



Manual de Aleitamento Materno

2015

Manual de ALEITAMENTO MATERNO



Federação Brasileira das Associações de
Ginecologia e Obstetrícia

Presidente:
Etelvino de Souza Trindade

Diretoria Administrativa:
Vera Lúcia Mota da Fonseca

Vice-Presidente da Região Sul:
Jorge Abi Saab Neto

Vice-Presidente Região Norte:
Júlio Eduardo Gomes Pereira

Diretor Científico:
Nilson Roberto de Melo

Vice-Presidente Região Nordeste:
Olímpio Barbosa de Moraes Filho

Diretor Financeiro:
Francisco Eduardo Protá

Vice-Presidente Região Centro-Oeste:
Paulo Roberto Dutra Leão

Assessora da Diretoria:
Hitomi Miura Nakagawa

Vice-Presidente Região Sudeste:
Agnaldo Lopes da Silva Filho

Diretor de Defesa e Valorização Profissional:
Hélcio Bertolozzi Soares

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Mariani Neto, Corintio

Manual de aleitamento materno / Corintio Mariani Neto. 3ª ed.
-- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e
Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

1.Aleitamento materno 2.Lactação 3.Leite humano

NLM WS125

ISBN 978-85-64319-38-7

Manual de ALEITAMENTO MATERNO



Federação Brasileira das Associações de
Ginecologia e Obstetrícia

MANUAL DE ORIENTAÇÃO

Coordenador

Corintio Mariani Neto

Colaboradores

Ana Cristina F. de Vilhena Abrão

Ana Júlia Colameo

Ana Márcia Correa Gomes

Antonio Fernandes Lages

Ariani Impieri de Souza

Cinthia Netto de Barros

Corintio Mariani Neto

Cristina Aparecida Falbo Guazzelli

Cristina Helena Rama,

Denise Queiroz Ferreira

Erika de Sá Vieira Abuchaim

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Fátima Maria Bessa Lafayette

Geisy Maria de Souza Lima

Gláucia Virgínia de Queiroz Lins Guerra

Guilherme Negrão de Souza

Jeanine Maria Salve

Joana Saioko Watanabe Kuzuhara

Joel Alves Lamounier

José Eduardo Nestarez

Keiko Teruya

Kelly Pereira Coca

Laís Graci dos Santos Bueno

Lauro José Victor Avellan Neves

Lúcio Omar Carmignani

Márcia Maria Auxiliadora de Aquino

Margarida Silva Nascimento

Maria Isabel A. L. Nestarez

Maria José Guardia Mattar

Newton Tomio Miyashita

Nilson Roberto de Melo

Noélia Pedrosa Brito

Roberto Gomes Chaves

Rosemeire Sartori de Albuquerque

Rui de Paiva

Sérgio Makabe

Silvia R. Piza F. Jorge

Sonia Isoyama Venancio

Teresa Cristina Semer

Tereza Setsuko Toma

Vander Guimarães

Vilneide Maria Santos Braga Diégues Serva



Federação Brasileira das Associações de
Ginecologia e Obstetrícia

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Presidência

SCES – Trecho 03 conjunto 06, sala 204 – Brasília
– DF e-mail: presidencia@febrasgo.org.br

Diretoria Administrativa

Avenida das Américas, 8445 – Sala 711
Barra da Tijuca – Rio de Janeiro / RJ – CEP: 22793-
081 Tel: (21) 2487-6336 Fax: (21) 2429-5133 e-mail:
secretaria.executiva@febrasgo.org.br

*Todo conteúdo deste Manual de Orientações pode ser encontrado no
site: www.febrasgo.org.br*

Todos os direitos reservados à Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Índice

1. A Glândula Mamária.....	8
2. Benefícios do Aleitamento Materno	15
3. O Papel do Obstetra no Incentivo ao Aleitamento Materno.....	18
4. Desafio do Aleitamento Materno entre Adolescentes.....	22
5. O Papel da Instituição no Incentivo ao Aleitamento Materno	26
6. Aleitamento Materno Exclusivo.....	33
7. Técnicas em Aleitamento	38
8. Principais Intercorrências Maternas Locais.....	45
9. Amamentação, Estética e Cirurgia Plástica.....	56
10. Complicações da Amamentação Pós-Mamoplastia.....	59
11. Intercorrências Maternas Gerais.....	67
12. Principais Intercorrências Neonatais.....	72
13. Queixas Comuns das Nutrizes.....	80
14. Práticas Comuns que Prejudicam a Amamentação.....	93
15. Uso de Medicamentos durante a Lactação.....	99
16. Suplementação com Micronutrientes durante a Amamentação.....	105
17. Anticoncepção durante o Aleitamento.....	108
18. Amamentação e Sexualidade.....	113
19. Inibição da Lactação: Indicações e Esquemas.....	115
20. O Sistema de Alojamento Conjunto e a Amamentação	120
21. Método Mãe Canguru.....	126
22. Banco de Leite Humano.....	132
23. Iniciativa Hospital Amigo da Criança.....	140
24. Legislação e NBCAL. Proteção à Maternidade e à Amamentação no Brasil	146
25. Evidências Científicas sobre o Sucesso do Aleitamento Materno.....	155
26. Leituras Suplementares.....	158

1. A Glândula Mamária

José Eduardo Nestarez - Maria Isabel A L Nestarez

Introdução

As glândulas mamárias constituem uma característica que distingue os mamíferos. Evoluíram como órgãos produtores de leite para nutrir a prole, que nasce em estado imaturo e dependente. A amamentação, além de alimentar e imunizar o filho, produz involução uterina puerperal.

A mama é um conjunto de tecido glandular, gordura conjuntivo fibroso, situada acima dos músculos peitorais da parede torácica ao qual está aderida por traves de tecido fibroso, os ligamentos de Cooper. Uma camada de tecido adiposo envolve toda a glândula, penetrando na mesma. Este tecido é que fornece a consistência típica da glândula mamária.

O tecido glandular é composto dos lóbulos (extremidade final dos lobos, produtores de leite) e dos ductos (conduzem o leite). Cada ducto, na proximidade do mamilo se dilata em forma de saco (seio lactífero), onde a secreção láctea se acumula antes da amamentação.

Embriologia Mamária

O tecido mamário humano começa seu desenvolvimento a partir da sexta semana de vida intrauterina. A glândula mamária origina-se de um espessamento em fita da epiderme, a chamada linha mamária. Na fase embrionária, esta linha estende-se desde a base dos membros superiores (axilas) até a raiz dos membros inferiores, incluindo os grandes lábios da vulva. Até este momento não existem diferenças entre os sexos feminino e masculino. Entre as várias espécies de mamíferos o número de glândulas pareadas varia muito, tendo relação com o tamanho da prole.

No ser humano, a partir da nona semana a linha mamária regride, deixando apenas dois botões na metade superior da parede torácica.

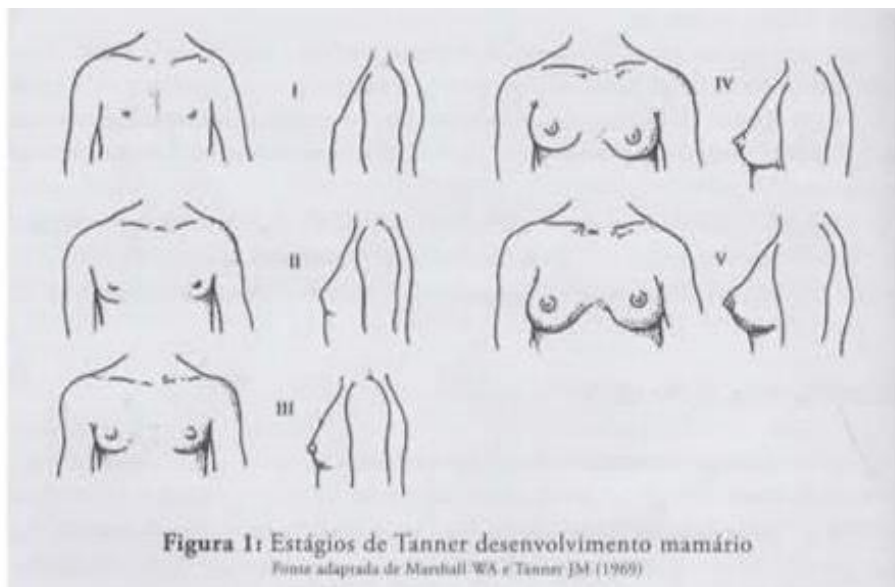
Com o desenvolvimento, no sexo feminino, penetra no mesênquima subjacente, formando 15 a 20 esboços epiteliais que se ramificam e se canalizam, indo formar os alvéolos e ductos, que mantêm contato com a linha mamária original na epiderme. Com a proliferação do tecido conjuntivo, forma-se o mamilo.

Em cerca de 1% dos casos podem permanecer mamas (polimastia), ou mamilos extras (politelia). Geralmente estas glândulas anômalas estão na linha mamária.

Os recém-nascidos de ambos os sexos apresentam glândulas mamárias pequenas, podendo apresentar alguma descarga papilar neonatal consequente à ação dos hormônios maternos.

Desenvolvimento Puberal

No sexo feminino, as mamas permanecem quiescentes até os 11 ou 12 anos, quando começa a atividade ovariana. O início se dá com o aparecimento dos pelos pubianos (pubarca). Depois ocorre a telarca, decorrente da ação do estrógeno e, posteriormente, da progesterona. Pode ser período doloroso para as adolescentes. O crescimento continua até a menarca, que sugere a preparação das mamas para a lactação. Geralmente, a primeira menstruação ocorre um a dois anos após o início do desenvolvimento mamário.



Antes da Puberdade	Puberdade Inicial	Puberdade Tardia
Apenas o mamilo se sobressai no tórax	Aréola proeminente Glândula cresce	Glândula e gordura crescem. Aréola plana

Anatomia da Mama

Por volta dos 20 anos, a mama atinge seu maior desenvolvimento e a partir dos 40 anos, começam as alterações atróficas.

Os limites anatômicos da mama adulta atingem superiormente a segunda ou terceira costela, inferiormente a sexta ou sétima costela. Pela parte lateral a linha axilar anterior e medialmente a borda lateral do esterno. A cauda axilar (Spence) invade a axila.

A mama madura é composta de 15 a 20 lobos, subdivididos em diversos lóbulos, que possuem de 10 a 100 alvéolos. Esta estrutura predomina na região súpero-lateral da glândula.

A epiderme do mamilo e da aréola é muito pigmentada e enrugada. A superfície profunda da epiderme é invadida por papilas dérmicas longas que determinam a cor rósea devido aos capilares.

Existem feixes musculares circulares e longitudinais, propiciando a ereção do mamilo. A aréola contém glândulas sebáceas, sudoríparas e acessórias (Montgomery).

O mamilo e a aréola possuem rica inervação sensitiva que propicia o desencadear de eventos neurais e neuro-humorais com a sucção do recém-nascido, estimulando a produção de leite.

Fisiologia da Mama

No embrião, o que propicia a diferenciação sexual masculina é a presença do cromossomo Y, que precocemente estimula a produção de testosterona pelas gônadas fetais.

Em relação à glândula mamária, a atuação restritiva do Y não é intensa, pois embriões de ambos os sexos apresentam botões mamários de características semelhantes.

Vários hormônios atuam no desenvolvimento e na função da glândula mamária: esteroides sexuais, prolactina, ocitocina, cortisol, hormônio tireoidiano e hormônio de crescimento.

A ação de cada um deles pode ser resumida:

- Estrogênio: tem efeitos mitóticos no epitélio mamário e dá início ao desenvolvimento canalicular. Aumenta o número de receptores de estrógeno e progesterona nas células epiteliais.
- Progesterona: diferenciação das células epiteliais, promovendo o desenvolvimento lobular. Diminui a ação estrogênica no parênquima mamário, limitando a proliferação tubular.
- Prolactina: estimula o desenvolvimento do tecido adiposo. Junto com o hormônio de crescimento e cortisol estimula o crescimento e o desenvolvimento do epitélio mamário. Potencializa a ação do estrogênio e da progesterona. É o principal estímulo

hormonal para a lactogênese, diferenciando, amadurecendo as células produtoras de leite e a síntese de seus componentes. Tal amadurecimento tem relação com a diminuição da ocorrência de câncer de mama nestas mulheres

- Hormônio de crescimento, cortisol e hormônio tireoideano: a ação destas substâncias não está perfeitamente esclarecida na espécie humana.

A secreção dos esteroides ovarianos é controlada pela hipófise e por neuro-hormônios hipotalâmicos.

Estas substâncias possuem efeito em cascata; a hipófise anterior (células basófilas), através do hormônio folículo estimulante (FSH) e do hormônio luteinizante (LH), atua nos ovários estimulando a produção de estrógeno e progesterona.

Quem controla a liberação de FSH e LH é o hipotálamo, com o hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH).

Todas estas substâncias são controladas por mecanismos de retroalimentação (feedback). Existem o positivo e o negativo.

O feedback positivo ocorre quando o aumento de secreção de uma substância estimula a produção de outra; já o negativo ocorre quando o aumento de concentração de um hormônio inibe a secreção de outro.

Ao longo da vida da mulher a secreção destas substâncias varia de forma bastante significativa.

Na vida intrauterina, os níveis de estrógeno e progesterona fetais são baixos, pois a produção gonadal é mínima e eles refletem as concentrações maternas.

O desenvolvimento de estruturas rudimentares mamárias no feto é evidente e é causada pelo estrógeno, progesterona e prolactina placentários maternos. Isto ocorre nos embriões de ambos os sexos.

Após o nascimento, os níveis caem drasticamente. Nesta época, a mama consiste em ductos que convergem para o mamilo, mostrando atividade secretora nos alvéolos incipientes.

Nas primeiras semanas de vida pode ocorrer secreção mamária (“leite de bruxa”), tanto em recém-nascidos femininos quanto masculinos. Tem composição semelhante ao colostro e o mecanismo de seu aparecimento é o mesmo do início da lactação.

O estrógeno e a progesterona permanecem baixos durante toda a infância, por ser o hipotálamo da jovem bastante sensível (feedback negativo) aos esteroides ovarianos, cuja secreção nesta época é pequena.

A glândula permanece inativa, sem secreções. O crescimento que ocorre durante este período é semelhante ao crescimento corpóreo.

Três fatos ocorrem no início da puberdade: aumento da estimulação central

sobre o hipotálamo; diminuição do feedback negativo ao estrógeno com substituição do mesmo por um feedback positivo.

Estes eventos levam ao aumento da liberação de GnRH, fazendo a hipófise produzir mais FSH e LH com o consequente aumento de concentração estrogênica e progesterônica. Por esta época começa o ciclo menstrual.

Com o aumento da secreção estrogênica, o botão mamário se evidencia, geralmente a primeira manifestação morfológica da puberdade. Talvez o fator de crescimento 1, semelhante à insulina (IGF-I ou somatomedina-C) tenha participação.

O estrógeno (E2) isoladamente, nesta fase, parece não ser suficiente para o crescimento mamário; é necessária a ação concomitante do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e do hormônio tireoestimulante (TSH).

Como já vimos, o E2 promove proliferação do epitélio ductal e células mioepiteliais, além das células estromais circunjacentes; já a progesterona (P), em conjunto com o E2, inicia a formação acinar secretória. Ambos também estimulam o crescimento do tecido conjuntivo, que substituindo o adiposo, dá sustentação à mama.

Geralmente, após dois anos da menarca, a mama atinge as proporções adultas. O tamanho final depende de aspectos genéticos, nutricionais e outras determinantes.

Como veremos adiante, tal variação dos níveis hormonais, com suas correlações, pode ser utilizado tanto para o aumento como para o bloqueio da lactação.

Ciclo Menstrual

O ciclo menstrual, conforme as variações hormonais, pode ser dividido em três fases: proliferativas, ovulatória e secretora.

Na primeira fase predomina a produção de E2 pelo ovário. Na mama ocorrem fenômenos principalmente proliferativos ductais.

Durante a ovulação a secreção de E2 é máxima, podendo ocorrer ingurgitamento da glândula.

Já na fase secretória, o E2 atua junto com a P, liberada pela rotura folicular. Com isso a mama mostra vacuolização epitelial e o estroma torna-se frouxo e infiltrado por líquido e células linfoides e plasmáticas. No final desta fase, no período pré-menstrual, a mama apresenta os maiores volumes, nodulosidade e sensibilidade.

Assim que ocorre a menstruação, com a queda dos níveis hormonais, estes fenômenos regridem, para surgir novamente no próximo ciclo.

Puerperalidade

Durante a gestação, pelos altos níveis de esteroides, as alterações são exuberantes. Ocorre uma fase secretória exagerada.

Os ductos proliferam, já a partir da terceira semana. O crescimento da árvore lóbulo-alveolar no primeiro trimestre substitui o tecido gorduroso e conjuntivo.

Durante o segundo trimestre, estas alterações se acentuam, agora já com a presença da prolactina (PRL). Os fenômenos secretórios surgem, amadurecendo por completo a glândula mamária.

Já no terceiro trimestre, com o aumento de PRL, a vascularização se acentua para fornecer o substrato da lactogênese. Para o completo amadurecimento é importante a presença de cortisol, insulina, hormônio de crescimento e fator de crescimento epidérmico. A somatomamotrofina placentária tem ação semelhante à PRL hipofisária, embora com efeito mais discreto. Compete com a PRL.

Próximo do parto, a secreção de colostro se inicia. A lactogênese não ocorre, inibida pela ação do E2 e da P nos alvéolos.

Após o parto, com a dequitação, os níveis de estrógeno e progesterona caem abruptamente, possibilitando que a PRL atue em sua plenitude. Induz a diferenciação de células pré-secretórias em secretórias; estimula a síntese de RNA para a produção de proteínas lácteas específicas, caseína e alfa-lactoalbumina, além de possibilitar a indução das enzimas galactosil transferase e lactose sintetase. A PRL também induz a formação de receptores para PRL.

Ela é básica para a apojadura; após cerca de 40 dias, seus níveis voltam ao normal; entretanto, após cada mamada seus níveis sobem em picos, mantendo a produção de leite. Com o passar do tempo, os picos induzidos pela sucção tendem a diminuir.

Esta queda nos níveis dos picos de PRL parece estar relacionada com o intervalo das mamadas; quanto maior o intervalo, maior o tempo para a PRL se restabelecer; o limite está por volta de 12 horas.

A manutenção da lactação exige remoção regular do leite e estímulo para liberá-lo, devido ao reflexo neural. Sem o estímulo da sucção mamária pelo neonato, os baixos níveis de PRL não são suficientes para manter a galactopoese.

A produção e a ejeção do leite são controladas por arcos reflexos neurais, iniciando-se em terminações nervosas livres no complexo areolomamilar. O estímulo destas terminações libera ocitocina da hipófise posterior e PRL da anterior. A ocitocina contrai os componentes das células mioepiteliais perialveolares, ocorrendo a expulsão láctea. Estímulos auditivos, visuais e olfatórios também podem contribuir para a liberação de ocitocina. Por outro lado, a dor ou o constrangimento podem exercer efeito inibidor.

Quanto mais frequente for a sucção pelo neonato, mais duradouro será o efeito da PRL, inclusive com implicações na volta à normalidade dos ciclos menstruais e consequente anovulação.

Sabe-se hoje que amamentação por livre demanda mantém os níveis de PRL mais constantes. Como níveis acima da média de PRL inibem a secreção de GnHR pelo hipotálamo, ocorre período maior de amenorréia e anovulação puerperal com este tipo de amamentação.

Quando cessa a amamentação a glândula retorna ao estado inativo. Não mais ocorre o estímulo para liberação de ocitocina e PRL. Os níveis de gonadotrofinas voltam ao normal e com elas os ciclos ovulatórios. O leite não removido exerce pressão intramamária, ocorrendo a rotura alveolar, com atrofia da estrutura lobular. O material retido é fagocitado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Haagensen C D The normal physiology of the breasts. In: Haagensen C D (ed). Diseases of the Breast. Philadelphia: W B Saunders: 1986. p. 47-55.
2. Keller-Wood M, Bland K I Fisiologia da Mama. In: Bland K I, Copeland III E M A Mama. São Paulo: Manole: 1994. p 41-52.
3. Morehead J R. Anatomy and embryology of the breast. Clin Obstet Gynecol 1982; 25: 353-357.
4. Nazário A C P. Desenvolvimento e Fisiologia Mamárias. In: Souza G A Atualização em Mastologia. São Paulo: Lemar: 1999. p 15-17.
5. Souza A Z, Salvatore C A Morfologia e Fisiologia. In: Souza A Z, Salvatore C A Mastologia Prática. São Paulo: Manole: 1979. p 1-32.

2. Benefícios do Aleitamento Materno

Sérgio Makabe - Corintio Mariani Neto

O leite humano é o alimento que reúne as características nutricionais ideais, com balanceamento adequado de nutrientes, desenvolve inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas importantes na diminuição da morbidade e mortalidade infantil. O aleitamento materno é uma estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para o recém-nascido. Constitui-se a forma mais econômica e eficaz de intervenção na redução da morbimortalidade infantil e permite um grande impacto na promoção da saúde integral do bebê.

É fortemente apoiado devido seus benefícios reconhecidos no que diz respeito à nutrição, função gastrointestinal, defesa do hospedeiro, e bem-estar psicológico. Além desses benefícios diretos de curto prazo, a amamentação está associada com benefícios a longo prazo para o bebê e a mãe.

Os principais benefícios do aleitamento materno para a mulher são:

Imediatos – Aceleração da recuperação do parto por ação da ocitocina na involução uterina. A redução da resposta ao estresse materno. Tem sido sugerido que os peptídeos neuroendócrinos, ocitocina e prolactina, são componentes importantes do eixo de estresse e possuem uma ação positiva sobre os comportamentos sociais, incluindo a ligação materno-infantil. Menores taxas de negligência materna têm sido observadas em crianças em aleitamento materno, comparando com aquelas que são alimentadas com leite artificial. A perda de peso após a gravidez pode ser reforçada por amamentação. Efeito contraceptivo liberando prolactina levando a anovulação e, portanto, maior intervalo interpartal. Embora a amamentação prolongue a anovulação, não deve ser considerada um meio inteiramente confiáveis de contracepção.

Benefícios maternos a longo prazo

Câncer – Foi mostrado que a amamentação pode reduzir o risco tanto do câncer de mama, endométrio e de ovário.

Osteoporose – Não está claro se a amamentação diminui o risco de osteoporose. No entanto, trabalhos recentes têm mostrado a ação positiva da amamentação no aumento da densidade mineral óssea (DMO). Não está claro ainda se a lactação, reduz o risco de osteoporose e desta forma mais estudos são necessários.

Doença cardiovascular – A amamentação parece diminuir o risco de doença cardiovascular (DCV), como demonstrado em vários estudos.

Benefícios para a criança

Os benefícios diretos do leite humano incluem melhor função gastrointestinal, estímulo do sistema imunológico levando à prevenção de doenças agudas como otite média aguda. Proporciona ao recém-nascido crescimento e desenvolvimento saudáveis. Estimula as funções de mastigação, deglutição, respiração, articulação dos sons da fala e o desenvolvimento motor-oral do recém-nascido.

As crianças amamentadas ao peito apresentam menores índices de alergias em geral, asma brônquica, aterosclerose e doenças cardiovasculares, colite ulcerativa, dermatite atópica, desnutrição, diabetes mellitus e doenças gastrointestinais.

Observamos que estas crianças apresentam também melhores índices de acuidade visual, desenvolvimento cognitivo, neuromotor, social e quociente intelectual.

Benefícios para a Família, Instituição e Sociedade

Economia com a alimentação do recém-nascido em consultas médicas, medicamentos, exames laboratoriais e hospitalização da criança.

Leva à redução dos gastos institucionais com aquisição de fórmulas, frascos, bicos artificiais e medicamentos (ocitocina). Otimização da equipe de profissionais de saúde com a promoção do alojamento conjunto e eliminação do berçário de recém-nascidos normais e também a redução da poluição ambiental com menos lixo inorgânico resultante do consumo de bicos artificiais e mamadeiras e menos poluentes do ar decorrentes do transporte de sucedâneos do leite materno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ajetunmobi OM, Whyte B, Chalmers J, et al. Breastfeeding is Associated with Reduced Childhood Hospitalization: Evidence from a Scottish Birth Cohort (1997-2009). *J Pediatr* 2015; 166:620.
2. Almeida H. Impacto do método canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. *J Pediatría*. 2010;86(3):250-3.
3. Caplan MS, Jilling T. The role of polyunsaturated fatty acid supplementation in intestinal inflammation and neonatal necrotizing enterocolitis. *Lipids* 2001; 36:1053.
4. Leon-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Food and Nutrition Program, Pan American Health Organization, Washington, DC, 2002, p.1.
5. Monteiro JCS, Gomes FA, Stefanello J. Leite produzido e saciedade da criança na percepção da nutriz durante o aleitamento materno exclusivo. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(2) 359-67.
6. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, et al. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *Am J Clin Nutr* 2006; 84:1043.

7. Ramos, Lilia Cadoso de; Neri, Kamilla Cardoso L. Paula; Martins, Cleusa Alves; "Aleitamento Materno Exclusivo - Avaliação da Assistência de Enfermagem em Hospital Escola", p. 199 . In: Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde [= Blucher Medical Proceedings, vol.1, num.2]. São Paulo: Blucher, 2014.
8. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987; 2:319-22.

3. O Papel do Obstetra no Incentivo ao Aleitamento Materno

Newton Tomio Myiashita - Corintio Mariani Neto

Ao contrário do que ocorre com todos os demais mamíferos, a mulher não amamenta como um ato instintivo, por isso ela deve aprender como realizar o aleitamento e compete ao obstetra, que é o primeiro profissional de saúde a lidar com a gestante, participar ativamente deste ensinamento.

O obstetra tem várias oportunidades de atuação desde a primeira consulta pré-natal até o final do puerpério, de modo que a sua conduta e o seu empenho podem se constituir em poderosas armas a favor do aleitamento materno.

Como importante e imprescindível membro da equipe multiprofissional de saúde que assiste e orienta mulheres gestantes, puérperas e lactantes, deverá o médico obstetra se posicionar contra as rotinas institucionais adversas ao sucesso da amamentação, cobrando, orientando e implantando protocolos e rotinas dentro das suas competências, que venham facilitar e automatizar o aleitamento materno desde os primeiros momentos, imediatos ao parto e nascimento dos bebês.

No pré-natal

- Sempre se preocupar com as mamas, incluindo-a na sua anamnese e exame físico mensal das consultas pré-natais, explicando as mudanças mamárias e mamilares que ocorrem durante a gestação, sua função, a importância da saúde das mamas e do aleitamento materno para as mães e para os seus filhos (as);
- Demonstrar a saída do colostro e explicar sua finalidade;
- Informar as gestantes das eventuais dificuldades no aleitamento materno e as maneiras de superá-las, como nos casos de variações anatômicas dos mamilos e mamoplastias;
- Alertar para os procedimentos, orientações ou atitudes contrárias à amamentação;
- Conscientizar os familiares sobre a necessidade de apoiar a mulher que amamenta.

No Trabalho de Parto

- Fortalecer o protagonismo materno e destacar a sua competência e responsabilidade nos cuidados com a chegada do bebê;
- Incentivar a presença e orientar a função do acompanhante ativo nos momentos pré-parto, destacando a importância da família no sucesso do aleitamento e cuidados como futuro bebê, influenciando sobremaneira na saúde e no futuro desta criança e da nova família que se formará;
- Utilizar todos os recursos não medicamentosos disponíveis para alívio da dor, como

a presença constante do acompanhante ativo dando suporte emocional, fazendo massagem, incentivando a parturiente a evoluir fora do leito, caminhando e ajudando nos exercícios e movimentos corporais na bola de fisioterapia, na barra de exercícios ou na banqueta de balanço, por exemplo. Outras formas de minimização da dor do trabalho de parto sem medicações são orientações e esclarecimentos da equipe à parturiente e seu acompanhante sobre cada momento do trabalho de parto promovendo a sensação de segurança e coragem da parturiente, indicar o uso dos banhos mornos de imersão ou mesmo de aspersão lombares, diminuindo assim o uso precoce e muitas vezes desnecessário de substâncias que possam entorpecer e prejudicar a emoção e a percepção do primeiro contato pele a pele da mãe e do filho e também diminuir a possibilidade de aleitamento na primeira hora de vida extra uterina.

No Parto Vaginal e Nascimento

- Promover a integração da equipe para que todos ajudem mãe e filho a iniciar a amamentação o mais precocemente possível. Do ponto de vista obstétrico, este início precoce do aleitamento traz as seguintes vantagens para a mãe: maior produção e liberação de ocitocina; maior vínculo com seu filho e maior chance de aleitar por tempo prolongado;
- Evitar o uso de anestesia geral ou de entorpecentes que prejudiquem a emoção do primeiro encontro mãe-filho;
- Colocar o recém-nascido vigoroso com boa vitalidade sobre o ventre da mãe e assim mantê-lo pelo maior tempo possível. Estimular o contato físico e visual entre a mãe e o RN;
- Estimular a primeira mamada ainda na sala de partos. A sucção mamária promove liberação de ocitocina endógena que acelera a dequitação e o miotamponamento sanguíneo;
- Episiotomia somente quando indicada, e proceder de tal modo que a mãe possa sentar e caminhar com menos dor possível;
- Estimular a presença do pai na sala de parto e orientá-lo a participar ativamente do momento da colocação do bebê pele a pele no abdome materno e da primeira mamada;
- Lembrar a equipe que os procedimentos rotineiros com o RN sadio e vigoroso como identificação, medição, pesagem e profilaxia da oftalmia gonocócica podem ser postergadas.

Na Cesárea

- Optar por anestesia de bloqueio raquidiano ou peridural, ficando a anestesia geral restrita a situações excepcionais para permitir à mãe vivenciar o nascimento do bebê e da nova família junto com o seu acompanhante de escolha, através do contato físico e visual contínuo ao receber precocemente o bebê em contato pele a pele e assim amamentá-lo na primeira hora do nascimento;

- Prescrever soro de hidratação no menor tempo possível e, se necessário manter um scalp salinizado para eventuais medicações intravenosas;
- Aliviar a dor com analgésicos não entorpecentes para que a mãe seja capaz de cuidar do recém-nascido e amamentá-lo;
- Usar ocitocina preferencialmente aos ergóticos, quando necessário.

No Puerpério

- Estimular as mães a permanecerem junto de seus filhos 24 horas por dia em alojamento conjunto desde o pós-parto imediato, inclusive durante a recuperação pós-anestésica;
- Orientar as mães para os cuidados com as mamas e os mamilos;
- Observar e corrigir posicionamento e/ou pega inadequados;
- Tratar as intercorrências mamárias e mamilares sem interromper a lactação;
- Estimular as mães a amamentar seus bebês sob livre demanda, sem horário estabelecido. Caso seus bebês não possam sugar, ensinar a ordenha e como armazenar o leite, mantendo a lactação;
- Orientar e apoiar as mães trabalhadoras no que se refere às leis que protegem a amamentação;
- Apoiar e divulgar a “Norma para Comercialização de Alimentos para Lactentes NBCAL”, desestimulando o uso de mamadeiras e chupetas em serviços hospitalares e impedindo a livre propaganda de “substitutos” do leite materno, bem como sua distribuição gratuita ou a baixo custo em maternidades;
- Acompanhar ou referenciar o binômio mãe-filho, para acompanhamento ambulatorial, desde a 1ª semana, para evitar desmame precoce;
- Aproveitar todas as consultas médicas por quaisquer motivos para avaliar a prática da amamentação;
- Prescrever método anticoncepcional que não interfira com a lactação.

LEITURAS SUPLEMENTARES

- Almeida, JAG. Amamentação: repensando o paradigma. Rio de Janeiro, 1998. Editora FIOCRUZ.
- Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. J Pediatr. (Rio J). 2000; 76 (Supl.3):S238-S252.

- Mariani Neto C. Aleitamento Materno: o papel do obstetra no incentivo à prática. *Jornal da Febrasgo*. Ano 18. Ed. 132. Março 2012. Disponível em:
- http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/07/jornalfebrasgo_132.pdf
- Acesso em 01/7/2014.
- Monteiro JCS, Gomes FA, Nakano AMS. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. *Acta Paul Enferm* 2006;19(4):427-32.
- Santos Netto A, Garotti JER, Melhado A, Godoy GF, Barboza VR, Rodrigues LP. A importância do obstetra no incentivo e orientação do aleitamento materno. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2008; 53(1): 19-23.
- Toma TS & Monteiro CA. Aleitamento materno nas maternidades. *Rev Saúde Pública* 2001;35(5):409-14
- Vitiello N. O papel do obstetra no incentivo ao aleitamento materno. *Femina*. 1986;14:346-53.

4. Desafio do Aleitamento Materno entre Adolescentes

Corintio Mariani Neto

A despeito da redução em 32% da taxa de gravidezes em adolescentes observada nos últimos anos no Estado de São Paulo, o mesmo fenômeno não tem sido observado em estatísticas que englobam o Brasil como um todo.

É sabido que o recém-nascido de uma mãe adolescente tem chance aumentada de ser prematuro ou de baixo peso, motivos suficientes para aumentar sua morbiletalidade neonatal e pós-neonatal.

Por outro lado, o aleitamento materno (AM) reduz a morbidade e a mortalidade infantis pela proteção que oferece à criança contra uma série de enfermidades potencialmente letais, como as doenças respiratórias, a desnutrição e as diarreias.

Estudos mostram prevalência menor de aleitamento exclusivo entre adolescentes, quando comparadas com mães adultas.

A literatura aponta a adolescência entre os fatores de risco para o desmame precoce. Autores relatam risco relativo entre 1,38 e 1,48 para a cessação do aleitamento exclusivo antes dos seis meses de vida, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde.

Vários são os motivos descritos para essa menor disposição da mãe adolescente em amamentar, a iniciar pela própria pouca experiência e pelo conhecimento reduzido a respeito da amamentação. Além disso, o medo da dor, da dificuldade com o ato de amamentar e do embaraço diante de uma possível exposição pública também pode se constituir em barreira a influenciar negativamente a decisão da adolescente sobre o AM. Há, ainda, referência à própria vida conjugal, atividade fora do lar e dificuldade para amamentar nos primeiros dias, como fatores associados ao desmame em adolescentes.

Estudo clássico norte-americano mostra que pouco mais da metade das puérperas adolescentes optou espontaneamente pelo AM. Esta decisão independeu do tipo de parto, índice de Apgar, peso ao nascer, idade gestacional ou sexo do bebê. Os autores observaram, ainda, que 83% das adolescentes haviam tomado a decisão sobre amamentação antes do terceiro trimestre da gestação, o que mostra a importância fundamental da educação pré-natal precoce. Além disso, praticamente um terço delas já havia se decidido antes da gravidez, sugerindo que os programas de educação em aleitamento materno deveriam começar antes mesmo do pré-natal, idealmente, durante o ensino fundamental.

Experiência no Reino Unido mostrou o impacto positivo de uma clínica de assistência pré-natal dedicada exclusivamente a gestantes adolescentes sobre os resultados obstétricos e neonatais. A avaliação feita doze meses após o início das atividades mostrou melhora em uma série de parâmetros, como aumento na taxa de partos vaginais, aumento da média de peso ao nascer, redução das admissões em unidade neonatal de cuidados especiais, aumento da prática de contracepção e prolongamento do tempo de aleitamento materno.

Frente ao exposto, é mister que o profissional de saúde esteja atento a todas as oportunidades que lhe são oferecidas, seja como educador ou cuidador, para contribuir positivamente no sentido de aumentar a prática da amamentação entre as adolescentes, especialmente aquelas que se encontram grávidas pela primeira vez. Neste aspecto, é fundamental manter um diálogo não inquisidor, mas encorajador, desde o início do pré-natal, transmitindo confiança e procurando detectar os conceitos da jovem sobre a amamentação, quais os seus medos e eventuais tabus sobre o assunto e, principalmente, se ela já se decidiu a respeito.

A existência de grupos de discussão pré ou pós-consulta facilita um esclarecimento mais detalhado. No ambulatório de pré-natal do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, todas as grávidas adolescentes são convidadas a participar desses grupos. Os temas discutidos incluem vantagens do AM, consequências do desmame precoce, fisiologia da lactação, extração manual e conservação do leite humano, cuidados com as mamas, alimentação da gestante e da nutriz, amamentação em sala de parto, importância do alojamento conjunto, uso de drogas e contracepção durante o AM, técnicas de amamentação, dificuldades mais frequentes e legislação a respeito.

A educação pré-natal é particularmente importante para as adolescentes que vivem em locais onde é fácil adquirir mamadeiras e fórmulas infantis, bem como, em locais onde a alta hospitalar pós-parto seja muito precoce.

De qualquer modo, o profissional de saúde deve estar preparado para desestimular a grávida adolescente de qualquer prática que já se demonstrou ser totalmente inútil durante a gestação, como massagens nas mamas, exercícios para as papilas, expressão do colostro e aplicação de pomadas ou cremes nas papilas.

O sucesso do aleitamento materno também dependerá de procedimentos que ajudem a adolescente por ocasião do parto, como presença de acompanhante de sua escolha, parcimônia com analgésicos e sedativos que possam interferir no comportamento do recém-nascido e, especialmente, o estímulo ao parto normal.

Certas rotinas hospitalares devem ser postergadas ou mesmo banidas, para que o processo de amamentação se estabeleça o mais precocemente possível, em benefício da mãe adolescente e seu bebê. Entre elas, podemos citar a prática de "reanimação" em recém-nascidos saudáveis, a instilação oftálmica de nitrato de prata, a identificação plantar e a própria separação rotineira de bebês saudáveis, encaminhados para "observação" em berçários de crianças absolutamente normais.

Neste aspecto, importa lembrar que a realização de cesárea eletiva não impede o contato precoce e prolongado pele a pele e olho a olho entre a mãe e o bebê em boas condições, já na sala cirúrgica. Também é indefensável a separação do binômio, com a justificativa de encaminhar a puérpera saudável e desperta para a sala de "recuperação pós-anestésica".

Mais que a adulta, a mãe adolescente necessita de bastante atenção e apoio para amamentar com sucesso nos primeiros dias após o parto. Por isso, o incentivo ao sistema de alojamento conjunto, a assistência profissional quanto ao posicionamento

correto do bebê para uma sucção adequada, a amamentação por livre demanda quanto ao horário e à duração das mamadas são fatores fundamentais para o estabelecimento do aleitamento materno exclusivo.

Após a alta hospitalar, é muito interessante o envolvimento de familiares, como a própria mãe ou outra parenta próxima, para transmitir a confiança necessária à jovem nutriz, além da ajuda, sempre que possível, do seu marido. O importante é que ela acredite que é capaz de amamentar, que a sua criança não necessita de nada além do seu leite e que suas mamas, seja do tamanho que forem, produzirão leite adequado e em quantidade suficiente. Além disso, o encaminhamento da mãe adolescente a grupos de apoio é essencial na prevenção das principais causas de desmame, como a "insuficiência de leite", os traumatismos papilares, o ingurgitamento mamário e a possível mastite puerperal.

Todas as evidências científicas apontam que a forma mais eficaz de ajudar as puérperas adolescentes a estabelecer e manter o aleitamento materno é o suporte pessoal contínuo por uma pessoa com conhecimentos adequados sobre a amamentação.

Em suma, cada qual tem sua parcela de responsabilidade diante do desafio de aumentar os índices de amamentação entre as adolescentes, seja profissional de saúde, gestor, autoridade governamental, político, ou mesmo, simples cidadão ou cidadã.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Governo do Estado de São Paulo. SP reduz gravidez na adolescência em 32%. http://portal.saude.sp.gov.br/folder/geral_noticias.mmp.
2. IDB 2011 - BRASIL. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). <http://w3.datasus.gov.br>.
3. Correa MBRN, Coates V. Gravidez. In: Coates V, Françoso LA, Beznos GW - Medicina do Adolescente. São Paulo: Sarvier, 1993. p.259-62.
4. Wambach KA, Cole C. Breastfeeding and Adolescents. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2000; 29(3): 282-94.
5. Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. Public Health Nutrition 2006; 9(1): 40-6.
6. Santo LC, Oliveira LD, Giugliani ER. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. Birth 2007; 34(3): 212-9.
7. Frota DAL, Marcopito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. Rev Saúde Pública 2004; 38(1): 85-92.
8. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Factors associated with duration of breastfeeding. J Pediatr (Rio J) 2007; 83(3): 241-6.

9. Hannon PR, Willis SK, Bishop-Townsend V, Martinez IM, Scrimshaw SC. African-American and Latina adolescent mothers' infant feeding decisions and breastfeeding practices: a qualitative study. *J Adolescent Health* 2000; 26(6): 399-407.
10. Neifert M, Gray J, Gary N, Camp B. Factors influencing breast-feeding among adolescents. *J Adolesc Health Care* 1988; 9(6): 470-3.
11. WHO, Wellstart International. Promoting breast-feeding in health facilities: A short course for administrators and policy-makers. Doc. WHO/NUT/96.3 1996. p:4-6.
12. Das S, Dhulkotia JS, Brook J, Amu O. The impact of a dedicated antenatal clinic on the obstetric and neonatal outcomes in adolescent pregnant women. *J Obstet Gynaecol* 2007; 27(5): 464-6.
13. Vitiello N. O papel do obstetra no incentivo ao aleitamento materno. *Femina* 1986; abril: 346-53.
14. FEBRASGO. Aleitamento materno: manual de orientação, ed: Mariani Neto C. São Paulo: Ponto, 2006. 162p.
15. Enkin MW, Keirse MJNC, Neilson JP, Crowther CA, Duley L, Hodnett ED, Hofmeyr GJ. Amamentação. In: Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto, 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.234-42.
16. King, FS. Como ajudar as mães a amamentar. Tradução de Thomson Z e Gordon ON. 4ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 189p.

5. O Papel da Instituição no Incentivo ao Aleitamento Materno

Rosemeire Sartori de Albuquerque - Corintio Mariani Neto

O aleitamento materno é sinônimo de sobrevivência para o recém-nascido, portanto um direito inato(1). É uma das maneiras mais eficientes de atender os aspectos nutricionais, imunológicos e psicológicos da criança em seu primeiro ano de vida.(2)

É uma prática natural e eficaz. Um ato cujo sucesso depende de fatores históricos, sociais, culturais e psicológicos da puérpera; do compromisso e conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde envolvidos na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno e, sobretudo, no compromisso dos dirigentes institucionais com a promoção do aleitamento materno.

Apesar da tendência ascendente da prática da amamentação no país, está longe do cumprimento da recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), de amamentação exclusiva até o sexto mês de vida e a continuidade do aleitamento materno até o segundo ano de vida ou mais(3)

No Brasil, verifica-se que, embora a maioria das mulheres inicie o aleitamento materno, mais da metade das crianças já não se encontra em amamentação exclusiva no primeiro mês de vida (4) .

Sabe-se que o desmame precoce deve ser interpretado como resultado da interação complexa de diversos fatores socioculturais, como o processo de industrialização, que teve início no final do século XIX; as mudanças estruturais da sociedade que aconteceram em virtude da industrialização; a inserção da mulher no mercado de trabalho; o surgimento e a propaganda de leites industrializados; a adoção, nas maternidades, de rotinas pouco facilitadoras do aleitamento materno e a adesão dos profissionais de saúde à prescrição da alimentação artificial.(5)

A partir da década de 1980, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) direcionaram esforços para a instituição de uma política de incentivo à amamentação, com vistas a cuidados fortalecedores da iniciativa internacional para o nascimento mãe-bebê destacando-se as dez medidas para otimização de maternidade mãe-bebê:

1. Tratar cada mulher com respeito e dignidade.
2. Possuir e por em prática, como norma, conhecimentos e técnicas de assistência ao parto que otimizem a fisiologia normal do parto e da amamentação.
3. Informar a mãe dos benefícios de um apoio contínuo durante o trabalho de parto e o parto e defender o seu direito a receber esse apoio por parte dos acompanhantes da sua livre escolha.
4. Proporcionar métodos não farmacológicos de conforto e alívio da dor, explicando os seus benefícios para a facilitação de um parto normal.

5. Providenciar práticas baseadas nas evidências científicas comprovadamente benéficas.
6. Evitar o uso de procedimentos e práticas potencialmente prejudiciais.
7. Implementar medidas que venham a proporcionar bem-estar e evitar doenças e emergências.
8. Providenciar o acesso a tratamentos de emergência de qualidade, baseados na evidência científica.
9. Providenciar um cuidado continuado em colaboração com todos os profissionais, as instituições e as organizações relevantes.
10. Pretender aplicar os dez passos para se tornar um Hospital Amigo da Criança.

Posteriormente, houve o lançamento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) que propõe rotinas hospitalares facilitadoras do aleitamento materno compostas também de 10 passos (vide capítulo “INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA”). Para sua implantação, é imprescindível o envolvimento do serviço para além do conhecimento da mulher e família sobre os benefícios a curto, médio e longo prazo para o bebê(7) .

Desse modo, os serviços de maternidades são vertente essencial dos cuidados de saúde e devem dispor de recursos humanos e materiais necessários para promoção e implementação de políticas de saúde relacionadas à amamentação.

Dentre os 10 passos para incentivo ao aleitamento materno, ajudar as mães a iniciar o processo de amamentação na primeira meia hora após o nascimento é o quarto passo.

Esforços devem ser realizados para proporcionar e efetivar o quarto passo, porém há preocupação por parte da equipe tanto de enfermagem como médica quanto à perda de calor, uma vez que deixar o recém-nascido com sua mãe em contato pele a pele é a melhor indicação para efetivação da amamentação na primeira meia hora de vida.

Historicamente, o nascimento é reconhecido como processo natural, fisiológico, feminino, inerente ao desenvolvimento humano. Nas últimas décadas do século passado foi associado à condição patológica principalmente relacionada aos indicadores de mortalidade materna e perinatal enfocados por estudos epidemiológicos.

Estratégias, na época, foram planejadas e desenvolvidas para evitar as mortes maternas e perinatais. Dentre elas, criaram-se berçários com características “estéreis”, favorecendo a dissociação da relação mãe-filho, uma vez que se separava o binômio ao colocar o recém-nascido longe de sua mãe. Esta maneira de cuidar perdeu por muitos anos e, ainda hoje, em 2015, algumas maternidades utilizam a rotina de separação total ou parcial, onde o recém-nascido, ao menos em determinado período de tempo, fica afastado da mãe por motivos pré-estabelecidos.

Nos dias atuais, evidências mostram que a separação de mãe e filho deve ser evitada e que a aproximação traz efeitos benéficos tanto do ponto de vista biológico, com a manutenção de temperatura do RN, como também da amamentação e do vínculo mãe-filho,(8,9) modificando o modo de cuidar do binômio, repercutindo na necessidade de construção de conhecimentos acerca da assistência de enfermagem.

O cuidado oferecido durante o processo de parturição também traz repercussões importantes e impactam na transição de feto a recém-nascido, incluindo a medicação usada durante o parto, protocolos de aspiração, estratégias para prevenir a perda de calor, clampeamento do cordão umbilical, e o uso do oxigênio 100% para a reanimação.(10)

Com relação à prevenção da perda de calor, além da atenção com a temperatura da sala de parto, duas estratégias são utilizadas que envolvem o cuidado com vistas à manutenção da temperatura corporal do bebê. Uma delas, utilizada há anos nas maternidades, é a colocação do RN em berço aquecido por calor radiante (BCR) e a outra, mais recente, é a acomodação do bebê sobre o abdome da mãe, deixando-o em contato com a pele dela, conhecido como “contato pele a pele” (CPP).

Vale destacar que a temperatura corporal é o balanço entre os mecanismos de produção e de eliminação do calor e que nos recém-nascidos pode ocorrer desequilíbrio desses mecanismos com aumento das perdas e eliminação da produção.

O aumento da perda relaciona-se à maior área de superfície corporal, epiderme não queratinizada, mais água extracelular, maior quantidade de tecido subcutâneo, menor capacidade de vasoconstrição cutânea e baixa temperatura ambiental. Já a diminuição da produção está relacionada ao menor estoque de gordura marrom, menor resposta termogênica por hipóxia, restrição do crescimento intrauterino, menor mobilização de noradrenalina e ácidos graxos livres e consumo de O₂ limitado por problemas pulmonares.(11)

A capacidade do recém-nascido em manter a temperatura corporal com relação à temperatura ambiente denominada homeotermia, é variável e limitada. O estresse do frio ocorre quando a perda de calor excede a capacidade de produção.(12-13)

A hipotermia leva à diminuição da produção de surfactante, aumento do consumo de oxigênio e causa depleção das reservas calóricas, contribuindo para o desenvolvimento ou agravamento de insuficiência respiratória. Na condição grave, pode ocorrer hipotensão, bradicardia, respiração irregular, diminuição de atividade, sucção débil, diminuição de reflexos, náuseas e vômitos, acidose metabólica, hipoglicemia, azotemia, oligúria e, algumas vezes sangramento generalizado, hemorragia pulmonar e óbito.(14)

Sem dúvida, a hipotermia no RN é motivo de grande preocupação para todos que o assistem. Além de ocorrer com frequência significativa, é fator de risco para pior prognóstico, aumento da morbidade e mortalidade neonatais o que fortalece a necessidade de estratégias que previnam a perda de calor. São componentes essenciais do cuidado prestado ao RN dentro de um conjunto de intervenções básicas recomendadas universalmente para todos os neonatos.(15)

O atendimento na primeira hora de vida é decisivo no processo adaptativo do

RN e a equipe tem que lidar com complexas decisões baseadas em múltiplos sistemas envolvidos e que requerem atenção, conhecimento e agilidade.(15) A meta da equipe assistencial deve ser manter a temperatura axilar do bebê em aproximadamente 36,5°C na primeira verificação após o parto.

Se for desenvolvido cuidado adequado ao RN na sua primeira hora de vida por meio da articulação da equipe assistencial e o conhecimento termal do local, as estratégias de prevenção de hipotermia podem diminuir as taxas de morbidade e mortalidade neonatal, garantindo que o processo adaptativo seja o menos traumático possível ao neonato.(16-17)

O cuidado do RN no berço aquecido sob calor radiante (BCR) é geralmente utilizado para recepção do RN na unidade onde ocorre o nascimento e também para realização de procedimentos como reanimação neonatal e outros quando em condições instáveis. O equipamento emite energia infravermelha, facilmente absorvida pela pele e transformada em calor. A temperatura é mantida pelo calor radiante, que provoca aumento da perda transepidermica de água, o que deve ser previsto no balanço hídrico do RN,(18-20) mas há necessariamente a separação do bebê de sua mãe na primeira hora de vida.

Já a colocação do recém-nascido sobre o abdome de sua mãe em CPP logo após o nascimento é uma prática benéfica atual, que favorece a amamentação e o vínculo mãe-filho, promove liberação de ocitocina materna, o que produz aumento na temperatura da pele da mãe, funcionando como fonte de calor para o RN.(8,12,16,17)

A técnica de colocação do RN junto de sua mãe com o CPP tem demonstrado ser procedimento seguro e apropriado para regulação da temperatura corporal do recém-nascido sadio, além de apresentar benefícios de curto e longo prazo para mães e crianças, principalmente relacionados ao aleitamento materno exclusivo.(8-9)

Em estudo recente na Índia foi analisada uma coorte com bebês submetidos ao contato pele a pele com sua mãe e com os afastados da mesma ao serem envolvidos em tecido e colocados em berço aquecido. Os resultados do estudo evidenciaram que o CPP é seguro para manter a temperatura do RN, além de colaborar com a diminuição da morbidade, com a eficácia na amamentação e com menor perda de peso. (20)

No Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB), em São Paulo, foi implantada a rotina de colocação de recém-nascidos em CPP há algum tempo. Para aperfeiçoá-lo, foi criado um dispositivo denominado “top maternal”, constituído de malha de algodão em forma circular com 90 cm de largura e 90 cm de altura (Figura 1).

O objetivo é facilitar a permanência do bebê imediatamente ao nascer em CPP, com benefícios da manutenção da temperatura do neonato, segurança, vínculo materno e amamentação precoce.



O “top maternal” também foi concebido para uso durante o trabalho de parto, a fim de minimizar o constrangimento das parturientes pelas mamas frequentemente expostas nesse período. Após alguns testes, adotou-se o dispositivo desenvolvido por Albuquerque et al (2011)(21) e confeccionado pelas voluntárias do hospital (VOMAT).

Trata-se de um top de algodão ajustável para permitir a permanência do bebê em contato direto pele a pele da sua mãe, oportunizando ao binômio todo o benefício verificado nas evidências científicas até o momento.

Em 2011, foi desenvolvida uma pesquisa com 100 mulheres atendidas no serviço sobre a percepção das mesmas quanto à utilização da faixa de tecido no pré-parto, parto e pós-parto. Todas (100%) foram favoráveis ao seu uso no pré-parto e parto. O que prevaleceu em suas respostas foi o fato de sentirem maior conforto e consequentemente aumento da sensação de segurança para execução das técnicas de estímulo ao trabalho de parto sem se preocupar com o seu corpo exposto. A quase totalidade delas referiu que o uso do top no pós-parto foi de suma importância para acomodar seu bebê imediatamente ao nascimento, trouxe a segurança de que seu filho não foi trocado por outro na sala de parto e, ainda, facilitou para que pudesse descansar com a garantia de que seu filho não seria retirado dela.(21)

Em 2013 foi realizado outro estudo com vistas a conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre a utilização do top. Os resultados mostraram que os obstetras, na sua maioria, são favoráveis à utilização do dispositivo; já os neonatologistas precisam ser mais sensibilizados porque sentem ainda necessidade de examinar o recém-nascido sob o calor radiante (CR). Todas as enfermeiras e auxiliares de enfermagem mostraram-se favoráveis, uma vez que a colocação do recém-nascido sob o top ajudou sobremaneira a desenvolver naturalmente a amamentação na primeira hora, bem como, trouxe segurança para a equipe, ao manter o bebê sem risco de queda sob a vestimenta junto à sua mãe.(22)

Mais recentemente, Albuquerque et al (2015)(23) realizaram estudo observacional relacionando os dois procedimentos (top maternal e CR) com a temperatura do RN logo após o nascimento. Ambos mostraram eficiência, mostrando resultados discretamente melhores com o uso do top maternal.

Diante das considerações, fica evidente que para que seja favorecida a amamentação na primeira hora de vida, gestores, servidores, prestadores de cuidados precisam especialmente acreditar, querer, convencer e fazer acontecer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ICHISATO, SMT.; SHIMA, AKK. Aleitamento Materno e as Crenças Alimentares. Revista Latino-Americana de Enfermagem. v. 9, n. 5, p. 70-6, 2001.
2. ICHISATO, SMT.; SHIMA, AKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. Revista Latino-Americana de Enfermagem. v. 10, n.4, p.578-85, 2002.
3. Ministério da Saúde. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília; 2001. [Relatório de pesquisa].
4. Goldemberg P. Repensando a desnutrição como questão social. 2ª ed. Campinas: Ed Unicamp; 1989.
5. Palmer G. The politics of breastfeeding. 4ª ed. London: Pandor press; 1993.
6. World Health Organization. WHA54.2. Geneva; 2001.
7. OMS. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra; 1989.
8. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD003519.
9. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software.
10. Mercer JS, Owens DAE, Graves B, Haley MM. Práticas baseadas em evidências para transição do feto a recém-nascido. Ver. Tempus Acta Saúde Col. 2010. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/845/808>.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para profissionais de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
12. Anderson P; Doyele LW; Vicrian Infant Collaborative Study Group. Neurobehavioral outcomes of school-age children born extremely low birth weight or very preterm in the 1990s. JAMA. 2003;289:3264-3272.
13. Singer L. et al. Maternal psychological distress and parenting stress after birth of a very low birth weight infant. JAMA;1999;281:799-805.
14. Annibale DJ; Bissinger RL. The golden hour. Advances in neonatal care. V.10, n5,p.221-23, 2010.
15. Organização Mundial da Saúde. Essential newborn care. Genebra: World Health Organization; 1997.

16. Bessinger RL; Annibale DJ. Thermoregulation in very low birth weight infants during the golden hour. *Advances in neonatal care.* 2010;10(5):230-38.
17. Whyte RK. Neonatal management and safe discharge of late and moderate preterm infants. *Seminars in fetal and neonatal medicine.* 2012.
18. Almeida MF et al. Perinatal factors associated with early deaths of preterm infants born in Brazilian Network on Neonatal Research centers. *J. Pediatr.*2008; 84:300-307.
19. Oliveira MG; Silveira RC; Procianoy RS. Growth of very low birth weight infants at 12 months corrected age in southern Brazil. *J. Trop. Pediatr.*2007;54(1):36-42.
20. Srivastava S, GuptaA, Bhatnagar A, Dutta S. Effect of Very Early Skin to Skin Contact on Success at Breastfeeding and Preventing Early Hypothermia in Neonates. *Indian Journal of Public Health.* 2014;58(1):22-26.
21. Albuquerque RS, Neto CM, Massari DAS, Kuzuhara JSW e Mattar JG. Percepção de mulheres atendidas no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros e equipe de trabalho sobre o uso do TOP MATERNAL: um olhar para o conforto e para a amamentação. [Apresentação de pôster noVII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e II Congresso Internacional de Enfermagem Obstétrica e Neonatal 2011, Out 30 - Nov 1, Florianópolis, Santa Catarina]. (Relatora).
22. Silva AB, Dias VM, Albuquerque RS. Contato pele a pele: fatores facilitadores e dificultadores para sua efetivação. SIICUSP - Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo, 21, 2013, São Paulo. Programa de Resumos. São Paulo, 2013.
23. Albuquerque RS, Neto CM, Bersusa A, Dias, Vanessa, Silva, Maria Izabel. Temperatura dos Recém-Nascidos submetidos ao calor radiante e ao Dispositivo Top Maternal. *Revista Latino Americana de Enfermagem.* Manuscrito ID RLAE-2014-0305. No prelo 2015.

6. Aleitamento Materno Exclusivo

Sonia Isoyama Venancio

Neste capítulo objetiva-se: apresentar a definição de Aleitamento Materno Exclusivo e a recomendação atual sobre a sua duração ideal; discutir brevemente seu impacto sobre a saúde materno-infantil; descrever sua situação no Brasil e alguns determinantes, bem como as principais estratégias para a sua promoção.

Definição de aleitamento materno exclusivo

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), um lactente é amamentado de forma exclusiva quando recebe somente leite materno (de sua mãe ou ordenhado) e não recebe quaisquer outros líquidos ou alimentos sólidos à exceção de gotas de vitaminas, minerais ou outros medicamentos (WHO, 2008).

Duração ideal do aleitamento materno exclusivo

A duração ideal da amamentação exclusiva tem sido objeto de debate entre especialistas ao longo de vários anos. Desde 1979, a recomendação da OMS quanto à duração do aleitamento materno exclusivo era de "4-6 meses". Após uma ampla revisão sistemática sobre o tema (WHO, 2001), foi aprovada pela 54ª Assembleia Mundial de Saúde a recomendação da amamentação exclusiva por seis meses. A resolução conclama aos Estados Membros "o fortalecimento de atividades e o desenvolvimento de novos caminhos para a proteção, promoção e apoio à amamentação exclusiva por seis meses como uma recomendação global da saúde pública, levando em consideração os achados da consulta de experts da OMS sobre a duração ótima da amamentação, e o provimento de alimentação complementar segura e adequada, com a continuidade da amamentação por dois anos ou mais, enfatizando os canais de disseminação social desses conceitos a fim de levar as comunidades a aderir a essas práticas" (WHO, 2001).

Impacto do aleitamento materno exclusivo sobre a saúde materno-infantil

Na década de 80 começaram a ser publicados os primeiros estudos que mostravam as vantagens da amamentação exclusiva e desde então ficou evidente que a introdução de água, chá ou outros líquidos ou alimentos pode aumentar consideravelmente o risco de doenças, ter impacto negativo sobre o crescimento dos lactentes, reduzir a duração total da amamentação, podendo também reduzir a duração da amenorreia pós-parto (GIUGLIANI, 2001).

Podemos citar alguns estudos que forneceram as novas bases para as recomendações atuais. Em uma revisão de trinta e cinco estudos realizados em diferentes países, Feachem e Koblinsky (1984) mostraram que quando crianças não amamentadas são comparadas àquelas que recebem leite materno de forma exclusiva, a média de riscos relativos de morbidade por diarreia varia de 3,5 a 4,9 nos primeiros seis meses de vida, havendo evidências de aumento da severidade da diarreia entre as crianças que recebem alimentação artificial.

Popkin et al (1990) mostraram que a frequência de diarreia pode dobrar quando água e chás são oferecidos em adição ao leite materno para crianças com menos de seis meses de idade, comparadas a crianças em amamentação exclusiva.

Um estudo de caso-controle realizado no Brasil mostrou que, no primeiro ano de vida, crianças que não eram amamentadas tinham uma chance muito maior de morrer por diarreia (14 vezes maior) ou doença respiratória (3,6 vezes) quando comparadas com crianças exclusivamente amamentadas. O risco das crianças não amamentadas de morrer por diarreia era 22 vezes maior durante os primeiros dois meses de vida (VICTORA et al, 1987).

Resultados de um estudo realizado no Brasil mostraram que a chance de hospitalização em decorrência de pneumonia foi 17 vezes maior em crianças não amamentadas durante o primeiro ano de vida e 61 vezes maior nos três primeiros meses, quando comparadas a crianças exclusivamente amamentadas (CÉSAR et al 1999).

Em Gâmbia, onde a mortalidade neonatal é de 39 por 1000 nascidos vivos, 57% dos óbitos neonatais são de causa infecciosa e 30% relacionados à prematuridade, sendo os alimentos pré-lácteos um importante fator de risco para esses óbitos (OR=3,4) (LEACH et al 1999).

Na Europa, um estudo multicêntrico prospectivo mostrou que a mortalidade devida à enterocolite necrotizante foi 10,6 vezes maior entre prematuros que recebiam somente leite artificial e 3,5 vezes maior entre os que estavam em aleitamento misto, quando comparados a recém-nascidos alimentados exclusivamente com leite materno (LUCAS e COLE 1990).

Existem evidências de que não há necessidade de oferecer suplemento hídrico para crianças amamentadas exclusivamente. Sachdev et al. (1991) mostraram que crianças exclusivamente amamentadas são capazes de manter a homeostase hídrica mesmo durante os meses de verão em um país tropical, sob condições que aumentam as perdas de água, como altas temperaturas e clima seco.

Somando-se às vantagens já apresentadas, a amamentação exclusiva reduz custos para as famílias e para o sistema de saúde. Hospitais economizam com mamadeiras, bicos e fórmulas infantis; menos medicamentos para favorecer a contratilidade uterina no pós-parto e para tratar infecções neonatais. Sanghvi (1996), após revisar os custos e benefícios da amamentação exclusiva em três hospitais no Brasil, Honduras e México, concluiu que a promoção dessa prática é altamente custo-efetiva para a prevenção de episódios de diarreia e para o ganho de “anos de vida ajustados por incapacidade”.

Por todos os benefícios apresentados, a promoção do aleitamento materno exclusivo é considerada uma das mais vantajosas intervenções na saúde (SANGHVI, 1996).

Situação do aleitamento materno exclusivo no Brasil e seus determinantes

As pesquisas nacionais realizadas nas três últimas décadas revelam que a situação do AM no Brasil vem melhorando gradativamente. No tocante à duração

mediana da amamentação, Venancio e Monteiro (1998) verificaram aumento entre 1974 e 1989, passando de 2,5 para 5,5 meses⁵. Dados das Pesquisas Nacionais sobre Demografia e Saúde confirmaram essa tendência, identificando aumento na mediana do AM de 7 meses em 1996 (BEMFAM, 1997), para 14 meses em 2006 (BRASIL, 2009).

A primeira pesquisa nacional que investigou a situação do aleitamento materno exclusivo no País foi realizada em 1986, na qual se evidenciou que apenas 3,6% das crianças entre 0-4 meses eram amamentadas de forma exclusiva (Monteiro, 1997). Dados da PNDS de 2006 mostraram avanços, com prevalência do AME de 38,6% em menores de seis meses (BRASIL, 2009).

Duas pesquisas conduzidas pelo Ministério da Saúde em todas as capitais brasileiras de Distrito Federal, em 1999 e 2008, também denotam avanços: Constatou-se aumento da prevalência de AME em menores de 4 meses no conjunto das capitais brasileiras e DF, de 35,5% para 51,2% (BRASIL, 2009).

Vários fatores podem influenciar a prática da amamentação exclusiva. Com base em estudo realizado em cento e onze municípios do Estado de São Paulo verificou-se que mulheres com baixa escolaridade, adolescentes e primíparas são as que têm menor chance de amamentar seus bebês exclusivamente até o sexto mês de vida. Além disso, algumas características das crianças, como o baixo peso ao nascer e o sexo masculino podem ser apontados como fatores que dificultam a amamentação exclusiva. O mesmo estudo mostrou que a implementação de quatro ou mais ações de incentivo à amamentação na rede pública municipal pode aumentar em até duas vezes a chance de amamentação exclusiva em crianças até o sexto mês de vida, o que reforça a importância da implementação de políticas municipais de aleitamento materno (VENANCIO, MONTEIRO, 2006).

Estratégias para a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo

Giugliani (2001) aponta alguns dos principais obstáculos à prática da amamentação exclusiva, que incluem: o desconhecimento, por parte da população em geral, dos profissionais de saúde e de gestores, sobre o real significado da amamentação exclusiva e sua importância; práticas inadequadas nos serviços de saúde, cabendo destacar o papel das maternidades, que muitas vezes dificultam o estabelecimento da amamentação exclusiva não promovendo contato pele a pele entre mãe e bebê após o nascimento, separando mães e bebês por longos períodos, oferecendo suplementos lácteos e impondo horários rígidos para as mamadas, além do uso de bicos artificiais; práticas culturais e crenças, a exemplo do uso de chás, em nosso meio; a falta de confiança das mães em prover adequada nutrição aos lactentes praticando o aleitamento materno exclusivo; o trabalho materno; a promoção comercial das fórmulas infantis e outras situações, como a da transmissão do HIV.

Embora poucos estudos tenham testado estratégias para aumentar a frequência do aleitamento materno exclusivo, seus resultados permitem fazer algumas inferências, entre elas: a prática da amamentação exclusiva pode ser ampliada com diferentes estratégias, sendo que a orientação/aconselhamento individual parece resultar no efeito mais consistente; o aconselhamento por pares parece ser a estratégia mais efetiva; o forte envolvimento da comunidade, incluindo os homens, parece ser muito

efetivo; visitas domiciliares produzem mais efeitos que clínicas de lactação; as estratégias mais eficientes são aquelas que iniciam nas primeiras semanas após o parto, o período mais crítico para o abandono da amamentação exclusiva; programas baseados somente em hospitais aumentam a prevalência de amamentação exclusiva, mas os efeitos podem não ser duradouros (GIUGLIANI, 2001).

Tendo em vista os obstáculos mencionados, estratégias como educação em larga escala, adequação das práticas assistenciais, disseminação de mensagens sobre amamentação exclusiva que levem em consideração as práticas culturais, apoio e orientação às mulheres lactantes, garantia dos direitos reprodutivos e a implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes são estratégias fundamentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p.195-212.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal. Brasília, 2001.
4. Cesar JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during posneonatal period in Brazil: nested case control-study. *Br Med J* 1999; 318:1316-20.
5. Feachem RG, Koblinsky MA. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breastfeeding. *Bull. WHO* 1984; 62(2):271-91.
6. Giugliani E.R.J. Technical consultation on infant and young child feeding. How can we increase exclusive breastfeeding; 2001 [mimeo].
7. Leach A, McArdle TF. Neonatal mortality in a rural area of the Gambia. *Ann Trop Pediatr* 1999;19:33-43.
8. Lucas A, Cole TJ. Breast milk and neonatal necrotizing enterocolitis. *Lancet* 1990; 336: 1519-23.
9. Monteiro CA. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. *Cadernos de Políticas Sociais, UNICEF, Série Documentos para Discussão, 1*. Brasília, 1997.
10. Sachdev HPS, Krishna J, Puri RK, Satyanarayana L, Kumar S. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. *Lancet* 1991; 337: 929-33.

11. Sanghvi TG. Melhora da eficácia em função dos custos da promoção do aleitamento materno em maternidades. Resumo do estudo USAID/LAC HNS na América Latina (1992-1995). UNICEF New York Nutrition Section; 1996.
12. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997. p.125-38.
13. Venancio SI, Monteiro CA. A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. Rev. Bras. Epidemiologia 1998; 1 (1):40-9.
14. Venancio SI; Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in São Paulo: a multilevel analysis. Public Health Nutrition, 2005 [no prelo].
15. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Lombardi C, Fuchs SMC, Gigante LP, Nobre LC, Teixeira AMB, Moreira LB, Barros FC. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. Lancet 1987; 2:317-22.
16. WHO. Expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding. Conclusions and recommendations. Document A54/INF.DOC./4, Geneva, 28-30 March 2001.
17. WHO. WHA54.2, Geneva, 2001.
18. WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA: WHO; 2008.

7. Técnicas em Aleitamento

Ariani Impieri de Souza, Gláucia Virgínia de Queiroz Lins

Guerra, Vilneide Maria Santos Braga Diégues Serva

Os apoios familiar, comunitário e profissional são a base do sucesso da amamentação.

Ouvir a mulher sobre seus anseios, dúvidas e experiências anteriores faz parte do processo de aprendizado da amamentação, apoiando-a e aumentando sua autoconfiança.

Assim, tanto a mulher como o obstetra e todos os profissionais de saúde (que servirão de facilitadores para o início e manutenção da amamentação) devem estar aptos a manejar as técnicas de amamentação, que têm como base o posicionamento, pega e sucção efetiva.

Posicionamento

A mãe pode estar sentada, deitada ou em pé. O bebê pode permanecer sentado, deitado ou até em posição invertida (entre o braço e o lado do corpo da mãe). O fundamental é que ambos estejam confortáveis e relaxados.

Existem quatro sinais indicativos da posição correta da criança:

- O corpo e a cabeça devem estar alinhados, de modo que a criança não necessite virar a cabeça para pegar a mama.
- O corpo do bebê deve estar encostado ao da mãe (abdome da criança em frente ao abdome da mãe).
- Seu queixo deve estar tocando o peito da mãe.
- A criança deve ser apoiada pelo braço da mãe, que envolve a cabeça, o pescoço e a parte superior do seu tronco. Em casos de crianças muito pequenas, a mãe deve apoiar também suas nádegas com a mão.

Pega

Para que haja sucção efetiva, a criança deve abocanhar não só o mamilo, mas principalmente toda ou a maior parte da aréola. Esta pega correta proporciona a formação de um grande e longo bico que toca o palato, iniciando assim o processo de sucção. Os ductos lactíferos terminais, situados embaixo da aréola, são assim pressionados pela língua contra o palato, iniciando-se a saída do leite, ajudada pelo reflexo de ejeção mediado pela ocitocina.

Caso a pega seja só no mamilo, pode haver erosão e/ou fissura mamilar por fricção continuada. A criança pode ficar inquieta, largar o peito, chorar ou se recusar a mamar, pois sem a pressão dos ductos lactíferos contra o palato, não há saída adequada de leite, levando a mulher a acreditar que tem “pouco leite”, sentir dor, podendo então ser desencadeado o processo de desmame precoce.

A mãe pode ser auxiliada a aproveitar o processo de procurar e apreender o mamilo, que é estimulado colocando-se este na bochecha do bebê, deixando-o explorar o peito com a língua. Para tanto, a criança deverá permanecer calma e alerta, facilitando a pega da aréola. Por isso é importante o profissional orientar a mulher para o reconhecimento dos sinais de aptidão para a amamentação como abrir a boca, esticar a língua, virar a cabeça para procurar o peito; fazer movimentos ou sons de sucção; sons suaves de gemido ou arrulhos; colocar a mão na boca ou chupar/morder as mãos, dedos, lençol ou qualquer objeto que toque sua boca; fazer movimentos rápidos com os olhos fechados ou abertos; movimentar a cabeça para frente e para trás, franzindo as sobrancelhas, ficar agitado e até chorar. É importante ajudar a mulher a reconhecer os comportamentos ou dicas da pré-amamentação, assim como, os sinais de prontidão para a amamentação, evitando que o bebê chegue ao estágio de agitação e choro. Se isso ocorrer, ele precisará ser acalmado para só então iniciar a mamada.

Deve-se ainda orientar a mãe a observar sinais de ejeção de leite, como o vazamento da mama contralateral e a presença das contrações uterinas (cólicas uterinas no pós-parto imediato ou dores de “tortos”).

Sucção Efetiva

Para que a sucção seja efetiva, devem-se observar cinco pontos:

1. A boca do bebê deve estar bem aberta para abocanhar toda ou quase toda a aréola.
2. O lábio inferior deve estar voltado para fora e cobrir quase toda a porção inferior da aréola, enquanto a parte superior da aréola pode ser visualizada.
3. A língua deve permanecer acoplada em torno do peito.
4. As bochechas devem ter aparência arredondada.
5. A criança deve parecer tranquila com sucção lenta, profunda e ritmada e com períodos de atividade e pausa.

Antes de iniciar a pega, a mulher deverá ser orientada a palpar a aréola. Se esta estiver túrgida, ela deve ordenhar um pouco de leite para facilitar a pega. Se a mulher tiver mamas muito volumosas, pode pressionar a mama contra a parede torácica, segurando-a e erguendo-a com a mão oposta (mama direita/mão esquerda), colocando os quatro dedos juntos por baixo da mama e o polegar acima da aréola pega da mama em “C”.

Não há necessidade de afastar a mama do nariz do bebê, ele mesmo o fará se precisar, pendendo a cabeça levemente para trás. Por esta razão, a mulher deve ser orientada, quando necessário, a segurar a mama longe da aréola.

Técnicas em Aleitamento

Deve-se promover o início da amamentação já na sala de parto, mantendo-se a livre demanda (a criança deve mamar sempre que desejar, sem horários estabelecidos, seja durante o dia ou durante a noite). O recém-nascido em condições normais está pronto para sugar, imediatamente após o parto, entretanto, deve-se observar os comportamentos ou dicas da pré-amamentação. Esses comportamentos incluem um breve descanso em estado de alerta para se acostumar ao novo ambiente; levar as mãos à boca, fazendo tentativas de sucção, sons e toque nos mamilos com as mãos; focar na aréola, que serve como alvo; movimentar-se em direção à mama e procurá-la; encontrar a área da aréola e realizar a pega com a boca muito aberta.

Em cada mamada, ambas as mamas poderão ser oferecidas, dependendo da necessidade da criança. Deixe que a criança sugue o peito o tempo que desejar, solte-o espontaneamente para só então oferecer a outra mama. Na mamada seguinte, deve-se começar pela mama que o bebê mamou por último. Há, entretanto, alguns bebês que não aceitam o segundo peito. Daí a importância de ensinar à mulher, desde o pré-natal, no pós-parto e nas consultas de seguimento, as técnicas de ordenha, para evitar o ingurgitamento.

Posição da mãe ao Amamentar

Há várias possibilidades de posições para amamentar. A mulher deve escolher a mais confortável que a deixe mais relaxada naquele momento.

Deitada

- Ela pode deitar-se de lado, apoiando a cabeça e as costas em travesseiros. O bebê deverá permanecer também deitado de lado, proporcionando o contato abdome/abdome. Os ombros do bebê devem ser apoiados com os braços da mãe para manter a posição adequada.
- A mulher pode ainda deitar-se em decúbito dorsal (posição útil para as primeiras horas pós-cesariana ou para aquela mulher com excedente lácteo muito grande). A criança deve ficar deitada em decúbito ventral, em cima da mãe.

Sentada

- A mulher deve permanecer com as costas apoiadas na cadeira ou cabeceira da cama. Ela pode ainda cruzar as pernas ou ainda usar travesseiros sobre as coxas. Colocar os pés em um pequeno banco para dar mais apoio, pode ser útil.
- A criança pode ficar deitada, em posição invertida ou sentada (posição muito utilizada em situações especiais como crianças prematuras, fissuradas ou síndromicas).

Término da Mamada

- O ideal é que o bebê solte o peito espontaneamente. Se isto não ocorrer, a mulher pode colocar a ponta do dedo mínimo na boca do bebê pela comissura labial

deste, para romper o vácuo e a criança soltar o peito sem machucar o mamilo. Ao término da mamada, o mamilo fica levemente alongado e redondo, e não deve estar achatado, nem com estrias vermelhas.

Amamentação de Gêmeos

O benefício da amamentação é bem estabelecido para o lactente. A amamentação de gêmeos é benéfica, permitindo um crescimento adequado para ambos os lactentes. A prática de amamentar gêmeos tem aumentado nos últimos anos, acompanhando o aumento na prevalência de aleitamento materno. A produção de leite materno na maioria das mulheres é adequada à demanda, isto é, quanto mais os lactentes sugam, maior a produção de leite. A maioria das mulheres tem leite suficiente para amamentar filhos gêmeos.

Um problema comum em gestações múltiplas é a maior prevalência de prematuridade e baixo-peso. Com a prematuridade esses bebês necessitam de cuidados em unidades de terapia intensiva afastando-os das mães. Quando iniciam o aleitamento materno a sucção ainda é débil dificultando o ganho de peso.

O suporte dos profissionais de saúde nessa fase é fundamental. Encorajar as mães da sua capacidade de nutrir seus filhos é fundamental. Orientar a ordenha enquanto os seus filhos permanecem na Unidade de Terapia Intensiva é muito importante. Estudos suportam que a introdução do leite materno para bebês prematuros diminui o risco de enterocolite necrosante que é comum em bebês prematuros.

Porém, é prática comum nos serviços de saúde que os próprios profissionais prescrevam um leite suplementar mesmo que os bebês sejam de termo, isto é tenham nascido com 37 ou mais semanas de gestação e tenham peso adequado, com receio que a produção de leite materno na fase de colostro, não seja suficiente e que os recém-nascidos apresentem hipoglicemias.

As razões referidas pelas mulheres para a introdução de suplementos quando estão amamentando gêmeos são: produção inadequada, ingurgitamento das mamas, mamilos retraídos e doença materna. No entanto, os profissionais de saúde devem estar preparados para orientar e solucionar as dificuldades surgidas durante a amamentação.

O apoio familiar nas dificuldades é fundamental. A participação familiar na amamentação é muito importante, e isso é mais verdadeiro na amamentação de gêmeos, pois a dinâmica da amamentação nos primeiros dias é trabalhosa e exige a participação de todos. Nos dias iniciais do aleitamento, deve-se orientar a amamentar cada lactente separadamente, até se garantir uma boa pega dos dois recém-nascidos.

À medida que a mulher se sente segura em relação à pega e haja satisfação dos bebês, ela deve iniciar as mamadas simultaneamente, de modo que ela possa ter tempo para o seu próprio descanso. A mãe pode ficar sentada com um bebê na forma tradicional e o outro na posição invertida com o corpo desse bebê embaixo da axila, segurando sua cabeça com a mão e o corpo apoiado em uma almofada. Nas mamadas seguintes, deve-se fazer um rodízio de posições entre os bebês.

Formulário de Observação de Mamadas (segundo Helen Armstrong, com adaptações). Os itens entre parênteses referem-se apenas aos recém-nascidos.	
Sinais de que a amamentação vai bem	Sinais de possível dificuldade
Posição corporal	
Mãe relaxada e confortável	Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê
Corpo do bebê próximo ao da mãe	Corpo do bebê distante do da mãe
Corpo e cabeça do bebê alinhados	O bebê vira o pescoço
Queixo do bebê tocando o peito	O queixo do bebê não toca o peito
Nádegas do bebê apoiadas	Somente os ombros/cabeça apoiados
Respostas	
O bebê procura o peito quando sente fome (o bebê busca o peito)	Nenhuma resposta ao peito (nenhuma busca observada)
O bebê explora o peito com a língua	O bebê não está interessado no peito
Bebê calmo e alerta ao peito	Bebê irrequieto ou agitado
O bebê mantém a pega da aréola	O bebê não mantém a pega da aréola
Sinais de ejeção de leite, como vazamento e cólicas uterinas	Nenhum sinal de ejeção de leite
Estabelecimento de laços afetivos	
A mãe segura o bebê no colo com firmeza	A mãe segura o bebê nervosamente ou fracamente
Atenção face a face da mãe	Nenhum contato ocular entre a mãe e o bebê
Muito toque da mãe no bebê	Mãe e bebê quase não se tocam
Anatomia	
Mamas macias e cheias	Mamas ingurgitadas e duras
Mamilos protrácteis, projetando-se para fora	Mamilos planos ou invertidos
Tecido mamário com aparência saudável	Tecido mamário com fissuras ou vermelhidão
Mamas com aparência arredondada	Mamas esticadas
Sucção	
Boca bem aberta	Boca quase fechada, fazendo um bico para a frente
Lábio inferior projeta-se para fora	Lábio inferior virado para dentro
Língua acoplada em torno do peito	Não se vê a língua do bebê
Bochechas de aparência arredondada	Bochechas tensas ou encovadas
Sucção lenta e profunda em períodos de atividade e pausa	Sucções rápidas, com estalidos
É possível ver ou ouvir a deglutição	Podem-se ouvir estalos dos lábios, mas não a deglutição
Tempo gasto com sucção	
O bebê solta o peito naturalmente,	A mãe tira o bebê do peito

Outra posição que pode ser adotada é a mãe sentada confortavelmente, os dois bebês sentados nas pernas da mãe e esta sustenta as cabeças de ambos. Com o progredir da amamentação, outras posições surgem espontaneamente e, com o crescimento dos bebês, eles mesmos escolhem as posições e mamas preferidas. É importante verificar se os bebês estão crescendo adequadamente.

Ponto importante: informe às nutrizes que a amamentação não é para ser um sofrimento e que é comum acontecer algumas dificuldades no início da lactação, porém com o apoio familiar e a orientação de um profissional capacitado, elas serão superadas e a amamentação será bem-sucedida.

O apoio dos profissionais de saúde na amamentação de gêmeos é fundamental. O ideal é que a puérpera receba alta hospitalar com a amamentação dos gêmeos já estabelecida. Isto é um benefício que as maternidades devem instituir nas suas unidades, mesmo que seja necessário o prolongamento da permanência hospitalar.

Solicitar apoio dos familiares e dar segurança para a família que a puérpera tem leite suficiente para os filhos tornando-os parceiros da amamentação. A garantia de retorno ao serviço de saúde ou a presença dos agentes de saúde com experiência em aleitamento materno na comunidade é fundamental para dar segurança à mãe e aos familiares da suficiência do leite materno para o crescimento adequado dos gêmeos.

Um instrumento importante para os profissionais de saúde ajudarem a mulher a posicionar corretamente seu filho ao peito é o Formulário de Observação de Mamadas (adaptado de Helen Armstrong).

Todos esses procedimentos devem ser orientados desde o pré-natal por uma equipe multiprofissional, sendo o obstetra membro fundamental para o sucesso e manutenção da amamentação.

LEITURAS SUPLEMENTARES

1. Breastfeeding counselling: a training course. Documento não publicado WHO/CDR/93.3±6 (UNICEF/NUT/93.1±4). Disponível sob pedido em Health Systems and Community Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland. Health Organization, 1995, 73: 461-468.
2. Flidel-Rimon O, Shinwell ES. Breast feeding twins and high multiples. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2006 Sep; 91(5): F377-80
3. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: Promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidades. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
4. HIAC. Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno: manejo e promoção ao aleitamento materno. Brasília 1993; Ministério da Saúde.

5. Howard CR, Howard FM. Management of breastfeeding when the mother is ill. *Clinical Obstetrics & Gynecology* 47(3)683-695, September, 2004.
6. King FS. Como ajudar as mães a amamentar. Brasília. Ministério da Saúde, 2001; pg.54-64
7. Ministério da Saúde. Manual de Promoção do Aleitamento Materno: Normas Técnicas. 2º edição. Brasília, 1997.
8. UNICEF/OMS. Manejo e promoção do aleitamento materno num hospital amigo da criança: curso de 18 horas para equipes de maternidades. Janeiro 1993.
9. Vinha VHP. Projeto aleitamento materno: autocuidado com a mama puerperal. São Paulo: Servier 1994; 1ªed pg.21-101.
10. WHO/UNICEF. Breastfeeding counseling: A training course. Trainer's Guide, 1997.
11. World Health Organization/UNICEF. Breastfeeding counselling: A training course. Geneva: World Health Organization/UNICEF;1993.

8. Principais Intercorrências Maternas Locais

Margarida Silva Nascimento, Márcia Maria Auxiliadora de Aquino, Guilherme Negrão de Souza

Introdução

As intercorrências mamárias são as principais causas de desmame precoce, por causa da dor e, quando não tratadas a tempo, levam a quadros severos de mastites, abscessos mamários e até mesmo septicemia. Pelo seu caráter emergencial, estas complicações costumam ser atendidas nos serviços de Pronto Socorro ou nos Bancos de Leite Humano. O obstetra nem sempre toma conhecimento, mesmo podendo ser ele o primeiro profissional a ser procurado pela mãe aflita diante da situação, devendo estar capacitado e abandonar antiga atitude passiva de que “amamentação é coisa para enfermeiros e pediatras”. Desta forma deve adotar uma postura de participação ativa junto aos demais profissionais da equipe de saúde que cuidam do binômio mãe e filho(a).

Classificação das Principais Intercorrências Locais

A presença destas manifestações atesta a falta de apoio e orientação às mães por parte dos profissionais e dos serviços de saúde que necessitam rever suas práticas e condutas. Para facilitar o seu manejo elas estão agrupadas em:

Intercorrências precoces

Mamílares: mamilos doloridos; bolhas mamílares; fissuras; monilíase mamílar.

Mamárias: mamas doloridas; ingurgitamento mamário.

Intercorrências tardias

Ducto lactífero bloqueado; mastite aguda; abscesso mamário; mastite crônica/ fistulas lácteas.

Intercorrências mamárias precoces

O aleitamento materno não deve ser um processo doloroso, assim deverá a lactante ser orientada desde o início da amamentação para evitar o desmame precoce. O tratamento para todas, à exceção da monilíase, segue as mesmas orientações e será abordado ao final deste tópico.

Intercorrências mamílares

Mamilos doloridos

Após a descida do leite, durante a sucção, os mamilos tornam-se sensíveis, planos e distendidos, dificultando a pega do bebê.

Diagnóstico

- História clínica: dor de intensidade variável quando o bebê suga.
- Exame físico: à inspeção, os mamilos tem aspecto normal, mas podem perder sua proeminência com diminuição da proctratilidade.

Bolhas mamilares

São traumas mamilares quase imperceptíveis que se instalam quando o bebê suga a ponta do mamilo numa pega incorreta. Formam-se pequenas bolhas com descolamento da pele que, por se desfazerem rapidamente, dificultam o diagnóstico. Quando não tratadas, evoluem para a mais dolorosa - a da ponta do mamilo.

Diagnóstico

História clínica: intensa dor na porção terminal do mamilo quando o bebê suga.

- Exame físico: à inspeção, observa-se o descolamento da pele e, após a mamada, o mamilo fica enrugado.

Fissuras mamilares

São traumas com ruptura do tecido, uni ou bilateral, com forma e localização variadas, sendo a principal causa de desmame precoce.

Diagnóstico

- História clínica: dor mamilar intensa, por vezes lancinante, que faz a mãe chorar quando o bebê suga.
- Exame físico: à inspeção observa-se lesão mamilar de diversos tipos descritos a seguir:

Fissura de base mamilar: a lesão circunda parcial ou totalmente a base do mamilo.

Fissura do bico mamilar: lesão em linha reta única ou em forma radiada com lesões múltiplas.

Fissura de ponta de mamilo: a lesão se apresenta na porção terminal do mamilo.

Fissura mista: lesões na base e na ponta do mamilo.

Monilíase mamilar

Infecção fúngica dos mamilos que ocorre por contaminação da mãe portadora de candidíase (*Candida Albicans*) ou do bebê que adquiriu no canal do parto monilíase oral (“sapinho”).

Diagnóstico

- História clínica: dor penetrante com sensação de ardor ou prurido nos mamilos.
- Exame físico da mãe:

Mamas: à inspeção, os mamilos podem se apresentar avermelhados, irritados, com placas e pontos esbranquiçados ou mesmo com aspecto normal, quando o único sinal é a persistência da dor, mesmo com a pega adequada.

Genitália: Infecção fúngica na vagina, vulva ou região inguinal.

- Exame físico do bebê:

Boca: apresenta língua, palato ou gengivas com pontos ou placas brancas.

Genitália: hiperemia em genitália, nádegas ou região inguinal.

Tratamento

É importante tratar ao mesmo tempo a mãe e o bebê para evitar o ciclo vicioso da monilíase entre eles.

Local

- Creme fungicida (nistatina ou miconazol): espalhar uma fina camada do creme nos mamilos durante o intervalo das mamadas de 3 a 4 vezes ao dia até o desaparecimento das lesões.
- Violeta de Genciana em solução a 0,5 ou 1%: aplicar nos mamilos uma vez ao dia durante 3 a 5 dias. Apesar de eficaz, não se recomenda o uso da violeta pela fixação prolongada do pigmento à pele induzindo a mãe a lavar várias vezes o mamilo na tentativa de retirar a coloração violácea o que agravaria a lesão.

Vaginal

- Creme fungicida (miconazol) aplicação vaginal durante 7 noites e nas áreas vulvo-inguinais 2 a 3 vezes ao dia até o desaparecimento das lesões.

Cuidados Gerais

- Deixar os mamilos em contato com o ar e expor ao sol para ajudar a cicatrização.
- Evitar o uso de protetores mamilares, porque diminuem a ventilação e podem ser fonte de germes quando não bem esterilizados (ferver por 20 minutos, diariamente).
- Higiene cuidadosa das mãos ao sair do sanitário e for cuidar do bebê.

Tratamento do bebê

Oral

- Solução de nistatina a 100.000 UI/ml: umedecer um algodão com a solução e passar suavemente em toda cavidade oral no intervalo das mamadas ou instilar 1mL na boca do bebê 4 vezes ao dia até o desaparecimento das lesões.

Genitália

- Creme fungicida (nistatina e miconazol): passar fina camada 3 vezes ao dia na genitália, nádegas e/ou região inguinal.

Cuidados Gerais

- Manter seca e limpa a área em contato com a fralda.

Intercorrências mamárias

Mamas doloridas

No curso do processo fisiológico da descida do leite as mamas podem ficar doloridas devido ao rápido afluxo de leite, aumento de volume, congestão vascular e edema linfático dos tecidos mamários. Este fenômeno é bilateral.

Diagnóstico

- História clínica: dor, com mamas quentes e pesadas.
- Exame físico: mamas tensas com aumento da rede vascular superficial (rede de Haller). O leite flui sem dificuldade à expressão manual.

Ingurgitamento mamário

Quando o leite não é retirado em quantidade suficiente leva a estase do fluxo lácteo ocasionando o ingurgitamento mamário.

Diagnóstico

- História clínica: dor mamária bilateral e aumento da temperatura local e corporal por menos de 24 horas, conhecida como “febre do leite”.
- Exame físico: mamas brilhantes e compactas pela distensão. O leite flui com dificuldade à expressão manual.

Prevenção dos traumas mamilares

Conhecer as causas:

- Mau posicionamento e pega incorreta;
- Uso inadequado de bombas esvaziadoras;
- Colocação do dedo da mãe na aréola;
- Uso de cremes, óleos e sabonetes;
- Técnica incorreta de retirar do peito;
- Amamentação com aréola distendida e endurecida;
- Malformações mamilares;
- Freio lingual curto;
- Monilíase.

Assistência aos traumas mamilares

- Inicialmente esvaziar a aréola;
- Correção da posição de sucção e orientação sobre boa pega;
- Iniciar a mamada na mama com menos dor;
- Deixar gotas de leite nos mamilos após as mamadas;
- Exposição das mamas ao ar e sol;
- Não usar produtos químicos e sabonetes nos mamilos;
- Novas possibilidades para cicatrização: infusão de hortelã e lanolina pura;
- Tratamento da monilíase.

Tratamento geral das intercorrências locais precoces

- Manter o aleitamento exclusivo sob livre demanda: iniciar a amamentação na primeira hora após o nascimento, estimulando a permanência em alojamento conjunto.
- Ajudar a mãe a estabelecer boa pega e posição adequada do bebê: faz a dor mamária desaparecer e a sucção torna-se confortável para a mãe.

- Intervenção e tratamento precoces: oferecer ajuda imediata à mãe logo às primeiras queixas de dor mamária evita complicações.
- Ordenhar e massagear as mamas (vide capítulo sobre técnicas de amamentação): capacitar as mães para que elas próprias realizem esses procedimentos, nos intervalos das mamadas para evitar estase láctea.
- Sugerir à mãe expor os mamilos ao ar e ao sol por 10 a 15 minutos ao dia: esta prática pode facilitar a cicatrização de fissuras e monilíase mamilares, a pesar de seus benefícios serem questionáveis.
- Usar compressas frias ou quentes: aplicar compressa fria no intervalo das mamadas pode diminuir a dor e o edema; a compressa quente antes de amamentar, estimula o reflexo da ocitocina favorecendo o afluxo do leite. Atualmente esta prática não é recomendada, principalmente se a mãe realiza em domicílio, pois movida pelo desespero da dor, tende a exagerar na temperatura (muito quente ou muito gelada), podendo ocasionar queimaduras.
- Evitar lavar os mamilos várias vezes ao dia: a lavagem excessiva com sabões resseca a pele mamilar. Orientar a mãe a espalhar o próprio leite ordenhado para hidratar e lubrificar a aréola.
- Evitar o uso de protetores mamilares: além de confundir a pega, diminuem a ventilação.
- Aconselhar não usar cremes, loções e pomadas “ditas cicatrizantes”: podem irritar a pele e diminuir a ventilação; as fissuras são agravadas quando a mãe tenta retirar estes produtos. Não há evidências de que sejam úteis.
- Orientar como retirar o bebê do peito antes do término da mamada: puxar bruscamente o bebê do peito pode traumatizar o mamilo quando a mãe necessita interromper a mamada ou o bebê dorme ao seio. Demonstre como proceder: interpor o dedo mínimo por entre os maxilares no canto da boca da criança para desfazer a pressão.
- Iniciar a mamada pelo peito sadio ou menos dolorido: este recurso pode ajudar se a dor inibe o reflexo da ocitocina; oferecer a mama sadia e após a ejeção do leite passar para a mama afetada.
- Amamentar o bebê em diferentes posições: segurar o bebê variando a posição pode ser útil principalmente em caso de fissuras: amamentar deitada, e passar o corpo do bebê por baixo do braço. Mudar as posições numa mesma mamada ajuda a esvaziar todos os lóbulos.

Intercorrências tardias das mamas

Ducto lactífero bloqueado

O acúmulo e espessamento do leite em um segmento mamário bloqueia o ducto lactífero com estase láctea; geralmente unilateral e não há comprometimento sistêmico da mãe.]

Diagnóstico

- História clínica: dor localizada com sensação de caroço em um ponto da mama.
- Exame físico: à inspeção nota-se uma área avermelhada e endurecida.
- Tratamento
- Orientar a mãe a massagear suavemente a área afetada: esta técnica fluidifica o leite por transferência de energia cinética e estimula o reflexo da ocitocina.
- Ajudar a mãe a estabelecer uma boa pega:
- Segurar o bebê em diversas posições durante a mamada.
- Verificar e corrigir compressão de roupas ou dos dedos da mãe neste ponto (dedos em tesoura).

Mastite aguda

A mastite aguda lactacional ou puerperal é uma mastopatia inflamatória aguda, de origem infecciosa, causada por estase láctea em um ducto, ocasionando a proliferação de bactérias no tecido mamário. A incidência acomete 2 a 6% das lactantes, principalmente primíparas com dificuldade na amamentação e por tegumento cutâneo mais tênue e em pacientes com histórico de mastoplastia redutora com traumas mamilares e/ou lesão ductal extensa no ato operatório. A demora no diagnóstico e tratamento adequados é a maior causa de diminuição na produção de leite e parada da amamentação, como também alteração na resposta imunológica local, favorecendo a transmissão vertical de infecções como o HIV-1, herpes e citomegalovírus; pode evoluir para abscesso mamário em torno de 3-11% ou até mesmo septicemia.

Os tipos principais de mastite são:

Epidêmica: causadas por cepas altamente virulentas de *Staphylococcus aureus* produtoras de penicilinase, de aparecimento até o 4º dia pós-parto e relacionada às piodermites do recém-nascido que contaminam a puérpera por contato direto; entidade rara relacionada aos controles de infecção hospitalar.

Endêmica (não-epidêmica ou esporádica): o *Staphylococcus aureus* é o principal agente etiológico, presente em mais de 60% dos casos, porém podemos encontrar *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus* grupo B (ligado à mastite bilateral), *E.coli*, *Pseudomonas*, *Serratia* e *Enterobacter* (formas necrosantes e ulceradas). Acomete frequentemente na 2ª semana de puerpério e no desmame.

Existem fatores predisponentes para o aparecimento destas lesões:

- **Fatores gerais:** cansaço por excesso de tarefas, estresse psicológico, tempo de sono reduzido levam à diminuição do estado imunológico.
- **Fatores locais:** ingurgitamento mamário, fissuras e ducto bloqueado. As fissuras

são a principal causa de mastite por apresentarem solução de continuidade, servindo como porta de entrada para germes.

Quanto à sua localização as mastites podem ser:

Classificação das mastites (critérios de Vinha)

- **Mastite lozar:** acomete uma região ou lóbulo. É o tipo mais frequente.
- **Mastite ampolar:** acomete parte ou toda a aréola.
- **Mastite glandular:** toda glândula mamária é afetada.

Diagnóstico

- **História clínica:** intensa dor e vermelhidão da mama afetada, associados a febre (precedida ou não de calafrios), mal estar e prostração.
- **Exame físico:** temperatura corporal acima de 38°C; mama hiperemiada, dolorosa com edema subcutâneo e até secreção mamilar purulenta
- **Evolução:** plastrão doloroso com pontos de flutuação (abscesso) e tendência à fistulização e necrose de pele.
- **Laboratorial:** hemograma (pode apresentar leucocitose com desvio esquerda).
- **Imagem:** a ultrassonografia pode ser utilizada para localização e punção guiada para esvaziamento de abscessos únicos e profundos, como também para envio de cultura e antibiograma. A mamografia está indicada somente na suspeita de mastite carcinomatosa.

Tratamento

- **Forma inicial:** hidratação oral, analgésicos (paracetamol) e anti-inflamatórios (piroxican ou ibuprofeno).
- **Mastite epidêmica:** encontramos estafilococos resistentes às oxacilinas e deve-se manter a paciente internada com antibioticoterapia intravenosa até resultado de cultura com antibiograma. Indica-se inicialmente Clindamicina 600mg 6/6h ou Cefazolina 2g 8/8h + Metronidazol 500mg 8/8h ou Levofloxacin 500mg 1x/dia + Metronidazol 500mg 8/8h por 7-10 dias.
- **Mastite endêmica:** usar antibióticos orais penicilinase resistentes ou cefalosporinas com cobertura para estafilococos produtores de betalactamases. O uso intravenoso é reservado para os casos mais graves semelhante à mastite epidêmica. Indica-se terapia oral com Cefalexina 500mg 6/6h ou Clindamicina 600mg 6/6h por 7-10 dias.

Cuidados Gerais

O melhor tratamento para as mastites é o esvaziamento da mama afetada através de ordenha manual intermitente (3/3 horas) na vigência de antibioticoterapia, pois as bactérias secretadas no leite não são patogênicas ao recém-nascido ou lactente; recomenda-se a boa sustentação das mamas para evitar estase láctea nas porções inferiores e laterais das mamas. É importante insistir que, de um modo geral, não há indicação para inibir a lactação.

Abscesso Mamário

É um processo infeccioso agudo que se instala no curso da mastite não tratada, podendo ser único ou múltiplo na mesma mama. Quando não há intervenção precoce pode evoluir com necrose do tecido mamário, necessitando cirurgia plástica reparadora.

Diagnóstico

- **História clínica:** intensa dor na mama com área quente, endurecida e avermelhada, além de agravamento do estado geral materno apresentando febre, calafrio e prostração.
- **Exame físico:** abscesso único ou múltiplos com ponto de flutuação.

Tratamento

- **Clínico:** semelhante à mastite lactacional endêmica.
- **Cirúrgico:** indicado anestesia geral para drenagem ampla da área afetada com exploração no sentido radial das lojas com lise de septos e lavagem exaustiva local com soro fisiológico e remoção de eventuais áreas necróticas da pele. Recomenda-se posicionar o dreno afastado da aréola, de modo a permitir a continuidade do aleitamento materno. Quando for inviável, deve-se suspender provisoriamente a amamentação do lado afetado até a retirada do dreno, mantendo-se a ordenha intermitente desta mama. Estudos recentes mostram que, não raro, a punção esvaziadora pode ser tão eficiente quanto a drenagem cirúrgica.

Mastite crônica/ fistulas lácteas

É uma intercorrência tardia que se instala meses após um quadro de mastite aguda ou abscesso mamário, caracterizada pela presença de tecido conjuntivo e fenômenos exsudativos no parênquima mamário. Depois de surtos recidivantes, drena espontaneamente em diversos pontos da mama formando-se fístulas lácteas.

Diagnóstico

- **História clínica:** aparecimento de tumoração meses após a amamentação com drenagem espontânea de conteúdo amarelado.
- **Exame físico:** presença de abscessos ou fistulas múltiplas drenando exsudato seroso ou substância láctea, podendo apresentar tecido necrosado em algumas áreas.

Tratamento

- **Cirúrgico:** a técnica mais eficaz é a ressecção completa do sistema ductal patológico. Geralmente é um procedimento realizado por mastologista ou cirurgião, necessitando por vezes, cirurgia plástica reparadora.
- **Exame anatomopatológico:** para afastar neoplasias e identificar infecções específicas.
- **Clinico:** uso de antibióticos habituais no pré e pós-operatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acompanhamento pré-natal adequado é o período ideal para orientações sobre o preparo das papilas (mamilos invertidos e umbilicados), técnica correta da amamentação (postura correta e higiene da papila), evitar ingurgitamento mamário e terapia precoce das fissuras mamilares.

As equipes de saúde devem incentivar, apoiar e principalmente capacitar as mães para que elas tornem-se aptas a vencer qualquer dificuldade durante o processo de amamentação.

Lembrar que a tríade: (1) amamentar sob livre demanda; (2) estabelecer boa pega; (3) ordenhar/massagear as mamas para a retirada do leite são os fatores mais importantes para o sucesso do aleitamento materno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 1. Betzold CM. An update on the recognition and management of lactational breast inflammation. *J Midwifery Womens Health*. 2007 Nov-Dec;52(6):595-605.
2. 2. Debord MP, Poirier E, Delgado H, Charlot M, Colin C, Raudrant D, Golfier F, Dupuis O. Lactational breast abscesses: Do we still need surgery? *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2015 May 11.
3. 3. Dufour S, Dohoo IR, Barkema HW, Descôteaux L, Devries TJ, Reyher KK, Roy JP, Scholl DT. Manageable risk factors associated with the lactational incidence, elimination, and prevalence of *Staphylococcus aureus* intramammary infections in dairy cows. *J Dairy Sci*. 2012 Mar;95(3):1283-300.
4. 4. HIAC. Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno: manejo e promoção ao aleitamento materno. Brasília 1993; Ministério da Saúde.
5. 5. Jahanfar S, Ng CJ, Teng CL. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Feb 28;2:CD005458. doi: 10.1002/14651858. CD005458.pub3.

6. 6. Kasales CJ, Han B, Smith JS Jr, Chetlen AL, Kaneda HJ, Shereef S. Nonpuerperal mastitis and subareolar abscess of the breast. *AJR Am J Roentgenol.* 2014 Feb;202(2):W133-9.
7. 7. Kataria K, Srivastava A, Dhar A. Management of lactational mastitis and breast abscesses: review of current knowledge and practice. *Indian J Surg* 2013 Dec; 75(6):430-5.
8. 8. Souza GN, Souza E, Camano L. Mastite lactacional. *Diagnóstico e Tratamento* 2006. *Manole* vol 2: 1783-8.

9. Amamentação, Estética e Cirurgia Plástica

Lauro José Victor Avellan Neves

Amamentação e ptose mamária

Um dos maiores mitos sobre amamentação é que o ato de amamentar provoca a queda das mamas. Evidências científicas demonstram que a amamentação não é um fator de risco independente relacionado à ptose mamária ou a seu agravamento. Estudos sobre a amamentação e estética das mamas demonstram que a idade avançada, obesidade, mamas grandes, tabagismo e gestações repetidas são fatores de risco independentes para a queda das mamas. Ao compararem mulheres que amamentaram ou não após o parto, a amamentação não foi considerado um fator de risco independente relacionado à queda mamária.

A estética mamária depende da proporção entre os componentes mamários (tecido conjuntivo e ligamentar, tecido gorduroso e tecido glandular) a pele e seu arranjo no tórax. O tamanho, a forma e a consistência das mamas são determinados pelas características genéticas de cada mulher e fatores ambientais. A gravidade é a força que atua sobre as mamas e com o tempo é responsável pela queda mamária. Alguns fatores ambientais podem acelerar o processo de queda. O tabagismo enfraquece o sistema ligamentar de sustentação mamária e promove a perda da elasticidade da pele deixando as mamas mais suscetíveis à força da gravidade. A obesidade aumenta conteúdo adiposo e o volume das mamas, distendendo a pele, sobrecarregando o sistema ligamentar e favorecendo a ptose. A gravidez provoca proliferação do tecido glandular com distensão das estruturas ligamentares e da pele. Após a amamentação ou logo após o parto, quando a mulher não amamenta, o tecido mamário glandular involui. Os ligamentos de sustentação mamária e a pele apesar de possuírem certa elasticidade (determinada por fatores genéticos) não voltam à mesma posição anterior, apresentando um grau de relaxamento. O resultado é uma desproporção entre continente e conteúdo que leva a queda das mamas. Quando não há controle adequado do peso durante a gestação, este efeito é agravado pela obesidade e aumento do tecido adiposo mamário.

O fato de muitas mulheres apresentarem queda das mamas após a amamentação está mais relacionado à gestação com as alterações fisiológicas das mamas e ao ganho de peso do que com a amamentação.

Próteses de silicone e amamentação

A mamoplastia de aumento com próteses de silicone está entre as cirurgias plásticas mais realizadas no Brasil. Cerca de cento e cinquenta mil mulheres se submetem a esta operação a cada ano. Muitas destas mulheres engravidam, mas ficam inseguras no momento da amamentação. Existem três dúvidas muito frequentes sobre as próteses de silicone e a amamentação.

A primeira é se as mulheres com próteses de silicone são capazes ou não de amamentar. Na mamoplastia de aumento as próteses de silicone são posicionadas abaixo da glândula mamária, do músculo peitoral maior ou de sua fáscia, sempre abaixo do tecido glandular mamário. A inserção das próteses pode ser pelo sulco mamário (por baixo da mama), pelas axilas ou pela aréola. Nas duas primeiras técnicas não há dano

à glândula mamária durante a operação. A incisão permite a colocação dos implantes atrás da glândula sem a necessidade de cortá-la, com preservação dos ductos mamários e possibilitando a amamentação. Quando os implantes são inseridos pela aréola a glândula mamária é seccionada. Neste caso, há risco de lesão de ductos mamários e alteração na condução e produção do leite. Apesar disto, mesmo quando a prótese é inserida pela aréola, grande parte da glândula é preservada e na grande maioria dos casos amamentação é possível. Portanto, podemos afirmar que como há preservação da glândula mamária a presença de próteses de silicone não impede a amamentação. Em mulheres que desejam ter filhos deve-se dar preferência pela inserção das próteses pelo sulco mamário ou axila.

A segunda dúvida é se a amamentação danifica as próteses. As próteses são produzidas com várias camadas de elastômero resistente a tração. As normas internacionais exigem que os implantes passem por testes de resistência sem ruptura. No teste de impacto um peso de 4,4kg é lançado sobre o implante em queda vertical, no teste de ruptura estática o implante é colocado em um aparelho de compressão e deve suportar por uma pressão de até 500 kg e no teste de fadiga é pressionado contra um suporte e submetido a 2 milhões de ciclos de movimentos circulares. Estes testes de qualidade mostram que as próteses são resistentes a forças muito superiores à força produzida pela boca do lactente. A sucção do bebê é uma força pequena incapaz de causar ruptura da prótese.

Outra dúvida é se o silicone passa para o leite e pode fazer mal para o bebê. Estudos demonstram que não existem diferenças significativas entre a dosagem de silicone no leite materno das mulheres com próteses de silicone e das mulheres sem próteses de silicone. O silicone está presente na maioria dos alimentos e líquidos. O leite de vaca e o leite em pó preparado para lactentes apresentam níveis de silicone cerca de 10 vezes maiores que o leite materno das mulheres que possuem implantes de silicone. Sendo assim, o leite materno das mulheres que tem próteses de silicone é considerado seguro para a amamentação.

Concluimos que as mulheres que possuem próteses de silicone nas mamas podem e devem amamentar. Lembramos que todas as mulheres com próteses de silicone devem manter um controle anual com o cirurgião plástico que irá avaliar a integridade dos implantes. Este controle não deve ser interrompido mesmo durante a gestação ou lactação.

Mamoplastia redutora e amamentação

A mamoplastia redutora tem o objetivo de tratar a hipertrofia mamária que além de afetar a estética feminina pode causar alterações físicas como má postura, dermatoses, dores nas costas, nos ombros e nas mamas. Na mamoplastia redutora, parte da glândula mamária é retirada, o complexo areolomamilar é reposicionado e a glândula mamária remanescente remodelada. Após a gestação, o tecido glandular mamário remanescente é capaz de produzir leite e dependendo da cicatrização interna, os ductos mamários são capazes de conduzir este leite ao mamilo possibilitando a amamentação.

Como existem várias técnicas de mamoplastia redutora e poucos estudos relacionados à amamentação não existe um consenso sobre o percentual de mulheres que conseguem amamentar após uma mamoplastia redutora. Porém, estudos mostram

que apenas 20% das mulheres submetidas à mamoplastia redutora que tentam amamentar não conseguem. No entanto, cerca de 50% das mulheres submetidas à mamoplastia redutora sequer tentam amamentar por serem desencorajadas por médicos ou enfermeiras. Podemos dizer que a maioria das mulheres submetidas à mamoplastia redutora mantém a capacidade de amamentação. Portanto, todas as mulheres submetidas à mamoplastia redutora devem ser encorajadas a amamentar.

LEITURAS SUPLEMENTARES

- Andrade RA; Coca KP; Abrão ACFV. Padrão de aleitamento materno no primeiro mês de vida em mulheres submetidas a cirurgia de redução de mamas e implantes. *J. Pediatr.* (Rio J.) 2010;86(3): 239-244 .
- Johansson AS, Wennborg H, Blomqvist L, Isacson D, Kylberg E. Breastfeeding after reduction mammoplasty and augmentation mammoplasty. *Epidemiology.* 2003;14:127-9.
- Junges CF, Ressel LB, Budó MLD, Padoin SMM, Hoffmann IC, Sehnem GD. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. *Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS)* 2010 jun;31(2):343-50.
- Neifert M, DeMarzo S, Seacat J, Yong D, Leff M, Orleans M. The influence of breast surgery, breast appearance and pregnancy induced breast changes on lactation sufficiency as measured by infant weight gain. *Birth.* 1990;17:31-8.
- Smith M, Kent K. Breast concerns and lifestyles of women. *Clin Obstet Gynecol.* 2002; 45:1129-39.
- Souto GC, Giugliani ER, Giugliani C, Schneider MA. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding performance. *J Hum Lact.* 2003;19:43-9.
- Thibandean S, Sinno H, Williams B. The effects of breast reduction on successful breastfeeding: a systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2010 Oct;63(10):1688-93.

10. Complicações da Amamentação

Pós-Mamoplastia

Antonio Fernandes Lages, Cinthia Netto de Barros

As cirurgias plásticas mamárias são realizadas por diversas razões desde as reconstruções por malformações congênitas, pós-traumatismo ou pós-mastectomias, mas a principal razão continua sendo a estética, objetivando melhorar ou recuperar o aspecto original, forma e volume mamário. Nos Estados Unidos, a mamoplastia de aumento sempre foi a cirurgia mamária mais realizada, mantendo crescimento ano a ano, tendo sido realizadas 307.000 cirurgias em 2011, enquanto que em 2000 foram realizadas 214.000, o que significou evolução de 45% no período.

Em relação as cirurgias plásticas estéticas há uma grande influência cultural, e no Brasil verificamos nas últimas décadas uma alteração radical no padrão cultural em relação ao tamanho das mamas. Enquanto a cirurgia mamária mais realizada até os anos 80 era a mamoplastia redutora, essa preferência foi alterada nos anos 90, quando as mulheres passaram a realizar a mamoplastia de aumento com inclusão de próteses em grande número.

Conforme publicação da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, a mamoplastia de aumento já é a cirurgia plástica mais realizada no Brasil, significando 21% de todas

Tab 1 - Distribuição de Cirurgias Plásticas de médio e grande porte realizadas no Brasil entre setembro de 2007 e agosto de 2008

Total de Cirurgias Plásticas	629.000	
Cirurgias Plásticas não estéticas	169.830	27%
Cirurgias Plásticas estéticas	459.170	73%
Mamoplastia	151.526	33% das cirurgias estéticas
Mamoplastia de aumento	96.426	21% das cirurgias estéticas
Mamoplastia redutora	55.100	12% das cirurgias estéticas

Fonte: Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica - pesquisa Datafolha - Cirurgia Plástica no Brasil - janeiro de 2009 - www.cirurgiaplastica.org.br

as cirurgias estéticas (excetuando-se pequenas cirurgias)

Em relação à amamentação após Mamoplastia podemos dizer que em princípio qualquer procedimento cirúrgico sobre as mamas pode influenciar no sucesso deste processo em virtude dos mecanismos envolvidos não apenas no início da produção do leite, mas também na retirada do mesmo pelo recém-nascido e manutenção da produção em volume suficiente. Felizmente, os procedimentos menores, que não envolvem os mamilos, geralmente não influenciam na lactação por atingirem pequenos segmentos mamários. Quanto às cirurgias maiores, podemos ter lesões de ductos ou mesmo secção de unidades produtoras de leite ou mesmo a via de acesso pode influenciar no fluxo de leite e dificultar a produção e ou retirada do leite. Apesar disto, na quase totalidade dos casos, nunca devemos afirmar que uma paciente não poderá amamentar até que chegue

aos primeiros cinco a dez dias pós-parto, quando poderemos avaliar definitivamente a capacidade de produzir e garantir um fluxo adequado de leite para o recém-nascido. Devemos então manter um otimismo responsável, estimulando a paciente a tentar, mas ao mesmo tempo procurando prepará-la para a possibilidade de insucesso de forma que não haja frustração e sentimento de culpa no caso de insucesso.

Mamoplastia Redutora

Em relação à mamoplastia redutora são várias as técnicas utilizadas, pois não há uma técnica única que se aplique a todos os tamanhos e formas mamárias não sendo possível generalizar a sua influência na amamentação. Tendo em vista que as técnicas geralmente envolvem grandes incisões, disseções de retalhos de pele, mobilização de complexo aureolo mamilar e todo o processo cicatricial posterior, podemos ver que há muitos fatores que podem influenciar a futura amamentação. Para analisar a possível influência, será necessário saber o tamanho anterior das mamas, a técnica empregada, curso da cicatrização e possíveis complicações pós-operatórias ocorridas. Caso a paciente tenha amamentado anteriormente é necessário obter informações sobre o início e transcurso da amamentação.

Principais possibilidades de transtornos da amamentação

Redução de parênquima – a quantidade de redução do parênquima será determinada pelo volume prévio das mamas e a expectativa da paciente. As técnicas de mamoplastia redutora via de regra incluem retirada de um triângulo do tecido da junção dos quadrantes inferiores da mama, uma região pobre em unidades produtoras de leite, o que diminui o impacto sobre a produção de leite, tornando esta uma complicação pouco frequente exceto para mamas muito grandes e que a paciente deseja grande redução o que leva a necessidade de ressecção de porção maior de tecido mamário, incluindo grande parte ou todo o quadrante central, o que diminui muito o parênquima remanescente aumentando a possibilidade hipogalactia. Tendo sido diagnosticado o quadro de hipogalactia, e desde que esteja comprovada a permeabilidade das vias condutoras de leite, a conduta será a estimulação, com mamadas mais frequentes, assim como retirada de leite esvaziando a mama completamente de forma a manter a produção de leite. Para isto, é fundamental a atuação em conjunto com o pediatra de forma a garantir a nutrição adequada do recém-nascido, complementando as mamadas em caso de necessidade.

Transposição de complexo aureolo-mamilar – este procedimento tem como potencial consequência diminuição da sensibilidade, diminuição da irrigação sanguínea e lesão de ductos que podem diminuir o estímulo comprometendo a produção láctea ou dificultar a drenagem levando aos quadros de ingurgitamento com drenagem insuficiente. Lembramos sempre que os ductos mamários são em número de oito a doze, cada um responsável pela drenagem de uma unidade produtora de leite e que por uma questão de defesa contra infecções eles não se anastomozam, ou seja, em caso de fibrose com obstrução de um ducto, aquela unidade não tem como escoar sua produção de leite caracterizando o ingurgitamento periférico, se apresentando como uma área dolorosa, endurecida e hiperemiada em forma triangular com o vértice na direção do mamilo e abrindo em direção a periferia de onde deveria estar fluindo o leite que está represado. Esses casos devem ser acompanhados e caso a produção das unidades restantes seja suficiente, a amamentação pode prosseguir tendo em vista que

na unidade com obstrução haverá absorção do leite e diminuição da produção láctea pela liberação local do fator inibidor da lactação. Nos casos que envolvem mais de uma unidade dificilmente será possível a amamentação. A transposição pode envolver ainda lesão de ductos principais o que pode ser evidenciado por exame clínico, avaliando-se a região retroareolar pela palpação e constatando a dissociação entre o mamilo e parênquima, o que inviabiliza qualquer tentativa de amamentação. Lembramos ainda que a transposição do complexo aureolo mamilar leva essa região a ter uma circulação terminal então é necessário muita atenção ao conduzir casos de mastite nessas pacientes envolvendo a região.

Lesão de ductos – a lesão de ductos pode levar ao quadro de galactoceles, em que o leite produzido não alcança o mamilo, se acumulando em lojas no interior da mama predispondo aos quadros infecciosos, pois sendo o leite rico em proteínas e açúcar, caso haja contaminação este será um excelente meio de cultura. As galactoceles pequenas, de até dez ml geralmente são apenas acompanhadas e as mais volumosas podem indicar necessidade de punção, não havendo, entretanto, garantias que não voltarão a se encher novamente. A conduta definitiva nestes casos dependerá do ritmo de enchimento, podendo exigir novas punções ou suspensão da lactação.

Cicatrização interna – as consequências dos processos cicatriciais são imprevisíveis, principalmente nos casos em que há hematomas, seromas ou processos infecciosos no pós-operatório, então precisaremos avaliar caso a caso, podendo ainda haver grandes diferenças na cicatrização interna das duas mamas.

Mamoplastia de aumento

Mamoplastia de aumento ou ampliação com inclusão de próteses mamárias é uma intervenção cosmética para ampliar o tamanho e o contorno de mamas pequenas. As indicações principais são mamas assimétricas, mamas que tiveram seu tamanho reduzido após a amamentação e mamas pequenas que apresentam discreta ptose. Também é muito utilizada para corrigir defeitos congênitos, como a amastia uni ou bilateral congênita ou hiatrogênica e para corrigir a amastia provocada pela mastectomia, no tratamento ou na prevenção primária do câncer de mama. Em mais de 90% dos casos o que se busca é a estética pura, sem uma necessidade médica. O percentual restante é proveniente das cirurgias para reconstrução após o tratamento cirúrgico do câncer mamário. As cirurgias reconstrutoras têm como função principal a manutenção da estética e a melhora da autoestima da paciente, que numa análise mais profunda, serão fundamentais para o sucesso do tratamento geral e nesses casos de reconstruções por tratamento de câncer a possibilidade de influenciar a amamentação é menos significativa, tendo em vista a idade média das pacientes com câncer de mama ser acima de 50 anos, então a maioria dessas pacientes não estará mais em idade reprodutiva.

Considerando-se o número crescente de mulheres que se submetem à mamoplastia de aumento e em idades cada vez mais baixas, já na adolescência, a preocupação com diagnóstico de complicações das mamas submetidas ao aumento é cada vez mais frequente nos consultórios dos Ginecologistas e Obstetras, pois serão eles os primeiros a detectar um problema, seja através do exame clínico das mamas, seja através dos exames de imagem. Todos devem estar atentos, pois o exame das mamas com próteses tem suas particularidades e exige maior atenção e incidências especiais na mamografia para a detecção de alterações no tecido mamário propriamente dito.

A mamoplastia de aumento utiliza próteses ou implantes preenchidos com gel de silicone ou com solução salina. A cirurgia pode apresentar ótimos resultados e com baixo índice de complicações, principalmente após o surgimento de novas próteses de silicone em gel revestidas com membranas porosas texturizadas ou com espuma de poliuretano. As próteses de superfície lisa estão em desuso, pois apresentam uma porcentagem maior de complicações, como a contração capsular. Além do material utilizado na superfície das próteses, os diferentes “perfis” dos implantes também colaboraram para resultados estéticos melhores.

Prótese mamária e aleitamento

A mama como unidade produtora de leite tem na sua integridade e funcionalidade, aliadas a uma mulher motivada, a base para uma amamentação bem-sucedida. O preparo para a amamentação começa já no início da gestação. Temos na dilatação das veias superficiais da mama, a rede de Haller, um dos primeiros sinais de probabilidade da gestação. E a adaptação continua com a hiperplasia das glândulas e aumento do volume sanguíneo circulante nas mamas em até 10 vezes, aumentando com isto o volume e o peso das mamas. Do ponto de vista anatômico e funcional, as condições para o aleitamento incluem:

- Integridade da unidade produtora de leite;
- Integridade das vias coletoras (ductos);
- Permeabilidade dos seios galactóforos e mamilos;
- Espaço para expansão do volume durante a gestação e “descida” do leite.

Ao nos depararmos com uma paciente com prótese mamária, o histórico da cirurgia é fundamental para avaliarmos a possibilidade de aleitamento e também para a abordagem dos possíveis problemas apresentados. Inicialmente é necessário saber a técnica e via de acesso utilizadas, pois isto varia não apenas com tamanho e forma da mama no pré-operatório, mas também depende da preferência do cirurgião. Nos casos de mamas pequenas e flácidas, geralmente a técnica consiste na inclusão de prótese submuscular por via inframamária, periareolar, transareolar e, mais recentemente, tem sido utilizada também a via axilar, embora em pequeno número. Nos casos de mamas grandes e flácidas, muitas vezes é associada a técnica da mamoplastia redutora com a inclusão da prótese, sendo que nestes casos temos uma prevalência maior de problemas com futura amamentação, pois teremos os riscos inerentes à mamoplastia redutora assinalados acima adicionados a presença da prótese.

Volume mamário

Tendo em vista a necessidade de expansão da mama durante a gestação para se preparar para a produção de leite com aumento progressivo da irrigação sanguínea e hiperplasia glandular conforme assinalado acima, a presença da prótese exercerá influência negativa nesse fenômeno, embora a repercussão clínica seja muito menos frequente que se esperaria. A prótese ocupa parte do espaço que a mama ocuparia com a expansão, dificultando esse processo. O quadro encontrado é de dor mamária, iniciada principalmente no período de descida do leite, entre 2 e 5 dias pós-parto. A dor é de

moderada a acentuada, se confundindo com o ingurgitamento precoce, e com tendência a melhora após o estabelecimento da lactação. Ao exame, a paciente apresenta a mama endurecida, tensa, pele brilhante pela distensão, sendo difícil a palpação de unidades produtoras de leite e com escassa drenagem de colostro. O tratamento será à base de sustentação adequada para melhorar o retorno venoso e linfático além de analgésicos. A melhora esperada é até o quinto dia e caso isto não ocorra deverá ser considerada a hipótese de que a amamentação não será bem-sucedida. Já presenciamos casos em que a dor chega a ser insuportável, indicando necessidade de enfaixamento mamário compressivo, restrição da ingestão hídrica e diuréticos em pequenas doses. Nos casos de difícil resolução a amamentação não deve ser retomada.

Permeabilidade de seios galactóforos e mamilos

Conforme assinalado no item “Mamoplastia redutora”, os casos de obstrução das vias periféricas serão evidenciados por uma produção de leite sem drenagem, ou seja, passada a fase de ingurgitamento inicial consegue-se palpar e massagear as unidades produtoras de leite, porém não há saída de leite pelos mamilos. Muitas vezes ao apalparmos a região retroareolar, verificamos verdadeira desconexão entre o mamilo e o parênquima e neste caso não há possibilidade dessa paciente vir a amamentar

Vias coletoras (ductos)

As técnicas de inclusão de prótese que passam pelo parênquima têm o potencial de lesar ductos podendo os mesmos permanecerem abertos para o interstício ou sofrerem processo de fibrose com obstrução. Os ductos abertos podem levar a galactoceles durante a lactação, pois o leite se acumulará em bolsas formadas no interior da mama conforme visto no item mamoplastia redutora.

As lesões de ductos podem levar ainda ao que denominamos “drenagem reversa”, em que o leite é drenado para a cavidade em que se situa a prótese, permanecendo o leite entre a cápsula e a prótese. Nos últimos 3 anos tivemos cinco casos dessa ocorrência. A apresentação é basicamente assimetria mamária que persiste após tentativa de esvaziamento com massagem, expressão e utilização de bombas tira leite. O caso a seguir mostra uma paciente com mamoplastia de aumento com inclusão de prótese há 4 anos pela via inframamária e no oitavo dia pós-parto começou a apresentar assimetria mamária e dor discreta. Sem sinais inflamatórios, sem outras alterações locais. Após 2 dias procurou banco de leite que realizou massagens, esvaziamento e recomendou uso de bomba tira leite que a paciente utilizou sem sucesso. Exame clínico mostrava parênquima palpável sem ingurgitamento. Realizado ultrassom que revelou grande volume líquido em torno da prótese. Submetida à punção, revelou tratar-se de leite. Mantido o dreno por oito dias e mais duas punções posteriores possibilitaram a manutenção da amamentação e preservação da prótese.

Infecção por Mycobacteria de crescimento rápido

Trata-se de mycobacteria atípica, não tuberculosa (Grupo 4 de Runyon de micro-organismos oportunistas), com baixo poder de agressão, encontrada no solo e água, mesmo em água potável de uso diário. São resistentes aos antibióticos comuns e encontradas em alguns casos de infecções pós-operatórias. Responsável por quadro de infecção que ocasionou surto em pacientes submetidas à laparoscopia e que ocasionou

mudança da rotina de esterilização de material para o procedimento no Brasil em 2008.

Outro grupo de infecções causadas por esses agentes é a infecção após inclusão de próteses, tendo em vista a baixa da imunidade local com formação de filme na periferia da prótese onde a mycobactéria se desenvolve. Em pacientes submetidas à inclusão de próteses mamárias, houve também um grande número de casos no Brasil entre 2006 e 2008, principalmente no Espírito Santo e Rio de Janeiro sem que houvesse relato na época de casos relacionados com amamentação.

Casos Clínicos

A figura 1 a seguir mostra caso em que a paciente que teve gravidez quatro anos após mamoplastia redutora e durante episódio de mastite puerperal apresentou necrose do complexo areolomamilar, necessitando debridamento extenso com perda de mais de 80% da mama.



Fig 1 - MAS 27 anos, mamoplastia há 4 anos e parto há 18 dias. (foto arquivo Antonio Lages)

Paciente, após seis anos da realização da mamoplastia e quinze dias após o parto, começou a apresentar assimetria mamária e dor. Não havia sinais inflamatórios, o que levou a suspeita de ingurgitamento que não foi comprovado ou galactocele. A propedêutica com ultrassom revelou grande volume líquido na cavidade em contato com a prótese. Realizada a punção foi evidenciado líquido esverdeado, viscoso, e a cultura foi positiva para mycobactéria. (Figs. 2-4).



Fig 2, 3 e 4 – MAS, 23 anos, 12 dias pós-parto apresentando coleção láctea junto a prótese. (fotos arquivo Antonio Lages)

Em 3 casos semelhantes ao anterior, em apenas um deles, o líquido não estava em contato direto com a prótese mas em uma loja profunda na cápsula, comprimindo um ponto da prótese (Figs. 5-8).



Fig 5, 6, 7, 8 - EFS 32 anos - mamoplastia há 6 anos - parto há 22 dias (fotos arquivo Antonio Lages) Fig 9, 10 - RAG 23 anos. Mamoplastia há 2 anos. Parto há 18 dias. Abscesso à direita comprimindo a prótese (fotos arquivo Antonio Lages)

Nesses casos, a recomendação é apenas a drenagem e acompanhamento sendo indicado antibioticoterapia apenas em caso de repercussão sistêmica, inicialmente claritromicina por três meses avaliando-se também a retirada da prótese.

Na prática clínica, o mais comum é que ocorra drenagem parcial do leite pelo mamilo e, simultaneamente, aumento desproporcional de uma mama, determinando assimetria importante. A ultrassonografia auxilia no diagnóstico diferencial entre acúmulo de leite entre a prótese e a cápsula fibrosa; dificuldade de escoamento do leite e mesmo carcinoma inflamatório da mama. A sequência de fotos abaixo ilustra um caso em que o leite se acumulou entre a prótese e a cápsula fibrosa. (Figs. 9-10). Após drenar 300 ml de leite nesse compartimento, foi possível preservar a prótese com a utilização de antimicrobianos, massagem e drenagem diária do leite.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade RA, Coca KP, Abrão AC. Breastfeeding pattern in the first month of life in women submitted to breast reduction and augmentation. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(3):239-244.
2. Barros ACDS, Silva HMS, Dias EM. *Mastologia: Conduas*. 1ed., Rio de Janeiro; Revinter, 1999.
3. Bastos EM, Neto MS, Alves MT, Garcia EB, Santos RA, Heink T, et al. Histologic analysis of zafirlukast's effect on capsule formation around silicone implants. *Aesthetic Plast Surg*. 2007; 31(5):559-65.
4. Becker H, Springer R. Prevention of capsular contracture. *Plast Reconstr Surg*. 1999; 103(6): 1766-74.
5. Chiummariello S, Cigna E, Buccheri M, Dessy LA, Alfano C, Scuderi N. Breastfeeding after reduction mammoplasty using different techniques. *Aesth Plast Surg*. 2008;32:294-7.
6. Dornaus MF. A experiência de amamentação de um grupo de mulheres com mamoplastia redutora e de aumento [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
7. Harris JR, Lippman ME. *Diseases of the breast 4ed*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
8. Hughes V, Owen J. Is breast-feeding possible after breast surgery? *MCN Am J Matern Child Nurs*. 1993;18:213-7.
9. Hurst NM. Lactation after augmentation mammoplasty. *Obstet Gynecol*. 1996;87:30-4.
10. Neifert M, DeMarzo S, Seacat J, Yong D, Leff M, Orleans M. The influence of breast surgery, breast appearance and pregnancy induced breast changes on lactation sufficiency as measured by infant weight gain. *Birth*. 1990;17:31-8.
11. Souto GC, Giugliani ER, Giugliani C, Schneider MA. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding performance. *J Hum Lact*. 2003;19:43-9.

11. Intercorrências Maternas Gerais

Silvia R. Piza F. Jorge, Corintio Mariani Neto

Algumas condições maternas requerem cuidados em relação ao aleitamento materno.

No que se refere aos processos infecciosos que acometem a puérpera, a maioria não impede o aleitamento materno.

Deve-se considerar ainda a proteção que o aleitamento natural confere ao recém-nascido, considerando-se o fato do leite materno conter elementos protetores como anticorpos e substâncias anti-inflamatórias, imunomoduladoras, o que confere proteção ao neonato à maioria dos quadros infecciosos, e tende minimizar a severidade dos mesmos, especialmente quando se tratar do aleitamento materno exclusivo.

Entre os processos infecciosos, destacamos aqueles mais frequentes, ou que merecem algumas considerações especiais:

Gripe/resfriado: os cuidados devem ser com a higiene das mãos. O uso de máscara cobrindo o nariz e a boca da nutriz é recomendado para evitar a propagação de fômites.

Dengue: também não existe contraindicação para a amamentação, salvo nos casos em que a condição materna não permitir temporariamente o aleitamento.

Citomegalia: não contraindica a amamentação, pois o leite materno que contém o vírus frente à infecção materna contém também os anticorpos, com risco pequeno de contaminação do recém-nascido. Embora ainda não consensual totalmente, há quem sugira a pasteurização do leite a 62,5° por 30 minutos, o que inativa o vírus, ou o congelamento a -20° por sete dias, o que reduz a carga viral, antes de ser oferecido ao recém-nascido. No caso de prematuros, com sorologia materna positiva, a suscetibilidade à doença aumenta, e o aleitamento poderia ser repensado. Contudo, mais estudos devem ser realizados sobre o assunto antes de se modificar a recomendação atual que permite a amamentação nessa situação.

Sarampo: isolamento materno temporário após 72 horas do início do aparecimento do rash por período curto é recomendado. O recém-nascido deve receber imunoglobulina específica, e o leite materno deve ser ordenhado e oferecido após esse procedimento.

Caxumba: transmitida por meio de gotículas ou fômites, raramente afeta crianças até 1 ano em função da transmissão passiva de anticorpos maternos pela placenta. Nos casos de susceptibilidade materna, e infecção no período de aleitamento, geralmente o contágio ocorre sete dias antes do aparecimento dos sintomas, portanto, o aleitamento não deve ser interrompido, considerando-se que IgAs presentes no leite materno ainda podem minimizar os sintomas no lactente.

Rubéola: não contraindica o aleitamento na vigência de infecção aguda materna e também frente à imunização da lactante.

Herpes simples: na ausência de vesículas nas mamas, o aleitamento natural não está contraindicado. Contudo, na presença de vesículas na mama, o leite deverá ser ordenhado e oferecido em copinho até que as mesmas estejam completamente secas. A higiene das mãos não deve ser descuidada, e na presença de vesículas periungueais, o manuseio do recém-nascido deve ser restrito, a despeito do uso de luvas, pois o risco de contaminação é grande. Ainda, o uso de máscaras é recomendado na presença de lesões nasais ou labiais.

Hepatites:

Hepatite A: aleitamento materno e administração de imunoglobulina ao recém-nascido.

Hepatite B: o aleitamento materno é liberado após o recém-nascido receber imunoterapia passiva, ou seja, imunoglobulina específica contra o vírus nas primeiras 12 horas de vida; e imunoterapia ativa, com a 1ª dose de vacina.

Hepatite C: até o momento, estudos apontam para o fato de não existir aumento nas taxas de transmissão do HCV para o recém-nascido por ocasião do aleitamento materno que, portanto, não está contraindicado, exceto em casos de coinfeção com HIV e/ou insuficiência hepática grave. Contudo, a prevenção de fissuras mamilares é importante, visto que o contato do recém-nascido com o sangue materno ainda tem papel desconhecido na transmissão da doença.

Varicela: apenas quando for adquirida no período compreendido entre os últimos cinco dias da gestação e os dois primeiros do pós-parto, o recém-nascido deverá ser separado da mãe. Nesta fase, existe o perigo da exposição do lactente ao contato íntimo prolongado e repetido, o que vale tanto para a amamentação no peito quanto para o uso de mamadeira. O recém-nascido deverá receber imunoglobulina específica contra varicela e receber o leite materno ordenhado, desde que não existam lesões contaminantes nas mamas. Uma semana após o aparecimento da doença surgem as crostas e a criança pode então mamar no peito. Quando a doença iniciar fora do período acima descrito, isto é, mais de cinco dias antes ou mais de dois dias depois do parto, não é necessário separar mãe e filho. Em relação à vacinação materna para gestantes sem soro conversão anterior, experimentos têm mostrado não ocorrer excreção do vírus pelo leite materno, e, portanto, a mesma pode ser praticada sem prejuízo à amamentação.

Infecção pelo HIV/HTLV: de acordo com o Ministério da Saúde, constitui contraindicação absoluta ao aleitamento materno, assim como ao aleitamento cruzado, sendo obrigatório o aleitamento artificial em função do risco de transmissão vertical. O diagnóstico e o tratamento devem ser realizados o mais precocemente possível e a lactação deve ser suprimida imediatamente após o parto, pois o risco de transmissão é alto (7% a 22%) e renova-se a cada mamada.

Contudo, algumas considerações devem ser feitas:

- Apesar de o aleitamento materno ser contraindicado nos países industrializados, ele é permitido em situações de pobreza extrema, em que os seus benefícios superam os riscos da transmissão vertical.

- A terapia antirretroviral para a mãe e bebê reduz a transmissão do HIV mãe-filho pelo leite materno, principalmente quando se trata de terapia tripla altamente ativa (HAART), contudo, mais estudos são necessários.
- Com aleitamento misto (peito e mamadeira), o risco de transmissão vertical é maior do que com aleitamento materno exclusivo.
- A pasteurização do leite materno (a 62,5°C) realizada por Bancos de Leite Humano destrói o HIV.

Concluindo, futuras pesquisas poderão (ou não) modificar estas recomendações.

Infecções de vias urinárias: não contraindicam o aleitamento materno, e o tratamento do quadro infeccioso deve ser feito simultaneamente.

Toxoplasmose aguda: não tem sido relatados casos de transmissão durante a amamentação, sendo a transmissão vertical relacionada com a infecção placentária antenatal. O tratamento específico deve ser realizado concomitantemente, e não interfere com o aleitamento.

Malária: o tratamento deve ser simultâneo ao aleitamento materno, que deve ser mantido.

Sífilis: poderá ocorrer transmissão durante o aleitamento apenas se houver lesão mamária por sífilis. Em qualquer fase da doença, recomenda-se a terapêutica penicilínica de ambos (mãe e recém-nascido) realizada simultaneamente ao aleitamento materno.

Gonorreia: a transmissão vertical pode ocorrer via placentária, no parto ou pós-parto; as mamadas devem ser iniciadas apenas 24 horas após o início do tratamento materno específico. Logo após o parto, o recém-nascido receberá o nitrato de prata ocular rotineiro e penicilina sistêmica.

Tuberculose pulmonar: na forma ativa, com diagnóstico exato, fundamentado no quadro clínico, radiografia de tórax, pesquisa de BK no escarro e reação de Mantoux; o risco de contágio reside na exposição do recém-nascido ao contato íntimo prolongado e repetido, o que vale tanto para amamentação no peito quanto para mamadeira. Portanto, deve-se oferecer o leite materno ordenhado, que é isento de bacilos. O contato direto é permitido após, no mínimo, duas semanas de tratamento, com melhora do quadro clínico e negatificação do BK no escarro. Cuidados com a higiene, e uso de máscaras é recomendado, assim como administração de isoniazida para o recém-nascido na dose de 10 mg/Kg/dia durante três meses.

Doença de Chagas: a transmissão vertical da doença pode ocorrer em percentuais variáveis (0,5%-10,0%) em qualquer estágio clínico, e excepcionalmente por meio da amamentação, o que não contraindica a mesma, a não ser que exista sangramento do mamilo, onde a ordenha e pasteurização do leite pode ser recurso temporário.

Hanseníase: na forma contagiante, (forma não tratada ou em tratamento com sulfona há menos de três meses ou com rifampicina há menos de três semanas),

a amamentação pode ocorrer com alguns cuidados. Nestes casos, as mãos devem ser lavadas rigorosamente, os tecidos em contato com o recém-nascido desinfetados, e o uso de máscara é obrigatório. O tratamento deve seguir simultaneamente. Na forma não contagiante, a amamentação ocorre sem restrições.

Além das infecções, outras condições maternas podem interferir com a amamentação.

O aleitamento materno pode ser interrompido temporariamente, quando da necessidade de realização de exames de contraste com radioisótopos como tecnécio, gálio, iodo, entre outros. Nestes casos, o leite materno pode ser armazenado previamente e oferecido ao recém-nascido; e após o exame, o leite materno deve ser ordenhado e desprezado regularmente por período de 15 horas até duas semanas, na dependência do radioisótopo utilizado.

Quanto ao uso de medicamentos na amamentação, a maioria é secretada pelo leite, porém em pequenas quantidades.

Na terapia antimicrobiana o imipenem (betalactâmico), a claritromicina (macrolídeo), a norfloxacina (quinolona) devem ser evitados durante o aleitamento.

Assim também são contraindicadas na amamentação as drogas citotóxicas e antineoplásicas; e nos casos em que o consumo de álcool pela lactante não pode ser controlado.

Maiores detalhamentos quanto ao uso de medicamentos e drogas durante a amamentação segue em capítulo específico.

Mulheres com câncer de mama, tratadas ou em tratamento também apresentam contraindicação a amamentação.

LEITURAS SUPLEMENTARES

- Camelo Jr JS, Motta MSF. Passagens de agentes infecciosos pelo leite materno. In: Del Ciampo LA, Ricco RG, Nogueira de Almeida CA, editores. Aleitamento materno. Passagens e transferências mãe-filho. São Paulo: Editora Atheneu; 2004. p. 43-54.
- Costa MM, Walker APG, Schechter M. Doenças infecto-contagiosas e amamentação. In: Santos Júnior LA, editores. A mama no ciclo gravídico-puerperal. São Paulo: Editora Atheneu; 2000. p. 151-6.
- Ferreira CS, Amato Neto V, Gakiya E, Bezerra RC, Alarcon RSR. Microwave treatment of human milk to prevent transmission of Chagas disease. Rev Inst Med Trop S Paulo. 2003;45:41-2.
- Hill JB, Sheffield JS, Kim MJ, Alexander JM, Sercely B, Wendel GD. Risk of hepatitis B transmission in breastfed infants of chronic hepatitis B carriers. Obstet Gynecol. 2002;99:1049-52.

- Lamounier JA, Moulin ZS, Xavier CC. Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. J Pediatr (Rio J). 2004;80(5 Supl):S181-S188.
- Lawrence RM. Transmission of infectious diseases through breast milk and breastfeeding. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editors. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 5th ed. St. Louis, MO: Mosby; 1999. p. 563-616.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/ AIDS. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília, DF. 2004. Série Manuais No. 46.

12. Principais Intercorrências Neonatais

Rui de Paiva, Fátima Maria Bessa Lafayette, Teresa Cristina Semer

“É muito comum que uma mãe passe anos de sua vida tentando curar esse ferimento que na verdade foi causado por nós quando, desnecessariamente, interferimos em algo que, de tão simples, não parecia ser importante”. *D. W. Winnicott*

Introdução

Em nossa cultura judaico-cristã o ciclo grávido-puerperal pode se constituir em momento de crise. Toda crise gera tensão e sabemos que a tensão inibe a ejeção do leite, causando a busca de alternativas para o aleitamento materno.

Já é patente que as razões para a decisão sobre a amamentação, sua duração, seu êxito ou fracasso, são múltiplas e complexas, envolvendo fatores físicos, psicológicos e socioculturais. A transmissão de informações sobre as vantagens do leite materno, o apoio às mulheres nutrizas e as prescrições de profissionais de saúde devem, necessariamente, levar em conta esse conhecimento. O contrário tem como consequência apenas produzir sentimento de culpa nas mães e o fracasso do aleitamento.

Na abordagem, desde o pré-natal, é fundamental ouvir a mulher sobre seus planos, fantasias, necessidades, circunstâncias familiares e sociais, experiências prévias em amamentação, compreendendo-a e apoiando-a.

A produção do leite se ajusta às necessidades do bebê ou, no caso, dos bebês. Em casos de gêmeos, é fundamental que a mulher seja apoiada para que consiga administrar o receio de não “dar conta” de duas crianças, bem como o cansaço decorrente do manejo das mesmas (principalmente mulheres sem experiência maternal prévia).

Equipes interdisciplinares, que consigam superar a postura meramente prescritiva, podem estar mais bem preparadas para essas tarefas. Apoiar, ouvir sem julgar, não interferir autoritariamente, são atitudes capitais para que a mulher encontre saídas para a solidão tensa que, muitas vezes, o início da nova tarefa lhe reserva. A distância entre a equipe de saúde e a puérpera (ou, pelo menos, as necessidades dela) é, com frequência, a grande intercorrência neonatal no processo de amamentar. Empatia é, portanto, a palavra chave.

Bebês normais

A maioria das gestações termina, evidentemente, em crianças normais e saudáveis. Nessas, portanto, estarão em maior número os problemas que descrevemos abaixo.

Grande parte deles terá origens diversas e final comum: o ingurgitamento mamário doloroso, com ou sem fissura mamilar. Evitá-lo – e sua complicação que pode ser terrível, a mastite com abscesso – é prova de eficiência na abordagem do puerpério.

Bebê que “não sabe mamar”

Ao contrário da ideia corrente de que mamar é intuitivo, alguns bebês têm dificuldade para mamar ao nascer, necessitando de ajuda num primeiro momento.

Há evidências de que o contato precoce logo após o nascimento é poderoso auxílio no estabelecimento de vínculo afetivo entre mãe e bebê. As horas iniciais são como que uma janela de facilitação se houver contato físico, que pode incluir a primeira sucção. Isso facilita a superação ou impede a ocorrência de problemas como essa dificuldade inicial ou outros, como fissuras, apojaduras dolorosas, etc.

Formas de manifestação: o bebê suga seu lábio inferior ou a língua; a sucção é fraca, a língua apenas tremula; suga só o mamilo, causando rachaduras; a mama está ingurgitada e o bebê não consegue abocanhá-la e fazer a pega adequada.

Nos dois primeiros casos, treinar a sucção antes de cada mamada.

Nas duas últimas, orientar a mãe a ordenhar o leite a fim de amolecer o peito, para que o bebê possa abocanhá-lo (fazer a pega correta). Ela deve colocar o máximo de aréola na boca do bebê, pinçando a mama (entre o polegar e indicador) ao fazer a introdução. Se necessário, puxar o queixo para baixo a fim de aumentar a abertura da boca.

Essas intervenções devem ser feitas com muito cuidado e paciência, evitando interferir desnecessariamente e desautorizar o que a mãe e o bebê estão tentando fazer.

Bebê que não consegue manter a pega

Confusão de bico: comum, pelos motivos acima. A postura dos lábios e língua será diferente na sucção do peito e de bicos artificiais, gerando mamadas ineficazes e fissuras mamilares, além de um bebê faminto. Treinar a sucção¹ e eliminar fatores de confusão.

Obstrução nasal: por obstrução verdadeira ou por posição incorreta, quando o bebê é colocado com a cabeça fletida em relação ao peito. Nos dois casos corrigir as causas. Aspiração intempestiva de VAS no momento do nascimento pode ser causa importante.

Posição incorreta do bebê em relação às mamas: principalmente quando a mãe tem uma mama volumosa e o bebê está sempre “perdendo o bico”: Ajudar a mãe a posicionar melhor o bebê (“olhar de frente” para o mamilo), às vezes até usando um apoio (travesseiro) para melhor acomodação.

Bebê engasga: situação com a mama muito cheia em que, quando se dá o reflexo de ejeção, sai muita quantidade de leite. O bebê engasga e tende a soltar o peito. Orientar a mãe esvaziar um pouco o peito antes da mamada.

Bebê chorão

Algumas maternidades mantêm a conduta de oferecer solução glicosada em chuquinha, mamadeiras com chá, não fazem restrições às chupetas. O bebê recebe um atendimento que se pretende tecnicamente eficaz, com longas aspirações de vias aéreas ao nascer, períodos de horas de separação para observação, incluindo sono noturno no berçário. Todas essas condutas podem interferir no estabelecimento do vínculo e/ou início/manutenção do aleitamento.

Treinamento da sucção é feito pelo profissional de saúde e a mãe. A técnica consiste em colocar o dedo indicador na boca do bebê, alcançando a junção do palato duro com o mole, com a unha voltada para baixo, estimulando com movimentos para cima e para baixo. Fazer sempre antes de colocar o bebê ao seio.

O bebê deve estar com o rosto de frente para o peito, com a barriga voltada para a barriga da mãe. A aréola deve estar quase toda dentro da boca do bebê e o queixo encostado na mama. Ao sugar, os lábios estarão evertidos (“boca de peixinho”), a língua debaixo do mamilo e as bochechas ficarão redondas.

O Bebê chorão saudável com bom ganho de peso: verificar condições físicas do RN. Excesso ou falta de agasalho, fraldas molhadas, excesso de ruído, de

luz, necessidade de colo, de aconchego ou de mamar. Para o bebê, o princípio da vida extrauterina é uma sequência interminável de novidades, que podem causar desconforto, insegurança. Por isso precisam de colo: proteção, aconchego, segurança, alimento. É importante que tenham colo e possam chegar a ele sempre que necessário, ao contrário do senso comum de que vão ficar “manhosos” ou mal acostumados.

Há bebês naturalmente mais “difíceis” do que outros. Os casos de muita dificuldade, afastadas as possibilidades de problemas físicos, precisam de especialistas que possam avaliar a relação mãe-bebê e cada um deles individualmente.

O Bebê chorão com ganho de peso insuficiente: tranquilizar a família e avaliar a mamada no que se refere à pega e posicionamento do bebê².

Na sucção não efetiva o bebê não apresenta pega, necessitando de observação e cuidados com a mamada. Sugar não é ordenhar! A sucção é reflexo e a ordenha necessita ser aprendida. Verificar eventuais problemas físicos que possam atrapalhar ganho de peso. Apoio e compreensão em “tempo integral”.

A produção do leite se ajusta às necessidades do bebê ou, no caso, dos bebês. Em casos de gêmeos, é fundamental que a mulher seja apoiada para que consiga administrar o receio de não “dar conta” de duas crianças, bem como o cansaço decorrente do manejo das mesmas (principalmente mulheres sem experiência maternal prévia).

Gêmeos

A princípio pode ser melhor amamentar os dois ao mesmo tempo visando uma maior produção de leite. A posição para amamentar será escolhida pela mãe, podendo ser os dois mantidos em posição paralela ou cruzando as pernas dos bebês ou na posição invertida (“bola de futebol americano”).

Uma vez estabelecida a amamentação, a mãe pode optar por amamentar o bebê que acordar primeiro e oferecer uma mama para cada bebê. Caso haja diminuição da produção de leite, a mãe pode ser orientada a retornar a mamada em dupla novamente.

² *O bebê deve estar com o rosto de frente para o peito, com a barriga voltada para a barriga da mãe. A aréola deve estar quase toda dentro da boca do bebê e o queixo encostado na mama. Ao sugar, os lábios estarão evertidos (“boca de peixinho”), a língua debaixo do mamilo e as bochechas ficarão redondas.*

Bebê dorminhoco

O bebê é levado ao seio, mas não apresenta interesse para mamar devido ao estado de sonolência. Descartar alguma possível patologia no bebê ou sedação devido ao uso de medicação pela mãe no parto ou pós-parto.

Alguns bebês são simplesmente mais sonolentos que outros. Essas crianças tendem a fazer um horário de mamadas mais espaçadas ou fazer mamadas de curta duração. Em casos extremos, acordar o bebê para mamar, procurando que ele esvazie ao menos um dos seios (o leite posterior é mais rico em gorduras).

Bebês com outras necessidades

Bebê Prematuro

Crianças prematuras são especiais, bem como seus pais. A prematuridade envolve menos habilidades neuropsicológicas para lidar com o mundo novo. Os adultos estão despreparados para a chegada do bebê, têm receio de que morra, podem ficar confusos entre amar o bebê e proteger-se de uma perda. A distância física imposta por necessidades terapêuticas, é grande obstáculo para superação dos problemas. Há evidências de que pode comprometer o desenvolvimento físico do bebê.

Condutas com relação à mãe: encorajar o mais precocemente possível o contato do bebê com a mãe, facilitando, assim, o vínculo mãe/filho, além de proporcionar estimulação da glândula mamária. Supervisão discreta, apoio, empatia, ambiente acolhedor.

Se o bebê não sugar, a mãe precisará extrair o leite/colostró precocemente e em periodicidade compatível com a manutenção de uma lactogênese adequada.

Condutas em relação ao bebê: as orientações diferem em conformidade com a IG (Idade Gestacional) e peso de nascimento. O leite na xícara deve ser, sempre que possível, leite materno (da própria mãe ou processado por Banco de Leite).

IG < 31 semanas e peso < 1,250: o bebê não sabe sugar nem deglutir. Leite humano por gavagem. Assim que possível, leite na xícara e estimular sucção.

IG entre 31 e 34 semanas e peso entre 1,250 a 1,500: o bebê já consegue deglutir. Treinar sucção, levar o bebê ao peito. Leite na xícara até sucção eficaz.

IG entre 34 a 36 semanas: Iniciar oferecendo o peito. Complementar com leite na xícara, se necessário (pouco ganho ponderal, micções reduzidas).

Pequeno para Idade Gestacional (PIG)

Os bebês PIG's apresentam imaturidade do sistema nervoso central. São geralmente hipotônicos e sonolentos e essa hipotonicidade interfere na pega e ordenha.

Necessitam ser acordados se forem dorminhocos e precisam de um cuidado especial quanto à mamada eficaz. O ato de sugar, nesses bebês, pode ocasionar gasto energético excessivo. Se isso ocorrer, completar a mamada com leite materno ordenhado no copinho.

Bebê de mãe diabética

Com a antecipação do parto pelo Diabetes, poderemos ter bebês imaturos ("gigante de barro"). Estimular a mamada precoce nos 5 dias pós-parto para evitar hipoglicemia neonatal. Realizar monitorização da glicemia no bebê e correção, se necessário.

Bebê hipotônico

Essa situação pode acontecer na Síndrome de Down, bem como outras síndromes genéticas ou cromossômicas.

Orientações: movimentos rápidos com os dedos na bochecha servem para desenvolvimento da musculatura. Treinar a sucção. Colocar o bebê para mamar na posição sentada (a cavaleiro na perna da mãe) e segurar seu queixo com a mão. No início pode ser de ajuda ordenhar o peito na boca do bebê durante a mamada.

Fissura labial e fenda palatina

A mãe deve ser orientada durante a estada na maternidade. Aprendido o manejo da amamentação, esta se torna mais fácil que o uso de mamadeira.

Quando houver fissura labial: extrair um pouco de leite para deixar as mamas mais macias e facilitar a excreção de leite e acomodação do peito à anatomia do bebê. Usar a posição sentada em cavaleiro e segurar a cabeça do bebê com uma mão e a mama com a outra.

Quando houver fenda palatina: a mãe apoia a mama com a palma da mão, pressiona para dentro da boca do bebê e usa o polegar para obliterar a fenda, deixando espaço livre para respiração. Ocasionalmente haverá a necessidade de uso de obliteradores palatinos nas fendas maiores. No início, pode-se oferecer leite ordenhado na seringa com ajuda de sonda.

Razões médicas aceitáveis para a complementação ou substituição do leite humano *

1. Bebês cujas mães sejam HIV+ e não tenham acesso a leite humano pasteurizado;

2. Bebês cujas mães estejam incapacitadas de amamentar por serem portadoras de doenças graves ou por exporem o bebê à situação de risco (psicose, eclampsia, choque);

3. Bebês cujas mães estejam tomando medicamentos contra-indicados na fase da amamentação (Ex.: medicamentos cito tóxicos ou radioativos);

4. Morte materna ou bebê adotado;

5. Bebês com erros inatos de metabolismo (Ex.: galactosemia, fenilcetonúria, doença do xarope de bordo na urina).

* Infant Feeding: The Physiological Basis. Bulletin of the World Health Organization, 67, suppl, 1989.

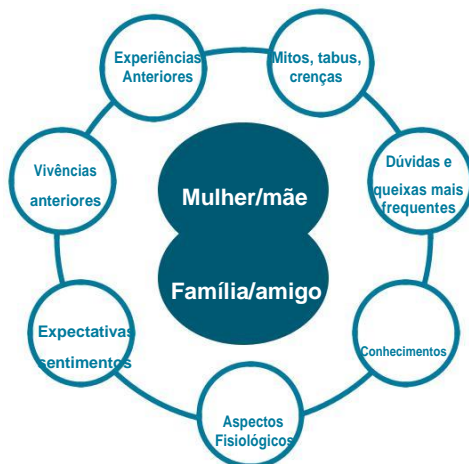
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida, JAG. Amamentação: repensando o paradigma. Rio de Janeiro, 1998. Editora FIOCRUZ.
2. Badinter, E. – Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.
3. Breastfeeding counselling: a training course. Documento não publicado WHO/CDR/93.3±6 (UNICEF/NUT/93.1±4). Disponível sob pedido em Health Systems and Community Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland. Health Organization, 1995, 73: 461±468.
4. Klaus, MH; Kennel JH; Klaus, PH. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre, Artmed Editora, 2000.
5. OMS. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Brasília: OPAS, 2001.

13. Queixas Comuns das Nutrizes

Ana Cristina F. de Vilhena Abrão, Kelly Pereira Coca, Erika de Sá Vieira Abuchaim

A amamentação deve ser compreendida como um processo complexo que envolve não somente a adaptação fisiológica, mas também a mudança do papel da mulher e do homem para tornarem-se mãe e pai de um filho, inseridos em um contexto social.



Nesse sentido, o apoio de profissionais de saúde por meio de aconselhamento no período pré e pós-natal é fundamental para contribuir no sucesso da prática do aleitamento materno. Dentre os aspectos considerados, destacam-se os fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais, como mostra o quadro abaixo.

O processo de amamentação inicia-se após o parto, quando mãe e bebê são colocados juntos para estabelecerem o primeiro contato. A partir daí ambos vão se conhecendo e apreendendo a lidar com as dificuldades. Esta etapa inicial é fundamental para amamentação exclusiva prolongada.

No que se refere às queixas, são frequentes durante a internação e após a alta hospitalar e podem estar relacionadas à mulher e à criança.

Queixas durante o período de internação e após a alta hospitalar

Relacionadas à mulher

1.1 Mamilos invertidos e ou pseudoinvertidos

Algumas mulheres apresentam mamilos malformados com aderências na sua base e presença de tecido fibroso, dificultando a preensão por parte da criança.

Consequências

- Ansiedade e insegurança materna; e
- Dificuldade de preensão correta da região mamilo-areolar.

Intervenções

- Promover a confiança materna;
- Supervisionar uma mamada e verificar o grau de dificuldade da criança;
- Mostrar outras posições para amamentar;
- Sugerir a realização de uma “prega” na aréola para facilitar a preensão da região mamilo-areolar;
- Acompanhar a evolução da criança em relação à dificuldade;
- Realizar o teste de flexibilidade areolar e ordenha se necessário, em situação de apojadura; e
- Caso a criança não consiga mamar, oferecer o leite materno ordenhado.

1.2 Lesões mamilo-areolares

A presença de lesões na região mamilo-areolar é comum na primeira semana pós-parto e está relacionada à:

- Posição inadequada da criança: a mesma se mantém longe do corpo da mãe, desalinhada, com pescoço torcido e o rosto não está de frente para a mama;
- Pega inadequada: quando a criança apreende somente o mamilo;
- Sucção não nutritiva prolongada;
- Mamas túrgidas ou ingurgitadas: o recém-nascido não consegue apreender corretamente a aréola devido à distensão desta região por excesso de leite. Neste caso apreende somente o mamilo, levando-o a traumatizar-se;
- Interrupção inadequada da sucção da criança;
- Disfunções orais na criança, freio de língua excessivamente curto;
- Mamilos malformados e subdesenvolvidos;
- Uso inadequado de bomba de extração de leite; e

- Uso de cremes, óleos, pomadas e/ou medicamentos: podem causar reações alérgicas e ainda, devido à necessidade de serem removidos antes de cada mamada, fazem com que a região mamilo-areolar fique mais sensível e predisposta a lesões.

Consequências

- dor local;
- dificuldade para amamentar;
- ansiedade e medo;
- Ingurgitamento mamário e infecção na mama;
- Diminuição na produção do leite, decorrente de dor, estresse no processo de amamentação e da interrupção da amamentação sem acompanhamento; e
- Início de desmame com a introdução de mamadeiras.

Intervenções

- Corrigir a causa (posicionamento e/ou pega);
- Realizar teste de flexibilidade areolar antes de cada mamada, e quando necessário drenar a região areolar imediatamente antes da mamada;
- Retirar um pouco de leite da mama em quantidade para desencadear o reflexo de ejeção, evitando que a criança sugue com muita força no início;
- Hidratar os mamilos com leite materno;
- Expor os mamilos ao sol;
- Iniciar a amamentação pelo mamilo sadio ou menos traumatizado ou doloroso;
- Sugerir outras posições para amamentar, dentre elas a invertida;
- Considerar a Interrupção temporária da amamentação nos casos de dor intensa. Ordenhar o leite da mama e oferecer no copinho, até que haja cicatrização.

1.3 Ingurgitamento mamário

O ingurgitamento mamário é o excesso de leite nas mamas, comum na fase de apojadura. Pode estar presente em decorrência de amamentação inadequada (início tardio, intervalo longos entre as mamadas, restrição do tempo de sucção), sucção incorreta, uso de sutiã inadequado, obstrução de ductos, malformações mamilares, interrupção da amamentação e o cuidado inadequado das mamas na fase puerperal.

Consequências

- Dor e edema;
- Dificuldade da criança em realizar uma apreensão adequada;
- Traumas mamilares e mastite;
- Preocupação e estresse materno.

Intervenções

- Identificar a causa do ingurgitamento;
- Proceder massagem delicada na mama, com movimentos circulares, especialmente nas regiões endurecidas e dolorosas, no sentido de tornar o leite mais fluido;
- Retirar o leite da mama até o ponto de conforto (ausência de dor);
- Realizar ordenha antes de iniciar a amamentação para obter a flexibilidade areolar;
- Estimular posições variadas de amamentação como invertida, a fim de auxiliar a retirada de leite dos pontos dolorosos;
- Oferecer à mãe apoio emocional e promover medidas de relaxamento;
- Orientar uso de um sutiã firme e bem ajustado ao tamanho da mama;
- Evitar o uso de conchas;
- Não usar calor local; e
- Não suspender a amamentação, pois pode agravar o quadro de ingurgitamento.

1.4 Produção de leite insuficiente (real e referida) ou “leite fraco”

É importante diferenciar a queixa da mulher em relação à qualidade e quantidade do seu leite.

Em relação à qualidade, é comum acharem que o seu leite é fraco, por falta de conhecimento e questões culturais.

Consequências

- Se a mãe ficar insegura quanto ao seu leite, poderá iniciar o desmame através da introdução de outros leites, líquidos ou alimentos.

Intervenções

- Fornecer orientações no sentido de esclarecer a mulher que o seu leite é adequado:
qualidade do leite anterior e posterior, variação normal dos intervalos entre as mamadas, tempo de mamada variável, satisfação da criança na mama, e a representação do comportamento e choro do bebê, por vários motivos além da fome (frio, necessidade de aconchego, ou outras causas).

Com relação à quantidade, essa queixa pode ser real ou referida.

Quando referida, pode ser decorrente da insegurança materna em relação à capacidade de produção de leite, do desconhecimento sobre o volume do colostro, da dificuldade para realizar expressão e ordenha do leite, sensação de flacidez da mama e diminuição do seu volume antes das mamadas; de intervalos muito curtos entre as mamadas, mamadas muito longas e choro frequente da criança.

Consequências

- Desmame precoce pela introdução de leite artificial ou outros alimentos.

Intervenções

- Esclarecer a mãe sobre os problemas decorrentes do uso dos bicos artificiais (confusão de bicos) e complementos (água, chás, outros leites);
- Oferecer conhecimento e informações relevantes que podem tranquilizar a mãe e ajudar a aumentar a confiança.
- Quando a causa é real, a pega incorreta é a principal causa da remoção ineficiente do leite, que leva a diminuição da produção láctea. Acrescido a essa situação está a sucção inadequada ou pouca estimulação da mama (rigidez de horários, intervalos muito longos e/ou pouco tempo de sucção e também a retirada precoce da mamada noturna); o uso de mamadeiras e/ou chupetas levando a uma sucção inadequada; uso de intermediário (bico de silicone); mães tabagistas e usuárias de álcool; insucesso anterior associado à insegurança materna; intercorrências no parto e no pós-parto imediato (retenção placentária, hemorragias); uso de drogas que interferem na produção; cansaço e estresse materno; cirurgia mamária (principalmente as redutoras) e algumas patologias maternas.

Intervenções

- Realizar história detalhada para identificar possíveis causas e procurar corrigi-las;
- Orientar a pega adequada e corrigir os aspectos relacionados a intervalo e tempo de mamada. Deve-se orientar a mãe para colocar a criança para mamar várias vezes, pelo menos 8 a 10 vezes ao dia, e deixá-la sugar por um tempo mais longo;
- Avaliar a efetividade da sucção;
- Monitorar ganho de peso e eliminações da criança;

- Caso haja indicação de complementação, utilizar a técnica de translactação em substituição ao uso da mamadeira.

1.5 Cansaço, preocupação e estresse

As mulheres sentem-se cansadas neste período decorrente da interrupção frequente do sono pelas necessidades do bebê, portanto não conseguem dormir como antes. Novas responsabilidades se apresentam, gerando sentimentos de incapacidade e insegurança.

Consequências

- Sentimento de incapacidade, tristeza, choro frequente e melancolia.

Intervenções

- Orientar a mulher quanto ao descanso diurno e sono noturno. O organismo precisa se adaptar à nova realidade, e este não é um processo rápido. Ela precisa ser orientada a dormir várias vezes ao dia, quando a criança também dorme, pois assim poderá se adaptar à nova situação gradativamente;
- A ajuda de outras pessoas se faz importante e necessária para propiciar o descanso tranquilo da mãe. Afazeres domésticos poderão ser realizados por outras pessoas para que ela possa se dedicar apenas ao cuidado com o filho e amamentação.

1.6 Candidíase mamilo-areolar

Trata-se de uma Infecção da mama por fungo, favorecida principalmente pela presença de umidade e cuidados inadequados com a mama. A mulher refere presença de prurido local, sensação de queimação e dor em agulhadas que persiste após as mamadas. A pele dos mamilos e aréola pode apresentar-se levemente irritada, hiperemiada e com pequena descamação. Na cavidade oral da criança podem ser percebidas crostas de coloração branca, de difícil remoção.

Consequências

- Desmame decorrente da dor e desconforto; e
- lesão mamilar.

Intervenções

- checar os utensílios utilizados na fase da amamentação e sua higienização correta;
- lavagem das mãos na manipulação das mamas;
- Certificar-se de que se trata realmente de monilíase periareolar e encaminhar para o tratamento médico. É importante verificar presença de outros focos de infecção (vaginal, perineal, oral).

1.7 Ducto bloqueado

È a estase láctea em uma determinada área da mama decorrente de esvaziamento inadequado por mamadas infrequentes, sucção inadequada, pressão local em uma determinada área (sutiã muito apertado ou com suporte de arame, utilização de conchas em mama muito distendida) ou ainda utilização de cremes na região mamilar promovendo obstrução de poros mamilares. Verifica-se a presença de nódulos localizados, sensíveis e dolorosos, acompanhados de dor, hiperemia e aumento da temperatura local. Pode estar presente um ponto branco na ponta do mamilo, muito doloroso durante as mamadas.

Consequências

- Ingurgitamento mamário;
- Ansiedade e estresse materno decorrente da dor; e
- Dificuldade de ejeção láctea

Intervenções

- - Eliminar a causa;
- Realizar massagem delicada com os dedos em movimento de “pinça” ao longo do ducto, em direção à base da mama, com o objetivo de dissolver a “rolha” de leite.
- Realizar ordenha manual na região afetada;
- Amamentar em distintas posições, oferecendo primeiro a mama afetada, com o queixo da criança direcionado para o local afetado;
- Aplicar compressas mornas no local juntamente com massagens delicadas na região endurecida, durante a mamada;
- Caso haja demora no processo de involução, remoção o ponto esbranquiçado na ponta do mamilo friccionando uma toalha ou utilizando uma agulha esterilizada.

1.8 Fenômeno de Raynaud

Trata-se de uma isquemia intermitente nos mamilos causada por vaso-espasmo. Geralmente ocorre como resposta ao frio, compressão anormal dos mamilos na boca da criança ou traumas mamilares importantes. Os mamilos apresentam-se inicialmente pálidos (falta de irrigação sanguínea) e a dor (em fisgada) está presente antes, durante e após as mamadas. A sensação de queimação pode vir acompanhada da dor, confundindo-se com monilíase. A palidez é seguida de cianose e por último o mamilo torna-se hiperemiado.

Consequências

- Ansiedade e estresse materno decorrente da dor; e
- Desmame.

Intervenções

- Melhorar a técnica de amamentação;
- Aplicar compressas mornas para alívio da dor;
- Nos casos em que não há melhora, considerar indicação médica de nifedipina- 5 mg três vezes ao dia por uma ou duas semanas ou 30 a 60 mg, uma vez ao dia para a formulação de liberação lenta. Nestes casos as mulheres devem evitar o uso de cafeína e nicotina.

Relacionadas à criança

2.1. Dificuldade de apreensão correta da região mamilo-areolar

Esta situação pode estar presente devido ao recém-nascido estar posicionado longe da sua mãe e desalinhado; ser prematuro ou de baixo peso. Ainda, pelo fato da mulher possuir mamilos semi-protrusos e malformados; mamilos hipertróficos ou grandes em relação à boca do bebê; estar com ingurgitamento mamário ou utilizar de protetores e chupeta.

Consequências

- Normalmente as crianças que não realizam uma pega adequada, não recebem leite em quantidade suficiente e se mostram muito inquietas e chorosas. Este comportamento deixa as mães irritadas e inseguras, achando que seu leite não tem qualidade ou que a quantidade não está adequada;
- Pode desencadear na criança hipoglicemia, icterícia e outras consequências;
- O desmame precoce pode ser iniciado com a introdução de outros leites;
- O ingurgitamento mamário pode ocorrer porque a criança não esvazia a mama;
- Desenvolvimento de traumas mamilares.

Intervenções

- Corrigir a causa principal;
- Estimular o bebê a abrir bem a boca antes de realizar a apreensão (tocar o bico do peito no lábio inferior da boca do bebê). Nos recém-nascidos pequenos ou prematuros este estímulo deve ser realizado várias vezes ao dia, com o dedo, para que ele aprenda;

- Orientar a mãe a pingar um pouco do seu próprio leite na boca do bebê também pode ajudá-lo a abrir mais a boca;
- Orientar a realização do teste de flexibilidade areolar, antes de colocar o bebê para sugar. Caso a aréola esteja endurecida, realizar a ordenha manual até obter a flexibilidade;
- Evitar uso de protetores e chupetas.

2.2. Dificuldade de sucção ou de sua manutenção

Pode ser decorrente de imaturidade do reflexo de sucção; confusão de bicos, ou seja, a criança faz uso de bicos de chupeta ou de mamadeira; postura inadequada (bebê com pescoço torcido, cabeça flexionada, longe da mãe); mama muito volumosa, que durante a apojadura ficam maiores ainda, dificultando a respiração da criança quando esta é amamentada na posição tradicional; produção aumentada de leite e um fluxo inicial forte e abundante; obstrução nasal.

Consequências

- Hipoglicemia;
- Choro frequente da criança porque as mamadas não são tranquilas e a quantidade de leite extraída pode não ser adequada à sua satisfação.

Intervenções

- Observar a primeira mamada e certificar-se de que a criança realmente está sugando. Na dúvida, estimular a sucção com dedo enluvado, tocando no palato superior e só voltar a colocar para mamar quando a mesma estiver estabelecida;
- Corrigir o posicionamento;
- Utilizar outras posições (tanto a mulher quanto o bebê) para amamentar;
- Ordenhar o leite inicial para diminuir o fluxo inicial;
- Não utilizar bicos artificiais, e promover medidas para deixar as vias aéreas desobstruídas (soro fisiológico).

2.3. Criança que dorme no peito

É frequente em crianças que por natureza são “dorminhocas”; prematuras ou de baixo peso; e que recebem chás, água ou outros leites. Também pode estar presente em mulheres que fazem uso de medicamentos com efeitos sobre a criança e em mamadas com Intervalos muito curtos.

Consequências

- Mamadas muito longas;

- Estresse e cansaço materno;
- Ganho de peso inadequado; e
- Traumas mamilares.

Intervenções

- Promover a confiança materna;
- Manter a criança desagasalhada durante a amamentação;
- Colocar a criança para mamar quando estiver bem acordada;
- Utilizar a posição de “cavalinho” (criança sentada na perna da mãe, de frente para o peito);
- Aumentar o intervalo entre as mamadas para aumentar o nível de fome da criança, porém não ultrapassando 4 horas;
- Estimular a criança tocando-a nos pés, nas mãos nos casos em que a mesma estiver dormindo durante a mamada;
- Amamentar em ambientes diferentes;
- Não oferecer outros líquidos ou alimentos.

2.4. Choro frequente

Está presente nos casos em que a criança não está recebendo leite materno suficiente; não está mamando tempo suficiente para ficar satisfeita; ou apresenta algum desconforto físico (dor, frio) ou psíquico. Em relação à mulher pode ser decorrente de alguma alimentação que provoca fermentação ou alergia, uso de drogas como cafeína e nicotina.

Consequências

- A mãe geralmente se mostra preocupada e insegura, achando que o seu cuidado não está adequado ou que seu leite não está sustentando a criança.

Intervenções

- Identificar a real causa do choro e procurar corrigi-la.

2.5. Intervalos muito curtos entre as mamadas

Pode estar relacionado à ingestão inadequada de leite materno por técnica incorreta de amamentação, sucção inadequada, tempo insuficiente, ou ainda por quantidade insuficiente de leite materno.

Consequências

- A mãe fica extremamente cansada e irritada, pois não consegue organizar sua vida com outros afazeres. Todo o seu tempo é dedicado ao cuidado e amamentação do bebê. Em um período de tempo pode levar a mãe a iniciar o desmame, com a introdução de leite artificial.

Intervenções

- Identificar a causa real das mamadas em intervalos muito curtos e procurar corrigi-la;
- Nos casos de erro de técnica a mãe deve ser orientada e nos casos de produção láctea insuficiente, a melhor conduta é aumentar a frequência das mamadas, para aumentar o estímulo.

2.6. Recusa do peito

Pode estar relacionada ao uso de bicos artificiais na alimentação com mamadeira ou uso de chupetas. Pode acontecer também em casos de uso de “protetores de silicone” ou nos casos em que a mãe tem mamas com mamilos diferentes.

Consequências

- A mãe refere que a criança não gosta do leite do peito e acaba por oferecer a mamadeira. A cada mamadeira oferecida, a criança vai alterando o padrão de sucção com o bico artificial e passa a não querer sugar na mama.

Intervenções

- Oferecer somente o leite materno direto na mama e quando a criança começar a recusá-lo por confusão de bicos, ela deve insistir em amamentar o maior número de vezes, não deixando que a criança fique com muita fome, pois assim ela fica mais impaciente;
- Pode-se utilizar o sistema de nutrição suplementar (translactação) para aumentar o volume de leite e acalmar a criança;
- Medidas de relaxamento para a mãe no momento da amamentação são importantes para acalmá-la, pois normalmente a criança chora muito;
- Suspender o uso de bicos artificiais.

2.7. Icterícia

A icterícia fisiológica é muito frequente no recém-nascido, e pode estar relacionada a mamadas insuficientes, quantidade inadequada de leite materno, água e chás oferecidos entre as mamadas. Geralmente é decorrente da imaturidade hepática. Dependendo do seu grau, a criança necessita submeter-se a fototerapia.

Consequências

- A criança pode apresentar-se mais irritada e a mãe pode sentir maior dificuldade no cuidado. A maior preocupação está na manutenção da proteção ocular.

Intervenções

- Aumentar a frequência das mamadas (10 a 12 vezes ao dia);
- Avaliar a técnica da amamentação;
- Esvaziar uma mama antes de oferecer a outra; e
- Tranquilizar a mãe quanto à recuperação da criança;

2.8. Ganho de peso inadequado

Para um recém-nascido de termo, a perda de peso fisiológica é de até 10%, recuperando o peso de nascimento em torno do 10º ao 15º dia. O ganho ponderal esperado para uma criança em aleitamento materno exclusivo é de 18 a 30 gramas por dia e, ao final do primeiro mês deve ser superior a 500 gramas. A questão do ganho de peso é muito discutida entre os profissionais que lidam com a amamentação. A causa provável de ganho de peso insatisfatório para uma criança amamentada exclusivamente com leite materno, é um erro na técnica de amamentação. Posteriormente pode-se pensar em alguma patologia no recém-nascido (infecção urinária, anemia, refluxo, cardiopatia, entre outras).

Consequências

- Numa fase inicial é preciso ter muito cuidado para identificar a real causa do problema, pois a insegurança pode aumentar o sentimento de incapacidade;
- Complementação com leite artificial levando ao desmame; e
- Comprometimento do desenvolvimento da criança.

Intervenções

- Avaliar e corrigir a técnica da amamentação (posicionamento, pega, tempo de mamada, intervalo entre as mamadas, efetividade da sucção);
- Avaliar as eliminações e identificar a quantidade mínima de seis fraldas de diurese transição da evacuação para a coloração amarela líquido, por volta do sexto dia de vida;
- Avaliar produção láctea da mãe e oferta das mamas;
- Observar aspectos relacionados ao vínculo mãe-bebê;
- Realizar uma avaliação clínica para descartar outras causas; e
- Acompanhamento semanal após orientação, até normalização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Genna CW. Supporting sucking skills in breastfeeding infants. USA, Jones & Bartlett Learning, 2013. 2a. Ed. 405 p.
2. Mannel R; Martens PJ; Walker M. Lactation Consultant practice. Jones & Bartlett Learning, 2013. 3a. Ed. 910 p.
3. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 5th ed. USA: Mosby-Year Book; 2011. p.233-295
4. Abrão ACFV, Mattar R. Lactação. In: Moron AF, Camano L, Kulay Junior L. Obstetrícia. Barueri (SP): Manole; 2011. p.
5. Mohrbacher N. Breastfeeding answers made simple: a guide for helping mothers. Basic breastfeeding dynamics. In: Mohrbacher N. Breastfeeding answers made simple: a guide for helping mothers. Hale Publishing, LP, 2010. p.27-49.
6. Abrão ACFV, Coca KP, Pinelli FSG, Vieira E. Dificuldades no processo de Aleitamento Materno. In: Barros SMO. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca; 2009. 2ª Ed. p.332-70.
7. Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão AC. Factors associated with nipple trauma in the maternity unit. J Pediatr (Rio J). 2009; 85(4).
8. Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão ACFV. A posição de amamentar determina o aparecimento do trauma? Rev Esc Enferm USP 2009;43(2):446-52.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar/Ministério da Saúde, 2009. 112p.:il.-(Série A. Normas e Manuais Técnicos)(Cadernos de Atenção Básica, n.23).
10. Abrão ACFV, COCA KP. Apoio à Mãe durante a amamentação: Atribuições da enfermeira. In: Issler H. O Aleitamento Materno no Contexto Atual: Políticas, Prática e Base Científica. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 347-54.
11. Coca KP, Abrão ACFV. Avaliação do efeito da lanolina na cicatrização dos traumas mamilares. Acta Paulista Enfermagem. 2008;21(1):11-6.

14. Práticas Comuns que Prejudicam a Amamentação

Keiko Teruya, Laís Graci dos Santos Bueno

I. Amamentação: importância e barreiras

Em resposta às denúncias das consequências funestas do uso disseminado de leites de outras espécies, deu-se início, na década de 70, a um movimento de resgate da “cultura da amamentação”. Concomitantemente, começaram a aparecer evidências científicas mostrando a superioridade do leite materno como fonte de alimento, de proteção contra doenças e de afeto, ficando evidentes as desvantagens da substituição do leite materno por outros leites. (1)

Apesar de a grande maioria das mulheres (96%) iniciar a amamentação, apenas 11% amamentam exclusivamente no período de 4 a 6 meses. Entre aquelas que seguem amamentando, somente 41% mantêm a lactação até o final do primeiro ano de vida e apenas 14% até os 2 anos. (2)

Segundo Almeida, é preciso mudar o paradigma de amamentação que norteia as políticas de promoção do aleitamento materno. Tem-se priorizado o aspecto biológico, sem dar a devida ênfase aos aspectos sociais, políticos e culturais que condicionam a amamentação. O autor ressalta que “... a mulher precisa ser assistida e amparada para que possa desempenhar a bom termo o seu novo papel social, o de mulher-mãe-nutriz.- (3)

Os profissionais de saúde, capacitados na assistência à gestante e à nutriz, desempenham um papel fundamental na promoção da amamentação, influenciando diretamente em sua taxa de sucesso e duração. (4) Para cumprir esse papel, é necessário que esses profissionais tenham conhecimentos e habilidades específicas para assistir adequadamente o manejo da amamentação.

Um passo importante é identificar as principais barreiras na promoção do aleitamento materno. A pressuposição de que profissionais de saúde já sabem o suficiente, a crença que não existe diferença entre a amamentação e o uso da mamadeira, a relutância em alocar tempo da equipe de saúde para dar apoio à amamentação e falhas em reconhecer os impactos causados por informações imprecisas ou inconsistentes a tempo de solucioná-las figuram entre os entraves mais comuns. (5)

Uma equipe capacitada em amamentação que fale a mesma linguagem entre si oferece apoio positivo à nutriz. Informações contraditórias de diferentes profissionais fazem com que a mãe fique insegura, diminuindo sua autoestima e influenciando negativamente na sua decisão de amamentar. (6)

As práticas que prejudicam a amamentação provavelmente seriam atenuadas se os profissionais de saúde refletissem sobre a pessoa que está à sua frente. Considere perguntas como: “Quem é esta mãe?” “Qual o significado desse bebê em sua vida?” “Como ela está enfrentando a situação de tornar-se mãe?” “Como pretende alimentar seu filho?” “Qual é sua experiência com amamentação?”, e “Quais são suas inseguranças, medos, dúvidas e tabus em relação à amamentação?” Ao levantá-las, o

profissional de saúde possuiria um aporte de informações que antecipariam problemas futuros. Enfrentados num estágio inicial, tais problemas poderiam ser evitados.

Para uma amamentação bem-sucedida e superar as dificuldades, a atenção constante com a mãe e a família devem ter início na gestação e se estender ao longo de todo o período da amamentação. Para melhor compreendermos o papel do profissional de saúde e seu impacto no sucesso da amamentação, apontamos a seguir as práticas mais comuns que prejudicam a amamentação em momentos-chave da vida da mãe e do bebê indicando possíveis soluções.

II. Práticas que prejudicam a amamentação

1. Durante a gestação

Geralmente no pré-natal as orientações para amamentação não fazem parte da rotina. Não se dedica tempo para escutar o que a gestante e a família têm para falar. Perguntas relevantes deste período não são feitas e conseqüentemente o apoio adequado à amamentação deixa de ocorrer. As principais perguntas que ficam sem respostas são: como pretendem alimentar seu futuro filho; o que significa para ela e para família a amamentação; qual sua experiência/vivência em amamentação; como ela vê sua mudança de papel ao tornar-se mãe; qual sua expectativa em amamentar; pode contar com ajuda para amamentar; teve dificuldade na amamentação com outros filhos; etc. O profissional de saúde também precisa estar atento para o fato de que este pode ser um momento de fragilidade e de autoestima diminuída pelo qual a gestante está passando.

A gestante, por sua vez, pode estar despreparada para a amamentação. É importante esclarecer tabus, preconceitos e velhas crenças associados à amamentação. Por exemplo, é preciso lembrar que mamas pequenas, bicos invertidos verdadeiros (raros), mamas com cirurgia, com ingurgitamento, fissura, ductite ou mastite não impedem a amamentação. Tabus que aparecem em frases como “meu leite é fraco”, “não terei leite porque ninguém na minha família teve”, “para ter muito leite preciso aumentar a ingestão de água, leite e outros alimentos”, “meus seios vão cair com a amamentação”, “meu leite é salgado”, entre outros, devem ser discutidos e a compreensão dessa situação construída pela mãe/família e profissional de saúde.

Falar sobre as vantagens da amamentação para o filho e para a mãe; esclarecer sobre os malefícios do uso do leite não humano, de bicos e chupetas; contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida do bebê; ficar junto de seu filho durante todo período de internação são aspectos importantes da orientação durante a gestação. Desse modo, o profissional de saúde pode fortalecer a decisão da gestante para amamentar, advindo daí a importância de sua atuação.

2. Na sala de parto

A sala de parto é um local de grande transformação na vida da mulher. Em minutos a mulher troca seu papel de “simplesmente mulher” para se tornar “mãe”. Fantasias de morte, descontrolo pela ruptura de bolsa, perda das águas, sangue, dor das contrações, medo de ser “estragada”, ansiedade de “esvaziamento”, de separação, tudo isso a faz descompensar, gritar ou se fechar demais. Nesse cenário, a mulher se torna mais

susceptível a cumprir as ordens da equipe que a atende e a aceitar qualquer rotina que impõe a separação precoce entre mãe e filho.

A separação na primeira hora, após o parto - para exame físico, identificação, banho e aplicação de Credê - impede o contato pele a pele, olhos nos olhos e deixa escapar um momento precioso na criação de vínculo mãe/filho. Com este gesto ambos se conhecem e a mãe percebe quando seu filho esta pronto para ser colocado no peito para mamar.

Outra prática que prejudica a amamentação é a de colocar a criança sob calor radiante com a justificativa de não perder calor. Para evitar tal procedimento, é relevante propiciar na sala de parto um ambiente tranquilo e de conforto térmico ao bebê. Na verdade, a temperatura dos recém-nascidos que permanecem em contato pele a pele com suas mães sempre se mantém mais elevada do que daqueles que permanecem em berço aquecido. (7)

O contato precoce e o incentivo da amamentação na sala de parto são importantíssimos na criação do vínculo entre mãe e filho e no estabelecimento e manutenção da amamentação. O par sempre deverá ser apoiado por uma equipe capacitada. O momento impõe calma e não pressa, além de uma linguagem simples para que a mãe compreenda o que está ocorrendo. O profissional de saúde deve mostrar, por meio de sua presença, que está ali pronto para apoiá-la, respeitando o ritmo desenvolvido pela mãe e seu filho.

Outra prática prejudicial é o uso não criterioso de medicamentos, na mãe, principalmente entorpecentes. Isso porque eles impedem que o bebê fique mais alerta e responsivo, prejudicando a amamentação no pós-parto imediato. A mãe também pode ser afetada, tornando-a incapaz de amamentar nesse momento.

A ausência do pai ou acompanhante da escolha da mãe, nesse contexto, também é outro fator que poder prejudicar a amamentação.

É sempre importante lembrar que a mãe não é uma enferma. Assim, a rotina restritiva imposta de deixá-la deitada, sem poder deambular, sentar, tomar banho, comer alimentos leves e nutritivos etc durante o trabalho de parto pode aumentar sua ansiedade, diminuindo sua confiança. Além disso, a rotina e as instalações da sala de parto não favorecem a amamentação. Exemplos incluem: a prática de se deixar a parturiente com a contenção dos membros superiores para venoclise e monitorização da pressão arterial, e mesa de parto, geralmente estreita demais.

O profissional às vezes assiste apenas o parto da mulher e deixa de enxergar a mulher dando a luz. Deixa de dar boas vindas ao bebê com sorriso para dar boas vindas com choro.

3. No alojamento conjunto

É no alojamento conjunto (AC) que se concretizam o laço afetivo, e se começa a firmar a amamentação. O AC é importante para todas as mães e seus filhos, independentemente da forma como o bebê seja alimentado.

Apesar da curta permanência na maternidade, as mães demandam para amamentar de uma assistência planejada, rotineira e mais efetiva (apoio da equipe capacitada em amamentação).

As rotinas hospitalares de separar a mãe de seu filho têm por trás boas intenções, como, por exemplo, permitir que as mães descansem (alojamento parcial); prevenir infecções; observar o bebê, e esperar que o médico faça o exame físico antes de o bebê retornar à mãe. Infelizmente, essas práticas hospitalares prejudicam a amamentação, conseqüentemente o bebê.

Rotineiramente, a monitoração da primeira mamada não é feita por inteiro. Isso prejudica a leitura do tipo de interação que mãe e filho estão estabelecendo (a aceitação do filho pela mãe e da mãe pelo filho; presença de ansiedade; insegurança ou vínculo). A saúde de ambos deixa também de ser observada: Estão mãe e filho(s) saudáveis? Como estão as mamas? Além disso, deixa-se de observar o posicionamento e a pega na mamada. Desse modo, a oportunidade de se prevenir conseqüências como: fissura, ingurgitamento, mastite e dor são perdidas. Essa intervenção, embora possa demandar um pouco mais de tempo, é muito importante para a mãe fortalecer sua autoestima e segurança, sentindo-se capaz em seu novo papel. A observação deve ser feita em silêncio e sem pressa.

Um ambiente agitado que impeça o descanso ou conforto da mãe pode igualmente ser prejudicial, assim como uma equipe “hiper” motivada para amamentação, exigindo, ou até mesmo forçando, uma atitude ainda não internalizada pela mãe. O profissional deve lembrar que o apoio deve ser oferecido ou sugerido e não imposto. Ele deve intervir somente quando solicitado ou autorizado pela mãe.

No caso de ser necessário separar a mãe de seu filho no hospital, a manutenção da amamentação poderá ocorrer. É crucial, para tanto, que lhe seja ensinada a extração de leite do peito da mãe. Este procedimento pode evitar a ocorrência de ingurgitamento, ductite e a mastite.

Poderá ser causa de ansiedade e insegurança o fato de a mãe não ser esclarecida sobre apojadura, colostro e que a amamentação correta não deve doer. A autoconfiança da mãe também pode ser minada quando os profissionais de saúde explicam-lhe o que deve fazer e se antecipam fazendo por ela (por exemplo, com relação à extração do leite das mamas ou quanto ao posicionamento do bebê no seu peito). Isto gera na mãe um sentimento de incapacidade que pode perdurar quando voltar para casa.

Horários pré-fixados para amamentar, introdução de complementos alimentares sob qualquer pretexto e uso de bicos também são práticas que podem levar ao desmame. O fato de o bebê mamar sob livre demanda, isto é: amamentação guiada pelo bebê, além de fazer parte do comportamento normal do recém-nascido, promove a apojadura mais rápida, diminui a incidência de icterícia e hipoglicemia, faz o bebê recuperar ou mesmo não perder seu peso inicial. Caso houver necessidade de complementos, é importante oferecer à mãe as diferentes opções de complementação. O uso de copinho é o recomendado pela OMS.

Voltar para casa sem verificar que apoio a mãe poderá contar na família ou na comunidade e, caso necessite, onde procurá-lo, sem agendamento prévio de retorno precoce também são fatores que poderão dificultar a amamentação após a alta. Demonstre para a mãe que ela poderá contar com seu apoio quando este se fizer necessário. Indique também outros locais de apoio.

A eficiência do profissional de saúde pode ser avaliada quando a mãe, na

alta, não apresenta traumas mamilares; sabe reconhecer os sinais de fome de seu bebê (bebê começa se mexer, sugar o que toca sua boca; procura a mama; solta ruídos e mobiliza os olhos); sabe como extrair manualmente o leite de seu peito; está confiante de que é capaz de amamentar. É importante também que ela conheça os riscos do uso de o leite, água, chá, bicos, chupetas, bem como que esteja ciente da importância da livre demanda. Por outro lado, o bebê está obtendo todo leite que necessita pela amamentação.

4. No seguimento do bebê

As primeiras duas semanas em casa são fundamentais para efetivar e dar continuidade à amamentação iniciada na maternidade. É um período de adaptação entre mãe, filho e família. É quando algumas mães se deparam com dificuldades, aparentemente de fácil resolução, mas que, para elas, refletem sua incapacidade de amamentar. Durante essa fase, a mãe estará elaborando suas fantasias e ansiedades, construindo sua compreensão da situação vivenciada no momento. O resultado destas elaborações refletirá sobre sua capacidade e disponibilidade de amamentar. Assim, o profissional de saúde deverá ter habilidade de aconselhamento e ter o domínio do manejo da amamentação para apoiá-la efetivamente. O bom desempenho do profissional pode levar a mãe a superar suas dificuldades e alcançar ao sucesso da amamentação.

A assistência da mãe por uma equipe multidisciplinar global é um fator facilitador na amamentação. A existência de enfermeiras, psicólogas, fonoaudiólogas, assistentes sociais e nutricionistas, entre outros, configura uma situação que pode propiciar uma assistência ideal.

Uma prática que prejudica a amamentação é quando o profissional de saúde não identifica sinalizadores do possível insucesso da amamentação na mãe e deixa de intervir. Exemplificando: mães que descuidam de sua aparência, tristes, deprimidas, inseguras, com fissuras, com cirurgia das mamas, mães que tiveram apojadura tardia; com baixa produção de leite e nos bebês: dificuldades de amamentar (lutam contra o peito, não sugam, não conseguem manter a pega), com uso de chupetas, etc.

Nas Unidades Básicas de Saúde, a avaliação da prática da amamentação não faz parte da rotina, nem tampouco a solicitação de presença de familiares da nutriz. Além disso, o pouco tempo despendido na assistência e sua descontinuidade são fatores que podem levar ao insucesso da amamentação.

Uma prática comum nos serviços de saúde é suspender a amamentação quando a mãe necessita ser medicada. Isso ocorre pelo desconhecimento do médico da compatibilidade da medicação receitada com a amamentação, esquecendo que em todas as unidades deveria ter o livreto "Medicamentos e Amamentação" do Ministério da Saúde,*disponível no portal do MS.

A preocupação de uma nova gravidez pode criar ansiedade na nutriz e dificultar a amamentação. Um serviço de planejamento familiar tornaria a amamentação exequível, nessa situação. Ver método LAM.

Os Centros de Convivência Infantil (antiga Creche) não estão preparados para apoiar a amamentação, prejudicando a sua manutenção. Isso ocorre porque, na maioria dos casos, não há Centros nos locais de trabalho das mães. Além de serem de difícil acesso, eles não têm estrutura para oferecer o leite ordenhado da mãe em copinho ou facilitar a entrada da mãe na unidade.

III. Conclusão

Diante do exposto, o profissional de saúde tem uma tarefa digna e essencial na construção da saúde da criança para o futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Giugliani, ERJ , aleitamento materno, leite humano, lactação. J. pediatr. (Rio J.). 2000; 76 (Supl.3): S238-S252
2. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - 1996. Amamentação e Situação Nutricional das Mães e Crianças. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997. p.125-38.
3. Almeida JAG. Amamentação. Um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
4. Alvarado, M., R, Atalah, S., E, Diaz, F., S, Rivero, V., S, Labbe, D., M and Escudero, P., Y (1996) Evaluation of a breastfeeding-support programme with health promoters' participation. Food and Nutrition Bulletin 17, 49-53. Ref ID : 6627.
5. World Health Organization. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. WHO/CHD 98; 9:25.
6. World Health Organization/UNICEF. Breastfeeding counselling: A training course. Geneva: World Health Organization/UNICEF;1993.
7. Christensson K et al (1992) Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot Acta Paediatr 81:490

15. Uso de Medicamentos durante a Lactação

Joel Alves Lamounier, Roberto Gomes Chaves

INTRODUÇÃO

A amamentação está associada a benefícios à saúde, a curto e a longo prazo, tanto para o lactente quanto para a mulher. Esses benefícios são dependentes do tempo de aleitamento materno e são minimizados quando o desmame ocorre de forma precoce. O uso de medicamentos pela nutriz é sabidamente uma causa importante da suspensão da amamentação. Nesse contexto, os ginecologistas e obstetras são profissionais de importância especial, pois com muita frequência eles são responsáveis pela prescrição medicamentosa ou são consultados acerca da compatibilidade da medicação com a amamentação. Assim, o conhecimento atualizado sobre o tema permitirá, na maioria das vezes, compatibilizar o aleitamento com a terapêutica materna. O uso de drogas de abuso, inclusive por nutriz, é uma realidade crescente em nosso país. Assim, os profissionais de saúde devem estar atualizados acerca desse

tema para orientar as mães acerca da manutenção ou suspensão da amamentação.

CLASSIFICAÇÃO DOS FÁRMACOS PARA USO DURANTE A AMAMENTAÇÃO SEGUNDO O PERFIL DE SEGURANÇA

Para finalidade prática deste manual, optamos por apresentar todos os fármacos listados na publicação *Medications & Mothers' Milk* (Hale e Rowe, 2014), e não somente os medicamentos mais prescritos pelos ginecologistas e obstetras, uma vez que esses especialistas são frequentemente questionados sobre a segurança de medicamentos prescritos por colegas médicos e dentistas. Também foram incluídas informações sobre drogas de abuso devido ao crescente aumento dessas substâncias na população em idade fértil.

Para acesso a informações sobre fármacos não contemplados nessa publicação, sugerimos a consulta ao site LactMed (<http://toxnet.nlm.nih.gov>) elaborado pela *United States National Library of Medicine*, disponível, na língua inglesa, também na forma de aplicativo para smartphones e a leitura de artigos listados na sessão bibliografia.

A busca de informações sobre a segurança dos fármacos para uso na lactação, quando realizada em diferentes fontes bibliográficas, pode gerar informações conflitantes. Nesses casos, sugerimos cautela na prescrição dos medicamentos considerados de risco para o lactente ou a produção láctea.

Na tabela 1, a classificação adotada foi adaptada da edição mais recente do livro *Medications & Mothers' Milk* (Hale & Rowe, 2014). Estão separados em 3 categorias:

Seguros, Uso Criterioso e Contraindicado na amamentação.

Tabela 1. Grupos Farmacológicos Classificados Segundo o Risco na Lactação

Grupo Farmacológico	Classificação de Risco		
	Seguro	Uso Criterioso	Contraindicado
Fármacos que atuam no Sistema Nervoso Central			
Antidepressivos	Amitríptilina, Amoxapina, Citalopram, Clomipramina, Desipramina, Estaclopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Imipramina, Norríptilina, Paroxetina, Sertralina, Sulpiríde, Venlafaxina	Bupropiona, Desvenlafaxina, Duloxetine, Escopolone, Maprotilina, Milnacipran, Mirazapina, Moclobemida*, Nefazodona*, Trazodona, Vilazodona	Doxepin
Antiepiléticos	Carbamazepina, Fenitoína, Fosfenitoína, Gabapentina, Lamotrigina, Levetiracetam	Ácido Valpróico*, Clonazepam, Etossuximida*, Etotoina, Felbamato*, Fenobarbital*, Lacosamina, Oxcarbazepina, Parametadiona*, Primidona*, Tiagabina, Topiramato, Trimetadiona*, Vigabatrina, Zonisamida*	
Hipnóticos e Ansiolíticos	Midazolam, Oxazepam, Quazepam, Zaleplon, Zopiclone	Alprazolam, Buspirona, Clordiazepóxido, Clorazepato, Flunitrazepam*, Flurazepam*, Lorazepam, Meprobamato, Prazepam, Hidrato de Cloral*, Clorazepam, Diazepam, Eszazolam, Oxibato de Sódio*, Ramelteon, Secobarbital*, Temazepam, Triazolam, Zolpidem	Ácido Gama Aminobutírico
Neurolepticos	Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, Ziprasodona	Aripiprazol, Asenapina, Carbonato de Lítio*, Clorpromazina, Clozapina, Flufenazina, Haloperidol, loperidona, Loxapina*, Lurasidona, Paliperidona, Pimozide*, Perfenazina, Tioridazina*, Tiotixeno*, Trifluoperazina*, Zuclopentixol	
Analgésicos e Antiinflamatórios			
Analgésicos e Antipiréticos	Paracetamol	AA5, Dipirona*	
Analgésicos Opióides	Alfentanil, Buprenorfina, Butorfanol, Metadona, Nalbupina, Propoxifeno	Codenaína*, Hidromorfona, Meperidina*, Morfina, Oxícodona, Oxímorfona, Pentazocina, Ramifentanil, Tapentadol, Tramadol	
Antiinflamatórios Não Esteróides	Cetorolaco, Diclofenaco, Flurbiprofeno, Ibuprofeno, Piroxicam	Diflusal, Etodolaco, Indometacina, Meclofenamato, Meloxicam, Mesalamina, Nabumetona, Nefalenoac, Olsadazina, Naproxeno, Oxapropizina, Salsalato*, Sulfasalazina, Sulfadac, Valdecoxib	Leflunomide
Corticosteróides	Metilprednisolona, Prednisona, Prednisolona	Betametasona, Budesonida, Ciclesonida, Flunisolida, Fluticasona, Dexametasona, Hidrocortisona, Triancinolona	
Antiartrosicos		Condrolina, Glucosamina, Metilsulfonilmetano	
Fármacos usados na Enxaqueca			
		Almotriptano, Eletriptano, Ergotamina*, Flunarizina*, Frovatriptano, Isometriptano, Naratriptano, Rizatriptano, Sumatriptano, Zolmitriptano	
Anestésicos e Indutores Anestésicos	Benzocaína, Bupivacaína, Lidocaína, Propofol, Ropivacaína	Articaína, Benoxinato, Dibucaina, Fenol*, Hidrocodona, Quetamina, Mentol, Mepivacaína, Metoxital*, Óxido Nitroso, Próximo, Procaina, Sevoflurano, Tópental	
Relaxantes Musculares	Baclofeno	Carisoprodol, Ciclobenzaprina, Clorzoxazona*, Dantroleno*, Tizanidina*, Metaxolona, Metocarbamol, Mivacurônio, Orfenadrina	
Antihistamínicos	Carbinoxamina, Cetirizina, Desloratadina, Dimenidrinato, Difendramina, Fexofenadina, Hidroxizina, Levocetirizina, Loratadina, Triprolidina	Azelastina, Bronfeniramina, Cetileno, Clemastina*, Clorfeniramina, Cipropheptadina, Dexbronfeniramina, Dextroclorfeniramina, Doxilamina, Epinastina, Levocabastina, Feniramina, Feniltoxicamina, Prometazina, Pirilamina, Trimeprazina*	
Antifúngicos			
	Amicacina, Amoxicilina, Amoxicilina + Clavulanato de Potássio, Ampicilina, Ampicilina + Sulbactam, Azitromicina, Aztreonam, Bacitracina, Carbapenêma, Cefaclor, Cefadroxil, Cefazolina, Cefdinir, Cefditoren, Cefepime, Cefixime, Cefoperazona, Cefotaxime, Cefotetan, Cefoxitina, Cefpodoxima, Cefprozol, Ceftriaxona, Ceftriaxona, Ceftriaxona, Cefalotina, Cefapirina, Cefbuten, Cefuroxima, Clastatina, Claritromicina, Clindamicina, Cloxacilina, Daptomicina, Diclouxacilina, Gentamicina, Imipenem, Levofloxacina, Metronidazol, Mupirocina, Nitrofurantoina, Nistatina, Ofloxacina, Oxacilina, B. Penicilina G, Piperacilina, Polimixina B, Sulfisoxazol, Tazobactam, Ticarcilina, Tobramicina, Trimetoprim, Vancomicina	Ácido Nalidixico, Besiloxacin, Ceftriaxona, Ciprofloxacina, Cloranfenicol*, Clorhexedina*, Daloprostina + Quinupristina, Dapsona*, Doripenem, Doxiciclina, Ertromicina, Fidaxomicina, Fosfomicina, Gatifloxacina, Gramícidina, Grepafloxacina*, Hidroquinolona, Linezolida, Lomelofloxacina, Meropenem, Metenamina, Micociolina, Moxifloxacina, Neomicina, Netilmicina, Norfloxacina, Retapamulina, Rifaximina, Sulfadiazina de Prata, Estreptomina, Sulfadiazina De Prata*, Sulfametoxazol, Telitromicina, Tetraciclina, Tigeciclina*, Trovafloxacina*	
Antifúngicos	Cetoconazol, Clotrimazol, Fluconazol, Itraconazol, Miconazol, Nistatina, Terbinafina	Ácido Undecilênico, Anfotericina B, Anidulafunina, Butenafina, Butoconazol, Capsulofungin, Ciclopirox Olamina, Econazol, Flucosina*, Grisofulvina, Micafungin, Natífina, Posaconazol, Sulconazol, Terconazol, Tioconazol, Voticonazol	
Antivirais	Aciclovir, Lavimudina, Oseltamivir, Valaciclovir	Adefovir*, Boceprevir*, Entecavir*, Ribavirina*, Telbivudina*, Alvimopan, Amantadina, Docosanol, Fanciclovir, Ganciclovir, Rimantadina, Tenofovir, Valganciclovir	Abacavir, Delavirdina, Didanosina, Efavirenz, Emtricitabina, Etravirenza, Foscarnet, Indinavir, Lopinavir, Nevirapina, Raltegravir, Ritonavir, Saquinavir, Estavudina, Zidovudina
Anti Helminéticos	Albendazol, Praziquantel	Ivermectina, Mebendazol, Nitazoxanida, Pirantel, Tiabendazol	
Anti Protozoários	Metronidazol	Atovaquona, Nitazoxanida, Paromomicina	
Tuberculostáticos	Rifampicina	Ácido Aminosalicílico, Cicloserina*, Etambutol, Isoniazida, Prazinamida	
Antimaláricos	Cloroquina	Primaquina, Pirimetamina*	
Fármacos Cardiovasculares			
Antianginosos	Verapamil	Diltiazem, Dinitrato de Isossorbida, Mononitrato de Isossorbida, Nitroglicerina*, Nitroprusiato*	
Antiarrítmicos	Adenosina, Disopiramide, Mexiletina, Propafenona, Quinidina	Dronedrona, Flecainida, Tocainida*	Amiodarona
Antihiperlipémicos	Colesesevum	Atorvastatina, Colestipol, Ezetimiba, Fenofibrato, Fluvastatina, Gemfibrozil, Lovastatina, Pravastatina, Rosuvastatina, Simvastatina	
Antihipertensivos	Benazepril, Captopril, Enalapril, Hidralazina, Labetalol, Metildopa, Metoprolol, Nicardipina, Nifedipina, Nimodipina, Nifedipina, Quinapril, Propranolol	Acebutolol, Alizozin*, Aiskiren, Ambrisentan*, Amlodipina, Atenolol, Barnidipina, Benzenapril, Betaxolol, Bisoprolol, Bosentan*, Candesartan, Carteolol, Carvedilol, Clonidina, Doxazosina, Eprosartan, Esmolol, Felodipina, Fenoldopam, Fosinopril, Ilogrston, Irbesartan, Isradipina, Lisinopril, Losartan, Minoxidil, Nadolol*, Nebivolol, Nisoldipina, Olmesartan, Pindolol, Prazosin, Ramipril, Sildosin, Sotalol*, Tansulosin, Telmisartan*, Terazosina*, Valsartan	

Cardiotônicos	Digoxina		
Adrenérgicos E Vasopressores	Desmopressina, Dobutamina, Dopamina, Epinefrina	Atomoxetina*, Dextemetomidina*, Dextroanfetamina, Efedrina*, Midodrina	
Diuréticos	Acetazolamida, Hidroclorotiazida, Espironolactona	Ácido Etacrínico, Amilorida, Bendroflumetazida*, Bumetamida, Clorotiazida, Clortalidona*, Eplerenona, Furosemda, Indapamida, Manitol, Torsemide, Triantreno	
Fármacos Hematológicos			
Anticoagulantes	Dalteparina, Heparina, Lepirudina, Warfarin	Ácido Tranexâmico, Argatroban, Enoxaparina, Fondaparinux, Rivaroxaban, Ticagrelor, Tinzaparina	
Antiagregante Plaquetário	Dabigatran	AAS, Anagrelida*, Clopidogrel, Dipyridamol, Eptifibatide, Prasugrel	
Hemostáticos e Hematopoiéticos	Fator VIII	Ácido Aminocaprílico*, Darbepoietina Alfa	
Fármacos para o Aparelho Respiratório			
Antiasmáticos	Salbutamol, Brometo de Ipratrópio, Cromoglicato De Sódio, Isoproterenol, Levalbuterol, Salmeterol, Terbutalina	Arformoterol, Formoterol, Montelukaste, Pirbuterol, Teofilina, Zafirlucaste, Zileuton	
Antitussígenos, Mucolíticos E Expectoantes	Dextrometorfano	Alfa Domase, Benzonato*, Guaifenesina, Iodeto De Potássio*	
Descongestionantes Nasais		Eucalipto (Extrato), Fenilefrina, Nafazolina, Pseudoefedrina, Oximetazolina	
Fármacos para o Trato Digestório			
Antiácidos e Antisecretores ácidos	Cimetidina, Deslanzaprazol, Esomeprazol, Famotidina, Lansoprazol, Nizatidina, Omeprazol, Pantoprazol, Ranitidina, Sucralfato	Rabeprazol	
Antieméticos e Gastrocômicos	Domperidona, Metoclopramida, Ondasetrona	Cinartzina, Ciclizina, Dolasetrona, Dronabinol*, Droperidol, Granisetrona, Nabilona*, Palonosetrona, Prochlorperazina, Trimetobenzamida	
Antiespasmódicos		Escopolamina, Hioscina	
Laxantes	Bisacodil, Docusato, Psilum, Laxantes Salinos, Hidróxido de Magnésio, Metilcelulose	Óleo De Castor, Glicerina, Lactulose, Óleo Mineral, Polietilenglicol, Prucaloprida, Sena	
Hormônios e Antagonistas			
Antidiabéticos Oraís e Insulina	Insulinas Glipizida, Glibutirida, Metformin, Miglitol	Ascarbose, Clopropamida, Exenatida, Glimepirida*, Linagliptina, Liraglutida, Nateglinida, Pioglitazona, Pramlintide, Repaglinida*, Rosiglitazona, Sitagliptina, Tolbutamida	
Hormônios Tireoideanos e Antagonistas	Levotiroxina, Tirotropina, Liotironina, Metimazol, Propiltiuraci	Sais de Iodo*	
Contraceptivos		Desogestrel, Dinoprostona, Drospirenona, Etilinestradiol*, Etonogestrel (Implante), Levonorgestrel, Mestranol, Nonoxinol 9 (Espérmica), Norelgestromina, Noretindrona, Noretinodrel, Ulipristal	
Imunossupressores e Antineoplásicos		Aldesleucina*, Alemtuzumab*, Altretamina*, Bleomicina*, Cetuximab*, Fluoruracil*, Flutamida*, Gentciftabina*, Hidroxiureia*, Ifosfamida, Imatinib*, Interferon Alfa 2B, Lapatinib*, Mercaptopurina, Metotrexate*, Nicotinib*, Ofatumumab, Sunitinib*, Teniposide*, Talidomida*, Toremifeno	Aminopterin, Anastrozol, Asparaginase, Busulfan, Capecitabina, Carboplastina, Carmustina, Clorambucil, Cisplatina, Cladribina, Ciclofosfamida, Citarabina, Dacarbazina, Cactinomicina, Daunorubicina, Docetaxel, Doxorubicina, Epirubicina, Erlotinib, Etoposida, Everolimus, Exemestane, Melfalan, Mitomicina, Oxaliplatina, Paclitaxel, Pazopanib, Pentostatin, Temozolomida, Vimblastina, Vincristina, Vinorelbina
Fármacos para pele e mucosa			
Escabícidas e Pediculicidas	Benzoato de Benzila, Deltametrina, Enxofre, Permetrina	Ivermectina	
Antiacnéicos	Adapaleno, Peróxido De Benzoila,	Ácido Azelaico, Tretinoína	Isotretinoína (Oral)
Antiinflamatórios	Pimecrolimus, Tacrolimus		
Antisborreicos		Pinionato De Zinco, Sulfato de Selênio	
Antipruriginosos	Calamina, Óxido Férrico	Cânfora, Dexpin Creme	
Antipsoriáticos		Alefacept	
Clareadores		Hidroquinona	
Fármacos para uso Oftalmológico			
Antiglaucoma	Olopatadina, Sulfacetamina Sódica	Fluoresceína, Trifluridina, Tropicamida, Verteporfina	
	Dipivefrin, Timolol	Bimatoprost, Brimonidina, Dorzolamida, Lapatinib, Levobunolol, Pilocarpina	
Vitaminas e Análogos	Ácido Ascórbico (C), Ácido Fólico (B9), Ácido Pantotênico (B5), Biotina (B7), Cianocobalamina (B12), Fitonadiona (K) Piridoxina (B6), Riboflavina (B2), Tiamina (B1), Vitamina D Vitamina E	Betacaroteno, Calcitriol (D), Coenzima Q10 Doxercalciferol (D), Leuzovorin, Niacina (B3), Paricalcitol (D) Vitamina A	
Agentes Diagnósticos	Diatrizoato, Gadopentato Dimeglumina, Iohexol, Metrizamida, Metrizoato, Metipona, PPD (Teste Tuberculínico)	Ácido Ioxitálmico, Cobalto 57*, Gadobenato, Gadobutrol, Gadodiamida, Gadoterato, Gadoteridol, Gadoveretamida, Gadoxetato Dissódico, Histamina, Índio 110 Octrootide*, Índio 111*, Iosulfan Azul*, Indocianina Verde, Imlina, Iodipamida, Iodixanol, Iopamidol, Iopentol, Iopromida, Iotalamato, Ioversol, Ioxaglate, Ioxilan, Mangalodipir, Metacolina, Proteína Perfutren Tipo A, Ragadenoson*, Tálco*, Tecnício 99, Tiopanoato, Xenônio 133	Gálio 67, Metileno Azul
Drogas de Vício e Abuso			
Drogas Lícitas		Álcool*, Nicotina	
Drogas Ilícitas			Cocaína, Crack, Maconha, Haxoe, Heroína, LSD, Metanfetamina

*Potencialmente Perigosos

Seguros

Fármacos estudados em nutrízes sem observação de ocorrência de efeitos adversos sobre os lactentes ou produção láctea.

Uso criterioso

Não há estudos controlados em nutrízes, contudo, o risco de efeitos adversos para o lactente é possível, ou estudos controlados mostraram efeitos adversos discretos. O fármaco deve ser utilizado somente se os benefícios da amamentação superarem os riscos para o lactente. Novos medicamentos que não possuem dados publicados são automaticamente classificados nesse grupo.

Contra indicados

Estudos em nutrízes mostraram que há risco significativo para o lactente baseado em estudo em seres humanos. O risco do uso do fármaco é claramente superior aos benefícios da amamentação.

Diretrizes para a prescrição e orientação sobre o uso de medicamentos por nutrízes

O princípio para a prescrição de medicamentos para nutrízes baseia-se na relação risco versus benefício. A interrupção da amamentação deverá ser orientada apenas quando existir uma evidência de que o fármaco usado pela nutríz é prejudicial para o lactente ou quando não houver informações a respeito e o fármaco não puder ser substituído por outro sabidamente mais seguro. Recomenda-se optar por um fármaco já estudado, que seja pouco excretado no leite materno ou que não tenha risco aparente para a saúde da criança.

Aspectos práticos para tomada de decisões pelo profissional de saúde:

- As orientações acerca da segurança dos fármacos para uso durante a gestação não são as mesmas para uso na lactação.
- Avaliar a real necessidade da terapia medicamentosa.
- Optar pelo fármaco sabidamente seguro para a criança.
- Preferir medicamentos para uso tópico, quando possível.
- Escolher medicamentos com um só princípio ativo, evitando preparações com vários fármacos. Exemplo: quando possível, indicar apenas dipirona ao invés de apresentações contendo dipirona, isometepteno e cafeína.
- Programar o horário de administração do fármaco à mãe, evitando que o pico do medicamento no sangue e no leite materno coincida com o horário da amamentação. Em geral, a exposição do lactente ao fármaco pode ser diminuída se a mãe utilizar o fármaco imediatamente antes ou logo após a mamada.
- Dosar o fármaco na corrente sanguínea do lactente se houver risco para a criança, como nos tratamentos prolongados, a exemplo do uso materno de carbonato de lítio.
- Indicar medicamentos que alcancem níveis mínimos no leite. Por exemplo, os antidepressivos sertralina e paroxetina possuem níveis lácteos bem mais baixos que a fluoxetina.
- Utilizar o medicamento pelo menor tempo possível. Os riscos do uso de uma única

dose ou de um tratamento por curto período são, sabidamente, menores que uma terapia de longo prazo.

- Orientar os pais para observar a criança para a ocorrência de conhecidos efeitos colaterais do fármaco. Exemplo: sedação e sucção débil durante o uso materno de benzodiazepínicos.
- Evitar fármacos de ação prolongada ou com metabólitos ativos. Exemplo: preferir midazolam ao diazepam;
- Recomendar a nutriz para retirar o seu leite com antecedência e estocar em congelador, por no máximo 15 dias, para alimentar o bebê no caso de interrupção temporária da amamentação. Sugerir também ordenhas periódicas para manter a lactação. Esse procedimento é muito útil na vigência de realização de procedimentos propedêuticos que utilizam radiofármacos.
- Bulas dos medicamentos não são fontes confiáveis de informação sobre a segurança dos fármacos para uso na lactação.
- Em caso de dúvida, sempre consultar uma base de dados para proceder à prescrição ou às orientações para a nutriz.

Uso de drogas de abuso por nutrizes

A Academia Americana de Pediatria contra indica a amamentação em usuárias de drogas ilícitas e estilizadas que não aderem aos planos de tratamento para abstinência. A entidade considera que a exposição ao álcool e às drogas denominadas “recreacionais”, como cocaína, crack, maconha, anfetaminas, ecstasy, LSD e heroína, pode alterar o comportamento materno e, assim, interferir no cuidado com o seu filho, além do risco de toxicidade da droga ao lactente amamentado. Já a Organização Mundial de Saúde admite que as mães deveriam ser alertadas para não utilizar essas drogas, mas ter oportunidade de amamentar e ser apoiadas durante sua abstinência. Contudo, a qualidade precária da assistência em saúde aos usuários de drogas lícitas e ilícitas em nosso país não garante a certeza que a mãe dependente química ficará realmente abstinente das drogas. Tal realidade dificulta muito a tomada de decisão pelo profissional de saúde no momento da orientação sobre a manutenção do aleitamento materno ou do desmame. Na prática, diante da dúvida sobre a abstinência, a quase totalidade das mulheres é orientada a desmamar seus filhos.

Mulheres tabagistas devem ser fortemente encorajadas a abandonar o hábito de fumar e encaminhadas para tratamento do vício durante o período da gestação. A manutenção do tabagismo após o parto aumenta o risco da síndrome da morte súbita do bebê e pode reduzir a produção láctea. Contudo, o tabagismo não é considerado uma contra indicação ao aleitamento materno devido aos relatos de menor de risco de doenças respiratórias em filhos de tabagistas que foram amamentados quando comparados com filhos não amamentados. Além disso, foi demonstrado que a redução do desempenho cognitivo em crianças expostas ao tabaco na vida intrauterina, medida aos 9 anos de idade, estava limitada àquelas que não foram amamentadas.

Considerações finais

O aleitamento materno é uma prática de que propicia benefícios para a saúde da mãe e da criança. Portanto, deve ser sempre incentivada e protegida. Nesse sentido, os

profissionais de saúde, em especial ginecologistas e obstetras, devem estar capacitados a aconselhar colegas prescritores e a orientar a nutriz sobre a segurança dos medicamentos e drogas durante a amamentação. A indicação criteriosa de medicamentos permite, na maioria das vezes, que a amamentação continue sem interrupção e com segurança. Para as mães com histórico de uso de drogas de abuso, o incentivo ao abandono do vício com o auxílio de uma equipe multidisciplinar pode propiciar a prática da amamentação em muitas situações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy of Pediatrics. Sachs HC and Committee on drugs. The Transfer of Drugs and Therapeutics Into Human Breast Milk: An Update on select topics. Pediatrics 2013. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/08/20/peds.2013-1985>
2. Bertino E, Varalda A, Di Nicola P et al. Drugs and breastfeeding: instructions for use Drugs and breastfeeding: instructions for use. J Matern Fetal Neonatal Med 2012.;25 Suppl 4:78-80.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias / Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao_uso_medicamentos_2ed.pdf
4. Hale T, Rowe HE. Medications ant Mother's Milk. 16 ed. Amarillo, TX: Hale Publishing, L. P., 2014.
5. LactMed: A Toxnet Database. Drugs and Lactation Database (LactMed). Disponível em: <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>.
6. Lamounier JA, Chaves RG, Vieira GO. Medicamentos e Amamentação. In: Dioclécio Campos Júnior, Denis Alexander Rabelo Burns (organizadores). Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 3a ed. Barueri, SP: Manole, 2014.
7. Rego JD, Nader SS, Santiago LB, Chaves RG. Aleitamento materno em situações especiais. In: Manual de aleitamento materno. Luciano Borges Santiago (coordenador) Barueri, SP: Manole, 2013.
8. Sachs HC. The Transfer of Drugs and Therapeutics Into Human Breast Milk: An Update on select topics. Pediatrics 2013; 132(3): e796-e809. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/08/20/peds.2013-1985.full.pdf+html>. World Health Organization/UNICEF. Breastfeeding and maternal medication. Recommendations for drugs in the eleventh WHO model list of essential drugs. 2002. Disponível em http://www.who.int/child-adolescent-health/NewPublications/NUTRITION/BF_Maternal_Medication.pdf.
9. World Health Organization/UNICEF. Breastfeeding and maternal medication. Recommendations for drugs in the eleventh WHO model list of essential drugs. 2002. Disponível em http://www.who.int/child-adolescent-health/NewPublications/NUTRITION/BF_Maternal_Medication.pdf.

16. Suplementação com Micronutrientes durante a Amamentação

Corintio Mariani Neto

Assim como na gravidez, também durante a lactação, as necessidades de nutrientes estão aumentadas, o que pode ou não ser atingido apenas pela alimentação. Por outro lado, o uso de suprimentos vitamínico-minerais durante a amamentação costuma ser bem menos frequente, quando comparado ao período gestacional.

Sabe-se que a concentração de diversas vitaminas e sais minerais, tanto no plasma, quanto no leite maternos, sofre influência da dieta e do estado nutricional da puerpera.

Também se conhece que os nutrientes mais críticos incluem vitamina A, tiamina, riboflavina, vitaminas B6 e B12, iodo e selênio, uma vez que o consumo inadequado e as reservas maternas baixas repercutem mais negativamente na criança. Nestes casos, a suplementação materna pode normalizar rapidamente a concentração desses produtos no leite.

Outros nutrientes, como ácido fólico, ferro, cobre, zinco e vitamina D, cuja ingestão e estoque maternos exercem pouca influência sobre a concentração no leite, podem trazer mais benefícios à mãe através da suplementação.

O leite materno e, em especial, o colostro, é rico em vitamina A que é fundamental para a função imunológica. A carência desta vitamina na mãe pode aumentar o risco de morbimortalidade de origem infecciosa no recém-nascido. Recente ensaio clínico demonstrou que o colostro de mulheres suplementadas com palmitato de retinol possui mais imunoglobulina A secretora que as que não receberam suplemento, sugerindo efeito modulatório da produção de anticorpos pela vitamina A, o que melhora a imunidade das lactantes e seus recém-nascidos.

Do mesmo modo que na gestação, recomenda-se à puerpera dieta rica em proteínas. Com isso há de se aumentar também o consumo das vitaminas do complexo B, que participam do metabolismo dos aminoácidos, lípidos e ácidos nucleicos, na regulação imunológica e na homeostasia da glicose.

Em relação à vitamina B12, mães vegetarianas merecem atenção especial. Sua deficiência está relacionada com anormalidades e danos neurológicos nos bebês, o que pode ser perfeitamente evitado com a suplementação.

Mulheres aparentemente saudáveis podem se tornar deficientes em folato no pós-parto, seja pela interrupção do uso de suplemento pré-natal, diminuição de estoques corporais maternos ou outros fatores menos conhecidos. Estudos mostram queda do folato eritrocitário entre quatro e doze meses após o parto, que foi prevenida pela suplementação com 300 mcg diários de ácido fólico, o que, além de ajudar a prevenir a anemia, reduz a homocisteinemia e, portanto,

o risco de doenças cardiovasculares na criança.

A vitamina D é componente fundamental no metabolismo do cálcio e, por isso, é conhecida como “vitamina antirraquitismo”. Estudos querem sugerir que o aleitamento materno exclusivo possa estar associado à deficiência de vitamina D no recém-nascido, a menos que a mãe receba suplementos dessa vitamina e/ou se exponha à luz do sol (Heardy et al, 2008).

Por isso recomenda-se a suplementação diária com 2.000 UI de vitamina D para as nutrizes que praticam o aleitamento materno exclusivo, além de prosseguir com suplementação para a criança com 200 a 400 UI diários após o desmame (Thandrayen e Pellifor, 2010).

Parece que a ingestão de cálcio não afeta sua concentração no leite materno, uma vez que o mesmo é mobilizado do esqueleto da mãe. Por isso, especialmente se a amamentação for prolongada, especula-se um possível efeito deletério sobre a densidade óssea materna.

Além desse fato, é consenso ser difícil para a maioria das mulheres antes dos 25 anos consumir a quantidade de cálcio indicada de 1.000-1.300 mg diários, principalmente se os laticínios não representarem a maior parte da dieta.

Apesar de alguns estudos mostrarem que a absorção de cálcio está aumentada durante a lactação, não há garantias que possa compensar uma baixa ingestão do produto. Por todos esses motivos, é fundamental garantir uma boa suplementação de cálcio para as nutrizes (Ribeiro e Kuzuhara, 2007).

A necessidade de ferro durante os seis meses de aleitamento materno exclusivo representa cerca da metade do que é perdido comumente na menstruação, isto é, próximo de 14% do estoque corporal médio da nutriz. A perda excessiva no parto é compensada pela amenorreia, por isso a demanda de ferro é 50%, se comparada a mulheres não lactantes nem gestantes.

Quando a menstruação retorna, a combinação entre necessidade para produção láctea e perdas menstruais pode reduzir de maneira drástica as reservas de ferro, se a ingestão do mineral for baixa. Estudos mostram prevalência entre as nutrizes de hemoglobinemia < 12g% até cerca de 40%, o que se associou também a menor tempo de lactação.

Portanto, recomenda-se suplementação universal para as mulheres que amamentam com 60mg diários de ferro elementar, uma vez que, a exemplo da gestante, a lactante também deve ser incluída no grupo vulnerável à anemia ferropriva.

Devido à pequena capacidade de armazenamento, a tireoide do RN é extremamente dependente de um suprimento adequado e constante de iodo. No primeiro mês de vida, as crianças que recebem exclusivamente o leite materno podem estar recebendo iodo em quantidade inadequada. Há divergências no que concerne ao efeito positivo da suplementação materna de iodo.

Por outro lado, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a deficiência de iodo como a causa prevenível mais comum da deficiência mental precoce na infância. Tanto a OMS quanto o UNICEF recomendam suplementação diária de 250mcg de iodo para todas as lactantes.

Além dos nutrientes citados, há evidências de benefícios ao binômio mãe-RN com a suplementação de vitaminas C e E, zinco, selênio e cobre, entre outros.

Por esses motivos e porque as mães comumente têm dificuldades em obter quantidades adequadas desses nutrientes durante a amamentação, que muitas vezes estão aumentadas, é recomendada a suplementação vitamínico-mineral durante todo o período de aleitamento materno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allen LH. Pregnancy and lactation. In: Bowman BA, Russell RM. Present knowledge in nutrition. 8th. ed ILSI Pree. Washington, DC: 2002. p.403-15.
2. Institute of Medicin (US), Subcommittee on nutrition during Lactation. Nutrition during Lactation. Washington, DC: National Academy Press, 1991.
3. Lima MSR, Ribeiro PPC, Medeiros JMS, Silva IF, Medeiros ACP, Dimenstein R. Influência da suplementação pós-parto de vitamina A sobre os níveis de imunoglobulina A no colostro humano. J Pediatr (Rio J). 2012;115-8.
4. Picciano MF, AcGuire MK. Use of dietary supplements by pregnant and lactating women in North America. Am J Clin Nutr 2009;89(suppl):663S-7S.
5. Remer T, Johner SA, Gärtner R, Thamm M, Kriener E. Iodine deficiency in infancy - a risk for cognitive development (Abstract). Dtsch Med Wochenschr. 2010 Aug; 135(31-32):1551-6.
6. Ribeiro LC, Devicenzi MU, Garcia JN, Hadler MCCM, Yamashita C, Sigulem DM. Nutrição e alimentação na lactação. Compacta. Temas em Nutrição e Alimentação. Vol. IV nº 1 - abril / 2003.
7. Ribeiro LC, Kuzuhara JSW. Lactação. In: Silva, SMCS, Mura JDP. Tratado de Alimentação, Nutrição & Dietoterapia. São Paulo, Roca, 2007. p 293-318.
8. Thandrayen K, Pettifor JM. Maternal Vitamin D Status: Implications for the Development of Infantile Nutritional Rickets. Endocrinol Metab Clin N Am 39 (2010) 303-320.

17. Anticoncepção durante o Aleitamento

Nilson Roberto de Melo, Cristina Aparecida Falbo

Guazzelli, Cristina Helena Rama, Lúcio Omar Carmignani

O período pós-parto é uma fase muito especial, mas ao mesmo tempo marcado por mudanças como o retorno do organismo materno ao estado pré-gravídico e de adaptações às novas atribuições decorrentes dos cuidados com o recém-nascido. Soma-se ainda, uma grande preocupação com a possibilidade de ocorrência de uma nova gestação. Neste período, o incentivo ao aleitamento materno é imprescindível, portanto na orientação contraceptiva para as lactantes deve-se sempre avaliar a possibilidade de eventuais efeitos sobre a lactação e riscos para o recém-nascido. A anticoncepção durante o aleitamento envolve os seguintes aspectos: indicar o momento ideal para início do uso do contraceptivo, escolher método altamente eficaz, que seja considerado prático ao casal e que, ao mesmo tempo, não interfira na lactação.

Quando iniciar o método anticoncepcional após o parto?

Após o parto, o retorno da ovulação irá diferir entre mulheres lactantes e as que não amamentam.

Na maioria das mulheres não lactantes, a função do eixo hipófise-hipotálamo tende a normalizar ao redor de seis semanas após o parto. Uma revisão que estudou mulheres não lactantes encontrou a primeira ovulação a partir do 25º dia pós-parto, com a maioria das mulheres ovulando em média entre 45 a 94 dias do puerpério. Estudos evidenciam que 20% a 71% das primeiras menstruações pós-parto são precedidas de ovulação, embora a fertilidade dessas primeiras ovulações não esteja bem estabelecida, potencialmente há risco de gravidez. Nas puérperas que não estão amamentando o início do uso de método contraceptivo deve ser recomendado após a 3ª semana do parto.

Após o parto a elevação dos níveis de prolactina, interfere com a função cíclica normal do eixo hipófise-hipotálamo, com consequente alteração nos níveis de gonadotrofinas levando à anovulação. Nas lactantes, a manutenção da amenorréia e da anovulação depende basicamente de como está sendo conduzido o processo de aleitamento, ou seja, será influenciado pelo número de sucções pelo recém-nascido e pela duração das mamadas.

O método de amenorréia da lactação (LAM) consiste no uso natural da amamentação. Contudo para que esse método possa ser considerado eficaz, três condições são obrigatórias: a mulher deve estar em amenorréia e dentro dos primeiros 6 meses após o parto e, ainda, em aleitamento materno exclusivo e com livre demanda nas 24 horas do dia. Na presença dos três requisitos acima descritos a taxa de gravidez é ao redor de 0,5 a 2%.

O LAM tem sido largamente utilizado em alguns países desempenhando um importante papel na saúde pública. Porém, em nível individual, deve-se tomar muito cuidado, pois o método deixará de ser confiável na ausência de qualquer um desses três requisitos obrigatórios.

Durante o aleitamento a anticoncepção deverá ser iniciada a partir da 6ª

semana após o parto, sendo aconselhável que não se ultrapasse o período de três meses sem método algum, pois a ovulação pode preceder o primeiro sangramento menstrual com potencial risco de gravidez.

Métodos contraceptivos

No puerpério, além das características inerentes a qualquer método, tais como eficácia, segurança, custo e reversibilidade, deve-se atentar para a possibilidade de efeitos sobre a lactação e o recém-nascido ao se fazer a opção contraceptiva.

Métodos de barreira

Incluem o diafragma, o condom masculino e o feminino. Podem ser utilizados com segurança durante a amamentação, pois não interferem na produção do leite. Porém a eficácia desses métodos na prática difere da eficácia no uso perfeito, sendo necessária avaliação cuidadosa da motivação do casal para o uso correto destes métodos em todas as relações sexuais.

Os preservativos masculinos e femininos podem ser utilizados a qualquer momento após o parto. Enquanto, o diafragma só é recomendado após 6 semanas, pois antes deste período os órgãos genitais internos ainda estão retornando das alterações que ocorreram com a gravidez e o parto.

Todos os casais, independente da escolha do método contraceptivo, devem ser orientados que o condom masculino de látex, usado de forma correta e consistentemente, oferece comprovada proteção contra o HIV e outras DSTs.

Dispositivo Intrauterino

Não interfere no processo de lactação e desenvolvimento da criança. Apresenta como vantagens: alta eficácia, longa duração, praticidade, não ocorrendo maior incidência de complicações quando comparado à sua utilização em outras fases de vida da mulher.

Em nosso meio, dispomos dos DIUs com cobre e do sistema intrauterino com levonorgestrel, ambos podem ser inseridos por via vaginal imediatamente após a dequitação ou durante a cesárea, antecedendo a histerorrafia. Estes procedimentos são eficazes, não apresentando complicações significantes como perfurações ou infecções, com discreto aumento no número de expulsões do dispositivo que pode ser evitado com treinamento específico e colocação adequada nos primeiros dez minutos após a dequitação. A colocação destes dispositivos não deve ser realizada no período de 48 horas até quatro semanas após o parto, pois existe um risco maior de perfuração. Após 4 semanas, não há restrição para uso do método.

Contracepção Hormonal

a) Hormonal somente com progestagênio (oral, injetável trimestral ou implante subdérmico)

Podem ser empregados durante o aleitamento sem afetar o crescimento e

desenvolvimento do recém-nascido, não alteram o volume do leite produzido, nem a concentração de proteínas, lípidos ou lactose. As pílulas somente com progestagênios e os implantes de etonogestrel e levonorgestrel (este último não disponível no Brasil) podem ser utilizados antes da sexta semana pós-parto. Por outro lado o acetato de medroxiprogesterona deve ser iniciado somente após a 6ª semana do parto.

- Pílulas com progestagênio isolado (0,35mg de Noretisterona ou 0,03mg de Levonorgestrel ou 0,5mg de Linestrenol) podem ser usadas por mulheres em qualquer idade. Durante a amamentação seu uso é liberado antes da sexta semana após o parto. Devem ser utilizadas diariamente, preferencialmente na mesma hora e sem pausas entre as cartelas. Estima-se que somente após 24 horas após o início de uso dessas pílulas ocorrerá o efeito contraceptivo no muco cervical, recomendando-se método adicional neste período. Cabe ressaltar que não se deve atrasar mais do que três horas na tomada diária pelo risco de falha. Podem ser mantidas até seis meses ou até a paciente menstruar, geralmente coincidindo com o início da complementação alimentar da criança.
- Pílulas com progestagênio isolado com doses maiores (75mcg de desogestrel) apresentam alta eficácia contraceptiva, pois além dos mecanismos de ação das minipílulas, também inibem a ovulação e, por isso, podem ser mantidas após o término da amamentação. Um atraso na tomada diária de até 12 horas não acarreta prejuízo da eficácia.
- A injeção de 150mg de acetato de medroxiprogesterona pode ser usada por mulheres em qualquer idade incluindo adolescentes. Sua aplicação trimestral, por via intramuscular, a torna um método muito prático. Sua alta eficácia permite administrar a próxima dose mesmo com atraso de até 2 semanas da data agendada para a realização da mesma, sem a necessidade de uso proteção contraceptiva adicional.
- O implante subdérmico (etonogestrel) é um método eficaz, de duração prolongada (até três anos) e com rápido retorno à fertilidade depois de sua remoção. Pode ser inserido antes da 6ª semana do parto. Não apresenta efeitos sobre a lactação e desenvolvimento da criança.

b) Hormonal combinado (oral, injetável, mensal, transdérmico, vaginal)

Os contraceptivos hormonais que contêm estrogênio aumentam o risco de fenômenos tromboembólicos (nas primeiras seis semanas pós-parto já existe um aumento de incidência de trombose venosa) e causam diminuição da quantidade de leite, não alterando significativamente a concentração de proteínas, gorduras e lactose. Assim por estes motivos a utilização deste método deve ser de exceção e a sua introdução deve ser após o 6º mês do parto.

A passagem dos hormônios para o lactente ocorre em geral em pequenas proporções (inferiores a 1%) em relação à dose materna, não alterando o seu desenvolvimento, crescimento, nem mesmo o comportamento psicológico. Em puéperas com aleitamento materno exclusivo, os métodos hormonais combinados não devem ser indicados. Em mulheres com amamentação mista e que já estão menstruando, a orientação é por um contraceptivo hormonal de baixa dose, com tomada da pílula de preferência logo após a mamada ou no início

do intervalo mais longo entre elas. Recomenda-se também que haja aumento da duração do estímulo de sucção. A sua iniciação deve ser após o 6o mês do parto.

Métodos cirúrgicos

Segundo os critérios médicos de elegibilidade da Organização Mundial da Saúde, a realização da laqueadura tubárea é aceitável durante a amamentação excetuando-se o período entre 7 a 42 dias após o parto quando, recomenda-se o adiamento de sua realização, pois há um aumento de complicações enquanto o útero não esta totalmente involuído. No Brasil, devem ser respeitadas as orientações da Lei 9263 de 1996, que trata de Planejamento Familiar e se refere à esterilização voluntária, restringindo a esterilização cirúrgica no puerpério aos casos de risco de vida materna ou por cesarianas sucessivas anteriores.

Os casais devem ser exaustivamente orientados sobre riscos, benefícios e irreversibilidade tanto da laqueadura tubárea quanto da vasectomia para que tomem uma de decisão consciente.

Anticoncepção de emergência

Durante o aleitamento, a Organização Mundial de Saúde libera o uso de esquemas com pílulas de levonorgestrel ou contraceptivos hormonais combinados orais. No Brasil, encontram-se disponíveis as pílulas de levonorgestrel em duas apresentações: levonorgestrel 1,5 mg em dose única ou levonorgestrel 0,75mg seguida de uma segunda dose após intervalo de 12 horas. Ressaltando-se que nas duas formas de apresentação o uso deve ser o mais precoce possível dentro dos primeiros 5 dias da relação sexual desprotegida. Havendo maior eficácia quando utilizada até 3 dias desta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Lei no 9263, de 1996. Regula o 7o artigo 226 da Constituição Federal que trata de Planejamento Familiar, estabelece penalidades e esclarece outras providências. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília DF, 5 jan 1996; Secção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm. Acessado em: 20 mai. 2015.
- Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2013: adapted from the World Health Organization selected practice recommendations for contraceptive use, 2nd edition. MMWR Recomm Rep. 2013 Jun 21;62(RR-05):1-60.
- Grimes DA, Lopez LM, O'Brien PA, Raymond EG. Progestin-only pills for contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 11. Art. No.: CD007541. DOI: 10.1002/14651858.CD007541.pub3.

- Jackson E, Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2011;117(3):657-62.
- Lopez Laureen M, Grey Thomas W, Stuebe Alison M, Chen Mario, Truitt Sarah T, Gallo Maria F. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2015, Art. No. CD003988. DOI: 10.1002/14651858. CD003988.pub2.
- Shaamash AH, Sayed GH, Hussien MM, Shaaban MM. A comparative study of the levonorgestrel-releasing intrauterine system Mirena versus the Copper T380A intrauterine device during lactation: breast-feeding performance, infant growth and infant development. *Contraception.* 2005;72(5):346-51.
- World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use Fifth edition 2015. WHO reference number: WHO/RHR/15.07. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172915/1/WHO_RHR_15.07_eng.pdf?ua=1. Acessado em: 20 jun. 2015.
- World Health Organization (WHO). Family planning: a global handbook for providers 2011 Update. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs and World Health Organization. ISBN: 9780978856373. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/en/. Acessado em: 20 mai. 2015.

18. Amamentação e Sexualidade

Denise Queiroz Ferreira, Guilherme Negrão de Souza

A gravidez e o puerpério são períodos especiais na vida das mulheres, quando ocorrem mudanças físicas, hormonais e psicológicas que repercutem na sexualidade.

Os hormônios envolvidos na lactação também influenciam a sexualidade. A prolactina, responsável pela produção do leite, compete com os receptores de androgênios, por meio da diminuição da produção de testosterona e dopamina, interferindo assim, de forma negativa, nas fases da resposta sexual de desejo e orgasmo. A ejeção do leite ocorre devido à ação da ocitocina, considerada o hormônio do vínculo, a qual tem seus níveis aumentados durante a amamentação, bem como quando há contato físico através de carícias, abraços e, especialmente, durante o coito, atingindo seu pico no orgasmo. Há relatos de mulheres que evidenciaram melhora da fase orgásmica após o período de amamentação.

A sexualidade, assim como a amamentação, é influenciada por aspectos culturais. Antes mesmo do parto, a mulher já possui crenças, sentimentos, expectativas; ouviu relatos de mulheres e, provavelmente, tem conhecimento se foi ou não amamentada. Todos esses aspectos influenciarão no aleitamento futuro.

Muito se fala sobre os benefícios do aleitamento materno para o recém-nascido e a respeito dos cuidados com as mamas, porém as informações a respeito da sexualidade nesse período são escassas. A amamentação pode ser vista apenas como dever de nutrir o recém-nascido com o leite que produz, como forma de desempenhar o papel de “boa mãe”, mas também deve ser vivenciada como uma preciosa oportunidade de vínculo entre mãe e filho. É através da amamentação que ocorre um dos contatos mais íntimos entre dois indivíduos. Durante o aleitamento, a experiência do toque recíproco, o aconchego, a troca de olhares entre a mãe e filho favorecem o fortalecimento e a consolidação do papel de mãe, além de ser um prazer para ambos.

Segundo Freud, a primeira fonte de prazer corporal está na região oral. Masters e Johnson advertem que a criança que não foi amamentada pode cursar com disfunções sexuais na vida adulta, decorrentes dessa privação. Os citados autores evidenciaram, no grupo de puérperas estudado, que mulheres que amamentavam tinham maior interesse em retomar mais rapidamente a vida sexual. Algumas atribuíram o desejo do retorno ao coito, por se sentirem culpadas devido à sensação de orgasmo ocorrida durante o aleitamento. O estímulo sexual pode ocorrer durante as mamadas, e esse é um dos motivos que faz com que mães interrompam o aleitamento. É papel do obstetra explicar o mecanismo reflexo de tal sensação.

As mamas são símbolos fundamentais da feminilidade, tanto do ponto de vista sexual, pela representação erótica, como da maternidade, por representar acolhimento e nutrição. Há casais que se sentem constrangidos com a manipulação das mamas durante o período de aleitamento, contudo esse pode ser o momento oportuno para descoberta de novos pontos eróticos. Para muitas mulheres, a convivência simultânea entre os papéis de mãe e esposa é difícil, principalmente se não recebem apoio de seus parceiros. Há homens, inclusive, que se consideram proprietários dos seios de sua mulher, sentem-se rejeitados e dificultam o aleitamento. É fundamental a participação do pai durante este período; a amamentação é sobremaneira facilitada quando os companheiros incentivam

e apoiam o aleitamento. Além da grande importância que os parceiros exercem no equilíbrio emocional da puérpera, eles também influenciam no exercício da feminilidade e na separação entre os papéis de mãe e esposa.

Dificuldades no relacionamento conjugal e disfunções sexuais não trabalhadas nos períodos pré-gestacional e gestacional tendem a se intensificar no puerpério, devido às dificuldades inerentes ao mesmo, como a adaptação às demandas do recém-nascido, o cansaço e o fato de muitas mães não se sentirem interessantes do ponto de vista sexual, em função da mudança corporal ocorrida durante a gestação.

O ressecamento vaginal, advindo do aumento da prolactina e do hipostrogenismo durante o período da lactação, leva à dispareunia, podendo desencadear diminuição do desejo sexual e anorgasmia, sendo que, em casos mais graves, pode cursar com vaginismo. Esse distúrbio pode ser contornado facilmente com a prescrição de lubrificantes hidrossolúveis, sendo importante orientar os parceiros sobre o fato de que o ressecamento ocorre devido à alteração hormonal e não necessariamente ao desinteresse sexual.

Afirmações tais como “meu leite é fraco”, “não tenho leite”, “meu bebê não quer mamar no peito”, “o peito cai depois que amamenta” são utilizadas para justificar a interrupção ou até mesmo a ausência da amamentação. É nosso dever, portanto, orientar sobre essas questões e incentivar o aleitamento.

Há que se considerar, ainda, a angústia das mães que retornam ao trabalho profissional durante o período da amamentação. Em tais casos, o ajuste das mamadas deve ser discutido com o pediatra, a fim de que não haja o desmame precoce.

Nós, que prestamos assistência às mulheres, precisamos estar atentos às questões sexuais. É fundamental ouvir e orientar os pais, pois, assim, estaremos contribuindo para a saúde sexual e para o fortalecimento do vínculo entre o casal e a família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Convery KM, Spatz DL. Sexuality and breastfeeding: what do you know? MCN Am J Matern Child Nurs 2009; Jul-Aug 34(4): 218-23.
2. Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade humana. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1997.
3. Masters WH, Johnson VE. A resposta sexual humana. São Paulo: Roca; 1966.
4. Moron AF, Camano L, Kulay Júnior L. Obstetrícia: Função sexual no ciclo gravídico-puerperal 2011. Barueri, SP: Editora Manole; 165-76.
5. Munjack DJ, Oziel LJ. Sexologia: Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: Atheneu; 1984.

19. Inibição da Lactação: Indicações e Esquemas

Vander Guimarães, Noélia Pedrosa Brito

Introdução

Quase todas as mães podem ser bem-sucedidas na amamentação, o que inclui iniciar a amamentação dentro da primeira hora de vida, amamentar exclusivamente nos primeiros seis meses e continuar a amamentar até dois anos de idade ou mais.

Entretanto, um pequeno número de condições de saúde da criança e da mãe justifica recomendar que ela não amamente temporária ou permanentemente, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2009).

Indicações para inibição da lactação

As situações em que se faz necessária a inibição da lactação são pouco frequentes, e dependem tanto de causas de origem materna quanto de fatores inerentes ao recém-nato seja de forma permanente ou temporária.

Condições Maternas

1. Forma permanente - Infecção pelo HIV
2. Forma temporária
 - Doença grave que impeça cuidar de seu filho - p.e. sepse.
 - Vírus do Herpes simples tipo 1 - até que as lesões mamárias da mãe estejam curadas.
 - Medicamentos - drogas sedativas, psicoterápicas, anti-epiléticas, opiáceos, quimioterapia citotóxica, iodo - 131 radioativo, iodo ou iodofor tópico (ex. povidone-iodato) usado em excesso em mucosas e feridas abertas.
3. Condições nas quais não se contraindica amamentar:
 - Abscesso mamário
 - Hepatite B
 - Hepatite C
 - Mastite
 - Tuberculose
 - Uso de nicotina, álcool, ecstasy, anfetaminas, cocaína e estimulantes relacionados. As mães devem ser auxiliadas e incentivadas a não usar tais substâncias.

Condições da Criança

1. Não se deve receber nenhum tipo de leite, exceto fórmulas especiais.
 - Galactosemia clássica.
 - Doença da urina de xarope do bordo.
 - Fenilcetonúria.
2. Podem necessitar de complementação com outro leite por tempo limitado.
 - Nascidos com menos de 1500g.
 - Nascidos com menos de 32 semanas de idade gestacional.
 - Lactentes com risco de hipoglicemia em virtude de adaptação metabólica comprometida ou demanda aumentada de glicose (pré-termos, pequenos para a idade gestacional, hipóxia e isquemia intraparto, doentes filhos de mães diabéticas e caso a glicemia não melhore com a amamentação ou com leite materno).

Métodos para inibição

Os esquemas propostos para a interrupção da lactação baseiam-se na supressão dos estímulos sobre o mamilo e a mama e na inibição da síntese de prolactina.

A falta de estímulo mamilar impede a liberação de ocitocina e, conseqüentemente, a ejeção láctea. O ácino mamário túrgido tem a sua produção de leite diminuída, por efeito local do aumento da pressão. A ausência da sucção reativa a produção de um fator inibidor da prolactina (PIF), que parece ser a própria dopamina, impedindo também a secreção deste hormônio pela adenohipófise.

Os métodos não farmacológicos são preferidos, uma vez que são mais efetivos, produzem menos efeitos colaterais e não apresentam contraindicações. Algumas vezes, a sintomatologia promovida pela tentativa da inibição da lactação faz com que a) associação do tratamento medicamentoso aos métodos conservadores seja necessária.

Não farmacológicos:

- Evitar a sucção e outras formas de estímulo do complexo aréolo-mamilar.
- Não promover a restrição hídrica - a hidratação deve ser de acordo com a necessidade da mulher.
- Enfaixamento compressivo: logo após o parto, através de ataduras elásticas de 15 cm de largura, que envolvam todo o tórax. Este procedimento deve ser mantido por 5 dias e as ataduras somente retiradas para o banho da paciente.
- Aplicar compressas de gelo sobre as mamas, durante 10 minutos, 4 a 6 vezes ao dia.

Estimular a utilização de sutiãs.

Farmacológicos

Os esquemas terapêuticos mais comumente utilizados atuam diminuindo a secreção de prolactina ao promover um ambiente hormonal semelhante ao ocorrido na gestação (com altas taxas de estradiol) ou por ter efeito sinérgico à dopamina. São os seguintes:

1. Cabergolina

Ação:

- Estimula os receptores D2-dopaminérgicos, inibindo de forma seletiva a secreção da prolactina.

Contraindicações: gravidez, pré-eclâmpsia e hipertensão pós-parto, insuficiência hepática grave e sensibilidade a alcalóides derivados do ergot.

Efeitos colaterais:

- Mais comuns – cefaleia, náuseas, vertigem, hipotensão, sonolência, dor abdominal.
- Menos comuns - palpitação, dor epigástrica, epistaxe, hemianopsia transitória, vômito, síncope, astenia e ondas de calor.

Terapêutica proposta:

- 2 comprimidos (0,5 mg) VO em dose única (no primeiro dia pós-parto) ou
- ½ comprimido (0,25 mg) VO 12/12 horas 2 dias (para supressão da lactação já estabelecida).

2. Mesilato de Bromoergocriptina

Ação:

- Agonista da dopamina, através da ativação dos seus receptores pós-sinápticos, reduzindo os níveis séricos da prolactina.

Contraindicações: hipertensão não controlada e sensibilidade a alcalóides derivados do ergot.

Efeitos colaterais:

- Menos graves – cefaleia, náuseas, vômito, fadiga, síncope, diarreia, câimbras.
- Mais graves - hipertensão, convulsão, apoplexia e infarto do miocárdio.

Terapêutica proposta: 1 comprimido (2,5 mg) VO ao dia - 2 semanas ou ½ comprimido (1,25 mg) VO cada 8 ou 12 horas - 14 dias.

3. Maleato de Lisurida

Ação:

- Agonista da dopamina, reduzindo os níveis séricos da prolactina.

Contraindicações: insuficiência coronariana e arteriopatas periféricas, psicose e hipersensibilidade ao componente da fórmula.

Efeitos colaterais:

- Mais comuns – cefaleia, náuseas, cansaço, vertigem, sudorese, obnubilação e vômito.
- Menos comuns - pesadelos, alucinação, reações paranóides e confusão mental.

Terapêutica proposta: 1 comprimido (0,2 mg) VO 8/8 horas - 14 dias.

4. Hexaidrobenzoato de estradiol

Ação:

- Inibe a ação da prolactina no tecido mamário.
- Atua na adenohipófise, impedindo a secreção de prolactina.

Contraindicações: gravidez, patologias tromboembólicas, cardiopatias, câncer de útero, mama ou hipofisário, hemorragias genitais de causas desconhecidas, hepato e nefropatia grave, porfiria, colagenose, otosclerose

Efeitos colaterais:

- Mais comuns e menos graves - náusea, cefaleia, congestão mamária, irritabilidade, aumento de peso, depressão, cloasma, candidíase vaginal, litíase biliar.
- Menos comuns e mais graves - hipertensão (em caso de doses elevadas), acidentes cardiovasculares e tromboembólicos, icterícias colestatías e hiperlipidemias, diabetes, mastopatias malignas, tumores uterinos, enxaqueca, vertigens, alterações visuais, agravamento de epilepsia, adenoma hepático.

Terapêutica proposta: 1 ampola (5 mg) IM 24/24 horas - 2 doses

Em virtude dos seus efeitos colaterais graves, a bromoergocriptina e a cabergolina não são drogas aprovadas pelo FDA (Food and Drug Administration) com finalidade de inibir a lactação. Pelas mesmas razões, foi abandonado o uso do hexaidrobenzoato de estradiol com este fim.

5. Outros fármacos

Além dos fármacos descritos acima, são relatados outros produtos com a finalidade de inibir a lactação: tamoxifeno, ciproheptadina, metisergida, metergolina, clomifeno, piridoxina (vitamina B6), prostaglandina E2, mercaptopropionil-glicina, furosemida, estrogênios combinados com androgênios ou progesterona. Tais medicamentos carecem de maiores estudos, que comprovem sua segurança e eficácia na terapêutica proposta.

Terapia medicamentosa de apoio

Independentemente do método de inibição escolhido, é aconselhável instituir-se uma terapia de suporte no combate à dor, uma vez que o processo pode ser doloroso e causar desconforto à mulher. Aconselha-se, nesta situação, o uso de analgésicos (Paracetamol, Dipirona ou AAS) e/ou anti-inflamatórios (Diclofenaco, Piroxicam, Ibuprofeno etc) em doses habituais, enquanto persistirem os sintomas algícos, que normalmente desaparecem após as primeiras 72 horas.

(*) Vide capítulo específico

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Atualização OMS. Razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite materno, 2009.
2. Chaves RG, Lamounier JA. Uso de medicamentos durante a lactação. *Jornal de Pediatria* 80 (5 Supl):S189-S198, 2004.
3. Howard CR, Howard FM. Management of breastfeeding when the mother is ill. *Clinical Obstetrics & Gynecology* 47(3)683-695, September, 2004.
4. Lawrence, R. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*, Fourth Edition, St. Louis: Mosby, 1994.
5. Spitz AM, Lee NC, Peterson HB. Treatment for lactation suppression: Little progress in one hundred years. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 179 (6):1485-1490, 1998.
6. *Tratado de Obstetrícia FEBRASGO*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

20. O Sistema de Alojamento Conjunto e a Amamentação

Ana Júlia Colameo

As rotinas hospitalares durante o parto e o nascimento têm uma grande influência sobre a amamentação e são responsáveis pela qualidade e duração do aleitamento materno.

As normas hospitalares que separam rotineiramente as mães de seus filhos, mantendo os bebês em “salas de observação” ou berçários, por algumas horas ou dias, podem prejudicar a amamentação e, como consequência, afetar diretamente a saúde das mães e dos bebês.

Quando um bebê é colocado junto de sua mãe, imediatamente após o parto e assim permanece durante todo o tempo em que ambos estiverem internados, essa modalidade de atendimento é chamada de “alojamento conjunto”.

Os benefícios do alojamento conjunto são muito conhecidos e são inúmeras as evidências científicas que demonstram as vantagens desse sistema sobre as rotinas de separação convencionalmente usadas nas maternidades até a década de 70.

No Brasil, o alojamento conjunto tem sido recomendado para todas as maternidades desde 1977 pelo Ministério da Saúde, depois de uma ampla discussão sobre as normas de assistência a gestante e ao recém-nascido. A partir de 1983 o alojamento conjunto se tornou obrigatório nas maternidades próprias e conveniadas do já extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social – INAMPS e em 1993, o Ministério da Saúde definiu os quesitos mínimos necessários para o cumprimento do sistema de alojamento conjunto em todos os hospitais do SUS, introduzindo a obrigatoriedade de avaliações periódicas.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n.º 8.069 de 13 de julho de 1990, no capítulo I, Art. 10º, inciso V, estabelece que: “Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes; públicos e particulares são obrigados a manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe”, de modo que esse sistema hospitalar deve ser oferecido por todas as maternidades do país.

No entanto, apesar das regulamentações e das vantagens que proporciona, implantar o alojamento conjunto na sua totalidade significa superar uma série de obstáculos.

Alguns pontos importantes precisam ser abordados, para dimensionar o significado do alojamento conjunto:

1º ponto: O início do alojamento conjunto se dá na sala de parto, logo após o nascimento, colocando o bebê em contato pele a pele com sua mãe e assim permanecendo, até que a primeira mamada aconteça.

Esse contato íntimo mantém o bebê aquecido e é catalisador da formação do vínculo afetivo entre ambos. Também propicia que ele seja colonizado pelas bactérias maternas, diminuindo sua chance de entrar em contato com as hospitalares.

Na primeira hora de vida, o bebê está bastante alerta e seus reflexos o levam a buscar o peito da mãe. Quando a mamada ocorre, ele recebe o colostro, rico em anticorpos que vão protegê-lo dos germes maternos recém-adquiridos. Também acontece, nesse momento, uma grande liberação de ocitocina endógena que faz com que o útero se contraia, diminuindo os riscos de hemorragia pós-parto.

O início precoce da amamentação faz com que o bebê desenvolva sua capacidade de mamar de forma mais eficiente, com a “pega” mais adequada, prevenindo o aparecimento das fissuras e do ingurgitamento mamário. Além disso, aumenta a duração total do aleitamento materno.

Possíveis obstáculos e sugestões para superá-los:

- Cuidados rotineiros com o bebê, como aspiração de vias aéreas, aquecimento, identificação, uso de nitrato de prata ocular, mensuração do peso e altura e banho impedem que seja colocado imediatamente com sua mãe.

Os bebês vigorosos, que apresentem 7 ou mais pontos na escala de Apgar no primeiro minuto, geralmente não necessitam de manobras de reanimação e uma avaliação imediata pode definir quais recém-nascidos vão necessitá-las.

O aquecimento pode ser feito no colo da mãe, através da secagem delicada do bebê, da manutenção do contato pele a pele e da cobertura de ambos com um campo aquecido ou cobertor. Manter a sala de parto em temperatura amena também ajuda. A identificação deve ser feita sob as vistas da mãe, durante esse contato.

O uso de nitrato de prata e as medidas podem ser protelados para depois da primeira mamada e o banho não deve ocorrer antes das 6 horas de vida, devendo obedecer a critérios de riscos à saúde para ser antecipado.

- A mãe está muito cansada após o parto.

Um acompanhante durante o trabalho de parto costuma diminuir o cansaço materno. Além disso, ele pode ajudar a manter mãe e bebê juntos, quando o número de profissionais do hospital é restrito ou insuficiente.

- As mesas de parto ou macas são muito estreitas, o bebê pode cair.

Colocar o bebê sobre o peito da mãe e envolvê-los com um campo ou lençol e monitorá-los à distância ou permitir que um acompanhante os ajude pode impedir que isso aconteça.

- O uso de drogas, durante o trabalho de parto, diminui os reflexos do bebê, deixando-o sonolento ou deprimido.

As drogas analgésicas podem ser substituídas por métodos não medicamentosos de controle da dor, tais como massagens, banhos de imersão, deambulação e posições

especiais de alívio. A dor também é minimizada quando se permite a presença de um acompanhante escolhido pela mãe, durante o trabalho de parto.

Os anestésicos devem ser indicados criteriosamente, levando-se em consideração também o estado de alerta do bebê para efetivar a primeira mamada, além das outras indicações médicas.

- O parto cirúrgico impede a colocação pele a pele.

Apesar de esta ser uma situação que dificulta bastante o contato pele a pele, é possível propiciá-lo com ajuda do pessoal da equipe hospitalar. Após a liberação de um dos braços maternos, é oferecida ajuda para segurar o bebê durante o tempo do contato de pele, até ocorrer a primeira mamada. Caso a primeira mamada não ocorra durante o parto cirúrgico, manter os dois próximos na sala de recuperação, onde estarão sendo observados, também fará com que a mãe obtenha ajuda, assim que se disponha a amamentar.

- O pessoal não foi treinado para avaliar e ajudar na amamentação.

Atualmente existem várias modalidades de treinamento disponíveis que podem ser adequados para a realidade de cada hospital. O acesso a esses treinamentos costuma ser por meio do contato com o Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde.

2º. ponto: O alojamento conjunto deve ser mantido durante o transporte para o quarto ou enfermaria.

Ao ser transportado pela mãe, o bebê não perde calor e continua sendo protegido da infecção causada por germes hospitalares, costumeiramente presentes nas mãos dos profissionais de saúde.

- Transportar o bebê no colo da mãe não é seguro

A maioria das mulheres que deram à luz está lúcida e com pleno controle dos seus movimentos, o que torna bastante seguro o transporte do bebê nos braços da mãe. Caso seja necessário, pequenas manobras podem melhorar a segurança do transporte conjunto, tais como obter a ajuda de um acompanhante ou embrulhá-los com um lençol.

3º. ponto: Na enfermaria ou no quarto, os bebês devem permanecer 24 horas por dia com suas mães e só excepcionalmente devem ser retirados de sua presença.

A maioria dos procedimentos simples ou de rotina podem ser feitos no quarto, na presença da mãe, tais como: pesagem, banho, evolução médica, exames físicos especializados, coleta de exames laboratoriais, “exame do pezinho”, fototerapia, etc.

Isso facilita as trocas de informações entre a mãe e o pediatra por ocasião das visitas médicas e oferece à enfermagem condições de promover o treinamento materno nos cuidados com o bebê, através de demonstrações práticas. Também propicia que a família tenha contato com o bebê e que a integração do novo membro na unidade familiar tenha início.

Possíveis obstáculos e sugestões para superá-los:

- Os bebês precisam ficar algumas horas em observação para saber se podem ser alimentados.

A alimentação pode ser iniciada na sala de parto e lá ser observada. O afastamento do bebê por algumas horas, impedindo a amamentação, pode ser um agravante de quadros clínicos que levem à hipoglicemia ou à hiperbilirrubinemia. Além disso, quando está separado de sua mãe, o bebê corre o risco de ser alimentado com soluções de água glicosada, chás ou leites artificiais, em substituição do colostro.

- É difícil supervisionar os bebês espalhados pelos quartos da maternidade, enquanto que no berçário uma pessoa vigia muitos bebês.

Os bebês estão mais seguros com suas mães e são mais bem observados por elas, porque a ligação afetiva entre os dois gera uma atenção particular e individualizada.

A realocação do corpo de enfermagem, do berçário para o alojamento, pode diminuir a sobrecarga de trabalho nas enfermarias e um sistema intermitente de observações pode ser adotado, já que não há necessidade de vigilância contínua pela equipe.

- Não há espaço para o alojamento conjunto.

A redistribuição do espaço gerado pela desativação do berçário pode ser uma solução para manter o número de leitos.

Os bebês também podem dormir na mesma cama com suas mães, sistema conhecido como "bedding-in", adotado por muitos países sem riscos adicionais a saúde.

- As mães precisam descansar para manter a saúde, depois do parto e à noite.

O alojamento conjunto é melhor para a saúde da mãe e ela deve ser apoiada e ajudada pela equipe toda vez que for necessário.

As mães podem amamentar deitadas e descansar enquanto amamentam. Dormir junto ao bebê não o expõe a maiores riscos de saúde, ao contrário, pode ser um fator protetor de asfixias ou da "Síndrome da Morte Súbita no Berço".

- A taxa de infecção hospitalar aumenta.

As evidências têm demonstrado que, ao contrário, com o alojamento conjunto as taxas de infecção hospitalar diminuem.

- As mães inexperientes querem que seus bebês sejam cuidados por especialistas.

Ao permanecer com suas mães, os bebês podem praticar a amamentação sob livre demanda, obtendo assim, toda a proteção que necessitam, através de seu leite.

Elas podem ser ajudadas e treinadas pela equipe hospitalar em seu próprio quarto e preparadas para as situações que irão enfrentar em casa.

Além disso, todas as mulheres precisam receber informações sobre as vantagens

do alojamento conjunto para sua saúde e a do bebê, desde o pré-natal.

Rotinas pormenorizadas devem estar afixadas em todos os setores frequentados pelas gestantes e puérperas, de modo que o sistema adotado pelo hospital fique bastante claro e acessível.

4º. ponto: O Alojamento conjunto deve ter continuidade em casa, para que os benefícios da amamentação sob livre demanda continuem.

Deve ser orientado às mães e familiares que os bebês necessitam dessa proximidade dia e noite para que a amamentação sob livre demanda se estabeleça, dado que é a melhor forma de criar o bebê. Também deve ser informada de como poderá obter ajuda, nas situações que achar necessário.

- São muitas as informações dadas às mães no momento da alta hospitalar.

Os hospitais podem deixar com as mães lembretes escritos contendo essas orientações e aonde procurar ajuda, como na contracapa do cartão de nascimento ou no relatório da internação e alta, por exemplo.

Se o hospital tem uma rotina de retorno para avaliação pós-parto, essa é uma boa ocasião para novamente orientar as mães quanto à manutenção do alojamento conjunto, assim como para apoiá-las na amamentação.

Os hospitais que atendem gestantes de risco, também podem organizar seu serviço intensivo neonatal de modo a favorecer o alojamento conjunto para os bebês de baixo peso ou prematuros, através da adoção das rotinas do Método Mãe Canguru (vide capítulo).

Os gestores hospitalares têm um papel fundamental na implantação do alojamento conjunto, porque dispõem de muitos recursos para incentivar e convencer os profissionais de saúde a mudarem suas rotinas, facilitando treinamentos, mudando regras e avaliando sistematicamente os resultados.

Os hospitais com rotinas que apoiam a amamentação são considerados hospitais mais “humanizados” e, portanto, mais respeitados pela comunidade.

Ao colocar em prática os “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação” que promovem e protegem o aleitamento materno, onde o alojamento conjunto tem um importante papel, o hospital pode ser agraciado com o título de “Hospital Amigo da Criança”, uma iniciativa conjunta do Fundo das Nações Unidas para a Infância e da Organização Mundial de Saúde como forma de reconhecimento internacional das boas práticas da maternidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Lei nº 8.069. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União de 16 de julho de 1990.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.016. Normas básicas de alojamento conjunto. Diário Oficial da União de 26 de agosto de 1993.
3. Christenson K et al. Temperature, metabolic adaption and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatrica*.1992. 81:490.
4. DeChatteau P e Wiberg B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. *Acta Paediatr*. 1977. 66:145-151.
5. Elander G e Lindberg T. Short mother-infant separation during first week of life influences the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr Scand*. 1984.76:238.
6. Nylander G et al. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward: positive long-term effects. *Acta Obstet Gynecol Scand*.1991. 70:208.
7. Righard L e Alade O. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. *Lancet*.1990. 366:1105-1107.
8. Salariya EM, Easton PM, Cater JI. Duration of breastfeeding after early initiation and frequent feeding. *Lancet*. 1978. 25:1141-1143.
9. Soetjningsih e Suraatmaja S. The advantages of rooming-in. *Pediátrica Indonésia*. 1986. 26:231.
10. UNICEF/OMS. Manejo e promoção do aleitamento materno num hospital amigo da criança: curso de 18 horas para equipes de maternidades. Janeiro 1993.
11. Yamauchi Y e Yamanouchi. The relationship between rooming-in/ not rooming-in and breastfeeding variables. *Acta Paediatr Scand*. 1990. 79:1019.
12. Yamauchi Y e Yamanouchi. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*. 1990. 86(2):174.

21. Método Mãe Canguru

Geisy Maria de Souza Lima

Introdução

Nos primórdios, a assistência à gestante e ao parto era realizada por parteiras curiosas em domicílio. Era elevada a mortalidade materna e do neonato devido à causas muitas vezes evitáveis como asfixia, infecção, prematuridade, dentre outros.

O início da perinatologia e a instalação de modernas unidades de terapia intensiva equipadas com alta tecnologia com incubadoras umidificadas, respiradores, surfactante exógeno, monitor cardíaco, de saturação de oxigênio, de pressão arterial, além da nutrição parenteral total, Rx portátil, aparelho de ultrassonografia e tantos outros têm possibilitado a sobrevivência de recém-nascidos de peso e idade gestacional nos limites da viabilidade. Entretanto, o recém-nascido de baixo peso e o pré-termo continuam contribuindo para a elevada morbimortalidade neonatal e infantil.

Com a sobrevivência destes pequenos recém-nascidos, muitas vezes de extremo baixo peso, surgiram novos problemas que vêm inquietando as equipes de saúde como a displasia broncopulmonar, as sequelas da enterocolite necrotizante, sequelas das hemorragias periventriculares e com a longa permanência nas unidades de terapia intensiva neonatais (60, 90 dias ou mais), o abandono. A falta do contato precoce, a fragilidade que aparentam e a iminência da perda impedem que a mãe e os familiares criem vínculo afetivo com seus filhos, observando-se posteriormente negligência e maus tratos. Portanto, é necessário uma mudança de postura da equipe que lida com estes bebês e seus familiares para minimizar estes agravos.

O contato precoce, o livre acesso dos pais e familiares às unidades neonatais, o apoio psicológico e social enfim, a proposta da metodologia mãe canguru adotada no Brasil é fundamental para mudar o curso da história à qual estão sujeitos os bebês de baixo peso.

Histórico

O Método Mãe Canguru foi idealizado e desenvolvido em 1979 pelo pediatra Edgar Rey Sanabria e seus seguidores Dr. Héctor Martínez Gómez e Luiz Navarrete Pérez no Instituto Materno Infantil de Bogotá. A princípio, o método foi criado como alternativa para solucionar a deficiência dos recursos materiais existente naquela instituição. As poucas incubadoras existentes eram compartilhadas por dois a três bebês de baixo peso, aumentando a morbimortalidade por infecção cruzada. Os bebês passaram a ficar em contato pele a pele com sua mãe dentro de suas roupas, garantindo-lhes o calor necessário. A alta era dada precocemente e era estimulado o aleitamento materno exclusivo, sendo o método predominantemente ambulatorial.

Entretanto, a alta muito precoce e a incapacidade de sugar e coordenar sucção/ deglutição/respiração, muitas vezes contribuiu para a elevada mortalidade, passando o método a ser criticado pela comunidade científica.

O Unicef teve um papel importante na divulgação e apoio para implantação do método em outros países. Muitos o adotaram como alternativa à falta de recursos materiais como no Equador, Guatemala, Peru, Moçambique, Nicarágua, Bolívia.

A exemplo do Brasil, em outros países, sobretudo os mais ricos, o método foi adotado visando a ligação afetiva mãe/bebê/família, como Alemanha, Dinamarca, Suécia, Canadá e França.

Conceito

O Método Mãe Canguru é uma modalidade de assistência neonatal que implica em contato pele a pele precoce entre a mãe e seu recém-nascido de baixo peso. O contato pele a pele deverá ser de forma crescente pelo tempo em que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente.

A equipe deve estar motivada para estimular e envolver os pais e os familiares nos cuidados com o bebê desde o nascimento até a alta hospitalar.

Posição canguru - Consiste em manter o recém-nascido ligeiramente vestido (camiseta aberta na frente, fralda descartável, meia, gorro, luva), em decúbito prono ou lateral, evitando-se a abdução exagerada do quadril e a queda da cabeça para trás, na posição vertical, em contato com o peito do adulto.(mãe, pai, avó...)

Vantagens do método

- Aumenta o vínculo afetivo mãe/bebê, família;
- Diminui o tempo de separação entre os pais e o filho;
- Estimula o aleitamento materno;
- Maior confiança e competência dos pais no manuseio do filho de baixo peso;
- Melhor controle térmico;
- Diminui a infecção hospitalar;
- Melhor relacionamento da família com a equipe de saúde;
- Otimização dos leitos da Unidade intermediária;
- Menor permanência hospitalar;

Aplicação do Método

Consiste em três etapas:

1ª etapa - O bebê de baixo peso enfermo será encaminhado da sala do parto à UTI Neonatal ou Unidade Intermediária. Cabe à equipe de saúde neste período:

1. Estimular o livre acesso dos pais à Unidade de risco;
2. Garantir que a primeira visita dos pais seja sempre acompanhada por um membro da equipe;
3. Orientar aos pais e familiares os procedimentos para evitar infecção hospitalar (como a lavagem das mãos) e demais rotinas hospitalares;
4. Orientar a mãe e a família sobre as condições de saúde do bebê;
5. Estimular precocemente a retirada do leite (nas primeiras horas pós-parto) ensinando como ordenhar, armazenar o leite retirado, os cuidados com a mama e a importância da manutenção da lactação;
6. Orientar e estimular à mãe a participar dos cuidados com o filho, como troca de fralda, higiene, estimular a sucção, segurar a sonda nos horários da alimentação etc.;
7. Garantir aos pais reuniões com membros da equipe para esclarecimentos de dúvidas e para orientação acerca do método;
8. Quando as condições do bebê permitirem, iniciar o contato pele a pele o mais precoce possível culminando com a posição canguru;
9. Buscar uma relação pessoal com o bebê, lembrando que o bebê é um ser;
10. Solicitar avaliação do bebê pela fonoaudióloga para iniciar a estimulação da sucção com estímulo digital e quando possível iniciar a transição da dieta por sonda para via oral;
11. Garantir à mãe e aos familiares acompanhamento psicoterápico quando necessário;
12. Proporcionar ao bebê posicionamento adequado para garantir a autorregulação com menos gasto energético e assegurar melhor desenvolvimento neuropsicomotor.

Deverá ser permitido à mãe:

- Permanência hospitalar nos 5 primeiros dias pós-parto. Entende-se que este é o período crítico da relação mãe-filho pré-termo enfermo, aproveitando-se o período para orientação e esclarecimento das suas dúvidas, permitindo maior confiança da mãe quanto à sobrevivência do filho, possibilitando a criação do vínculo mãe/bebê.
- Após o 5º dia, se não for possível a permanência da mãe na unidade hospitalar, assegurar sua vinda diária para o reforço das orientações e acompanhamento do

bebê fornecendo auxílio transporte, refeições durante sua permanência na unidade. Importante também garantir um espaço adequado para sua permanência, para que possa trocar experiências com as outras mães.

2ª Etapa - Depois de superada a fase crítica, o bebê de baixo peso sairá da UTI ou UI (cuidados intermediários) e passará para uma segunda etapa do seu acompanhamento, a Unidade Mãe Canguru. Nesta etapa o bebê passará a ser cuidado por sua mãe que receberá o reforço das orientações quanto aos cuidados com seu filho de baixo peso, recebidas previamente na primeira etapa.

Critérios de elegibilidade

Da mãe

- Ter disponibilidade para permanecer na unidade com seu filho.
- Apoio familiar e rede de apoio social para participar desta segunda etapa.
- Capacidade de reconhecer as situações de risco do recém-nascido (cianose, palidez, pausa respiratória etc).
- Reconhecer a importância de manter o bebê em contato pele a pele na posição canguru.

Da criança

- Estabilidade clínica (não necessitar de oxigênio, hidratação venosa)
- Tolerar a dieta oferecida por sonda, copo ou mamada ao peito.
- Peso mínimo 1250g.

Rotinas hospitalares

Acompanhar o ganho de peso diariamente, comprimento e perímetro cefálico semanalmente. Considerar como ganho de peso adequado 15g/dia. Se o ganho ponderal não está satisfatório, orientar a retirada do leite anterior para que o bebê mame o leite posterior, rico em gordura. Se necessário, oferecer o leite anterior ordenhado.

O recém-nascido em uso de sonda orogástrica deverá ser avaliado pela fonoaudióloga para iniciar o estímulo digital da sucção. Quando indicado a via oral, o bebê deverá ser alimentado com a técnica da translactação (transição da sonda diretamente para o peito) até que tenha condições de mamar exclusivamente no peito sob livre demanda.

Seguir as rotinas do serviço quanto a introdução do complexo vitamínico e ferro e outras suplementações que se façam necessárias.

A utilização de medicação intravenosa intermitente por dispositivo intravenoso

periférico, não contraindica a permanência em posição canguru.

Critérios para alta hospitalar

- Mãe segura, bem orientada e familiares conscientes quanto aos cuidados com o bebê em domicílio.
- Mãe psicologicamente motivada para dar continuidade ao trabalho iniciado na maternidade.
- Compromisso materno e familiar para manter o contato pele a pele em posição canguru por 24 horas/dia.
- Bebê clinicamente bem.
- Peso mínimo de 1.500g.
- Criança com sucção exclusiva ao peito e ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta.

Recomendações:

- Se houver necessidade de complementação da dieta, que essa seja ministrada por copinho com leite ordenhado da própria mãe.
- Deverá ser assegurado o retorno à unidade com agendamento e em caso de urgência o atendimento a qualquer hora do dia ou da noite.

3ª etapa - Mãe e bebê recebem alta hospitalar, dando início ao seguimento ambulatorial.

Agendamento pós-alta

- Na primeira semana pós-alta deverão ser realizadas três consultas, o primeiro retorno com 48 horas.
- Na segunda semana duas consultas.
- Da terceira semana em diante, pelo menos uma consulta semanal até atingir o peso de 2500g.

Obs.: a primeira consulta poderá ser realizada pela enfermeira da 2ª etapa, e as consultas subsequentes pelo médico que liberou para alta hospitalar.

São atribuições do acompanhamento na 3ª etapa:

- Realizar exame físico completo da criança tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, ganho de peso, comprimento e perímetro cefálico, levando-se em conta a idade gestacional corrigida.
- Avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família.
- Checar o cumprimento das orientações recebidas, manutenção da posição canguru 24 horas, uso das medicações etc.
- Corrigir as situações de risco como ganho de peso inadequado, sinais de refluxo, infecção, apneias e anemia.
- Orientar e acompanhar tratamentos especializados tais como exame oftalmológico, avaliação auditiva, terapia ocupacional, fisioterapia motora.
- Orientar esquema adequado de imunizações.

Quando o bebê atingir o peso de 2500g deverá ser encaminhado ao ambulatório de alto risco. Recomenda-se que o serviço acompanhe seus recém-nascidos de risco por pelo menos 2 anos. O bebê de risco durante o primeiro ano de vida deverá ser acompanhado por uma equipe interdisciplinar.

LEITURAS SUPLEMENTARES

- Almeida CM; Almeida AFN; Forti EMP. Efeitos do Método Mãe Canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso. Rev. bras. fisioter. vol.11 no.1 Jan./Fev. 2007
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru, manual técnico. 1. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
- Charpak NFCZ. O Método Mãe Canguru: paz e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras. Rio de Janeiro: McGrawHill; 1999.
- Colameo AJO. Método Mãe Canguru como proposta de humanização das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais. BIS Bol Inst Saúde. 2003.
- Costa R , Monticelli M. Método Mãe-Canguru. Acta Paul Enferm. 2005;18(4):427-33
- OMS. Guia prática: Método madre canguru. Genebra: OMS 1992.
- Venancio SI, de Almeida H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. J Pediatr (Rio J). 2004;80(5 Supl):S173-S180.

22. Banco de Leite Humano

Maria José Guardia Mattar, Joana Saioko Watanabe

Kuzuhara Ana Márcia Correa Gomes

O Brasil possui a maior e mais complexa Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (BLH). Atualmente, estão em funcionamento 196 BLH, dos quais, 54 no Estado de São Paulo. Neles são realizados Controles de Qualidade baseados na Tecnologia de Alimentos, com auditoria do controle interno e externo realizada em parceria com a Controlab e Rede BLH-BR. (M. Saúde, 2008)

A Rede Nacional de Bancos de Leite Humano do Brasil (REDEBLH-BR), é a maior e mais bem estruturada rede de Bancos de Leite Humano do mundo. As ações dos Bancos de Leite Humano no Brasil deixam de ser simplesmente um local de coleta de um produto que era comercializado, para se engajarem na produção do aleitamento materno, constituindo-se em importante estratégia de política governamental em prol da amamentação. (Silva,2004)

Os Bancos de Leite Humano (BLH) funcionam como Centro de Lactação promovendo, apoiando e protegendo a amamentação, auxiliando na manutenção da lactação em nutrízes que não podem amamentar seus filhos pela prematuridade, produzindo a indução da lactação e promovendo a orientação preventiva e curativa de problemas mamários, visando o prolongamento do período de amamentação (M. Saúde,1993; Almeida, 1999).

O BLH é especializado em processamento e controle de qualidade do leite humano ordenhado (LHO), executando atividades de coleta e classificação (colostró, leite de transição e leite humano maduro; leite anterior e posterior), processamento (pasteurização e controle de qualidade microbiológico e físico-químico), estocagem e distribuição de acordo com prescrição de médicos ou nutricionistas estabelecida pela RDC 171/06 ANVISA de setembro/2006, sendo obrigatoriamente vinculado a um hospital materno e/ou infantil. É uma instituição sem fins lucrativos, sendo vedada a comercialização dos produtos distribuídos. (M. Saúde,1995; Almeida, 1999. ANVISA, 2008)

O leite humano é um fluido semiplástico muito complexo contendo lipídeos em invólucro (glóbulos de gordura), proteínas dispersas, assim como caseína, que formam micelas com grande quantidade de cálcio e fósforo, um açúcar único (lactose), vitaminas hidro e lipossolúveis, oligoelementos, fatores de proteção (aproximadamente 250), imunoglobulinas, fatores de crescimento; não é estéril, possui flora saprófita (lactobacilos bifidus), não possui barreira física, porém pode sofrer contaminação primária (sanguínea) e secundária (pele) pelos micro-organismos que penetram pelo mamilo e tendem a habitar as regiões mais externas dos canalículos. (Almeida 1999).

O leite humano ordenhado segue o percurso mama à embalagem à receptor e pode ser contaminado secundariamente por micro-organismos ambientais provenientes da manipulação do produto em condições higiêncio-sanitárias insatisfatórias (Mattar, 1998).

As barreiras bioquímicas do LHO são perfeitamente esgotáveis em duas horas, quando ocorre saturação dos fatores de proteção, não havendo como impedir

o crescimento bacteriano. Portanto, o LHO deve ser mantido fora da cadeia de frio o menor tempo possível. (Almeida 1999).

O controle de qualidade do LHO é uma grandeza que resulta da avaliação conjunta de uma série de parâmetros que incluem as características nutricionais, imunológicas, químicas e microbiológicas. Este controle inicia desde as condições das instalações em que este leite foi ordenhado, treinamento dos funcionários, orientação da doadora, ordenha, pré-estocagem, processamento, controle de qualidade sanitário e físico-químico, estocagem, até a distribuição ao receptor (Mattar, 1998).

Em 1995, a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, através da portaria nº 097, de 28 de agosto em seu inciso III do art. 1º, instituiu que: “Os Bancos de Leite Humano somente utilizarão leite ou colostro após adequada pasteurização, com aquecimento a 62,5°C por 30 minutos. Essa prática constitui tratamento térmico capaz de inativar 100% de todas as partículas de HIV, possíveis de serem encontradas no leite”. (M. Saúde, 1995).

O uso do Leite Humano Ordenhado de BLH é seguro e confiável, visto que o leite é submetido a um controle de qualidade dinâmico, mantendo a qualidade do produto, a baixo custo e sem riscos para a saúde dos bebês.

Qual nutriz poderá ser doadora de Leite Humano?

Doadoras são mulheres sadias que apresentam secreção láctea superior às exigências de seus filhos e que se dispõem a doar o excedente por livre e espontânea vontade. (M. Saúde, 2008)

São submetidas à anamnese e exame físico para levantar os aspectos clínicos relevantes. Serão consideradas inaptas para doação a critério médico, as nutrizes que forem portadoras de moléstias infectocontagiosas, que façam uso de medicação que contra indique a amamentação, que sejam fumantes ou façam uso de bebidas alcoólicas ou ainda, que se encontrem em risco nutricional. (ANVISA 2008)

O obstetra que acompanhou a gestante durante todo o pré-natal deverá motivá-la à doação de leite e esclarecer dúvidas quanto à segurança do uso de Leite Humano de BLH, caso seja necessário para seu recém-nascido.

Quais crianças podem receber leite de BLH?

A distribuição de Leite Humano é realizada de acordo com os critérios estabelecidos pela RDC 171/06 no manual mediante solicitação via prescrição médica e justificativa, sendo atendidos de acordo com o estoque no BLH.

Normalmente são selecionados como receptores, os lactentes que apresentam uma ou mais das indicações que seguem:

- Prematuros e RNs de baixo peso que não sugam;
- RNs em Nutrição Trófica

- RNs infectados, especialmente com infecções entéricas;
- Portadores de deficiências imunológicas;
- Portadores de diarreia;
- Portadores de alergia a proteínas heterólogas;
- Casos excepcionais, a critério médico.

Que auxílio o Banco de Leite Humano pode oferecer aos obstetras, aos pediatras, às puérperas e às nutrizes?

Os obstetras e pediatras que atendem mães com dificuldades em amamentação e em dar continuidade ao aleitamento materno, como conciliar a amamentação com trabalho, devem entrar em contato com estas instituições para troca de experiências, conhecer um pouco sobre o trabalho, tempo de Licença Maternidade e se sua empresa possui creche ou sala de apoio à amamentação.

Como entrar em contato com BLH?

A Rede Nacional de Banco de Leite Humano informa pela internet a relação completa dos BLH do Brasil. (www.redeblh.fiocruz.br)

Como funciona a coleta domiciliar no caso de doações de Leite Humano?

As doadoras são cadastradas após a verificação prévia, pelo médico do BLH, de acordo com os exames de pré-natal. Nesta visita o auxiliar de enfermagem faz as verificações e orientações necessárias no domicílio, de acordo com os resultados do controle de qualidade, levando os frascos de vidros esterilizados, touca e máscara. Durante a coleta nos domicílios é feito o controle de temperatura das caixas isotérmicas (PVC), com gelo reciclável, utilizadas no transporte para manter a cadeia de frio (temperatura < -3°C). A duração do trajeto não deve ultrapassar seis horas e o retorno deverá ser em qualquer momento, quando verificado alteração de temperatura nas caixas. (ANVISA, 2008)

Recepção do leite no BLH: O controle de qualidade se inicia no momento da recepção: transporte (cadeia de frio), integridade do frasco e sujidade. O frasco é rotulado de acordo com o preconizado e armazenado em freezer até o momento da pasteurização, não podendo ultrapassar 15 dias após a data da ordenha.

OBS.: o leite ordenhado no domicílio deve ser pasteurizado, não pode ser oferecido cru para doação. (ANVISA, 2008)

Processamento

Degelo: O degelo do leite humano deve ser feito em banho-maria a uma temperatura de 40°C ou em micro-ondas, de acordo com a recomendação. O tempo varia de acordo com o volume do leite, o tipo de frasco e o número de frascos. Conforme o leite vai descongelando, deve-se agitar o frasco para uniformizar o leite, quando o mesmo estiver com uma “pequena bolinha de gelo” dentro do frasco já pode ser retirado (temperatura de + 7°C). O mesmo deve acontecer quando for descongelado em micro-ondas. (ANVISA, 2008)

Reenvase: É feito logo após o degelo e sob o campo de chama, o qual deve estar azul. O leite é colocado em frascos estéreis de igual tamanho e volume equivalente. Os frascos devem ser tampados com ¼ de volta para saída do ar incorporado ao leite após a ordenha. (ANVISA, 2008)

Pasteurização: É um tratamento térmico aplicado ao leite humano ordenhado (LHO), que visa a inativação térmica de 100% dos micro-organismos patogênicos e 99% de sua flora saprófita, através do binômio temperatura/tempo de 62,5°C por 30 minutos, calculado de modo a promover equivalência a um tratamento 15°D para inativação térmica da *Coxiella brunetti*. (M. Saúde, 1988, ANVISA, 2008)

A pasteurização pode produzir uma redução do valor biológico do leite humano de 20 a 25%, sendo inativados os fatores de proteção termossensíveis, porém, ainda assim, garante a qualidade do produto que será fornecido aos recém-nascidos. (M. Saúde, 1988, ANVISA, 2008)

Em um estudo experimental publicado no Lancet em 1987, Eglin & Wilkinson demonstraram que o aquecimento a 56°C / 30 minutos inativa o HIV na forma livre e no interior de células do Leite Humano Ordenhado. (Almeida, 1999)

Resfriamento: Imediatamente após o término da pasteurização, deve-se mergulhar os frascos no resfriador ou em uma cuba com gelo reciclável a uma temperatura média de 0°C. O leite deve atingir uma temperatura de 5° a 7°C em aproximadamente 15 minutos. Esse resfriamento rápido é importante para reduzir as perdas do produto pelo calor residual. (M. Saúde, 1988, ANVISA, 2008)

Controle de qualidade: A qualidade dos produtos processados, estocados e distribuídos pelo BLH é avaliada em todas as etapas até a distribuição. É um processo dinâmico, desde a seleção e cadastro da doadora, transporte, recepção, seleção e classificação do leite a ser pasteurizado, durante a pasteurização, controle de qualidade microbiológico, estocagem, distribuição e porcionamento e um controle estático durante a pasteurização e os controles de qualidade físico-químicos e microbiológico. Existem 2 pontos críticos de controles que são monitorados com todo rigor técnico como a Estocagem e a Pasteurização. (M. Saúde, 1988, ANVISA, 2008)

Físico-Químico: faz parte do critério de seleção e classificação do LHO para atender às necessidades nutricionais dos consumidores (RNs prematuros, baixo peso, RNs de risco).

Acidez titulável: indica a acidez desenvolvida no leite pela ação de micro-organismos, que desdobram a lactose em ácido láctico. Os valores de acidez normal variam

de 2,0 a 8,0°D. Uma vez avaliada a acidez titulável em graus Dornic, correlacionamos estes valores com a porcentagem de micro-organismos antes da pasteurização, o que passa a ser o indicador sanitário do LHO.

Os leites acidificados desestabilizam os constituintes do LHO precipitando a caseína, o cálcio e o fósforo, diminuindo o valor nutricional principalmente para prematuros em fase de recuperação nutricional, portanto, este leite deve ser desprezado (valores superiores a 8,0° Dornic são descartados).

Crematócrito: entre as características que definem o valor nutricional do LHO, destacam-se o teor de gordura e o conteúdo energético realizado através da técnica do crematócrito, originalmente descrito por Lucas e cols. em 1978 e adaptada na rotina operacional dos BLH do país. (Manual de BLH, 2008)

Controle Microbiológico: utiliza-se pesquisa de coliformes totais através do caldo verde bile brilhante (BGBl), de todos os frascos pasteurizados para validação da pasteurização. Em 1982 Sharding sugeriu que o grupo de coliformes poderia ser utilizado como índice de contaminação fecal, uma vez que pode ser detectado mais facilmente que espécie de Salmonella. De acordo com estes critérios, os melhores indicadores de contaminação de origem fecal direta ou indireta têm sido os coliformes totais (coliformes e E. coli) sendo pesquisados pela técnica do caldo verde bile brilhante com 2% lactose (BGBl 5% teste presuntivo e BGBl a 4% confirmatório). (Normas Técnicas, 2008)

Rotulagem: Após o resultado do controle microbiológico, deve-se colocar o rótulo para leite pasteurizado contendo todas as informações necessárias e resultado do controle físico-químico.

Estocagem: O leite humano pasteurizado pode ser estocado em freezer por até 6 meses.

OBS.: todos os freezers deverão ter planilha de controle de temperatura de máxima e mínima.

Distribuição

A distribuição de Leite Humano Pasteurizado (LHP) para recém-nascidos prematuros e de muito baixo peso, são liberados os leites humanos com acidez titulável abaixo de 6.00 D para facilitar a absorção de caseína, cálcio e fósforo. Em relação ao conteúdo calórico, o leite humano a ser liberado, vai depender do tipo de nutrição que o RN está recebendo. (Almeida, Guilherme, Mattar, 2009)

Em análise da literatura e na determinação de valores de crematócrito observou-se que na fase inicial de alimentação do prematuro (nutrição trófica), o leite que atende as necessidades é o de baixo teor calórico (< 500kcal/L - leite anterior ou gotejante), pois apresentam maior teor de imunoglobulinas, fatores de proteção, fatores de crescimento do epitélio do TGI, substâncias antioxidantes e quimonas. Caso o RN esteja em Nutrição trófica, mas com NPP, poderá receber um leite com 500 a 700 Kcal/L e se já estiver em Nutrição trófica plena, necessitando de maior oferta calórica, poderá receber leites com ofertas calóricas (>700kcal/L - leite posterior ou excedente), de acordo com os estoques do BLH., que favorecerá um ganho ponderal mais rápido. (M. Saúde, 2008; Almeida, Guilherme, Mattar, 2009)

Distribuição Externa: Realizado quando há disponibilidade de LHOP e de acordo com os critérios da recomendação técnica das condições do RN, a necessitar do produto, junto com prescrição médica, diagnóstico, laudo médico e compromisso por parte da Instituição em seguir as normas técnicas de transporte, armazenamento, distribuição e incentivo do aleitamento materno.

Distribuição Interna: O LHOP será distribuído obedecendo aos critérios da recomendação técnica e fazendo o porcionamento de acordo com a prescrição de cada RN, de preferência em sala específica para este fim ou, se não for possível, dentro do próprio lactário em momento diferente da preparação da fórmula, por equipe treinada. Após o descongelamento do LHOP, a validade do produto é de 24 horas mantido sob refrigeração e aquecido em banho-maria a 40°C momentos antes da oferta.

Porcionamento O LHP após liberação pelo BLH, deverá ser descongelado, aliquotado sob campo de chama ou capela de segurança microbiológica, de acordo com a prescrição médica, e mantido sob refrigeração por 24h para o uso. Antes do horário de liberação para o consumo na Unidade Neonatal, deverá ser amornado em banho-maria a 40°C, no máximo 10 minutos antes do horário a ser administrado. (M. Saúde, 2008)

Administração: (M. Saúde, 2008)

- **Leite fresco:** deve ser administrado logo após a ordenha; via de administração de acordo com a prescrição médica.

Nas instituições que não existe BLH, mas possuem um Posto de Coleta de Leite Materno ou uma Sala de Apoio à Amamentação para oferecer leite materno exclusivo, de mãe para filho; o Leite Materno fresco, poderá ser mantido sob refrigeração por 12h para consumo, desde que ordenhado nestes locais, com paramentação e sob supervisão

- **LHP:** a via de administração de acordo com a prescrição médica, deverá ser oferecido quando a mãe está ausente.

Técnica do Copinho: Técnica utilizada para não ocorrer a confusão de pega, na ausência materna, segurar o bebê sentado ou semissentado no seu colo ou na incubadora.

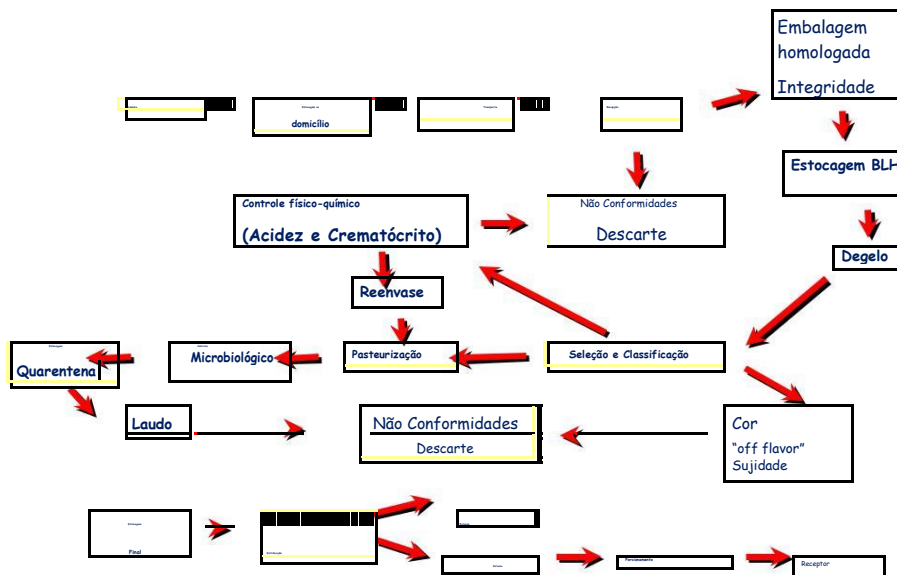
Segurar o copo com leite junto aos lábios do bebê e recline um pouco o copo para que o leite toque os lábios do bebê, repousar o copo levemente no lábio inferior do bebê e as bordas tocam a parte externa do lábio superior do bebê, o bebê se torna alerta e abre a boca e olhos, Colocar o copo próximo ao seu lábio e deixe-o tomar por si mesmo, com movimento da língua., não derrame o leite na boca do bebê

Técnica da Relactação ou Translactação: Técnica utilizada para estimular a glândula mamária a aumentar a produção de leite, em situações de hipogalactia ou quando a mãe relata que o leite “secou”. O leite necessário para complementação da alimentação é fornecido através da sonda, que é fixada rente ao seio e mamilo, evitando o uso de bico artificial que poderá levar à confusão de pega.

Translactação: alimentação de RNs prematuros com a técnica de relactação.

Técnica de Lactação Induzida Adotiva: Oferece às mulheres a oportunidade de tentar produzir leite e poder amamentar o bebê adotado. A técnica utilizada é a relactação.

Fluxograma do LHO da coleta ao Receptor



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, JAG - Banco de Leite Humano e AIDS - Considerações sobre realidade Brasileira - FIOCRUZ. Gota de Leite (março, 1999).
2. Almeida,JAG;Maia, PRS; Novak,FR; Alencar,SMSM;Ishy,AY; Mattar, MJG. Os Bancos de Leite Humano no Brasil. IN: O Aleitamento Materno no contexto Atual: Políticas, Práticas e Bases Científicas,São Paulo:Sarvier,2008,163-170p.
3. ALMEIDA, J.A.G; GUILHERME, J.P; MATTAR, M.J.G. Banco De Leite Humano. IN: Tratado de Pediatria, Ed. Manole, 2ª. Ed, 2009, capítulo 9,401-409p
4. American Academy of Pediatrics – Committee on Pediatric AIDS. Human milk, breastfeeding and transmission of human immunodeficiency virus in the United States. Pediatrics 96(5): 977-979, 1995
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 171, de 04 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 05 de setembro de 2006.

6. Brasil. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília,2008,161p.

7. De Paula, RS; Ikeda, SC; MATTAR, MJG. - Controle de Qualidade em BLH - aspectos higiênicos sanitários, São Paulo, 1999.
8. Eglin, R. P. & Wilkinson, A. R. HIV infection and pasteurization of breast milk. *Lancet* (may, 9): 1093. 1987.
9. MATTAR, M. J. G. - Anais Segurança Alimentar = SES/CVE - Alimento Seguro e a Tecnologia Necessária para Controle dos BLH, 1998 - SP.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE, INAN - Recomendações Técnicas para o funcionamento da B. L. H., Brasília, 1998.
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE, CNBLH - Manual de Processamento e Controle de Qualidade da Rede Nacional BLH - Brasília, 1999
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, RNBLH - BLHs no Brasil [on line] - avaliado pela [www:http://www.fiocruz.br/redeblh.](http://www.fiocruz.br/redeblh), acessado em 10/3/2010
13. MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, RNBLH - Manual Técnico [on line] - avaliado pela [www:http://www.fiocruz.br/redeblh.](http://www.fiocruz.br/redeblh), acessado em 10/3/2010.
14. SILVA, V.G. Normas técnicas para banco de leite humano: uma proposta para subsidiar a construção para Boas Práticas. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança). Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2004. 153p.

23. Iniciativa Hospital Amigo da Criança

Tereza Setsuko Toma, Jeanine Maria Salve

A amamentação é uma prática que pode ser minada devido à influência de vários fatores, entre os quais a orientação de profissionais e serviços de saúde.

O avanço tecnológico na área médica contribuiu enormemente para a redução na morbidade e mortalidade, assim como para a melhoria da qualidade de vida das crianças. A incorporação dessas tecnologias, por outro lado, também contribuiu para o desenvolvimento de rotinas hospitalares e de atitudes dos profissionais de saúde que afastaram as mulheres dos cuidados de seus filhos no pós-parto imediato. O uso do soro glicosado e das fórmulas infantis como primeiro alimento do recém-nascido, na maioria das vezes por meio de mamadeiras, passou a ser habitual nas unidades neonatais. Em muitos locais, tornou-se comum os fabricantes doarem fórmulas infantis às maternidades e fornecerem apoio técnico.

A preocupação com a influência negativa dos serviços de saúde sobre a amamentação ganhou terreno a partir de pesquisas realizadas na década de 1980. Para enfrentar o problema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) lançaram em 1989 uma Declaração Conjunta denominada “Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis”. Esta Declaração estabeleceu “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, um rol de práticas e rotinas que favorecem a amamentação no âmbito dos serviços de atenção pré-natal, ao parto, pós-parto imediato e após a alta hospitalar.

Na sequência, foi lançada em 1991 a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), uma estratégia da OMS e UNICEF com dois objetivos principais: implantar os Dez Passos e abolir a doação de fórmulas infantis em todas as maternidades.

O Brasil foi um dos doze primeiros países a incorporar a IHAC em sua política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. No entanto, o processo de credenciamento tem caminhado lentamente. As informações mais recentes publicadas pelo Ministério da Saúde indicam que até final de 2010 havia apenas 333 hospitais credenciados com o título de amigo da criança entre os 5.340 hospitais com leitos de maternidade no país, representando uma cobertura de apenas 23% de todos os nascimentos ocorridos em 2009.

Até 2013, a Portaria nº 756 de dezembro de 2004 do Ministério da Saúde exigia além do cumprimento dos Dez Passos, mais dez requisitos dentre os quais a redução nas taxas de cesárea, que poderia explicar pelo menos em parte essa lentidão no processo de credenciamento. Outra possível explicação seria o fato dos gerentes e administradores de hospitais desconhcerem a importância e funcionamento da IHAC. Atribui -se ao processo de sensibilização de gestores, realizado em todo o país na década de 1990, o crescimento no número de hospitais credenciados de 1999 a 2002.

Com a finalidade de revitalizar a implantação da IHAC, OMS e UNICEF realizaram em 2006 uma atualização do conjunto de materiais para sensibilizar gerentes e administradores de hospitais, para capacitar as equipes das unidades de saúde,

bem como para monitorar e avaliar as práticas e rotinas. Esta revisão também ampliou os objetivos da IHAC para o cuidado apropriado às mulheres durante o trabalho de parto e parto.

Em 22 de maio de 2014, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria nº 1.153 que redefine os critérios de habilitação da IHAC como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme a portaria, o processo de credenciamento inclui três etapas: em primeiro lugar, a equipe do hospital faz uma autoavaliação de suas práticas e se esta mostrar o cumprimento dos Dez Passos poderá solicitar uma avaliação pela Secretaria Estadual de Saúde (chamada de pré-avaliação); se esta etapa mostrar que todos os passos são cumpridos, a Secretaria solicitará uma avaliação global ao Ministério da Saúde. Além dos Dez Passos, os hospitais devem cumprir a Lei 11.265/2006 e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), garantir acesso e permanência irrestritos aos pais e ou responsáveis junto à criança e cumprir o critério Amigo da Mãe.

As práticas humanizadas durante o trabalho de parto e parto são importantes para garantir apoio à mulher e ao aleitamento materno. Assim, espera-se que nos hospitais as gestantes sejam recebidas em ambiente acolhedor, possam indicar um acompanhante, tenham respeitada sua vontade de se movimentar e escolher a posição do parto, assim como acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor e, se necessário, possam receber líquidos ou alimentos leves durante o trabalho de parto e pós-parto.

A Portaria 1.153/2014 também estabelece a necessidade de ações educativas articuladas com a Atenção Básica, informando as mulheres sobre a assistência adequada do pré-natal ao puerpério visando boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, e no último trimestre de gestação a vinculação da gestante ao estabelecimento hospitalar em que será realizado o parto, bem como a orientação sobre serviços e grupos de apoio à amamentação após a alta hospitalar.

Evidências científicas que sustentam os Dez Passos

A prática da saúde baseada em evidências científicas é fundamental para a tomada de decisões na área médica. É esperado que a implantação de rotinas e procedimentos nos serviços de saúde tenha como base as evidências científicas e não crenças e costumes arraigados entre os profissionais.

Passo 1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.

A elaboração de uma política institucional e de normas e rotinas escritas é uma das maneiras de garantir que toda equipe de saúde caminhe em direção a um objetivo comum, que as práticas preconizadas não se percam em função da troca de profissionais e que a política da instituição possa ser avaliada e aperfeiçoada periodicamente. Há necessidade de se ter uma norma específica para o aleitamento materno que estabeleça as práticas apropriadas que deverão ser adotadas por todos os profissionais que lidam com mães e recém-nascidos. Essa norma deve deixar clara a exigência de cumprimento à

Lei 11.265/2006 e à NBCAL, que proíbe a doação e define regras para a distribuição de amostras de produtos que competem com a amamentação. Uma redação em linguagem simples facilitará sua compreensão por todos os profissionais, pessoal de saúde e familiares assistidos. A elaboração da norma escrita e a formação de uma equipe para coordenar o programa em cada hospital é um processo importante para a implantação dos Dez Passos.

Passo 2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar a referida norma.

O treinamento é uma atividade essencial e tem se mostrado um dos passos mais difíceis de conduzir durante o processo de implantação da IHAC. Estudos indicam que os profissionais necessitam de cursos mais longos para que mudem suas práticas e atitudes com relação ao aleitamento materno. Esses dados levaram a OMS e o UNICEF a elaborar uma proposta de curso cujo objetivo é auxiliar as equipes interessadas em realizar as mudanças e tornar seu Hospital Amigo da Criança. O curso “Promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidades” oferece o conteúdo básico para o manejo da amamentação, além de orientação sobre métodos de ensino apropriados e recursos necessários para organizá-lo. Neste curso, 4 horas e meia são dedicadas a práticas clínicas com gestantes e mães. Uma equipe de coordenação para implantação dos Dez Passos é importante para formar os docentes e garantir que todos os funcionários que lidam com mães e recém-nascidos recebam a capacitação. Como poderá ser visto a seguir, sem o cumprimento do Passo 2 é impossível atender às exigências da IHAC.

Passo 3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.

O pré-natal é uma boa oportunidade para se descobrir o grau de interesse e conhecimento das gestantes sobre a alimentação de seu futuro bebê, suas experiências em amamentar filhos anteriores, suas dúvidas e crenças e como são afetadas por opiniões do companheiro, familiares e amigos. Segundo as pesquisas, a educação pré-natal pode ter efeito importante quando inclui orientações sobre a técnica de amamentar e quando contribui para o fortalecimento da autoconfiança das mulheres. A educação pré-natal é útil especialmente para as primigestas e parece ser mais efetiva se realizada em grupos de discussão que permitam abordar os mitos, as vivências e experiências pessoais e contar com a presença do pai e das futuras avós. O cumprimento desse passo refere-se aos hospitais que oferecem atenção em ambulatório de pré-natal de baixo ou alto-risco ou dispõem de enfermaria para internação de gestantes com agravos à saúde.

Passo 4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.

O contato precoce pele a pele e a oportunidade de amamentar logo após o parto são importantes tanto para uma amamentação bem-sucedida quanto para a construção do vínculo entre mãe e bebê. O contato pele a pele é valioso e deve ser incentivado também nas situações em que a mãe não poderá amamentar. Estudos mostram que o recém-nascido tem um padrão de comportamento previsível de busca do seio materno quando colocado sobre o abdome de sua mãe logo após o nascimento. Essa capacidade, no entanto, pode não se manifestar quando a mãe recebe sedativos

durante o trabalho de parto ou quando o recém-nascido é submetido à rotina hospitalar convencional. Recomenda-se que os recém-nascidos saudáveis tenham sua pele enxuta logo após o nascimento, sejam colocados em contato pele a pele com a mãe e assim mantidos por pelo menos uma hora. Este procedimento mostrou ser a forma mais eficiente para manter a temperatura corporal do bebê e propiciar o desenvolvimento de uma microflora intestinal mais favorável. A implantação deste passo é considerada difícil, uma vez que exige uma boa interação entre os médicos obstetra, pediatra, anestesista e equipe de enfermagem. É fundamental a determinação da equipe para adotar práticas apropriadas durante o trabalho de parto e o parto, assim como para abolir as intervenções desnecessárias, tais como a prescrição rotineira de sedativos para as mulheres e a aspiração de vias aérea e digestiva em recém-nascidos saudáveis.

Passo 5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.

A amamentação entre humanos não é um comportamento apenas instintivo. Pelo contrário, sofre forte influência do meio em que vivem as mulheres. Em muitas sociedades perdeu-se a tradição familiar de passar para as filhas a experiência da amamentação, daí a importância de oferecer orientação e apoio a todas as mulheres nos serviços de saúde. As pesquisas apontam que a ajuda prática individual, o ensino de técnicas apropriadas para o posicionamento da criança no colo e para a pega da mama, bem como o fortalecimento da autoconfiança das mães são particularmente relevantes para uma amamentação bem-sucedida. Nas situações relativas à mãe ou ao recém-nascido que impeçam temporariamente a amamentação, é fundamental a orientação e o apoio para manter a produção do leite materno e o ensino da técnica de ordenha manual da mama.

Passo 6. Não dar aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja prescrito pelo médico.

O uso de fórmulas infantis como primeiro alimento ou como complemento das mamadas tem sido uma prática amplamente disseminada nas unidades neonatais, embora as pesquisas apontem que isso aumenta o risco de infecção, de intolerância ou alergia ao leite de vaca e de interferência sobre a sucção e a produção de leite materno. Quanto ao uso de soro glicosado, os motivos comumente alegados - evitar hipoglicemia, testar a sucção, reduzir a icterícia e a perda de peso - carecem de base científica. A restrição dessas práticas tem sido identificada como uma das intervenções de saúde de maior custo-eficácia. Para a implantação deste passo contribuem outras ações, tais como evitar a separação desnecessária entre mães e crianças desde o nascimento até a alta hospitalar, prescrever fórmulas infantis apenas nas situações de exceção estabelecidas pela IHAC nos "Motivos médicos aceitáveis para a suplementação do leite materno", impedir o acesso a amostras grátis e doações de fórmulas infantis.

Passo 7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.

Em 1993, o Ministério da Saúde publicou as Normas básicas para alojamento conjunto. Desde então, o sistema de alojamento conjunto (AC) tem sido implantado nos hospitais; entretanto em muitos deles, especialmente nos privados, os recém-nascidos ainda permanecem em berçários por razões injustificadas. Os estudos mostram que o AC propicia a prática da amamentação em livre demanda e o pronto-atendimento às

necessidades do recém-nascido. Permitir AC 24 horas por dia significa que mães e bebês saudáveis são mantidos juntos desde o nascimento até a alta hospitalar, realizando a maioria dos procedimentos necessários no próprio quarto (ver capítulo 15).

Passo 8. Encorajar o aleitamento materno em livre demanda

A rotina de horários fixos para amamentar acarreta problemas para a produção do leite materno, além de não respeitar a necessidade particular de cada recém-nascido. Na amamentação à demanda, o bebê está no comando e, dessa forma, a frequência e a duração das mamadas são variadas conforme o dia e a característica de cada indivíduo. Entre os benefícios da amamentação à demanda incluem-se menor perda de peso e menor incidência de hiperbilirrubinemia no recém-nascido, menor incidência de ingurgitamento mamário e amamentação estabelecida com maior facilidade.

Passo 9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas no peito.

As mamadeiras e chupetas são utilizadas com bastante frequência em nosso país. Pessoas leigas e profissionais de saúde tendem a acreditar que elas são inofensivas ou até mesmo benéficas para o desenvolvimento infantil. No entanto, as pesquisas indicam que tais artefatos podem facilitar a transmissão de infecções, diminuir a frequência das mamadas, induzir ao desmame precoce e alterar a dinâmica oral. As chupetas e mamadeiras não devem ser utilizadas na maternidade. Nas situações de exceção, em que a criança não pode ser amamentada, recomenda-se que a alimentação seja oferecida em xícara ou copinho.

Passo 10. Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após a alta do hospital ou ambulatório.

É frequente o declínio abrupto da amamentação, particularmente a exclusiva, nas primeiras semanas após a alta. Embora as práticas hospitalares apropriadas contribuam para o início e estabelecimento da amamentação, ao chegar em casa, as mães sofrem influências de parentes próximos que podem abalar sua autoconfiança. Os estudos mostram a dificuldade das mães em lidar com o choro do bebê, geralmente interpretado como cólica, fome ou pouco leite, levando-as a oferecer precocemente chás, chupetas e fórmulas infantis. O aconselhamento individualizado e a ajuda em momentos de crise na amamentação podem ser muito úteis. No momento da alta da maternidade é fundamental que a equipe forneça orientações apropriadas acerca dos locais em que as mães podem obter ajuda prática efetiva para amamentar. O Hospital Amigo da Criança pode contribuir para a criação, sensibilização e capacitação de grupos de apoio na comunidade ao seu redor, sejam eles nas unidades básicas de saúde ou grupos de mulheres.

Referências Bibliográficas

1. Araújo MFM, Otto AFN, Schmitz BAS. Primeira avaliação do cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno nos Hospitais Amigos da Criança do Brasil. Rev. Brás. Saúde Matern. Infant., Recife. 2003;3(4):411-9. [acesso 28 de julho de 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n4/18886.pdf>
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança:

revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: Promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidades. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. [acesso 28 de julho de 2014]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo3.pdf

3. Ministério da Saúde. Portaria Nº 756 dispõe sobre as Normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União Nº 242, Seção 1, Página 99, Brasília (DF), publicado em 17 de dezembro de 2004. [acesso de 28 julho de 2014]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-756.htm>
4. Ministério da Saúde. Portaria 1.153 de 22 de maio de 2014 que redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União nº 100, Seção 1, página 43, Brasília (DF), publicado em 28 de maio de 2014. [acesso 28 de julho de 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. [acesso 28 de julho de 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf
6. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Normas básicas para alojamento conjunto. [acesso 28 de julho de 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08_20.pdf
7. Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Tradução de Maria Cristina Gomes do Monte. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.
8. Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. Cad. Saúde Pública. 2008;24 (2 Supl):S235-46. [acesso 28 de julho de 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/09.pdf>

24. Legislação e NBCAL. Proteção Legal à Maternidade e à amamentação no Brasil

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

1. INTRODUZINDO A TEMÁTICA: amamentação, maternidade e trabalho

Dentre as mais extraordinárias contribuições da ciência para a melhoria da qualidade de vida dos seres humanos nas três últimas décadas do século passado e início do atual, indiscutivelmente tem sido a produção de inúmeros estudos evidenciando a importância e vantagens do aleitamento materno. Cada vez mais são descobertos novos benefícios que a prática de amamentar traz para a saúde e qualidade do processo de viver humano dos envolvidos nessa prática, sob os mais diferentes aspectos, entre os quais destacamos os nutricionais, bioquímicos, imunológicos, psicossociais e econômicos (LEÓN-CAVA et al., 2002; HORTA, VICTORA, 2013, BLACK, et al. 2010).

Reconhecendo as inúmeras vantagens sobejamente descritas na literatura, a Organização Mundial de Saúde estabelece em 2001, como recomendação de saúde pública global, que as crianças sejam amamentadas exclusivamente no peito durante os primeiros seis meses de vida, prosseguindo, a partir daí, com a amamentação acrescida de alimentos complementares até dois anos ou mais.

Mas, se de um lado, a importância e vantagens do aleitamento materno, bem como as consequências do desmame precoce para a saúde da mulher, da criança e da sociedade de modo geral têm sido exaustivamente descritas na literatura, e estratégias para reverter as tendências mundiais de diminuição da prevalência da prática da amamentação têm sido adotadas nas últimas décadas com grande intensidade em vários países do mundo, por outro, apesar de alguns avanços, ainda é expressivo o número de mulheres que desmamam precocemente, inclusive no Brasil. Isto se deve a uma multiplicidade de fatores sociais, culturais, econômicos e políticos, cujas causas vêm sendo continuamente estudadas e muitas já são conhecidas (BRASIL, 2001).

Entre os problemas identificados como prioritários na área de aleitamento materno no Brasil no período de 1981 a 2002 que afetam a duração e prevalência da amamentação, ocupa lugar de destaque o descumprimento das leis que protegem a mulher trabalhadora e/ou estudante que amamenta (OLIVEIRA, SILVA, 2003; BRASIL, 2002).

Diante disto, faz-se necessário que todos os profissionais de saúde, indistintamente, envolvidos com o cuidado de gestantes, parturientes, puérperas, lactentes, crianças de primeira infância e mulheres no período reprodutivo, conheçam tanto a Constituição Federal/88, quanto a Consolidação das Leis do Trabalho e as demais leis e atos normativos governamentais que abordam o tema mulher, trabalho, maternidade e amamentação, para que possam informá-las sobre seus direitos, e deste modo, estas, empoderadas, possam exigí-los e reivindicá-los. Este capítulo traz informações básicas da legislação brasileira acerca do trabalho e estudo relacionados à maternidade e à amamentação, cujos conteúdos estão descritos de forma mais

detalhada na Constituição Federal de 1988 (CF/88), na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e em algumas normas jurídicas, decreto, resoluções e portarias governamentais específicas. Tais informações têm como objetivo oferecer subsídios aos profissionais tocoginecologistas e da saúde-materna e neonatal de modo geral, para que possam estar instrumentalizados, sensibilizados e devidamente mobilizados não somente para a promoção e apoio ao aleitamento materno e à maternidade segura, mas sobretudo para a sua proteção.

2. DIREITOS RELACIONADOS À MATERNIDADE E À AMAMENTAÇÃO NO BRASIL

A Constituição Federal de 1988 – CF/88, buscou aniquilar com as desigualdades do homem em relação à mulher, e a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), assim como outras normas nacionais e internacionais ratificadas pelo Brasil, trata de direitos trabalhistas da mulher desde a década de 30 do século passado. Apesar disso, tais normas nem sempre vêm sendo cumpridas (VERUCCI, 1987; LIGOCKI, 1995; SILVA; UTIYAMA, 2003).

Tal situação tem contribuído para aumentar as dificuldades enfrentadas pelas mulheres trabalhadoras e estudantes que amamentam. A amamentação é um direito das mães e também um componente essencial para garantir o direito da criança de usufruir de todos os benefícios que esta prática proporciona, seja para a sua saúde, o seu bem estar, como para a sua qualidade de vida. Amamentar e ser amamentado, portanto, é um direito social inalienável. A proteção, o respeito e o cumprimento destes direitos requerem o reconhecimento da importância da maternidade e da amamentação como funções sociais, que devem ser apoiadas universalmente, quer no âmbito individual, familiar, comunitário, nacional e até internacional (Declaração de Quezon City, 1998; REA, 2011, SILVA, 2012).

No documento intitulado: A proteção da maternidade 2000: é para todos nós, elaborado para apoiar trabalhadoras, trabalhadores, sindicatos e organizações comunitárias na luta para que a proteção da maternidade se tornasse realidade, estavam incluídas como medidas de proteção: garantia de remuneração durante a licença maternidade; acesso à atenção médica adequada durante a gravidez e puerpério, tanto para a mãe como para seu filho; proteção contra práticas discriminatórias nos locais de trabalho e de estudo, tais como empecilhos na admissão ou matrícula, perseguição, demissão ou reprovação; direito de tirar licença/afastamento sem temer a perda do emprego/ano letivo; e por último, direito da mãe amamentar e cuidar de seu filho enquanto está trabalhando ou estudando (HEAP, 2000). Tais medidas reúnem, em linhas gerais, aspectos importantes a serem respeitados e observados universalmente.

No Brasil, tendo como objetivo criar condições facilitadoras ao aleitamento materno e de proteção à maternidade, foram criados os seguintes instrumentos legais:

NORMAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS

a)Direitos da mulher trabalhadora

a.1 - Licença maternidade e garantia de emprego

Constituição Federal 88: Artigo 7.º, inciso XVIII – São direitos dos trabalhadores urbanos

e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: (...) licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias. Durante o período da licença-gestante, a empregada recebe a sua remuneração em forma de salário maternidade.

As empregadas rurais e urbanas recebem o salário maternidade diretamente do empregador. Posteriormente o empregador recebe este valor da Previdência Social.

A empregada doméstica, a avulsa e a produtora rural têm o salário maternidade pago diretamente pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Constituição Federal 88: ADCT, artigo 10, inciso II, alínea b – A empregada que casa ou fica grávida não poderá ser demitida sem justa causa, pois está presente o instituto da estabilidade. Ela não poderá ser demitida no período a contar da confirmação da gravidez até 5 (cinco) meses após o parto. Se a empresa tem conhecimento de sua gravidez e dispensá-la sem justa causa, é obrigada a pagar-lhe indenização prevista em lei, e mais salário correspondente ao período da licença gestante, isto é, 16 semanas.

Consolidação das Leis do Trabalho: Artigo 391- Não constitui justo motivo para rescisão do contrato de trabalho da mulher o fato de haver contraído matrimônio ou encontrar-se em estado de gravidez.

Parágrafo único - Não serão permitidos em regulamentos de qualquer natureza, contratos coletivos (atualmente Convenções Coletivas) ou individuais de trabalho, restrições ao direito da mulher ao seu emprego, por motivo de casamento ou de gravidez.

Consolidação das Leis do Trabalho: Artigo 392 - Art. 392 - A empregada gestante tem direito à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo do emprego e do salário. (Redação dada pela Lei n.º 10.421, de 15-04-02, DOU 16-04-02).

§ 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.

§ 3º - Em caso de parto antecipado, a mulher terá direito aos 120 (cento e vinte) dias previstos neste artigo.

- Caso a empregada deseje iniciar sua licença em data mais próxima ao dia do parto, para ficar mais tempo em casa com o bebê, isto deverá ser negociado com o empregador. Ela pode também negociar com o empregador a possibilidade de tirar férias logo após o término da licença, ficando mais 1 mês com o bebê. É aconselhável que, quando for confirmada a gravidez, por exame de laboratório, a empregada apresente ao empregador o comprovante do exame e exija o recibo de entrega.

Em 2010, entra em vigor a Lei nº. 11.770 de 9 de setembro de 2008, criando a empresa cidadã, com vistas a estimular as empresas do setor privado, mediante a concessão de incentivo fiscal e atendimento de alguns critérios, a concederem prorrogação à maternidade, ainda que de modo facultativo, por mais 60 dias. A mulher que desejar ampliar sua licença-maternidade tem até 30 dias após o nascimento da criança para informar à empresa. Entretanto, para que o benefício possa ser concedido, benefício a empresa deverá estar cadastrada no programa. Nestes casos, os quatro primeiros meses da licença são pagos pela empresa e compensados pelo INSS. Os dois meses restantes não serão compensados pelo INSS, e sim abatidos do Imposto de Renda. A lei prevê o benefício para todas as trabalhadoras (urbanas ou rurais) que contribuam com o INSS (BRASIL, 2008). No serviço público, o governo federal, alguns governos estaduais e municipais, já ampliaram o período de licença de suas servidoras para 180 dias, constituindo-se esta numa importante conquista para as mulheres trabalhadoras

brasileiras.

2. 1. 2 Direitos da mulher estudante

Lei Federal nº. 6.202, de 17 de abril de 1975 que atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº. 1.044, de 1969, e dá outras providências.

Artigo 1o - A partir do oitavo mês de gestação e durante 3 meses após o parto, a estudante em estado de gravidez ficará assistida pelo regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-Lei nº. 1.044 de 31 de outubro de 1969 (a gestante ou mãe pode receber o conteúdo das matérias escolares em casa).

Parágrafo único - O início e o fim do período em que é permitido o afastamento são determinados por atestado médico a ser apresentado à direção da escola.

Artigo 2o - Em casos excepcionais, devidamente comprovados por atestado médico, poderá ser aumentado o período de repouso, antes e depois do prazo. **Parágrafo único** - Em qualquer caso, é assegurado às estudantes em estado de gravidez o direito à prestação dos exames finais (a gestante ou mãe não precisa fazer as provas na escola, podendo seu aproveitamento ser aferido mediante trabalhos feitos em casa).

a.2 - Direitos da mãe adotiva

Lei 10.421 de 15-04-2002, estende à mãe adotiva o direito à licença-maternidade e ao salário-maternidade, alterando a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº. 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº. 8.213, de 24 de julho de 1991:

Art. 392. À empregada que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança será concedida licença-maternidade nos termos do art. 392, observado o disposto no seu § 5o (DOU 16-04-02).

§ 1o - No caso de adoção ou guarda judicial de criança até 1 (um) ano de idade, o período de licença será de 120 (cento e vinte) dias.

§ 2o - No caso de adoção ou guarda judicial de criança a partir de 1 (um) ano até 4 (quatro) anos de idade, o período de licença será de 60 (sessenta) dias.

§ 3o - No caso de adoção ou guarda judicial de criança a partir de 4 (quatro) anos até 8 (oito) anos de idade, o período de licença será de 30 (trinta) dias.

§ 4o - A licença-maternidade só será concedida mediante apresentação do termo judicial de guarda à adotante ou guardiã.

a.3 - Licença maternidade e adoção

Lei nº 12.873, 24 de outubro de 2013, que define novas regras para licença-maternidade no caso de adoção, a mulher ou o homem que adotar, independente da idade do adotado, têm direito à licença de 120 dias pelo INSS e afastamento do trabalho.

Antes dessa lei, somente a mãe adotiva poderia receber esse benefício. Outra regra adotada na nova lei é a possibilidade de o pai adquirir a licença maternidade da mãe caso a mesma venha a falecer, incluindo o direito ao afastamento do trabalho.

a.4 - Salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas

Para a mulher trabalhadora, fez-se necessária também uma legislação de proteção ao aleitamento materno no seu local de trabalho, com disposições para designar um ambiente agradável reservado para a extração e a estocagem adequada do leite materno e pausas para o uso deste ambiente.

Assim, tendo como objetivo orientar a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais, foi publicada a Portaria nº. 193, de 23 de fevereiro de 2010 (BRASIL, 2010).

2. 1. 4 Direitos da mulher privada de liberdade (detenta)

Lei nº. 7210, de 11 de julho de 1984 - Institui a Lei de Execução Penal
Capítulo 1 Artigo 83 § 2º - Os estabelecimentos penais destinados à mulheres serão dotados de berçário, onde as condenadas possam amamentar seus filhos.

Capítulo 2 Artigo 89 - Além dos requisitos referidos no artigo anterior, a penitenciária de mulheres poderá ser dotada de seção para gestante e parturiente e de creche com a finalidade de assistir ao menor desamparado cuja responsável esteja presa.

a.3 - Direito à pausas para amamentar

Desde 1919 já era reconhecida a necessidade das mulheres trabalhadoras interromperem o turno de trabalho para amamentarem seus filhos. Atualmente a legislação brasileira preconiza que:

CLT: artigo 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.

a.4 - Direito à creche

De acordo com o artigo 389, § 1º, da CLT:

§ 1º- Os estabelecimentos em que trabalharem 30 ou mais mulheres com mais de 16 (dezesseis) anos de idade, terão local apropriado, onde seja, permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período de amamentação.

§ 2º - A exigência do § 1º poderá ser suprida por meio de creches distritais, mantidas diretamente ou mediante convênios com outras entidades públicas ou privadas, pelas próprias empresas em regime comunitário ou a cargo do SESI, do SESC da LBA ou de entidades sindicais.

Portanto, se não houver creche na empresa, o empregador tem a obrigação de manter creche próxima ao local de trabalho ou poderá fazer convênio com outra entidade pública ou privada, ou ainda adotar o sistema de reembolso creche à empregada.

a.5 - Licença paternidade

Constituição Federal de 1988: artigo 7º, Parágrafo XIX, ADCT, artigo 10 § 1º - O trabalhador tem direito a 5 dias de licença paternidade, contados a partir do dia que apresenta ao empregador a declaração de nascimento de seu filho. Durante o afastamento do pai, o empregador deverá pagar seu salário integral.

a.6 - Lei do acompanhante

No Brasil, o direito da gestante ter garantido a escolha de um acompanhante durante a gestação, parto e puerpério na rede pública credenciada e/ou conveniada do Sistema Único de Saúde, foi garantida inicialmente na cidade do Rio de Janeiro, e posteriormente nos Estados de São Paulo e Santa Catarina, através das respectivas resolução/leis:

- Resolução SMS nº. 667, 20 de outubro de 1998 (Rio de Janeiro, RJ);
- Lei nº. 10.241, de 17 de março de 1999 (São Paulo, SP);
- Lei nº. 12.133, de 12 de março de 2002 (Santa Catarina, SC);

Em 2005, este direito foi ampliado para o todo território nacional através da Lei nº. 11.108, de 7 de abril de 2005, alterando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante de sua escolha, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada (BRASIL, 2005).

a7 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

Aprovado em 1990 através da Lei nº 8069, assegurando à gestante, pelo Sistema Único de Saúde, o atendimento antes e após o parto, incluindo entre outros, o direito da criança quanto à amamentação.

b. Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras

Seguindo as recomendações da Assembleia Mundial de Saúde, e com base no Código Internacional para Comercialização de Substitutos do Leite Materno, o Brasil aprovou em 1988 as Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), sendo publicada através da Resolução nº 5 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 20 de dezembro.

Em 1992, em decorrência da alegação de existirem vários artigos que dificultavam a adoção de uma leitura na perspectiva objetivista por parte dos intérpretes, ou seja, dependiam de interpretação subjetiva e, portanto de difícil operatividade na prática, a Norma sofreu sua primeira revisão.

Foi aprovada em nova versão como Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e publicada através da Resolução CNS nº 31/92. Nesta revisão é incluído item específico sobre uso de bicos e mamadeiras. Neste mesmo ano é estabelecido acordo mundial entre o UNICEF e a OMS com a Associação Internacional de Fabricantes de Alimentos, para cessar o fornecimento gratuito ou a baixo custo de leites artificiais a maternidades e hospitais.

Em 1994 é publicado o parecer nº 62/94 da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde, que redefine as penalidades para as infrações à Norma.

Nos anos de 2001 e 2002, a Norma é submetida a um novo processo de revisão, dando origem à Portaria Ministerial 2051 (PT/MS 2051)3 de novembro 2001, e às resoluções RDC ANVISA nº 2214 e RDC 2225 de 05/08/2002. A primeira enfatiza os aspectos relativos à produção de material educativo e técnico-científico bem como a relação entre os fabricantes e os serviços e profissionais da saúde; a segunda trata dos aspectos relativos à promoção e comercialização de chupetas, bicos, mamadeiras e protetores de mamilo; e a terceira, regulamenta tecnicamente a promoção e a comercialização dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância. O conjunto das três publicações supramencionadas, passou a constituir a Norma Brasileira

¹ Portaria Nº 2.051/GM de 08/11/2001; Novos Critérios da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. Diário Oficial da União, Brasília, n.º 215, p.44, 09 nov. 2001, Seção 1.

² BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 221 de 05 de agosto de 2002. Regulamento Técnico sobre Chupetas, Bicos, Mamadeiras e Protetores de Mamilo. Diário Oficial da União de 06 de agosto de 2002.

³ BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 222 de 05/08/2002. Regulamento Técnico para Promoção Comercial dos Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância. Diário Oficial da União de 06 de agosto de 2002.

de Comercialização de Alimentos para Lactentes, Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras.

Esta Norma tem como objetivo, contribuir para a adequada nutrição dos lactentes e das crianças de primeira infância através da regulamentação da promoção comercial e orientações do uso apropriado dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bem como do uso de mamadeiras, bicos e chupetas; proteção e incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida; e proteção e incentivo à continuidade do aleitamento materno até os dois anos de idade, após a introdução de novos alimentos na dieta dos lactentes.

Todos os profissionais de saúde têm o dever de se informar, conhecer e respeitar a legislação vigente, especialmente os aspectos relativos a amostras grátis, doações, brindes e contato com representantes comerciais de fabricantes de alimentos infantis e produtos de puericultura.

Em 2006, é publicada a Lei nº. 11.265 de 03 de janeiro de 2006, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de 1ª infância e também a de produtos de puericultura correlatos, baseada na NBCAL (BRASIL, 2006).

Transcorridos cerca de dez anos, durante a durante a 5ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, realizada em Brasília (DF), é assinado o Decreto nº. 8552 de 03 de novembro de 2015, que Regulamenta a Lei nº 11.265, e dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos (BRASIL, 2015).

A assinatura e publicação do referido decreto representa uma importante conquista para a proteção do aleitamento materno no Brasil.

Outras leis de proteção à amamentação

E para finalizar, gostaria de mencionar a Lei 16161 e 13 de abril de 2015 da Prefeitura municipal de SP, que garante às mães o direito de amamentar em qualquer local da capital paulista de SP. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Organização de Juarez de Oliveira. 4. Ed. São Paulo: Saraiva, 1990 (Série Legislação Brasileira).

_____. Decreto Lei nº. 5452 de 1 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de agosto de 1943.

_____. Decreto nº. 8552 de 03 de novembro de 2015, que Regulamenta a Lei nº. 11.265 de 03 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes, e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos. Diário Oficial da União, Brasília, 03 de novembro de 2015.

_____. Lei nº. 6202 de 17 de abril de 1975. Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-Lei nº. 1044, de 1969, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 17 de abr. 1975.

_____. Lei 7.210, de 11 de julho de 1984: Lei de Execução Penal. In: BRASIL. Código Penal, Código de Processo Penal, Constituição Federal. São Paulo: Saraiva, 1984.

_____. Lei nº. 10.421, de 15 de abril de 2002. Estende à mãe adotiva o direito à licença-maternidade e ao salário-maternidade, alterando a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº. 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei n: 8.213, de 24 de julho de 1991. Presidência da República Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Poder Executivo. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 abr. 2002.

_____. Lei n. 11.108. Altera a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União** 2005; 8 abr.

_____. Lei nº. 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. **Diário Oficial da União, Brasília**, 4 jan. 2006.

_____. Lei nº. 11.770 de 09 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei n: 8.212, de 24 de julho de 1991. **Diário Oficial da União, Brasília**, 1 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. **Situação nacional do aleitamento materno**. Brasília, 2000 (CD Rom).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. ANVISA. Portaria nº. 193 de 23 de fevereiro de 2010. Aprova a Nota Técnica Conjunta n: 01/2010, com o objetivo de orientar a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 fev. 2010.

BLACK, E.R., et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet.*, 2010.

DECLARAÇÃO DE QUEZON CITY. **Sobre Amamentação, Mulher e Trabalho: Direitos humanos e soluções criativas**. Filipinas, 1-5 junho de 1998.

HEAP, L. A proteção da maternidade 2000: é para todos nós. Tradução de Siomara Roberta da Siqueira. Brasil: IBFAN, 2000.

HORTA, B. L.; VICTORA, C. G. Breastfeeding and school achievement in Brazilian adolescents. *Acta Paediatr Suppl*, 2005 Nov. 94(11): p. 1656-60.

LEÓN-CAVA, N. et al. **Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia**. Traducción y revisión Natalia Rybak y Fernando Vallone. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud PAS, 2002.

LIGOCKI, M.S.L. Incentivos ao trabalho da mulher: estudo comparativo na legislação dos diversos países. In: CFEMEA. **Discriminação positiva ações afirmativas em busca da igualdade**. Brasília: Centro Feminista de Estudos e Assessoria, 1995. p. 35-69.

OLIVEIRA, R.L.; SILVA, A. N. Aspectos legais do aleitamento materno: cumprimento da lei por hospitais de médio e de grande porte de Maceió. **Revista Bras. Saúde Matern. Infantil**, Recife, v. 3, n,1, p. 43-48, jan./ mar. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Disponível em < http://www.who.int/inf-pr-2001/en/not_2001-07.html > Acesso em julho de 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Lei 16161 e 13 de abril de 2015 da Prefeitura municipal de SP, que garante às mães o direito de amamentar em qualquer local da capital paulista de SP. São Paulo, 2015.

REA, M.F. **Mulher trabalhadora e a prática de amamentar**. 2011. Disponível em <http://www.amamentartudodebom.com.br/2011/12/08/mulher-trabalhadora-e-a-pratica-de-amamentar/> Acesso em novembro de 2015.

SILVA, C. A. S.; DAVIM, R.M. Mulher trabalhadora e fatores que interferem na amamentação: revisão integrativa. *Rev Rene*. 2012; 13(5):1208-17.

SILVA, I. A.; UTIYAMA, S.K. Situação da amamentação entre mulheres trabalhadoras e alunas de graduação e pós-graduação de uma universidade pública. *Acta Scientiarum: Health Sciences*. Maringá, v.25, n. 1. p.215- 225, 2003.

VERUCI, F. **A mulher e o direito**. São Paulo, NOBEL, 1987.

25. Evidências Científicas sobre o sucesso do Aleitamento Materno

Sérgio Makabe, Corintio Mariani Neto

A amamentação é uma prática milenar com reconhecidos benefícios nutricionais, imunológicos, cognitivos, econômicos e sociais. São inúmeras as vantagens do aleitamento materno (AM) para a mãe, a criança, a família e sociedade. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a prática de amamentação salva muitas crianças por ano, promovendo e prevenindo contra as infecções, além da amamentação exclusiva ser importante sob o ponto de vista nutricional.

- Todos os profissionais que assistem mulheres durante a gravidez e o parto exercem papel fundamental para o sucesso do aleitamento materno e só devem ensinar as práticas cuja eficácia foi demonstrada.
- As orientações fornecidas à mulher durante o pré-natal são fundamentais para uma gestação saudável, bem como para a manutenção do aleitamento materno portanto novas ações devem ser incorporadas e incrementadas pelos profissionais de saúde em prol do aleitamento
- A separação dos bebês de suas mães após o parto coloca em risco o sucesso do aleitamento. Deve se desta forma colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe imediatamente após o parto, por no mínimo uma hora e encorajar as mães a reconhecer quando seus bebês estão prontos para serem amamentados, oferecendo ajuda se necessário
- O momento da primeira mamada, por si só, não é o elemento fundamental para o sucesso do aleitamento.
- Todos os profissionais têm obrigação de saber como ajudar a mãe a posicionar o bebê adequadamente para mamar.
- As mamadas não devem sofrer restrições quanto à frequência nem à duração.
- Não devem ser oferecidos nem recomendados líquidos ou mamadeira para bebês saudáveis amamentados no peito.
- Oferecer amostras grátis de fórmulas infantis às mulheres no hospital pode ser particularmente prejudicial para o sucesso da amamentação.
- Durante a lactação, não há motivos para a mulher beber mais líquidos do que determina a sua sede.
- O uso de contraceptivos combinados de estrogênio e progesterona compromete a lactação.
- O suporte pessoal por uma pessoa com conhecimento sobre aleitamento é a forma mais eficaz de se ajudar as mulheres a estabelecer e manter a amamentação.
- O uso da chupeta pelo lactente foi associado negativamente tanto com tempo de

aleitamento materno exclusivo quanto ao aleitamento materno

- Os principais motivos para o desmame precoce são o traumatismo da papila, o ingurgitamento mamário, a mastite e a insuficiência de leite.
- Na maioria das vezes, os problemas acima podem ser evitados pela amamentação irrestrita de um bebê bem posicionado desde a primeira mamada e por suporte prático e emocional das mães.
- Em casos de traumas mamilares, a mulher deve continuar a amamentar, retirar o leite, se necessário, e receber ajuda com o posicionamento e a pega.
- A interrupção da amamentação e a aplicação no mamilo de qualquer uma das preparações existentes para tratamento de fissuras não ajudam, podendo, inclusive, prejudicar o sucesso do aleitamento.
- O fluxo inadequado de leite pode resultar em ingurgitamento mamário e, possivelmente, em mastite.
- Em todos os casos de ingurgitamento e mastite, o fator decisivo para o sucesso do tratamento é a boa drenagem da mama, através da amamentação ilimitada de um bebê bem posicionado.
- Quando há suspeita de insuficiência de leite materno, a base do tratamento a ser oferecido ainda é a amamentação irrestrita de um lactente bem posicionado, junto com suporte prático e emocional da mãe, até que haja melhor precisão do diagnóstico. Outros tratamentos só devem ser considerados quando a mãe e o bebê não respondem aos elementos fundamentais da boa prática de aleitamento materno.
- Tanto o hábito de fumar, quanto o hábito de oferecer chupetas desnecessariamente às crianças contribuem, de maneira decisiva, para o desmame precoce.

Sabemos que as principais variáveis relacionadas negativamente ao tempo de aleitamento materno exclusivo e complementado são passíveis de intervenção. Assim, a melhoria na qualidade da assistência à saúde materno-infantil pode ser considerada uma medida de extrema importância para o aumento nos índices de aleitamento materno. Deste modo há necessidade de desenvolver pesquisas para identificar essas pessoas e realizar estratégias de educação em saúde envolvendo todos os atores da rede social de apoio à mulher para a reconstrução e/ou construção de ações que deem suporte ao sucesso da amamentação.

Referências Bibliográficas

1. Ahluwalia IB, Morrow B, Hsia J. Why do women stop breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics* 2005; 116:1408.
2. Breastfeeding among US children born 1999-2005, CDC National Immunization

Survey. Available at: www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/index.htm
(Accessed on April 10, 2009).

3. Callen J, Pinelli J, Atkinson S, Saigal S. Qualitative analysis of barriers to breastfeeding in very-low-birthweight infants in the hospital and postdischarge. *Adv Neonatal Care* 2005; 5:93.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Progress in increasing breastfeeding and reducing racial/ethnic differences - United States, 2000-2008 births. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2013; 62:77.
5. Committee on Health Care for Underserved Women, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 361: Breastfeeding: maternal and infant aspects. *Obstet Gynecol* 2007; 109:479.
6. Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics* 2009; 123:e736.
7. Lau C. Effects of stress on lactation. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48:221.
8. Lau C, Hurst NM, Smith EO, Schanler RJ. Ethnic/racial diversity, maternal stress, lactation and very low birthweight infants. *J Perinatol* 2007; 27:399.
9. Lind JN, Perrine CG, Li R, et al. Racial disparities in access to maternity care practices that support breastfeeding - United States, 2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2014; 63:725.
10. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012; 129:e827.
11. Taylor JS, Cabral HJ. Are women with an unintended pregnancy less likely to breastfeed? *J Fam Pract* 2002; 51:431.
12. U.S. Preventive Services Task Force. Primary care interventions to promote breastfeeding: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2008; 149:560.
13. Van Rossem L, Oenema A, Steegers EA, et al. Are starting and continuing breastfeeding related to educational background? The generation R study. *Pediatrics* 2009; 123:e1017.
14. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding (2003). www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/en/index.html
(Accessed on April 10, 2009).

26. Leituras Suplementares

- Secretaria de Políticas Públicas. Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- Almeida JAG. Amamentação. Um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
- ALMEIDA, J.A.G; GUILHERME, J.P; MATTAR, M.J.G. Banco De Leite Humano. IN: Tratado de Pediatria, Ed. Manole, 2ª. Ed, 2009, capítulo 9,401-409p
- ALMEIDA, JAG – Banco de Leite Humano e AIDS – Considerações sobre realidade Brasileira — FIOCRUZ. Gota de Leite (março, 1999)
- Almeida, JAG. Amamentação: repensando o paradigma. Rio de Janeiro, 1998. Editora FIOCRUZ.
- Almeida, JAG; Maia, PRS; Novak, FR; Alencar, SMSM; Ishy, AY; Mattar, MJG. Os Bancos de Leite Humano no Brasil. IN: O Aleitamento Materno no contexto Atual: Políticas, Práticas e Bases Científicas, São Paulo: Sarvier, 2008, 163-170p.
- Alvarado, M., R, Atalah, S., E, Diaz, F., S, Rivero, V., S, Labbe, D., M and Escudero, P., Y (1996) Evaluation of a breastfeeding-support programme with health promoters' participation. Food and Nutrition Bulletin 17, 49-53. Ref ID : 6627.
- American Academy of Pediatrics – Committee on Pediatric AIDS. Human milk, breastfeeding and transmission of human immunodeficiency virus in the United States. Pediatrics 96(5): 977-979, 1995
- Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Contato pele a pele precoce das mães com recém-nascidos saudáveis (Cochrane Review). In: Resumos de Revisões Sistemáticas em Portugues, Issue , CD003519-PT
- Araújo, MFM; Otto, AFN & Schmitz, BAS. Primeira avaliação do cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” nos Hospitais Amigos da Criança do Brasil. Rev. Brás. Saúde Matern. Infant., Recife, 3(4): 411-419, 2003.
- Badinter, E. – Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.
- Brasil. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília, 2008, 161p.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. São Paulo: Javoli Ltda, 1988.
- Brasil. Lei nº 8.069. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União de 16 de julho de 1990.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 171, de 04 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 05 de setembro de 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Situação nacional do aleitamento materno. Brasília, 2000 (CD Rom).
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.016. Normas básicas de alojamento conjunto. Diário Oficial da União de 26 de agosto de 1993.
- Brasil. Ministério da saúde. Portaria Nº 756 dispõe sobre as Normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União Nº 242, Seção 1, Página 99, Brasília (DF), publicado em 17 de dezembro de 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil: histórico, situação atual, ações e perspectivas.
- Breastfeeding counselling: a training course. Documento não publicado WHO/CDR/93.3±6 (UNICEF/NUT/93.1±4). Disponível sob pedido em Health Systems and Community Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland. Health Organization, 1995, 73: 461±468.
- Chaves RG, Lamounier JA. Uso de medicamentos durante a lactação. Jornal de Pediatria 80 (5 Supl):S189-S198, 2004.
- Chaves RG, Lamounier JA. Uso de medicamentos durante a lactação. Jornal de Pediatria 80 (5 Supl):S189-S198, 2004. Christenson K et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. Acta Paediatrica. 1992. 81:490
- Christensson K et al (1992) Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot Acta Paediatr 81:490
- De Paula, RS; Ikeda, SC; MATTAR, MJG. – Controle de Qualidade em BLH – aspectos higiênicos sanitários, São Paulo, 1999.
- DeChatteau P e Wiberg B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. Acta Paediatr. 1977. 66:145-151
- DECLARAÇÃO DE QUEZON CITY. Sobre Amamentação, Mulher e Trabalho: Direitos humanos e soluções criativas. Filipinas, 1-5 junho de 1998.
- Diaz S. Fertility regulation in nursing women. Contraception 56:223-32, 1997. Gray R.H.,
- Eglin, R. P. & Wilkinson, A. R. HIV infection and pasteurization of breast milk. Lancet (may, 9): 1093. 1987.

- Elander G e Lindberg T. Short mother-infant separation during first week of life influences the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr Scand.* 1984;76:238.
- Flidel-Rimon O, Shinwell ES. Breast feeding twins and high multiples. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2006 Sep; 91(5): F377-80
- Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade humana. Ed. Livros do Brasil. As Manifestações da sexualidade da criança; pg. 95-99.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: Promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidades. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- Giugliani, ERJ, aleitamento materno, leite humano, lactação. *J. pediatr.* (Rio J.). 2000; 76 (Supl.3): S238-S252
- Graciete OV & Col. Mastite puerperal: estudo de fatores pré-disponentes. *RBGO* 2000; 22 nº10: 627-32.
- Grimes D; SchulzK; Van Vliet H; Stanwood N Immediate post-partum insertion of intrauterine devices(Cochrane Review) in: *The Cochrane Library, Issue 3,2003.* Oxford:Update software
- Haagensen C D The normal physiology of the breasts. In: Haagensen C D (ed). *Diseases of the Breast.* Philadelphia: W B Saunders: 1986. p. 47-55.
- Hardy E., Santos L.C., Osis M.J., Carvalho G., Cecatti J.G., Faundes A Contraceptive use and pregnancy before and after introducing lactational amenorrhea (LAM) in a postpartum program. *Adv. Contracept* 14(1):59-68,1998.
- HEAP, Lisa. A proteção da maternidade 2000: é para todos nós. Tradução de Siomara Roberta da Siqueira. Brasil: IBFAN, 2000.
- HIAC. Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno: manejo e promoção ao aleitamento materno. Brasília 1993; Ministério da Saúde.
- Howard CR, Howard FM. Management of breastfeeding when the mother is ill. *Clinical Obstetrics & Gynecology* 47(3)683-695, September, 2004.
- Johnson PE, Hanson KD. Acute puerperal mastitis in the augmented breast. *Plast Reconstr Surg.* 1996; 98: 723-5
- Kaplan HS. O desejo sexual – a nova terapia do sexo. Ed. Nova Fronteira 1983; vol.2; 27-39.
- Kaunitz AM. Injectable depot medroxyprogesterone acetate contraception: update for US clinicians. *Int J Fertil Womens Med* 43(2):73-83,1998.
- Keller-Wood M, Bland K I Fisiologia da Mama. In: Bland K I, Copeland III E M A *Mama.* São Paulo: Manole: 1994. p 41-52.

- King FS. Como ajudar as mães a amamentar. Brasília. Ministério da Saúde, 2001; pg.54-64
- Klaus, MH; Kennel JH; Klaus, PH. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre, Artmed Editora, 2000.
- LA Leche League International. The breastfeeding Answer Book 1991; pg.132-34
- Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 5th ed. St. Louis: Mosby, 1999.
- Lawrence, R. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession, Fourth Edition, St. Louis: Mosby, 1994.
- LEÓN-CAVA, N.; LUTTER, C.; ROSS, J. et al. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Traducción y revisión Natalia Rybak y Fernando Vallone. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud PAS, 2002.
- LIGOCKI, M.S.L. Incentivos ao trabalho da mulher: estudo comparativo na legislação dos diversos países. In: CFEMEA. Discriminação positiva ações afirmativas em busca da igualdade. Brasília: Centro Feminista de Estudos e Assessoria, 1995. p. 35-69.
- Masters WH & Johnson WE. A resposta sexual humana. Ed. Roca. 1984; 117-37.
- MATTAR, M. J. G. – Anais Segurança Alimentar = SES/CVE – Alimento Seguro e a Tecnologia Necessária para Controle dos BLH, 1998 – SP.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, RNBLH – BLHs no Brasil [on line] – avaliado pela [www:http://www.fiocruz.br/redeblh.](http://www.fiocruz.br/redeblh), acessado em 10/3/2010
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, RNBLH – Manual Técnico [on line] – avaliado pela [www:http://www.fiocruz.br/redeblh.](http://www.fiocruz.br/redeblh), acessado em 10/3/2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, CNBLH – Manual de Processamento e Controle de Qualidade da Rede Nacional BLH – Brasília, 1999
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, INAN – Recomendações Técnicas para o funcionamento da B. L. H., Brasília, 1998.
- Ministério da Saúde. Manual de Promoção do Aleitamento Materno: Normas Técnicas. 2º edição. Brasília, 1997.
- Montagu A. Tocar – significado humano da pele. Ed. Summus 1988.
- Morehead J R. Anatomy and embryology of the breast. Clin Obstet Gynecol 1982; 25: 353-357
- Murahovschi J, Teruya KM, Santos Bueno LG, Baldin PE. Da teoria à prática. Fundação Lusíada. Santos, pp. 263-70, 1996.

- Nascimento MS. Aleitamento materno e sexualidade, *Femina* 1998; 26: n^o7.
- Nazário A C P. Desenvolvimento e Fisiologia Mamárias. In: Souza G A Atualização em Mastologia. São Paulo: Lemar: 1999. p 15-17.
- Nylander G et al. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward: positive long-term effects. *Acta Obstet Gynecol Scand.*1991. 70:208.
- OLIVEIRA, R.L; SILVA, A. N. Aspectos legais do aleitamento materno: cumprimento da lei por hospitais de médio e de grande porte de Maceió. *Revista Bras. Saúde Matern. Infantil, Recife*, v. 3, n,1, p. 43-48, jan./ mar. 2003.
- OMS. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Brasília: OPAS, 2001.
- Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Tradução de Maria Cristina Gomes do Monte. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Disponível em < http://www.who.int/inf-pr-2001/en/not_2001-07.html > Acesso em juho de 2005.
- REA, M.F. Mulher trabalhadora e a prática de amamentar. Disponível em < http://www.aleitamento_com.htm > Acesso em julho de 2005.
- Righard L e Alade O. Effect of delivery room routines on success of first breasfeed. *Lancet.*1990. 366:1105-1107
- Salariya EM, Easton PM, Cater JI. Duration of breastfeeding after early initiation and frequent feeding. *Lancet.* 1978. 25:1141-1143
- SILVA, I. A.; UTIYAMA, S.K. Situação da amamentação entre mulheres trabalhadoras e alunas de graduação e pós-graduação de uma universidade pública. *Acta Scientiarum: Health Sciences. Maringá*, v.25, n. 1. p.215- 225, 2003.
- SILVA, V.G. Normas técnicas para banco de leite humano: uma proposta para subsidiar a construção para Boas Práticas. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança). Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2004. 153p.
- Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - 1996. Amamentação e Situação Nutricional das Mães e Crianças. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997. p.125-38.
- Soetjiningsih e Suraatmaja S. The advantages of rooming-in. *Pediátrica Indonésia.* 1986. 26:231.
- Souza A Z, Salvatore C A Morfologia e Fisiologia. In: Souza A Z, Salvatore C A Mastologia Prática. São Paulo: Manole: 1979. p 1-32.

- Speroff L; Fritz MA In: Clinical Gynecologic endocrinology and infertility seventh edition Lippincott Williams & Williams, 2005 p 861 - 942
- Spitz AM, Lee NC, Peterson HB. Treatment for lactation suppression: Little progress in one hundred years. American Journal of Obstetrics and Gynecology 179 (6):1485-1490, 1998.
- Teruya K, Serva V B. Manejo da lactação. In: Rego JD. Aleitamento Materno. São Paulo: Atheneu, 2001.
- Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. Cad. Saúde Pública. 2008;24(2 Supl):S235-46.
- Truitt S, Fraser A, Grimes D, Gallo M, Schulz K. Hormonal contraception during lactation. Contraception 2003;68(4):233-38.
- Truitt ST; Fraser AB; Grimes DA; Gallo MF; Schulz KF Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003 Oxford: Update Software
- UNICEF/OMS. Manejo e promoção do aleitamento materno num hospital amigo da criança: curso de 18 horas para equipes de maternidades. Janeiro 1993.
- VERUCI, Florisa. A Mulher e o direito. São Paulo, NOBEL, 1987.
- Vinha VHP. Projeto aleitamento materno: autocuidado com a mama puerperal. São Paulo: Servier 1994; 1ªed pg.21-101.
- WHO/UNICEF. Breastfeeding counseling: A training course. Trainer's Guide, 1997.
- World Health Organization. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. WHO/CHD 98; 9:25.
- World Health Organization/UNICEF. Breastfeeding counselling: A training course. Geneva: World Health Organization/UNICEF; 1993.
- Yamauchi Y e Yamanouchi. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. variables. Pediatrics. 1990. 86(2):174.
- Yamauchi Y e Yamanouchi. The relationship between rooming-in/ not rooming-in and breastfeeding variables. Acta Paediatr Scand. 1990. 79:1019.

Cerazette[®] 3

desogestrel 75 mcg

FEBRASCO - Manual de Ale



Opção para mulheres que estão **AMAMENTANDO**¹



COM A OPÇÃO DE 3 blisters na mesma caixa



REFERÊNCIA no mercado de anticoncepção²



Referências bibliográficas: 1. Circular aos Médicos (bula) de CERAZETTE. São Paulo; Schering-Plough Indústria Farmacêutica Ltda., 2015. 2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Lista de medicamentos de referência. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/7b8223004db4095fac9b9bcd6059e5711/Lista+A+Isolados_05_12.pdf?MOD=AJPERES. Acessado em 17 de agosto de 2015. CERAZETTE (desogestrel). INDICAÇÃO: anticoncepção. CONTRAINDICAÇÕES: hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer dos excipientes; distúrbio tromboembólico venoso ativo; presença ou história de doença hepática grave, enquanto os valores dos testes de função hepática não retornarem ao normal; doença maligna sensível a estrogênicos sexuais conhecida ou suspeita; sangramento vaginal não diagnosticado; gravidez ou suspeita de gravidez. ADVERTÊNCIAS: na presença de quaisquer dos fatores de risco/condições a seguir, avaliar o risco/benefício e discutir antes de iniciar CERAZETTE. No caso de agravamento, exacerbação ou ocorrência pela primeira vez de qualquer dessas condições, a mulher deve contatar o seu médico, que decidirá manter ou não o uso de CERAZETTE. O risco de câncer de mama aumenta, em geral, com o aumento da idade. Durante o uso de anticoncepcionais hormonais orais combinados (AHCOs), o risco de ter câncer de mama diagnosticado aumenta levemente. Esse aumento de risco desaparece gradualmente em 10 anos após a descontinuação do uso de um anticoncepcional oral e não está relacionado ao tempo de uso, mas à idade da mulher quando utiliza o AHC0. O número esperado de casos diagnosticados por 10.000 mulheres que usam AHC0s (até 10 anos após a descontinuação do tratamento) em relação às que nunca usaram durante o mesmo período foi calculado para os respectivos grupos etários e é apresentado a seguir: Casos esperados em usuárias de AHC0s: 4,5 (16-19 anos); 17,5 (20-24 anos); 48,7 (25-29 anos); 110 (30-34 anos); 260 (40-44 anos). Casos esperados em não usuárias: 4 (16-19 anos); 16 (20-24 anos); 44 (25-29 anos); 100 (30-34 anos); 180 (35-39 anos); 230 (40-44 anos). O risco em usuárias de anticoncepcionais só de progestagênio, tais como CERAZETTE, possivelmente é semelhante, porém, com evidência menos conclusiva. O aumento do risco observado nas usuárias de AHC0s pode ser devido ao diagnóstico precoce, a efeitos biológicos da pílula ou à combinação dos dois. O efeito biológico dos progestagênicos no câncer hepático não pode ser excluído, por isso, recomenda-se avaliar individualmente a relação risco/benefício na mulher com câncer hepático. Na presença de distúrbios agudos ou crônicos da função hepática, solicitar avaliação e orientação especializada. Se durante o uso de CERAZETTE ocorrer hipertensão arterial mantida, ou se o aumento significativo da pressão arterial não responder adequadamente ao tratamento anti-hipertensivo, considerar a descontinuação de CERAZETTE. Investigações epidemiológicas associaram o uso de AHC0 à maior incidência de tromboembolia venosa (TEV), trombose venosa profunda e embolia pulmonar). Embora a relevância clínica desse achado para desogestrel seja desconhecida, descontinuar CERAZETTE em caso de trombose. Considerar também a descontinuação de CERAZETTE em caso de imobilização prolongada (por cirurgia ou doença). Alertar as mulheres com história de distúrbios tromboembólicos sobre a possibilidade de recorrência. Os progestagênicos podem apresentar efeito sobre a resistência periférica à insulina e tolerância à glicose, porém, mesmo que não haja evidência da necessidade de alterar o regime terapêutico em diabéticas usando anticoncepcionais só de progestagênio, estas devem ser cuidadosamente observadas durante os primeiros meses de uso. O tratamento com CERAZETTE leva à redução dos níveis séricos de estradiol para um nível correspondente à fase lútea inicial, e não se sabe se essa redução tem algum efeito relevante sobre a densidade óssea. A proteção contra gravidez ectópica com anticoncepcionais só de progestagênio tradicionais não é tão boa como a dos anticoncepcionais orais combinados. Apesar do fato de CERAZETTE inibir a ovulação de modo consistente, a gravidez ectópica deve ser considerada na presença de amenorréia ou dor abdominal. Claxasma pode ocorrer, especialmente em mulheres com história de claxasma gravídico; mulheres com esta tendência devem evitar exposição ao sol ou à radiação ultravioleta enquanto usarem CERAZETTE. As seguintes condições foram relatadas na gravidez e durante o uso de estrogênio sexual, sem associação estabelecida com o uso de progestagênicos: icterícia ou urúrio relacionado à colestase; formação de cálculos biliares; porfiria; lúpus eritematoso sistêmico; síndrome urêmica-hemolítica; corínea de Sydenham; herpes gestacional; perda da audição relacionada à otosclerose; angiodema (hereditário). CERAZETTE contém lactose (menos de 65 mg) e, por essa razão, não deve ser administrado em pacientes com intolerância à galactose, deficiência de lactase Lapp ou má absorção de glicose-galactose. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: interações entre anticoncepcionais orais e outros fármacos podem ocasionar sangramentos inesperados e/ou falha na anticoncepção. Metabolismo hepático: podem ocorrer interações com fármacos indutores de enzimas microsomiais, resultando em aumento da depuração dos hormônios sexuais, tais como o hidantoinas (p.ex., fenitoína), barbituratos (p.ex., fenobarbital), primidona, carbamazepina, rifampicina; e, possivelmente, também interações com oxcarbazepina, tilamato, lefamato, neflavonol, griseofulvina e produtos fitoterápicos contendo Hypericum perforatum (erva-de-são-jôão ou St. John's wort). Mulheres em tratamento com qualquer dos fármacos acima mencionados devem, temporariamente, usar um método de barreira em adição a CERAZETTE, ou optar por outro método anticonceptivo. O método de barreira deve ser utilizado durante o tempo de administração concomitante do fármaco e por 28 dias após sua descontinuação. Para mulheres em tratamento prolongado com indutores enzimáticos hepáticos, considerar o uso de um método anticonceptivo não hormonal. Durante o tratamento com canino medicinal, a absorção do estrogênio pode ser reduzida. Nessas circunstâncias, seguir as mesmas orientações de esquecimento da ingestão de comprimidos. Anticoncepcionais hormonais podem interferir no metabolismo de outras substâncias (p.ex., ciclosporina) e as concentrações plasmáticas e tissulares podem aumentar ou diminuir. Consultar a bula de medicamentos administrados concomitantemente para identificar potenciais interações. REAÇÕES ADVERSAS: Comuns: alteração de humor, diminuição da libido, cefaleia, náusea, acne, dor nas mamas, menstruação irregular, amenorréia, aumento de peso. Incomuns: infecção vaginal, intolerância a lentes de contato, vômitos, alopecia, dismenorréia, distos ovarianos, tãdga. Raras: exantema, urticária, eritema nodoso. Foram relatadas secreções mamárias e, raramente, gestações ectópicas durante a farmacovigilância pós-comercialização. POSOLOGIA E ADMINISTRAÇÃO: tomar um comprimido ao dia, com um pouco de líquido, preferencialmente no mesmo horário, na ordem indicada pelas setas na cartela, durante 28 dias consecutivos; iniciar a cartela subsequentemente imediatamente após o término da anterior. SUPERDOSE: Não há relatos de reações adversas graves em decorrência de superdose. Nessa situação, os sintomas que podem ocorrer são: náuseas, vômitos e, em meninas e adolescentes, discreto sangramento vaginal. Não há antidotos e o tratamento deve ser sintomático. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. REGISTRO MS: 1.071.0089. Atualização em 08/12/2014 - revisão médica em 10/09/2014.

Dentre as informações citadas em bula, ressaltamos que este medicamento é contraindicado em casos de gravidez ou suspeita de gravidez e tumores dependentes de progestagênio. Podem-se esperar interações medicamentosas durante o uso concomitante de CERAZETTE com hidantoinas, barbituratos, primidona, carbamazepina, rifampicina.

Nota: antes de prescrever, recomendamos a leitura da Circular aos Médicos (bula) completa para informações detalhadas sobre o produto.

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

Copyright © 2010 Merck Sharp & Dohme Corp., subsidiária de Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, EUA. Todos os direitos reservados.



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia