
Aleitamento Materno

Manual de Orientação



Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Diretoria

Gestão 2001-2005

Presidente

Edmund Chada Baracat

Vice-Presidente Região Norte

Ione Rodrigues Brum

Vice-Presidente Região Nordeste

Geraldez Tomaz

Vice-Presidente Região Centro-Oeste

César Luiz Galhardo

Vice-Presidente Região Sudeste

Soubhi Kahhale

Vice-Presidente Região Sul

José Geraldo Lopes Ramos

Secretário Executivo

Jacob Arkader

Vice-Secretário Executivo

Ivis Alberto Lourenço Bezerra de Andrade

Tesoureiro Executivo

Francisco Luiz Gonzaga da Silva

Tesoureiro Adjunto

Jayme Moyses Burlá

Gestão 2005-2009

Presidente

Nilson Roberto de Melo

Vice-Presidente Região Norte

Pedro Celeste Noleto e Silva

Vice-Presidente Região Nordeste

Francisco Edson de Lucena Feitosa

Vice-Presidente Região Centro-Oeste

João Bosco Machado da Silveira

Vice-Presidente Região Sudeste

Claudia Navarro Carvalho Duarte Lemos

Vice-Presidente Região Sul

Almir Antonio Urbanetz

Secretário Executivo

Francisco Eduardo Prota

Secretária Executiva Adjunta

Vera Lúcia Mota da Fonseca

Tesoureiro

Ricardo Oliveira e Silva

Tesoureira Adjunta

Mariângela Badalotti

International Standard Book (ISBN)
(Fundação Biblioteca Nacional)

A347

Aleitamento materno : manual de orientação / editor:
Corintio Mariani Neto. – São Paulo : Ponto, 2006.
162 p. ; 21 cm.

ISBN - 85-89245-13-6

1. Aleitamento materno – Manuais, guias, etc. Mariani
Neto, Corintio.

CDD- 649.3

MARIANINETO C.

Aleitamento Materno

Direitos reservados à *FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia – São Paulo – 2006*

Editora Ponto: Rua Pedro de Lucena, 64 – São Paulo/SP-Brasil
Tel: 0800 77 23023 – Home Page: www.pontoline.com.br

Planejamento Gráfico/Capa: Cezinha Galhardo

Aleitamento Materno

Manual de Orientação



Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria

Editor

Corintio Mariani Neto

Comissão Nacional de Aleitamento Materno

Presidente: Corintio Mariani Neto

Membros

Antonio Fernandes Lages (MG)	Luiz Fernando de Pádua Oliveira (GO)
Ariani Impieri de Souza (PE)	Marcos Augusto Bastos Dias (RJ)
Arnaldo Ferreira Filho (ES)	Maria da Glória de Medeiros Garcia (RN)
Daniel Klotzel (SP)	Maria Ilva Gonçalves (PA)
Geci Labras de Souza Júnior (PR)	Rosa Maria de Souza Aveiro Ruocco (SP)
Ivo de Oliveira Lopes (MG)	Vander Guimarães (RJ)
Leonardo d'Almeida Rezende (BA)	Vera Therezinha Medeiros Borges (SP)

Convidados

Sonia Salviano (DF) - Pediatra - Coordenadora do Programa de Aleitamento Materno - DF
Ana Cristina V. Abrão (SP) - Enfermeira UNIFESP/EPM
Elsa Giugliani (RS) - Pediatra - Comissão de Aleitamento Materno da SBP
Maria José Guardia Mattar (SP) - Pediatra - Coordenadora dos BLH Reg. Metropolitana SP
Rui de Paiva (SP) - Pediatra - Instituto de Saúde (SES)

Colaboradores

Ana Cristina F. de Vilhena Abrão
Ana Júlia Colameo
Ana Márcia Correa Gomes
Ariani Impieri de Souza
Cristina Aparecida Falbo Guazzelli
Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos
Fátima Maria Bessa Lafayette
Geisy Maria de Souza Lima
Gláucia Virgínia de Queiroz L. Guerra
Joana Watanabe Kuzuhara
Joel Alves Lamounier
José Eduardo Nestarez
Keiko Teruya
Kelly Pereira Coca
Laís Graci dos Santos Bueno
Leonardo d'Almeida Monteiro Rezende
Margarida Nascimento
Maria da Guia de Medeiros Garcia
Maria Isabel A. L. Nestarez
Maria José Guardia Mattar
Nilson Roberto de Melo
Patrícia Daniela Paranhos Batista Soares
Roberto Gomes Chaves
Rui de Paiva
Sonia Isoyama Venancio
Teresa Cristina Semer
Tereza Toma
Vander Guimarães
Vilneide Braga Serve

Apresentação

*“Agora que existem informações sólidas,
baseadas em pesquisa, a ignorância profissional,
que pode ter sido compreensível no passado, não é mais tolerável.”*

Enkin et al., 2000 – A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth.

As estatísticas nacionais mostram que o aleitamento materno é praticado em níveis muito inferiores ao que recomenda a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil. Entre as diversas causas responsáveis por esse fenômeno, destaca-se a falta de orientação profissional adequada às atuais e às futuras mães que, em sua grande maioria, desejam amamentar, porém, não estão devidamente preparadas para tanto.

Evidências científicas atestam a necessidade de todos os profissionais de saúde, em especial, os tocoginecologistas, conhecerem os conceitos corretos sobre amamentação, pois sua atuação (ou omissão) pode ser decisiva para o sucesso ou fracasso das mulheres nessa nobre missão.

O objetivo deste Manual é oferecer ao colega orientações básicas sobre a importância, as vantagens e a correta forma de amamentar, bem como, sobre as técnicas apropriadas para a puérpera superar dificuldades comuns, especialmente no início do processo de aleitar.

Desta forma, a FEBRASGO se engaja no esforço de reverter o acentuado declínio observado na prática e na duração do aleitamento materno e, com isso, contribuir decisivamente para a melhor qualidade de vida das mães e crianças brasileiras.

A Diretoria

ÍNDICE

1. A glândula mamária. Fisiologia da mama	11
2. Benefícios do aleitamento materno	20
3. O papel do obstetra no incentivo ao aleitamento materno ...	22
4. O aleitamento materno exclusivo	27
5. Técnicas de aleitamento	34
6. Principais intercorrências maternas locais	41
7. Principais intercorrências maternas gerais	52
8. Principais intercorrências neonatais	56
9. Queixas comuns das nutrizes	64
10. Práticas comuns que prejudicam a amamentação	80
11. Uso de medicamentos durante a lactação	90
12. Anticoncepção durante o aleitamento	99
13. Amamentação e sexualidade	105
14. Inibição da lactação: indicações e esquemas	109
15. O Alojamento Conjunto	114

16. Método Mãe Canguru	122
17. Banco de Leite Humano	130
18. Iniciativa Hospital Amigo da Criança	139
19. Legislação e NBCAL. Proteção legal à maternidade e à amamentação no Brasil	148
20. Resumo das principais evidências científicas disponíveis até o momento sobre o sucesso do aleitamento materno ...	160

1. A GLÂNDULA MAMÁRIA. FISIOLOGIA DA MAMA

José Eduardo Nestarez e Maria Isabel A. L. Nestarez

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 e tecido 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 intra-uterina. 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 femi-

nino 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 conseqüente 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: esteróides 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 na 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 desenvolvimento do epitélio mamário. Potencializa a ação do estrogênio e da progesterona. É o principal estímulo hormonal para a lactogênese, diferenciando as células produtoras de leite e a síntese de seus componentes.

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

A secreção dos esteróides 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 esti-

mulante (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 retro-alimentação (feedback). Existe 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 intra-uterina, 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 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 esteróides 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 conseqüente aumento de concentração estrogênica e progesteragênica. 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 I 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.

CICLO MENSTRUAL

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

Na primeira fase predomina a produção de E2 pelo ovário. Na mama ocorrem principalmente fenômenos 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 linfóides 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 esteróides, 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 mamaria.

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 liberar o leite, 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 freqüente for a sucção pelo neonato, mais duradouro será o efeito da PRL, inclusive com implicações na volta à normalidade dos ciclos menstruais e conseqüente 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.

2. BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO

Corintio Mariani Neto

PARA A MULHER

- Menor sangramento pós-parto e, conseqüentemente, menor incidência de anemias.
- Efeito contraceptivo por seis meses (aleitamento materno exclusivo + amenorréia) e, portanto, maior intervalo interpartal.
- Recuperação mais rápida do peso pré-gestacional.
- Menor prevalência de câncer de mama, ovário e endométrio.
- Menos fraturas ósseas por osteoporose.

PARA A CRIANÇA

Crianças amamentadas ao peito apresentam menores índices de:

- Mortalidade infantil
- Desnutrição
- Doenças respiratórias
- Necessidade de hospitalização por doenças respiratórias
- Otites
- Diabetes mellitus
- Alergias em geral
- Asma brônquica
- Dermatite atópica
- Rinite alérgica
- Leucemias e linfomas
- Neuroblastomas
- Tumores de crescimento
- Parasitoses intestinais

- Diarréias
- Enterocolite necrotizante
- Doença celíaca
- Doença de Crohn
- Colite ulcerativa
- Gastrite / úlcera gástrica
- Doenças crônicas
- Osteoporose
- Aterosclerose e doenças cardiovasculares
- Obesidade
- Síndrome da morte súbita infantil

Crianças amamentadas ao peito apresentam melhores índices de:

- Acuidade visual
- Desenvolvimento neuromotor
- Desenvolvimento cognitivo
- Quociente intelectual
- Desenvolvimento social

PARA A FAMÍLIA, A INSTITUIÇÃO E A SOCIEDADE

- Economia com a alimentação do recém-nascido
- Economia em consultas médicas, medicamentos, exames laboratoriais e hospitalização da criança.
- 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.
- Redução da poluição ambiental: menos lixo inorgânico resultante do consumo de bicos artificiais e mamadeiras e menos poluentes do ar decorrentes do transporte de sucedâneos do leite materno.

3. O PAPEL DO OBSTETRA NO INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

Corintio Mariani Neto, Leonardo d'Almeida Monteiro Rezende, Maria da Guia de Medeiros Garcia, Patrícia Daniela Paranhos Batista Soares

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 o início do pré-natal até o final do puerpério, de modo que as suas condutas podem se constituir em poderosas armas a favor do aleitamento materno. Como chefe de equipe que naturalmente é, deveria inclusive se posicionar contra as rotinas institucionais contrárias ao sucesso da amamentação.

NO PRÉ-NATAL

Anamnese Dirigida

Para as primigestas, investigar quais os conceitos próprios sobre o aleitamento, se ela já se decidiu sobre o assunto e quais os medos a respeito. Para as múltiparas, perguntar sobre tempo de amamentação de seus filhos e motivo de complementação ou interrupção.

Exame Físico das Mamas

Objetivando detectar quaisquer alterações, em especial das papilas. Durante o exame, mostrar a saída do colostro. É uma

ótima oportunidade para explicar a função das mamas, a finalidade do colostro e a importância do aleitamento materno.

- *Aconselhamento*

Orientar quanto às atitudes contrárias à amamentação e conscientizar os familiares sobre a necessidade de apoiar a mulher que amamenta.

Deve-se dar atenção especial às primigestas e às gestantes com história de insucesso na amamentação. O obstetra deve lembrar que os seus conselhos, desde o início do pré-natal, terão uma influência decisiva na postura da futura mãe, como, por exemplo, na opção pelo alojamento conjunto.

Resumindo a atuação durante a assistência pré-natal:

1. Examinar as mamas, explicar sua função e a importância do aleitamento materno.
2. Mostrar a saída do colostro e explicar sua finalidade.
3. 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.
4. Alertar para os procedimentos ou atitudes contrárias à amamentação.
5. Conscientizar os familiares sobre a necessidade de apoiar a mulher que amamenta.

NO TRABALHO DE PARTO

Lembrar que o uso indiscriminado de analgésicos sistêmicos e sedativos diminui as chances do parto normal, pode induzir sonolência e, após o parto, impedir um contato íntimo entre a mãe e o RN e, ainda, diminui a capacidade de sucção do RN. Por outro lado, o seu uso cuidadoso reduz o desconforto físico e a ansiedade da parturiente.

- Manter o ambiente tranquilo para a parturiente (incentivar a presença de acompanhante)
- Utilizar todos os recursos disponíveis para alívio da dor, evitando substâncias entorpecentes que possam prejudicar a emoção do primeiro contato mãe-filho.

NO PARTO

1. 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.
2. Evitar o uso de anestesia geral ou de entorpecentes que prejudiquem a emoção do primeiro encontro mãe-filho.
3. Colocar o recém-nascido 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.
4. Estimular a mamada ainda na sala de partos. A sucção mamária promove liberação de ocitocina endógena que acelera a dequitação e o miotamponamento.
5. Proceder à episiotomia de tal modo que a mãe possa sentar e caminhar sem dor.
6. Estimular a presença do pai na sala de parto.
7. Lembrar a equipe que os procedimentos rotineiros com o RN sadio como identificação, medição, pesagem e profilaxia da oftalmia gonocócica podem ser postergados.

NA CESÁREA

1. Optar por anestesia peridural e, como segunda escolha, a raquianestesia, ficando a anestesia geral restrita a situações excepcionais.
2. Administrar soro de hidratação no menor tempo possível e, se necessário, deixar *scalp* heparinizado para eventuais medicações intravenosas.
3. Aliviar a dor com analgésicos não entorpecentes para que a mãe seja capaz de cuidar do recém-nascido.
4. Usar ocitocina preferencialmente aos ergóticos, quando necessário, para aumentar a contratilidade uterina.

NO PUERPÉRIO

1. 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.
2. Orientar as mães para os cuidados com as mamas e os mamilos.
3. Observar e corrigir posicionamento e/ou pega inadequados.
4. Tratar as intercorrências locais sem interromper a lactação.
5. 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.
6. Orientar e apoiar as mães trabalhadoras no que se refere às leis que protegem a amamentação.
7. Apoiar e divulgar as “Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes”, 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.

8. Acompanhar ou referir o binômio mãe-filho para acompanhamento, desde a 1ª semana, para evitar desmame precoce.
9. Aproveitar consultas médicas por quaisquer motivos para avaliar a prática da amamentação.
10. Prescrever método anticoncepcional que não interfira com a lactação.

4. ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Sonia Isoyama Venancio

O objetivo deste capítulo é apresentar a definição de aleitamento materno exclusivo da Organização Mundial de Saúde, seu impacto sobre a saúde materno-infantil, a recomendação atual sobre a sua duração ótima, sua situação no Brasil, seus determinantes e 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, 1991).

É importante haver uma compreensão adequada sobre a definição da amamentação exclusiva, para que não haja uma subestimação de seu real impacto sobre a saúde materno-infantil.

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 cres-

cimento dos lactentes, reduzir a duração total da amamentação podendo também reduzir a duração da amenorréia pós-parto (Giugliani, 2001).

Estudos mostram 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 (Brown et al, 1989; Popkin et al 1990).

Uma revisão de trinta e cinco estudos realizados em diferentes países, mostra que crianças não amamentadas apresentam média de riscos relativos de morbidade por diarreia de 3,5 a 4,9 nos primeiros seis meses de vida, quando comparadas àquelas que recebem leite materno de forma exclusiva, havendo evidências de aumento da severidade da diarreia entre as crianças que recebem alimentação artificial (Feachem e Koblinsky, 1984).

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 (Victoria et al, 1987).

Recente estudo realizado no Brasil mostra 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, pois elas 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 (Sachdev et al., 1991).

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. Pesquisa realizada em três hospitais, incluindo 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” (Sanghvi, 1996).

Por todos os benefícios apresentados, a promoção do aleitamento materno exclusivo é considerada uma das mais vantajosas intervenções em saúde.

DURAÇÃO ÓTIMA 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 da literatura sobre o tema (WHO, 2001), foi aprovada pela 54ª Assembléia 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*” (WHA54.2, 2001).

SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO BRASIL E SEUS DETERMINANTES

A análise comparativa de dados do Estudo Nacional da Despesa Familiar – ENDEF/1975 e da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN/1989 permitiu traçar a evolução do aleitamento materno (independentemente do recebimento de outros alimentos) no Brasil desde a década de 70 e evidenciou uma tendência ascendente da amamentação entre

1974 e 1989, com sua duração mediana aumentando de 2,5 para 5,5 meses (Venancio e Monteiro, 1998).

Em relação ao aleitamento materno exclusivo, aparentemente a única estimativa nacional fidedigna é da Pesquisa Nacional sobre Mortalidade Infantil e Planejamento Familiar realizada em 1986 (PNMIPF/1986). Essa pesquisa evidenciou que apenas 3,6% das crianças brasileiras entre 0-4 meses de idade recebiam somente o leite materno, sem qualquer outro líquido ou alimento sólido. Acredita-se que o dado publicado no relatório da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS/1996, o qual aponta prevalência de 40% de amamentação exclusiva em crianças entre 0-4 meses de idade, esteja superestimando a real frequência do aleitamento materno exclusivo, devido à não checagem adequada, junto às mães que declaravam oferecer somente leite de peito, do uso de água e chá (Monteiro, 1997).

Estudo coordenado pelo Ministério da Saúde em 1999, embora não tenha incluído amostra representativa da população brasileira, evidenciou nas capitais do País uma prevalência média de aleitamento materno exclusivo de 37% entre 0-4 meses.

Vários fatores podem influenciar a prática da amamentação exclusiva. Pesquisa realizada em cento e onze municípios do Estado de São Paulo mostra 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 mes-

mo 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.

ESTRATÉGIAS PARA A PROTEÇÃO, PROMOÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Entre os principais obstáculos à prática da amamentação exclusiva incluem-se (Giugliani, 2001):

- O desconhecimento da população em geral, dos profissionais de saúde e gestores sobre o real significado da amamentação exclusiva e sua importância;
- As práticas inadequadas nos serviços de saúde. Cabe 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;
- As práticas culturais e crenças, como o 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 fora do lar;
- A promoção comercial das fórmulas infantis;
- Outras situações, como a 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, as estratégias fundamentais devem incluir:

- 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 da mulher
- Implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL).

5. TÉCNICAS EM ALEITAMENTO

*Ariani Impieri de Souza, Gláucia Virgínia de Queiroz Lins Guerra,
Vilneide Braga Serve*

O apoio familiar, comunitário e profissional é 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 auto-confiança.

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.

1. POSICIONAMENTO DA CRIANÇA

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

2. 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 que ficam por baixo da aréola, são assim pressionados pela língua contra o palato e inicia-se a saída do leite, ajudada pelo reflexo de ejeção mediado pela ocitocina.

Caso haja a pega só no mamilo, ocorrerá 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, desencadeando assim o processo de desmame precoce.

A mãe pode ser auxiliada a aproveitar o processo de busca e apreensão, que é estimulado colocando o mamilo 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.

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

3. SUCÇÃO EFETIVA

Para que a sucção seja efetiva, devem ser observados cinco pontos:

–A boca do bebê deve estar bem aberta para abocanhar toda ou quase toda a aréola.

–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.

–A língua deve permanecer acoplada em torno do peito.

–As bochechas devem ter aparência arredondada.

–A criança deve parecer tranqüila 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, ordenhar um pouco de leite para facilitar a pega. Se a mulher desejar ou se 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 mama não deve ser apreendida com a mão muito próxima à aréola.

Devem-se criar condições favoráveis para o início da amamentação já na sala de parto (sem forçar o processo), mantendo-se a livre demanda (a criança deve mamar toda vez que desejar, sem horários estabelecidos, tanto durante o dia, quanto durante a noite).

Em cada mamada, ambas as mamas poderão ser oferecidas, dependendo da necessidade da criança. A criança deve sugar o peito o tempo que desejar, soltá-lo espontaneamente para, só então, ser oferecida a outra mama. Na mamada seguinte, começar pela mama que o bebê mamou por último. Entretanto, alguns bebês não aceitam o segundo peito. Daí a importância de ensinar a mulher desde o pré-natal, no pós-

parto e nas consultas de seguimento as técnicas de ordenha: para evitar o ingurgitamento.

4. POSIÇÃO DA MÃE

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 que tem 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 utilizado em situações especiais como crianças prematuras, fissuradas ou sindrômicas).

5. 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 míni-

mo na boca do bebê pela comissura labial da criança, para romper o vácuo e 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.

6. AMAMENTAÇÃO DE GÊMEOS

A maioria das mulheres tem leite suficiente para amamentar gêmeos. As dificuldades que surgem podem ser superadas e ficam mais fáceis com o apoio familiar. A nutriz pode iniciar as mamadas simultaneamente de modo que possa ter tempo para seu próprio descanso. A mãe pode ficar sentada com um bebê na forma tradicional e o outro na posição invertida com o corpo do bebê em baixo 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.

Outra posição que pode ser adotada é a mãe sentada confortavelmente e os dois bebês sentados nas pernas da mãe e a mesma sustentando 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 que preferem. O importante é verificar se os bebês estão crescendo adequadamente.

Outro ponto importante é informar as nutrizes que a amamentação não é para ser um sofrimento e que é comum acontecerem 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 exitosa.

Um instrumento importante para os profissionais de saúde ajudarem uma mulher a posicionar corretamente seu filho no peito é o Formulário de Observação de Mamadas (adaptado de Helen Armstrong).

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE MAMADAS

<i>Sinais de que a amamentação vai bem</i>	<i>Sinais de possível dificuldade</i>
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 (vazamento; 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 protácteis, 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	Pode-se ouvir estalos dos lábios, mas não a deglutição
Tempo Gasto com Sucção	
O bebê solta o peito naturalmente após mamar por determinado tempo	A mãe tira o bebê do peito

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

7. TÉCNICA DE ORDENHA MANUAL

- Lavar as mãos
- Posicionar o polegar acima e o indicador abaixo dos limites da aréola
- Pressionar suavemente a mama e soltar (“movimento de pinça”)
- Repetir o movimento ritmicamente ao redor da aréola esvaziando todas as partes
- Quando o leite deixar de sair, iniciar o processo na outra mama.
- Repetir várias vezes de cada lado até esvaziar ambas as mamas

Observações:

1. O processo todo não deve durar mais que 20 a 30 minutos e é indolor. Se for doloroso, a técnica está incorreta.
2. A extração mecânica não é recomendada por aumentar o risco de contaminação do leite. Pode ser utilizada em casos de ingurgitamento com dificuldade de expressão manual ou por mães que não podem amamentar, neste caso, seguida de aplicação de compressa de gelo e enfaixamento das mamas.

8. ARMAZENAMENTO DO LEITE HUMANO

- O leite pode ser armazenado em frasco de vidro previamente esterilizado (ou fervido).
- Os prazos de conservação do leite humano são:
 - Temperatura ambiente - 6 horas
 - Geladeira (4 a 5°C) - 24 horas
 - Congelador (zero a -5°C) - 7 dias
 - Freezer (-15 a -18°C) - 15 dias

6. PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS MATERNAS LOCAIS

Margarida Nascimento

As intercorrências mamárias locais 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 (BLH). 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:

1. Intercorrências precoces

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

Mamárias: *mamas doloridas; ingurgitamento mamário.*

2. Intercorrências tardias

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

1. INTERCORRÊNCIAS 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.

1.1. Intercorrências mamilares

1.1.1. 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 têm aspecto normal, mas podem perder sua proeminência com diminuição da proctatilidade.

1.1.2. 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.

1.1.3. Fissuras mamilares

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

Diagnóstico - História clínica: dor mamilar intensa por vezes lancinante que a faz 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

1.1.4. 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.

a. Tratamento materno

Mamilos - 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.

Vagina - Creme fungicida (nistatina, miconazol etc) 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 disminu-

em a ventilação e podem ser fonte de germes quando não bem esterilizadas (ferver por 20 minutos, diariamente).

- Higiene cuidadosa das mãos ao sair do sanitário e for cuidar do bebê.

b. 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 1 ml na boca do bebê 4 vezes ao dia até o desaparecimento das lesões

Genitália - creme fungicida (nistatina, miconazol etc): 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.

1.2. Intercorrências Mamárias

1.2.1. Mamas doloridas

No curso do processo fisiológico da descida do leite as mamas podem ficar doloridas devido ao rápido fluxo 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.

1.2.2. Ingurgitamento mamário

Quando o leite não é retirado em quantidade suficiente

leva à 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.

TRATAMENTO GERAL DAS INTERCORRÊNCIAS LOCAIS PRECOSES

- *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, apesar de seus benefícios serem questionáveis.

- *Uso de compressas frias ou quentes:* a compressa fria no intervalo das mamadas pode diminuir a dor e o edema; a com-

pressa quente antes de amamentar estimula o reflexo da ocitocina, favorecendo o afluxo do leite. Atualmente, estas práticas não são recomendadas principalmente pelo efeito rebote que provocam. Além disso, movida pelo desespero da dor, a mãe tende a exagerar na temperatura da compressa (muito quente ou muito gelada), freqüentemente ocasionando queimaduras locais.

- 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.

2. INTERCORRÊNCIAS TARDIAS

2.1. *Ducto lactífero bloqueado*

O acúmulo e espessamento do leite em um segmento mamário bloqueia o ducto lactífero com estase láctea. Geralmente é 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).

2.2. *Mastite aguda*

A mastite puerperal é a infecção aguda mama, que acomete 2 a 6% das mães lactantes principalmente as primigestas. Geralmente é unilateral. Quando não tratada evolui para abscesso ou até mesmo septicemia. Diversos microorganismos podem causar mastite: *Staphylococcus epidermidis*, Enterobacter, Klebsiella sp, *E. coli*, sendo o *Staphylococcus aureus* o principal agente etiológico, presente em mais de 60% dos casos. Existem fatores predisponentes para o aparecimento destas lesões: Fatores gerais: cansaço por excesso de tarefas, estresse psicológico,

tempo de sono reduzido, levam a 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, servem como porta de entrada para germes. Quanto a sua localização as mastites podem ser:

Classificação das mastites (critérios de Vinha):

- Mastite lobar: acomete uma região ou lóbulo. É o tipo mais freqüente.

- Mastite ampolar: acomete parte ou toda a aréola.

- Mastite glandular: toda glândula mamária é afetada.

Diagnóstico: História clínica: intensa dor e vermelhidão da mama. Além de: febre, calafrios, mal estar, prostração. - Exame físico: temperatura corporal acima de 38°C. Mama hiperemiada, endurecida e quente.

Tratamento - uso de analgésicos (paracetamol, acetaminofeno) e antiinflamatórios (Piroxicam) – uso de antibióticos: como a principal bactéria é a *S. aureus*, usar antibióticos para germes penicilinase-resistentes ou cefalosporinas que cobrem *S. aureus* produtor de betalactamase:

Cefalexina: 1g – 8/8h – 7 dias

Amoxicilina: 500mg – 6/6h – 7 a 10 dias

Sulbactam 500mg – 8/8h – 5dias

Cuidados Gerais: o melhor tratamento para as mastites é a retirada do leite preferencialmente por meio de ordenha manual, associada à antibioticoterapia. Além de manter a lactação começando pela mama sadia; segurar o bebê em diferentes posições e a mãe deve ter licença do trabalho para repousar.

2.3. Abscesso Mamário

É um processo infeccioso agudo que se instala no curso da mastite não tratada. Pode ser único ou múltiplos 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, prostração. - *Exame físico*: abscesso único ou múltiplo com ponto de flutuação.

Tratamento – cirúrgico: internar a mãe para drenar o conteúdo sob anestesia.- uso de antibióticos, analgésicos e antiinflamatórios: utilizar a mesma categoria de medicamentos para o tratamento das mastites, porém por tempo mais prolongado. - cultura com antibiograma: para identificação dos germes. - suspender provisoriamente a amamentação do peito afetado: até a retirada do dreno mantendo a ordenha desta mama, várias vezes ao dia.

2.4. 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 fistulas lácteas.

Diagnóstico - *História clínica*: aparecimento de tumoração meses após a amamentação com drenagem espontânea de con-

teúdo amarelado. - Exame físico: presença de abscessos ou fístulas 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 anátomo-patológico: para afastar neoplasias e identificar infecções específicas. - Clínico: uso de antibióticos pré e pós-operatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O obstetra deve participar ativamente do manejo para o aleitamento materno acompanhando as mães lactantes, especialmente aquelas que apresentam dificuldades.

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: amamentar sob livre demanda; estabelecer boa pega; ordenhar/massagear as mamas para a retirada do leite, são os fatores mais importantes para o sucesso do aleitamento materno.

7. PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS MATERNAS GERAIS

Corintio Mariani Neto

Dentre as intercorrências maternas gerais que merecem atenção durante o período de amamentação, destacam-se os processos infecciosos. A grande maioria das infecções que acometem a puérpera não impede o aleitamento materno, assim como, em muitos casos, costuma ter ocorrido exposição prévia do recém-nascido, ainda na fase intra-uterina.

Por outro lado, o leite materno contém vários elementos protetores, como anticorpos, substâncias antiinflamatórias e imunomoduladores. Deste modo, o neonato em aleitamento materno exclusivo está protegido contra a maioria das infecções e, quando elas ocorrem, os sintomas costumam ser menos severos que o habitual.

Entre os processos infecciosos que permitem a amamentação, destacamos:

- *Gripe*: os únicos cuidados devem ser com a higiene das mãos e o uso de máscara cobrindo o nariz e a boca da nutriz.

- *A toxoplasmose aguda, a malária e as infecções das vias urinárias* requerem tratamento materno específico concomitante à amamentação.

- *Sífilis* (em qualquer fase): a terapêutica penicilínica de ambos (mãe e RN) é feita simultaneamente ao aleitamento materno.

- *Gonorréia*: as mamadas devem ser iniciadas somente 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.

- *Citomegalovirose*: não impede a amamentação, pois o leite materno contém tanto os vírus quanto os anticorpos.

INFECÇÕES QUE MERECEM CUIDADO ESPECIAL

Varicela: apenas quando for adquirida no período compreendido entre os últimos cinco dias da gestação e os dois primeiros do pós-parto, a criança deverá ser separada da mãe. Nesta fase, existe o perigo da exposição do RN ao contato íntimo prolongado e repetido, o que vale tanto para a amamentação no peito quanto para o uso de mamadeira. A criança deverá receber imunoglobulina específica contra varicela e receber o leite materno ordenhado, desde que não existam lesões 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.

Herpes simples: se não houver vesículas nas mamas, proceder à amamentação normal. Se as vesículas estiverem presentes, o leite deverá ser ordenhado e oferecido em copinho ou xícara, até as lesões secarem. A higiene das mãos não deve ser descuidada. A mãe deverá usar luvas se surgirem vesículas nos dedos e máscara se as lesões se manifestarem nos lábios ou no nariz.

Hepatite A: AM e administração de imunoglobulina ao RN.

Hepatite B: AM, imunoglobulina e 1ª dose de vacina para o RN (se HbsAg negativo).

Hepatite C: AM sem restrições, exceto em casos de co-infecção com HIV e/ou insuficiência hepática grave.

Tuberculose pulmonar ativa: é fundamental o diagnóstico exato, através do quadro clínico, radiografia de tórax, pesquisa de BK no escarro e reação de Mantoux para distinguir entre infecção e doença ativa. O perigo reside na exposição do RN ao contato íntimo prolongado e repetido, o que vale tanto para amamentação no peito quanto para mamadeira. Deve-se oferecer o leite materno ordenhado, pois é isento de bacilos. O contato direto é permitido após, no mínimo, duas semanas de tratamento, com melhora do quadro clínico e negatização do BK no escarro. Estas são as recomendações da Academia Americana de Pediatria. O Centro de Lactação de Santos – SP recomenda, ainda, lavar as mãos, usar máscara e administrar ao RN hidrazida na dose de 10mg/kg/dia durante três meses.

Hanseníase não contagiante: amamentar normalmente.

Hanseníase contagiante: é a forma não tratada ou em tratamento com sulfona há menos de três meses ou com rifampicina há menos de três semanas. Nestes casos, as mãos devem ser rigorosamente lavadas e os panos desinfetados antes de amamentar, o uso de máscara é obrigatório e o tratamento deve seguir simultaneamente.

Infecção pelo HIV: de acordo com o Ministério da Saúde, constitui contra-indicação absoluta ao aleitamento materno, assim como ao aleitamento cruzado, sendo obrigatório o aleitamento artificial. O diagnóstico e o tratamento devem ser realizados o mais precocemente possível e a lactação deve ser suprimida imediatamente após o parto. Para os recém-nascidos prematuros deve ser oferecido leite humano pasteurizado em Banco de Leite Humano.

É necessário, porém, relatar algumas evidências científicas:

- Apesar de o AM ser contra-indicado nos países industrializados, ele é permitido em situações de pobreza em que os seus benefícios superam os riscos da transmissão vertical.

- A terapia anti-retroviral reduz a transmissão vertical da doença.

- Com aleitamento misto (peito e mamadeira), o risco de transmissão vertical é maior que com aleitamento materno exclusivo.

- A pasteurização do leite materno (a 62,5°C) realizada por Bancos de Leite Humano destrói o HIV.

- Investigando novos agentes farmacológicos, pesquisadores da Universidade de Amsterdã, na Holanda, identificaram recentemente no leite humano um componente que pode bloquear a união entre o HIV e o receptor Dc-sign (uma proteína que interage com o vírus e que se manifesta nas células dendríticas) e que inibiria assim a passagem do HIV para os linfócitos CD4+ (Paxton et al., 2005).

Em suma, a questão não está fechada. Novas pesquisas poderão (ou não) modificar certas verdades até o momento consideradas absolutas.

8. 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, 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**.

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 idéia 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

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.

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.

¹ Treinamento da sucção é feito pelo profissional de saúde e a mãe. A técnica consiste em colocar o dedo mínimo enluvado na boca do bebê, alcançando a junção do palato duro com o mole, estimulando com movimentos para cima e para baixo. Fazer sempre antes de colocar o bebê no peito.

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

É preciso desmistificar que choro é sempre sinal de dor ou fome. O choro é uma linguagem do bebê. A mãe, interagindo e interpretando a criança, “traduz” seus sentimentos e consegue formas de diminuir suas ansiedades e desconfortos. Mulheres muito inseguras, ansiosas, pouco vinculadas aos bebês terão mais dificuldades. Também existem crianças mais difíceis que outras. O apoio de todos – equipe, pai e familiares – é vital para um bom começo. *“Não existe aquilo a que se chama um bebê ... Um bebê não existe por si só, mas é parte essencial de uma relação”.* D. W. Winnicott

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 extra-uterina é uma seqüência interminável de novidades, que podem causar desconforto, insegurança. Por isso **precisam de colo**: pro-

teção, 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”.

Gêmeos

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).

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”).

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.

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.

Bebê dorminhoco

O bebê é levado ao peito, 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.

Conduitas com relação à mãe: encorajar o mais precocemente possível o contato do bebê com a mãe, facilitando, as-

sim, 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 < 1.250g: 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 g a 1.500g: 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 PIGs 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 Dawn, 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 apóia 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.

9. QUEIXAS COMUNS DAS NUTRIZES

Ana Cristina F. de Vilhena Abrão, Kelly Pereira Coca

Estudos vêm mostrando que a mulher que recebe apoio durante o processo de aleitamento tende a amamentar por um período mais longo. Este apoio se refere não somente às pessoas próximas, mas também aos profissionais que prestam assistência.

Neste sentido, a amamentação deve ser compreendida como um processo complexo que envolve não somente os aspectos fisiológicos, mas também os de ordem psicológica, social e cultural.

Quando a mãe estabelece uma relação de empatia com os profissionais e sente que está sendo compreendida, fica mais aberta para verbalizar suas queixas, ouvir e acatar as sugestões.

O processo de amamentação se inicia após o parto, quando mãe e bebê são colocados juntos para iniciarem o primeiro contato. A partir daí, os dois vão aprendendo a se conhecer, a lidar com as dificuldades e a vencê-las.

Esta etapa inicial é fundamental e o profissional precisa estar atento.

No que se refere às queixas das nutrizes, podemos dividi-las em queixas durante a internação e após a alta hospitalar, relacionadas a elas próprias e em relação ao seu filho.

Estudo realizado em uma unidade de alojamento conjunto com 120 mães e em um ambulatório de aleitamento com 118, totalizando 238 mães que estavam em processo de amamentação, mostrou que são muitas as queixas apresentadas por elas em relação a si mesmas e ao seu bebê.

A partir destas queixas, faremos uma descrição das que foram mais freqüentes e das intervenções realizadas.

1. QUEIXAS DURANTE O PERÍODO DE INTERNAÇÃO

1.1. *Maternas*

1.1.1. *Dor na incisão cirúrgica ou episiorrafia*

Causas

- Está relacionada à incisão cirúrgica ou processo infeccioso.
- Mais freqüente nos primeiros dias.

Conseqüências

- Nos casos de cesárea a mãe tem dificuldade para posicionar o bebê na posição tradicional, da mesma forma que nos partos vaginais.

Intervenções

- Mostrar outras posições para amamentação: bebê em posição invertida; mãe deitada de lado, etc. O importante é testar a posição mais confortável ainda no hospital para utilizá-la em casa.

1.1.2. *Lesão mamilar*

Causas

- Pega inadequada: quando o bebê apreende somente o mamilo.
- Sucção não eficiente: quando a criança faz do mamilo uma chupeta.
- Higiene dos mamilos: quando a mãe procede a limpeza dos mamilos antes e/ou após as mamadas, removendo a membrana hidrolipídica que constitui fator de proteção da região mamilo-areolar. Esta membrana é formada pelo leite materno,

secreção das glândulas sebáceas e sudoríparas e tubérculos de Montgomery.

- Uso de pomadas e/ou medicamentos: quando a mãe faz uso de pomadas inapropriadas. A maioria das pomadas necessita ser removida antes de cada mamada, fazendo com que a região mamilo-areolar fique cada vez mais sensível e predisposta a lesões.

- Ingurgitamento mamário. 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.

- Desconhecimento da mãe dos procedimentos profiláticos.

Conseqüências

- Dor local.
- Ansiedade e medo.
- Dificuldade para amamentar.
- Pode ocorrer diminuição na produção do leite.
- Pode ocorrer o início do desmame, com a introdução de mamadeiras.

Intervenções

- Corrigir a causa (posicionamento e/ou pega).
- Passar o leite materno nos mamilos.
- Expor os mamilos ao sol pela manhã até as 10 horas ou à tarde após as 16 horas, precedendo a lubrificação com o próprio leite.
- Expor os mamilos ao ar.
- Iniciar a amamentação pelo mamilo são ou menos traumatizado ou doloroso.

- Interromper temporariamente a amamentação nos casos de fissuras grandes, erosão e dilaceração. Ordenhar o leite da mama e oferecer no copinho, até que haja cicatrização (dois a três dias). Retomar a amamentação, iniciando por pouco tempo e ir aumentando gradativamente.

- Realizar flexibilidade areolar antes de cada mamada, evitando que a criança apreenda apenas o mamilo.

1.1.3. Ingurgitamento mamário

Causas

- Esvaziamento insuficiente da mama por amamentação inadequada, sucção incorreta, obstrução de ductos, malformações mamilares, prematuridade.

- Desconhecimento da mãe dos procedimentos profiláticos.

Conseqüências

- Dor e desconforto.

- Dificuldade do bebê para realizar uma apreensão adequada.

- Traumas mamilares.

- Preocupação e estresse materno.

Intervenções

- Proceder o esvaziamento da mama até o ponto de conforto (ausência de dor).

- Proceder a ordenha antes de iniciar a amamentação para obter a flexibilidade areolar.

- Não usar calor ou frio.

- Não suspender a amamentação, pois pode agravar o quadro de ingurgitamento.

- Oferecer à mãe apoio emocional e promover medidas de relaxamento.

1.1.4. Dificuldade para amamentar

Causas

- Geralmente está relacionada ao desconhecimento ou inexperiência com a amamentação. É comum nos primeiros dias após o parto e à medida que vai sendo orientada, as dificuldades tendem a diminuir.

Conseqüências

- Caso a mãe não receba apoio e orientações adequadas, pode gerar ansiedade e preocupação.

- Desmame.

Intervenções

- As orientações devem ser dadas de acordo com a necessidade da mãe, garantindo que o bebê seja amamentado adequadamente (posicionamento, pega correta, sucção adequada).

- Orientá-la quanto ao intervalo máximo entre uma mamada e outra, para que a criança não fique sem receber alimento por muito tempo.

- É importante que ela saiba que nos primeiros dias bebês choram com maior frequência e em intervalos mais curtos e, depois da apojadura, este intervalo tende a aumentar; que bebês perdem peso nos primeiros dias de vida, evitando pensamentos sobre a qualidade do leite e produção láctea.

1.1.5. Ansiedade e medo

Causas

- É comum as mães ficarem ansiosas e sentirem medo, especialmente quando estão diante de uma situação nova da qual elas não têm o domínio.

Conseqüências

- A responsabilidade em relação à criação de um filho aflora estes sentimentos e pode exacerbá-los, quando a mãe não recebe apoio e orientações.

- Pode ocorrer problemas na produção e na ejeção láctea.

Intervenções

- Identificar a causa do medo e ansiedade na mulher e procurar ajudá-la.

- Recorrer à ajuda de outros profissionais se necessário (psicólogo, psiquiatra).

1.1.6. *Produção láctea insuficiente (real e referida)*

- No que se refere a esta questão, é importante diferenciar o que é real ou apenas referido.

Causas - Real

- 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).

- Uso de mamadeiras e/ou chupetas levando a uma sucção inadequada.

- Oferta de complementos

- Mães tabagistas (mais de 10 cigarros por dia) e consumidoras de álcool (mais de duas doses ao dia).

- 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), algumas patologias maternas.

Referida

- A mãe tem dificuldade para realizar expressão e ordenha do leite.

- Refere que após algumas semanas não sente mais a mama dura e dolorida.

- Mantém intervalos muito curtos entre as mamadas, bem como mamadas curtas, devido ao choro freqüente da criança, ou intervalos curtos e mamadas muito longas, não percebendo que a criança dorme no peito.

Conseqüências

- Desmame precoce pela introdução de outros alimentos ou líquidos.

Intervenções

- 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.

- Esclarecer a mãe sobre os problemas decorrentes do uso dos bicos artificiais (confusão de bicos) e complementos (água, chás, outros leites).

- Estimular o repouso e o descanso.

- Oferecer apoio, incentivo, esclarecimentos, informações relevantes pode tranquilizar a mãe e ajudar a aumentar a confiança.

1.2. Relacionadas à Criança**1.2.1. Dificuldade para apreensão correta da região mamilo-areolar****Causas**

- Recém-nascido posicionado longe da mãe.

- Alguns mamilos semiprotrusos e malformados.
- Região mamilo-areolar com tecido rígido e espesso.
- Ingurgitamento mamário.
- Mamilos grandes em relação à boca do bebê.
- Uso de chupeta.
- Prematuridade ou recém-nascidos de baixo peso.

Conseqüências

- Normalmente as crianças que não realizam uma pega adequada, não recebem leite em quantidade adequada também, 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 dificuldades.

- O desmame precoce pode ser iniciado com a introdução de outros líquidos.

- O ingurgitamento mamário pode ocorrer porque a criança não esvazia a mama, assim como os 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.

- Evitar uso de chupetas.

1.2.2. *Choro freqüente*

Causas

- Cansaço e desconforto
- A criança não está recebendo leite materno suficiente.
- Não está mamando tempo suficiente para ficar satisfeita.
- Mama nas duas mamas por pouco tempo, recebendo mais leite anterior.
- Alimentação da mãe que possa provocar alergia no RN (por exemplo: excesso de leite de vaca, café, ovos, amendoim, soja, trigo, peixe, frutas secas, entre outros) e/ou uso de drogas como nicotina.
- Algum desconforto físico (dor, frio) ou psíquico.

Conseqüências

- 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.

1.2.3. *Criança que dorme no peito*

Causas

- Bebês que por natureza são “dorminhocos”.
- Prematuridade ou baixo peso.
- Uso de medicamentos pela mãe com efeitos sobre o bebê.
- Intervalos muito curtos entre as mamadas.
- Crianças que recebem chás, água ou outros leites

Conseqüências

- Mamadas muito longas.
- Estresse e cansaço materno.
- Ganho de peso inadequado.

- Traumas mamilares.

Intervenções

- 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 que a criança fique com bastante fome, não ultrapassando o período de 4 horas.
 - Quando estiver dormindo durante a mamada, estimular a criança tocando-a nos pés, nas mãos.
 - Amamentar em ambientes diferentes.
 - Não oferecer outros líquidos ou alimentos.

1.2.4. *Dificuldade para manutenção da sucção*

Causas

- 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 (antes ou após a apojadura) que na posição tradicional de amamentação, impede que a criança respire adequadamente.
 - Mulheres com produção aumentada de leite e um fluxo inicial forte e abundante.
 - Obstrução nasal.

Conseqüências

- A criança mostra-se chorosa porque as mamadas não são tranquilas e a quantidade de leite extraída pode não ser adequada para sua satisfação.

Intervenções

- Não utilizar bicos artificiais, variar posições nas mamadas (ex: cavaleiro), realizar ordenha prévia às mamadas e, quando necessário, desobstruir as vias aéreas com soro fisiológico.

1.2.5. *Icterícia***Causas**

- A icterícia fisiológica é muito freqüente 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.

Conseqüências

- 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

- As amamentações devem ser mais freqüentes (10 a 12 vezes ao dia).

- Avaliar a técnica da amamentação.

- Esvaziar uma mama antes de oferecer a outra.

- Tranqüilizar a mãe quanto à recuperação da criança.

2. QUEIXAS APÓS A ALTA HOSPITALAR ATÉ O 30º DIA**2.1. *Maternas*****2.1.1. *Lesões mamilares*****Causas**

- As lesões mamilares persistentes podem sugerir monilíase peri-areolar.

Conseqüências

- A mãe pode iniciar o desmame por causa da dor e desconforto.

Intervenções

- Certificar-se de que se trata realmente de monilíase e tratar a mãe e o bebê com fungicida local (ex: nistatina). Também é importante verificar se a mãe não é portadora de monilíase vaginal.

2.1.2. *Leite fraco ou insuficiente***Causas**

- É muito comum as mulheres ficarem inseguras quanto à qualidade ou quantidade do seu leite. Na maioria das vezes esta queixa não procede e está mais relacionada às questões culturais.

Conseqüências

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

Intervenções

- Fornecer subsídios para ela poder concluir que o seu leite é bom em qualidade e quantidade. Mostrar o aspecto do leite posterior (mais amarelo, rico em gorduras), o quanto o bebê está crescendo, o quanto ele urina e evacua, mostrar o seu comportamento após as mamadas, esclarecer que nem sempre o choro do bebê é de fome, mas pode ser de frio, de necessidade de aconchego, etc.

2.1.3. *Cansaço, preocupação e estresse***Causas**

- As mulheres podem se sentir cansadas neste período porque o sono noturno é interrompido várias vezes pelas ne-

cessidades do bebê, portanto não conseguem dormir como antes. Novas responsabilidades se apresentam, gerando sentimentos de incapacidade e insegurança.

Conseqüências

- Sentimento de incapacidade, tristeza 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 para que ela possa se dedicar apenas ao cuidado com o filho e a amamentação.

2.1.4. *Lombalgia*

Causas

- A maioria das mulheres adquire posição incorreta ao amamentar. Elas ficam com os ombros tensos, as costas e os braços sem apoio e o pescoço tracionado. Este posicionamento inadequado, realizado várias vezes ao dia, pode desencadear a lombalgia.

Conseqüências

- Na presença de dor, a mãe pode apresentar cansaço e dificuldade na amamentação, especialmente no que se refere ao posicionamento correto dela e de seu filho.

Intervenções

- Orientar o posicionamento correto durante a amamentação, com as costas e braços apoiados e os ombros relaxados.

2.2. Relacionadas à criança

2.2.1. Intervalos muito curtos entre as mamadas

Causas

- 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.

Conseqüências

- 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 da criança estar mamando 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 freqüência das mamadas, para aumentar o estímulo.

2.2.3. Recusa do peito

Causas

- 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 um mamilo diferente em uma mama.

Conseqüências

- 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 se acostumando com o bico artificial e passa a não mais querer mamar na mama.

Intervenções

- As mães devem ser orientadas a oferecer somente o leite materno direto na mama e, quando a criança começa 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.

- 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.

2.2.4. *Ganho de peso inadequado*

Causas

- Para um recém-nascido de termo, a perda de peso fisiológica é de 10% nos primeiros 7 a 10 dias de nascimento, recuperando-o em torno do 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. Todos sabemos que não existe leite materno fraco, portanto, quando temos uma criança amamentada que não apresenta ganho de peso satisfatório, devemos pensar primeiramente em um erro de técnica de amamentação.

- Posteriormente pode-se pensar em alguma patologia no recém nascido (infecção urinária, anemia, refluxo, cardiopatia, entre outras).

Conseqüências

- Numa fase inicial é preciso ter muito cuidado para identificar a real causa do problema, pois é comum as mulheres

iniciarem a oferta de mamadeira quando o profissional menciona que a criança não ganhou peso adequado. A insegurança pode aumentar e o sentimento de incapacidade também.

- O ganho de peso inadequado pode comprometer o desenvolvimento da criança.

Intervenções

- Avaliar a técnica da amamentação (posicionamento, pega, tempo de mamada, intervalo entre as mamadas, sucção).

- Avaliar a frequência e característica das eliminações (urinárias e intestinais).

- Avaliar produção láctea da mãe.

- Observar aspectos relacionados ao vínculo mãe-bebê.

- Realizar uma avaliação clínica para descartar outras causas.

- Acompanhamento semanal após orientação, até normalizar o ganho de peso.

10. PRÁTICAS COMUNS QUE PREJUDICAM A AMAMENTAÇÃO

Keiko Teruya, Laís Graci dos Santos Bueno

I. AMAMENTAÇÃO: IMPORTÂNCIA E BARREIRAS

Em resposta às denúncias das conseqüências 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.

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.

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. A mulher precisa ser assistida e amparada para que possa desempenhar a bom termo o seu novo papel social, o de mulher-mãe-nutriz (Almeida, 1999).

Os profissionais de saúde, treinados na assistência à gestante e à nutriz, desempenham um papel fundamental na promoção da amamentação, influenciando diretamente em sua taxa

de sucesso e duração. Para cumprir esse papel, é necessário que esses profissionais tenham conhecimentos e habilidades específicas para assistir adequadamente o manejo da amamentação.

Um primeiro 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.

Uma equipe treinada 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 auto-estima e influenciando negativamente na sua decisão de amamentar.

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.

A atenção constante com a mãe e a família deve ter início na gestação e se estender ao longo de todo o período da ama-

mentação. 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 do bebê e encaminhamos 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: “Como pretende alimentar seu futuro filho?” “O que pensam sobre a amamentação?” “Como a mulher vê sua mudança de papel ao tornar-se mãe?” Além de averiguar a posição da família quanto à amamentação, o profissional de saúde também precisa estar atento para o fato de que este pode ser um momento de fragilidade e de auto-estima rebaixada 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 esclarecidos.

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 é outro aspecto importante 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, descontrole pela ruptura de bolsa, perda das águas, 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 a rotina que impõe a separação precoce entre mãe e filho.

A separação na primeira meia hora após o parto para exame físico, identificação, banho e aplicação de Credê deixa escapar esse momento precioso onde o bebê deveria ser colocado em contato pele a pele com a mãe, olhando-a nos olhos, e onde a amamentação já poderia estar sendo incentivada.

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 sempre se mantém mais elevada do que daqueles que permanecem em berço.

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 treinada. 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, 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 pode prejudicar a amamentação.

É sempre importante lembrar que a mãe não é uma enferma. Assim, a rotina de deixá-la deitada 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 a mesa de parto, que é 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 concretiza 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).

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.

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, presença de ansiedade, insegurança ou vínculo). A saúde de ambos deixa também de ser observada: estão mãe e filho(a) 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 e dor é perdida. Essa intervenção, embora possa demandar um pouco mais de tempo, é muito importante para a mãe fortalecer sua auto-estima 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. 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 auto-ordenha. A auto-ordenha também pode evitar o ingurgitamento, a 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 auto-ordenha 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, além de fazer parte do comportamento normal do recém-nascido, promove a apojadura mais rápida, diminui a incidência de icterícia, faz o bebê recuperar ou mesmo não perder seu peso inicial, além de estabilizar seus níveis de glicose. 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.

O profissional de saúde pode apoiar nessa fase ao assegurar para a mãe que o bebê está obtendo o leite que necessita pela amamentação, que ela sabe fazer auto-ordenha, e garantindo que ela esteja confiante de que é capaz de amamentar. É importante também que ela conheça os riscos do uso de outro leite, água, chá, bicos, chupetas, bem como que esteja ciente da importância da livre demanda.

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 manejo da amamentação para apoiá-la efetivamente. O preparo do profissional pode levar ao sucesso da amamentação.

A assistência da mãe por uma equipe multidisciplinar 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 para amamentar como, por exemplo, mães desleixadas, deprimidas, inseguras, mães que tiveram alojadura tardia, com fissuras, com cirurgia das mamas, com baixa produção de leite, bebês com dificuldades de amamentar (que lutam contra o peito, não sugam, não conseguem manter a pega), com uso de chupetas.

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 prescrita com a amamentação, esquecendo que em todas as unidades deveria ter o livreto “Amamentação e o uso de drogas” do Ministério da Saúde.

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.

Os Centros de Convivência Infantil (antigas Creches) 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.

Por todo o exposto e como conclusão, o profissional de saúde, particularmente o obstetra, tem uma tarefa digna e essencial na construção da saúde da criança para o futuro.

11. USO DE MEDICAMENTOS DURANTE A LACTAÇÃO

Joel Alves Lamounier, Roberto Gomes Chaves

Apesar de todas as vantagens proporcionadas pelo aleitamento materno, uma razão comum para a sua suspensão é o uso de medicamentos pela nutriz. Nesse contexto, os ginecologistas e obstetras apresentam importância especial, pois muito freqüentemente são responsáveis pela prescrição medicamentosa ou são consultados acerca da compatibilidade da medicação com a amamentação. Assim, o conhecimento atualizado acerca do tema permitirá na maioria das vezes compatibilizar o aleitamento com a terapêutica materna.

CONCEITOS

O termo droga será utilizado para referência às drogas de abuso. Apesar de diferenças conceituais do ponto de vista farmacológico, os termos fármaco e medicamento serão utilizados como sinônimos.

CLASSIFICAÇÃO DOS FÁRMACOS PARA USO DURANTE A AMAMENTAÇÃO

Os fármacos apresentados nesse manual são aqueles de uso mais freqüente na prática clínica, sendo classificados conforme a segurança para uso durante a lactação. A classificação apresentada foi baseada na publicação mais recente e completa realizada por Thomas Hale (Hale, 2004). A não citação de fármacos nesse manual significa que, até o presente mo-

mento, não foram encontradas referências sobre os mesmos na literatura.

Fármacos seguros para uso durante a amamentação: são aqueles cujo uso por nutrizes não apresentou efeitos adversos sobre o lactente ou sobre o suprimento lácteo.

Fármacos moderadamente seguros para uso durante a amamentação: não há estudos controlados em nutrizes, contudo, existe risco de efeitos adversos em lactentes, ou estudos controlados mostraram efeitos adversos pouco significativos. Deve-se manter a amamentação e observar o lactente.

Fármacos que devem ser usados com cautela durante a amamentação: existem evidências de risco de dano à saúde do lactente ou à produção láctea. Esses medicamentos devem ser utilizados levando-se em conta a relação risco/benefício, ou quando fármacos mais seguros não estão disponíveis ou são ineficazes. Recomenda-se utilizar esses medicamentos durante o menor tempo e na menor dose possível, observando mais rigorosamente efeitos sobre o lactente.

Fármacos contra-indicados durante a amamentação: existem evidências de danos significativos à saúde do lactente. Nesse caso, o risco do uso do medicamento pela nutriz claramente é maior que os benefícios do aleitamento materno. Esses fármacos exigem a interrupção da amamentação.

Os quadros 1 a 4 mostram os fármacos dispostos em ordem alfabética conforme a classificação acima.

Quadro 1. Fármacos seguros para uso durante a amamentação.

Acetaminofen	Cloxacilina	Imunoglobulina antiRh	Olanzapina
Aciclovir	Colestiramina	Imunoglobulina hepatite B	Omeprazol
Ácido ascórbico	Contrastes radiopacos	Insulina	Ondansetron
Ácido fólico	Cromoglicato de sódio	Isoproterenol	Paroxetina
Ácido valpróico	Desipramina	Itraconazol	Penicilina G
Amicacina	Desloratadina	Kanamicina	Pimecrolimus
Amitriptilina	Desmopressina	Labetolol	Piperacilin
Amoxicilina	Dextrometorfano	Lamivudina	Piridostigmina
Amoxicilina + Clavulanato	Diclofenaco	Laxantes osmóticos	Piridoxina
Ampicilina	Dicloxacilina	Laxantes salinos	Piroxican
Aspartame	Difenidramina	Levalbuterol	Polimixina B
Azitromicina	Digoxina	Levocabastina	Praziquantel
Aztreonam	Dimenidrinato	Levonorgestrel	Prednisolona
Baclofeno	Dobutamina	Levotiroxina	Prednisona
Bário	Domperidona	Lidocaína	Prometazina
Beclometasona	Dopamina	Lincomicina	Propafenona
Bisacodil	Enalapril	Lisina	Propiltiouracil
Brometo de ipratrópio	Epinefrina	Loperamida	Propofol
Bupivacaína	Eritromicina	Loracarbef	Propoxifeno
Cafeína	Espironolactona	Loratadina	Propranolol
Carbamazepina	Etambutol	Medroxiprogesterona	Proteína tuberculínica
Carbencilina	Etonogestrel (implante)	Meperidina ²	purificada (PPD)
Cefaclor	Famciclovir	Mepindolol	Quinapril ²
Cefadroxil	Famotidina	Metformin	Quinidina
Cefalexina	Fenilpropranolamina	Metildopa	Quinina
Cefalotina	Fenitoína	Metilergonovina ³	Ranitidina
Cefapirina	Fenoprofen	Metilprednisolona	Riboflavina
Cefazolina	Fentanil	Metoclopramida	Rifampicina
Cefdinir	Ferro	Metronidazol	Ropivacaína
Cefepime	Fexofenadina	Miconazol	Salmeterol
Cefixime	Fitonadiona (Vitamina K1)	Minociclina ³	Sertralina
Cefoperazona	Floxacinil	Minoxidil ⁴	Sucralfato
Cefotaxima	Fluconazol	Mivacúrio	Sulbactam
Cefotetan	Fluoxetina ¹	Moxifloxacina ⁴	Sulfato de magnésio
Cefoxitin	Flurbiprofeno	Mupirocina ⁴	Sulfisoxazol
Cefpodoxima	Fluoxamina	Nafcilin	Sulpiride
Cefprozil	Furazolidona ²	Nalbufina	Terbinafina
Ceftazidima	Gentamicina	Naltrexona	Terbutalina
Ceftibuten	Griseofulvina	Nedocromil	Tetraciclina
Ceftriaxona	Guaifenesina	Nicotina (gomas,emplastos)	Ticarcilina
Cefuroxime	Haloperidol	Nifedipina	Timolol
Celecoxib	Halotano	Nimodipina	Tirotropina
Cetirizina	Heparina	Nistatina	Trazodone
Cetoconazol	Hidralazina	Nitrazepam ³	Valaciclovir
Cetorolaco	Hidroclorotizida	Nitrendipina	Vancomicina
Cimetidina	Hidrocortisona tópic	Nitrofurantoina	Verapamil
Cisaprida	Hidroxiclorequina	Nizatidina	Vitamina B12
Claritromicina	Hidróxido de magnésio	Noretindrona	Warfarin
Clindamicina vaginal	Hidroxizine	Noretinodrel	Zinco
Clomipramina	Ibuprofeno	Nortriptilina	
Clorhexidine	Imipenem	Ocitocina	
Clotrimazol	Imipramina	Ofloxacina	

¹ Após período neonatal; ² Evitar no pós parto imediato; ³ Evitar uso crônico; ⁴ Uso tópico

Quadro 2. Fármacos moderadamente seguros para uso durante a amamentação.

Acebutolol	Doxercalciferol	Levonorgestrel + etinilestradiol ⁶	Prednicartrato
Ácido acetilsalicílico	Doxiciclina ²	Linesolida	Primaquina
Ácido nicotínico	Droperidol	Lisinopril	Primidona
Alendronato	Ergonovina	Lomefloxacin	Procaina
Alprazolam	Eritromicina ³	Lorazepam	Procaína
Amantadina	Escitalopram ¹	Losartan	Procaína
Amitriptilina	Escopolamina	Lovastatina	Progesterona
Amlodipina	Estreptomicina	Manitol	Proguanil
Anfotericina B	Estrogênio-Estradiol ⁶	Maprotilene	Pseudoefedrina ²
Ascarbose	Etanol	Mebendazol	Quinupristina
Atenolol	Etonogestrel + Etinilestradiol ⁶	Medroxiprogesterona e estradiol cipionato ⁶	Rabeprazol
Atorvastatina	Felodipina	Melatonina	Ramipril
Azatioprina	Fenilefrina	Meloxicam	Risperidona
Benazepril	Fenobarbital	Meperidina ⁵	Ritodrina
Betametasona	Fenofibrato	Mepivacaína	Rizatriptan
Bismuto	Flufenazina	Meprobamato	Rosiglitazona
Bloqueadores neuromusculares	Flunisolide	Meropenem	Sacarina
Bronfeniramina	Flunitrazepam	Metadona	Secobarbital
Budesonida	Fluoresceína	Metimazol	Senna
Buprenorfina	Fluoxetina ⁴	Metocarbamol	Sinvastatina
Bupropiona	Flurazepam	Metoprolol	Somatren
Buspirona	Fluticasona	Metotrexate ²	Somatropina
Calcitonina	Fluticasona e Salmeterol	Midazolam	Sotalol
Captopril ¹	Fluvastina	Minoxidil	Sulfametoxazol
Carbidopa	Formoterol	Mirtazapina	Sulfasalazina
Carbimazol	Fosfomicina	Misoprostol	Sumatriptan
Carisoprodol	Fosinopril ¹	Moclobemida	Tamicrolimus
Cáscara sagrada	Furosemida	Mometasona	Telmisartan ⁴
Cetoprofeno	Gabapentina	Montelukast	Temazepam
Ciclosporina	Gatifloxacin	Morfina	Teofilina
Ciprofloxacina	Genfibrozil	Moxifloxacin	Terconazol
Ciproheptadina	Ginkgo biloba	Nabumetona	Tiabendazol
Citalopram	Ginseng	Naproxeno ²	Tiopental
Clindamicina	Gliburida	Naratriptan	Tobramicina
Clobazam	Glicosamina	Netilmicina	Tolbutamina
Clonazepam	Glipizida	Nicardipina	Topiramato
Clonidina	Gonadorelina	Norelgestromin + etinilestradiol ⁶	Toxóide diftérico
Clorazepato	Gonadotrofina coriônica	Norfloxacin	Toxóide tetânico
Clordiazepóxido	Goserelina (implante)	Osetamivir	Tramadol
Clorfeniramina	Granisetron	Oxaprozina	Tretinoína
Cloroquina	Hidrato de cloral	Oxazepam	Triancinolona
Clorotiazida	Hidrocodone	Oxcarbazepina	Triantereno
Clorpromazina	Hidromorfona	Oxibutinina	Triazolam
Clorpropamida	Hidroquinona	Oxicodone	Trimeprazina
Clortalidona	Hiosciamina	Oxido nítrico	Trimetoprim
Clozapina	Hormônio foliculoestimulante (FSH)	Penciclovir	Valeriana
Codeína	Indometacina	Perfenazina	Valganciclovir
Contraceptivos orais contendo estrogênios ⁶	Isometepto	Pilocarpina	Vasopressina
Cotrimazol	Isoniazida	Pioglitazona	Venlafaxina
Desogestrel + Etinilestradiol ⁶	Isradipina	Pirantel	Vigabatrina
Dexametasona	Ivermectina	Pirazinamida	Violeta genciana
Diazepam ²	Lamotrigina	Polietilenoglicol	Vitamina A
Difenóxilato	Lansoprazol	Pravastatina	Vitamina D
Digitoxina	Levobunolol	Prazepam	Zafirlucast
Diltiazem	Levofloxacina		Zanamivir
Dipiridamol	Levonorgestrel		Zolmitriptan
			Zolpiden

¹Após período neonatal; ² Uso agudo; ³Após período neonatal precoce (7 dias); ⁴ Período neonatal; ⁵ Pós parto imediato; ⁶Apesar da segurança moderada para o lactente, os estrogênios não devem ser prescritos, pois interferem na quantidade e na qualidade do leite produzido.

Quadro 3. Fármacos que devem ser usados com cautela durante a amamentação.

Ácido nalidixico	Grepafloxacina	Pramipexazol
Betanecol	Iodeto de potássio	Prazosin
Cabergolide	Iodo 123	Pseudoefedrina ¹
Cisplatina	Iodo 125	Quinapril ³
Clemastina	Iodo 131	Repaglinida
Clomifeno	Levodopa	Reserpina
Clopidrogel	Lindano	Ribavirina
Cloranfenicol	Lítio	Ribavirina + Interferon alfa 2b
Colchicina	Loxapine	Ropinirol
Dantrolene	Medroxiprogesterona ³	Sibutramina
Dapsona	Metilergonovina ¹	Tálio-201
Dexfenfluramina	Minociclina ¹	Tecnécio 99
Dextroanfetamina	Modafinil	Telmisartan ²
Diazepam ¹	Nadolol	Terazosin
Doxiciclina ¹	Naproxeno ¹	Tiagabina
Doxilamina	Nefazodone	Ticlopidina
Efedrina	Nitratos, Nitritos, Nitroglicerina	Tioridazida
Ergotamina	Nitroprussiato	Tiotixeno
Etossuximida	Octreotideo indium 111	Tizanidina
Felbamato	Pemoline	Trimetobenzamida
Flunarizina	Penicilamina	Tripelenamina
Formaldeído	Pimecrolimus ⁴	Trovafloxacina
Foscarnet	Pimozide	Valsartan
Fosinopril ²	Piridoxina ⁵	Ziprazidona
Furazolidona ³	Pirimetamina	
Glimepirida	Povidine (iodide)	

¹ Uso crônico; ² Período neonatal; ³ Pós parto imediato; ⁴ Uso sobre mamilo e aréola; ⁵ Altas doses

Quadro 4. Fármacos e drogas contra-indicados para uso durante a amamentação.

Amiodarona	Cocaína	Heroína
Anfetaminas	Confrei	Isotretionina
Antipirina	Dactinomicina	Kava-kava
Aspartame ¹	Danazol	Leuprolide
Brometos	Dietilestilbestrol	LSD
Bromocriptina	Dietilpropiona	Mercaptopurina
Busulfan	Dissulfiram	Mercúrio
Cannabis (Marijuana)	Doxepin	Metotrexate ²
Chá de kombucha	Doxorubicina	Mitoxantrone
Chumbo	Estrontium-89	Ouro (sais)
Ciclofosfamida	Etretinato	Paclitaxel
Citarabina	Fenciclidina	Tamoxifen
Clorambucil	Fluoruracil	Zonisamida

¹ Criança com fenilcetonúria; ² Uso crônico

IMPLANTES MAMÁRIOS DE SILICONE

Em virtude do uso cada vez mais freqüente de implante de próteses de silicone para aumento ou correção de mama, algumas informações podem ser úteis. O silicone utilizado para aumento do volume das mamas foi implantado em cerca de um milhão de mulheres norte-americanas até o ano de 2001. No entanto, apenas um estudo relatou disfunção esofagiana em 11 crianças amamentadas cujas mães receberam implantes. Outros estudos não confirmam esses achados. Assim, a AAP classifica o implante de silicone como compatível com a amamentação.

FÁRMACOS QUE ALTERAM O VOLUME DO LEITE MATERNO

Existem medicamentos que podem alterar o volume do leite materno, no sentido de aumentar ou diminuir sua produção. Fármacos com efeito potencial de aumentar o volume de leite pela nutriz são chamados galactogogos. Não há evidências de que esses agentes estimulem a produção de leite em mulheres com níveis elevados de prolactina ou com tecido mamário inadequado à lactação. Contudo, em muitas mães de crianças pré-termo eles são eficientes. Apesar de numerosos fármacos apresentarem efeito potencial para aumentar o volume de leite ou induzir a lactação (Quadro 5), na prática clínica são utilizadas apenas a metoclopramida e a domperidona. É importante ressaltar que os estímulos mais valiosos para o aumento do volume de leite materno são a sucção do complexo aréolo-mamilar pelo lactente e a ordenha das mamas.

Vários são os fármacos com relato de supressão da produção láctea. A maioria deles age como antagonistas dopami-

nérgicos, suprimindo a liberação de prolactina. O Quadro 5 mostra os fármacos e drogas desse grupo. Devido ao crescimento do lactente estar diretamente relacionado à produção e ingestão do leite materno, o uso de qualquer um desses fármacos pode representar risco potencial de déficit ponderal, principalmente durante o puerpério imediato, época mais sensível para a supressão da lactação. Deve-se, portanto, retardar ao máximo a sua introdução.

Quadro 5. Fármacos que podem alterar o volume de leite materno.

Efeito sobre o volume de leite	Fármacos
Aumento	Domperidona, metoclopramida, sulpiride, clorpromazina, hormônio de crescimento, hormônio secretor de tireotropina, fenogreco.
Redução	Estrógenos, bromocriptina, cabergolide, ergotamina, ergometrina, lisurida, levodopa, pseudoefedrina, álcool, nicotina, brupropiona, diuréticos, testosterona.

PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA USO DE FÁRMACOS DURANTE A AMAMENTAÇÃO

O princípio fundamental da prescrição de medicamentos para mães lactantes baseia-se sobretudo no *risco versus benefício*. A amamentação no peito somente deverá ser interrompida ou desencorajada se existir evidência substancial de que o fármaco usado pela nutriz é nocivo para o lactente, ou quando não existirem informações a respeito e o fármaco não puder ser substituído por outro inócuo. Caso o uso de medicamentos seja realmente necessário, deve-se fazer opção por um fármaco já estudado, que seja pouco excretado no leite materno, ou que não tenha risco aparente para a saúde da criança.

Em resumo, apresentamos alguns *aspectos práticos para tomada de decisões*, modificados das normas básicas para prescrição de fármacos às mães durante a lactação adaptadas da última revisão sobre o tema pela Academia Americana de Pediatria (AAP, 2001):

- Avaliar a necessidade da terapia medicamentosa. Nesse caso, a consulta entre o pediatra e o obstetra ou o clínico é muito útil. O fármaco prescrito deve ter um benefício reconhecido para a condição que está sendo indicado.
- Preferir um fármaco já estudado e sabidamente seguro para a criança, que seja pouco excretado no leite humano. Exemplo: prescrever acetaminofeno em vez de aspirina, penicilinas em vez de cloranfenicol.
- Preferir fármacos que já são liberados para o uso em recém-nascidos e lactentes.
- Preferir a terapia tópica ou local, a oral e a parenteral, quando possível e indicado.
- Preferir o uso de medicamentos com um só fármaco, evitando combinações de fármacos. Exemplo: Usar apenas paracetamol em vez de apresentações contendo paracetamol, AAS 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, prescrevendo-o para a mãe imediatamente antes ou logo após a mamada.
- Quando possível, dosar o fármaco na corrente sanguínea do lactente se houver risco para a criança, como nos tratamen-

tos maternos prolongados, a exemplo do uso de anticonvulsivantes.

- Escolher medicamentos que produzem mínimos níveis no leite. Por exemplo, os antidepressivos sertralina e paroxetina possuem níveis lácteos bem mais baixos que a fluoxetina.

- Orientar a mãe para observar a criança com relação aos possíveis efeitos colaterais, tais como alteração do padrão alimentar, hábitos de sono, agitação, tônus muscular, distúrbios gastrintestinais.

- Evitar fármacos de ação prolongada pela maior dificuldade de serem excretados pelo lactente. Exemplo: preferir midazolam ao diazepam.

- Orientar a mãe para retirar o seu leite com antecedência e estocar em congelador para alimentar o bebê no caso de interrupção temporária da amamentação. Sugerir também ordenhas periódicas para manter a lactação.

Avaliando cuidadosamente a real necessidade e escolha da medicação, a grande maioria das mães poderá manter o aleitamento mesmo em uso de medicamentos.

12. ANTICONCEPÇÃO DURANTE O ALEITAMENTO

Nilson Roberto de Melo, Cristina Aparecida Falbo Guazzelli

A orientação contraceptiva durante a amamentação é de extrema importância, pois neste período, o medo de uma nova gestação está quase sempre presente. Portanto, é prudente que se ofereça contracepção segura e adequada sem prejudicar o desenvolvimento da criança e promovendo ao máximo o aleitamento materno.

RETORNO DA FERTILIDADE

Após o parto, a volta da ovulação depende basicamente de como está sendo conduzido o processo de amamentação. Em mulheres que não aleitam, a função do eixo hipófise-hipotálamo geralmente normaliza entre quatro e seis semanas, com o início da ovulação ocorrendo em média ao redor de 40 - 45 dias de puerpério. Na presença de aleitamento materno exclusivo, não ocorre a função cíclica normal do eixo hipófise-hipotálamo, devido à hiperprolactinemia, com conseqüente alteração nos níveis de gonadotrofinas e anovulação.

O padrão de amamentação é importante na manutenção da amenorréia e da anovulação, sendo o número de sucções (mais de 5 vezes por dia) e a duração das mamadas (mais de 80 minutos por dia) fatores básicos (Diaz, 1997). Depois de três meses, a ovulação pode preceder o primeiro sangramento menstrual, com certa frequência (Hardy et al., 1998).

O método de amenorréia da lactação (LAM) consiste no uso natural da amamentação. Para ser eficaz, dois precei-

tos devem ser obedecidos: o aleitamento deve ser exclusivo associado a amenorréia materna. Embora seja importante e sobejamente conhecido o efeito anticoncepcional da lactação, do ponto de vista de Saúde Pública, deve-se tomar muito cuidado em nível individual, principalmente após os primeiros sessenta dias. O método deixará de ser confiável quando o aleitamento não for realmente exclusivo com livre demanda nas 24 horas do dia, se existir qualquer suplementação alimentar do lactente ou se a mulher não estiver mais em amenorréia.

QUANDO INICIAR O MÉTODO ANTICONCEPCIONAL?

Nas puérperas que não amamentam ou quando o aleitamento é misto, o início do uso de método contraceptivo deve ser na terceira semana após o parto (Speroff & Fritz, 2005). Em presença de aleitamento materno exclusivo, pode-se iniciar a anticoncepção a partir de seis semanas após o parto, sendo aconselhável que não se ultrapasse o período de três meses sem método algum.

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

São métodos que podem ser utilizados com segurança durante a amamentação pois não interferem na produção do leite. Incluem o diafragma, o condom masculino e o feminino.

Durante o aleitamento, o epitélio vaginal se encontra atrófico pela deficiência de estrogênio, com lubrificação diminuída; devido a estas alterações recomenda-se o emprego dos métodos de barreira associados a lubrificantes. A eficácia desses métodos depende do seu uso correto, sendo importante que a mulher esteja consciente da necessidade de colocá-lo em todas as relações sexuais, respeitando as instruções sobre seu uso.

Dispositivo Intra-Uterino

É método bastante seguro e conveniente durante o puerpério, não interferindo no processo de lactação e desenvolvimento da criança, com vantagens da alta eficácia e longa duração, sem apresentar maior incidência de complicações do que fora deste período.

O DIU pode ser inserido via vaginal imediatamente após a dequitação ou, durante a cesárea, antecedendo a histerorrafia. Estes procedimentos foram avaliados em revisão recente que conclui que são eficazes, seguros, não apresentam aumento significativo de 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 (Grimes et al., 2003). A colocação do DIU deve ser evitada após 48 horas até quatro semanas pós-parto, pois existe um risco maior de perfuração (WHO, 2004).

No Setor de Planejamento Familiar do Departamento de Tocoginecologia da UNIFESP-EPM, o DIU é inserido preferencialmente cerca de 6 a 8 semanas, após parto vaginal, e de 8 a 12 semanas quando for cesárea, mesmo que a mulher esteja em amenorréia.

Quanto ao uso de DIU com levonorgestrel, não há dados suficientes em relação aos seus efeitos no útero, principalmente na sua involução. A exposição hormonal precoce nas primeiras seis semanas, se possível, deve ser evitada no neonato (WHO, 2004).

Contraceção Hormonal

a) Hormonal com progestógeno somente (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. Podem ser iniciados três a quatro semanas após o parto e devem ser os preferidos quando a opção for a contraceção hormonal (Truitt et al., 2003).

- Pílulas com progestógeno isolado (0,35mg de Norestisterona ou 0,03mg de Levonorgestrel ou 0,5mg de Linestrenol) podem ser mantidas até seis meses ou até a paciente menstruar, geralmente coincidindo com o início da complementação alimentar da criança.

- Anticoncepcional hormonal oral contendo doses maiores de progestógeno (75mg de desogestrel) apresentam maior eficácia que as minipílulas, podendo ser mantidos mesmo após o término da lactação.

- A injeção trimestral de 150mg de acetato de medroxi-progesterona, por via intramuscular, apresenta maior eficácia que a minipílula e deve ser iniciada cerca de seis semanas após o parto (Kaunitz, 1998).

- O implante subdérmico (etonogestrel) é um bom método, altamente eficaz, sem efeitos sobre a lactação e desenvol-

vimento da criança, de duração prolongada (até três anos) e com rápido retorno à fertilidade, após a sua remoção. Pode ser inserido após 21-28 dias do parto.

b) Hormonal combinado (oral ou injetável mensal)

O uso deste método deve ser de exceção, pois os contraceptivos que contêm estrogênios podem aumentar o risco de fenômenos tromboembólicos (nas primeiras seis semanas pós-parto pelas modificações gravídicas, já existe um aumento de incidência de trombose venosa) e causar diminuição da quantidade de leite, não alterando significativamente a concentração de proteínas, gorduras e lactose.

Existe passagem dos hormônios para o lactente, em geral em proporções inferiores a 1% da dose materna, não alterando o seu desenvolvimento, crescimento, nem mesmo o comportamento psicológico, dados observados em crianças acompanhadas até 8 anos de idade.

Os métodos hormonais combinados não devem ser indicados quando em aleitamento materno exclusivo. Se forem usados em mulheres que já estão menstruando e com amamentação mista, deve-se optar por um contraceptivo hormonal de baixa dosagem, ingerindo-se a pílula de preferência logo após uma mamada ou no início do intervalo mais longo entre elas. Recomenda-se também que haja aumento da duração do estímulo de sucção.

Métodos cirúrgicos

Por serem definitivos, tanto a vasectomia como a laqueadura tubárea, devem ser resultantes de decisão consciente e amadurecida do casal, tomada de preferência fora da gestação ou no início da mesma, não no momento do parto. As

condições do recém-nascido devem ser levadas em consideração sempre.

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 comprovada necessidade ou por cesarianas sucessivas anteriores.

13. AMAMENTAÇÃO E SEXUALIDADE

Margarida Nascimento

A sucção do leite materno é a primeira manifestação sexual do ser humano ao nascer. O bebê ao sugar sacia a fome física e afetiva quando seus lábios assumem o papel de zona erógena ao entrar em contato com o leite materno aquecido desencadeando a sensação de prazer.

A mulher que amamenta também vivencia sensações prazerosas devido a ativação, no cérebro, dos centros neurais sexuais, promovida pela liberação da ocitocina, inclusive algumas mulheres relatam melhora do quadro de anorgasmia, após o processo de amamentação.

O aleitamento materno é importante para a estruturação adequada da sexualidade vivenciada através da sucção e do contato pele a pele com a mãe, servindo de base para as trocas afetivo-sexuais na vida adulta.

AMAMENTAÇÃO E SEXUALIDADE INFANTIL

Segundo Freud “a voluptuosidade de sugar o peito absorve toda a atenção da criança, adormece-a e pode mesmo levá-la a uma espécie de orgasmo...”.

O ato de chuchar se desenvolve no recém-nascido através de movimentos rítmicos e repetitivos com os lábios, sem ter relação com a necessidade de alimentos. A utilização de parte dos lábios, da língua, do lóbulo da orelha ou segurar o dedão do pé durante a amamentação vai erogenizando diferentes partes. A sexualidade da criança nesta fase é auto-erótica – ela se

satisfaz com o próprio corpo, passando da sucção para a masturbação, sentida de forma difusa. Depois surge outro tipo de impulso erótico: agarrar e puxar de forma rítmica os cabelos, o lóbulo da orelha e outras partes do corpo materno, estabelecendo uma relação com o outro. A mãe às vezes reprime estas manifestações por não compreender que o ato de chuchar é expressão natural da sexualidade do recém nascido e que pode perdurar até a vida adulta.

A amamentação propicia estreita relação corporal do bebê com a mãe, estabelecendo através dela o primeiro contato com o mundo e a criança sente-se segura para vivenciar novas aptidões e aceitar melhor os cuidados de outras pessoas quando a mãe se ausenta.

Segundo Ana Freud ser tocado e aconchegado pela mãe libidinisava o corpo do bebê e ajuda a consolidar sua imagem corporal e a auto-estima na vida adulta.

Para Otto Fenichel, o erotismo propiciado pela temperatura do ato de amamentar forma parte essencial da sexualidade receptiva: ter contato com o outro e sentir calor de seu corpo continua sendo a base dos relacionamentos amorosos. Tocar e ser tocado confirma a experiência de prazer vivida no peito quando recém-nascido.

Segundo estudos de Masters e Johnson privar o bebê de ser amamentado, pode desencadear disfunções sexuais, como anorgasmia ou mesmo ejaculação precoce na vida adulta.

AMAMENTAÇÃO E SEXUALIDADE DA PUÉRPERA

A ocitocina liberada durante o ato de amamentar provoca prazer. Algumas mulheres referem “sensação de orgasmo” durante a lactação, levando-as ao sentimento de culpa, principal-

mente quando o bebê é do sexo masculino, pois imaginam estar praticando incesto. Esta vivência é muito forte para elas, o que pode levar ao abandono do aleitamento. Cabe ao profissional da equipe de saúde, principalmente o obstetra, demonstrar para a mãe o quanto é natural sentir prazer durante a amamentação.

Masters e Johnson realizaram uma pesquisa com um grupo de 111 puérperas, sendo que 40% amamentaram. Chegaram à conclusão que o erotismo feminino no pós-parto não tem relação com a paridade e a idade materna; relaciona-se diretamente com a amamentação. As mulheres lactantes retomaram o interesse sexual mais rapidamente que as demais desta pesquisa.

A mulher que se sente amada e apoiada pelo parceiro tende ao sucesso durante o aleitamento materno. Quanto mais ela permitir que o parceiro acaricie suas mamas e estimule oral e manualmente a glândula mamária, fará a prevenção dos mamilos doloridos e a tornará mais receptiva para o bebê.

Existem fatores que podem levar à diminuição do desejo sexual no pós-parto: cansaço pela sobrecarga de tarefas, ansiedade, estresse, além de tabus por achar que sexo nesta fase prejudica a mãe e o bebê. Os períodos prolongados de abstinência sexual, por vezes impostos pelo obstetra que não individualiza cada caso, também influenciam negativamente a prática sexual da puérpera. Em geral, a mulher pode retomar sua atividade sexual 30 dias após o parto.

A crença popular de que “amamentar faz cair o peito” leva alguns homens e mulheres a desestimular o aleitamento por medo de alterar a estética da mama. A atitude de tomar remédio nesta situação para suprimir a lactação é que pode deixar as mamas flácidas devido à mudança brusca de volume.

A tendência à flacidez mamária é uma característica constitucional e herdada, acontecendo até mesmo em mulheres que não amamentam. A hereditariedade é a variante que mais influencia a sustentação mamária durante o ciclo grávido-puerperal; portanto, a amamentação por si, não leva à flacidez.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mulher atual, por acumular diversas funções, fica vulnerável, podendo abandonar o aleitamento materno. Apesar de a amamentação ser um fenômeno biológico, na espécie humana sofre regulação de condicionantes socioculturais que são percebidos por cada mulher de maneira individualizada.

Quando uma mãe verbaliza: “meu leite é fraco” ou “o bebê não quer mamar”, pode estar pedindo ajuda para resolver as dificuldades surgidas durante o aleitamento; ela passa a acreditar na “síndrome de pouco leite” para justificar o desmame precoce.

As sensações prazerosas que surgem durante a amamentação fazem parte da fisiologia natural comandada pela ocitocina, que é liberada em altas doses durante a lactação. A mulher deve ser orientada quanto a estes efeitos para não se sentir culpada, o que pode levá-la ao abandono do aleitamento.

A amamentação é um momento oportuno para o crescimento efetivo da mãe que sai deste processo fortalecida, quando se doa totalmente e, a partir daí, compreender melhor, aceitar e respeitar a individualidade do parceiro, enriquecendo a vida a dois.

O obstetra sensível deverá orientar as mães para o fortalecimento do vínculo afetivo com o bebê através do contato pele a pele, como é fundamental para a construção saudável da sexualidade humana.

14. INIBIÇÃO DA LACTAÇÃO: INDICAÇÕES E ESQUEMAS

Vander Guimarães

Apesar de todas as vantagens oferecidas pela prática do aleitamento materno, algumas vezes esta conduta não pode ser adotada como melhor opção para a mãe e a criança. Nestes casos, é necessário interromper a lactogênese (supressão da lactação ou ablactogênese) ou mesmo impedir que ela se inicie (prevenção da lactação), com o objetivo de se evitar maiores agravos à saúde de um ou outro, até mesmo de ambos.

INDICAÇÕES PARA INIBIÇÃO DA LACTAÇÃO

1. Puérpera HIV+ ;
2. Incapacidade de amamentar por ser portadora de doença grave ou por expor o bebê a situação de risco (psicose, eclâmpsia, choque);
3. Uso de medicamentos contra-indicados na fase da amamentação ou drogas ilícitas (vide capítulo específico);
4. Procedimentos cirúrgicos na mama com ressecção dos ductos ou lesão grave sobre as terminações nervosas mamilares – bilateralmente;
5. Óbito fetal ou neonatal;
6. Recém-nascido com erro inato do metabolismo (Ex.: galactosemia, fenilcetonúria, doença do xarope de bordo na urina).
7. Recusa materna

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 efetivos, produzem menos efeitos colaterais e não apresentam contra-indicações. Algumas vezes, a sintomatologia promovida pela tentativa da inibição da lactação faz com que seja necessária a associação do tratamento medicamentoso aos métodos conservadores.

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, seja por promover

um ambiente hormonal semelhante ao ocorrido na gestação (como 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.

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

Efeitos colaterais:

· Mais comuns – cefaléia, 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 (1,0 mg) VO em dose única ou

· 1 comprimido (0,5 mg) VO repetido após 24 h

2. *Mesilato de Bromoergocriptina*

Ação:

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

Contra-indicações: hipertensão não controlada e sensibilidade a alcalóides derivados do ergot.

Efeitos colaterais:

· Menos graves – cefaléia, 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 – ou ½ comprimido (1,25 mg) VO cada 8 ou 12 horas – 14 dias.

Em virtude dos seus efeitos colaterais, a bromoergocriptina e a cabergolina não são drogas aprovadas pelo FDA (*Food and Drug Administration*) com a finalidade de inibir a lactação.

3. *Maleato de Lisurida*

Ação:

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

Contra-indicações: insuficiência coronariana e arteriopatas periféricas, psicose e hipersensibilidade ao componente da fórmula.

Efeitos colaterais:

- Mais comuns – cefaléia, 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.

Contra-indicações: 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, cefaléia, aumento de peso, 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 colestáticas 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

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 antiinflamatórios (Diclofenaco, Piroxicam, Ibuprofeno, etc) em doses habituais, enquanto persistirem os sintomas algícos, que normalmente desaparecem após as primeiras 72 horas.

15. O ALOJAMENTO CONJUNTO

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 à 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 nº 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 hos-

pitalares, 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 pode ser feita 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 re-alocação 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 à 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 freqüentados 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 onde 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 apóiam 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 (vide capítulo).

16. 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 a 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 ultra-sonografia 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 seqüelas da enterocolite necrotizante, seqüelas das hemorragias periventriculares, a longa permanência nas unidades de terapia intensiva neonatal (60, 90 dias ou mais) e 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 ou 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.

A 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 de 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 os pais e familiares sobre 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 a 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 auto-regulação 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 indicada 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 à introdução do complexo vitamínico e ferro e outras suplementações que se façam necessárias.

A utilização de medicação intravenosa intermitente por dispositivo intravenoso periférico não contra-indica 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 subseqüentes 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, apnéias 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 dois anos. O bebê de risco durante o primeiro ano de vida deverá ser acompanhado por uma equipe interdisciplinar.

17. 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 185 BLH, dos quais, 54 no Estado de São Paulo. Neles são realizados Controles de Qualidade baseados na Tecnologia de Alimentos.

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

O BLH é especializado em processamento e controle de qualidade do leite humano ordenhado (LHO). Executa 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 norma técnica MS 322/88, sendo obrigatoriamente vinculado a um hospital materno e/ou infantil. É uma instituição sem fins lucrativos, sendo vedada a comercialização dos produtos distribuídos.

O leite humano é um fluido semi-plástico 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 e fatores de crescimento. Não é estéril, possui flora saprófita (*Lactobacilos bifidus*), não possui barreira física, porém pode sofrer contaminação primária (sangüínea) e secundária (pele) pelos microorganismos que penetram pelo mamilo e tendem a habitar as regiões mais externas dos canalículos.

O leite humano ordenhado segue o percurso mama → embalagem → receptor e pode ser contaminado secundariamente por microorganismos ambientais provenientes da manipulação do produto em condições higiênico-sanitárias insatisfatórias.

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.

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, institui 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 (Ministério da 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.

São submetidas a anamnese e exame físico para levantar os aspectos clínicos relevantes. Serão consideradas inaptas para doação a critério médico, as nutrizes que sejam portadoras de moléstias infecto-contagiosas, que façam uso de medicação que contra-indiquem a amamentação ou que se encontrem em risco nutricional (Ministério da Saúde, 1988)

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 da Norma Técnica MS 322/88 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.

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. A duração do trajeto não deve ultrapassar seis horas e retorno em qualquer momento quando houver alteração da temperatura nas caixas.

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.

PROCESSAMENTO

Degelo: O degelo do leite humano deve ser feito em banho-maria a uma temperatura de 40°C ou em microondas, 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 $\pm 15^{\circ}\text{C}$). O mesmo deve acontecer quando for descongelado em microondas.

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 $\frac{1}{4}$ de volta para saída do ar incorporado ao leite após a ordenha.

Pasteurização: É um tratamento térmico aplicado ao leite humano ordenhado, que visa a inativação térmica de 100%

dos microorganismos patogênicos e 99% de sua flora saprófita, através do binômio temperatura/tempo de 62,5°C por 30 minutos ou equivalente, calculado de modo a promover equivalência a um tratamento 15°D¹ para inativação térmica da *Coxiella brunetti* (Ministério da Saúde, 1988).

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.

Estudo experimental (Eglin & Wilkinson, 1987) demonstrou que o aquecimento a 56°C / 30 minutos inativa o HIV na forma livre e no interior de células do leite humano ordenhado.

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.

Controle de qualidade: A qualidade dos produtos processados, estocados e distribuídos pelo BLH é avaliada em todas as etapas até a distribuição:

1. **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).

1.1. **Acidez titulável:** indica a acidez desenvolvida no leite pela ação de microorganismos, que desdobram a lactose em ácido láctico. Os valores de acidez normal variam de 2 a 8°D. Uma vez avaliada a acidez titulável, estes valores são

1. °D = graus Dornic

correlacionados com a porcentagem de microorganismos antes da pasteurização, o que passa a ser o indicador sanitário do LHO.

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

1.2. 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 (Recomendações Técnicas, 1998).

2. 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 Shardinguer sugeriu que o grupo de coliformes poderia ser utilizado como índice de contaminação fecal, uma vez que pode ser detectado mais facilmente que a 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).

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 máxima e mínima.

DISTRIBUIÇÃO / PORCIONAMENTO

. **Externo:** Realizado quando há disponibilidade do produto e de acordo com os critérios da recomendação técnica das condições do RN, 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.

. **Interno:** A distribuição obedece aos critérios da recomendação técnica e o porcionamento é feito 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, a validade do produto é de 24 horas mantido sob refrigeração. Ele será aquecido em banho-maria a 40°C momentos antes da oferta.

ADMINISTRAÇÃO

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

. Leite pasteurizado: via de administração de acordo com a prescrição médica, oferecido quando a mãe está ausente.

Técnica do copinho: Técnica utilizada para não ocorrer a confusão de pega: segurar o bebê sentado ou semi-sentado no colo ou na incubadora.

. segurar o copo com leite junto aos lábios do bebê, recliná-lo um pouco para que o leite toque os seus lábios;

repousar o copo levemente no lábio inferior (as bordas tocam a parte externa do lábio superior, o bebê se torna alerta e abre a boca e olhos); segurar o copo próximo ao seu lábio e deixá-lo tomar por si mesmo, com movimento da língua; não derramar o leite na boca do bebê.

Técnica da relactação: 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 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.

18. INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Tereza Toma

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 nos índices de morbi-mortalidade e 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, assim como, fornecerem apoio técnico colocando à disposição enfermeiras por eles contratadas.

A preocupação com a influência negativa dos serviços de saúde sobre a amamentação ganhou terreno a partir de pesquisas realizadas na década de oitenta. 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”. Essa Declaração define os “Dez Passos para

o Sucesso do Aleitamento Materno”, nos quais estão refletidas as práticas e rotinas que favorecem a amamentação no âmbito dos serviços de atenção no pré-natal, parto, pós-parto imediato e após a alta hospitalar. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é a estratégia que se elaborou para a implementação das mudanças nas práticas e rotinas dos serviços de saúde. Ela tem dois objetivos principais: implantar os Dez Passos e abolir a doação de fórmulas infantis em todas as maternidades.

No Brasil, a Portaria nº 756 de 16 de dezembro de 2004 traz as “Normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde – SUS”, estabelecendo o caminho que deverá ser percorrido para alcançar o título. Além dos Dez Passos, exige-se o cumprimento de 10 critérios adicionais que buscam aperfeiçoar a atenção a mães e recém-nascidos.

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS QUE SUSTENTAM OS DEZ PASSOS

Cada vez mais cresce o interesse sobre as evidências científicas que dão suporte para a tomada de decisões na área médica. É esperado que a incorporação de rotinas e procedimentos nos serviços de saúde tenham como base as evidências científicas e não as crenças e os costumes arraigados entre os profissionais.

Embora os Dez Passos possam ser aprimorados por meio de pesquisas futuras, conta-se hoje com uma sólida base de conhecimentos reunidos pela OMS na publicação “Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno”.

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 a 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 Portaria 2051 do Ministério da Saúde, 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 é um processo importante para a implantação dos Dez Passos e a formação de uma equipe para coordenar o programa em cada hospital.

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 a propos-

ta “Manejo e promoção do aleitamento materno: curso de 18 horas para equipes de maternidades”, cujo objetivo é auxiliar as equipes interessadas em realizar as mudanças e tornar seu Hospital Amigo da Criança. Esse material oferece em 14 lições o conteúdo básico para o manejo da amamentação, os métodos de ensino apropriados e os recursos necessários para organizar o curso de treinamento, assim como o “Questionário de auto-avaliação de hospitais” e os “Motivos médicos aceitáveis para a suplementação do leite materno”. A edição brasileira traz também a “Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (Portaria MS 2051 e RDC Anvisa 221 e 222)” e um modelo de Normas e Rotinas para o incentivo ao aleitamento materno. Uma equipe de coordenação para implantação dos Dez Passos é importante para formar os docentes e garantir que todos os profissionais que lidam com mães e recém-nascidos recebam o treinamento, que deve incluir pelo menos 15 horas de teoria e 3 horas de prática clínica com supervisão. 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 ama-

mentar 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 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 peito 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. 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, os partos ocorrem em hospitais e perdeu-se a tradição familiar de passar para as filhas a experiência de amamentar, daí a importância de oferecer orientação e apoio a todas as mulheres nos serviços de saúde. As pesquisas apontam que são particularmente relevantes 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 auto-confiança das mães. 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 e 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 – care-

cem 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.

No início do século passado, com o aumento do número de partos ocorrendo em hospitais, adotou-se a rotina de cuidar dos recém-nascidos em berçários. Uma das conseqüências foi o maior risco de infecção cruzada e epidemias de diarreia e doença estafilocócica. No Brasil, o Ministério da Saúde publicou as Normas básicas para alojamento conjunto em 1983. 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 sob livre demanda e o pronto atendimento às necessidades do recém-nascido. Permitir AC 24 horas por dia significa que mães e bebês saudáveis devem ser mantidos juntos desde o nascimento até a alta hospitalar e a maioria dos procedimentos necessários ser feita no próprio quarto (vide capítulo).

PASSO 8. Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda

A rotina de horários fixos para amamentar instituída no

início do século passado 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, interferir na amamentação à demanda, induzir ao desmame precoce e alterar a dinâmica oral. As chupetas não devem ser, de forma alguma, consideradas necessárias 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, em especial das avós, que costumam abalar sua auto-confiança. 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 com a amamentação e com a auto-confiança podem ser muito úteis. No momento da alta da maternidade é fundamental que a equipe forneça orientações apropriadas acerca dos locais onde as mães podem obter ajuda prática efetiva para amamentação. O Hospital Amigo da Criança pode contribuir para a criação, sensibilização e capacitação de grupos de apoio na comunidade ao seu redor, sejam eles unidades básicas de saúde ou grupos de mulheres.

19. LEGISLAÇÃO E NBCAL. PROTEÇÃO LEGAL À MATERNIDADE E À AMAMENTAÇÃO NO BRASIL

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

INTRODUÇÃO AO TEMA: 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 dos envolvidos no processo, sob os mais diferentes aspectos, entre os quais destacamos os nutricionais, bioquímicos, imunológicos, psico-sociais e econômicos (León-Cava et al., 2002).

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 conseqüências do desmame pre-

coce 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 e 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 Con-

solidação das Leis do Trabalho (CLT) e em algumas normas jurídicas, resoluções e portarias governamentais específicas. Tais informações têm como objetivo oferecer subsídios aos profissionais tocoginecologistas 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.

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.

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, 2003).

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 torne realidade, estão 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 avulsas 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 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 - 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 um 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.

2. 1. 2 Direitos da mulher estudante

Lei Federal n.º 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 N.º 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.

2. 1. 4 Direitos da mulher privada de liberdade (detenta)

Lei n. 7210, de 11 de julho de 1984 - Institui a Lei de Execução Penal

Capítulo 1 Artigo 83 § 2º - Os estabelecimentos penais destinados a 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 a pausas para amamentar

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 escolher um acompanhante durante a gestação, parto e puerpério na rede pública credenciada e/ou conveniada do Sistema Único de Saúde foi garantido 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);

§ Lei Nº 12.133, de 12 de março de 2002 (Santa Catarina);

Recentemente este direito foi ampliado para o todo território nacional através da LEI Nº11.108, de 7 de abril de 2005, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às 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.

a.7- 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 Assembléia 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 de 12/10/1992. Nesta revisão é incluído item específico sobre uso de bicos e mamadeiras. Neste mesmo ano é estabelecido acordo mundial entre o UNICEF e 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)¹ de novembro 2001, e às resoluções RDC ANVISA nº 221² e RDC 222³ 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; a terceira, regulamenta tecnicamente a promoção e a comercialização dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância. O conjunto das três publicações supramencionadas, constitui atualmente a *Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras*.

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.

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 os representantes comerciais de fabricantes de alimentos infantis e produtos de puericultura.

20. RESUMO DAS PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS DISPONÍVEIS ATÉ O MOMENTO SOBRE O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO.

Corintio Mariani Neto

- 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.

- A separação dos bebês de suas mães após o parto coloca em risco o sucesso do aleitamento.

- 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.
- 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.