

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 Carvalho

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 de Carvalho Jorge

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

INTRODUÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

Joseph Gualberto Bicalho

Médico graduado no Instituto Metropolitano de Ensino Superior- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8221003881634163>

Letícia Rosa Martins

Médica graduada no Instituto Metropolitano de Ensino Superior- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1414542629508650>

Lissa Carvalho Werneque

Médica graduada no instituto metropolitano de ensino superior- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2794820008143877>

Tassia Giurizatto Gotardo

Médica graduada no Instituto Metropolitano do Ensino Superior - Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6903052284120165>

O aleitamento materno (AM) garante a sobrevivência da espécie humana desde os primórdios dos tempos, com benefícios sociais, cognitivos, imunológicos e econômicos, promovendo a prevenção de doenças, a redução da morbimortalidade infantil, o maior vínculo de mãe e filho, e consequentemente maior afeto, proteção e nutrição para a criança (PERLROTH; CASTELO BRANCO, 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Amamentar é um processo que beneficia mãe e filho, com a prevenção do sobrepeso e da obesidade, estimula o desenvolvimento cognitivo e emocional, mantém valores de pressão arterial, glicemia e colesterol dentro da normalidade, melhorando a saúde física e psíquica de ambos os envolvidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; DE SOUSA *et al.*, 2015; MELLO; BARROS; MORAIS, 2016).

Cada vez mais são descobertos novos benefícios do AM, a exemplo o controle do ganho ponderal na criança. O rápido ganho de peso infantil tem influência na vida adulta, cursando com elevado risco de sobrepeso, obesidade central e resistência insulínica (PRENTICE *et al.*, 2016). Recentes diretrizes ocidentais mostraram que o AM tem sido associado ao lento ganho de peso ponderal e de tecido adiposo na infância, com redução do risco de obesidade e distúrbios metabólicos ao longo da

vida. Apesar de trabalhos não evidenciarem se este benefício é proveniente da quantidade calórica reduzida ou da composição nutricional do leite materno (LM), um estudo de Koletzko demonstrou que leite com elevado conteúdo proteico aumenta a chance de ganho ponderal na infância, com predisposição a obesidade (PRENTICE *et al.*, 2016; KOLETZKO *et al.*, 2013).

O tipo de aleitamento infantil utilizado (exclusivamente materno, fórmula ou misto), com composições dietéticas específicas e o volume ingerido, podem ser fatores relevantes na saúde da criança (PRENTICE *et al.*, 2016).

Teores maiores de carboidratos ingeridos podem promover o depósito de glicogênio e gordura. É possível que crianças amamentadas mantenham menores percentuais lipídicos, e assim, sentir-se menos saciadas, com ingestão de maiores volumes e maior ganho ponderal.

Esta hipótese é suportada em observações anteriores de que o percentual de gordura no leite estaria inversamente relacionado ao volume de ingestão de LM. Por sua vez, o teor de lactose, isto é, carboidratos, mostrou proporção bem correlacionada. Outros estudos não endossam essa teoria e mostraram que os bebês que consomem leite de fórmula em menor quantidade calórica apresentam ingestão mais alta de leite. Assim, concluiu-se que o maior percentual de gordura do LM estaria associado a menor quantidade de carboidratos, promovendo ganho ponderal lento e gradual de adiposidade e índice de massa corporal (IMC) futuros, como seria o desejado (PRENTICE *et al.*, 2016).

As mães que não amamentam enfrentam maiores riscos com desmame precoce, além de aumentar o índice de câncer de mama e de ovário. Um estudo de metanálise descobriu que para cada ano que a mãe amamenta diminui o risco de câncer de mama invasivo em mais de 4%. Esta vantagem é mais evidente entre as mães portadoras da mutação BRCA1, onde os benefícios da lactação são ainda mais expressivos. Progenitoras que nunca amamentaram aumentam a chance de desenvolver câncer de ovário em 32%, em relação às que amamentaram (SCHWARZ; MELISSA NOTHNAGLE, 2015).

Recentemente, a literatura mostrou que a lactação desempenha um papel crítico na saúde metabólica da mãe. A produção de leite exige aproximadamente 500 kcal por dia para o bebê exclusivamente amamentado, e por isso, auxilia na redução da obesidade materna ao longo da vida, diminui o risco de obesidade visceral e circunferência abdominal, e consequentemente diminui a probabilidade de diabetes mellitus tipo 2 (DM) e dislipidemia. De maneira surpreendente, as mães que amamentam pelo menos um mês enfrentam risco significativamente menor de desenvolver diabetes do que as que não amamentam. Entre as mães com diabetes gestacional, a lactação é particularmente importante para a redução deste risco.

A lactação envolve múltiplos hormônios, incluindo oxitocina, prolactina e cortisol, que atuam na pressão sanguínea materna diminuindo o risco de hipertensão. Estudo de coorte, envolvendo mães que amamentaram de acordo com as diretrizes nacionais, e mães que não amamentaram, demonstrou que 29% das mães que não amamentaram apresentaram maiores chances de desenvolver hipertensão arterial sistêmica (HAS) até a fase da menopausa, mesmo quando submetidas a mudanças no estilo de vida (SCHWARZ; MELISSA NOTHNAGLE, 2015).

As doenças cardíacas estão entre as principais causas de morte das mulheres americanas. Dados da Iniciativa de Saúde da Mulher indicam que as mães que amamentaram entre 7 a 12 meses após a primeira gestação reduziram as chances de doenças vasculares em 28% em relação às mães que não amamentaram (SCHWARZ; MELISSA NOTHNAGLE, 2015).

Mesmo após esforços de diversas entidades nacionais e internacionais e de evidências científicas relacionadas à superioridade da amamentação em relação a outras formas de alimentação em recém-nascidos (RN) e latentes, a prevalência do AM no Brasil está muito aquém das recomendadas. O profissional de saúde, portanto, tem papel fundamental de orientar as nutrizes sobre os aspectos técnicos relacionados à lactação, além de garantir a promoção e o apoio ao AM, sempre considerando as diferenças sociais e emocionais das famílias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Os profissionais da área da saúde preconizam a prática do AM, mas apesar dessa iniciativa muitas mulheres sentem-se insatisfeitas com o apoio e acolhimento recebido. Isso ocorre pelas diferentes abordagens durante a assistência à amamentação, uma vez que o suporte oferecido costuma ser passivo, principalmente, o suporte emocional às nutrizes. O profissional de saúde deve garantir o AM da criança, entendendo a situação de cada família separadamente para a obtenção de bons resultados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (2017) existem 10 passos para que o AM seja bem-sucedido: treinamento para os profissionais de saúde; orientação às mães acerca do tema e seus benefícios; auxiliar na primeira mamada do neonato; ensinar como manter a lactação, quando necessário o distanciamento de seus filhos; manutenção do aleitamento materno exclusivo (AME) para o RN, exceto se contraindicação médica; propiciar o convívio integral entre mãe e filho nos primeiros momentos de vida; aconselhamento quanto à amamentação de livre demanda; desencorajamento do uso de bicos artificiais ou chupetas; incentivo a adesão a grupos de apoio à amamentação.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o AM é classificado em AME, predominante, complementado, misto ou parcial. No AM a criança recebe LM, independente de receber ou não outros alimentos. É definido AME quando a criança recebe apenas LM de maneira ordenhada ou leite humano de outra fonte. É permitido consumir gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais, medicamentos ou sais de reidratação oral, quando necessário. O AM predominante ocorre quando a criança recebe o LM, água ou suco de frutas. O AM complementado é quando a criança recebe o LM e alimento sólido ou semissólido, sem substituir a amamentação. Por fim, o AM misto ou parcial consiste em receber LM e outros tipos de leite (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A prática do AME deve ser realizada, de acordo com a OMS, durante os seis primeiros meses de vida. A alimentação complementar é introduzida aos seis meses com a manutenção da amamentação até os dois anos de idade (SILVA *et al.*, 2017). Essa recomendação é baseada na teoria dos primeiros mil dias de vida, que engloba o momento da concepção até o término do segundo ano, período fundamental para o desenvolvimento cognitivo e psicossocial, com alcance de suas potencialidades físicas e mentais (LONGO-SILVA *et al.*, 2017).

A criança no seu segundo ano de vida, ainda necessita do LM devido à qualidade e quantidade de nutrientes fornecidas para o bebê. Calcula-se que 500 mL de LM possuem 45% das necessidades de vitamina A, 95% das de vitamina C, 38% de proteína e 31% da energia total necessária para o processo de crescimento e desenvolvimento. Nesse período, a criança é protegida contra doenças infecciosas, como visto em um estudo realizado em três continentes, onde crianças amamentadas no segundo ano de vida duplicaram as chances de prevenção de doenças infecciosas quando comparadas às não amamentadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Entre os fatores causais relacionados à interrupção do AM, destaca-se a escolaridade materna, condições socioeconômicas, idade, introdução precoce de bicos artificiais, renda familiar, fatores assistenciais como a abordagem no pós-parto hospitalar, nas consultas pré-natais, e no acompanhamento da atenção básica em saúde (SILVA *et al.*, 2017).

Mesmo com o aumento do AM na última década no Brasil, esta prática ainda encontra-se distante das recomendadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde. As intervenções comunitárias mostraram aumento das taxas de amamentação, tais como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, o apoio de profissionais nos serviços de saúde ou em casa, a melhora da abordagem da amamentação na atenção primária, nas visitas domiciliares por especialistas da área da saúde e a participação dos pais no apoio à amamentação (VENANCIO *et al.*, 2016).

Políticas de incentivo ao AM são implementadas pelo Ministério da Saúde, como as estratégias do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES); a Área Técnica de Saúde da Criança e do Aleitamento Materno; a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), com a finalidade de obter promoção, proteção e apoio ao AM, garantindo a redução da mortalidade infantil e o cumprimento das metas do Brasil firmadas com os organismos internacionais (DE SOUSA *et al.*, 2015).

No início da década de 1980, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno no Brasil, que proporcionou ações de promoção e de prevenção ao AM, como: a elaboração e adoção da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, Bicos, Chupetas e Mamadeiras e rede de bancos de leite humano. Entretanto, o estímulo à amamentação na Saúde Básica de Saúde permanecia sem uma política pública de âmbito nacional. Em 2008, o Ministério da Saúde desenvolveu a estratégia nacional de promoção, proteção e apoio ao AM na Saúde Primária, chamada de Rede Amamenta Brasil, atualmente denominada Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (VENANCIO *et al.*, 2016).

Visando definir a prevalência do AM mundialmente foi realizada uma revisão de literatura, levantando informações sobre 127 países de baixa e média renda. Os 37 países de alta renda não encontraram alguns indicadores, como informações sobre o início precoce do AM, amamentação exclusiva e a continuada, dificultando a interpretação dos dados (VICTORA *et al.*, 2016). Considerando os países estudados, foi observado que a maior prevalência da amamentação no primeiro ano de vida foi encontrada no Sul da Ásia, na África Subsaariana e em algumas localidades da América Latina. A maioria dos países de alta renda mostrou prevalência de AM inferior a 20%. Entretanto, há que assinalar as discrepâncias importantes entre eles como no Reino Unido, por exemplo, a prevalência

foi de 1%, na Suécia 16%, nos Estados Unidos da América (EUA) 27% e na Noruega 35%.

Foi evidenciada forte relação inversamente proporcional entre a amamentação aos seis meses e o produto interno bruto per capita, onde a prevalência da amamentação no primeiro ano de vida regredia dez pontos percentuais quando o produto interno bruto per capita dobrava seu valor.

Quanto ao início da amamentação exclusiva, o resultado mostrou que a maioria dos países estudados não amamentava. Quanto à amamentação aos 12 meses, os países de baixa e média-baixa renda mostraram taxas mais elevadas que os de maiores rendas. Este fato foi confirmado pela menor prevalência de indicadores de AM, como amamentação exclusiva, amamentação aos 12 meses e a amamentação continuada aos 20-23 meses nas nações com maior riqueza, exceto em relação ao indicador de iniciação precoce da amamentação. Países subdesenvolvidos possuíram taxas mais elevadas de amamentação em todas as idades, salvo quanto ao início do AM.

Países da África Oriental e Sul possuem altas médias de amamentação exclusiva e as menores médias da amamentação continuada, enquanto que países da América Latina, Caribe, Europa Central e Oriental, mostraram prevalências menores de ambos os indicadores. No mundo, o Sul da Ásia detém os maiores valores nos dois indicadores, e o Oriente Médio e Norte da África os menores valores. Aproximadamente 63% das crianças abaixo de seis meses dos países de média e baixa renda não foram amamentadas exclusivamente.

Ao analisar países de renda baixa e média com base em suas desigualdades, os mais pobres amamentam durante maior período se comparados aos mais abonados, sobretudo nos países de renda média. Fica evidente que nestes países, a amamentação é uma das poucas práticas relacionadas à saúde mais prevalente em pessoas menos favorecidas, e demonstra o receio de que essa população, com a melhora de sua classe social, passe a utilizar fórmula como alternativa para substituir o LM. Nos países de alta renda, a amamentação se faz mais prevalente em famílias de melhores condições financeiras e escolaridade, do que nos núcleos familiares que possuem remunerações mais baixas e menor frequência escolar (VICTORA *et al.*, 2016).

A amamentação possui grande impacto na mortalidade infantil, sobretudo a neonatal, salvando anualmente mais de 800.000 menores de cinco anos por todo o mundo (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Inúmeras mortes infantis poderiam ser evitadas apenas pela amamentação de forma isolada. Se houvesse um aumento de 90% em o AME nos primeiros seis meses de vida nos países em desenvolvimento, um milhão e meio de mortes seriam evitadas das dez milhões que ocorrem em crianças durante um ano no mundo. Entretanto, de acordo com o UNICEF, apenas 39% das crianças menores de seis meses receberam AME no ano de 2013 (DE SOUSA *et al.*, 2015).

Estudos realizados em países de média e baixa renda sugerem que crianças em AME diminuíram o risco de morte em 12% comparadas com as não amamentadas, sendo 3,5 vezes no sexo masculino e 4,1 vezes no sexo feminino. Uma metanálise realizada em países de alta renda demonstrou que a amamentação, mesmo que presente uma vez na vida reduziu em 36% o risco de morte súbita infantil, assim como a queda de 58% na ocorrência de enterocolite necrotizante, doença de alta leta-

lidade (VICTORA *et al.*, 2016).

REFERÊNCIAS

DE SOUSA, F. *et al.* Avanços e desafios do aleitamento materno no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em promoção da Saúde** v. 28, n. 3, p. 434–442 , 2015. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/3881/pdf>>.

KOLETZKO B., et al. Early influences of nutrition on postnatal growth. Nestle NutrInst Workshop Ser v. 71,p. 11–27, 2013.

LONGO-SILVA, G. *etal.* Age at introduction of ultra-processed food among preschool children attending day-care centers. **Jornal de Pediatria** , 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.11.015>.

MELLO, C.S.; BARROS, K.V.; MORAIS, M.B. Brazilian infant and preschool children feeding: literature review - Alimentação do lactente e do pré-escolar brasileiro: revisão da literatura. **Jornal de Pediatria** v. 92, n. 5, p. 451–463 , 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000600451&lang=pt%5Cnhttp://www.scielo.br/pdf/jped/v92n5/0021-7557-jped-92-05-0451.pdf%5Cnhttp://www.scielo.br/pdf/jped/v92n5/pt_0021-7557-jped-92-05-0451.pdf>.

OLIVEIRA, D.S. *et al.* Breastfeeding duration and associated factors between 1960 and 2000. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)** v. 93, n. 2, p. 130–135 , 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmedp.2016.08.002>>.

PERLROTH, N.H.; CASTELO BRANCO, C.W. Current knowledge of environmental exposure in children during the sensitive developmental periods. **Jornal de Pediatria** v. 93, n. 1, p. 17–27 , 2017. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755716302352>>.

PRENTICE, P. *et al.* Breast milk nutrient content and infancy growth. **Acta paediatrica** v. 105, n. 6, p. 641–647 , 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. **Cadernos de atenção básica** v. 23, n. 2 Ed , 2015.

SCHWARZ, E.B.; NOTHNAGLE, M. The Maternal Health Benefits Of Breastfeeding. **American Family Physician** v. 91, p. 603–604 , 2015.

SILVA, C.S. *et al.* Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. **Jornal de Pediatria** v. 93, n. 356–364 , 2017.0021-7557.

UNICEF. **Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno**. Brasília (DF): Escritório da Representação do UNICEF no Brasil. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.

htm. Acessado em: 26 jul 2017

VENANCIO, S.I.*et al.* Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. *Cadernos de Saúde Pública* v. 32, n. 3 , 2016. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300704&lng=en&nrm=iso&tlng=pt%5Cnhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300704&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>.

VICTORA, C.G.*et al.* Amamentação no século 21 : epidemiologia , mecanismos , e efeitos ao longo da vida. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* v. 2, n. 1, p. 1–24 , 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, [S.l.], v. 355, p. 451-5, 2000.

BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO

Marcelo Cândido S. D. Nobre

Médico graduado pelo Instituto Metropolitano de Ensino Superior- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2366151563735667>

Michelle Mendes Reis

Médica graduada no Instituto Metropolitano de Ensino Superior- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2070694793879764>

Stéphanie Calixto Sartori

Médica graduada pela Univaço e residente em ginecologia e obstetrícia no Hospital César Leite em Manhuaçu

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4557742360082517>

Taíssa Kfuri Araújo Mafra

Médica graduada no Instituto Metropolitano de Ensino Superior- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2250747867719085>

1. INTRODUÇÃO

OAM é um tema de grande relevância na prática pediátrica e constitui a melhor alimentação para neonatos e lactentes nos seus primeiros dois anos de vida (TEIXEIRA *et al.*, 2015; SANTIAGO 2013).

O LM oferece uma enorme gama de benefícios para a criança e para a mãe. Por ser um alimento dinâmico, completo, limpo e estar sempre pronto e na temperatura ideal, sua prática deve ser sempre estimulada. Além disso, deve-se ressaltar a importância para o estabelecimento do vínculo afetivo entre a mãe e o bebê, já que promove o contato íntimo entre ambos (SANTOS *et al.*, 2015; MINISTÉRIO, 2015).

Entre os benefícios das mães que amamentam podemos citar, por exemplo, a redução do risco do desenvolvimento de doenças como diabetes, câncer de mama, obesidade, hemorragia e anemia pós-parto. Entre os benefícios para o lactente, o LM é de fácil digestão e protege a criança de patologias como diarreia, atopias, enterocolites, desnutrição, obesidade, dentre outros.

O ato de amamentar depende de influenciadores positivos ou negativos. Respeitar o individualismo de cada ser humano, experiências anteriores, apoio familiar, crenças e tradições familiares garante o sucesso da amamentação (SANTOS *et al.*, 2015; MINISTÉRIO, 2015).

1.1 Benefícios do aleitamento materno para a saúde do bebê

Durante o pré-natal, o médico assistente da gestante deve incentivar e apoiar o AM. Uma alimentação saudável assegura nutrição necessária para crescimento pondero-estatural e neuropsicomotor adequado e redução da morbimortalidade infantil. O LM humano atende a todas as demandas do neonato e do lactente, essenciais para a maturação de diversos sistemas, tais como o nervoso, o imunológico e o gastrointestinal (FONSECA *et al.*, 2013; BRASIL, 2012).

É considerado alimento vivo e dinâmico, que deve ser implementado exclusivamente até o 6º mês de vida, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a OMS. A partir desta idade, orienta-se a adição de alimentação complementar, mantendo estímulo do LM até os 2 anos de idade (MELO *et al.*, 2017; BRASIL, 2012).

A amamentação é uma troca de amor, pois o toque, o olhar e o acolhimento, estimulam o lactente a ver sua mãe como sendo o seu mundo e o seu apoio. Um dos principais resultados da amamentação são a segurança, o carinho e a proximidade que o ato propicia entre a mãe e o bebê. O cheiro da mama induz respostas específicas no comportamento da criança e o contato com a pele da mãe reduz o estresse e a irritabilidade. A mãe aprende mais sobre o comportamento do bebê e cria a mais bela forma de amor (SILVEIRA, 2013).

O desenvolvimento cognitivo de um indivíduo é iniciado ainda na vida intrauterina, e necessita de fatores genéticos e ambientais para seu estímulo. O ácido-araçdônico e o ácido docosa-hexaenóico são essenciais para o desenvolvimento das membranas celulares, principalmente das células da retina e do sistema nervoso central (SNC). Há maiores concentrações de aminoácidos como cistina e taurina, que possuem alto valor biológico. Estes dois aminoácidos estão presentes no LM principalmente quando o AME é realizado até o 6º mês, promovendo o aumento da capacidade intelectual, quando comparado àqueles que não fizeram o uso do AME (FONSECA *et al.*, 2013; OLIVEIRA; FANARO, 2015).

O desenvolvimento facial infantil é estimulado pela prática da amamentação, contribuindo para a mastigação, deglutição, respiração, articulação da mandíbula e língua que servirão para a fonação (ANDRADE, 2014).

A relação entre o desenvolvimento de Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) e o AM, deve-se a suas propriedades anti-infecciosas e o prolongamento do início de outros alimentos. Além disso, há uma relação direta entre obesidade e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), pelo efeito protetor, proporcional ao tempo de amamentação. Lactentes alimentados com fórmulas apresentam altos níveis de insulina e neurotensina, o que pode levar ao desenvolvimento de resistência insulínica e DM2 (PEREIRA;

ALFENAS; ARAÚJO, 2013; OLIVEIRA; FANARO, 2015).

O colostro, LM inicial, possui o fator bífido que promove a colonização do trato gastrointestinal por lactobacilos estimuladores da síntese do ácido láctico, que impedem o desenvolvimento de organismos patogênicos. Há, então, o estímulo para o desenvolvimento de uma flora intestinal saudável e promoção da maturação do epitélio intestinal. A introdução de alimentos industrializados de forma precoce precipita o surgimento de reações alérgicas (PEREIRA; ALFENAS; ARAÚJO, 2013; OLIVEIRA; FANARO, 2015).

O LM, principalmente o colostro, possui altas concentrações de imunoglobulinas, com predomínio da IgA. Esta imunoglobulina possui a função de ligar-se a microrganismos e macromoléculas, necessária para a impermeabilização antisséptica das mucosas. Está presente em secreções, inclusive na mucosa respiratória do lactente, o que evita o surgimento de doenças infecciosas respiratórias, como o rinovírus, o vírus sincicial respiratório (VSR), a influenza e o parainfluenza. Além disso, o AME reduz o risco de asma até os dez anos de idade (OLIVEIRA; FANARO, 2015; NADAL *et al.*, 2017).

A presença de células polimorfonucleares, lisozima e lactoferrina auxiliam o combate de agentes patogênicos como *E. coli*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolyca*, *Shigella* sp., *Klebsiella* sp., *Serratia* sp., entre outros. A prática do aleitamento promove a redução de casos de diarreia, patologia de alta gravidade nos lactentes, responsável por grande parte das internações hospitalares, principalmente quando AM é administrado durante os dois primeiros anos de vida (OLIVEIRA; FANARO, 2015; SANTOS *et al.*, 2014).

1.2 Benefícios do aleitamento materno para saúde da mãe

A amamentação traz benefícios físico e psicológico para a progenitora. Em relação às vantagens para a saúde mental, constata-se na literatura que ainda necessita de mais estudos, entretanto, é sabido que todo o processo de amamentar está diretamente relacionado com estado de depressão pós-parto. Esta situação foi demonstrada em alguns estudos que constataram que a amamentação atua positivamente, protegendo as mães do possível estado depressivo pós-parto, favorecendo o bem estar psicológico e reestabelecendo o padrão sono-vigília (FIGUEIREDO *et al.*, 2013). Ademais, sabe-se que a lactação atua em condições hormonais, minimizando as respostas neuroendócrinas do organismo ao estresse, relacionado a menor chance de sinais depressivos no pós parto (FIGUEIREDO; CANÁRIO; FIELD, 2013).

Sob a ótica da saúde física, o AM auxilia positivamente no retorno do peso das mães ao anterior a gestação, principalmente se a mãe manteve dieta balanceada durante a gravidez, pela redução do ganho excessivo de peso no decorrer do período gestacional (NUNES, 2015; MELO *et al.*, 2017).

Além disso, amamentar reduz as chances de hemorragias intensas no pós-parto imediato, diminuindo a probabilidade de quadro anêmico e estabilização dos níveis pressóricos, quando equi-

paradas as mães que não amamentam (CHOWDHURY *et al.*, 2015).

É de extrema importância destacar que a amamentação está diretamente relacionada com a prevenção do câncer de mama, especialmente se for realizada por maior tempo. A razão é explicada pelos níveis hormonais circulantes das mães que amamentam, como o estradiol, a prolactina e o hormônio do crescimento, excretados no pós-parto e no período de amamentação (CHOWDHURY *et al.*, 2015; MARTINS ; SANTANA, 2013).

Ademais, a amamentação atua como forma protetora no desenvolvimento do câncer de ovário, visto que quanto maior o tempo de AM maior é a supressão da ovulação, suspendendo a ação das gonadotrofinas, reduzindo, assim, a quantidade de estradiol plasmático, considerado um dos mais importantes fatores relacionados ao carcinoma ovariano (GIUGLIANI *et al.*, 2017; CHOWDHURY *et al.*, 2015; NUNES, 2015).

Do ponto de vista endócrino, é importante destacar que a amamentação também é muito benéfica para aquelas mães que desenvolveram DM gestacional, uma vez que o AM pode ser capaz de reduzir as chances de hiperglicemia materna no pós-parto imediato. Portanto, o período mais prolongado de amamentação contribui para reduzir, em longo prazo, o aparecimento de DM tipo 2 nas mães com alteração endócrina durante a gestação, até mesmo nas progenitoras que não desenvolveram essa alteração metabólico-endócrina (KACHORIA; OZA-FRANK, 2014; ZIEGLER *et al.*, 2012; CHOWDHURY *et al.*, 2015).

Segundo Chowdhury, et al., 2015, o AME durante o primeiro semestre de vida do RN, está associado a maiores períodos de amenorreia, pela suspensão dos ciclos hormonais gonadotróficos relacionados ao intervalo de infertilidade (CHOWDHURY *et al.*, 2015).

Dessa forma, constata-se que é primordial aos trabalhadores da área da saúde informar às mães esses inúmeros benefícios do AM, pois, muitas vezes, o foco é dirigido somente às vantagens que a amamentação proporciona aos RN's, limitando as informações aos efeitos do AM sobre o RN, omitindo os benefícios do AM à saúde das progenitoras quando esta opta pela realização do AM (CHOWDHURY *et al.*, 2015).

1.3 Benefícios do aleitamento materno para família e sociedade

O ato de amamentar tem benefícios para a família, uma vez que evita gasto com fórmulas infantis e mamadeiras, que geram custos substanciais na situação financeira familiar (NUNES, 2015). É importante salientar que os custos com adoecimento de uma criança, hospitalizações e medicamentos também podem ser reduzidos pela prática do AM. Estima-se um prejuízo econômico de 302 bilhões de dólares anuais ou 0,49% do PIB dos países estão associados a redução da prática da amamentação (SILVA; GIUGLIANI, 2016).

A qualidade de vida da família é beneficiada pelo AM. A criança amamentada adoece menos, portanto os pais faltam menos ao trabalho e evitam situações estressantes. Ademais, quando o aleita-

mento é bem sucedido, a felicidade do lactente e da mãe reflete na relação familiar e, por conseguinte, na qualidade de vida de toda família (MINISTÉRIO, 2015).

O AM também contribui para a preservação ambiental, visto que não necessita de preparo, sua produção não gera poluentes, embalagens e desperdícios. A contribuição do AM para a sustentabilidade é ainda maior, devido à economia gerada pela ausência do consumo de água, energia, não poluição dos rios e oceanos e preservação das espécies marinhas. Evita produção leiteira, formação de resíduos, e consequentemente emissão de gás metano (SILVA; GIUGLIANI, 2016). Estimativas relatam que no processo industrial de produção de apenas um quilograma de pó de leite seja utilizado mais de quatro mil litros de água, gasto evitado pela utilização do LM (SILVA; GIUGLIANI, 2016).

Acrescenta-se que o LM não gera gastos com combustível para transporte e agentes de limpeza para preparação e uso diário, promovendo menor emissão de poluentes. O LM também não necessita de aquecimento para sua utilização por não ser um produto industrial, sendo considerado um alimento seguro e sustentável (SILVA; GIUGLIANI, 2016).

Dessa forma, os argumentos expostos visam reforçar o conceito de que o AM é responsabilidade coletiva. É necessária participação do parceiro, familiares, amigos, profissionais de saúde, chefes e colegas de trabalho, assim como políticas públicas engajadas em ações de proteção e estímulo a amamentação (SILVA; GIUGLIANI, 2016).

Tabela 1: Benefícios do AM para a criança, a mãe e toda a família

Benefícios para a criança	Benefícios para a mãe e para a família
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Crescimento ponderoestatural e neuropsicomotor adequados <input type="checkbox"/> Redução da morbimortalidade infantil <input type="checkbox"/> Maturação dos sistemas nervoso, imunológico e gastrointestinal <input type="checkbox"/> Desenvolvimento adequado da musculatura facial <input type="checkbox"/> Redução a longo prazo do surgimento de obesidade e DM2 <input type="checkbox"/> Reduz as chances de desenvolvimento de DM1 <input type="checkbox"/> Estimula o desenvolvimento de uma microbiota intestinal saudável <input type="checkbox"/> Redução no aparecimento de diarreia do lactente <input type="checkbox"/> Reduz o risco de surgimento de quadros asmáticos 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fortalecimento do vínculo afetivo mãe-filho <input type="checkbox"/> Proteção contra depressão pós parto <input type="checkbox"/> Favorece a perda do peso ganho durante o período gestacional <input type="checkbox"/> Redução de quadros hemorrágicos no pós parto <input type="checkbox"/> Redução do desenvolvimento dos cânceres de mama e de ovário <input type="checkbox"/> Redução de estados hiperglicêmicos no pós parto, naquelas mães que desenvolveram diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Atua como método contraceptivo <input type="checkbox"/> Redução de gastos com fórmulas infantis e mamadeiras <input type="checkbox"/> Prevenção contra adoecimentos e consequentes gastos com internações hospitalares e medicamentos <input type="checkbox"/> Contribuição com a sustentabilidade

Fonte: Própria autoria

2. REFERÊNCIAS

ANDRADE, I.S.N. *Aleitamento materno e seus benefícios: primeiro passo para a promoção saúde. Rev. Bra. em Promoção da Saúde*, vol. 27, núm. 2, abril-junho, 2014, pp. 149-150 Universidade de Fortaleza Fortaleza-Ceará, Brasil.

BRASIL. **Manual de Orientação** – Departamento de Nutrologia; 3ª edição revisada e ampliada. SBP, 2012

CHOWDHURY, R. et al. *Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatrica*, v. 104, n. 467, Dez. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26172878>>. Acesso em: 7 Jul., 2017.

FIGUEIREDO, B.; CANÁRIO, C.; FIELD, T. *Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. Psychological Medicine*, Cambridge University Press, v. 44, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23822932>>. Acesso em: 1 Jul. 2017.

FIGUEIREDO, B. et al. *Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. Jornal de*

Pediatria, Porto Alegre, v. 89, n. 4, Jul. 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572013000400003&script=sci_arttext&lng=en >. Acesso em: 10 Jul. 2017.

FONSECA, A.L.M.; ALBERNAZB, E.P.; KAUFMANN C.C.; NEVESD I.H.; FIGUEIREDO V.L.M. *Impact of breastfeeding on the intelligence quotient of eight-year-old children*. **J Pediatr** (Rio J) 2013;89(4):346–533

GIUGLIANI, E. R. J. *Aleitamento Materno Continuado Versus Desmame*. Guia Prático de Atualização, **Departamento Científico de Aleitamento Materno/ Sociedade Brasileira de Pediatria**. Disponível em: < <https://pt.slideshare.net/Marcusrenato/aleitamento-materno-continuado-x-desmame-sbp-departamento-cientifico-2017> >. Acesso em: 2 Jul. 2017.

KACHORIA, R.; OZA-FRANK, R. *Factors associated with breastfeeding at discharge differ by maternal diabetes type*. **Diabetic Medicine**, v. 31, n. 10, Mar. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24654691>>. Acesso em: 4 Jul. 2017.

MARTINS, M. Z. O.; SANTANA, L. S. *Benefícios da amamentação para saúde materna*. Interfaces Científicas - **Saúde e Ambiente**, Aracaju, v. 1, n. 3, Jun. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/viewFile/763/443> >. Acesso em: 8 Jul. 2017

MELO, L.R.M; CLEMENTE, H.A; BEZERRA, D.F.; DANTAS, R. C.S; RAMALHO, H.M.M; DIMENSTEIN, R. *Effect of maternal supplementation with vitamin E on the concentration of α -tocopherol in colostrum*. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre , v. 93, n. 1, p. 40-46, Fev. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de atenção à saúde da criança: aleitamento materno**. 2015.

NADAL, L. F. et al. Investigação das práticas maternas sobre aleitamento materno e sua relação com a infecção de vias aéreas superiores e otite média. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 387-394, Junho, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462017000300387&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Ago. 2017.

NUNES, L. M. *Importância do aleitamento materno na atualidade*. **Boletim Científico de Pediatria**, Rio Grande do Sul, v. 4, n. 3, 2015. Disponível em: <http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/160529234034bcped_v4_n3_a2.pdf >. Acesso em: 12 Jul. 2017.

OLIVEIRA, M.F, FANARO, G.B. Breastfeeding in the prevention of overweight, childhood obesity and allergies. **Rev Bras NutrClin** 2015; 30 (4): 328-37

PEREIRA, P.F; ALFENAS, R.C.G; ARAÚJO, R.M.A. Does breastfeeding influence the risk of developing diabetes mellitus in children? A review of current evidence. **J Pediatr** (Rio J). 2014; 90 (1): 7–15.

REGO, J. D. *Aleitamento Materno: um guia para pais e familiares*. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2012. p.486.

SANTIAGO, L. B. *Manual de Aleitamento Materno*. Departamento Científico de Aleitamento Ma-

terno da Sociedade Brasileira de Pediatria, Manole. 1ª ed. Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, G. M.R; COSTA, S.L.B; MENDONÇA, BARROS, B.O.M. E.J; MOTA, R.M; OLIVEIRA, V.C.C.O; NOGUEIRA, D.S. Mitos e crenças sobre aleitamento materno que levam ao desmame precoce nas estratégias saúde da família no município de firminópolis-go. **Revista Faculdade Montes Belos (FMB)**, v. 8, nº 4, 2015, p (177-202).

SANTOS, F.S; SANTOS, F.C.S; DOS SANTOS, L.H; LEITE, A.M; DE MELLO, D.F. *Aleitamento materno e proteção contra diarreia: revisão integrativa da literatura*. Einstein (16794508). jul-set2015, Vol. 13 Issue 3, p435-440. 6p

SILVA, L; GIUGLIANI, E. *Amamentação, economia e sustentabilidade*. Disponível em: www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/.../Correio-Braziliense_amamentao.pdf.

SILVEIRA, L. M. et al. *Aleitamento materno e sua influência nas habilidades orais de crianças*. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 37-43, 2013.

TEIXEIRA, G.A; FERREIRA, T.L.S; CARVALHO, J.B.L; ANDRADE, F.B. *Práticas alimentares dos lactentes*. Saúde (Santa Maria), Santa Maria, Vol. 41, n. 2, Jul./Dez, p.81-86, 2015.

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

ZIEGLER, A. G. et al. *Long-Term Protective Effect of Lactation on the Development of Type 2 Diabetes in Women With Recent Gestational Diabetes Mellitus*. **Diabetes**, v. 61, n. 12, Dez. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3501852/>>. Acesso em: 15 Jul. 2017.

TÉCNICA E CUIDADOS NA AMAMENTAÇÃO

Ana Clara Costa Cancellieri

Médica graduada no Instituto Metropolitano do Ensino Superior- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4844883395725178>

Ana Luiza Silva do Carmo Duarte

Médica graduada no Instituto Metropolitano de Ensino Superior- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7523205323269850>

Camille Alves Amaral

Médica graduada no Instituto Metropolitano de Ensino Superior- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3352245991474855>

Thaís Figueiredo Araújo

Médica graduada no Instituto Metropolitano de Ensino Superior- Univaço, Clínica Médica pelo Hospital João XXIII, Residente do primeiro ano de Gastroenterologia pela Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4593920418741223>

1. INTRODUÇÃO

A OMS recomenda o AME até os seis meses de vida, quando então inicia-se a introdução de novos alimentos. No entanto, o desmame completo só deve ocorrer a partir dos 24 meses, não sendo aconselhada a interrupção antes dos 12 meses de vida. Ressalta-se então que nos primeiros seis meses de vida a criança deve receber apenas o LM, sem a necessidade de ingerir água, chás ou qualquer outro alimento ou líquido, pois essa prática prejudica a continuidade do AM (LEÃO *et al.*, 2005; SBP, 2012a; BRASIL, 2013).

A inserção da mulher no mercado de trabalho e a maior cobrança dos empregadores nos locais laborais, em detrimento do homem, explica o desmame precoce nas últimas décadas. As mães trabalhadoras externas necessitam afastar de seus filhos por tempo prolongado e precisam de incentivo para realizar a ordenha e armazenamento do seu leite para que sua criança possa ser alimentada no período da sua ausência.

O estímulo ao AM continua sendo um grande desafio para os profissionais da saúde na prevenção do desmame precoce, e redução do número de óbitos infantis por causas evitáveis (LEÃO *et al.*, 2005; BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

Políticas de incentivo ao AM ajudam a fornecer orientações individuais ou em grupos durante o pré-natal, no momento de permanência na maternidade e no período pós-parto, além de auxiliar a identificação e acompanhamento das mães que possuem perfil favorável ao desmame como mães adolescentes, mães de baixa renda e/ou baixa escolaridade (BOCCOLINI *et al.*, 2015; SBP, 2017).

1.1 Participação dos profissionais e instituições de saúde na amamentação

O incentivo e o apoio ao AM devem iniciar desde o pré-natal, se estendendo à sala de parto, ao alojamento conjunto e após a alta hospitalar, bem como nas unidades de alto risco que atendem o lactente. Os “dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, descritos na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) visam modificações das rotinas hospitalares e mobilização dos profissionais de saúde para promover e apoiar o aleitamento materno (SBP, 2012a).

Entre os dez passos descritos estão: estabelecer uma norma escrita sobre aleitamento; treinar toda a equipe de saúde; informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento; ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento; não dar ao RN nenhum outro alimento ou bebida além do LM; praticar o alojamento conjunto; encorajar o aleitamento sob livre demanda; não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio; encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento (SBP, 2012a).

1.2 Frequência da amamentação

Após o nascimento, o RN permanece acordado e alerta por aproximadamente seis horas. O momento ideal para início da amamentação é ainda na sala de parto, nas primeiras quatro horas de vida, para que o contato precoce com o seio materno ocorra e haja o desencadeamento do mecanismo de lactação de forma mais rápida. Depois desse período de seis horas, o RN entra em sono profundo por cerca de 12 horas, impedindo do bebê sugar na mama da mãe, causando ansiedade na nutriz e dificuldade na lactação (BRASIL, 2015).

Importante destacar que esse leite ofertado nas primeiras mamadas recebe denominação de colostro e é produzido pela mulher a partir do segundo trimestre da gestação até os primeiros dias após o parto. O colostro evolui para leite de transição e leite maduro entre 3 a 14 dias após o parto. O colostro apresenta algumas características diferentes do leite maduro, como o dobro de proteínas, menor conteúdo de lactose e de gordura, maior concentração de sais minerais, fatores de crescimento e fatores imunológicos onde se destaca o IgA, importante imunoglobulina de formação de barreira da mucosa gastrointestinal do lactente para impedir a entrada de microrganismos. O colostro e leite maduro contêm linfócitos T e B, monócitos, macrófagos, neutrófilos e células epiteliais que são parte

do processo imunológico (BOCCOLINI *et al.*, 2015; LEÃO *et al.*, 2005; BRASIL, 2013).

As características imunológicas do LM torna a primeira mamada, a primeira imunização da criança, situação que promove a transferência de células imunológicas prontas da mãe. Esse fato torna a amamentação nas primeiras horas de vida de grande relevância. Vale ressaltar que a cor do LM varia durante a transição do colostro para o leite maduro, mas sua qualidade permanece boa, não existindo, portanto, leite materno mais “fraco” (BOCCOLINI *et al.*, 2015; UNIMED, 2016).

As necessidades das mamadas estão relacionadas ao esvaziamento gástrico do RN, que varia de uma a quatro horas após a amamentação que deve ser oferecida em livre demanda, principalmente a partir dos primeiros dias de vida (BRASIL, 2015). Não significa que a lactante deva amamentar sempre que apresentar choro, pois pode ser causado por outros fatores como frio, calor e estresse. Logo, a mãe deve receber orientações sobre os reflexos que o bebê pode apresentar quando quer mamar, isto é, o reflexo de busca ou de procura, sucção e de deglutição (KLIEGMAN *et al.*, 2014; UNIMED, 2016).

A frequência da amamentação aumenta com o crescimento da criança. Ao final da primeira semana, o volume do LM é de 60 a 90 mL por mamada e a frequência de 8 a 12 mamadas por dia. Assim, não há horário fixo ou tempo de duração exato de amamentar, cada criança tem o seu próprio tempo (UNIMED, 2016; BRASIL, 2015).

O LM posterior, resultante da ejeção láctea, é duas a três vezes mais rico em lipídeos que o leite anterior. Por isso o lactente deve sugar a mama até esgotá-la, o que permite que ele ganhe mais peso, aumente o intervalo entre as mamadas e fique mais saciado, tranquilizando a mãe (BRASIL, 2015).

1.3 Mamas

Antes de iniciar a amamentação é importante verificar se as mamas e os mamilos estão macios, pois se estiverem endurecidos e a aréola mamária esticada, provavelmente o lactente não conseguirá retirar o leite. Faz-se necessário então esvaziar a mama, para que a pega do bebê seja facilitada, e conseqüentemente prevenir rachaduras mamárias e melhorar o aspecto de “mamas túrgidas” (KLIEGMAN *et al.*, 2014; UNIMED, 2016). O estímulo da sucção adequada é esvaziar a mama mais facilmente, promovendo a correta produção de LM (SANTIAGO; SANTIAGO, 2014).

Os dois seios devem ser oferecidos em todas as mamadas, se possível. A criança suga mais intensamente a primeira mama e acaba não esvaziando totalmente a segunda. Assim, na próxima mamada, a mama que não foi completamente esvaziada deve ser a primeira a ser oferecida. Essa alternância facilita o esvaziamento e a lactação em ambas as mamas, já que a produção láctea é independente em cada uma delas (BRASIL, 2015).

Vale destacar que a prolactina é o hormônio que estimula a produção de leite e seus níveis são influenciados pela sucção do mamilo e aréola pela pega correta e frequência das mamadas. A produ-

ção da ocitocina, hormônio que promove a ejeção de leite, depende de fatores emocionais maternos (SBP, 2012a).

1.4 Técnicas de posicionamento e pega

Os principais problemas enfrentados durante o AM ocorrem pela técnica inadequada durante a amamentação. A técnica correta depende de algumas condições como o apropriado posicionamento da mãe e do bebê para que a pega seja satisfatória e a sucção efetiva, com esvaziamento completo das mamas, e sem risco de traumas mamilares (BRASIL, 2015; LEÃO *et al.*, 2013; SANTIAGO; SANTIAGO, 2014).

O RN nascido a termo e sadio possui reflexos que facilitam as mamadas. O reflexo de busca e procura auxilia o bebê a encontrar o mamilo pelo estímulo realizado na face, lábios ou região perioral, que promove a rotação da cabeça para o mesmo lado, com a boca aberta, e o abocanhamento do mamilo e da aréola, com o início do reflexo de sucção. O ato da amamentação consiste na extração do leite através da sucção pelo bebê por sucção do mamilo e a aréola da mãe, que são adentrados na sua boca até tocar o palato. A pressão da aréola tracionada contra o palato com a língua propulsiona a saída do leite dos seios lactíferos para a boca da criança, de modo que ela possa engolir (SBP, 2012a).

Apesar do RN apresentar o ato reflexo da sucção, o AM bem-sucedido depende, de forma significativa, do apoio e das orientações recebidas pela mãe e familiares durante o período da gestação e nos primeiros momentos após o nascimento do bebê e a alta hospitalar. A técnica deve ser ensinada e acompanhada inclusive pelo pediatra, se for necessário, para observar a mamada completa e corrigir precocemente quaisquer erros de técnica (BRASIL, 2015; FEBRASGO, 2015; SBP, 2012a).

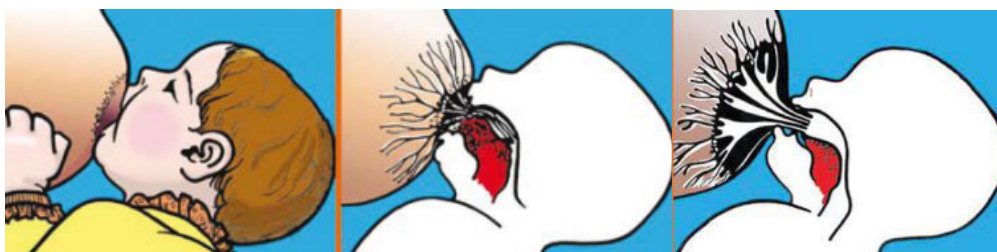
Existem diversas posições consideradas corretas para a amamentação, mas o mais importante é que a mãe se sinta confortável e realize a técnica adequadamente. As mães devem usar roupas confortáveis, em local tranquilo, na posição sentada, recostada ou deitada, com a mão apoiando a mama (BRASIL, 2015; LEÃO *et al.*, 2013; SBP, 2012a). O seu polegar deve permanecer acima da aréola e o resto da mão na parte inferior mama, formando a letra C. Vale ressaltar que não deve ser encorajado o pinçamento do mamilo pelo o dedo médio e indicador, prática comum entre as mulheres, devido essa manobra dificultar a pega da criança (LEÃO *et al.*, 2013; SBP, 2012a).

O adequado posicionamento deve ser garantido pelo seguimento das seguintes orientações: o RN deve usar roupas que permitam sua livre movimentação; a cabeça e o tronco do bebê devem se encontrar alinhados no mesmo eixo; o corpo do lactente deve ficar próximo ao da mãe, encostando barriga com barriga; a face do RN deve estar posicionada de frente para a mama, com o nariz encostado no mamilo; o pescoço do bebê deve permanecer levemente estendido; e por fim, o corpo do RN deve estar bem apoiado pelas mãos da nutriz (BRASIL, 2015; LEÃO *et al.*, 2013).

A pega correta depende do posicionamento da boca da criança que deve estar bem aberta, englobando a maior parte da aréola, concomitante a posição do lábio inferior na posição evertida e o

queixo tocando a mama. A língua deve estar sobre a gengiva inferior e as bordas curvadas para cima, e a deglutição visível e audível pela mãe. Se ela a pega ocorrer de maneira adequada, à boca-mama torna um lacre, garantindo a formação de um vácuo, de extrema importância para que o mamilo e a aréola da mãe se mantenham dentro da boca do bebê. Durante o processo da pega, a língua eleva e suas bordas laterais e a ponta, promovendo um formato de concha que permite o leite chegar à faringe posterior e esôfago, e dessa maneira, permite o reflexo de deglutição (BRASIL, 2015; LEÃO *et al.*, 2013; SBP, 2012a). A retirada do leite é feita pela língua, enquanto o RN mama o seio materno. Alguns detalhes vale a pena ressaltar: o RN apresenta o padrão de respiração nasal e a movimentação cíclica mandibular promove crescimento adequado e harmônico da face, de extrema importância para o desenvolvimento do bebê (BRASIL, 2015).

Figura 1 – Pega correta



Fonte: Ministério da Saúde, 2015

A pega eficiente é essencial para evitar o surgimento de fissuras e para permitir o esvaziamento dos seios lactíferos situados abaixo da aréola. Quando a pega é inadequada, o esvaziamento da mama é dificultado, podendo levar a redução da produção do leite, que impede o ganho ponderal satisfatório do bebê. Esta situação é explicada pela dificuldade da retirada o leite posterior, mais calórico para o ganho ponderal do bebê.

A pega adequada pode ser dificultada caso a mama esteja muito cheia. A aréola muito tensa e endurecida, como na mama ingurgitada, compromete todo o processo da amamentação pela dificuldade do bebe em executar a pega do mamilo-aréola. A mãe deve ser orientada a retirar manualmente um pouco de leite neste caso, antes das mamadas, para que assim ocorra alívio da mama e facilitação da pega pelo bebê.

Alguns sinais devem ser ressaltados às mães como problemas na técnica de amamentação inadequada. Os principais sinais são: as bochechas encovadas a cada sucção do bebê; ruídos da língua durante a mamada; mama esticada ou deformada durante o aleitamento; mamilos apresentam estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê larga a mama; e presença de dor durante a amamentação (BRASIL, 2015).

A retirada o bebê ao seio ao término da mamada deve ser precedida da introdução do dedo mínimo na lateral de sua boca, pois, dessa forma, ele largará o peito sem tracionar o mamilo e sem

causar movimentos traumáticos na mama da mãe (LEÃO *et al.*, 2013; SBP, 2012a). Ao final da amamentação, o mamilo deve estar levemente alongado e redondo e após as mamadas é importante manter a cabeça do RN em posição mais elevada, para que possa eliminar o ar que deglutiui durante a amamentação e não apresente regurgitação (BRASIL, 2015; LEÃO *et al.*, 2013; SBP, 2012a).

1.5 Padrão de evacuações

É importante orientar às mães quanto ao ritmo intestinal diferenciado no primeiro ano de vida, quando se verifica evacuações após todas as mamadas, devido ao reflexo gastrocólico, e presença de fezes líquidas, explosivas, amareladas ou esverdeadas. Pode também se observar intervalo de até sete dias sem evacuar no bebê em AME, de maneira fisiológica, considerado normal, desde que as fezes estejam amolecidas, não apresentem sangue e o ganho ponderal seja satisfatório. O ganho de peso da criança precisa ser monitorado mensalmente para avaliar o seu crescimento durante o primeiro ano e trimestralmente no segundo ano (BRASIL, 2015; SBP, 2012a).

1.6 Extração manual do leite e armazenamento

A ordenha mamária corresponde à ação de esvaziamento dos seios lactíferos, podendo ser realizada manualmente ou com o auxílio de bombas manuais ou elétricas (SBP, 2012b).

Antes do procedimento da extração de leite é importante que a mãe tome alguns cuidados, tais como lavar as mãos estendendo a lavagem até os antebraços; usar máscara ou evitar falar ou respirar durante a ordenha. Também é necessário um frasco de vidro esterilizado com boca larga e tampa plástica que possa ser submetido à fervura durante mais ou menos 20 minutos. Os frascos devem ser identificados com a data que a coleta foi realizada. A mãe deve estar em posição confortável, sentada ou de pé durante a realização do procedimento. O frasco de armazenagem do LM deve estar esterilizado e localizado próximo ao seio (BRASIL, 2010; SBP, 2012b).

A técnica de extração do leite consiste em colocar o polegar acima do complexo mamilar e os demais dedos embaixo, formando um “C” com a mão e pressionar firmemente a mama contra a parede torácica. Realizar a expressão de uma mama durante três a cinco minutos, passar para a outra e repetir mais uma vez o procedimento em cada mama. O leite extraído deve ser armazenado em um recipiente esterilizado e oferecido à criança em um copinho ou colher após aquecimento em banho-maria (BRASIL, 2015).

O armazenamento do leite não pasteurizado (cru) não pode ser realizado fora da geladeira. O tempo de permanência na geladeira é de até 12 horas e de 15 dias no congelador ou freezer ($\leq -3^{\circ}\text{C}$). O leite pasteurizado (fervura a $62,5^{\circ}\text{C}$ por 30 minutos) pode ser armazenado em congelador ou freezer ($\leq -10^{\circ}\text{C}$) durante seis meses. O descongelamento deve ser realizado na geladeira, aquecido em banho-maria e agitado para homogeneizar a gordura. Após o descongelamento, o leite pode permanecer por até 24h na geladeira. Se o leite não for consumido em até 24h deverá ser descartado

(BRASIL, 2015, SBP 2012b).

Tabela 1 – Itens para posicionamento e pega correta

Posicionamento do lactente	Pega
<input type="checkbox"/> Lactente de frente para a mama e nariz encostado no mamilo;	<input type="checkbox"/> Boca do lactente envolvendo a maior parte possível da aréola;
<input type="checkbox"/> Cabeça e tronco alinhados no mesmo plano;	<input type="checkbox"/> Lábio inferior evertido;
<input type="checkbox"/> Barriga de encontro com barriga materna;	<input type="checkbox"/> Queixo encostando na mama;
<input type="checkbox"/> Pescoço com leve extensão;	<input type="checkbox"/> Língua do lactente por cima da gengiva inferior;
<input type="checkbox"/> Lactente bem apoiado pela mãe.	<input type="checkbox"/> Deglutição deve ser vista e audível.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica

2. REFERÊNCIAS

BOCCOLINI, C. S. et al. *A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal*. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría, v. 54, n. 3, p. 141-147, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1024-06752015000300005&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 01 ago 2017.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C. *Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review*. Revista de saúde pública, v. 49, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102015000100409&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 01 ago 2017.

Brasil. ANVISA e Ministério da saúde. *Nota técnica conjunta nº 01/2010 anvisa e ministério da saúde assunto: sala de apoio e amamentação em empresas*. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sala_apoio_amamentacao_empresas.pdf>. Acesso em: 10 ago 2017.

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, n. 23, 2 ed., 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em: 26 jul 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da*

saúde na atenção básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2 ed. 2 reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/enpacs_10passos>. Acesso em: 01 ago 2017.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Manual de Aleitamento Materno. São Paulo, 2015

KLIEGMAN, R. et al. Nelson Tratado de Pediatria. Elsevier Brasil, 2014

LEÃO, E et al. Pediatria Ambulatorial. 4ª edição. Belo Horizonte: Coopmed. 2005.

LEÃO, E et al. Pediatria Ambulatorial. 5ª edição. Belo Horizonte: Coopmed. 2013.

SANTIAGO L. B.; SANTIAGO F. G. B. *Aleitamento materno: técnica, dificuldades e desafios*. Residência Pediátrica. vol. 4. n. 3. Suplemento 1. 2014. Disponível em: <<http://residenciapediatrica.com.br/detalhes/115/aleitamento-materno--tecnica--dificuldades-e-desafios>>. Acesso em: 07 ago 2017.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. *Manual de orientação: alimentação do lactente ao adolescente, alimentação na escola, alimentação saudável e vínculo mãe-filho, alimentação saudável e prevenção de doenças, segurança alimentar*. Rio de Janeiro, 3. ed, 2012a. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/14617a-PDManualNutrologia-Alimentacao.pdf>. Acesso em: 26 jul 2017.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. *Recomendações úteis para a manutenção do aleitamento materno em mães que trabalham fora do lar ou estudam*. 2012b. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2012/12/Recomendaes-teis-para-a-manuteno-do-aleitamento-materno-em-mes-que-trabalham-fora-do-lar-ou-estudam.pdf>. Acesso em: 8 ago 2017.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia Prático de Atualização. Departamento Científico de Aleitamento Materno. *Aleitamento materno continuado versus desmame*. 2017. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/04/19636c-GP-AleitMat-x-Desmame.pdf>. Acesso em: 01 ago 2017.

UNIMED - Vale dos Sinos. *Guia de Orientação a Mamãe*. 2016. Disponível em: <http://www.unimed.coop.br/portaunimed/flipbook/vale_do_sinos/guia_orientacoes_a_mamae/files/assets/common/downloads/publication.pdf>. Acesso em: 01 ago 2017.

ALEITAMENTO MATERNO EM PREMATUROS

Ana Carolina Ribeiro Costa

Médica graduada no Instituto Metropolitano do Ensino Superior- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5852421361180598>

Elisa Benetti de Paiva Maciel

Acadêmica da Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2716285552844687>

Iara Oliveira Alves

Médico graduado pela Univaço - IMES

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4454319691126728>

Yuri Arantes Maia

Médico graduado pelo IMES- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4474570779695305>

1. INTRODUÇÃO

Os RN com idade gestacional abaixo de 37 semanas de gestação são considerados pré-termo. A prematuridade traz consigo a imaturidade das funções fisiológicas e motoras, prejudicando o desenvolvimento cognitivo e o crescimento estrutural do neonato (AULER, F.; DELPINO, F. S., 2008).

A prevenção das complicações destes RN's é realizada pela ingestão do LM o mais precocemente possível. O leite humano é um alimento complexo rico em fatores bioativos que proporciona uma combinação de proteínas, lipídios, carboidratos, minerais, vitaminas, enzimas e células vivas, que promovem benefícios nutricionais, imunológicos, psicológicos e econômico (BRASIL, 2013).

A recomendação do AM no prematuro baseia-se nas propriedades imunoprotetoras, no papel na maturação gastrointestinal, na formação do vínculo mãe-filho e no melhor desempenho neurológico e comportamental apresentados pelas crianças amamentadas com o LM. A coordenação da sucção e da deglutição dos recém-nascidos pré-termo (RNPT) é maior durante o AM (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

A frequência e a duração do AM são mais baixas nos prematuros do que nos RN a termo. Isso acontece, principalmente, pela dificuldade do estabelecimento e manutenção de produção de leite eficiente da mãe, ocasionada, entre outros motivos, pelo estresse devido ao afastamento do seu bebê, muitas vezes hospitalizados por doenças do período neonatais frequentemente associadas à prematuridade.

O início da vida do prematuro na unidade neonatal é complicado por situações que necessitam de outros suportes alimentares, como nutrientes pela alimentação parenteral, associado quando for possível à algumas gotas ou mililitros de LM, chamada alimentação enteral mínima. Após a melhora clínica, o LM ordenhado ou uma fórmula láctea específica são oferecidos através de uma sonda orogástrica ou nasogástrica e o volume da alimentação é aumentado conforme sua capacidade gástrica e clínica, de maneira lenta e gradualmente, de acordo com a aceitação (AQUINO, R. R.; OSÓRIO, M. M., 2008).

1.1. Necessidades nutricionais

Os RN prematuros possuem baixos estoques de gordura, de glicogênio e de diversos nutrientes, visto que o armazenamento se dá no último trimestre de gestação. Dessa maneira, ao nascerem, os RNPT's têm necessidades nutricionais especiais, decorrentes de sua velocidade de crescimento e de sua imaturidade funcional (VINAGRE; DINIZ, 2002; CAMELO JUNIOR; MARTINEZ, 2005).

O objetivo do cuidado nutricional com o RNPT é tentar fornecer condições de crescimento quantitativo e qualitativo semelhantes ao que seria obtido nas últimas semanas de gestação para que não ocorram danos ao seu desenvolvimento em longo prazo (DUARTE; MENDONÇA, 2005).

As necessidades energéticas ofertadas para o RNPT devem girar em torno de 110 e 150 cal/kg/dia, distribuídos da seguinte maneira: 25% a 50% de carboidratos, 30% a 40% de lipídios e 10% a 20% de proteínas (MAGALHÃES; BICUDO, 2006).

Carboidratos constituem fonte de glicose gerando energia para o RNPT no início de sua vida. Os depósitos de glicogênio nesta fase são limitados, pois os RNPT têm dificuldade de produzi-lo. No leite humano, o principal carboidrato é a lactose e, as fórmulas especiais infantis são constituídas de 50% de lactose e 50% de polímeros de glicose. Uma ingestão maior que a necessária pelo prematuro pode causar diarreia osmótica, pela dificuldade do RNPT absorver grandes volumes de lactose (MAGALHÃES; BICUDO, 2006; GIANINI; VIEIRA; MOREIRA, 2005).

Os ácidos graxos essenciais têm grande importância no crescimento e desenvolvimento do SNC, no crescimento de neurônios e formação da mielinização, como também na formação das retinas e dos componentes das membranas celulares (GIANINI; VIEIRA; MOREIRA, 2005).

As vitaminas e minerais exercem papel fundamental no crescimento e desenvolvimento adequado dos RNPT's. Quando ocorre baixa ingestão dietética das vitaminas e sais minerais pode ser observado quadro de osteopenia da prematuridade, como fraturas e microfraturas (TRINDADE, 2005).

1.2 Suporte nutricional ao recém-nascido pré-termo

Os RN prematuros normalmente iniciam sua alimentação ainda no ambiente hospitalar, com alimentação administrada por via endovenosa, por sonda ou diretamente ao seio da mãe, dependendo de seu estado clínico. Quanto menor a idade gestacional, maior é a imaturidade do sistema gastrointestinal e menor a sincronia entre sucção, deglutição e respiração. Para que esses estímulos sejam adequados é necessária a harmonização das atividades musculares dos lábios, bochechas, mandíbula, língua, palato, faringe e laringe. Enquanto não houver essa integração, o RNPT inicialmente receberá suporte nutricional por meio parenteral ou enteral, para posteriormente ser estabelecido o aleitamento no peito (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

1.2.1 Nutrição Enteral

A nutrição enteral é de grande eficácia para o recém-nascido prematuro, por manter o trofismo da mucosa intestinal, diminuir os riscos de lesões hepáticas, melhorar o ganho ponderal e possibilitar a melhor oferta proteico-calórica. As sondas usualmente utilizadas são as orogástricas, uma vez que o estômago é o reservatório inicial dos alimentos (AQUINO, R. R.; OSÓRIO, M. M., 2008). Através da sonda são introduzidas as fórmulas lácteas especiais para prematuros ou o próprio LM.

As vias de administração incluem:

- Gavagem simples ou intermitente: é a forma frequentemente utilizada para alimentar os RNPT's ou recém-nascidos de baixo peso (RNBP), em intervalos de duas a três horas através de sonda oro ou nasogástrica.

- Gavagem contínua: administração com bomba de infusão. É utilizada em prematuros extremos com insuficiência respiratória importante, pós-operatório de cirurgia abdominal, refluxo gastroesofágico e resíduo gástrico persistente. A administração poderá ser por sonda oro ou nasogástrica não devendo o tempo de exposição do leite à temperatura ambiente exceder uma hora durante a sua administração.

- Translactação: consiste em um recipiente contendo o leite, preferencialmente o da própria mãe e, na sua falta, o do Banco de Leite Humano (BLH) pasteurizado, colocado entre as mamas e conectado ao mamilo por meio de uma sonda. O bebê é colocado para mamar ainda com a sonda para aprender a pegar o peito e a sugar o LM. Ao sugar, recebe o suplemento e continua a estimular a mama até sentir-se saciado (AQUINO, R. R.; OSÓRIO, M. M., 2008).

1.2.2. Amamentação

O leite produzido pelas puérperas de prematuros sofre modificações em sua composição, du-

rante os meses, como forma de atender as necessidades do prematuro. Esta adaptação promove nos primeiros dias uma maior concentração de calorias, proteínas gorduras e IgA e menores quantidades de lactose.

Mesmo quando o bebê ainda está apto a mamar, a mãe deve estimular a descida do leite, através de movimentos circulares das mãos, na borda da aréola, em um intervalo de três em três horas, e depois a pressionando para a extração do leite. Inicialmente, é normal que se observe saída de pequeno volume de leite, mas essa quantidade é suficiente para estes bebês ingerirem, dado o volume restrito do estômago destes RNs. À medida que o bebê vai crescendo, a produção de LM também aumenta, e por isso é necessário acalmar estas mães quanto à oferta insuficiente do seu leite (PASSANHA, A.; CERVATO-MANCUSO, A. M.; SILVA, M. E. M. P., 2010).

1.3. Fórmulas lácteas

Quando ocorre a impossibilidade do uso do leite humano na alimentação do RNPT, são empregadas as fórmulas infantis especiais na tentativa de suprir as necessidades primárias do bebê.

Os fortificantes desenvolvidos pela indústria alimentícia possuem como modelo o leite humano, apesar da sua produção utilizar como matéria prima o leite de vaca, que sabidamente contém menor quantidade de proteína do soro do leite e maior concentração de gordura e de minerais. Dessa forma, tais fórmulas não devem ser ofertadas de forma regular, uma vez que podem sobrecarregar o RNPT e afetar sua capacidade de metabolizar os nutrientes (AULER, F.; DELPINO, F. S., 2008).

2. REFERÊNCIAS

AQUINO, R. R.; OSÓRIO, M. M. Alimentação do recém-nascido pré-termo: métodos alternativos de transição da gavagem para o peito materno. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**, v.8, n.1. Recife, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000100002>. Acesso em: 29 jul 2017.

AULER, F.; DELPINO, F. S. Terapia nutricional em recém-nascidos prematuros. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 1, n. 2, p. 209-216, 2008. Disponível em: <http://utineonatal.med.br/novo_site/pdf/pdf_arquivos/nutricao/Art1_nutricao.pdf>. Acesso em: 29 jul 2017.

BATISTA, A. F. R. **Nutrição parentérica em recém-nascidos prematuros**. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa, 2013. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/4377/Andreia_Batista_Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf?sequence=1>. Acesso em 29 jul 2017.

BRANDÃO, D.S.; VENANCIO, S.I.; GIUGLIANI, E.R.J. Associação entre a implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, p. 143-151. mar. 2015. Disponível em: <<http://jped.elsevier.es/pt/association-between-brazilian-breastfee>>

ding-network/articulo/S2255553615000129/>. Acesso em: 04 ago 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru - Manual Técnico**. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, ed. 2, p.1-203, Brasília-DF, 2013. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed., p.184, Cadernos de Atenção Básica; n. 23. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em: 04 ago 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**. Atenção à Saúde do Recém-Nascido: cuidados com o recém-nascido pré-termo. Série A, v.4, p. 156. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v4.pdf>. Acesso em: 4 ago 2017.

CAMELO JUNIOR, J. S. C.; MARTINEZ, F. E. Dilemas Nutricionais no pré-termo externo e repercussões na infância, Adolescência e Vida Adulta. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 1; p. 533- 542, 2005. Disponível em:<http://utineonatal.med.br/novo_site/pdf/pdf_arquivos/nutricao/Art1_nutricao.pdf>. Acesso em 29 jul 2017.

DUARTE, J. B. M. L.; MENDONÇA, G. S. A. Fatores associados à morte neonatal em recém-nascidos de muito baixo peso em quatro maternidades no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 181-191, 2005. Disponível em: <http://utineonatal.med.br/novo_site/pdf/pdf_arquivos/nutricao/Art1_nutricao.pdf>. Acesso em 29 jul 2017.

GIANINI, N. M.; VIEIRA, A. A.; MOREIRA, M. C. E. Avaliação dos Fatores associados ao estado nutricional na idade corrigida de termo em recém-nascidos de muito baixo peso. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 1, p. 237-239, 2005. Disponível em:<http://utineonatal.med.br/novo_site/pdf/pdf_arquivos/nutricao/Art1_nutricao.pdf>. Acesso em 29 jul 2017.

GONÇALVES, A. B. et al. **Alimentação do recém-nascido pré-termo**. In.: FEFERBAUM, Rubens; FALCÃO, Mário Cícero. Nutrição do recém-nascido. São Paulo: Atheneu, 2005. Disponível em:<http://utineonatal.med.br/novo_site/pdf/pdf_arquivos/nutricao/Art1_nutricao.pdf>. Acesso em 29 jul 2017.

MAGALHÃES, L. M. S.; BICUDO, J. N. **Nutrição em recém-nascidos prematuros**. Revista Médica Hospital Ana Costa, v. 11, n. 1, 2006. Disponível em:<http://utineonatal.med.br/novo_site/pdf/pdf_arquivos/nutricao/Art1_nutricao.pdf>. Acesso em 29 jul 2017.

PASSANHA, A.; CERVATO-MANCUSO, A. M.; SILVA, M. E. M. P. Elementos protetores do leite materno na prevenção de doenças gastrintestinais e respiratórias. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, ed. 20, n.2, p.351-360. São Paulo, 2010. Disponível em:<<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/viewFile/19972/22057>>. Acesso em: 29 jul 2017.

TRINDADE, C. E. P. Importância dos minerais na alimentação do pré-termo extremo. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 1, supl 1. p.43-51, 2005. Disponível em:<http://utineonatal.med.br/novo_site/pdf/pdf_arquivos/nutricao/Art1_nutricao.pdf>. Acesso em 29 jul 2017.

VINAGRE, R. D.; DINIZ, E. M. A. **O leite humano e sua importância na nutrição do recém-nascido prematuro**. São Paulo: Atheneu, 2002. Disponível em:<http://utineonatal.med.br/novo_site/pdf/pdf_arquivos/nutricao/Art1_nutricao.pdf>. Acesso em 29 jul 2017.

DOENÇAS MATERNAS E AMAMENTAÇÃO

Ana Luiza Soares Toledo

Médica graduada no Instituto Metropolitano do Ensino Superior- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7476459832474608>

Filipe Henrique Marques

Médico graduado no Instituto Metropolitano de Ensino Superior- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4437183159080258>

João Pedro Siqueira Carvalho

Médico graduado pelo IMES- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5794427667227521>

Mabelly Andrade Corrêa

Médica graduada no Instituto Metropolitano do Ensino Superior- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6883248518717615>

1. INTRODUÇÃO

É consagrada a importância e os benefícios do AM para a criança e para a mãe. No entanto, existem inúmeros obstáculos capazes de proporcionar o desmame precoce, como a presença de doenças maternas. Dessa forma, o conhecimento das enfermidades e o mecanismo de transmissão e suas repercussões para os lactentes é fundamental para evitar a interrupção dessa prática (BOZZOLA *et al.*, 2016).

1.2 Doenças virais

Várias doenças maternas são ocasionadas por vírus e podem cursar com a transmissão pelo LM, tais como as hepatites B e C, citomegalovirus, dengue, sarampo e rubéola. No entanto, nas infecções mediadas pelos retrovírus - vírus da imunodeficiência humana (HIV-1), vírus T-linfotrópicos humanos tipo I (HTLV I) e vírus T-linfotrópicos humanos tipo II (HTLV II), a transmissibilidade por essa via não é de domínio dos profissionais de saúde nas condutas de amamentação, especialmente em mães com sorologia positiva confirmada.

No AM, a mãe portadora de doença viral possui partículas virais que podem se desprender das glândulas mamárias e alcançar diretamente a mucosa do bebê através do LM. Doenças transmitidas pelo sangue como o HIV, hepatites B e C e sífilis também podem ser transmitidas pelo LM, e dessa forma, a amamentação deve ser monitorada e, em algumas situações específicas, interrompida. Todavia, só é possível avaliar a contra-indicação da amamentação materna conhecendo o real estado sorológico da lactante (BRASIL, 2012; PAIS, I. P *et al.*, 2012; COHEN, R. S *et al.*, 2010).

1.1.1. Infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

O HIV-1 pode ser transmitido da mãe para o filho durante o período gestacional, durante o parto, e pela amamentação. O risco de transmissão vertical do HIV, sem intervenção, é de 25% a 30% durante a gestação. No período do aleitamento o risco de infecção das mucosas e do trato gastrointestinal do RN chega a 29%.

O teste rápido para diagnóstico de HIV deve sempre ser realizado nas maternidades brasileiras caso as gestantes não tenham sido testadas durante o pré-natal. Desta forma, evita-se a transmissão vertical e pelo LM. O Ministério da Saúde não contra-indica a amamentação para as mulheres que realizaram o teste anti-HIV e que aguardam o resultado. Qualquer contra-indicação deverá ser indicada mediante o teste de HIV positivo. É importante salientar que o diagnóstico realizado no pré-natal possibilita medidas de prevenção na transmissão do vírus HIV na criança. O teste HIV é simples e qualquer profissional de saúde está capacitado a realizá-lo, em 30 minutos. A mãe com teste negativo deve ser incentivada a amamentar na primeira hora após o parto (KUTTY, P. K, 2012; CONCEIÇÃO, J. S *et al.*, 2009).

No Brasil é contra-indicado o AM nas mães soropositivas para o HIV. Deve-se estimular o vínculo entre mãe e filho através do alojamento conjunto. Mães com diagnóstico de HIV deverão ser submetidas à inibição farmacológica da lactação logo nas primeiras horas após o parto, com a medicação Cabergolina 1,0 mg por via oral em dose única. Somente quando o fármaco não estiver presente, deverá ser realizado o enfaixamento das mamas. O Ministério da Saúde disponibiliza fórmulas infantis sob essas condições assim como para as famílias sem recursos financeiros para adquiri-lo (KUTTY, P. K, 2012).

Segundo a SBP, desde 2010, a OMS recomenda a amamentação em mulheres HIV soropositivas que fazem tratamento com fármacos antirretrovirais, pois o uso destes medicamentos atuaria como prevenção na transmissão do vírus pelo LM. Diversos estudos concluíram que a terapia medicamentosa reduz significativamente o risco da transmissão por esta via. Mães HIV positivas podem amamentar de 12 meses até 24 meses ou mais se estiverem compactuadas com terapia antirretroviral. Segundo a OMS, mesmo quando há alimentação mista as drogas antirretrovirais diminuem o risco de transmissão (SBP, 2017; BRASIL, 2011).

Ainda não existem evidências suficientes sobre o risco de transmissão do HIV-2 pela amamentação. Mães infectadas com o HIV-2 devem seguir as mesmas diretrizes existentes para o HIV-1

(BRASIL, 2011).

1.1.2. Hepatites virais

Hepatites virais constituem um assunto que desperta grande atenção, particularmente pela alta prevalência de pessoas infectadas e pela natureza assintomática da doença. Portanto, muitos indivíduos desconhecem sua situação sorológica, aumentando a possibilidade de transmissão da infecção (BRASIL, 2012a).

A transmissão de doenças infectocontagiosas depende do tipo do vírus, no caso dos vírus da hepatite B e C ocorre principalmente pelo contato direto com sangue, sêmen e/ou outros líquidos corporais de um indivíduo contaminado. Além disso, outra relevante via de infecção é a transmissão vertical (TV), com infecção do feto durante a gestação, do RN no momento do parto ou na amamentação.

O Ministério da Saúde através do Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais de 2012 indica a TV de hepatite B como a 3º causa mais prevalente de infecção, perdendo apenas para a via por contato sexual (52,9%) e contato domiciliar (9,1%). A taxa de TV para hepatite B é de 5,9%. Na hepatite C a TV constitui a 7º infecção em frequência, com prevalência de 0,3% no ano de 2010. A ocorrência de TV, apesar de rara, é o principal causa de hepatite C na pediatria (BRASIL, 2012a; FLOREANI, A, 2013).

O surgimento de sinais e sintomas de doenças infectocontagiosas maternas indica que o RN poderá ser exposto a um agente patogênico e a interrupção do aleitamento deve ser avaliada (BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde adverte que para o Programa de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco sejam seguidos protocolos específicos como realização de exames para detectar a presença do vírus da hepatite B através da sorologia HbsAg (antígeno de superfície do vírus da hepatite B), na primeira consulta e no terceiro trimestre (BRASIL, 2012b).

Os RN's de mães com sorologia positiva devem ser vacinados e imunizados. A primeira dose da vacina deve ser dada logo após o parto, e a imunização com imunoglobulina hiperimune da hepatite B (HBIG), na dose de 0,5 mL, via intramuscular (IM), nas primeiras 12 horas após nascimento. As doses devem ser aplicadas simultaneamente, porém em locais distintos. A eficácia desse procedimento é de 95% eliminando o eventual risco da contaminação pelo LM durante a amamentação. O AM é liberado após o recebimento das imunoterapias (BRASIL, 2012b).

As mulheres soropositivas podem transmitir o vírus no leite durante a amamentação a partir de lesões previamente existentes nos mamilos que cursam com a ingesta de sangue pelo lactente durante o processo (SBP, 2017). Assim, o HBsAg pode estar presente no leite e alguns estudos orientam que mulheres soropositivas sejam aconselhadas a não amamentar.

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda as orientações contidas na RDC 171/2006: Não

contraindicar a amamentação desde que: 1) Tenha sido aplicada a vacina contra hepatite B, de preferência antes de 12 horas de vida; 2) Tenha sido aplicada imunoglobulina específica contra hepatite B ou imunoglobulina standard, conforme prescrição médica, nas primeiras 12 horas de vida; 3) Nos casos de mães com hepatite B diagnosticada durante a amamentação, recomenda-se manter a amamentação.

A cronificação no RN infectado pelo vírus da hepatite B por TV pode atingir valores próximos de 90%, com aumento do risco de evolução para cirrose e hepatocarcinoma. Acredita-se que o risco de desenvolvimento do carcinoma hepatocelular nas crianças infectadas por TV pelo vírus seja 200 vezes maior que o da população em geral, realçando a importância da realização de um adequado pré-natal que possibilite seu diagnóstico (BRASIL, 2014).

A hepatite C é apontada como um dos maiores dilemas de saúde pública, alcançando 2 a 3% da população do mundo, representando 150 milhões de pessoas. Desde que a infecção pelo vírus da hepatite C foi descoberta em 1989, ela é indicada como a mais importante causa de doenças hepáticas crônicas. Boa parte dos infectados alcançará a forma crônica da doença com suas complicações: cirrose e hepatocarcinoma. Segundo os estudos da OMS, 15 a 30% dos infectados desenvolverão cirrose nos primeiros 20 anos e a cada ano mais de 200.000 casos e 500 mil pessoas morrem por complicações da doença (BRASIL, 2014).

De forma geral, a hepatite C não tem efeitos adversos na gestação e não se relaciona a aborto ou mal desenvolvimento fetal, contudo alguns relatos na literatura apontam para o risco de baixo peso ao nascimento, maior necessidade de acompanhamento em unidade de terapia intensiva neonatal (UTI-Neonatal) e ventilação mecânica (Pedro HSP *et al.*, 2014).

Segundo estudo realizado por Cottrell e colaboradores em 2013, a amamentação não influenciou a transmissão da hepatite C pelo LM. O Ministério da Saúde acredita que apesar de detectável no LM, a transmissão da hepatite C pela amamentação é desconhecida, não contraindicando a amamentação, excetuando-se quando presentes fissuras mamilares sangrantes e elevada carga viral materna (>105 cópias HCV/mL), HIV e/ou insuficiência hepática grave (COTTRELL, E. B *et al.* 2013).

1.1.3. Infecção pelo vírus T-Linfotrófico Humano (HTLV)

A HTLV é considerada uma retrovírose assim como HIV. Existem dois grupos diferentes, o HTLV-1 e HTLV-2. Doenças neurológicas, dermatológicas, urológicas, oftalmológicas e hematológicas são consequências possíveis da infecção, como linfoma e leucemia. Tanto o HTLV-1 quanto o HTLV-2 podem ser transmitidos através do processo de amamentação. Caso o AM não seja exclusivo, o risco de transmissão torna-se ainda maior. A amamentação é contraindicada para mães portadoras do HTLV-1 e HTLV-2, devendo os RN>s ser alimentados com fórmulas de nutrição infantil (SBP, 2017).

1.1.4. Dengue / Zika / Chikungunya

Não existe contraindicação para o aleitamento no caso de mães contaminadas com o vírus da dengue, exceto nos casos que a condição materna não permita temporariamente o aleitamento (SBI, 2016).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Infectologia (2016), apesar de ser possível detectar material genético do vírus da zika no leite de mães com quadro agudo da infecção, não há contraindicação da amamentação, uma vez que até o momento não há casos confirmados da doença através dessa via de transmissão. A amamentação deve ser mantida, pois seus benefícios superam os riscos.

Conforme o Guia Prático de Atualização em doenças maternas infecciosas e amamentação da SBP (2017) não há contraindicação de amamentação em mães previamente infectadas pelo vírus.

1.1.5. Varicela

A varicela é uma doença infecciosa viral, de distribuição mundial que, segundo a OMS, apresenta 140 milhões de casos anuais. Apesar de ser considerada inofensiva, quando o vírus acomete crianças pode causar a morte ou gerar complicações graves com necessidade de hospitalização e possíveis sequelas.

O vírus varicela zoster é capaz de originar dois tipos de doença: a varicela pela primoinfecção, que acomete tipicamente indivíduos durante a infância, transmitida através de partículas virais em contato com mucosas e a herpes zoster, que consiste na infecção secundária devido à reativação viral por declínio da imunidade do indivíduo.

Atualmente, a varicela no período gestacional e no parto é incomum, pela adoção da vacinação universal contra esse patógeno no nosso meio. Caso a mãe esteja infectada, a transmissão pós-natal se dá através de gotículas respiratórias ou contato com as lesões vesiculares. Há risco de ocorrer infecção grave no RN quando a infecção materna ocorrer em até 5 dias antes ou 2 dias após o parto. Portanto, a criança deve ser isolada da mãe no período contagioso da doença, isto é, até que as vesículas atinjam a fase de crosta. Além do isolamento, deve ser administrada imunoglobulina específica contra varicela (VZIG) na dose de 125UI por via IM.

A observação do RN deve ser intensa. No caso de surgimento de alguma lesão, deve ser iniciado o tratamento da criança com o medicamento Aciclovir na dose de 20 mg/kg/dose de 6 em 6 horas por 5 dias. Como não há evidências científicas de que o vírus da varicela possa ser encontrado no LM, a ordenha do leite e administração do mesmo para a criança deve ser encorajada, observando o surgimento ou não de lesões no lactente.

Caso a infecção materna ocorra previamente ao 5º dia antes do parto ou após três dias do parto, não deve ser feito o isolamento da criança, uma vez que o próprio organismo vai enviar anticorpos ao lactente através do LM. A mãe deve tomar algumas precauções, como amamentar utilizando máscara

facial, lavando as mãos de forma adequada e ocluindo as lesões em forma de vesículas (LOBO, I. M. F *et al.*, 2015).

1.1.6. Herpes Simples

Os vírus 1 e 2 da família *Herpes viridae* são responsáveis pela infecção de herpes simples em humanos, podendo haver manifestações orais/faciais ou genitais. A transmissão se dá através de fluidos corporais ou feridas de pessoa infectada, sendo contagiosa mesmo nos períodos assintomáticos. A transmissão mãe-filho se dá principalmente na hora do parto, caso a mãe possua vesículas herpéticas genitais (SBP, 2017).

Infecções maternas pelo vírus herpes simples não impedem o aleitamento, desde que as vesículas herpéticas não se encontrem nas mamas. As lesões ativas, em período de transmissibilidade devem ser cobertas durante a amamentação e a nutriz deve manter higienização rigorosa. Enquanto houver lesões na mama, a criança não deverá amamentar (SBP, 2017).

Caso alguma pessoa do convívio da criança manifeste sinais ou sintomas de infecção pelo vírus herpes simples, ela deve ser isolada dessas pessoas, exceto da mãe (SBP, 2017).

1.3. Doenças Bacterianas

O AM não está contraindicado na maioria das doenças bacterianas, porque a presença desse patógeno no LM não apresenta risco para o lactente (SBP, 2017).

Alguns cuidados devem ser tomados em determinadas situações, como na tuberculose (TB) e hanseníase (FEBRASGO , 2015).

1.3.1. Tuberculose

A TB é uma doença bacteriana infecto contagiosa de distribuição universal. A doença é transmitida principalmente por partículas aerolizadas e mostra difícil controle naqueles locais onde há grande contingente populacional. Apesar de ser uma doença contagiosa é difícil que o indivíduo encontre condições favoráveis para que a micobactéria invada o organismo, se multiplique e se instale de forma ativa. No entanto, uma vez que a infecção esteja vigente, ela se torna crônica rapidamente (SBP, 2017).

Segundo a Academia Americana de Pediatria, mães com TB na fase ativa (infecciosa) ou não tratada não devem amamentar e devem restringir o contato com o lactente. Porém, o LM ordenhado pode ser usado, pois não há risco de transmissão por essa via. Ao iniciar o tratamento, a mãe poderá amamentar utilizando máscara (cobrindo nariz e boca), que poderá ser dispensada após duas semanas da terapia anti-tuberculose (SBP, 2017).

A SBP recomenda, ainda, que filhos de mães com TB recebam doses profiláticas de Isoniazida até o 3º ou 4º mês de vida, quando deverá ser realizado o teste tuberculínico. De acordo com o resultado do teste, será continuado ou não o tratamento nas doses corretas (SBP, 2017).

1.3.2. Hanseníase

A hanseníase é uma doença bacteriana crônica, causada pela *Mycobacterium leprae*. A transmissão ocorre por partículas provenientes de lesões na pele e por aspiração de gotículas pela fala, tosse e espirro. Os familiares dos portadores da doença constituem grupo de risco pela exposição frequente e pelo convívio mais próximo de pacientes infectados. Apesar do grande número de pesquisas, a doença continua muito prevalente e negligenciada no mundo.

A amamentação deverá ser suspensa em três condições: caso a mãe apresente a forma virchowiana (contagiosa) da doença sem tratamento; se o tempo de tratamento com a dapsona for menor que três meses ou o tempo de tratamento com rifampicina for menor que três semanas. Lactantes sob tratamento adequado ou que possuam a forma não contagiosa da doença estão aptas a amamentar, principalmente porque os medicamentos usados para o tratamento não oferecem riscos à criança em AM (DAXBACHER, E. L. R *et al.*, 2014; SBP, 2017).

A SBP recomenda alguns cuidados com os RN filhos de portadoras da forma contagiosa da doença, como o tratamento precoce do RN, simultaneamente ao tratamento da mãe e vacinação com a BCG para possível indução de proteção cruzada. O contato mãe-filho deve ser reduzido ao máximo e as práticas de higiene, rigorosas (SBP, 2017; FEBRASGO, 2015.).

1.4. Doenças parasitárias

Em geral, os parasitas não são encontrados no LM, portanto, doenças causadas por esses microrganismos não contraindicam a amamentação, com a exceção da doença de Chagas (SBP, 2017).

1.4.1. Doença de Chagas

A doença de Chagas é uma condição infecciosa que acomete entre 1,9 milhão e 4,6 milhões de pessoas no Brasil. O *Trypanosoma cruzi* pode ser identificado no LM, porém, existem poucos relatos de infecção aguda em lactentes e, no caso de sua presença nesta faixa etária, a evolução é benigna. Sendo assim, é recomendado a manutenção do AM em puérperas na fase crônica da doença. Em caso de sangramento por fissura mamária é indicada a suspensão da amamentação na mama comprometida, e a interrupção do aleitamento quando houver elevada parasitemia (fase aguda da doença ou reativação da forma crônica) (SBP, 2017; DIAS, J. C. P *et al.*, 2016).

2. REFERÊNCIAS

BOZZOLA, E.; BOZZOLA, M. Complicações e imunização universal contra a varicela. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 92, n. 4, p. 328-330. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite viral C e coinfeções*. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - *Hepatites Virais*. Brasília, 2012a; ano III, nº01.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b. Cadernos de Atenção Básica; 32.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico HIV AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014

COHEN, R. S.; *et al.* Retrospective review of serological testing of potential human milk donors. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal*. v. 95, p. 118-20, 2010.

CONCEIÇÃO, J. S., *et al.* Conhecimento dos obstetras sobre a transmissão vertical da hepatite B. *Arquivos de Gastroenterologia*. n. 46, v.1, p.57-61, 2009.

COTTRELL, E. B., *et al.* Reducing Risk for Mother-to-Infant Transmission of Hepatitis C Virus: A Systematic Review for the U.S. *Preventive Services Task Force*. Ann Intern Med. 2013.

DAXBACHER, E. L. R.; FERREIRA, I. N. Epidemiologia da Hanseníase. In: ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; FERREIRA, I. N. *Hanseníase: avanços e desafios*. Brasília: NESPROM/UnB. p. 45-66, 2014.

DIAS, J. C. P., *et al.* II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 25(núm. esp.): 7-86, 2016

FLOREANI, A. Hepatitis C and pregnancy. *World J Gastroenterol*. Out 2013.

SBI. SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA *Guia de Manejo de Infecção pelo ZIKA VÍRUS*. Sociedade Brasileira de Infectologia, 2016.

KUTTY, P. K. HIV transmission through breastmilk: the science behind the understanding of current trends and future research. *Med. J. Malaysia*. v. 67, n. 6, p. 644-51, 2012.

LOBO, I. M. F. et al. Vírus varicela zoster. RBM - *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, v. 72, n. 6, p. 231-238. 2015.

FEBRASGO . Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Manual de Aleita-*

mento Materno, FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2015.

PAIS, I. P., *et al.* Transmissão vertical do vírus da hepatite C: experiência clínica de um hospital de nível III. *Acta Pediátrica Portuguesa*. v. 43, n.3,p. 114-117, 2012..

PEDRO HSP; *et al.* Cenário atual da tuberculose. *Hansen Int.* 2014; 39 (1): p. 40-55.

World Health Organization (WHO). *Hepatitis C*. Fact sheet nº 164. Updated Abr 2014.

SBP. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Doenças maternas infecciosas e amamentação: *Guia prático de atualização*, Agosto de 2017.

DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO

Bárbara Alves Linhares Barros de Souza

Médica graduada no Instituto Metropolitano de Ensino Superior- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2785343625690507>

Elisa Lages Roque

Acadêmica da Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6266764772230855>

Gleicielle Barbosa Sousa Oliveira

Médica graduada no Instituto Metropolitano de Ensino Superior - Univaço

Lattes:<http://lattes.cnpq.br/4756943351637610>

Isadora Ervilha Barros

Médica da Prefeitura Municipal de Pingo D'Água, graduação na Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7951192193370986>

1. INTRODUÇÃO

A prática do AM não é um processo fácil e depende de ensinamentos e aprendizagens. As dificuldades para a sua realização são muitas e por vezes muito complexas, principalmente nos primeiros meses como alimento exclusivo da criança.

Os principais obstáculos encontrados são decorrentes de erros na técnica de amamentação, mas quando a mãe realiza de maneira satisfatória, evita transtornos e transforma este momento em alegria e afetividade do binômio mãe-filho. Entre as principais dificuldades no AM podemos destacar as relacionadas às desordens mamárias como: o ingurgitamento mamário, bloqueio de ducto lactífero, dor mamilar, mamilo plano ou invertido, mastite, abscesso mamário, infecções mamilares e galactocele. Também é necessário ressaltar os muitos problemas encontrados pela mãe, como o retorno ao trabalho/estudo, sensação de pouco leite, uso de chupetas, uso de mamadeiras, facilidade do uso de fórmulas infantis e a falta de orientação de profissional acessível para sanar suas dúvidas (PÉREZ-ESCAMILLA, 2017).

1.1. Dificuldades físicas

1.1.1. Bloqueio de ducto lactífero

A mama quando não esvaziada de forma adequada pode apresentar estase láctea em determinada área. Este bloqueio pode ser causado por mamadas infrequentes, sucção ineficaz da criança, utilização de cremes nos mamilos que obstruem os poros mamilares e aumento de pressão sobre determinada região da mama, como uso de sutiãs apertados. O bloqueio dos ductos pode ser identificado pela presença de nódulos dolorosos nos locais de bloqueio associados à hiperemia e calor na região afetada e a formação de ponto branco no mamilo, muito doloroso durante a amamentação. O estado geral da mulher permanece preservado. A principal consequência observada no ingurgitamento mamário é o desmame precoce (CORINTIO, 2015; LEVY; BÉRTOLO, 2012).

A maneira de desobstruir aquela região é realizada pela massagem com os dedos em pinça ao longo do ducto em direção ao mamilo associada à compressa quente no local e ordenha, caso seja necessário. Outras opções de desobstrução é a variação da posição da criança durante as mamadas com o intuito de esvaziar todos os quadrantes mamários. Se o bloqueio ainda assim permanecer, o ponto esbranquiçado do mamilo deve ser retirado utilizando agulha esterilizada (CORINTIO, 2015; LEVY; BÉRTOLO, 2012).

1.1.2. Dor mamilar

O desconforto e a leve dor ao amamentar podem ser sentidas nos primeiros dias após o parto e é considerado normal, desde que não haja lesão ou dor muito intensa. A principal causa da dor mamilar são os traumas mamilares por provável técnica inapropriada da amamentação. A dor mamilar é considerada importante causa de desmame precoce, frequentemente associada à mastite. Outras causas de dor mamilar são: mamilos planos ou invertidos, alterações orofaciais da criança, infecções, dermatites, sucção prolongada e forte (KENT *et al.*, 2015; SANTIAGO; SANTIAGO, 2014).

O diagnóstico correto é realizado pela avaliação da mãe e da criança e o seguimento do problema. As orientações gerais são baseadas no posicionamento adequado do bebê, na pega correta, na amamentação em livre demanda sempre iniciada pela mama menos afetada. As variações da posição da criança são muito importantes a fim de reduzir a pressão nas regiões dolorosas das mamas. A ordenha do leite antes da mamada, exposição do mamilo ao sol todos os dias, assim como evitar o uso de protetores de mamilos, também são necessários em muitos casos (BRASIL, 2015; KENT *et al.*, 2015; SANTIAGO; SANTIAGO, 2014).

1.1.3. Mamilos planos ou invertidos

Quando a mãe possui mamilos planos ou invertidos é essencial à orientação profissional para que a primeira mamada seja realizada adequadamente. É aconselhável que neste caso o acompanhamento ocorra de preferência na primeira hora de vida, com a retirada de um pouco de leite para faci-

litar a exteriorização do mamilo. A ordenha também ajuda a aumentar a produção de leite e deixar as mamas macias, facilitando à pega. As manobras que permitem a maior exposição dos mamilos podem ser realizadas com a utilização dos próprios dedos, pela retirada do leite em bomba elétrica ou a utilização de seringa de 10 ou 20 ml antes da hora do momento da amamentação e algumas vezes no dia e sucção por período de 30 a 60 segundos. Se mesmo assim a mãe apresentar dificuldades, a puérpera deve receber ajuda de profissional da área (BRASIL, 2015; LEVY; BÉRTOLO, 2012).

1.2. Dificuldades patológicas

1.2.1 Infecções mamilares

As infecções mamilares são causadas por infecção secundária, principalmente pelos agentes *Staphylococcus aureus* e *Candida albicans*. No caso de infecção secundária pelo *Staphylococcus aureus*, o tratamento sistêmico é a melhor opção em detrimento do tratamento tópico (SANTIAGO; SANTIAGO, 2014).

A infecção por *Candida albicans*, conhecida como candidíase ou monilíase, pode atingir a pele do mamilo e da auréola e comprometer os ductos lactíferos da puérpera. Geralmente, ocorre quando os mamilos permanecem umedecidos e lesionados. Ainda, existem outros fatores como: o uso pela mãe de antibióticos, contraceptivos orais e esteroides e por uso pelo bebê de chupeta contaminada. A manifestação clínica ocorre pela queixa de prurido, ardência e fisgadas nos mamilos, e pela aparência de hiperemia e brilho dos mamilos. A criança portadora de monilíase oral apresenta presença crostas branca na cavidade oral que podem transmitir o fungo ao mamilo da mãe de maneira assintomática. Deve-se pensar na possibilidade de fissura mamilar por *Candida* sp, no caso de resistência ao tratamento ou quando a mãe queixa de dor prolongada nos mamilos (ABRANTES *et al.*, 2016; BRASIL, 2015; KENT *et al.*, 2015).

A mãe e bebê devem ser tratados concomitantemente, mesmo com a criança assintomática. Inicialmente, a terapêutica é local, com nistatina, clotrimazol, cetoconazol ou miconazol tópicos por 14 dias. Algumas espécies de cândida são resistentes à nistatina. Nesta situação a violeta de genciana a 0,5% a 1,0% pode ser utilizada nos mamilos/auréolas e na boca da criança uma vez por dia por três a cinco dias e quando a terapêutica tópica for ineficaz, indica-se cetoconazol 200 mg/dia, por 10 a 20 dias (SANTIAGO, 2014).

Algumas orientações gerais são importantes durante a terapêutica anti fungica, como enxaguar os mamilos, secando-os ao ar livre após as mamadas e expô-los à luz por pelo menos alguns minutos por dia. Os bicos de mamadeira e as chupetas são fontes importantes de reinfecção e devem ser fervidos por 20 minutos pelo menos uma vez ao dia (BRASIL, 2015).

1.2.2 Fenômeno de Raynaud

O fenômeno de Raynaud é uma isquemia intermitente determinada por vasoespasmos, que acomete principalmente os dedos das mãos e dos pés, mas pode ser encontrado também nos mamilos. Apesar da dificuldade do diagnóstico deste fenômeno, algumas situações são identificadas como, por exemplo, fatores que podem precipitar a sua ocorrência. São eles: a exposição ao frio, trauma mamilar importante ou compressão excessiva do mamilo na boca da criança. (ABRANTES *et al.*, 2016; BRASIL, 2015).

Os vasoespasmos podem ocasionar palidez dos mamilos, por falta de irrigação sanguínea, e são muito dolorosos. A manifestação clínica pode iniciar antes, durante ou principalmente depois das mamadas, pela presença do ar, mais frio do que a temperatura da boca da criança. Muitas mulheres descrevem dor em “fisgadas” ou sensação de queimação. Quando o mamilo apresenta coloração pálida, pode ser confundido com o diagnóstico de monilíase mamilar. Esses espasmos, juntamente com a dor específica, duram de segundos a minutos, mas é possível que perdure por 1 hora ou mais. Corriqueiramente há uma sequência de espasmos com repousos curtos. Alguns remédios como fluconazol e contraceptivos orais, podem piorar os vasoespasmos (ABRANTES *et al.*, 2016; BRASIL, 2015; KENT *et al.*, 2015).

É importante identificar a causa da isquemia do mamilo e aprimorar a técnica de pega para amamentação. Compressas mornas ajudam a aliviar a dor na maior parte dos casos. Analgésico e anti-inflamatório, como ibuprofeno, podem ser prescritos, se necessário. Quando não se obtém melhora, deve-se considerar a indicação médica de nifedipina 5 mg, três vezes ao dia, por uma ou duas semanas ou 30–60 mg, uma vez ao dia com formulação de liberação lenta. As mulheres portadoras dessa condição devem evitar uso de drogas vasoconstritoras, tais como cafeína e nicotina (BRASIL, 2015; CORINTIO, 2015).

1.2.3 Mastite

Outra dificuldade decorrente da amamentação é a mastite, que consiste em processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama preferencialmente no quadrante superior esquerdo, geralmente unilateral, que pode complicar ou não para infecção bacteriana. A mastite puerperal é a infecção aguda da mama, que acomete 2 a 6% das mães lactantes, principalmente as primigestas. Quando não tratada, evolui para abscesso ou até mesmo septicemia (BRASIL, 2015).

Geralmente, ocorre na 2ª e 3ª semanas após o parto e dificilmente após a 12ª semana. O processo inflamatório ocorre primeiramente, pela estase do leite ocasionada pelo bloqueio de ducto gerando elevação da pressão intraductal, achatamento das células alveolar e acúmulo de leite nos espaços entre as células. Por esse espaço, atravessam alguns componentes do plasma para o leite como imunoproteínas e sódio e do leite para o tecido intersticial, como as citocinas, que produzem resposta inflamatória, em todo tecido conjuntivo interlobular. O leite acumulado, a resposta inflamatória e o consequente dano tecidual aumentam a predisposição à infecção. Diversos microrganismos podem

causar mastite como: *Staphylococcus epidermidis*, *Enterobacter*, *Klebsiella* sp, *E. coli*, mas, o mais relevante é o *Staphylococcus aureus*, presente em mais de 60% dos casos. Na maioria das vezes, as fissuras contribuem para a infecção como mecanismo de entrada da bactéria (CORINTIO, 2015; KENT et al., 2015).

Os fatores que favorecem o estancamento do leite promovendo o surgimento de mastite são: redução brusca da quantidade das mamadas, horários rígidos de amamentação, longos períodos de sono do bebê, principalmente à noite, utilização de chupetas ou mamadeiras, não esvaziamento total das mamas, afastamento entre a mãe e o bebê, desmame abrupto e sucção débil ou freio de língua curto da criança. A fadiga materna é considerada um fator que contribui para o desenvolvimento da afecção. As mulheres mais suscetíveis a desenvolverem mastites apresentam história previa desta desordem em gestações anteriores, pela possível presença de processo de quebra da integridade da junção entre as células alveolares (LEVY; BÉRTOLO, 2012; MARCELLIN; CHANTRY, 2015).

Na mastite, a parte afetada da mama é dolorosa, edemaciada, hiperemiada e quente. Quando há infecção, é observada presença de manifestações sistêmicas relevantes, como mal-estar, calafrios e hipertermia (acima de 38 °C) e modificações nos componentes do leite como: elevação dos níveis de sódio e cloreto, redução dos níveis de lactose, deixando o leite com gosto mais salgado, motivo de muitas vezes a criança recusar o leite. Comumente, a mastite é unilateral, mas pode ser bilateral (HOLANDA *et al.*, 2016).

O diagnóstico diferencial da mastite infecciosa é a mastite não infecciosa que nem sempre pode ser identificada. Recomenda-se neste caso, a contagem de células e de colônias no leite para uma avaliação mais precisa. A identificação é realizada da seguinte maneira: amostra com leucócitos acima de 106 e mais que 103 bactérias por ml de leite confirma infecção, leucócitos acima de 106 e bactérias abaixo de 103, inflamação não infecciosa e leucócitos abaixo de 106 e bactérias abaixo de 103, somente estase de leite. A cultura do leite é útil para definir o microrganismo infectante, quando presente, mas se a cultura não for possível, como exame de rotina, a solicitação deste procedimento deve ser realizada nas seguintes situações: não resposta à antibioticoterapia, mastite de repetição, mastite em ambiente hospitalar e nos casos mais graves (BRASIL, 2015; HOLANDA *et al.*, 2016).

O melhor tratamento para a mastite é o esvaziamento adequado das mamas, seja pela amamentação, que deve ser mantida no bebê nascido a termo sadio, ou pela ordenha manual intermitente de três em três horas, na vigência de antibioticoterapia sistêmica específica. Os antibióticos indicados neste caso são a dicloxacilina, a amoxicilina, a cefalosporina de primeira geração, clindamicina ou eritromicina por 10 a 14 dias, posto que as bactérias secretadas no leite não sejam patogênicas ao recém-nascido ou lactente. Recomenda-se boa sustentação das mamas para evitar estase láctea nas porções inferiores e laterais das mamas. É importante insistir que não há indicação para interromper a lactação, mas é essencial o repouso materno, analgésicos e/ou anti-inflamatórios não esteroides e ingestão adequada de líquidos. O suporte emocional é de grande importância. A falta de resposta ao tratamento passadas 48 horas é indicativo de investigação para a possibilidade de tratar de abscesso mamário (LEVY; BÉRTOLO, 2012; MARCELLIN; CHANTRY, 2015; SANTIAGO; SANTIAGO,

2014).

1.2.4 Galactocele

Galactocele é a denominação da presença cística nos canais mamários de conteúdo fluido e leitoso. O líquido, que inicialmente é fluido, se torna viscoso posteriormente, podendo ser externado por meio do mamilo. A galactocele pode ser ocasionada pela obstrução de ducto lactífero. Nos sinais clínicos é palpada como uma massa lisa e redonda e a análise das características do conteúdo são feita por ultrassonografia e a intervenção terapêutica é realizada por aspiração. É observado frequentemente a necessidade da retirada da formação cística por meio de cirurgia, pela reincidência da formação da galactocele após a intervenção terapêutica com aspiração do conteúdo (BRASIL, 2015; HOLANDA *et al.*, 2016; SANTIAGO; SANTIAGO, 2014).

1.3 Dificuldades emocionais e sociais

A falta de orientação quanto à importância da amamentação exclusiva até os seis meses de vida da criança são um dos motivos relacionados à interrupção do AM. Os principais fatores para o desmame são: complementação precoce, antes dos seis meses de vida com alimentos e/ou leite industrializado, a insegurança da mãe quanto à qualidade e quantidade do leite produzido (BROILO *et al.*, 2013).

Algumas características sociais apontam que a renda, a idade, a escolaridade e a estética da mama são considerados como obstáculos para o AM. Mães mais velhas apresentaram risco maior para o desmame se comparadas com as mães mais jovens. Assim como, mães com renda mais elevada apresentaram maior risco de desmame se comparadas com as de menor renda. O pouco grau de escolaridade está correlacionado em estudos à menor compreensão dos benefícios do AM. A maioria dessas dificuldades foram relatadas em 1970, quando se observou um menor tempo de AM nas mães com rendas mais alta pelo fácil acesso a leites industrializados, com o favorecimento ao desmame. Em 2000, ocorreu uma inversão na relação renda e desmame as mães com maior rendimento apresentaram menor chance de desmame pela maior informação destas mães em relação aos benefícios do AM (GOMES; GUBERT, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2017; ALMEIDA, 2014).

Segundo Longo-Silva *et al.* (2016), alguns dos fatores associados as dificuldades emocionais no AM são a falta de acompanhamento durante a gestação, a gravidez indesejada, o desinteresse da mãe nos cuidados da alimentação adequada para o bebê.

Fatores culturais, como o contexto histórico vivido pelas mães, o caso de avós maternas que insistem na complementação de chás, água, mingau e leite industrializado da criança assim como a falta de estímulo e apoio ao AM do seu companheiro, mães adolescentes, a falta de acompanhamento adequado e de orientação do AM e pré-natal constituem elementos que influenciam o desmame, e com isso, o uso de outros alimentos (BORTOLINI, 2013).

O sucesso do AM é influenciado por aspectos biológicos, psicológicos, sociais, institucionais, econômicos e familiares. Em algumas situações, a carência no atendimento dos serviços de saúde acaba interferindo no AM, durante o pré-natal, momento ideal para o aprendizado sobre a amamentação. A equipe de saúde deve estar mais perto da gestante para fornecer as informações sobre o aleitamento, esclarecendo as dúvidas e salientando da importância desta prática (ALMEIDA, 2014).

Por isso as orientações e informações dos profissionais de saúde devem ser passadas para as gestantes e puérperas para que superem as dificuldades encontradas neste período, por informações acessíveis e convincentes de que a amamentação é um fator de grande importância para o crescimento e desenvolvimento da criança (PÉREZ-ESCAMILLA, 2017).

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, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182=51732016000200009-&lng=pt&nrm=iso>.

ALGARVES, T. R.; JULIÃO, A. M. S.; COSTA, H. M. Aleitamento materno: influência de mitos e crenças no desmame precoce. *Rev. Saúde em foco*, Teresina, v. 2, n. 1, art. 10, p. 151-167, 2015. Disponível em: <<http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/912>>.

ALMEIDA, J. S. G. *Dificuldades das puérperas adolescentes para amamentar: revisão sistemática*. 2014. 28p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade da Paraíba, Campina Grande, 2014. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/7181/1/PDF%20-%20Jessica%20Sobrinho%20Gomes%20de%20Almeida.pdf>>.

BORTOLINI, G. A. et al. Consumo precoce de leite de vaca entre crianças brasileiras: resultados de uma pesquisa nacional. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 89, n. 6, p. 608-613, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000600015&lng=en&nrm=iso>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança - Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. 2ª edição. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 23, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. 6ª edição. *Caderneta de Saúde da Criança*, 2017. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/cadmenino.pdf>>.

BROILO, M. C. et al. Percepção e atitudes maternas em relação às orientações de profissionais de saúde referentes a práticas alimentares no primeiro ano de vida. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 89, n. 5, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi>

d=S0021-75572013000500011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

CORINTIO, M. N. Manual de aleitamento materno. 3ª ed. -- São Paulo: **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)**, 2015. Disponível em: <http://epuroevidro.com.br/wp-content/uploads/2016/01/Manual_Aleitamento_Materno_25NOV_AF.pdf>.

GOMES, G. P.; GUBERT, M. B. Aleitamento materno em crianças menores de 2 anos e situação domiciliar quanto à segurança alimentar e nutricional. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 88, n. 3, p. 279-282, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572012000300016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

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, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842016000600389&lng=en&nrm=iso>.

KENT, J. C. et al. Nipple Pain in Breastfeeding Mothers: Incidence, Causes and Treatments. **Res. Public Health**, v. 12, p. 12247-12263, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26426034>>.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. Manual de Aleitamento Materno. Comitê Português para a UNICEF. **Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês**, 2012. Disponível em: <https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf>.

LONGO-SILVA, G. et al. Age at introduction of ultra-processed food among preschool children attending day-care centers. **Jornal de Pediatria**, p. 9, 2017. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755717304758?via%3Dihub>>

MARCELLIN, L.; CHANTRY, A. A. Breastfeeding (part III): Breastfeeding complications — Guidelines for clinical practice. **Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction**, v. 44, n. 10, p. 1084-1090, 2015. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231515002690>>.

MENESES, T. M. X.; OLIVEIRA, M. I. C.; BACCOLINI, C. S. Prevalence and factors associated with breast milk donation in banks that receive human milk in primary health care units. **Jornal de Pediatria**, 2017. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755717303042>>.

ODDY, W. H. Breastfeeding in the First hour of life protects against neonatal mortality. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 89, p. 109–11, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000200001>.

OLIVEIRA, D. S. et al. Breastfeeding duration and associated factors between 1960 and 2000. **J. Pediatr.**, v. 93, n. 2, p. 130-135, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572017000200130&script=sci_arttext>.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. Breastfeeding in Brazil: major progress, but still a long way to go. *J. Pediatr. (Rio J.)*, v. 93, n. 2, p.107-10, 2017. Disponível em: <<http://jped.elsevier.es/pt/breastfeeding-in-brazil-major-progress/articulo/S2255553616301318/#>>.

SANTIAGO, L. B.; SANTIAGO, F. G. B. Sociedade Brasileira de Pediatria. Aleitamento materno: técnica, dificuldades e desafios. *Residência Pediátrica*, v. 4, n. 3 (Supl.1), S23-S30, 2014. Disponível em: <<http://residenciapediatria.com.br/detalhes/115/aleitamento-materno--tecnica--dificuldades-e--desafios>>.

SINGH, G. et al. Manejo do abscesso mamário por aspiração repetida e antibióticos. *Journal of Medical Society*, v. 26, n. 3, p. 189-191, 2012. Disponível em: <<http://www.jmedsoc.org/text.asp?2012/26/3/189/113249>>.

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 curse 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).

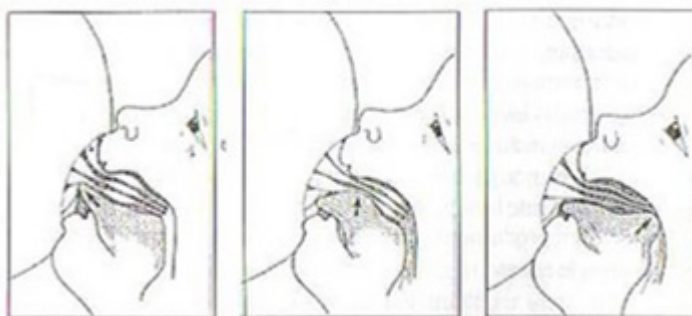
O tratamento é realizado com mudanças no estilo de vida, indicada tanto em pacientes com RGE quanto com DRGE, como intervalo pequeno entre as refeições e o posicionamento e manuseio da criança no período pós-prandial. Poucas puérperas relatam esta queixa em crianças em AM. Inicialmente, recomenda-se 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 amamentados 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

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.

AMAMENTAÇÃO E O USO DE MEDICAMENTOS

Dameres Cristina Andrade Roque Sousa

Acadêmica da Faculdade da Faseh

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7894894544800840>

Débora David de Souza

Médica graduada no Instituto Metropolitano de Ensino Superior- Univaço, Residente do terceiro ano de anestesiologia no Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2850351091527121>

Gustavo Bitencourt Caetano Barros

Médico graduado pelo Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES)- Univaço, residente de anestesiologia da Universidade de Santo Amaro (UNISA)

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2959480112098774>

Mariane Barbosa Finotti

Médica pelo Instituto Metropolitano de Ensino Superior - Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4589314597770339>

1. INTRODUÇÃO

A OMS estabelece que o AM é uma das principais práticas para a melhoria da saúde das crianças, fornece a nutrição adequada para o crescimento e desenvolvimento, protege de infecções, obesidade e doenças não-contagiosas. É estimado que apenas 38% das crianças são amamentadas exclusivamente, de acordo com as recomendações da OMS, colaborando para o aumento da morbimortalidade infantil (CDC, 2019). Por isso, o apoio ao AM é incentivado mundialmente e, no Brasil, o estímulo é realizado por medidas de proteção, promoção e apoio ao AM, baseado no programa “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”. O país assumiu o compromisso de alcançar a taxa de 50% de mães com adesão ao AME até o sexto mês de vida (BRASIL, 2015).

A lactogênese é um processo muito complexo, influenciado por diversos fatores, tais como: fatores sociais; emocionais; obesidade; primiparidade; parto cesáreo; trabalho de parto prolongado; presença de cistos ovarianos; retenção placentária; hipotensão; uso de medicamentos e drogas (SBP,

2017a).

Segundo a American Academy of Pediatrics (2012), a segurança no uso de medicamentos durante a amamentação está relacionada a alguns fatores, tais como:

- à composição do LM: o teor de lípidos e proteínas;
- à nutriz: sua metabolização hepática e renal, via de administração, dose e duração do tratamento;
- ao lactente: idade, absorção e segurança da droga, volume do leite ingerido, eliminação hepática e renal;
- às características da droga: PKa (constante de dissociação), solubilidade na água e na gordura, tamanho da molécula, biodisponibilidade oral, efeito no suprimento lácteo, toxicidade e drogas de curta versus longa ação.

O Ministério da Saúde objetivando orientar os profissionais publicou uma revisão de medicamentos e outras substâncias excretadas no LM, classificando-os de acordo com a indicação da droga durante a lactação. Foram criadas três categorias: a compatibilidade com uso durante a amamentação; o uso criterioso durante a amamentação; as contraindicações (BRASIL, 2010).

1.1 Drogas seguras e possivelmente seguras na amamentação

A maioria dos medicamentos é compatível com a lactação, no entanto, o desmame precoce por uso de drogas acontece de forma recorrente. Um dos motivos da interrupção do AM pode ser a real necessidade da utilização de medicamentos pelas nutrizes e a falta de informações a respeito do uso dessas medicações. Somado a isso, frequentemente as mães não sabem quais drogas são seguras para o lactente ou quais podem causar dano, bem como a sua intercambialidade nessa situação (SBP, 2017b).

Em geral, as medicações devem ser evitadas pela nutriz. Cabe ao médico analisar sempre o risco versus o benefício do tratamento, considerando sempre a saúde da nutriz e do lactente. Ao prescrever medicações deve-se optar por drogas conhecidas, previamente estudadas e que tenham uma menor excreção no LM, de forma que não seja necessária a suspensão da amamentação. Caso não haja possibilidade de eleger um fármaco com tais características descritas, a conduta correta é retirar a medicação.

Além dessas recomendações, é possível ainda programar as mamadas para que estas não ocorram no horário de pico da concentração plasmática da droga no organismo da nutriz, além de preferir sempre medicamentos tópicos ou com ação local, evitar a prescrição de medicamentos combinados com mais de um princípio ativo ou de ação prolongada, orientar a mãe quanto a possíveis efeitos colaterais que o lactente possa apresentar e como procurar ajuda. Quando considerando um tratamento temporário, a mãe pode estocar o leite no congelador conforme as orientações dos bancos

de leite e mesmo sem amamentar deve realizar a ordenha das mamas para manter a lactação.

Nas tabelas 9.1 e 9.2 encontramos drogas seguras e moderadamente seguras para uso durante o período de lactação, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

Tabela 9-1. Principais fármacos compatíveis com a lactação

Classes farmacológicas	Fármacos
Analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais	Ácido Flufenâmico, Ácido Mefenâmico, Apazona, Azapropazone, Acetaminofen, Celocoxib, Cetoprofeno, Cetorolaco, Diclofenaco, Dipirona, Fenoprofeno, Flurbi-profeno, Ibuprofeno, Paracetamol, Piroxican, Pregabalina
Analgésicos Opióides	Alfentanil, Buprenorfina, Butorfanol, Dextropropoxifeno, Fentanil, Codeína, Morfina, Propoxifeno, Meperidina, Nalbufina, Naltrexona, Pentosan, Propoxifeno
Anestésicos, indutores anestésicos e miorrelaxantes	Bupivacaína, Fentanil, Halotano, Lidocaína, Propofol, Ropivacaína, Xilocaina, Éter, Halotano, Ketamina, Baclofeno, Piridostigmina, Suxametônio
Corticoesteróides	Beclometazona, Hidrocortisona, Predinisona, Metilprednisolona
Anti-histamínicos	Cetirizina, Difenidramina, Dimenidrinato, Loratadina, Hidroxizne, Fexofenadina, Prometazina, Terfenadina, Levocabastina, Desloratadina, Olopatadina, Prometazina, Terfenadine, Triprolidina
Broncodilatadores	Brometo de ipratrópio, Salmeterol e Terbutalina
Anti-hipertensivos	Enalapril, Espironolactona, Hidralazina, Hidroclorítiazida, Metildopa, Nifedipina, Propranolol, Timolol
Antiarrítmicos	Digoxina, Quinidina, Propranolol e Verapamil
R	Cimetidina, Famitidina, Hidróxido de alumínio, Ranitidina, Sucralfato
Antieméticos/ Gastrocinéticos	Cisaprida, Domperidona, Metoclopramida

Antiparasitários	Metronidazol, Tinidazol, Antimuniato de meglumina, Pentamidina, Albendazol, Levamizol, Niclosamida, Pamoato de Pirvíneo, Pamoato de Pirantel, Piperazina, Tiabendazol, Praziquantel, Oxaminiquina, Artemether, Clindamicina, Cloroquina, Mefloquina, Proguanil, Quinina, Tetraciclina
Antibióticos	Azitromicina, Cefalosporinas, Claritromicina, Dicloxacilina, Eritromicina, Floxacina, Amicacina, Sulfisoxazol, Moxifloxacina, Ofloxacina, Roxitromicina, Ácido Clavulânico, Clindamicina, Clortetraciclina, Espiramicina, Furazolidona, Minociclina, Novobiocina, Oxitetraciclina, Sulbactam, Teicoplanina, Trimetropim, Gentamicina, Imipenem, Kanamicina, Lincomicina, Metronidazol, Nitrofurantoina, Penicilinas, PolimixinaB, Rifampicina, Tetraciclina, Vancomicina, Amoxicilina, Azatreonam, Ertapenem, Imipenem-Cilastina, Loracarbef
Antivirais	Aciclovir, Interferon, Lamivudina, Idoxuridina, Oseltamivir, Valaciclovir
Antifúngicos	Fluconazol, Griseoflúvina, Nistatina
Antidiabéticos	Insulina, Glibenclamida
Antitireoideanos	Propiniltiuracil
Anovulatórios	Levonorgestrel, Medroxiprogesterona, Noretinodrel, Noretindrona
Anticoagulantes	Heparina, Warfarin
Hipinóticos	Bromazepam, Cloxazolan, Lormetazepam, Midazolam, Nitrazepam, Quazepam, Zalepiron, Zopiclone
Antiepiléticos	Ácido Valpróico, Carbamazepina, Diazepam, Fenitoína, Fosfenitoína, Gabapentina, Sulfato de Magnésio

Antidepressivos	Amitriptilina, Amoxapina, Citalopram, Clomipramina, Desipramina, Escitalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Imipramina, Nortriptilina, Paroxetina, Sertralina, Trazodona
Antipsicóticos	Haloperidol, Olanzepina, Quetiapina, Sulpirida, Triflupe-razina
Vitaminas	Vitaminas B, C e K
Sais Minerais	Sais ferrosos
Laxantes	Bisacodil, laxantes salinos e osmóticos

Tabela 9-2. Fármacos com uso criterioso durante a lactação

Classes farmacoló- gicas	Fármacos
Analgésicos e anti- -inflamatórios não esteroidais	AAS, Diflunisal, Etodolaco, Fenazopiridina, Fenilbutazona, Indome- tacina, Meloxicam, Mesalamina, Nabumetona, Naproxeno, Olsalazina, Oxaprozin, Pregabalina, Rofecoxib, Salsalato, Tolmetin
Analgésicos Opiói- des	Codeína, Hidrocodona, Hidromorfona, Morfina, Metadona, Naloxona, Oxicodona, Pentazocina, Tramadol
Anestésicos e indu- tores anestésicos	Procaína, Dibucaína, Óxido Nitroso, Ciclobenzaprina, Tiopental, Meta- xalona, Orfenadrina, Succinilcolina, Tizanidina
Antihistamínicos	Dexclorferinamina, Clorferinamina, Ciclizina, Ciproheptadina
Corticoesteróides	Betametasona, budesonida, dexametasona
Broncodilatadores	Teofilina
Anti-hipertensivos	Acebutolol, Carvedilol, Metoprolol, Bisoprolol, Clonidina, Prazosim, Anlodipina, Nitroprussiato de Sódio, Losartan, Valsartan, Amlodipina, Atenolol, Lisinopril, Ramipril, Triantereno
Antiarrítmicos	Digitoxina, Diltiazem
Antiácidos	Lansoprazol
Antiparasitários	Ivermectina, Tiabendazol, Mebendazol
Antibióticos	Cefamandol, Cefditorem, Cefmetazol, Cefoperazona, Cefotetan, Mero- penem, Tobramicina, Netilmicina, Estreptomicina, Sulfadiazina, Sulfadiazina de Prata, Sulfametazina, Sulfametizol, Sulfametoxazol + Trime- tropim, Sulfasalazina, Ciprofloxacina, Levofloxacina, Lomefloxacina, Norfloxacina, Clorafenicol, Doxaciiclina

Antivirais	Amantadina, Fanciclovir, Ribavirina, Rimantadina, Penciclovir, Valaciclovir
Antifúngicos	Anfotericina B, Cetoconazol, Itraconazol
Antidiabéticos	Ascarbose, Rosiglitazona
Anovulatórios	Estrogênios
Hipinóticos e An-siolóticos	Alprazolam, Buspirona, Butabarbital, Clonazepam, Estazolam, Diazepam, Flurazepam, Hidrato De Cloral, Oxazepam, Pentabarbital, Prazepam, Lorazepam, Secobarbital, Zolpidem
Antiepiléticos	Clonazepam, Etotoína, Etosuximida, Felbamato, Fenobarbital, Lamotrigina, Levetiracetam, Oxcarbazepina, Primidona, Tiagabina, Topiramato, Vigabatrina
Antipsicóticos	Amissulpirida, Aripiprazol, Clorpromazina, Clorprotixeno, Clozapina, Droperidol, Flufenazina, Levopromazina, Loxapina, Mesoridazina, Risperidona
Antidepressivos	Amineptina, Bupropiona, Duloxetina, Lítio, Maprotilina, Mianserina, Minaprina, Mitarzapina, Moclobenida, Nefadozona, Venlafaxina
Vitaminas	Vitaminas A e D
Laxantes	Senna

*uso durante o período neonatal

1.2 Drogas perigosas e drogas contraindicadas na amamentação

As vantagens e a importância do AM são bem conhecidas, entretanto, as nutrizes que necessitam de tratamento farmacológico não conhecem o efeito do medicamento no bebê. A carência de informações sobre o assunto e a incerteza quanto às consequências a exposição farmacológica para o leite humano, aumenta o desmame (SALAZAR, 2016).

Alguns fármacos que reduzem a liberação de prolactina estão associados à supressão da produção láctea pela ação de agonistas dopaminérgicos. No puerpério imediato deve-se adiar ao máximo a introdução dessas drogas, pelo risco do RN apresentar déficit ponderal. O lactente deve ser rigorosamente acompanhado na vigência do uso desses medicamentos pela mãe. As principais drogas que apresentam este efeito são: estrógenos, bromocriptina, cabergolide, ergotamina, ergometrina, lisurida, levodopa, pseudoefedrina, álcool, nicotina, bupropiona, diuréticos e testosterona (SBP, 2017).

Os contraceptivos hormonais combinados são contraindicados durante período de amamentação exclusiva, devido à probabilidade de reduzir a produção do leite. O uso de androgênios também é contraindicado pelo risco teórico de masculinização em meninas e supressão da lactação, se usado em altas doses.

O uso de produtos radioativos em lactantes é usado com indicação precisa e sua escolha exige cautela. As drogas I-125 fibrinogênio, I-131 iodometinorcolesterol, I-131 sódio e I-131 HSA estão

contraindicadas. A escolha do fármaco deve ser norteada através da meia-vida mais curta e menor poder radioativo. Quando a dose for elevada, o aleitamento deve ser suspenso por período equivalente a 10 meias-vidas e a mãe pode extrair o leite e armazená-lo antes de realizar o exame.

O uso de anticonvulsivantes deve ser criterioso, quando necessária dose elevada ou uso prolongado. Os anticonvulsivantes provocam sedação, sucção fraca e ganho ponderal insuficiente na criança. A droga zonisamida está contraindicada. Clonazepam, etotoína, felbamato, fenobarbital, lamotrigina e topiramato devem ser usados com cautela (BRASIL, 2010).

Os antibióticos que estão contraindicados durante a amamentação e na gravidez são a azitromicina, a clindamicina e a eritromicina (RIBEIRO, 2013). As sulfonamidas devem ser evitadas nos cinco primeiros dias de vida, pois deslocam a bilirrubina dos locais de ligação com a albumina. As tetraciclina provocam alterações na coloração dos dentes e atraso de crescimento ósseo do lactente (CHESTNUT, 2016).

Os anti-hipertensivos nifedipino e atenolol não devem ser utilizados durante a gestação e lactação. O atenolol ocasiona acúmulo significativo no LM. Quando analisada a classe dos diuréticos, a hidroclorotiazida, furosemida e espironolactona devem ser evitadas, pois são excretadas no LM e podem reduzir a lactação (RIBEIRO, 2013).

A classe de antidepressivos é muito usada no puerpério em virtude da depressão em puérperas e, por isso, é um problema do período pós-parto. É comum a prescrição de inibidores seletivos da recaptação da serotonina para o tratamento desses quadros depressivos, entre eles: a fluoxetina, a sertralina e o citalopram, excretados no LM e com grande variabilidade da quantidade no leite que irá ser recebido pelo lactente. A paroxetina é a droga mais segura e constitui a primeira opção de escolha para o tratamento deste quadro em puérperas. A bupropiona, utilizada para o tratamento do tabagismo e quadros depressivos tem também excreção no LM (SALAZAR, 2016). A amitriptilina é detectável no LM e em razão do risco potencial de reações adversas graves deve ser descontinuado o medicamento ou a amamentação, se precisar manter a droga (RIBEIRO, 2013).

A maior parte dos antineoplásicos são contraindicados durante a lactação e a amamentação deve ser suspensa quando em uso destes. Já a utilização de relaxantes musculares pela mãe durante o período da lactação é considerada criteriosa, visto que, ainda não há dados sobre sua segurança (BRASIL, 2010).

O uso do antifúngico cetoconazol, por sua presença LM durante o uso do medicamento pela mãe, pode aumentar a possibilidade de kernicterus no lactente. Dessa forma, não é recomendado prescrevê-lo durante esse período. Quanto ao emprego de antiparasitários, não há informações se o mebendazol é excretado no leite humano (RIBEIRO, 2013).

Não foram observados efeitos nocivos no uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) durante a lactação, exceto da aspirina. Os fármacos recomendados para o uso são o ibuprofeno, o naproxeno e o celecoxibe. Outros AINEs devem ser usados com cautela pela falta de informação sobre efeitos adversos no bebê. No que tange os opióides, cabe ressaltar que lactentes de mães que

usam codeína podem apresentar depressão do SNC.

A amiodarona pode causar efeitos cardíacos no lactente mesmo que utilizada em pequenas quantidades. Esse fármaco continua sendo excretado após semanas de sua interrupção, por possuir meia-vida longa. A digoxina possui ligação com proteínas maternas, fator limitante ao emprego desta medicação pela puérpera, oferecendo riscos de exposição do bebê ao fármaco.

Não é recomendada a ingestão de estatinas pelas mães que amamentam, por causar alterações no metabolismo lipídico infantil. No entanto, o salbutamol, terbutalina e salmeterol inalados podem ser utilizados durante a lactação. Prednisona oral também é segura, mesmo em dosagem considerada elevada (80 mg/dia) (CHESTNUT, 2016).

Tabela 9-3. Fármacos contraindicados na lactação. Fonte: Brasil, 2014.

.Classes farmacológicas	Fármacos
Anticoncepcionais	Etinilestradiol, etonogestrel, drospirinona, levonorgestrel
Antidepressivos	Amitriptilina, bupropiona, duloxetina, fluoxetina***, maprotilina, mirtazapina, moclobenida, venlafaxina
Antiepiléticos	Fenobarbital, gabapentina, lamotrigina, levetiracetam, ox-carbazepina, primidona, tiagabina, topiramato, vigabatrina, zolmitriptam
Antidiabéticos	Acarbose, acetohexamida, exenatide, pioglitazona, pramlintide, rosiglitazona, glipizida
Anti-hipertensivos	Nifedipinetenolol
Anti-inflamatórios	Aspirina
Antibióticos	Azitromicina, clindamicina e eritromicina
Antifúngico	Cetoconazol
Diuréticos	Hidroclorotiazida, furosemida e espironolactona
Radioisótopos	I-125 fibrinogênio, I-131 iodometinorcolesterol, I-131 sódio e I-131 HSA
Relaxantes musculares	Carisoprodol, metaxalona, metocarbamol, orfenadrina, toxina botulínica

2. REFERÊNCIAS

- AAP. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* .v. 129, n. 3, p. e827-e841, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias. Brasília*. 2010.
- BRASIL. Ministério DA Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica SAÚDE DA CRIANÇA. *Aleitamento Materno e Alimentação Complementar*. 2ª edição Cadernos de Atenção Básica, no 23 Brasília – DF 2015.
- CDC .Centers for Disease Control and Prevention. *Prescription Medication Use. Is it safe for mother to use prescription medications while breastfeeding?* Disponível em: <<https://www.cdc.gov/breastfeeding /breastfeeding-special-circumstances/vaccinations-medications-drugs/ prescription-medication-use.html>> Acesso em dez. 2019.
- CHESTNUT, D. *Chestnut Anestesia Obstétrica: Princípios e Prática*. 5ª edição. Elsevier Brasil, 2016.
- RIBEIRO, A.S. *Et al*. Risco potencial do uso de medicamentos durante a gravidez e lactação. Faculdade Presidente Antônio Carlos de Aimorés,, Minas Gerais, Brasil. 2013
- SALAZAR, F. *Determinação de fármacos antidepressivos em leite materno*. 209 f. Trabalho de conclusão de curso - Programa de pós-graduação em ciências farmacêuticas, Universidade Federal do Rio grande do Sul, Porto alegre. 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Uso de medicamentos e outras substâncias pela mulher durante a amamentação. *Departamento Científico de Aleitamento Materno*. 2017 a.
- SBP. Departamento Científico de Aleitamento Materno . Guia Prático de Atualização. *Doenças maternas infecciosas e amamentação*. Nº 2, Agosto de 2017b.

AMAMENTAÇÃO EM MÃE USUÁRIA DE DROGAS ILÍCITAS

Lucas Otávio de Moraes Lage

Médico generalista da UBS Porteira Grande do município de Antônio Dias-MG e do Corujão da Saúde de Coronel Fabriciano-MG

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7253461187593157>

Luiza Teixeira Lelis

Acadêmica da Universidade Federal de São João Del Rei - Campus Centro-Oeste Dona Lindu

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3026657585335134>

Rebeca Guimarães Schmidt

Acadêmica de medicina na Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6028781722370326>

Samilla Cristine Lima Oliveira

Médica graduada no Instituto Metropolitano de Ensino Superior- Univaço, Residente de pediatria no Hospital Márcio Cunha - Ipatinga

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3500992778434704>

1. INTRODUÇÃO

Existe consenso científico em reconhecer o LM como fonte segura de nutrição para o ser humano no início de sua vida, com benefícios que alcançam a idade adulta. Ele é capaz de nutrir, atendendo às especificidades fisiológicas do lactente, assegurar proteção imunológica e fornecer função imunomoduladora. Além da dimensão biológica citada, na prática da amamentação há inúmeros fatores envolvidos, com efeitos positivos no âmbito social, econômico e psíquico dos atores diretamente envolvidos (MS, 2019).

Apesar de a amamentação ser reconhecida e incentivada desde os tempos mais remotos como prática ideal de alimentação nos primeiros meses de vida, importantes estímulos para o desenvolvimento de alimentos artificiais infantis começaram a surgir na segunda metade do século XVIII, com o advento da Revolução Industrial e a entrada em massa das mulheres no mercado de trabalho, somada a introdução de processos tecnológicos na fabricação de alimentos artificiais (CAMINHA *et*

al., 2010)

Assim, o mundo observou nos primeiros três quartos do século XX, o declínio do AM em diferentes regiões. Dos países em desenvolvimento, os situados na América Latina, na década de 1970, mostraram as menores durações de AM. No Brasil, o aumento da desnutrição e da mortalidade infantil, verificados nessa época em várias localidades, alertou as autoridades para o uso de leite não-humano na alimentação em menores de um ano. Tal fato motivou a realização de ações formais e sistemáticas, a partir de 1981, para fortalecer a prática do AM no país.

A partir da década de 70, o Brasil iniciou o resgate à cultura da amamentação, que resultou na produção de trabalhos científicos evidenciando as vantagens do LM e relacionando os fatores envolvidos com o desmame, como o retorno das nutrizes ao trabalho, o nível de escolaridade materna, o tipo de parto, o uso da chupeta, a intervenção educativa por grupos de profissionais treinados em amamentação, entre outros (MS, 2019).

Estima-se que o AM poderia evitar em torno de 13% das mortes por causas preveníveis em crianças menores de cinco anos, em todo o mundo. Nenhuma outra estratégia isolada alcança o impacto que a amamentação tem na redução das mortes nessa faixa etária em questão. Segundo a OMS e o Unicef, seis milhões de vidas de crianças estão sendo salvas a cada ano em virtude do aumento das taxas de amamentação exclusiva (BRASIL, 2019).

1.1 Drogas ilícitas

No Brasil, o grande número de internações por dependência química entre mulheres de 18 a 30 anos evidencia a escassez de políticas públicas mais incisivas no processo educativo contínuo, suscitando sobre os efeitos deletérios no uso de drogas ilícitas e álcool (RIBEIRO, 2016).

As drogas de abuso podem gerar intoxicação no lactente e causar alteração no desenvolvimento neurocomportamental a longo prazo (HERMES, 2015). Além do dano ao SNC do bebê, esses agentes também podem alterar os sentidos, o juízo e a percepção da usuária e, assim, prejudicar sua capacidade de cuidar do bebê. Isso pode levar a acidentes, ferimentos e até mesmo à morte do lactente (MANDAL, 2017).

Segundo Mandal (2017), dentre as drogas ilícitas, as que são especialmente prejudiciais são: cocaína; heroína; fenciclidina – pó de anjo ou poeira da lua (PCP); anfetaminas; maconha, etc.

Uma porcentagem destas drogas pode ser excretada no LM quando a mãe utiliza durante a amamentação. A quantidade de substância a qual o lactente estará exposto depende de alguns fatores ligados a droga envolvida, como peso molecular, ligação a proteínas plasmáticas, pH, ionização, entre outros. O potencial de metabolismo pelo lactente é muito menor do que o materno e o efeito na infância pode ser prejudicial (MARCHEI *et al.*, 2011).

O uso de substâncias de abuso não representa exatamente uma contraindicação para a ama-

mentação. Algumas mães dependentes de narcóticos, como a metadona, podem amamentar normalmente se estiverem em programas de supervisão, desde que apresentem testes negativos para HIV e para outras drogas ilícitas. Entretanto, algumas drogas, como a PCP (fenciclidina), cocaína e maconha podem ser detectadas no leite materno e seu uso deve gerar preocupação, devido ao risco de causar atrasos no desenvolvimento neurocomportamental e, portanto, estão contraindicadas (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2012).

A cocaína apesar de ter efeito rápido é lentamente metabolizada e excretada, de maneira que, após o fim dos efeitos clínicos quantidades significativas do seu metabólito inativo, o benzoecgonina, é encontrado no LM (DUNCAN *et al.*, 2013). A cocaína excretada no LM pode ser absorvida pelo trato gastrointestinal do lactente, com biodisponibilidade de aproximadamente 60 a 80%, provocando irritabilidade, diarreia, vômitos, tremores e convulsão no lactente (CARRAZZA *et al.*, 2013).

A tetra-hidrocanabiol é princípio ativo da maconha secretado no LM em pequena a moderada quantidade (DUCAN *et al.*, 2013). Apesar de ainda não haver evidências suficientes, recomenda-se que após o consumo da droga a mãe ordenhe e descarte o leite materno por no mínimo 24 horas (RIBEIRO, 2016).

O álcool é também considerado uma droga depressora do SNC e pode estar associado à letargia, sonolência, fraqueza e restrição do crescimento do lactente. Apesar disso, a ingestão de até 0,3 g/Kg, equivalente a uma lata de cerveja, não é considerada perigosa para o lactente (DUCAN *et al.*, 2013).

O uso de drogas ilícitas e álcool podem alterar o comportamento materno e interferir no cuidado com o filho (RIBEIRO, 2016). Além disso, a ingestão de álcool pela mãe pode gerar alteração do odor e sabor do LM ocasionando recusa pelo lactente (SBP, 2017a). Vale ressaltar que as manifestações de abstinência por álcool podem aparecer de 6 a 8 horas até dez dias após a interrupção do seu consumo (NEPOMUCENO; ALMEIDA; ZEFERINO, 2013).

1.2 Condutas

Segundo a SBP (2017), as mães usuárias de drogas ilícitas não devem amamentar seus filhos. Aquelas que utilizam drogas ocasionalmente devem suspender a amamentação por um período que varia após o consumo da droga utilizada por ela (Quadro 1). A OMS recomenda que estas mães usuárias sejam alertadas dos riscos do uso de drogas e que sejam orientadas a não as utilizar durante este período.

Quadro 1- Recomendações sobre o tempo de interrupção da amamentação após o uso de drogas pela nutriz

Drogas	Período de interrupção da amamentação
Anfetamina e <i>ecstasy</i>	24 a 36 horas
Cocaína e <i>crack</i>	24 horas
Fenciclidina	1 a 2 semanas
Heroína e morfina	24 horas
LSD	48 horas
Maconha	24 horas

Fonte: Adaptado de SBP, 2017.

Além disso, as mães devem ser amparadas durante a abstinência através da participação de programas de tratamento para usuários de drogas, fornecendo o suporte físico e mental necessário para uma boa evolução materno-lactente neste período de desenvolvimento. Entretanto, o sistema público de saúde não tem garantido uma boa assistência para usuários de drogas no país, dificultando assim o real acompanhamento dos pacientes e a certificação da abstinência de substâncias ilícitas por parte da nutriz (SBP, 2017).

Segundo a OMS, as mães que optam por não cessar o uso de drogas ilícitas ou não conseguem fazê-lo, devem buscar aconselhamento médico acerca dos riscos envolvidos, e aquelas que fazem uso da droga por curtos períodos devem evitar amamentar durante estes períodos (CARRAZZA *et al.*, 2013).

De maneira análoga, a Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do Canadá (SOGC) recomenda que a decisão acerca do aleitamento seja tomada de maneira individualizada, com base nos benefícios da amamentação e no risco de exposição à droga via LM. Teoricamente, para usuárias pesadas, o aleitamento deveria ser evitado nas primeiras 24 horas após o último consumo de cocaína ou crack, enquanto a mãe está intoxicada. Após 24 horas a mãe já pode amamentar, exceto nos casos em que continue usando da droga (CARRAZZA *et al.*, 2013).

As mães, ex-usuárias de crack ou de cocaína, que tiveram o parto fora de hospital e já amamentaram por mais de uma semana, caso estejam sóbrias e sem sintomas importantes de privação, sob supervisão, devem continuar amamentando, pois, a fase de maior passagem da cocaína ao bebê já ocorreu. Além disso, é totalmente contraindicado e perigoso ao bebê colocar cocaína em pó no mamilo ao amamentar. Algumas mães se propõem a isso (aplicações tópicas), quando o bebê está dependente e chorando pela droga (SBP, 2017).

Contudo, há um fator de complicação: o comportamento agressivo, conflituoso e pouco ligado no bebê, comum a estas pacientes. Comumente elas não aderem às orientações médicas e da enfermagem. Por isso, vários autores sugerem que usuárias ativas de cocaína ou crack, sem histórico confiável de suspensão do uso da droga, e com problemas de comportamento ou de afetividade diante do filho, sejam consideradas contraindicadas ao AM. O protocolo norte-americano para aperfeiçoar o

tratamento de grávidas usuárias de crack contraindica o aleitamento (MS, 2019).

1.3 Orientações aos profissionais da área da saúde

A maioria das drogas ilícitas pode ser transmitida da corrente sanguínea da mãe lactante para o leite materno e para o bebê. Todas as agências e organizações de saúde recomendam que a lactante evite o uso dessas drogas (SBP, 2017).

A Academy of Breastfeeding Medicine (Academia de Medicina da Amamentação, 2012) em suas Diretrizes de Amamentação e a Mulher Dependente Química sugere um protocolo para as mães que eram usuárias antes da gestação. Neste, elas são permitidas a amamentar desde que cumpram os seguintes critérios:

- Abstinência do uso de drogas ilícitas por 90 dias antes do parto;
- Exame de drogas negativo no dia do parto;
- Vontade de participar e continuar em um programa de tratamento para abuso de substâncias;
- Ter recebido cuidados pré-natais adequados e constantes;
- Não ter nenhum outro fator que não permita a amamentação, como infecção por HIV, por exemplo.

Devido à carência de publicações acerca do período necessário de suspensão da amamentação quando em uso de drogas de abuso, o Ministério da Saúde recomenda a não utilização de tais substâncias pelas nutrizes. Caso a administração das drogas não seja interrompida, o risco versus benefício deve ser avaliado a fim de fornecer a lactante orientação quanto ao desmame ou manutenção da amamentação. Para substâncias lícitas como o tabaco e álcool, também se aconselha a interrupção do uso durante a lactação (MS, 2017).

Conclui-se que a utilização de drogas de abuso em gestantes e lactantes representa grave problema de Saúde Pública. Os profissionais da saúde relacionados a tais pacientes devem apresentar capacitação para avaliar o risco versus benefício da amamentação, e orientar adequadamente as gestantes e nutrizes quanto ao uso de drogas de abuso. Além disto, as análises toxicológicas são adequadas para identificação precoce da intoxicação, devendo ser utilizadas como ferramenta diagnóstica nos casos em que há suspeita da exposição a drogas de abuso via leite materno (MS, 2017).

2. REFERÊNCIAS

AAP.AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Breastfeeding and the use of human milk. p. 827-841, Vol. 129, No. 3, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. Di-

Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/amdrog10.pdf>. Acesso em: 05 de ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia Alimentar para Crianças Brasileiras* menores de 2 anos. Brasília – DF. 2019.

CAMINHA, M. F. C., et al. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, v. 10, n. 1, p. 25-37, 2010.

CARRAZZA, M. et al. Exposição à cocaína via leite materno. *Acta Pediátrica Portuguesa*, Lisboa, v. 44, n. 2, p. 71-73, 2013

DUNCAN, B.B. et al. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

MANDAL, A. *Breastfeeding: smoking, drugs and alcohol*. Disponível em: <https://www.news-medical.net/health/Breastfeeding-Smoking-Drugs-and-Alcohol.aspx>. Acesso em: 05 de ago. 2017.

MARCHEI, E. et al. Simultaneous analysis of frequently used licit and illicit psychoactive drugs in breast milk by liquid chromatography tandem mass spectrometry. *Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis*. p. 309-316, 2011.

NEPOMUCENO, E.; ALMEIDA, D. A.; ZEFERINO, M. G. M. Uso de álcool e drogas no período puerperal: uma revisão bibliográfica. *Revista de Iniciação Científica da Libertas*, v. 3, n. 2, 2016.

RIBEIRO, S. F. T. *Aleitamento materno em mulheres usuárias de drogas ilícitas*. 2016. 96 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade UNG, Guarulhos. 2016.

SBP. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Uso de medicações e outras substâncias pela mulher durante a amamentação. **SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA**. 2017.

MEDIDAS PARA MELHORIA DOS ÍNDICES DE ALEITAMENTO MATERNO

Jorge Carlos do Amaral Júnior

Médico graduado no Instituto Metropolitano de Ensino Superior- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1902166726825504>

Samira de Carvalho Jorge

Médica graduada no Instituto Metropolitano do Ensino Superior- Univaço, Médica das prefeituras municipais de Betim e Contagem

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4426709116107680>

Damares Cristina Andrade Roque Sousa

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7894894544800840>

Tiago Gonçalves de Araújo

Médico , graduado pela universidade de Itaúna

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9436927268691792>

1. INTRODUÇÃO

O Brasil é referência mundial em AM. Tal fato resulta de medidas políticas que estimulam a amamentação, principalmente nas últimas três décadas. Globalmente, os índices de AM também tem se elevado, sobressaindo países como a China, os Estados Unidos da América e o Reino Unido (GARCIA, 2016).

Segundo dados do UNICEF, no Brasil, cerca de 68% das crianças que nascem são amamentadas até uma hora de vida, 50% até um ano de idade e 25% até os dois anos de vida. No país, 41% das mães brasileiras amamentam exclusivamente seus filhos até os seis meses de vida (UNICEF, 2017).

Na década de 80, apenas 2% das crianças recebiam AME até os seis meses de vida e em 2006, este índice elevou para 39%, e a média de aleitamento materno se estendeu.

As estratégias brasileiras de estímulo à amamentação incluem a Rede Brasileira de Leite Humano (rBLH) e a Lei da Amamentação e a ampliação da licença-maternidade. A rBLH coleta cerca de 150 mil litros de leite humano, processa e distribui para RN de baixo peso em unidades neonatais em todo país. É a maior rBLH do mundo e constitui modelo internacional de muitos países das Américas.

A Lei da Amamentação restringe publicidade de produtos que interferem ou substituem o AM. Já a licença-maternidade ampliada de quatro para seis meses, possibilita o aleitamento materno exclusivo pelo tempo recomendado pela OMS (OMS, 2017).

OLM combate a mortalidade e a desnutrição infantil. Ele fornece nutrientes e anticorpos essenciais para o desenvolvimento, prevenindo infecções respiratórias, diarreias e internações hospitalares por estas doenças, entre outras. No Brasil, entre 1990 e 2014, a mortalidade das crianças com menos de cinco anos caiu 80%, e a amamentação foi um dos provedores desta queda (SOARES *et al.*, 2017).

1.1 Medidas de promoção ao aleitamento materno

A amamentação é uma das formas de prevenção mais eficientes de mortalidade infantil. Apesar de toda sua relevância no decorrer deste livro, circunstâncias sociais e econômicas podem ter influência na prevalência e duração da amamentação (XAVIER *et al.*, 2013).

Na mídia não faltam campanhas de *marketing* abordando a amamentação exclusiva até os primeiros seis meses de vida. Nas décadas de 60 e 70, a prioridade era a substituição do LM por fórmulas infantis. Somente no final da década de 70, com o início dos movimentos pró-amamentação, foram criadas normas para regulamentar a promoção comercial de produtos que pudessem interferir no AME. No início da década de 80, o Ministério da Saúde passou a investir em promoção e apoio ao AM e, como resultado, observa-se o aumento da prevalência e duração da amamentação.

De acordo com a Pesquisa Nacional sobre Democracia e Saúde (PNDS), a prevalência da amamentação no Brasil em 2008 era de 67,7% entre crianças menores que 12 meses, considerado baixo pela OMS (OMS, 2017). A modificação dos índices ocorreu após investimentos na formação dos profissionais de saúde, de forma ativa, para que pudessem orientar as famílias sobre a importância do AME e do alimento complementar (BRASIL, 2014).

A promoção do AM inicia na pré-concepção e segue durante toda a gestação da mulher, através da divulgação de informações, troca de conhecimentos e esclarecimentos de dúvidas. Esses momentos devem ser compartilhados entre médico/equipe da estratégia saúde da família/paciente. No caso da paciente iniciar tardiamente a capacitação sobre o assunto no pré-natal, a gestante contará apenas com conhecimento prévio sobre amamentação. O profissional deverá abordar o tema, de maneira clara a fim de esclarecer dúvidas sobre práticas consolidadas, muitas vezes, errôneas. Nos momentos anteriores ao parto, durante o pré-natal, devem ser oferecidas informações sobre os benefícios nutricionais, imunológicos, afetivos e do desenvolvimento neuropsicomotor do AM para filho, mãe e família (BRASIL, 2015).

Essas informações devem ser transmitidas durante as consultas ou através de grupos educativos, palestras, treinamento e visita domiciliar com enfermeiro, médico ou nutricionista. É importante ressaltar a presença do pediatra durante os eventos. Além dos benefícios para a criança, devemos expor os benefícios para a mãe.

Durante os treinamentos sobre o AM, preferencialmente na maternidade, o uso da mama amiga para a capacitação da pega adequada é uma etapa relevante, já que muitas vezes as mães não sabem como realizar técnica da pega, causando rachadura e dor nos mamilos. É necessário o acompanhamento próximo às mães em amamentação exclusiva ao longo dos meses, para incentivo e apoio, revisando as técnicas.

O Ministério da Saúde coordena ações para estimular hospitais e maternidades brasileiras a se tornarem “amigos da criança”, através de normas escritas sobre AM e treinamento das equipes de cuidados em saúde, capacitando-as para colocar em prática ações de promoção da saúde da criança.

Atualmente, entende-se o cuidado multiprofissional para as ações de promoção do AM, pela grande preocupação governamental e da SBP no empenho para estímulo de práticas saudáveis no AM, evitando o desmame precoce e suas consequências (BRASIL, 2014).

1.2 Medidas de proteção ao aleitamento materno

As ações de promoção e apoio à amamentação foram reforçadas com a aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância (NBCAL), que asseguram a segurança alimentar como um direito humano, apoiando as políticas públicas para minimizar o *marketing* abusivo e as pressões das indústrias de grande porte às instituições que prestam serviços ao binômio mãe-bebê, na esfera pública e privada.

A NBCAL é baseada no Código Internacional de Comercialização de Substitutos do LM que proíbe a promoção de substitutos do LM em unidades de saúde e a doação de suprimentos, gratuitos ou subsidiados, substitutos do LM ou outros produtos em qualquer parte do sistema de saúde (BRASIL, 2014).

Além da NBCAL, outras ações prioritárias do Ministério da Saúde visam a proteção do AM. A exemplo, as Diretrizes do Ministério da Saúde apontam estratégias como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Método Canguru, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Mulher Trabalhadora que Amamenta (PARANÁ, 2015).

Amamentar é um direito que a sociedade deve garantir a toda mulher e a toda criança. A mãe tem direito de amamentar, receber orientações, acompanhamento e dúvidas esclarecidas, devendo ser bem recebidas nas instituições por toda equipe composta no serviço de saúde, de ter seu filho ao seu lado ao nascer em alojamento conjunto, facilitando a amamentação (SILVA *et al.*, 2015)

A legislação do Brasil de proteção ao AM é uma das mais avançadas do mundo. É muito importante que o profissional de saúde conheça as leis e outros instrumentos de proteção do AM para que possa informar às mulheres que estão amamentando e às suas famílias os seus direitos. Além de conhecer e divulgar os instrumentos de proteção da amamentação é importante que o profissional de saúde respeite a legislação e monitore o seu cumprimento, denunciando as irregularidades (BRASIL, 2015a).

Alguns direitos da mulher que direta ou indiretamente protegem o aleitamento materno são abordados no capítulo Direito das Nutrizes neste livro.

1.3 Medidas de apoio

O apoio pelos profissionais de saúde e serviços é fundamental para o sucesso da amamentação (BRASIL, 2015b). As medidas de apoio apresentam grande eficácia quando possui um grupo de conselheiros capacitados e o apoio das autoridades locais e nacionais (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013). O sucesso do aumento das taxas de amamentação está relacionado à equipe multidisciplinar (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015).

O apoio ao AM reflete favoravelmente os índices de início precoce da amamentação, o tempo de AME e a duração da amamentação. O programa de apoio ao AM em países de baixa renda reduziu em 30% a interrupção do AME precoce, com redução da diarreia infantil e aumento da duração da amenorreia lactacional materna (OPAS, 2013).

A Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) foi criada em 1999, no Rio de Janeiro, com o intuito de envolver a atenção primária na promoção, proteção e apoio ao AM através da implantação dos “Dez passos para o sucesso da amamentação na atenção básica de saúde”. O projeto envolve a implantação de estrutura na unidade de saúde básica e o processo de orientação do manejo da amamentação e do apoio às mesmas. O público alvo envolve os profissionais de saúde, gestantes e mães. O tempo de apoio envolve o período que se estende do pré-natal a puericultura (RITO, *O et al*, 2013; MAIA *et al.*, 2014).

Durante o acompanhamento pré-natal, os familiares devem discutir sobre a intenção da mãe em amamentar, os benefícios do AM, as consequências do desmame precoce, a manutenção do AM, o AM na sala de parto e no alojamento conjunto, tempo ideal e técnica adequada de amamentação, possíveis problemas/dificuldades, direitos da mãe e do pai (BRASIL, 2015).

A exposição dos benefícios do AM permite a mãe enxergar o momento de aleitamento, não como uma obrigação, mas como um ato de carinho e amor (MAIA *et al.*, 2014). O apoio familiar é muito importante, visto que uma mãe que não amamenta com facilidade perde a confiança em si e sofre pressões familiares, sociais e emocionais. Dessa forma, as informações e orientações sobre o AM devem ser estendidas aos familiares para que possam ser uma base fortalecedora à amamentação em meio às dificuldades da nutriz (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015).

Após a alta hospitalar, os grupos de apoio das nutrizes são importantes para manejo e esclarecimento de dúvidas que são a base para a manutenção do AM em longo prazo (MAIA *et al.*, 2014). Os profissionais devem estar preparados para o acompanhamento no processo de amamentação, crescimento e desenvolvimento da criança. Tanto em atendimentos individuais quanto em visitas domiciliares (BRASIL, 2015a).

O apoio necessário relacionado ao AM se estende dos grupos de apoio para um suporte a ser

fornecido pela Legislação Trabalhista, Políticas/Legislativas e em situações de emergência (OPS, 2013). Esse apoio é necessário, tendo em vista que o setor público fornece apenas quatro meses de licença, além das dificuldades de encontrar salas de apoio e creches próximas aos locais de trabalho (MAIA *et al.*, 2015).

2. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M.; LUZ, S.A. B.; UED, F. V. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 3, p. 355-362, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Aleitamento Materno, Distribuição de Leites e Fórmulas Infantis em Estabelecimentos de Saúde e a Legislação/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, DF, 2014.**

BRASIL. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Disponível em:

<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pdf3.pdf> Acesso em: 19 de agosto de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: **Nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Cadernos de Atenção Básica, n. 23. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília: **Cadernos de atenção Básica**, v.2, n.23, 2015 b.

Garcia, L. P. The Lancet: série sobre amamentação. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 1, p. 203-204, 2016.

MAIA, E. M. et al. Programa de apoio ao aleitamento materno exclusivo para mães trabalhadoras da iniciativa privada. **RevMed Minas Gerais**, v. 25, n. 1, p. 19-24, 2015.

OMS. **OPAS/OMS preconiza apoio ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses**. Disponível em <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9327&Itemid=42404&lang=es>. Acesso em 21/08/2017.

OPAS, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013. **Apoio a las madres que amamentan: cercano, continuo y oportuno**. Semana Mundial de la Lactancia Materna, 2013.

RITO, R. V. V. F.; OLIVEIRA, M. I. C.; BRITO, A. S. Degree of compliance with the ten steps of the Breastfeeding-Friendly Primary Care Initiative and its association with the prevalence of exclusive breastfeeding. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 89, n. 5, p. 477-484, 2013.

SILVA, Rozália Almeida et al. Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame preco-

ce. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 5, n. 3, p. 01-07, 2015.

SOARES DE OLIVEIRA, DANIELLE, BOCCOLINI, CRISTIANO S., FAERSTEIN, EDUARDO, Verly-Jr, Eliseu, Duração do aleitamento materno e fatores associados entre 1960 e 2000. **Jornal de Pediatria** [enlinea], 93 ,2017.

UNICEF. **Aleitamento materno na primeira hora depois do parto pode reduzir a mortalidade infantil**. Disponível em <https://www.unicef.org/brazil/pt/media_9993.htm>. Acesso em 21/08/2017.

XAVIER, CC; LAMOUNIER, JA; MOULIN, ZS. **Aleitamento Materno**. Capítulo 27. *Pediatria Ambulatorial ET al*. 5ª edição. Belo Horizonte. p 423-435,2013

DIREITOS DA NUTRIZ

Lidiane Barbosa Alcântara

Médica graduada no Instituto Metropolitano de Ensino Superior-Imes - Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6537876246481023>

Izabela da Silva Melo

Médica graduada no Instituto Metropolitano do Ensino Superior- Univaço

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7501235652418023>

Luana de Almeida Albino Gonçalves

Médica generalista do PSF Saúde Plena no município de Poté - MG e no Médico Noturno do município de Teófilo Otoni -MG

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6720922720191341>

Marina Leite Gonçalves

Médica graduada no Instituto Metropolitano de Ensino Superior - Univaço, Residente em Medicina do Trabalho no Hospital das Clínicas de Minas Gerais. HC/UFMG

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6309623504702395>

Laís Albino de Almeida Gonçalves

Médica residente de pediatria do Hospital Municipal de Governador Valadares

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7642344880504098>

1. INTRODUÇÃO

A importância do AM é amplamente conhecida por todo o mundo, inclusive como recomendação da OMS. O AME é preconizado até os 6 meses de vida e mantido juntamente com o complemento até pelo menos 2 anos (LODI, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

A amamentação evita mortes infantis, visto que protege a criança contra diarreias, infecções respiratórias, diminui riscos de alergias, hipertensão, dislipidemia e diabetes, reduz as chances de obesidade, produz efeito positivo na inteligência, melhor desenvolvimento da cavidade bucal, protege a mãe contra câncer de mama, pode ser empregado como método contraceptivo, reduz custos com

fórmulas infantis e promove um forte vínculo entre a mãe e o filho. No entanto, a mulher cada vez mais inserida no mercado de trabalho encontra dificuldades para amamentar seu filho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A amamentação pode ser influenciada de maneira positiva ou negativa por fatores diretamente relacionados à mãe, como sua personalidade e sua visão sobre o aleitamento; à gestação, como as condições do parto e do período pós-parto; e, sobretudo as influências de fatores circunstanciais, como o trabalho da lactante e outras condições do cotidiano da mesma (LIMA; LEÃO; ALCÂNTARA, 2012).

A mulher é provedora do alimento para o seu filho, e como está assumindo no mercado de trabalho um papel cada vez mais relevante, é necessário ampliar o conhecimento das leis que descrevem seus direitos durante a gravidez e amamentação pelos profissionais da saúde, empregadores e as próprias mães. Nesse sentido, também é necessário oferecer orientações em relação aos direitos do pai (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

Este capítulo visa informar o direito das nutrizes, apresentando-o de forma objetiva, para que possam assegurar a promoção da amamentação do seu filho (SILVA *et al.*, 2015).

1.1 Direito das gestantes e lactantes

1.1.1 Direito à estabilidade de emprego desde o momento da concepção até 5 meses pós-parto

É direito assegurado à nutriz a garantia de permanência em seu emprego desde o momento da descoberta da gravidez até cinco meses após o parto, salvo exceções onde a mesma dê justificativas válidas para sua dispensa, sendo que não é considerado o matrimônio e a própria gestação motivos consideráveis para isso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

1.1.2 Constituição Federal no seu artigo 10 (Inciso II, Letra b)

Constituição Federal de 1988:

II- fica vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa:

b) da empregada gestante e lactante, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto.

1.1.3 Consolidação das leis do trabalho

Decreto Lei nº 5.452 de 01 de Maio de 1943:

Art. 391- Não constitui motivo justo para rescisão do contrato de trabalho da mulher o fato de contrair matrimônio ou estado de gravidez.

1.1.4 Direitos à licença maternidade

Desde o estabelecimento da Constituição de 1988 é direito da nutriz receber 120 dias de licença maternidade, e hoje, pela lei nº 11.770, as servidoras públicas federais, estaduais, municipais e trabalhadoras de empresas privadas que aderirem a esta lei, possuem o prorrogamento da licença maternidade para 6 meses. No caso de licença de quatro meses, a empresa não é obrigada a cumprir a prorrogação solicitada pela mãe, porém os dois meses adicionais constituem uma opção. Caso as empresas não queiram oferecer o benefício, as trabalhadoras poderão pressioná-las através do suporte de sindicatos e centrais sindicais. Nas situações especiais, que envolvem a saúde da mãe ou da criança, essa licença pode ser prolongada mediante atestado médico por mais duas semanas. Em relação aos pais, é oferecido direito à licença-paternidade de 5 dias após nascimento do recém nascido. (OLIVEIRA; TEXEIRA 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

1.1.5. Consolidação das leis trabalhistas

Decreto Lei nº 5.452 de 01 de Maio de 1943:

- Art. 392 - A empregada gestante tem direito à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo do emprego e do salário.

§ 1º - A empregada deve, mediante atestado médico, notificar o seu empregador da data do início do afastamento do emprego, que poderá ocorrer entre o 28º (vigésimo oitavo) dia antes do parto e ocorrência deste.

§ 2º - Os períodos de repouso, antes e depois do parto, poderão ser aumentados de 2 (duas) semanas cada um, mediante atestado médico.

Decreto Lei nº 5.452 de 01 de Maio de 1943:

- Art. 393 - Durante o período a que se refere o art. 392, a mulher terá direito ao salário integral e, quando variável, calculado de acordo com a média dos 6 (seis) últimos meses de trabalho, bem como aos direitos e vantagens adquiridos, sendo-lhe ainda facultado reverter à função que anteriormente ocupava.

Decreto Lei nº 5.452 de 01 de Maio de 1943:

- Art. 396 - Para amamentar o próprio filho, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um. Parágrafo único - Quando o exigir a saúde do filho, o período de 6 (seis) meses poderá ser dilatado, a critério da autoridade competente.

1.1.6. Regimento jurídico dos servidores públicos

Decreto Lei nº 8.112 de 11 de dezembro de 1990:

- Art. 207. Será concedida licença à servidora gestante por 120 (cento e vinte) dias consecutivos, sem prejuízo da remuneração.

§ 1º A licença poderá ter início no primeiro dia do nono mês de gestação, salvo antecipação por prescrição médica.

§ 2º No caso de nascimento prematuro, a licença terá início a partir do parto.

§ 3º No caso de natimorto, decorridos 30 (trinta) dias do evento, a servidora será submetida a exame médico, e se julgada apta, reassumirá o exercício.

§ 4º No caso de aborto atestado por médico oficial, a servidora terá direito a 30 (trinta) dias de repouso remunerado.

- Art. 208. Pelo nascimento ou adoção de filhos, o servidor terá direito à licença-paternidade de 5 (cinco) dias consecutivos.
- Art. 210. À servidora que adotar ou obtiver guarda judicial de criança até 1 (um) ano de idade, serão concedidos 90 (noventa) dias de licença remunerada.

Parágrafo único. No caso de adoção ou guarda judicial de criança com mais de 1 (um) ano de idade, o prazo de que trata este artigo será de 30 (trinta) dias.

1.2.2 Intervalos no seu horário de trabalho após os 120 dias para amamentar

Toda nutriz tem por direito garantido pela constituição dois descansos especiais, sendo cada um de meia hora, para que a mesma possa alimentar seu filho até os seis meses de vida. Se for necessário por motivos de saúde, este período pode ser estendido além dos seis primeiros meses de vida do RN (OLIVEIRA; TEXEIRA, 2014).

1.2.3 Garantia do local de permanência do seu filho durante o trabalho

Também se faz direito de toda mulher que seus filhos tenham um local de segurança para deixá-los enquanto trabalham durante o período de amamentação. Se a empresa empregadora possuir mais de trinta funcionárias mulheres acima de 16 anos se faz necessário por lei que esta ofereça este local, seja por meios próprios ou convênios com entidades públicas ou privadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

1.3 Consolidação das leis trabalhistas

Decreto Lei nº 229 de 28 de fevereiro de 1967:

- Art. 389 - Todo estabelecimento que empregue mais de trinta mulheres com mais de 16 anos de idade deverá ter local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período de amamentação. Essa exigência poderá ser suprida por meio de creches distritais mantidas, diretamente ou mediante convênios, com outras entidades públicas ou privadas como SESI, SESC, LBA, ou entidades sindicais.

Decreto Lei nº 5.4552 de 01 de Maio de 1943:

- Art. 400 - Os locais destinados à guarda dos filhos das operárias durante o período da amamentação deverão possuir, no mínimo, um berçário, uma saleta de amamentação, uma cozinha dietética e uma instalação sanitária.

1.4 Direitos das mães privadas de liberdade

Segundo a Constituição Brasileira de 5 de outubro de 1988 é direito de toda e qualquer mulher presidiária e seus filhos, o direito ao AM, no entanto, já se passaram 25 anos da promulgação da Constituição e este fato ainda não é cumprido em 100% dos casos.

A garantia deste direito se faz necessária, pois o instinto materno nesse período se encontra muito evidente, e privá-la deste momento seria uma forma de puni-la, e a criança seria privada de receber aleitamento, carinho e afeto. Sendo assim, este momento é crucial para o recém-nascido e auxilia na ressocialização das presidiárias (OLIVEIRA; TEXEIRA, 2014).

Toda essa questão está assegurada pela Lei de Execuções Penais no artigo 82 § 2º e artigo 89, e também no artigo 9º do Estatuto da Criança e do Adolescente, pois permite às mulheres privadas de liberdade, permanecer com seus bebês até o 4º mês de vida para amamentarem (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

1.5 Direito da mãe estudante

De acordo com a lei 6202/1979 é garantido que as estudantes sejam amparadas e obtenham suas notas com trabalhos realizados em casa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

1.6 Salas de apoio à amamentação

A ação de apoio à amamentação surgiu em 2010, com a finalidade de apoiar a mulher que retorna da licença-maternidade e almeja continuar amamentando o filho. São locais simples e de baixo custo para as empresas, onde a nutriz pode realizar a ordenha do leite durante o expediente de

trabalho e armazená-lo corretamente para que ao final do serviço possa levá-lo para casa e ofertar ao bebê. Nos dias atuais, o Brasil possui 200 salas certificadas pelo Ministério da Saúde, com capacidade de beneficiar até 140 mil mulheres. Após esta iniciativa constata-se aumento significativo do número de salas de apoio à amamentação, de 16 salas em 2014 para 200 salas nos dias atuais (PORTAL DA SAÚDE, 2015).

Figura 1 – Sala de apoio à amamentação.



Fonte: MINISTÉRIO DA SAUDE, 2017.

A empresa que deseja obter o certificado do Ministério da Saúde deve disponibilizar sala de apoio à amamentação nos locais de trabalho, segundo parâmetros como o da RDC nº 171 de 4 de setembro de 2006, para a “sala para ordenha”. Estes parâmetros da sala de ordenha são:

- Dimensão de 1,5m² por cadeira de coleta; presença de um ponto de água fria e lavatório para que possa ser feito a higiene das mãos e das mamas durante a coleta; freezer ou refrigerador com congelador e termômetro, armazenamento exclusivo do LM e monitoração diária da temperatura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).
- É necessário que o ambiente seja tranquilo e favorável ao reflexo da descida do leite, permitindo a acomodação da lactante. Este ambiente não deve ter interrupções e deve manter a privacidade da mulher. Para tais qualidades é necessário que o ambiente seja mobiliado com cadeiras ou poltronas impermeáveis, individuais, separadas por cortinas ou divisórias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).
- O local necessita de ventilação e iluminação natural, de preferência, ou climatização para

conforto de acordo com o preconizado na Resolução RE/ Anvisa nº 9, de 16 de janeiro de 2003 – Orientação técnica revisada contendo padrões referenciais de qualidade de ar interior em ambientes de uso público e coletivo, climatizados artificialmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

- O serviço deve oferecer frascos para a coleta e o armazenamento do leite, além de recipientes térmicos para o seu transporte, ou, podem ser utilizados da própria gestante. A ordenha poderá ser conduzida manualmente ou por meio de bombas. Todos os materiais que, por ventura, entrem em contato direto com o LM devem ser submetidos ao processo de higienização (limpeza, desinfecção e esterilização) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

- É aconselhável que a sala de apoio à amamentação possua chave com funcionário da empresa que se responsabilize por ela, supervisionando sua utilização, assim como o controle diário da temperatura do freezer ou congelador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

1.7 Licença paterna mediante nascimento do filho

De acordo com a Constituição Federal, artigo 7º, inciso XIX, parágrafo 1º, os pais possuem o direito de cinco dias corridos de licença das suas atividades laborais, para organizar a chegada do filho, pois o pai é considerado o grande apoiador das mulheres nesse momento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo a presidente do Departamento de AM da SBP, Elsa Giugliani, “*as taxas de AM hoje são muito melhores do que há 30 anos, ainda assim estamos muito aquém das recomendações oficiais. Apesar dos inúmeros benefícios, atualmente poucas mulheres amamentam de forma exclusiva até os seis meses e só 25% realizam a amamentação prolongada, até os dois anos*”. Em concordância com a pediatra, uma publicação da revista inglesa The Lancet, em março de 2016, aponta elevação significativa nos últimos 40 anos no aAM brasileiro referente ao tempo e à exclusividade (SOTÉRIO, 2016).

Um dos maiores desafios das mulheres é continuar a amamentação após retornar ao trabalho laboral. A OMS recomenda que a criança mantenha o AME até os seis meses de idade. O problema é que, no Brasil, há uma vasta legislação sobre o AM e uma deficiência na aplicabilidade dos direitos. Esta situação torna o conhecimento do profissional da saúde muito importante assim como o papel do médico ao informar a gestante ou a puérpera, seus direitos frente à legislação vigente (OLIVEIRA; TEXEIRA, 2014).

3. REFERÊNCIAS

BAVARESCO, L, et al. **O aleitamento materno e o desenvolvimento cognitivo**. Universidade federal de Santa Catarina, 2017.

BRASIL. Decreto n.5.452,de 01 de Maio de 1943.Dispõe da Consolidação das Leis do Trabalho. **Jus brasil**. Disponível em:<<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10721384/artigo-392-do-decreto-lei-n-5452-de-01-de-maio-de-1943>>.Acesso em:12 dez. de 2017.

BRASIL. Decreto n.229, de 28 de Fevereiro de 1967.Dispõe da Consolidação das Leis do Trabalho. **Jus brasil**. Disponível em: <<https://criscarla.jusbrasil.com.br/artigos/158708088/auxilio-creche-direito-de-todos-os-trabalhadores>>. Acesso 18 dez. de 2017.

BRASIL. Decreto n. 8.112, 11 de Dezembro de 1990. Da Licença à Gestante, à Adotante e da Licença-Paternidade. **Presidência da República Casa Civil**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8112cons.htm>. Acesso em: 13 dez. de 2017.

BRASIL.Art. 10, inc. II, “b” da Constituição Federal de 88.Dispõe da Consolidação das Leis do Trabalho. **Jus brasil**. Disponível em:<<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10640747/alinea-b-do-inciso-ii-do-artigo-10-da-constituicao-federal-de-1988>>. Acesso em:12 dez. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Para Implantação de Salas de Apoio à Amamentação Para A Mulher Trabalhadora**. 1. ed. Brasília: 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde Departamento De Atenção Básica. **Aleitamento materno e alimentação complementar**. 2ª edição,no 23,2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde certifica sala de apoio à amamentação da Eletrosul. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/50397-ministerio-da-saude-certifica-sala-de-apoio-a-amamentacao-da-eletrosul>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

FUTEMA, F. Mães precisam de apoio para amamentar, diz especialista. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, 2016. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/maes-precisam-de-apoio-para-amamentar-diz-especialista/>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

LIMA, I, M, S,O; LEÃO, T, M; ALCÂNTARA, M, A, R. A fundamentalidade do direito humano à amamentação no Brasil: o papel da família, da sociedade e do estado. **Congresso internacional interdisciplinar em sociais e humanidades**, 2012.

LODI, J, C et al. **Autoeficácia e fatores associados à manutenção do aleitamento materno exclusivo até o primeiro mês de vida da criança**. Universidade estadual de campinas – UNICAMP, 2016.

OLIVEIRA,F.O;TEIXEIRA,C.M.*O direito fundamental das presidiárias e seus filhos ao aleitamento materno*.**Portal Metodista de Periódicos Científicos e Acadêmicos**.v11,n.11,2014.Disponível em:<<https://www.metodista.br/revistas/revistasmetodista/index.php/RFD/article/view/5252/4343>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

OPAS/OMS. **Sala de Apoio a Amamentação - troca de experiências**. 2015. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4908:sala-de-apoio-a-amamentacao-troca-de-experiencias&Itemid=820> Acesso em 10 ago. 2017.

PORTAL SAÚDE. **Ministério da Saúde quer dobrar salas de apoio à amamentação nas empresas**, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/18972-ministerio-da-saude-quer-dobrar-salas-de-apoio-a-amamentacao-nas-empresas>>. Acesso em: 10 ago. 2017

PORTAL DA SAÚDE. **Mulher trabalhadora que amamenta**, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/515-sas-raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/13-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/12878-mulher-trabalhadora-que-amamenta>>. Acesso em 10 ago. 2017.

SANTIAGO, L.; RICARDINO, E.; VIEIRA, G. *Direitos da Mulher Trabalhadora: na Gravidez, no Pós-Parto e Durante o Aleitamento Materno*. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, 2012 Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2012/12/Direitos-da-Mulher-Trabalhadora-na-Gravidez-no-Ps-Parto-e-Durante-o-Aleitamento-Materno.pdf>. Acesso: 07 ago. 2017.

SILVA, M.S.K. et al. *Insegurança alimentar e sua relação com fatores socioeconômicos de nutrizes atendidas na atenção primária*. **Disciplinarium Scientia Ciência da Saúde**. v.16, n.2, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/1011>>. Acesso em 07 ago. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Amamentação contribui para o desenvolvimento sustentável e reduz desigualdades sociais**, 2016. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/campanhas/campanha/cid/semana-mundial-da-amamentacao-2016/>> Acesso em 10 ago. 2017.

SOTÉRIO, C. Apenas 40% dos bebês brasileiros são alimentados exclusivamente com leite materno. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, 2016. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/apenas-40-dos-bebes-brasileiros-sao-alimentados-exclusivamente-com-leite-materno/>>. Acesso em 10 ago. 2017.

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
premature 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>

