

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

ACONSELHAMENTO EM AMAMENTAÇÃO

Alessandro Chaves Corrêa

Acadêmico do Instituto Metropolitano de Ensino Superior - Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6335111155146224>

Gustavo Henrique de Oliveira Barbosa

Acadêmico da Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9302045339380698>

Janssen Ferreira de Oliveira

Acadêmico da Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4381395406226742>

Thiago Vitor de Melo Ferreira

Acadêmico de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4909559763774401>

1. INTRODUÇÃO

O termo aconselhamento é definido como um processo de interação interpessoal que tem por objetivo assistir o indivíduo em sua integralidade, bem como auxiliar o processo de tomada de decisões acerca dos diversos âmbitos vivenciados por esse, dentre eles o da saúde. No campo da amamentação, o aconselhamento busca, por meio da atuação multiprofissional, a elucidação e orientação de entraves enfrentados pelas mães no período pré e pós-natal. Ressalta-se, nesse contexto, a importância do médico pediatra no engajamento de ações de incentivo ao AM, tanto na equipe multiprofissional como de forma individual. A esse profissional cabe o papel, de extrema importância para a família, de cuidados da saúde da criança, fundamental para a resolução dos desafios enfrentados pelas mães durante o estágio de amamentação (GIUGLIANI, 2014).

“Aconselhar não significa dizer à mulher o que ela deve fazer; significa ajudá-la a tomar decisões, após ouvi-la, entendê-la e dialogar com ela sobre os prós e contras das opções. No aconselhamento, é importante que as mulheres sintam que o profissional se interessa pelo bem-estar delas e de seus filhos para que elas adquiram confiança e se sintam apoiadas e acolhidas. Em outras palavras, o aconselhamento,

por meio do diálogo, ajuda a mulher a tomar decisões, além de desenvolver sua confiança no profissional” (BRASIL, 2015, p.40).

De acordo com o Ministério da saúde (2015), o profissional de saúde deve ter, além de domínios básicos e da destreza para tratar o assunto AM, a capacidade para se comunicar de forma eficaz e clara, obtida de forma mais fácil quando são empregadas técnicas intrínsecas para o aconselhamento em amamentação. Logo, além da comunicação verbal por meio da utilização das palavras para nortear e facilitar o processamento do conhecimento a respeito do assunto, a comunicação não-verbal se faz preciso para se alcançar o êxito no aconselhamento.

Nessa égide, o “Curso de Aconselhamento em Amamentação”, implementado pelo UNICEF em 1997 e vigente até os dias atuais, ratifica a relevância da comunicação não-verbal e propõe atitudes que simplificam o contato entre o profissional envolvido no cuidado à saúde e a nutriz. Dentre as ações que foram sugeridas para a facilitação do contato e garantia de sucesso desse curso, sendo reafirmada por Leite, Silva e Scochi (2004), tem-se: adoção de uma postura adequada entre as partes, que contribui diretamente para a aproximação ou distanciamento dos envolvidos; o contato visual dirigido, demonstrando interesse no que está sendo tratado, o qual proporciona uma relação de confiança estabelecida através da empatia; e a dedicação de tempo para ouvir as necessidades e dúvidas da nutriz. Tais ações têm se tornado favorável no contexto do aconselhamento à amamentação, ampliando seus benefícios.

É de grande valia, ainda, apoiar condutas, como a utilização de uma linguagem simples e acessível a quem está ouvindo, aceitar e respeitar as opiniões e sentimentos das mães, reconhecer e elogiar os pontos em que as mães e crianças mostraram evolução e dar conselhos em vez de ordens. É igualmente necessário dialogar com a mãe sobre a sua situação de saúde e a do bebê, esclarecendo os procedimentos e condutas para a elucidação de uma orientação plena e eficiente (YU, 2013).

Logo, este capítulo busca salientar ações práticas, que serão tratadas a seguir, relacionadas a diferentes tópicos no âmbito da amamentação. Além disso, propõe recomendações apropriadas para tornar mais inteligíveis e abrangente as situações relacionadas ao processo de AM.

1.1 Pré Natal

Segundo o Ministério da Saúde (2015), o aconselhamento no pré-natal é voltado mais para esclarecer para a mãe os benefícios do AM, além de conhecer um pouco sobre a vida e a cultura da mãe. Cabe ainda ressaltar que através do diálogo é esperado que a mulher consiga obter a confiança profissional com o médico e assim seguir sua ajuda nas tomadas de decisões.

De acordo com Brandão et al (2012), nota-se ainda a importância de que a equipe de saúde conheça o cotidiano materno e o contexto sociocultural a que elas pertencem, suas dúvidas, medos e expectativas, bem como, mitos e crenças referentes ao AM, para que possam desmistificar práticas

consolidadas pelo “senso comum” que influenciam de forma negativa na lactação (BRANDÃO *et al.*, 2012),

Hussainy S.Y. e Dermele N. (2011) afirmam que o fato de o pediatra, na puericultura, ser treinado em AM impacta positivamente a amamentação, e ainda que aquelas mães que já haviam vivenciado a amamentação anteriormente possuíam mais chances de amamentar de forma exclusiva (HUSSAINY; DERMELE, 2011).

1.2 Início da amamentação

Em 2013, o Ministério da Saúde lançou um livro informando 10 passos para uma alimentação saudável para crianças menores de 2 anos: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Passo 1 – Dar somente LM até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos.

Passo 2 – A partir dos 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo-se o LM até os 2 anos de idade ou mais.

Passo 3 – Após os 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia se a criança receber LM e cinco vezes ao dia se estiver desmamada.

Passo 4 – A alimentação complementar deverá ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.

Passo 5 – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida com colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

Passo 6 – Oferecer à criança diferentes alimentos aos dias. Uma alimentação variada é, também, uma alimentação colorida.

Passo 7 – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

Passo 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

Passo 9 – Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir armazenamento e conservação adequados.

Passo 10 – Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo a alimentação habitual e seus alimentos preferidos e respeitando sua aceitação.

1.3 Comportamento normal do bebê

Não há um comportamento padrão ou ideal do RN, mas um comportamento para cada RN, segundo o Ministério da Saúde (2015). Isto ocorre em virtude dos diversos fatores que influenciam a resposta da criança, como, por exemplo, a idade gestacional, personalidade, sensibilidade, estado

emocional da mãe, vivências do parto e interferências ambientais.

É comum as mães relatarem que seu bebê troca o dia pela noite, sendo que esse fato é recorrente entre as crianças após nascerem, de acordo com o Ministério da Saúde (2015), visto que os recém-nascidos se comportam após o parto com os mesmos padrões apresentados intra-útero.

1.4 Número de mamadas por dia

A SBP (2014) não preconiza um número ideal de mamadas por dia, nem um horário e um tempo certo para a permanência nas mamas, respeitando a vontade de criança para mamar.

1.5 Duração das mamadas

A SBP (2014) também não determina um tempo de permanência em cada mama, em virtude que cada dupla mãe/bebe leva certo tempo para esvaziar o peito, sendo que algumas conseguem fazê-lo em poucos minutos e outras em até 30 minutos. Ressalta-se ainda que para a mãe mudar a criança para amamentar na outra mama, deve-se considerar que o bebê esvaziou completamente o leite da outra mama, assegurando-se assim a manutenção da produção do leite.

1.6 Uso da chupeta e da mamadeira

Segundo o Ministério da Saúde (2015) o uso da chupeta e da mamadeira não é recomendado atualmente, visto que elas podem interferir negativamente na duração do AM.

Segundo Buccini (2017), o hábito de sucção de bicos, chupetas e mamadeiras podem induzir o desmame precoce. Na literatura encontram-se várias explicações para esta relação, dentre elas a que a chupeta é considerada um marcador de dificuldade na amamentação, pois a mãe ansiosa introduz a chupeta porque não suporta o choro e as demandas da criança. Cabe ainda ressaltar que é provável que o uso da chupeta implique na redução no número de mamadas por dia e como consequência, uma menor estimulação do complexo mamilo areolar e menor produção de leite, podendo levar ao desmame.

Outro aspecto a ser levado em consideração por Buccini (2017) sobre o uso de chupeta, bicos e mamadeiras diz respeito à segurança (física, química e imunológica), podendo ocorrer: asfixia e estrangulamento, causados por partes que desprendem da chupeta; intoxicação por produtos usados na composição e processamento do látex; alergias ao látex causando sintomas respiratórios como rinites, conjuntivites e broncoespasmo; e como qualquer outro objeto levado a boca, a chupeta pode servir de veículo capaz de causar infecções como otites, candidíase oral e cáries dentárias.

De acordo com o Ministério da Saúde (2015), a ingestão de água, chás e principalmente outros leites devem ser evitados, em virtude de existirem comprovações que o seu uso está relacionado com

o desmame precoce e o aumento da morbimortalidade (BRASIL, 2015).

A introdução de chupetas e mamadeiras pode ocasionar uma confusão para o bebê pela preferência pelo bico artificial, influenciando na sua habilidade oral para realizar a ordenha no peito, fenômeno que é denominado de “confusão dos bicos” ou “confusão de sucção”. Uma revisão de literatura de Zimmerman e Thompson (2015) encontrou fortes evidências na associação da mamadeira com o fenômeno da confusão dos bicos em virtude do uso da mamadeira, uma vez que libera o leite mais rápido que a sucção ao peito. Entretanto, poucas evidências relacionaram este fenômeno e o uso de chupetas (ZIMMERMAN; THOMPSON, 2015).

1.7 Aspecto do leite

O LM, segundo a SBP (2014), é homogêneo na grande maioria das mulheres, sendo sua qualidade e quantidade afetada apenas nas mulheres que sofrem de desnutrição grave. O leite nos primeiros dias é chamado de colostro e contém mais proteínas e menos lipídeos que o leite maduro. Já o leite maduro pode ser dividido em três partes: o leite anterior (representa o início da mamada) que contém alto teor de água e anticorpos (tem aspecto semelhante à água de coco), o leite do meio da mamada que começa a apresentar uma coloração mais brancacenta e opaca em virtude do aumento da quantidade de caseína, e também temos o leite final que evidencia uma maior concentração de gordura e conseqüentemente um maior teor energético, sendo o leite posterior o que sacia melhor a criança e daí a importância de esvaziar bem a mama (SBP, 2014).

1.8 Alimentação da nutriz

Após o período gestacional, o aumento do apetite e da sede por parte da nutriz se torna evidente, além de mudanças relacionadas à preferência alimentar, justificados, principalmente, pela produção do leite. Dentre os tópicos básicos em AM, há de se destacar que o acréscimo de 500 calorias na dieta diária das nutrizes seja suficiente em função do armazenamento de 2 a 4 kg na gravidez para fins de lactação (GIUGLIANI, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (2015), a alimentação da nutriz deve ser baseada nas seguintes recomendações:

- Consumir dieta variada, incluindo pães e cereais, frutas, legumes, verduras, derivados do leite e carnes;
- Consumir três ou mais porções de derivados do leite;
- Esforçar-se para consumir frutas e vegetais ricos em vitamina A;
- Certificar-se de que a sede está sendo saciada, porém, evitar o excesso de água;
- Evitar dietas e medicamentos que promovam rápida perda de peso (mais de 500g/ semana);

- Consumir moderadamente café e outros produtos com aditivos cafeinizados.

É importante ressaltar que o aconselhamento acerca da nutrição deve ser feito baseando-se nas peculiaridades de cada mãe, como quando se trata de seu estilo de vida, o que é exemplificado pela reposição de vitamina B a partir de outras fontes por mulheres vegetarianas, e também considerar o aspecto financeiro, sendo que, a partir deste, deverão ser estabelecidos limites e possibilidades para a tomada de decisões, com intuito de evitar uma desmotivação quanto à prática do AM. Cabe ao pediatra também enaltecer a boa qualidade do LM, mesmo quando este é proveniente de mães que aderiram a uma dieta inadequada (GIUGLIANI, 2014).

Existe a possibilidade também das mulheres relacionarem o efeito no bebê a algum componente da alimentação materna. Diante dessa situação, deve-se fazer a retirada temporária do alimento prosseguida pela sua reintrodução, e, concomitantemente a isso, analisar as reações na criança (GIUGLIANI, 2014).

1.9 Retorno da mãe ao trabalho

Um entrave considerável para a prática do AM, principalmente o exclusivo, é o trabalho fora do lar exercido pela nutriz. Ao término da licença-maternidade, cuja duração é de 4 a 6 meses, há uma chance maior de a mãe optar pela abstinência parcial ou total do ato de amamentar. Aliado a isso, é notório o grande desconhecimento de considerável parcela das lactantes em relação às técnicas de extração e conservação do leite, bem como os meios de sua oferta ao bebê. Nesse cenário, é bastante comum a mãe introduzir precocemente alimentos substitutos do LM (BRASIL, 2015).

De acordo com a SBP (2012), é importante o pediatra apresentar as vantagens proporcionadas pelo AM, além de fazer orientações acerca das técnicas de ordenha e armazenamento do leite extraído para este ser usado durante o tempo em que a nutriz estiver fora de casa. Quanto ao cuidador da criança na ausência da mãe, é necessário demonstrar as formas de oferta do leite, sendo que estas devem ser realizadas em copinho, xícara ou colher, e, além disso, ressaltar a necessidade de não se fazer o uso da mamadeira. Após a volta da mãe ao trabalho, é indispensável também haver uma contribuição por parte da família, em especial, o companheiro da nutriz, no sentido de divisão das tarefas domésticas. Cabe ao pediatra também, informar à mãe, quando pertinente, sobre a proteção à atividade lactante prevista em leis vigentes no país, garantindo assim a realização adequada da atividade lactante.

Segundo a SBP (2012), a prática da ordenha do leite constitui uma ferramenta imprescindível das nutrizes na manutenção do aleitamento durante o período de volta ao trabalho. Mas para a realização da técnica, a mãe deve avaliar as facilidades para a retirada e a disponibilidade de locais em seu ambiente profissional para o armazenamento do leite. A orientação para a mãe, antes da realização da ordenha, é a de lavar as mãos e antebraços cuidadosamente, e a execução do procedimento de ordenha deve ser feita preferencialmente por ela própria. É aconselhável fazer uso de máscara ou evitar falar, espirrar ou até mesmo tossir durante a execução da técnica. É preciso salientar ainda que não há a necessidade de realizar a lavagem frequente da mama, a qual deve ser também massageada prévia

e delicadamente através de movimentos circulares, da base em direção à aréola com o objetivo de identificar pontos dolorosos.

Ainda segundo a SBP (2012), em uma posição confortável, sendo sentada ou em pé, a nutriz deverá posicionar próximo ao seio um vasilhame com tampa plástica constituído por vidro e, preferencialmente, provido de boca larga e previamente esterilizado para o armazenamento do leite. Pode ser usado um vasilhame para os dois seios simultaneamente ou dois vasilhames colocados um embaixo de cada mama. O recipiente será submetido à fervura durante cerca de 20 minutos para a esterilização.

Para o ato manual da ordenha, é necessário ter à mão um pano úmido limpo e lenços de papel destinados à limpeza das mãos. Deve-se utilizar a mão esquerda para a mama esquerda e a mão direita para a mama direita ou as duas juntas, por meio da técnica bi manual (as duas mãos em uma mesma mama) ou uma em cada. Os dedos ficarão em forma de “C”, segundo a SBP (2012), com o polegar na aréola acima do mamilo e o dedo indicador abaixo do mamilo na transição aréola-mama, em oposição ao polegar. Os outros dedos terão a função de sustentar o seio.

De acordo com a SBP (2012), com o intuito de aumentar o fluxo lácteo a ser coletado, a mãe pode assumir uma posição levemente inclinada para frente. Então, começa-se a pressionar suavemente o polegar e o indicador um em direção ao outro e levemente para dentro, em direção à parede do tórax. Fazer pressão excessiva, nesse caso, pode bloquear os ductos lactíferos e impedir a saída do leite. Deve-se então, pressionar e soltar, repetidamente. Num primeiro momento, pode ser que o leite não saia, mas gradativamente começa a pingar e, em algumas situações, evoluir para jorros, caso o reflexo de ocitocina seja ativo.

Segundo Giugliani e Santiago (2014), a partir do início do fluxo lácteo, é aconselhável descartar os primeiros jatos para obter uma melhora na qualidade do leite pela redução de agentes infecciosos. Durante a execução da técnica, alterna-se a posição dos dedos ao redor da aréola de modo a esvaziar todas as áreas. A retirada adequada de leite dura cerca de 20 a 30 minutos, principalmente nos primeiros dias, quando apenas uma pequena quantidade de leite pode ser produzida. Quando o fluxo de leite diminuir, a partir de 3 a 5 minutos de ordenho, deve-se alternar a mama e repetir a massagem e o ciclo várias vezes.

Giugliani e Santiago (2014) afirmam que, ao término da técnica de ordenho, o frasco esterilizado contendo o leite deverá ser armazenado na geladeira, cuja conservação dará ao extraído uma validade de 12 horas, ou no congelador e freezer, onde poderia ser conservado por até 15 dias após a sua estocagem. Caso o leite esteja pasteurizado e no congelador ou freezer, esse prazo é estendido para 6 meses.

Antes de oferecer ao bebê, segundo Giugliani e Santiago (2014), retira-se o leite do freezer e coloque-o na geladeira, onde, preferencialmente, deverá ser descongelado. Após isso, é necessário realizar o seu aquecimento em banho-maria, fora do fogo. Ao ofertar à criança, deve-se agitar levemente o leite para haver uma melhor distribuição da gordura. Caso a oferta seja por meio do copinho,

primeiramente, é necessário despertar o bebê e fazer massagens nos pés e na face, sem deixar, claro, que ele fique agitado por fome ou algum outro desconforto para não dificultar a manobra. Assim, o bebê deve ser acomodado no colo, na posição sentada ou semissentada, de modo que a cabeça forme em relação ao pescoço um ângulo de 90°. Desse modo, o copo deve ser encostado no lábio inferior do bebê, sem que o leite seja despejado na boca do lactente, para deixar o LM tocar o lábio, estimulando o bebê a fazer movimentos de lambida procedido por deglutição.

1.10 Dificuldades mais recorrentes e orientações

Os problemas enfrentados pela nutriz que interferem no período de amamentação são diversos. Eles têm papel determinante para a continuidade no processo de AM e devem ser reconhecidos e tratados precocemente. Nessa perspectiva, serão abordadas as dificuldades mais recorrentes e orientações mais adequadas com o intuito de amenizá-las, a fim de evitar a suspensão desse ato tão significativo para a saúde do lactente.

1.11 Ingurgitamento mamário

Conforme o Ministério da Saúde (2015), o ingurgitamento mamário ocorre devido à uma produção de leite que ultrapassa as necessidades do lactente, relacionado a fatores que inibem o esvaziamento das mamas. Há três causas estão envolvidas na etiologia do ingurgitamento, são elas: congestão e aumento da vascularização da mama, retenção de leite nos alvéolos e edema provocado pela congestão ou obstrução da drenagem linfática.

A fisiopatologia do ingurgitamento está relacionada a uma sequência de acontecimentos que inclui, em primeiro lugar, a retenção do leite nos alvéolos, provocando a distensão alveolar. Em seguida, há a compressão dos ductos lactíferos que ocasiona a obstrução do fluxo do leite, o qual piora a distensão dos alvéolos e aumenta o bloqueio. O leite sofre, a nível intermolecular, aumento da pressão intraductal, tornando-o mais viscoso. Esse processo dá origem à condição relatada, muitas vezes, como “leite empedrado”. Devido a estase vascular e linfática, aparecerá, secundariamente, o edema das mamas. Caso não haja reversão do quadro, haverá um bloqueio da produção do leite e, por conseguinte, tem-se a reabsorção do leite represado (SANTIAGO; SANTIAGO, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (2015), é necessário fazer a distinção do ingurgitamento fisiológico e patológico, visto que as interferências para esses são diferentes. No fisiológico, o acometimento da mama é mais discreto e não há necessidade de se fazer intervenções. Já no patológico, as mamas podem ficar demasiadamente distendidas, o que provoca um desconforto para a nutriz e leva, ocasionalmente, ao aparecimento de febre e mal-estar. A mama, nesse quadro, encontra-se dolorosa, edemaciada e brilhante; além disso, os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, e há restrição quanto à fluidez do leite.

Dentre os fatores causais do ingurgitamento temos: início tardio do AM, produção de leite em abundância, sucção inadequada e ineficaz do lactente, mamadas infrequentes e restrição da duração e frequência das mamadas. Logo, como orientação preventiva, recomenda-se a amamentação em livre demanda, a qual deve ser iniciada o quanto antes, de preferência logo após o parto, com a utilização das técnicas corretas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Como orientações terapêuticas, em conformidade com o Ministério da Saúde (2015), aconselha-se ordenhar manualmente a aréola antes das mamadas caso ela esteja tensa, a fim de que ela fique macia e facilite a pega do bebê. É indicado massagear as mamas com movimentos circulares, sobretudo nas regiões ingurgitadas, para tornar o leite menos viscoso e facilitar a sua retirada, o que induz também a síntese de ocitocina que aumenta a ejeção do leite.

O Ministério da Saúde (2015) ratifica que é apropriada a utilização, em uso ininterrupto, de sutiã com alças largas e firmes para o alívio da dor e manutenção dos ductos lactíferos em posição anatômica, além da aplicação de gelo ou gel gelado em intervalos regulares após ou nos períodos entre as mamadas, sendo que, em situações de gravidade, a aplicação pode ser feita de duas em duas horas. A administração de compressa fria provoca vasoconstrição temporária por consequência da hipotermia, contribuindo para a diminuição edema, aumento da drenagem linfática e menor produção do leite. É importante ressaltar que o tempo de utilização das compressas não devem ultrapassar vinte minutos, pois pode ocorrer aumento do fluxo sanguíneo como forma de compensar a diminuição da temperatura local.

Em casos onde o lactente não consegue sugar a mama adequadamente, o Ministério da Saúde (2015) orienta ordenha-la de forma manual ou utilizar bomba de sucção. Além de suprir as necessidades da criança, o esvaziamento da mama contribui para o alívio da dor sentida pela mãe, em consequência da redução da pressão dentro dos alvéolos, e promove a drenagem linfática mais eficiente. Outra medida apropriada para o ingurgitamento é a administração de analgésicos e anti-inflamatórios. O Ibuprofeno é o mais aconselhado, embora o Paracetamol e a dipirona sejam destacados como alternativas terapêuticas.

1.12 Bebê com ausência ou ineficácia da sucção

Em casos onde houver uma sucção ineficaz ou ausente, a recomendação do Ministério da Saúde (2015) é de identificação da causa e de seus manejos. Muitos lactentes enfrentam dificuldade no ato da sucção e diversos são os motivos, sejam eles relacionados à utilização de chupeta, bico artificial, mamadeira, posição do bebê durante a amamentação ou a fatores maternos.

De modo geral, ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2015), é indicada a suspensão do bico e chupeta, já que reduzem a frequência das mamadas, diminuindo a produção do leite, bem como propor orientações para os fatores maternos que influenciam na sucção do lactente. Entre eles, des-

tacam-se o ingurgitamento, mamas tensas, mamilos planos ou invertidos. A utilização da mamadeira também é um fato a ser discutido com a nutriz, já que pode propiciar a pega inadequada e inconstante do bebê à aréola, causando a diminuição da sucção da mama e, por consequência, a redução do LM.

Outro problema inerente à sucção ineficaz é a posição adotada pelo bebê durante a amamentação, podendo levar a recusa da mama. Sendo assim, a posição invertida ou “de jogador de futebol americano” tem se mostrado eficiente para evitar a recusa de uma mama. Nessa posição, descrita por Calil e Vinagre (2014), a mãe deve segurar a criança em posição semelhante à que um jogador de futebol americano segura uma bola. O lactente permanece entre o membro superior e parte do tórax da mãe. O seu dorso é mantido sobre o antebraço materno e a parte anterior do tórax da criança fica junto à linha axilar média da mãe. A cabeça do bebê, seu pescoço e parte superior da região dorsal, devem ser apoiados pela mão da lactante.

Se o bebê continuar a recusar uma das mamas – de acordo com Ministério da Saúde (2015) - é possível manter AME utilizando apenas uma das mamas. Outrossim, a nutriz também deve ser aconselhada a estimular a sua mama com regularidade - no mínimo cinco vezes ao dia- através da ordenha manual ou por bomba de sucção. Essas ações potencializam a produção de leite.

1.13 Demora na descida do leite

Para o Ministério da Saúde (2015), a apojadura - estágio onde há a distensão fisiológica dos alvéolos e ductos sem a manifestação da estase láctea, caracterizando a descida do leite - acontece, geralmente, do 2º ao 5º dia pós-parto. Caso a descida não ocorra após esse período, ela é considerada tardia e se faz necessário diversas orientações, como medidas para estimular a mama através da ordenha ou sucção recorrente do bebê. Além disso, é aconselhado a técnica de translactação, na qual a oferta do leite, de preferência leite humano pasteurizado, é realizada através de um recipiente conectado a uma sonda, sendo essa acoplada ao mamilo da mãe. Quando o lactente suga o mamilo, ele recebe o leite por meio da sonda, o que garante a sua alimentação adequada, bem como a produção de leite pela mãe em decorrência da estimulação da sucção. Logo, quanto maior o estímulo, mais rápida e com maior volume se dá a descida do leite.

1.14 Abscesso mamário

O Ministério da saúde (2015) define o abscesso mamário, em geral, como uma complicação da mastite não tratada ou com tratamento tardio ou ineficaz. A apresentação clínica se dá por dor intensa, mal-estar, febre, e áreas de flutuação à palpação no local afetado. O agente etiológico mais comum é o *Staphylococcus aureus* e a ultrassonografia é um procedimento importante para a detecção precoce da afecção.

Vieira, Issler e Teruya (2014) destacam a galactocele, o fibroadenoma e o carcinoma da mama

com importantes diagnósticos diferenciais. Ressaltam também a importância da intervenção rápida, principalmente pelo possível comprometimento das lactações futuras, já que os abscessos podem evoluir com drenagem espontânea, necrose e perda do tecido mamário. O tratamento é feito através da drenagem cirúrgica, se possível por pequenas incisões ou aspirações com agulha guiadas por ultrassom, a fim de preservação do tecido mamário.

O Ministério da Saúde (2015) recomenda a introdução da antibioticoterapia e o esvaziamento regular da mama afetada. A OMS (2009) preconiza a continuidade da amamentação na mama acometida se a sucção não for muito dolorosa, caso contrário, a mãe pode interromper o aleitamento até a melhora clínica, mantendo a lactação na mama sadia.

1.15 Pouco leite

Embora a hipogalactia seja uma condição rara (CURY, 2003), muitas mães queixam incapacidade de produzir leite suficiente para suprir as necessidades do lactente. Esse fenômeno resulta, muitas vezes, na complementação precoce de alimentos, a qual, por sua vez, induz a uma menor sucção do leite com consequente diminuição na produção desses. Com frequência, esse processo resulta na interrupção do aleitamento.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2015), a denominada “descida do leite” geralmente ocorre até o terceiro ou quarto dia após o parto, influenciada por variações hormonais. A partir daí a produção do leite depende basicamente do esvaziamento da mama, cujo volume varia de acordo com a demanda da criança, sendo que, no geral, a capacidade de produção é maior que as necessidades do filho.

Existem alguns sinais que auxiliam na identificação de que realmente está ocorrendo insuficiência no leite, entre eles a quantidade de vezes que o lactente urinou durante o dia (menos que 6 a 8 vezes) e evacuações infrequentes, duras e secas. Além disso, aumento do número de mamadas, choro frequente e aumento do tempo de sucção. Todavia, a constatação mais importante de que o LM está insuficiente é o acompanhamento do crescimento da criança, a qual não apresenta ganho de peso adequado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Segundo Vieira, Issler e Teruya (2014), as recomendações para aumentar a quantidade de leite produzido englobam a realização de massagem nas mamas no período que antecede as mamadas e o uso de técnicas de relaxamento ao se extrair o leite. É importante, ainda, o aumento da ingestão de líquidos, melhorar a pega do bebê e repouso entre as mamadas.

2. REFERÊNCIAS

ABRANTES, A. et al. Fenômeno de Raynaud do mamilo em mulheres a amamentar: relato de três casos clínicos. *Rev Port Med Geral Fam*, Lisboa, v. 32, n. 2, p. 136-142, Abril. 2016.

BRANDÃO, E. C.; SILVA, G. R. F.; GOUVEIA, M. T. O.; SOARES, L. S.; Caracterização da comunicação no aconselhamento em amamentação. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v. 14, n. 2. abr/jun. 2012.

BUCCINI, Gabriela dos Santos. *Evolução do uso de chupeta e sua influência no aleitamento materno exclusivo no Brasil, 1999-2018*. 2017. Tese (Doutorado em Nutrição em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

CAMPOS JUNIOR, D.; BURNS, D. A. R.; LOPEZ, F. A.; *Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria*. 3 ed. Barueri: Manole, 2014. 3545 p. ISBN: 978-85-204-3350-8

CURY, MTF. Aleitamento materno. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA, organizadores. Nutrição em obstetria e pediatria. *Cultura Médica*, Rio de Janeiro. p. 287-313. 2003.

GIUGLIANI, E.R.J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 80, n. 5, supl. p. s147-s154, nov. 2004.

GIUGLIANI, E. R. J. Tópicos Básicos em Aleitamento Materno. In: CAMPOS JÚNIOR, D.; BURNS, D. A. R.; LOPEZ, F. A. *Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria*. 3 ed. Barueri: Manole, 2014. v. 1, p. 461-473.

HOLANDA, A.A.R. et al. Achados ultrassonográficos das alterações fisiológicas e doenças mamárias mais frequentes durante a gravidez e lactação. *Radiol Bras*, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 389-396, Dezembro. 2016.

HUSSAINY, S.Y. E DERMELE, N. Knowledge, attitudes and practices of health professionals and women towards medication use in breastfeeding: a review. *International Breastfeeding Journal*. v. 6, n. 11. ago. 2011

JEONG, H.S; LEE, H.K. Correction of Inverted Nipple Using subcutaneous turn-Over Flaps to Create a tent Suspension-Like Effect. *Plos one*, Korea, v.10, n.7, p.1-10, Julho. 2015.

KANG, J.K. et al. Inverted Nipple Correction Using a Combination of the Perpendicular Suture Method and the Purse-String Suture Method. *Archives of Aesthetic Plastic Surgery*, Korea, v. 23, n.2, p. 104-107, maio. 2017.

LEITE, A.M. et al. Comunicação não-verbal: uma contribuição para o aconselhamento em amamentação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 258-264, Abril. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 76 p. ISBN: 978-85-334-1695-6.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 186 p. ISBN: 978-85-334-2290-2.

RIGOTTI, R.R et al. Associação entre o uso de mamadeira e de chupeta e a ausência de amamentação

no segundo semestre de vida. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1235-1244, Abril. 2015.

SANTIAGO, L.B. et al. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 79, n. 6, p. 504-512, Novembro. 2003.

SANTIAGO, L.B; SANTIAGO FGB. Aleitamento materno: técnica, dificuldades e desafios. *Resid Pediatr*, Rio de Janeiro, v.4, n.3. 2014.

GIUGLIANI, E. R. J.; SANTIAGO, L. B. Papel do Pediatra no Aleitamento Materno. In: BURNS, D. A. R.; CAMPOS JÚNIOR, D.; LOPEZ, F. A. *Tratado de Pediatria*: Sociedade Brasileira de Pediatria. 3 ed. Barueri: Manole, 2014. v. 1, p. 475-483.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Manual de Orientação do Departamento de Nutrologia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012. 152 p. ISBN: 978-85-88520-22-6.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Recomendações úteis para a manutenção do aleitamento materno em mães que trabalham fora do lar ou estudam*. Disponível em: <www.sbp.com.br>. Acesso em: 23 ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mastitis: Causes and Management*. Geneva, WHO; 2000.

YU, J.H. Breast diseases during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol Sci*, Korea, v. 56, p. 143–159. Maio 2013.

ZIMMERMAN E; THOMPSON K. Clarifying nipple confusion. *Journal of Perinatology*, Boston, 895 – 899. Julho. 2015.

ÍNDICE REMISSIVO

A

- Abscesso mamário 80
- acolhimento 13, 19
- aconselhamento 13, 71, 72, 76, 82, 98
- Aconselhamento em Amamentação 72
- aleitamento 6, 11, 12, 13, 16, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27, 30, 32, 33, 36, 38, 41, 42, 44, 45, 46, 55, 56, 57, 59, 60, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 76, 81, 82, 83, 91, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106
- aleitamento materno 6, 27
- aleitamento materno (AM) 11
- aleitamento materno exclusivo (AME) 13
- alimentação artificial 60
- alimentação complementar 13, 16, 19, 60, 68, 69, 73
- Alimentação da nutriz 75
- alimentação para neonatos e lactentes 18
- alimentação parenteral 35
- alimentação saudável 19, 32, 33, 68, 73, 82
- alta hospitalar 27, 29, 64, 104
- alteração endócrina 21
- amamentação 6, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 86, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105
- Amamentar 11, 103
- amenorreia 21, 104
- AM no prematuro 34
- apoio à amamentação 103
- armazenamento do leite 31
- asfixia perinatal 58
- Aspecto do leite 75

B

- bancos de leite 65, 87
- Bebê com ausência ou ineficácia da sucção 79
- benefícios da lactação 12
- bicos artificiais 13, 14, 27
- Bloqueio de ducto lactífero 50
- boca-mama 30

C

câncer de mama 12, 18, 21
câncer de ovário 12, 21
carcinoma ovariano 21
cardiopatias congênitas 59
Chikungunya 44
chupetas 13, 27, 49, 51, 53, 74, 75
ciclos hormonais 21
colostro 20, 27, 28, 63, 75
Comportamento normal do bebê 73
conteúdo de lactose 27
crescimento da criança 28, 81
criança amamentada 21
cuidado à saúde 72
cuidado nutricional 35

D

deglutição 19, 28, 30, 36, 58, 59, 66, 67, 68, 78
Demora na decida do leite 80
Dengue 44
depressão pós-parto 20
desmame 12, 24, 25, 26, 27, 33, 40, 50, 53, 54, 55, 60, 74, 75, 86, 91, 96, 99, 103, 104, 105
dificuldades 33, 49, 51, 54, 55, 57, 59, 64, 66, 67, 69, 78, 83, 104, 105
Dificuldades emocionais e sociais 54
Dificuldades físicas 50
Dificuldades mais recorrentes e orientações 78
Dificuldades patológicas 51
distúrbio neurológico 58
distúrbios nutricionais 59
doença bacteriana 45, 46
doença de Chagas 46
doença infecciosa viral 44
doenças bacterianas 45
doenças infectocontagiosas 42
doenças maternas 40, 44
Doenças parasitárias 46
Dor mamilar 50
Drogas ilícitas 96
Drogas perigosas e drogas contraindicadas na amamentação 90
Drogas seguras e possivelmente seguras na amamentação 86

E

ejeção láctea 28
estado sorológico da lactante 41
estímulo à amamentação 101
estradiol 21
esvaziamento dos seios 30, 31
extração do leite 37, 65

F

fármacos compatíveis com a lactação 87
Fármacos contraindicados na lactação 92
Fenômeno de raynaud 52
fertilização 64
fissura labiopalatina (FLP) 66
formas de alimentação em recém-nascidos (RN) 13
fórmula láctea 35
fórmulas infantis 21, 23, 41, 49, 59, 102
frequência da amamentação 28
função imunomoduladora 95

G

Galactocele 54
Gavagem contínua 36
gravidez 20, 54, 56, 75, 82, 91, 93
grupos de apoio ao aleitamento 27

H

hanseníase 45, 46
Hepatites virais 42, 47
Herpes viridae 45
hiperbilirrubinemia 61, 62
hiperglicemia 21
HIV 40, 41, 43, 47, 97, 99
HIV positivo 41
hormônio do crescimento 21
HTLV-1 43
HTLV-2 43

I

icterícia 61, 62
idade gestacional 34, 36, 74

imaturidade 34, 35, 36
importância do AM 91
infecções congênitas 58
Infecções mamilares 51
Ingurgitamento mamário 78
Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) 27
Início da amamentação 73
inseminação artificial 64
intervalo de infertilidade 21
intoxicação no lactente 96
introdução de novos alimentos 26

L

lactação 12, 13, 20, 27, 28, 41, 53, 56, 62, 63, 73, 75, 81, 82, 86, 87, 89, 91, 92, 93, 99
lactente 16, 18, 19, 20, 22, 23, 27, 28, 29, 32, 33, 42, 44, 45, 53, 58, 59, 61, 68, 78, 79, 80, 81, 86, 91, 92, 95, 96, 97, 98
lactogênese 85
leite 6, 12, 13, 14, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 44, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 86, 91, 92, 93, 96, 97, 99, 100, 101
leite de transição 27
leite maduro 27, 75

M

má aceitação da alimentação 58
Mães com diagnóstico de HIV 41
malformações neurológicas 58
mamada completa 29
mamadeiras 21, 23, 49, 53, 74, 75
mamas 28, 29, 36, 41, 45, 50, 51, 53, 65, 74, 78, 79, 80, 81, 87
mamas túrgidas 28
mamilo-aréola 30
Mamilos planos ou invertidos 50
manejo do aleitamento 27
marketing abordando a amamentação 102
Mastite 52
morbimortalidade infantil 6, 11, 19, 23, 85
mucosa do bebê 41

N

necessidades nutricionais 35
necessidades primárias do bebê 37
neonatal 15, 32, 35, 38, 43, 56, 61, 62, 90

níveis hormonais 21
Número de mamadas por dia 74
nutrição 6, 11, 19, 39, 43, 59, 63, 65, 76, 85, 95
nutrição enteral 36
nutrição para a criança 11

O

orientação às mães 13

P

patologia congênita 66
pediatra 29, 64, 71, 73, 76, 83, 102
período de amamentação 21
período gestacional 20, 23, 41, 44, 75
pinçamento do mamilo 29
pós-parto 14, 18, 20, 21, 27, 80, 91
Pouco leite 81
prática pediátrica 18
prejudicando 34
prematureo 6, 35, 36, 37, 39, 63
pré-natal 6, 19, 27, 41, 43, 47, 54, 55, 72, 102, 104
pressão da aréola 29
pré-termo 34, 36, 37, 38, 39, 63
primeira imunização da criança 28
primeira mamada 13, 28, 50
primeira mamada do neonato 13
primeiras mamadas 27
produção de leite 12, 28, 35, 51, 65, 74, 78, 79, 80
profissional de saúde 13, 41, 68, 72, 103
prolactina 12, 21, 28, 91
promoção do AM 102, 103
propriedades anti-infecciosas 19
propriedades imunoproláticas 34
proteção imunológica 95

R

rachaduras mamárias 28
recém-nascidos 13, 34, 36, 37, 38, 74
refluxo gastroesofágico (RGE) 59
regurgitação 31, 60, 61, 67
retirada do leite 30, 51

Retorno da mãe ao trabalho 76

RGE fisiológico 60

RGE patológico 60

S

sala de parto 27, 65, 104

saúde metabólica da mãe 12

segurança no uso de medicamentos 86

sistema cardiovascular 59

sucção 28, 29, 30, 50, 51, 53, 58, 59, 60, 61, 64, 65, 66, 67, 68, 75, 79, 80, 81, 91

sucção difícil 59

suportes alimentares 35

supressão da ovulação 21

T

técnica de amamentação 30

tempo de interrupção da amamentação 98

teste anti-HIV 41

tipo de aleitamento infantil 12

T-Linfotrófico Humano (HTLV) 43

Translactação 36

transmissão vertical e pelo LM 41

Tuberculose 45

U

Uso da chupeta e da mamadeira 74

V

varicela 44, 47

vesículas herpéticas genitais 45

vínculo mãe-filho 34

vírus HIV na criança 41

volume da alimentação 35

volume de leite 37

Z

Zika 44

editoraomnisscientia@gmail.com



<https://editoraomnisscientia.com.br/>



@editora_omnis_scientia



<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9>



editoraomnisscientia@gmail.com



<https://editoraomnisscientia.com.br/>



@editora_omnis_scientia



<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9>

