, as taxas de amamentação nesse grupo são menores quando comparadas aos RNs a termo. Diante disso, é muito importante conscientizar essas mães das vantagens de amamentar e manter a produção do leite o mais precoce possível, uma vez que a sobrevivência desses bebês depende, exclusivamente, dos cuidados oferecidos em âmbito hospitalar e da adequada nutrição (CAMPOS JÚNIOR, 2014; LAMOUNIER, 2016).

Analisando o valor nutricional do leite produzido por mães de RN a termo e das de RNPT, durante o primeiro mês, é possível verificar que a quantidade total de proteínas e minerais diminui e a de gorduras e lactose aumentam, em ambas as amostras. O desenvolvimento do intestino e o início da ação da lipase e da lactase coincidem com a elevação desses compostos (CAMPOS JÚNIOR, 2014).

A quantidade de nitrogênio proteico existente no leite materno do RNPT é maior do que a contida no LM de mães de RNs a termo, apesar da mesma qualidade proteica do leite de ambas. O fenômeno ocorre para diminuir o acúmulo de certos aminoácidos não essenciais no organismo dessas crianças, como a fenilalanina, tirosina e metionina, de modo a oferecer somente aqueles aminoácidos considerados como necessários para o seu desenvolvimento, como a cistina, a taurina e a glutamina (CAMPOS JÚNIOR, 2014).

Em relação a gorduras e carboidratos, os valores são equitativos em ambos os leites, entretanto, a presença de lipídeos de cadeia média/intermediária e poli-insaturadas são elevadas no leite dos prematuros. As vitaminas apresentam aumentos significativos no decorrer da lactação em ambos os leites e os fatores de proteção são maiores no leite de mães de prematuros, garantindo maior proteção aos RN contra infecções como sepse, meningite, gastroenterite, otite média, infecções urinárias e doenças respiratórias. Tais componentes imunológicos dificilmente são encontrados em fórmulas, por isso os menores índices de readmissões hospitalares em crianças amamentadas (CAMPOS JÚNIOR, 2014; CORVAGLIA, 2013).

Os benefícios ocasionados pelo LM, principalmente nos RN prematuros, são inúmeros. Acrescenta-se aos benefícios citados anteriormente, as seguintes vantagens: proteção contra doenças atópicas, alérgicas, autoimunes, dentre as quais podemos citar o diabetes mellitus insulino-dependente, doença de Crohn e alguns linfomas. Há relatos na literatura da diminuição do risco a desenvolver obesidade, doenças cardiovasculares e hipertensão (CAMPOS JÚNIOR, 2014).

Uma alternativa para iniciar o LM no RN prematuro é a realização da nutrição trófica, também denominada alimentação enteral mínima. Esse método consiste na oferta precoce de pequena quantidade de alimento por via oral, com o objetivo de preparar o trato gastrointestinal para a real

nutrição. A presença do alimento na luz intestinal promove o desenvolvimento da mucosa, a ação da musculatura e a liberação de hormônios reguladores. Já a ausência do alimento pode ocasionar problemas ao aparelho digestivo. Esse procedimento pode ser indicado até mesmo em RN em uso de antibioticoterapia, de cateter e de assistência ventilatória (CAMPOS JÚNIOR, 2014).

O RN em condições clínicas favoráveis pode ser estimulado sucção direta do leite no seio materno ou oferecê-lo no copinho ou em xícara. Tais estratégias de oferecimento do LM promovem maior manutenção do aleitamento pós-alta hospitalar. Nos RN muito imaturos ou que não possuem condições clínicas favoráveis é importante ofertar o leite humano através de gavagem, de maneira intermitente, em via oral de preferência por sonda (CAMPOS JÚNIOR, 2014).

Nas crianças em uso de sonda, a transição para via oral deve ser acompanhada de perto por um fonoaudiólogo, com a função de estimular a sucção não nutritiva, avaliar possíveis reflexos e orientar o pediatra no momento certo em oferecer o aleitamento. Ao fim da transição, a mãe deve ser orientada das técnicas de amamentação, que pode ser realizada em diversas posições: a tradicional, na qual o bebê fica no colo da mãe, de frente a ela, a cavaleiro, onde a criança permanece sentada sobre as pernas da mãe, e a invertida, também conhecida como “futebol americano”, onde a criança é posicionada com os membros abaixo da axila da mãe. Esse é um momento de adaptação, onde a posição pode ser alternada em cada mamada, até que se encontre uma mais confortável para ambos (CAMPOS JÚNIOR, 2014).

Outra possibilidade de ofertar leite a essas crianças é pelo leite humano pasteurizado. Muitos profissionais da saúde acreditam que esse leite apenas possui função nutritiva, contestado em estudos que afirmam que o leite é nutritivo e contém a maioria dos nutrientes originais, aproximadamente 75% das propriedades imunológicas do LM cru e protege o RN de exposição a agentes infecciosos (CAMPOS JÚNIOR, 2014).

Diante de todo o exposto, é essencial que a mãe seja orientada a realizar a extração do leite o mais precoce possível, de preferência por ordenha manual, em espaços regulares, além de incentivar a manutenção do contato mãe-filho, principalmente se o RN permanecer em internação longa no hospital. Para isso, foi desenvolvido o método Canguru, que preconiza uma série de cuidados aos RNs prematuros e de baixo peso, estimulando o contato pele a pele da criança com os pais, de forma lenta, com a adoção da posição de “canguru”, aumentando vínculo com a criança, estabilização de temperatura, dentre outros (CAMPOS JÚNIOR, 2014; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2017).

6. GEMELAR

O aumento de procedimentos de fertilização pela inseminação artificial tem elevado os índices de nascimentos múltiplos. A consequência dessa situação é o desafio que surge às mães de gemelares durante o aleitamento. Assim, é necessário auxílio por parte de seus familiares bem como dos profissionais de saúde para suprir as possíveis dificuldades de tal etapa (CAMPOS JÚNIOR, 2014;

BRASIL, 2013).

A mulher possui a capacidade natural de amamentar mais de um lactante simultaneamente, isso quando os estímulos da amamentação são corretos. Essa situação é particularmente justificada em duas condições distintas: relatos de amas de leite, que amamentavam mais de uma criança em AME, e àquelas mães que fazem doação aos bancos de leite, amamentando seus filhos adequadamente (CAMPOS JÚNIOR, 2014).

É sabido o benefício do AM, não somente para a criança, mas para a mãe, a sociedade e meio ambiente, à curto, médio e longo prazo. No caso da amamentação em gemelares, outras vantagens podem ser acrescentadas, como o econômico se comparada ao consumo de fórmulas. Dessa maneira, é essencial orientar que o aleitamento seja iniciado precocemente, de forma que a produção láctea materna se adeque à maior demanda que será exigida. Caso não haja possibilidade da criança amamentar, deverá ser efetuado o esvaziamento das mamas através de extração manual do leite ou com o auxílio de bomba de sucção, ainda na sala de parto. A produção de leite adequada só ocorrerá caso a mãe amamente ou retire o leite com frequência e em livre demanda, mimetizando as mamadas com extração do leite na frequência de 8 a 9 vezes ao dia (CAMPOS JÚNIOR, 2014; BRASIL, 2013).

Nos primeiros dias, a lactante deve ser orientada a amamentar todos os RN separadamente garantindo uma boa pega a ambos os bebês. Posteriormente, com a segurança da mãe, a mãe deverá ser orientada a iniciar o aleitamento simultâneo das crianças, possibilitando um maior tempo de repouso para a mãe. As posições aconselháveis nessa etapa são: mãe assentada, com um dos bebês na posição habitual e o outro em posição invertida ou “de futebol americano”, com o corpo posicionado abaixo da axila e a mãe segura a cabeça com a mão e o corpo fica amparado por uma almofada. Nas mamadas subsequentes, alterna as posições entre os bebês. A outra possibilidade é, ainda com a mãe assentada, as crianças fiquem sentadas nas pernas da lactante, posição à cavaleiro, segurando-os pela cabeça. Tais posições podem modificar com o decorrer do tempo e à medida que as crianças crescerem, sempre adequando as posições mais confortáveis para cada pessoa (CAMPOS JÚNIOR, 2014; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2017).

Não há uma regra de padrão do aleitamento, porém, a mudança da mama oferecida a cada mamada ajudaria a ofertar nutrição equitativa dos bebês, pois cada seio possui produção e armazenamento de leite diferente. Além disso, a mãe deve aprender a identificar as necessidades de cada RN e respeitar as diferenças entre eles (CAMPOS JÚNIOR, 2014; BRASIL, 2013; CINAR, 2013).

Toda criança apresenta períodos de aceleração de crescimento, que duram aproximadamente dois a três dias, o que aumenta a necessidade do leite. Até os quatro meses são observados três desses episódios: o primeiro entre o 10º e 14º dia, o segundo entre quatro e seis semanas e o último próximo aos três meses de vida. Durante esses episódios as mães podem apresentar a sensação de não produzirem leite suficiente e acabam suplementando o leite com outras fórmulas lácteas. Isso pode ser modificado, orientando e auxiliando a mãe sobre a ocorrência deste fenômeno, estimulando maior produção de leite próximo a essas fases (BRASIL, 2013).

Por fim, deve-se evitar oferecer amamentação exclusiva a um filho e leite artificial ao outro, de modo que isso possa interferir nas diferenças entre os sentimentos maternos para com as crianças. Se de alguma forma, não for possível o aleitamento de um dos filhos, por qualquer que seja o motivo, a mãe deve ser orientada a aumentar o contato físico com o mesmo, de maneira a não prejudicar o relacionamento mãe-filho (BRASIL, 2013).

7. FISSURAS LABIAL E PALATINA

A fissura labiopalatina (FLP) é uma patologia congênita que se caracteriza pela ausência de continuidade do lábio, do palato ou de ambos. Durante o desenvolvimento intrauterino ocorrem falhas na fusão de processos embrionários, que têm como consequência as malformações. Sua etiologia é complexa e apresenta-se causas multifatoriais. Existem causas genéticas, ainda não totalmente esclarecidas, e ambientais, como: hipóxia, medicamentos, carências alimentares, infecções, alcoolismo e tabagismo (MURAHOVSKI, 2013).

A FLP não sindrômica é a anomalia de maior prevalência entre as malformações craniofaciais congênitas (68,1%), as relacionadas a síndromes compõem 3,5% e as que são associadas a outras malformações constituem 2,4% do total. De acordo com as últimas pesquisas, a incidência de FLP oscila entre 0,47 e 1,35 episódios a cada 1000 nascidos vivos. Quanto ao tipo, a FLP é a que apresenta maior predominância, representando mais de 50% dos casos. Em relação ao gênero, o masculino é o mais acometido, entre 54% e 57%. Os indivíduos que têm a FLP podem apresentar comprometimento otológico, respiratório, dentário, da fonação, da deglutição e de sucção. Além das alterações funcionais, é possível observar prejuízo na estética e distúrbios emocionais (DUARTE, 2015).

É bastante diversificada a apresentação fenotípica da deformidade, há fissurados que não têm problemas para serem alimentados pela mãe e aqueles que têm grandes dificuldades. A influência da FLP no AM depende da extensão da malformação, dessa maneira, cada caso é diferente e devem ser abordados de acordo com as suas peculiaridades. O sucesso do aleitamento do RN fissurado depende da assistência a essa nutriz e ao seu RN. É importante que a família tenha o apoio psicológico para lidar com a situação, pois é possível que os pais se sintam culpados, decepcionados ou envergonhados. Sentimentos como esses atrapalham a relação com o bebê, e, conseqüentemente, seu desenvolvimento. O AM, principalmente quando realizado da maneira adequada, contribui para uma relação mais próxima entre mãe e filho (CAMPOS JÚNIOR, 2014).

Comumente não é preciso recorrer a técnicas especiais para amamentação de lactentes fissurados quando a fenda é apenas labial, pequena e não acomete outras estruturas (CAMPOS JÚNIOR, 2014).

A criança com fissura labial isolada encontra menor dificuldade para mamar porque o palato íntegro mantém as pressões negativa e positiva dentro da cavidade oral e assim, o bebê é capaz de realizar a sucção (DUARTE, 2015).

Quando a fenda labial é mais extensa, com acometimento da arcada dentária e nariz, a amamentação se torna mais complicada e pode ocorrer refluxo do leite para as narinas da criança (CAMPOS JÚNIOR, 2014).

O paciente com fenda palatina não consegue sugar adequadamente pela ausência da formação das pressões intraorais efetivas e pela falta de apoio para comprimir o mamilo do seio da mãe com a movimentação da língua devido à existência de comunicação entre a cavidade nasal e oral resultante da ausência total ou parcial do palato. Ademais, a extensão da fissura palatina está relacionada à melhor ou ao pior desempenho da sucção. Bebês com fissuras pequenas têm a qualidade da sucção próxima a das crianças sem a malformação (DUARTE, 2015).

Logo após o nascimento da criança, é importante estimular a mãe a amamentar seu filho o quanto antes, ratificando que o ato não será prejudicial ao neonato. No entanto, é preciso informar à família sobre as complicações e as dificuldades que podem ocorrer. O bebê estará sujeito a engasgos, broncoaspiração e regurgitação do leite pelo nariz, mas esses problemas também podem acontecer quando realizado com o aleitamento artificial. Então, é essencial que durante o momento da amamentação um aspirador permaneça próximo e que a mãe tenha condições de manuseá-lo no caso de intercorrências (CAMPOS JÚNIOR, 2014).

O AM do RN fissurado exige mais tempo, é mais trabalhoso, o bebê se cansa mais facilmente e suga menos leite que o RN sem deformidade (BRANCO, CARDOSO, 2013).

Nesses bebês ocorre grande consumo energético e a extração láctea é reduzida, levando a deficiência nutricional, baixo peso e o risco de desidratação. Esses fatores interferem do desenvolvimento adequado da criança (OLIVEIRA, 2014).

É indicada avaliação do ganho ponderal semanalmente e caso o peso da criança não esteja adequado, mesmo com as técnicas corretas para amamentação, o emprego de outras formas para alimentar o bebê. O próprio LM pode ser utilizado e oferecido ao neonato através de colher, seringa ou copo (CAMPOS JÚNIOR, 2014).

O auxílio de uma equipe multiprofissional da área de saúde é de fundamental importância para que a amamentação da criança portadora de FLP ocorra de maneira satisfatória. Os pais precisam ser orientados sobre a relevância do AM e como realizá-lo da melhor forma. A amamentação natural ao seio apresenta diversos benefícios, como: o melhor contato mãe-filho, estreitamento de laços e a geração de maior afetividade entre eles. No momento da deglutição, a tuba auditiva é menos pressionada no bebê amamentado do que em outras formas de aleitamento, uma vez que o seio é maleável e se adapta melhor a fenda do que qualquer bico artificial o que colabora com o desenvolvimento ósseo e muscular orofacial. O leite humano não é irritativo para mucosa das vias aéreas em caso de broncoaspiração, é nutritivo e contém fatores anti-infecciosos, prevenindo a otite média, por exemplo, que é a complicação mais observada em portadores da fenda palatal (CAMPOS JÚNIOR, 2014; OLIVEIRA, 2014).

Existem técnicas especiais que facilitam o AM do bebê fissurado. Quando a fenda é labial e

unilateral, a nutriz pode encaixar a mama na boca do RN pelo lado acometido e direcionar o mamilo para o outro lado. Com a presença da fenda labial bilateral, a maneira indicada é colocar a criança em posição vertical e introduzir o mamilo e aréola na sua boca, ocluindo a deformidade. No caso do portador da fissura palatina ou da FLB, é mais seguro que ele seja amamentado na posição ortostática, pois facilita a deglutição e previne o regurgitamento de leite pelas narinas. Em certas situações como a fissura do palato ampla, direcionar o mamilo para baixo ou afastá-lo da fenda é procedimento mais preconizado. Uma alternativa existente para amamentar o bebê com fissura palatal é o emprego de prótese, entretanto, as opiniões sobre esse artifício ainda são definitivas (CAMPOS JÚNIOR, 2014).

A nutriz de crianças portadoras de fendas palatinas e labiais devem utilizar o primeiro e o segundo dedo da mão durante a amamentação para auxiliar a estabilização da mandíbula do lactente enquanto segura o seio com os outros dedos para auxiliar no aleitamento. Ela também pode usar o polegar para obstruir a fissura labial, aumentando a pressão dentro da cavidade oral que auxilia a sucção do bebê (CAMPOS JÚNIOR, 2014).

A equipe de saúde deve orientar a mãe sobre aspectos significantes do processo de alimentação do bebê. É necessária a higienização da cavidade oral e nasal anteriormente e posteriormente ao aleitamento assim como é importante lateralizar a criança depois que ela mama para evitar sufocamento. É preciso dar pausas durante a amamentação para que o lactente consiga arrotar (OLIVEIRA, 2014).

O AM em RN com FLP pode ser bem-sucedido e, diante de seus benefícios para o bebê fissurado, as mães devem ser encorajadas a praticá-lo sem receio das complicações que possam acontecer e, caso ocorram, a mãe deve estar preparada para o atendimento adequado do seu bebê. É papel do profissional de saúde orientar a puérpera como cuidar do seu filho, dando-lhe suporte psicológico, orientando e esclarecendo suas dúvidas, para que ela tenha segurança e vontade de amamentar seu bebê (CAMPOS JÚNIOR, 2014).

8. REFERÊNCIAS

BRANCO, L.L., E CARDOSO, M.C. (2013). *Alimentação no recém-nascido com fissuras lábio palatinas*. Universidade: Ciências da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar. *Cadernos de Atenção básica*. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: *Guia alimentar para crianças menores de dois anos*. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013

CORVAGLIA, L.; MARTINI, S.; FALDELLA, G. *Breastfeeding the preterm infant. Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, Bologna, v.2, n.2, 2013

CINAR, N. D., *et al.* Breastfeeding Twins: a qualitative study. *Journal of health, population and nutrition*, Sakarya, v. 31, n. 4, dez./2013

DIOCLÉCIO CAMPOS JÚNIOR (São Paulo). Sociedade Brasileira de Pediatria. *Tratado de pediatria*. 3. ed. Barueri: Manole Ltda, 2014. 2 v.

DUARTE, G.A. *Métodos de Alimentação para Crianças com Fissura Labiopalatina*. 2015. 58 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação) - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre. 2015

GASPARETO, N.; HINNIG, P. F.; CARDOSO, E.; ADAMI, F.; NAKASATO, M.; HIDAKA, P. T. Aleitamento materno e cardiopatia congênita. *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.= J. Brazilian Soc. Food Nutr.*, São Paulo, SP, v. 38, n. 1, p. 57-66, abr. 2013.

KLIEGMAN, R. M. et al. *Nelson Tratado de Pediatria*. 19. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. 2 v. Tradução de: Silvia Mariângela Spada

LAMOUNIER, J. A.; Breastfeeding in preterm infants: public health policy in primary care. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 34, p. 137-138, 2016

LEÃO, E. et al. *Pediatria Ambulatorial*. 5. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

MAGALHAES MONTEIRO, Flávia Paula et al . CARACTERIZAÇÃO ALIMENTAR DE CRIANÇAS COM CARDIOPATIAS CONGÊNITAS. *Cienc. enferm.*, Concepción, v. 18, n. 1, p. 77-88, abr. 2012 .

Ministério da Saúde. *Manual de saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar*. 2. ed. Brasília, 2015. 186 p. (23). Disponível em: <<https://goo.gl/gTrmG4>>. Acesso em: 23 ago. 2017.

MURAHOVSKI, J. *Pediatria e Diagnóstico*. 7. ed. São Paulo: Sarvier, 2013.

OLIVEIRA R.M.N. *Uma abordagem sobre as dificuldades enfrentadas por mães na amamentação de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas*. REBES, 2014.

REDE GLOBAL DE BANCOS DE LEITE HUMANO. Fundação Oswaldo Cruz. *Amamentação e doação: em situações especiais*. Disponível em: <<http://rblh.fiocruz.br/pt-br/em-situacoes-especiais>>. Acesso em agosto de 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Atenção à saúde da criança: Aleitamento materno. *Caderno de Atenção à saúde da criança*. Paraná: Ed. Secretaria de Estado da Saúde, 2014. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pdf3.pdf>> Acesso em agosto de 2017.

SECRETARIA DA SAÚDE, Coordenação da Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal . *Manual cuidados básicos aos portadores de fissuras labiopalatinas*. São Paulo: SMS, 2012.

SILVA, T. Aleitamento materno: prevalência e fatores que influenciam a duração

da sua modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de idade. *Sociedade*

Portuguesa de Pediatria, nov./2013