

CADERNO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA ALEITAMENTO MATERNO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Michele Caputo Neto
Secretário de Estado da Saúde

Sezifredo Paz
Diretor Geral

Márcia Huçulak
Superintendente de Atenção à Saúde

Shunaida Namie Sonobe
Departamento de Atenção Primária à Saúde

Equipe Técnica da Divisão de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

Cibele Domingues Prado da Luz
Iolanda Novadzki
Luciana Hatschbach
Maria Angélica Curia Cerveira
Tatiana Gomara Neves

Instituições de Revisão e Apoio
Banco de Leite Humano de Londrina
IBFAN Brasil
Sociedade Paranaense de Pediatria

APRESENTAÇÃO

SAÚDE PARA TODO PARANÁ!

Levar saúde para todos os paranaenses é um desafio que demanda comprometimento de gestores e profissionais de saúde de todos os municípios. Adotar novas formas de gestão, melhorar processos de trabalho e rever procedimentos faz parte da rotina de quem tem a função de cuidar da vida no Paraná.

É com esse olhar que a Secretaria de Estado da Saúde desenvolveu os “Cadernos de Atenção à Saúde”, nos quais são detalhados os protocolos das redes Mãe Paranaense e Paraná Urgência para apoiar as equipes de saúde dos municípios da Região Metropolitana de Curitiba.

O conjunto de “Cadernos” constitui ferramenta essencial para a atuação em Redes de Atenção, política pública de saúde do Paraná que tem se mostrado eficaz.

Queremos que cada profissional se aproprie dos conteúdos disponibilizados nessa coleção e que juntos possamos cada vez mais interferir para melhorar os índices de saúde do Paraná.

Michele Caputo Neto
Secretário de Estado da Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
1.1 FISIOLOGIA DA LACTAÇÃO	7
1.2 COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO	7
1.3 DEFINIÇÕES DE ALEITAMENTO MATERNO	8
2. BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO	8
2.1 PARA A MULHER.....	8
2.2 PARA A CRIANÇA.....	9
2.3 PARA A FAMÍLIA, A INSTITUIÇÃO E A SOCIEDADE.....	9
3. RECOMENDAÇÕES DIETÉTICAS DURANTE A LACTAÇÃO.....	10
4. DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO	10
4.1 ALEITAMENTO MATERNO EM LIVRE DEMANDA.....	10
4.2 USO DE MEDICAMENTOS, DROGAS DE ABUSO, CIGARRO E ÁLCOOL	10
4.3 PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA USO DE FÁRMACOS DURANTE A AMAMENTAÇÃO	11
4.4 CLASSIFICAÇÃO DOS FÁRMACOS PARA USO DURANTE A AMAMENTAÇÃO	11
5. TÉCNICAS DE AMAMENTAÇÃO	13
5.1 SITUAÇÕES EM QUE HÁ RESTRIÇÕES AO ALEITAMENTO MATERNO	14
5.2 RECOMENDAÇÕES ESPECIAIS EM ALGUMAS DOENÇAS.....	15
5.3 COMO MANEJAR O ALEITAMENTO MATERNO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS.....	15
5.3.1 NOVA GRAVIDEZ.....	15
5.3.2 AMAMENTAÇÃO DE GÊMEOS	15
5.3.3 CRIANÇAS COM MÁIS FORMAÇÕES OROFACIAIS.....	15
5.3.4 CRIANÇAS PORTADORAS DE DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS	16
5.3.5 REFLUXO GASTROESOFÁGICO	16
5.3.6 MÃE COM NECESSIDADES ESPECIAIS	16
5.4 ORDENHA DE LEITE HUMANO.....	16
6. SITUAÇÕES DE INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	17
6.1 RELACIONADAS À MÃE	17
6.1.1 MAMILOS INVERTIDOS OU PSEUDOINVERTIDOS	17
6.1.2 DIFICULDADE PARA AMAMENTAR	17
6.1.3 LESÕES MAMILARES	17
6.1.4 INGURGITAMENTO MAMÁRIO	18
6.1.5 PRODUÇÃO DE LEITE INSUFICIENTE (REAL E REFERIDA).....	18
6.1.6 MASTITE	19
6.1.7 DUCTO BLOQUEADO	20
6.1.8 FENÔMENO DE RAYNAUD	20
6.2 RELACIONADAS À CRIANÇA	20
6.2.1 DIFICULDADE DE APREENSÃO CORRETA DA REGIÃO MAMÍLO-AREOLAR.....	20
6.2.2 DIFICULDADE DE SUCÇÃO.....	21
6.2.3 CRIANÇA QUE DORME NO PEITO.....	21
6.2.4 CHORO FREQUENTE	21
6.2.5 RECUSA DO PEITO.....	22
6.2.6 GANHO DE PESO INADEQUADO.....	22
7. MALEFÍCIOS DOS BICOS E MAMADEIRAS E RISCOS DA ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL.....	22
8. PROTEÇÃO LEGAL DO ALEITAMENTO MATERNO	23
9. BANCO DE LEITE HUMANO	23
9.1 BANCO DE LEITE HUMANO E POSTO DE COLETA HUMANO	23
9.2 DOAÇÃO DE LEITE HUMANO	23
9.3 COMO INSTRUIR A MÃE AO PREPARO DO FRASCO PARA COLETA DE LEITE HUMANO.....	24
9.4 COMO INSTRUIR A MÃE À RETIRADA DO LEITE HUMANO (ORDENHA)	24
9.5 INSTRUÇÃO DE ARMAZENAMENTO DO LEITE ORDENHADO.....	24
9.6 LOCAIS PARA DOAÇÃO DE LEITE HUMANO NO PARANÁ	24
10. ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO.....	24
10.1 INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA – IHAC.....	24
10.2 MÉTODO CANGURU 8	26
10.3 ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL.....	27
10.4 MULHER TRABALHADORA QUE AMAMENTA.....	27
LINKS INTERESSANTES	28
REFERÊNCIAS.....	28

1. INTRODUÇÃO

Evidências científicas comprovam a superioridade do aleitamento materno (AM) sobre outras formas de alimentar a criança pequena, contudo, a maioria das crianças brasileiras não é amamentada por dois anos ou mais, e não recebe leite materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, como recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil. Em 2009, a “II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal” apontou um comportamento bastante heterogêneo dos principais indicadores do AM⁹.

Do total das crianças analisadas em Curitiba, 71,2 % mamaram na primeira hora de vida (variação de 58% a 83% entre as capitais), 46,1% dos menores de seis meses estavam em aleitamento materno exclusivo (AME) (variação de 27% a 56% entre as capitais) e 48,50% das crianças entre 9 e 12 meses estavam sendo amamentadas (variação de 48% a 83% entre as capitais). A duração mediana do AME foi de 59,70 dias (variação de 0,7 a 89 dias entre as capitais) e a do AM de 300,84 dias (variação de 292 a 601 dias entre as capitais)⁹.

O profissional de saúde tem papel fundamental na promoção, proteção e apoio ao AM. E para exercer o papel de facilitador do processo de aleitamento materno, o mesmo necessita de conhecimento e habilidades relacionados não somente aos aspectos técnicos da lactação, mas também emocionais, da cultura familiar, da rede social de apoio à mulher, entre outros³.

1.1 Fisiologia da Lactação

Fase I – lactogênese

A mama, durante a gravidez, é preparada para a amamentação (lactogênese fase I) sob a ação de diferentes hormônios, sobretudo do estrogênio e do progesterônio. Após o parto, a prolactina, em conjunto com outros hormônios, estimula a secreção do leite¹¹. Com o nascimento da criança, há liberação de prolactina, iniciando-se a lactogênese fase II e a secreção do leite. A ocitocina, em resposta à sucção da criança, leva à contração das células que envolvem os alvéolos, expulsando o leite neles contido³.

A produção de leite logo após o nascimento da criança é controlada principalmente por hormônios e a apoiadura (“descida do leite”) costuma ocorrer até o 3º ou 4º dia pós-parto, mesmo se a criança não sugar o seio³.

Após a apoiadura, inicia-se a fase III da lactogênese, também denominada galactopoiese. Essa fase mantém-se por toda a lactação, depende principalmente da sucção do bebê e do esvaziamento da mama³.

Grande parte do leite da mama é produzida, enquanto a criança mama, sob o estímulo da prolactina. A ocitocina, liberada principalmente pelo estímulo provocado pela sucção da criança, também é disponibilizada em resposta a estímulos condicionados, tais como visão, cheiro e choro da criança, e a fatores de ordem emocional como motivação, autoconfiança e tranquilidade. Por outro lado, a dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo, a insegurança e a falta de autoconfiança podem inibir a liberação da ocitocina, prejudicando a saída de leite da mama. Nos primeiros dias após o parto, a secreção de leite é pequena, menor que 100 ml/dia, mas já no quarto dia a nutriz é capaz de produzir, em média, 600 ml de leite. Uma nutriz que amamenta exclusivamente produz, em média, 800 ml/ dia no 6º mês³.

Na amamentação, o volume de leite produzido varia na dependência da quantidade e frequência com que a criança mama, se por qualquer motivo o esvaziamento da mama for prejudicado, pode haver diminuição da produção de leite. A produção do leite será maior quanto maior o volume de leite e a frequência das mamadas. Em geral, uma nutriz é capaz de produzir mais leite do que a quantidade necessária para o seu bebê³.

1.2 Composição do Leite Materno

Água ¹²

A água é o maior componente do leite e desempenha papel fundamental na regulação da temperatura corporal. Na água estão dissolvidos ou suspensos as proteínas, os compostos nitrogenados não protéicos, os carboidratos, os minerais (íons monovalentes) e as vitaminas hidrossolúveis (C e Complexo B). Já que a maior concentração do leite é de água, então não há necessidade de dar água para o bebê mesmo em dias quentes.¹⁸

Proteínas ¹²

Na primeira semana o leite humano, colostro, é rico em proteínas protetoras especialmente a imunoglobulina secretória A, que age contra infecções e alergia alimentar. O leite maduro contém mais proteínas nutritivas que o colostro¹¹.

As proteínas presentes no leite são a caseína e as proteínas do soro. O leite humano fornece ao ser humano todos os aminoácidos essenciais (isoleucina, lisina, leucina, triptofano, treonina, metionina, fenilalanina, valina e taurina), assim pela excelente qualidade de proteínas, quanto à digestibilidade e alta biodisponibilidade, supre satisfatoriamente as necessidades dos RN, incluindo o RN pré-termo, garantindo taxas de crescimento adequadas, geralmente dispensando suplementação³.

Lipídios¹²

O leite humano disponibiliza quantidades adequadas de lipídios, que aumentam com o tempo de lactação e são compostos principalmente por triglicerídios, que fornecem cerca de 50% da energia do leite.

O leite humano possui ácidos graxos de cadeia longa w-6 (araquidônico) e w-3 (docosaenoico). Esses ácidos graxos são componentes importantes do cérebro e do sistema nervoso, além de possuírem outras ações biológicas. Como no primeiro ano de vida ocorre intenso crescimento e diferenciação cerebral nos RN pré-termo, a ingestão desses ácidos graxos de cadeia longa parece ser de grande relevância, uma vez que são de grande importância para o desenvolvimento cerebral.

Carboidratos¹²

A lactose é o carboidrato mais abundante no leite humano. Este carboidrato favorece a absorção do cálcio e fornece galactose para a mielinização do sistema nervoso central, além de energia.

Vitaminas e Minerais¹²

O leite humano fornece todas as vitaminas e minerais, micronutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento infantil. Durante os primeiros seis meses o aleitamento materno exclusivo garante boa biodisponibilidade de todos os nutrientes.

Os minerais presentes no leite são classificados em macrominerais, encontrados em maior quantidade (potássio, cloro, cálcio, sódio, fósforo e magnésio), e os microminerais, em menor quantidade (zinco, ferro, cobre, iodo, cromo, selênio, flúor, manganês, etc). Ainda são encontrados na forma de íons monovalentes (sódio, potássio, cloro), íons divalentes (cálcio, magnésio, citrato), sais não ionizados e sais fracamente ionizados. O zinco é essencial ao organismo, encontra-se em maior quantidade no colostro, atendendo às necessidades do lactente. O ferro garante o aporte necessário à criança em aleitamento materno exclusivo. Embora em pequena quantidade, o cobre, o selênio, o cromo, o molibdênio e o níquel desempenham papel fundamental no desenvolvimento e crescimento infantis.

O colostro, além de proteínas e alguns minerais, também apresentam maiores teores de betacaroteno e demais vitaminas lipossolúveis. A vitamina D está presente no soro e na fração lipídica do leite em quantidades não suficientes. O mesmo ocorre com a vitamina K, que é administrada no bebê logo após o nascimento, ainda na sala de parto, e a vitamina D precisa ser repostada conforme indicação do pediatra quando a exposição solar não for suficiente.¹⁸

O teor de vitamina E associa-se diretamente ao teor de lipídio e de ácido linoléico, presentes no leite humano.

1.3 Definições de Aleitamento Materno

O Ministério da Saúde adota as seguintes definições de AM que são preconizadas pela OMS¹²:

AME/Aleitamento Materno Exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

AM predominante: quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

AM: quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de outros alimentos.

AM complementado: quando a criança recebe, além do leite materno, alimentos complementares, que são alimentos sólidos ou semi-sólidos que complementam o leite materno. Nesta categoria a criança pode estar recebendo, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar

AM misto ou parcial: quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

2. BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO

Estudos científicos comprovam a superioridade do leite materno sobre outros tipos de leite, contudo para que o AM seja praticado segundo as recomendações, é preciso que a sociedade em geral e a mulher, em particular, estejam conscientizadas da importância da amamentação¹².

Os principais benefícios do Aleitamento Materno a curto, médio e longo prazo estão listados abaixo:

2.1 Para a mulher

- Menor sangramento pós-parto e, conseqüentemente, menor incidência de anemias¹³.
- Efeito contraceptivo por seis meses se combinados (aleitamento materno exclusivo (sem chupeta e mamadeira), amenorréia e o intervalo máximo entre as mamadas seja de 6 horas) e, portanto, maior intervalo interpartal^{11,13,18}.
- Recuperação mais rápida do peso pré-gestacional¹³.
- Menor prevalência de câncer de ovário, endométrio e mama. Estima-se que o risco de apresentar câncer de mama na mulher que amamenta diminua 4,3% a cada 12 meses de lactação^{3,13}.

- Melhor homeostase da glicose em mulheres que amamentam, trazendo proteção contra diabetes, não somente ao indivíduo que é amamentado, mas também a mulher que amamenta.¹¹
- Menos fraturas ósseas por osteoporose^{3,13}.

2.2 Para a criança

- Redução da mortalidade na infância. O AM é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, tendo o potencial de evitar 13% das mortes de crianças menores de cinco anos em todo o mundo, por causas preveníveis³
- Proteção contra diarreia. A amamentação além de diminuir o risco da diarreia, exerce influência sobre a gravidade da doença. Crianças não amamentadas possuem risco três vezes maior de desidratarem e de morrerem por diarreia, quando comparadas com as amamentadas. Essa proteção pode diminuir quando o AM deixa de ser exclusivo³.
- Proteção contra infecções respiratórias. O leite materno, além de proteger contra doenças respiratórias, interfere positivamente na manifestação dessas doenças³.
- Proteção contra alergias. A amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida diminui o risco de alergia à proteína do leite de vaca, dermatite atópica e outros tipos de alergias³.
- Proteção contra hipertensão, hipercolesterolemia e diabetes. Indivíduos amamentados apresentam pressões sistólica e diastólica mais baixas, níveis menores de colesterol total e risco 37% menor de apresentar diabetes tipo II. Além disso, a exposição precoce ao leite de vaca (antes dos quatro meses) é considerada um importante fator relacionado ao desenvolvimento de Diabetes Mellitus tipo I⁴. Estima-se que 30% dos casos de Diabetes Mellitus tipo I poderiam ser prevenidos se 90% das crianças até três meses não recebessem leite de vaca⁵.
- Proteção contra obesidade. Na maioria dos estudos em que se avaliou a relação entre obesidade em crianças maiores de três anos e tipo de alimentação no início da vida, constatou-se menor frequência de sobrepeso/obesidade em crianças que haviam sido amamentadas⁶.
- Promoção do crescimento. O leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento da criança pequena, além de ser mais bem digerido, quando compa-

rado com leites de outras espécies. Atualmente, utiliza-se como padrão o crescimento das crianças amamentadas⁷.

- Promoção do desenvolvimento cognitivo. A maioria dos estudos conclui que as crianças amamentadas apresentam vantagens nas suas funções cognitivas quando comparadas com as não amamentadas, principalmente as com baixo peso de nascimento⁴.
- Promoção do desenvolvimento da cavidade bucal. O exercício que a criança faz para retirar o leite da mama da mãe é muito importante para o desenvolvimento adequado de sua cavidade oral. O desmame precoce pode levar à ruptura do desenvolvimento motor oral adequado, podendo prejudicar as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala, ocasionar má-oclusão dentária e respiração bucal⁹.

Promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho. A amamentação é uma forma muito especial de contato entre a mãe e seu bebê, além de uma oportunidade da criança aprender muito cedo a comunicar-se e relacionar-se com afeto e confiança³.

2.3 Para a família, a instituição e a sociedade

- Economia com a alimentação do recém-nascido. A compra de leite acresce custos com mamadeiras, bicos e gás de cozinha, além de eventuais gastos decorrentes de doenças, que são mais comuns em crianças não amamentadas^{3,13}.
- Economia em consultas médicas, medicamentos, exames laboratoriais e hospitalização da criança¹³.
- Redução dos gastos institucionais com aquisição de fórmulas, frascos, bicos artificiais e medicamentos (ocitocina)¹³.
- Otimização da equipe de profissionais de saúde com a promoção do alojamento conjunto¹³
- Redução da poluição ambiental: menor quantidade de lixo inorgânico resultante do consumo de bicos artificiais/mamadeiras e, menos poluentes do ar decorrentes do transporte de “substitutos” do leite materno¹³.
- Qualidade de vida. O AM pode melhorar a qualidade de vida das famílias, uma vez que as crianças amamentadas adoecem menos, necessitam de menos atendimentos médicos, hospitalizações e medicamentos, o que pode implicar em menos faltas ao trabalho dos pais, bem como menos gastos e situações estressantes. Além disso, a amamentação bem sucedida é fonte de prazer para mães e crianças, o que pode repercutir favoravelmente nas relações familiares e estilos de vida³.

3. RECOMENDAÇÕES DIETÉTICAS DURANTE A LACTAÇÃO^{11,12,17}

O ideal é seguir uma alimentação saudável, levando-se em conta as preferências e hábitos culturais, a acessibilidade dos alimentos e mantendo-se as características da dieta do final da gestação.

Para uma alimentação adequada durante a lactação, é recomendado¹¹: Consumir dieta variada (incluindo pães e cereais, frutas, legumes, verduras, derivados do leite e carnes, peixes ou ovos); Consumir três ou mais porções de derivados do leite por dia; Consumir, em especial, frutas e vegetais ricos em vitamina A; Certificar-se de que a sede está sendo saciada; Evitar dietas e medicamentos que promovam rápida perda de peso; Consumir com moderação café e outros produtos cafeinados, pois quando em excesso, podem causar irritabilidade e insônia em alguns bebês¹⁷. Fracionar a alimentação em três refeições e dois lanches diários que podem ser a base de laticínios e frutas.

É importante manter uma alimentação saudável, evitando-se excesso de alimentos e temperos industrializados, refrigerantes, doces, frituras, embutidos, cafeína. Lembrar que a alimentação da família será base da alimentação da criança a partir dos seis meses.

É comum que a nutriz sinta muita sede durante a mamada, pois há uma grande perda hídrica através do leite. No entanto, mulheres que amamentam devem ingerir líquidos em quantidades suficientes para saciar a sede. Líquidos em excesso devem ser evitados, pois podem até diminuir a produção de leite¹¹.

Sabe-se que alguns alimentos, em excesso, podem alterar o sabor e/ou odor do leite, por exemplo, o alho, a cebola, o nabo, a couve, o brócolis. Mas se esses alimentos já estiverem presentes na dieta materna durante a gestação, a criança estará acostumada com os sabores e odores, podendo não haver influência na aceitação do leite¹². Além disso, certos alimentos formadores de gases como feijão (não deixado de molho antes de cozinhar), refrigerantes, preparações que englobam ar, etc., podem causar cólicas em alguns bebês¹².

O profissional deve estar atento a queixas e orientar a mãe a observar se algum componente de sua dieta está causando reação no bebê. No entanto, se for observado algum efeito na criança pode-se indicar a prova terapêutica, ou seja, orientar a exclusão de algum alimento, acompanhando o binômio mãe/bebê, para avaliar a melhora dos sintomas.

Prova terapêutica: retirar o alimento da dieta por algum tempo e reintroduzi-lo, observando atentamente a reação da criança. Caso os sinais e/ou sintomas da criança melhorem substancialmente com a retirada do alimento, e piorem com a sua reintrodução, ele deve ser evitado.

4. DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

A recomendação da amamentação exclusiva é por seis meses, e continuado até os dois anos ou mais¹¹, segundo a 54ª Assembléia Mundial de Saúde¹². Após os seis meses é importante manter o aleitamento materno e introduzir alimentos variados e saudáveis, de acordo com os Dez Passos para Alimentação Saudável de Crianças Menores de dois anos (Consultar o Guia Alimentar para crianças menores de 02 anos do Ministério da Saúde), respeitando os hábitos saudáveis e a cultura alimentar da família.

4.1 Aleitamento Materno em livre demanda

Recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de duração das mamadas. Nos primeiros meses, é normal que a criança mame com maior frequência e sem horários regulares. Em geral, um bebê em AME mama de 8 a 12 vezes ao dia. O tempo necessário para esvaziar uma mama varia para cada dupla mãe-bebê e, numa mesma dupla, também pode variar dependendo da fome da criança, do intervalo transcorrido desde a última mamada e do volume de leite armazenado na mama, entre outros.

4.2 Uso de Medicamentos, Drogas de Abuso, Cigarro e Álcool³

A maioria dos medicamentos é compatível com a amamentação; poucos são os formalmente contraindicados e alguns requerem cautela ao serem utilizados durante a amamentação, devido aos riscos de efeitos adversos nos lactentes e/ou na lactação. Cabe ao profissional de saúde buscar informações atualizadas para avaliar adequadamente os riscos e os benefícios do uso de uma determinada droga em uma mulher que está amamentando.

Em casos de consumo esporádico de drogas de abuso, recomenda-se interrupção temporária do AM, com ordenha do leite, que deve ser desprezado. O tempo recomendado de interrupção da amamentação varia dependendo da droga (consultar Caderno de Atenção Básica Nº 23. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, disponível no sítio eletrônico do Ministério da Saúde e o Manual do Ministério da Saúde: Amamentação e uso de Medicamentos e outras substâncias).

Acredita-se que os benefícios da amamentação para a criança superem os possíveis malefícios da exposição à nicotina por intermédio do leite materno, por isso, o tabagismo não configura contraindicação à amamentação. No aconselhamento, o profissional de saúde deve alertar a mãe sobre os possíveis efeitos deletérios do cigarro para o desenvolvimento da criança e a eventual diminuição da produção e da ejeção

do leite. Para minimizar os efeitos do cigarro sobre a criança, as mulheres que não conseguirem parar de fumar devem ser orientadas a reduzirem o máximo possível o número de cigarros e a não fumarem no mesmo ambiente em que se encontra a criança, orientar ainda, a procurar fumar logo após a mamada (desta forma, o pico de nicotina no sangue diminuiria até a próxima mamada). O consumo de álcool pelas mulheres que estão amamentando, também deve ser desestimulado. A ingestão de doses iguais ou maiores que 0,3g/kg de peso podem reduzir a produção láctea. O álcool pode modificar o odor e o sabor do leite materno levando à recusa do mesmo pelo lactente¹⁷.

4.3 Princípios básicos para uso de fármacos durante a amamentação¹³

O princípio fundamental da prescrição de medicamentos para mães lactantes baseia-se sobretudo no *risco versus benefício*. A amamentação ao seio só 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 sobre o fármaco e não houver outro substituto inócuo. Caso o uso de medicamentos seja realmente necessário, deve-se optar por um fármaco já estudado, que seja pouco excretado no leite materno, ou que não tenha risco aparente para a saúde da criança.

4.4 Classificação dos Fármacos para uso durante a amamentação¹³

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

Fármacos moderadamente seguros para uso durante a amamentação: não há estudos controlados em nutriz, 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 os efeitos sobre o lactente.

Fármacos contraindicados 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.

As tabelas abaixo relacionam os fármacos em ordem alfabética, conforme classificação para cautela ao uso durante a amamentação e os contra-indicados para uso durante a amamentação.

Fármacos que devem ser usados COM CAUTELA durante a amamentação ¹³		
Ácido nalidíxico	Iodeto de potássio	Povidine (iodine)
Betanecol	Iodo 123	Pramipexazol
Cabergolide	Iodo 125	Pseudoefedrina ¹
Clemastina	Iodo 131	Quinapril ³
Clopidrogel	Levodopa	Repaglinida
Cloranfenicol	Lindano	Reserpina
Colchicina	Lítio	Ribavirina
Dantrolene	Loxapine	Ribavirina+ Interferon alfa 2b
Dapsona	Medroxiprogesterona ³	Ropinirol
Dexfenfluramina	Metilergonovina ¹	Sibutramina
Diazepan ¹	Minociclina	Tálio-201
Doxiciclina ¹	Modafinil	Tecnécio 99
Doxilamina	Nadolol	Telmisartan ²
Efedrina	Naproxeno ¹	Terazosin
Ergotamina	Nefazodone	Tiagabina
Etossuximida	Nitratos, Nitritos, Nitroglicerina	Ticlopidina
Felbarnato	Nitroprussiato	Tioridazida
Flunarizina	Octreotídeo indium 111	Tiotixeno
Formaldeído	Pemoline	Tizanidina
Foscarnet	Penicilamina	Trimetobenzamida
Fosinopril ²	Pimecrolimus ⁴	Tripelenamina
Furazolidona ³	Pimozide	Trovafloxacin
Glimepirida	Piridoxina ⁵	Valsartan
Grepafloxacin	Pirimetamina	Ziprazidona

¹ Uso crônico; ² Período Neonatal; ³ Pós-parto imediato; ⁴ Uso sobre mamilo e aréola; ⁵ Altas doses (maior que 600 mg)

Fármacos e drogas CONTRA-INDICADOS para uso durante a amamentação^{13;17}

Acitretina
Altetramina* - suspender a amamentação por pelo menos 72h após a administração do fármaco
Anastrozol* - suspender a amamentação por pelo menos 15 dias após a administração do fármaco
Amiodarona
Androgênios
Anfetaminas
Anfepramona
Anticoncepcional Hormonal Combinado*
Antipirina
Asparaginase* - Suspender a amamentação por pelo menos 07 dias após a administração do fármaco
Citarabina
Cocaína
Confrei
Cohosh azul - fitoterápico
Cisplatina
Dacarbazina
Dactinomicina - Suspender a amamentação por 10 dias após a administração do fármaco
Danazol
Daunorubicina- Suspender a amamentação por 07 a 10
Dietilpropiona
Dietilestilbestrol
Dissulfiram
Heroína
Hormônio Luteinizante (Afatutropina)
Ifosfamida* - Suspender a amamentação por até 72 dias após a administração do fármaco
Inalantes
Isotretionina
Imatinib - Suspender a amamentação por pelo menos 10 dias após a administração do fármaco
Kava-kava
Leuprolide
Temozolomida - Suspender a amamentação por 07 dias após a administração do fármaco

Toremifeno - Suspender a amamentação por 25 a 30 dias após a administração do fármaco
Brometos
Bromocriptina
Busulfan* - Suspender a amamentação por 24 horas após a administração do fármaco
Cabergolina
Cannabis (Marijuana)
Capecitabina* - Suspender a amamentação por 24 horas após a administração do fármaco
Carboplatina
Carmustina* - Suspender a amamentação por 24 a 48 horas após a administração do fármaco
Cetuximab* - Suspender a amamentação por 60 dias após a administração do fármaco
Docetaxel* - Suspender a amamentação por 04 a 05 dias após a administração do fármaco
Doxepin
Doxorubicina* - Suspender a amamentação por 07 a 10 dias após a administração do fármaco
Epirrubicina* - Suspender a amamentação por 07 a 10 dias após a administração do fármaco
Erlotinib* - Suspender a amamentação por 10 a 15 dias após a administração do fármaco
Estradiol*
Estrontium-89
Etoposide - Suspender amamentação por 02 a 03 dias após a administração do fármaco
Etretinato
Letrosol - Suspender a amamentação por até 07 dias após a administração do fármaco
Linezolida*
Lisurida*
Lomustina*
Mercúrio
Metotrexate 2
Mitoxantrone
Mitoxantrona - Suspender a amamentação por 10 a 31 dias após a administração do fármaco
Maconha e Haxixe*
Melfalan - Suspender a amamentação por 24 horas após a administração do fármaco
Mercaptopurina

Misoprostol
Vinblastina - Suspender a amamentação por 10 dias após a administração do fármaco
Vincristina - Suspender a amamentação por 35 dias após a administração do fármaco
Ciclofosfamida- Suspender a amamentação por 72 horas após a administração do fármaco
Chá de Kombucha
Chumbo
Ciproterona
Cisplatina
Citarabina
Cladribina*- Suspender a amamentação por 48 horas após a administração do fármaco
Clomifeno*- Uso contra-indicado no período pós-parto imediato (supressor da lactação) e uso criterioso após esse período.
Clorambucil*- Suspender a amamentação por 24 horas após a administração do fármaco
Exemestane-Suspender a amamentação por 10 dias após a administração do fármaco
Fenciclidina
Fenindiona
Fluoruracil - Suspender a amamentação por 24 horas após a administração do fármaco. Compatível com a amamentação para uso tópico.
Formol
Ganciclovir
Gemcitabina - Suspender a amamentação por até 07 dias após a administração do fármaco
Ouro (Sais)
Oxaliplatina
Paclitaxel - Suspender a amamentação por 06 a 10 dias após a administração do fármaco
Pentostatina - Suspender a amamentação por 02 a 05 dias após a administração do fármaco
Procarbazina*
Rituximab
Sildenafil*
Tamoxifen
Vinorelbina - Suspender a amamentação por 30 dias após a administração do fármaco
Zonisamida

¹ Criança com Fenilcetonúria; ² Uso Crônico

5. TÉCNICAS DE AMAMENTAÇÃO¹³

Todo profissional de saúde que presta assistência às mães e bebês deve saber observar criteriosamente uma mamada. Para uma pega adequada, os seguintes itens devem constar nesta avaliação³: (Fig1)

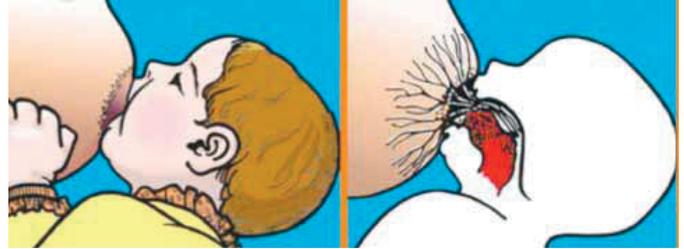


Figura 1– Pega adequada ou boa pega

FONTES: Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Caderno de Atenção Básica – nº 23. Brasília: 2009.

- Roupas da mãe e do bebê adequadas, sem restrição de movimentos. Recomenda-se que as mamas estejam completamente expostas, sempre que possível, e o bebê vestido de maneira que os braços fiquem livres
- Mãe confortavelmente posicionada, relaxada, bem apoiada, não curvada. O apoio dos pés acima do nível do chão é aconselhável (uma banqueta pode ser útil)
- O corpo do bebê deve ficar bem próximo ao da mãe, “barriga com barriga”
- O corpo e a cabeça do bebê devem estar alinhados (pescoço não torcido)
- O braço inferior do bebê deve estar posicionado de maneira que não fique entre o corpo do bebê e o corpo da mãe
- O corpo do bebê deve estar curvado sobre a mãe, com as nádegas firmemente apoiadas
- O pescoço do bebê deve estar levemente estendido
- A mãe deve segurar a mama de maneira que a aréola fique livre- posição de “C”. A mãe deve ser orientada a não colocar os dedos em forma de tesoura, pois desta maneira pode-se criar um obstáculo entre a boca do bebê e a aréola



- A cabeça do bebê deve estar no mesmo nível da mama, com a boca abaixo do nível do mamilo
- A mãe deve esperar o bebê abrir bem a boca e abaixar a língua antes de colocá-lo no peito
- O bebê deve abocanhar, além do mamilo, parte da aréola (aproximadamente 2cm além do mamilo). É importante lembrar que o bebê retira o leite comprimindo os seios lactíferos com as gengivas e a língua
- O queixo do bebê deve tocar a mama
- As narinas do bebê devem estar livres
- O bebê deve manter a boca bem aberta colada na mama, sem apertar os lábios
- Os lábios do bebê devem estar curvados para fora, formando um lacre. Para visualizar o lábio inferior do bebê muitas vezes é necessário pressionar a mama com as mãos
- A língua do bebê deve encontrar-se sobre a gengiva inferior. Algumas vezes a língua é visível; no entanto, na maioria das vezes, é necessário abaixar suavemente o lábio inferior para visualizar a língua
- A língua do bebê deve estar curvada para cima nas bordas laterais
- O bebê deve manter-se fixado à mama, sem escorregar ou largar o mamilo
- As mandíbulas do bebê devem estar se movimentando
- A deglutição deve ser visível e/ou audível
- Os seguintes sinais são indicativos de técnica inadequada de amamentação³ (Figura 2):
 - Bochechas do bebê encovadas a cada sucção
 - Ruídos da língua
 - Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada
 - Mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama
 - Dor na amamentação.
 - Quando a mama está muito cheia, a aréola pode estar tensa, endurecida, dificultando a pega. Nesse caso, recomenda-se, antes da mamada, retirar manualmente um pouco de leite da aréola ingurgitada³

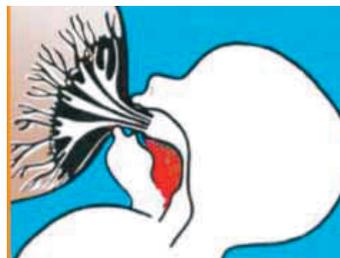


Figura 2 – Pega inadequada ou má pega

FONTE: Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Caderno de Atenção Básica – nº 23. Brasília: 2009.

5.1 Situações em que há restrições ao Aleitamento Materno¹¹

Em algumas situações especiais pode haver indicação médica para substituição parcial ou total do leite materno. O aleitamento materno não é recomendado para:

- Mães infectadas pelo HIV
- Mães infectadas pelo HTLV I e HTLV II;
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Alguns fármacos são citados como contra-indicações absolutas ou relativas ao aleitamento, como por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos. Verificar item 4.1 (Classificação dos Fármacos para uso durante a amamentação).
- Criança portadora de galactosemia, doença rara na qual a mesma não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose.
- O aleitamento materno deve ser interrompido temporariamente por:
 - Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;
 - Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. O bebê deve receber Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster (Ighavz), disponível no Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE). Deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, aplicada o mais precocemente possível;
 - Doença de Chagas: na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente;
 - Abscesso mamário, até que o abscesso tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. A amamentação deve ser mantida na mama sadia.

5.2 Recomendações especiais em algumas doenças¹¹

Nas seguintes condições maternas, o aleitamento materno não deve ser contra-indicado:

- Tuberculose: recomenda-se que as mães não tratadas ou ainda bacilíferas (duas primeiras semanas após início do tratamento) amamentem com o uso de máscaras e restrinjam o contato próximo com a criança por causa da transmissão potencial por meio das gotículas do trato respiratório. Nesse caso, o recém-nascido deve receber isoniazida na dose de 10mg/kg/dia por três meses. Após esse período deve-se fazer teste tuberculínico (PPD): se reator, a doença deve ser pesquisada, especialmente em relação ao acometimento pulmonar; se a criança tiver contraído a doença, a terapêutica deve ser reavaliada; em caso contrário, deve-se manter isoniazida por mais três meses; e, se o teste tuberculínico for não reator, pode-se suspender a medicação, e a criança deve receber a vacina BCG;
- Hanseníase: por se tratar de doença cuja transmissão depende de contato prolongado da criança com a mãe sem tratamento, e considerando que a primeira dose de Rifampicina é suficiente para que a mãe não seja mais bacilífera, deve-se manter a amamentação e iniciar tratamento da mãe;
- Hepatite B: a vacina e a administração de imunoglobulina específica (HBIG) após o nascimento, praticamente eliminam qualquer risco teórico de transmissão da doença via leite materno;
- Hepatite C: a prevenção de fissuras mamilares em lactantes HCV positivas é importante, uma vez que não se sabe se o contato da criança com sangue materno favorece a transmissão da doença;
- Dengue: não há contra-indicação da amamentação em mães que contraem dengue, pois há no leite materno um fator antidengue que protege a criança;

5.3 Como manejar o aleitamento materno em situações especiais

5.3.1 Nova gravidez¹¹

É possível manter a amamentação em uma nova gravidez se for o desejo da mulher e se a gravidez for normal. Contudo, algumas crianças interrompem a amamentação espontaneamente quando a mãe engravida. O desmame pode ocorrer pela diminuição da produção do leite, alteração do gosto do

leite, perda do espaço destinado ao colo com o avanço da gravidez ou aumento da sensibilidade dos mamilos durante a gravidez.

Importante: Na ameaça de parto prematuro é indicado interromper a lactação.

5.3.2 Amamentação de gêmeos¹³

A maioria das mulheres tem leite suficiente para amamentar filhos gêmeos:

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

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

5.3.3 Crianças com más formações orofaciais¹¹

As principais dificuldades na amamentação relatadas pelas mães de bebês com más formações orofaciais são: sucção fraca, dificuldade na pega, refluxo de leite pelas narinas, engasgos do bebê, ganho de peso insuficiente, pouco leite, ingurgitamento mamário e trauma mamilar.

Intervenção

- Expressão manual do leite para amaciar mamilo e aréola; oclusão da fenda com o dedo da mãe, durante a mamada;

- Posicionamento do mamilo em direção ao lado oposto à fenda; e utilização do bebê em posição semi-sentada para evitar refluxo de leite pelas narinas.

Na presença de fissuras labiopalatais:

Intervenção:

- Orientação constante da dupla mãe/bebê e muito apoio por parte de equipe multiprofissional especializada. Quando a má formação é identificada durante a gestação, a equipe pode iniciar precocemente a orientação aos pais.

5.3.4 Crianças portadoras de distúrbios neurológicos¹¹

Quando a criança tem incoordenação motora-oral, dificuldade na deglutição e na sucção é importante o profissional de saúde:

- Orientar a mãe na realização da ordenha com frequência e oferecer o leite ordenhado, além de estimular a região perioral da criança e incentivar a sucção introduzindo o dedo mínimo na sua cavidade oral. Se a criança estabelecer coordenação entre sucção, deglutição e respiração, a mãe pode oferecer cuidadosamente o seio, com supervisão profissional.

Na síndrome de Down, a hipotonia costuma ser um dos fatores que dificultam o aleitamento materno.

Intervenção

- Acompanhamento cuidadoso da dupla mãe/bebê por equipe multiprofissional, somado a orientações adequadas e ajuda efetiva favorece o estabelecimento e a manutenção do aleitamento materno.

5.3.5 Refluxo gastroesofágico¹¹

Essa condição se resolve espontaneamente com a maturação do mecanismo de funcionamento do esfíncter esofágico inferior, nos primeiros meses de vida.

Nas crianças amamentadas no peito, os efeitos do refluxo gastroesofágico costumam ser mais brandos do que nas alimentadas com leite não humano, devido à posição supina do bebê para mamar e aos vigorosos movimentos peristálticos da língua durante a sucção.

É recomendado que a criança com refluxo gastroesofágico receba aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses e complementado até os dois anos ou mais.

5.3.6 Mãe com necessidades especiais¹¹

O profissional de saúde pode se deparar com mães com necessidades especiais como, por exemplo, limitações físicas, auditivas ou visuais que dificultem certas técnicas de amamentação. Essas situações exigem maior habilidade em relação à comunicação em saúde e maior suporte por parte da família e dos profissionais em relação às eventuais dificuldades relativos ao manejo do aleitamento. O apoio do serviço de saúde aumenta o vínculo entre os profissionais e a dupla mãe-bebê e a família, também consolida direitos humanos de forma inclusiva.

5.4 Ordenha de leite humano³

A ordenha é útil para aliviar o desconforto provocado por uma mama muito cheia, bem como para manter a

produção de leite quando o bebê não suga ou tem sucção inadequada (Ex.: RN de baixo peso ou doentes), aumentar a produção de leite e retirar leite para ser oferecido à criança na ausência da mãe ou para ser doado a um banco de leite humano. A ordenha do leite pode ser feita manualmente ou com o auxílio de bombas de extração de leite. A ordenha manual, além de ser eficiente, é mais econômica e prática, possibilitando que a nutriz retire seu leite mais facilmente em locais e situações diversas.

Passos da ordenha manual do leite com técnica correta³



- Procurar uma posição confortável e relaxante. Pensar no bebê pode auxiliar na ejeção do leite.
- Massagear delicadamente a mama com a ponta dos dedos, com movimentos circulares, da base da mama em direção à aréola.
- Manter o tórax curvado sobre o abdome, para facilitar a saída do leite e aumentar o seu fluxo.
- Posicionar os dedos da mão em forma de “C”, com o polegar na aréola ACIMA do mamilo e o dedo indicador ABAIXO do mamilo na transição aréola-mama, em oposição ao polegar, sustentando o seio com os outros dedos.
- Usar preferencialmente a mão esquerda para ordenhar a mama esquerda e a mão direita para a mama direita, ou as duas mãos simultaneamente (técnica bimanual).
- Fazer leve pressão do polegar e do dedo indicador, um em direção ao outro, e leve pressão em direção à parede torácica. Pressão muito forte pode bloquear os ductos lactíferos. Após a pressão, soltar. Repetir essa manobra tantas vezes quanto necessárias. A princípio o leite pode não fluir, mas depois de pressionar algumas vezes, o leite começa a pingar e pode fluir em jorros se o reflexo de ocitocina for ativado.

- Mudar a posição dos dedos ao redor da aréola para que todas as áreas da mama sejam esvaziadas.
- Iniciar a ordenha da outra mama quando o fluxo de leite diminuir. Alternar a mama e repetir a massagem e o ciclo várias vezes. Lembrar que ordenhar leite de peito adequadamente leva mais ou menos 20 a 30 minutos, em cada mama, especialmente nos primeiros dias, quando apenas uma pequena quantidade de leite pode ser produzida.

6. SITUAÇÕES DE INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

6.1 Relacionadas à Mãe

6.1.1 Mamilos invertidos ou pseudoinvertidos¹³

Causas

- Mamilos que possuem aderências na sua base e dificultam a preensão correta por parte da criança. Alguns mamilos apresentam-se com a região areolar flexível, que leva a menor dificuldade para a amamentação.

Intervenções

- Promover a confiança materna.
- Ajudar a mãe nas primeiras mamadas, no sentido de fazer com que a criança abocanhe a região mamilo-areolar.
- Mostrar outras posições para amamentação.
- Orientar sobre medidas, antes de amamentar ou nos intervalos, que podem ajudar a aumentar o mamilo, como o toque utilizado na ordenha mamária.
- Caso já tenha ocorrido a descida do leite, orientar a realização da ordenha até que a criança consiga sugar efetivamente, oferecendo-lhe esse leite de preferência em copinho.

6.1.2 Dificuldade para amamentar¹³

Causas

- A dificuldade para amamentar é comum nos primeiros dias após o parto, e geralmente está relacionada ao desconhecimento ou inexperiência em amamentação. Os profissionais de saúde têm um papel importante na prevenção e no manejo dessas dificuldades¹¹.

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).
- É importante que a mulher saiba que, nos primeiros dias, as crianças choram com maior frequência e em intervalos mais curtos e, depois da apojadura, esse intervalo tende a aumentar; além disso, que os bebês perdem peso nos primeiros dias de vida, evitando assim pensamentos incorretos sobre a qualidade do leite e produção láctea.
- Identificar a causa de medo e ansiedade na mãe e procurar ajudá-la e, se necessário recorrer à ajuda de outros profissionais.

6.1.3 Lesões mamilares¹³

Causas

- Pega inadequada: quando a criança apreende somente o mamilo.
- Sucção não nutritiva prolongada.
- Higiene frequente dos mamilos com água, sabão, álcool ou qualquer produto secante: há remoção da membrana hidrolipídica que constitui fator de proteção da região mamilo-areolar.
- Uso de cremes, óleos, pomadas e/ou medicamentos: pode causar reações alérgicas e, devido à necessidade de serem removidos antes de cada mamada, tornam a região mamilo-areolar mais sensível e predisposta a lesões.
 - Ingurgitamento mamário
- Mamilos curtos, pouco protrusos ou invertidos.
- Disfunções orais na criança, freio de língua excessivamente curto.
- Uso impróprio de bomba de extração de leite.
- Uso de protetores de mamilo.
- Exposição prolongada a forros úmidos.
- Interrupção inadequada da sucção da criança.
- Desconhecimento da mulher em relação aos procedimentos profiláticos.

- **Candidíase mamilo-areolar:** é uma infecção fúngica comum no puerpério, cuja instalação pode ser favorecida por umidade, presença de lesão mamilar, uso de antibióticos, contraceptivos orais e esteróides. A mulher refere presença de prurido local, sensação de queimação e dor em agulhadas que persiste após as mamadas. A pele dos mamilos e aréola pode apresentar-se levemente hiperêmica e com pequena descamação. Na cavidade oral da criança podem ser percebidas crostas de coloração branca, de difícil remoção.

Intervenções

- Corrigir a causa (posicionamento e/ou pega).
- Retirar um pouco de leite da mama em quantidade para desencadear o reflexo de ejeção, evitando que a criança sugue com muita força no início.
- Passar o leite materno nos mamilos.
- Expor os mamilos ao ar.
- Iniciar a amamentação pelo mamilo sadio ou menos traumatizado ou doloroso.
- Interromper temporariamente a amamentação nos casos de fissuras grandes, erosão, dilaceração e grau de dor significativa relatada pela nutriz. Ordenhar o leite da mama e oferecer no copinho, até que haja cicatrização (dois a três dias). Retomar a amamentação gradativamente.
- Amamentar em posição invertida.
- Realizar flexibilidade areolar antes de cada mamada, evitando que a criança apreenda apenas o mamilo.
- As chupetas e bicos de mamadeira são fontes de reinfecção, por isso, caso não seja possível eliminá-los, eles devem ser fervidos por 20 minutos pelo menos uma vez ao dia.¹¹
- No caso de candidíase: tratar a mãe e o bebê com fungicida local. Verificar se a mãe não é portadora de monilíase vaginal, que também deverá ser tratada. O tratamento inicialmente é tópico, com nistatina, clotrimazol, miconazol ou cetoconazol por duas semanas. As mulheres podem aplicar o creme após cada mamada, e o mesmo não precisa ser removido antes da próxima mamada. Se o tratamento tópico não for eficaz, recomenda-se fluconazol oral sistêmico por 14 dias.¹⁶

6.1.4 Ingurgitamento mamário¹³

Causas

- Amamentação inadequada (início tardio, baixa frequência

de mamadas, restrição do tempo de sucção, sucção incorreta, obstrução de ductos, malformações mamilares, prematuridade).

Intervenções

- Proceder à massagem delicada na mama, com movimentos circulares, especialmente nas regiões endurecidas e dolorosas, no sentido de tornar o leite mais fluido.
- Realizar ordenha manual da aréola, se estiver tensa, antes de iniciar a amamentação para obter a flexibilidade areolar.
- Estimular posições variadas de amamentação, como a invertida, a fim de auxiliar a retirada de leite dos pontos dolorosos.
- Oferecer à mãe apoio emocional e promover medidas de relaxamento.
- Se o bebê não sugar toda a mama, esvaziar a mama manualmente ou com bomba.
- Orientar ao uso de um sutiã firme, com alças largas, para alívio da dor e manutenção dos ductos em posição anatômica.
- Evitar o uso de conchas.
- Não usar calor local.
- O uso de compressas frias entre as mamadas, para diminuir a vascularização, ou de compressas quentes antes das mamadas, como facilitadoras da ejeção do leite, têm larga aceitação entre os profissionais, mas não possuem comprovação científica de suas vantagens¹². As compressas frias, quando realizadas, não devem ultrapassar 20 minutos para evitar efeito rebote, ou seja, aumento do fluxo de sangue para compensar a redução da temperatura¹¹.
- Não suspender a amamentação, pois pode agravar o quadro de ingurgitamento.

6.1.5 Produção de leite insuficiente¹³ (real e referida)

Não há embasamento científico sobre uma verdadeira insuficiência de produção de leite. Na maioria dos casos, o que ocorre é uma “falsa insuficiência”, causada por fatores sociais, ambientais, nutricionais, afetivos e psicológicos¹¹.

Causas

- A pega incorreta é a principal causa da remoção ineficiente do leite.

- 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.
- Mães tabagistas e usuárias de álcool.
- Ingurgitamento mamário.
- Insucesso anterior associado à insegurança materna.
- Intercorrências no parto e no pós-parto imediato (retenção placentária, hemorragias).
- Uso de drogas que interferem na produção.
- Cansaço e estresse materno.
- Cirurgia mamária (principalmente as redutoras) e algumas patologias maternas.

Causas – Referidas

- Insegurança materna.
- Dificuldade para realizar expressão e ordenha do leite.
- Sensação de flacidez e diminuição de volume da mama.
- Intervalos muito curtos entre as mamadas, mamadas curtas ou muito longas e a mãe não percebe que a criança dorme no peito e choro frequente da criança.
- Leite fraco, essa queixa está relacionada às questões culturais.

Intervenções

- Realizar história detalhada para identificar possíveis causas e procurar corrigi-las.
- Orientar a pega adequada e corrigir os aspectos relacionados a intervalo e tempo de mamada. Deve-se orientar a mãe a colocar o bebê para mamar várias vezes, pelo menos de 8 a 10 vezes ao dia, deixando-o sugar por um tempo mais longo.
- Avaliar a efetividade da sucção.
- Esclarecer a mãe sobre os problemas decorrentes do uso dos bicos artificiais (confusão de bicos) e complementos (água, chás, outros leites).
- Estimular repouso da mãe.

- Oferecer apoio, incentivo, esclarecimentos, informações relevantes que podem tranquilizar a mãe e ajudar a aumentar a confiança.
- O profissional de saúde e as mães devem estar atentos aos períodos de aceleração do crescimento que toda criança experimenta, e que se caracterizam por um aumento da demanda do leite. Muitas vezes as mães, ao vivenciarem a situação, acreditam que não estão sendo capazes de produzir leite suficiente. Esses períodos, em geral, duram entre 02 a 03 dias e costumam ocorrer entre 10 e 14 dias de vida, entre 04 e 06 semanas e em torno dos 03 meses⁹.

6.1.6 Mastite¹³

Causas

- A mastite puerperal é a infecção aguda da 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. Qualquer fator que possa favorecer o acúmulo de leite na mama pode contribuir para uma mastite: redução brusca do número de mamadas, mamadas com horários fixos, longo período de sono do bebê à noite, não esvaziamento completo das mamas, sucção fraca, uso de mamadeira, fadiga materna etc.

Diversos micro-organismos 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.

A mama pode ser acometida em parte ou no seu todo, com vermelhidão, calor, endurecimento e intensa dor. A mulher também apresenta febre, calafrios, mal-estar, prostração.

Intervenções

- Retirada do leite, preferencialmente por ordenha manual, pois o esvaziamento da mama é muito importante.
- Orientar repouso para mãe, utilização de sutiã firme e oferecer suporte emocional,
- Uso de analgésicos (paracetamol) e anti-inflamatórios (Piroxicam).
- Uso de antibióticos penicilinase resistente ou cefalosporinas que cobrem *S. aureus* produtor de betalactamase: Cefalexina: 500mg, via oral, de seis em seis horas, Amoxicilina: 500mg ou Amoxicilina associada ao Ácido Clavulânico (500mg/125mg), por via oral, de oito em oito ho-

ras. Em pacientes alérgicas a essas drogas, está indicada a Eritromicina 500mg, por via oral, de seis em seis horas. Em todos os casos os antibióticos devem ser utilizados por, no mínimo 10 dias, pois tratamentos mais curtos apresentam alta incidência de recorrência¹¹.

- É importante manter a lactação, começando pela mama sadia, segurar o bebê em diferentes posições e a mãe deve ter licença do trabalho para repousar.

Importante: Caso não haja regressão dos sintomas em 48 horas do início da antibioticoterapia, deve ser considerada a possibilidade de abscesso mamário e de encaminhamento para unidade de referência local, para eventual avaliação diagnóstica especializada e revisão de antibioticoterapia. Nesta situação, o profissional de saúde deve agendar retorno da mãe à Unidade de Saúde e que a unidade ofereça acesso sob demanda espontânea, com vistas à continuidade do cuidado¹¹.

6.1.7 Ducto bloqueado¹³

Causas

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

Intervenções

- Eliminar a causa.
- Mamadas freqüentes em distintas posições, oferecendo primeiro a mama afetada¹¹
- Fazer massagens delicadas na região endurecida, antes e após as mamadas.
- Realizar ordenha manual ou com bomba de extração caso a criança não esteja conseguindo esvaziá-la.
- Remoção do ponto esbranquiçado na ponta do mamilo,

friccionando com uma toalha ou utilizando uma agulha esterilizada.

6.1.8 Fenômeno de Raynaud¹³

Causas

- Trata-se de uma isquemia intermitente nos mamilos causada por vasoespasmos. Geralmente ocorre como resposta ao frio, compressão anormal dos mamilos na boca da criança ou traumas mamilares importantes. Os mamilos apresentam-se inicialmente pálidos (falta de irrigação sanguínea) e a dor (em fisgada) está presente antes, durante e após as mamadas. A palidez é seguida de cianose e por fim o mamilo se torna hiperêmico.

Intervenções

- Melhorar a técnica de amamentação, caso a pega esteja inadequada;
- Aplicar compressas mornas para alívio da dor.
- Evitar o uso de cafeína e nicotina.
- Nos casos em que não há melhora, utilizar medicação específica: nifedipina - 5mg, três vezes ao dia por uma ou duas semanas, ou 30 a 60mg, uma vez ao dia para a formulação de liberação lenta.

6.2 Relacionadas à criança

6.2.1 Dificuldade de apreensão correta da região mamilo-areolar¹³

Causas

- Recém-nascido posicionado longe da mãe e desalinhado.
- 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 protetores e chupeta.
- Prematuridade ou recém-nascidos de baixo peso.

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, esse estímulo deve ser realizado várias vezes ao dia.

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

6.2.2 Dificuldade de sucção¹³

Causas

- Imaturidade do reflexo de sucção.
- Confusão de bicos, ou seja, a criança faz uso de bicos de chupeta ou de mamadeira.
- Postura inadequada (bebê com pescoço torcido, cabeça flexionada, longe da mãe).
- Mamas muito volumosas.
- Produção aumentada de leite e um fluxo inicial forte e abundante.
- Obstrução nasal.

Intervenções

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

6.2.3 Criança que dorme no peito¹³

Causas

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

Intervenções

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

6.2.4 Choro frequente¹³

Choros frequentes podem ser comuns em alguns bebês. Ouvir o bebê chorar pode ser muito angustiante para as mães e este sentimento pode ser transmitido ao bebê levando a um ciclo vicioso. Se todas as causas possíveis forem descartadas, orientar a mãe/família a ficarem calmos e tentar acalmar o bebê, respondendo prontamente e passando segurança, aconchegando no peito, cantando uma música, andando pela casa, etc. Orientar a mãe para nunca chacoalhar ou sacudir o bebê, pode ser fatal ou trazer graves conseqüências.

Causas

- Cansaço e desconforto.
- A criança não está recebendo leite materno suficiente.
- Não está mamando por tempo suficiente para ficar satisfeita.
- A criança mama nas duas mamas por pouco tempo, recebendo mais leite anterior.
- Alimentação da mãe que provoca fermentação ou alergia ou uso de substâncias como cafeína e nicotina.
- Algum desconforto físico (dor, frio) ou psíquico da criança.

Intervenções

- Identificar a real causa do choro e procurar corrigi-la.
- Orientar a amamentação guiada pelo bebê, uma vez que existe a fase de aceleração do crescimento do bebê, onde ele demanda mais para mamar¹¹.

6.2.5 Recusa do peito¹³

Causas

- Uso de bicos artificiais na alimentação com mamadeira ou uso de chupetas. Pode ocorrer também, com o uso de “protetores de silicone” ou quando a mãe tem mamas com mamilos diferentes.

Intervenções

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

6.2.6 Ganho de peso inadequado¹³

Causas

- A perda de peso fisiológica para um recém-nascido de termo é de 10% nos primeiros 7 a 10 dias de vida, recuperando-o em torno do 15º dia. O ganho ponderal esperado para uma criança em aleitamento materno exclusivo é de 18 a 30g/dia e, ao final do primeiro mês, deve ser superior a 500g. Se uma criança amamentada não apresentar um ganho de peso satisfatório, deve-se pensar primeiramente em erro de técnica de amamentação, e posteriormente, em alguma doença (infecção urinária, anemia, refluxo, cardiopatia, entre outras).

Intervenções

- Avaliar a técnica da amamentação (posicionamento, pega, tempo de mamada, intervalo entre as mamadas, efetividade da sucção).
- Avaliar a frequência e característica das eliminações (urinárias e intestinais).
- Avaliar a produção láctea da mãe.
- Observar aspectos relacionados ao vínculo mãe-bebê.
- Realizar uma avaliação clínica para descartar outras causas.

- Acompanhamento semanal, após orientação, até a normalização.

7. MALEFÍCIOS DOS BICOS E MAMADEIRAS E RISCOS DA ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL¹²

Bicos e mamadeiras são **veículos de contaminação**; são inconvenientes porque os líquidos, sucos ou leites artificiais podem ser preparados de forma não higiênica, com a utilização de água contaminada, diluindo excessivamente o pó, e prejudicam a proteção imunológica fornecida pelo leite materno. As mamadeiras podem estar contaminadas por bactérias, pois a higiene deste utensílio é difícil, principalmente entre o bico e a garrafa.

Ainda, os bebês de até 06 meses que recebem água, chá ou suco, além do leite materno, **deixam de receber as defesas** naturais do alimento mais importante para ela, além de ser alvo de todos os outros prejuízos já citados.

Outro fator negativo da utilização de mamadeiras é a **ocorrência de cáries**, pois por pressão negativa, o leite sai da mamadeira muito anteriormente e fica acumulado na boca, em volta do dente, até o reflexo da deglutição ser estimulado.

Quando oferecida a mamadeira, ela pode interferir negativamente com o aleitamento materno exclusivo, pois crianças que fazem uso de mamadeiras e chupetas geralmente vão ao peito com menos frequência, o que pode prejudicar na produção do leite.

De acordo com o UNICEF, o **“desenvolvimento das práticas da amamentação e a redução da alimentação artificial poderiam salvar uma média de 1,5 milhões de crianças por ano”** (State of the World’s Children 2001 – IBFAN).

Quanto à alimentação artificial, há estudos que comprovam inúmeros prejuízos, tais como:

A exposição precoce ao leite de vaca (antes dos quatro meses) aumenta em 50% o risco do aparecimento do Diabetes mellitus tipo I¹¹;

A quantidade de cálcio no leite de vaca é três vezes maior que no leite materno, porém, com desequilíbrio entre os minerais necessários para sua adequada utilização, prejudicando sua biodisponibilidade¹²;

O leite da vaca possui três vezes mais proteínas que o leite humano, sobrecarregando o rim quando consumido em alta quantidade, podendo aumentar a excreção urinária de cálcio¹²;

A exposição a pequenas doses de leite de vaca nos primeiros dias de vida parece aumentar o risco de alergia ao leite de vaca. O uso de fórmulas lácteas, portanto, deve ser evitado nas maternidades¹¹.

8. PROTEÇÃO LEGAL DO ALEITAMENTO MATERNO

O profissional de saúde deve conhecer leis e outros instrumentos de proteção do AM para que possa informar às mulheres que estão amamentando e suas famílias. Além de divulgar os instrumentos de proteção da amamentação, é importante que o profissional respeite e monitore o cumprimento a legislação, denunciando as irregularidades³.

Os principais direitos da mulher que protegem o Aleitamento Materno estão listados abaixo:

- Licença maternidade – É assegurada licença de 120 dias consecutivos para empregada gestante, sem prejuízo do emprego e da remuneração, podendo ter início no primeiro dia do nono mês de gestação, salvo antecipação por prescrição médica (Constituição Federal de 1988, artigo 7º - inciso XVIII). A Lei Federal no 11.770, de 9 de setembro de 2008, cria o Programa Empresa Cidadã, que visa prorrogar para 180 dias a licença-maternidade previsto na Constituição, mediante incentivo fiscal às empresas. O Decreto no 6.690, de 11 de dezembro de 2008, regulamenta a extensão da licença-maternidade prevista na lei 11.770 para as servidoras da Administração Pública Federal. A empregada deve requerer a licença-maternidade até o final do primeiro mês após o parto e, o benefício também se aplica à empregada que adotar ou obter guarda judicial
- Direito à garantia no emprego – É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa da mulher trabalhadora durante o período de gestação e lactação, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto (Ato das disposições constitucionais transitórias – artigo 10 inciso II, letra b).
- Direito à creche – Todo estabelecimento que empregue mais de trinta mulheres, com idade superior a 16 anos, deverá ter local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período de amamentação. Essa exigência poderá ser suprida por meio de creches distritais mantidas, diretamente ou mediante convênios, com outras entidades públicas ou privadas como SESI, SESC, LBA, ou entidades sindicais. (Consolidação das Leis do Trabalho – artigo 389 – parágrafos 1º e 2º).
- Pausas para amamentar – Para amamentar seu filho, até que este complete seis meses de idade, a mulher terá di-

reito, durante a jornada de trabalho de oito horas, a dois descansos, de meia hora cada um. Quando assim exigir a saúde do filho, o período de seis meses poderá ser expandido a critério da autoridade competente. (Consolidação das Leis do Trabalho – artigo 396 – parágrafo único).

- Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras - NBCAL (Portaria do Ministério da Saúde nº 2.051/2001 e duas Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a RDC nº 221/2002 e a RDC nº 222/2002) e Lei no 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Esses instrumentos regulamentam a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância (até os 3 anos de idade) e produtos de puericultura correlatos, dentre outras disposições, proíbe a promoção comercial de fórmulas infantis, bicos, chupetas, mamadeiras, protetores de mamilo e torna obrigatório que as embalagens dos alimentos indicados ou apresentados às crianças de 0 a 3 anos, tragam advertências sobre a importância da amamentação e os riscos para o desmame precoce, conforme determina a lei, para cada categoria do produto.

9. BANCO DE LEITE HUMANO¹⁰

9.1 Banco de Leite Humano e Posto de Coleta Humano

O Banco de Leite Humano (BLH) é responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz, seleção, classificação, processamento, controle de qualidade e distribuição, sendo proibida a comercialização dos produtos por ele distribuídos^{10,15}.

O Posto de Coleta de leite humano (PCLH) é uma unidade fixa ou móvel, intra ou extra-hospitalar, vinculada tecnicamente a um banco de leite humano e administrativamente a um serviço de saúde ou ao próprio banco. O PCLH é responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz e sua estocagem¹⁰.

9.2 Doação de Leite Humano¹⁴

Algumas mulheres que estão amamentando produzem um volume de leite além da necessidade do bebê, o que possibilita que sejam doadoras de um Banco de Leite Humano. De acordo com a legislação que regulamenta o funcionamento dos Bancos de Leite no Brasil (RDC Nº 171) a doadora, além de apresentar excesso de leite deve estar saudável,

não usar medicamentos que impeçam a doação e se dispor a ordenhar e a doar o excedente.

9.3 Como instruir a mãe ao preparo do frasco para coleta de leite humano¹⁴

- Escolher um frasco de vidro com tampa plástica, pode ser de café solúvel ou maionese.
- Retirar o rótulo e o papelão que fica sob a tampa e lavar com água e sabão, enxaguando bem.
- Em seguida, colocar o frasco e a tampa em uma panela, cobrir com água e ferver por 15 minutos (conte o tempo a partir do início da fervura).
- Escorrer a água da panela e colocar o frasco e a tampa para secar de boca para baixo em um pano limpo.
- Deixar escorrer a água do frasco e da tampa. Não enxugar.
- Utilizar quando estiver seco.
- Após o preenchimento do frasco com o leite humano coletado, identificá-lo com nome, data e horário do início da coleta. Se o volume for completado, a data (dia/mês/ano) e o horário deverão, necessariamente, ser da primeira coleta¹².

9.4 Como instruir a mãe à retirada do leite humano (ordenha)

- O leite deve ser retirado depois que o bebê mamar ou quando as mamas estiverem muito cheias.
- Ver item 5.2 (Ordenha do Leite).

9.5 Instrução de armazenamento do leite ordenhado¹⁴

- O frasco com leite retirado deve ser armazenado no congelador ou freezer.
- Na próxima vez que for retirar o leite, utilizar outro recipiente esterilizado e ao terminar acrescentar este leite no frasco que está no freezer ou congelador. Se o leite for mantido no refrigerador, deve ser colocado na primeira prateleira da geladeira, com temperatura de até 5°C (nunca na porta da geladeira) e pode ser utilizado até 12h após a coleta. Se o leite for congelado, poderá ser utilizado até 15 dias após a coleta. Lembrar que, no caso dos leites que serão doados para BLH, o prazo de chegada ao mesmo deve ser de, no máximo, 10 dias, para que seja possível pasteurizar o leite em até 15 dias, sem prejuízo da qualidade do produto¹².

9.6 Locais para Doação de Leite Humano no Paraná

Atualmente a REDEBLH do Paraná está constituída de 10 BLH, distribuídos em 09 municípios, sendo que no Hospital Universitário de Londrina/Hospital Regional Norte do Paraná situa-se o BLH de Referência Estadual.

10. ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

As Diretrizes do Ministério da Saúde apontam estratégias para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, tais como: a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Método Canguru, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Mulher Trabalhadora que Amamenta e Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e Rede Brasileira de BLH. Todas as estratégias acima, trabalham com educação em larga escala, adequação das práticas assistenciais, disseminação de mensagens sobre amamentação exclusiva, que levem em consideração as práticas culturais, apoio e orientação às mulheres lactantes, garantia dos direitos reprodutivos e a implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes.

10.1 Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC¹⁴

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada em 1991, está inserida na Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Atualmente, a IHAC é adotada por mais de 20.000 hospitais de 156 países, incluindo o Brasil, sendo considerada uma **estratégia efetiva para o incremento da prevalência e da duração da amamentação exclusiva e total**.

Os critérios para credenciamento dos Hospitais na IHAC compreendem o cumprimento dos **“Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (no caso do Brasil, a NBCAL - Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras)** pelas maternidades certificadas. Mais recentemente, em 22 de maio de 2014, o MS publicou a Portaria 1.153 que redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Locais para Doação de Leite Humano no Paraná	
Hospital de Clínicas da UFPR	Curitiba
Rua General Carneiro, 181, Maternidade, 4º andar, Centro	Fone: 41-3360-1867
Hospital Universitário Evangélico de Curitiba	Curitiba
Alameda Augusto Stelfeld, 1.908, Bigorriho	Fone: 41-3240-5117
Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira	Ponta Grossa
Rua Joaquim de Paula Xavier, 500, Vila Estrela	Fone: 42-3026-9403
Hospital de Caridade São Vicente de Paulo	Guarapuava
Rua Marechal Floriano Peixoto, 1059 - Centro	Fone: 42-3035-8384
Hospital Ministro Costa Cavalcanti	Foz do Iguaçu
Avenida Gramado, 763, Vila A	Fone: 45-3576-8000
Hospital Universitário do Oeste do Paraná	Cascavel
Avenida Tancredo Neves, 3.224, Santo Onofre	Fone: 45-3321-5151
Hospital Universitário de Maringá	Maringá
Avenida Mandacará, 1.590, Jardim Parque das Laranjeiras	Fone: 44-2101-9174
Hospital da Providência	Apucarana
Rua Rio Branco, 518 Centro	Fone: 43-3420-1479
Hospital Regional Norte do Paraná	Londrina
Avenida Robert Koch, 60, caixa postal 791, Vila Operária	Fone: 43-3371-2390
Hospital Bom Jesus de Toledo	Toledo
Rua Almirante Barroso, 2.193 - Centro	Fone: 45-2103-2013

Com a proposta de fortalecimento da IHAC no Brasil, a nova portaria incluiu mais **dois novos critérios: a presença de acompanhante para o recém-nascido internado em UTI e UCI neonatal durante todo o período de permanência no hospital, conforme previsto na Portaria nº 930 de maio de 2012, e o Cuidado Amigo da Mulher, que prevê as boas práticas de atenção ao pré-natal, parto e pós-parto adotados na Rede Cegonha**, bem como ações educativas articuladas com a Atenção Básica, de modo a informar à mulher sobre a assistência que lhe é devida, do pré-natal ao puerpério, visando ao estímulo das “Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento”, na forma da Recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) no Atendimento ao Parto Normal. Atualmente, o estado do Paraná tem 21 Hospitais credenciados como “Amigo da Criança”.

Aleitamento Materno¹⁴

Toda e qualquer unidade que preste assistência obstétrica e neonatal deve:

1. Ter uma política de aleitamento materno, escrita, que seja

rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.

2. Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.
3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vier a serem separadas dos seus filhos.
6. Não oferecer a recém nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.

9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

10.2 Método Canguru ⁸

O Método Canguru - **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso** – inicialmente desenvolvido na Colômbia em 1979, foi implementado no Brasil em 1997 para combater a mortalidade em bebês prematuros e/ou nascidos com menos de 2,5kg.

O método consiste em promover uma série de cuidados humanizados aos Recém Nascidos Baixo Peso, e estimula o contato pele a pele entre a mãe/pai e o bebê, de forma gradual, evoluindo até a posição Canguru. O método possibilita, entre outros, maior vínculo afetivo, estabilidade térmica,

estímulo à amamentação e ao adequado desenvolvimento do bebê.

As Normas de Orientações para a implantação do Método Canguru foram atualizadas com publicação da *Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007*.

A atuação dos profissionais de saúde capacitados começa numa fase prévia ao nascimento do bebê, com a identificação das gestantes em risco ao parto prematuro ou criança de baixo peso. Nessa situação, a mãe e a família recebem as orientações e cuidados específicos que devem ter com o bebê, além de apoio e estímulo para que estabeleçam contato físico e se aproximem da criança.

Entre os resultados positivos do Método Canguru destacam-se:

- aumenta o vínculo mãe-filho
- reduz o tempo de separação mãe-filho

Hospitais credenciados como “Amigo da Criança”

RS	NOME DO HOSPITAL	CIDADE	CRENCIAMENTO
17 ^a	Hospital Evangélico	Londrina	1995
2 ^a	Hospital de Clínicas da UFPR	Curitiba	1996
2 ^a	Centro Médico Comunitário Bairro Novo	Curitiba	1998
2 ^a	Hospital Mater Dei	Curitiba	1998
2 ^a	Hospital do Trabalhador	Curitiba	1998
2 ^a	Hospital Evangélico	Curitiba	1998
17 ^a	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná	Londrina	2000
17 ^a	Hospital e Maternidade Municipal Lucilla Ballalai	Londrina	2000
3 ^a	Santa Casa de Misericórdia	Ponta Grossa	2001
18 ^a	Hospital e Maternidade Ribeirão do Pinhal	Ribeirão do Pinhal	2003
6 ^a	Associação de Proteção à Maternidade e a Infância	União da Vitória	2002
7 ^a	Hospital São Lucas	Pato Branco	2003
15 ^a	Hospital Universitário Regional	Maringá	2003
2 ^a	Maternidade Humberto Carrano	Lapa	2003
9 ^a	Hospital Ministro Costa Cavalcanti	Foz do Iguaçu	2005
10 ^a	Hospital Universitário do Oeste do Paraná	Cascavel	2005
2 ^a	Maternidade Victor Ferreira do Amaral	Curitiba	2006
2 ^a	Hospital e Maternidade Alto Maracanã	Colombo	2009
4 ^a	Santa Casa	Irati	2009
2 ^a	Hospital Nossa Senhora da Luz dos Pinhais	Pinhais	2013
20 ^a	Associação Beneficente de Saúde do Oeste do Paraná	Toledo	2013

- melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RN de baixo-peso.
- estimula o aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração
- permite um controle térmico adequado
- favorece a estimulação sensorial adequada do RN
- contribui para a redução do risco de infecção hospitalar
- reduz o estresse e a dor dos RN de baixo peso
- propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde
- possibilita maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar
- contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários.

A UTI Neonatal do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná é a Referência Estadual, certificada pelo Ministério (2014), para a estratégia Método Canguru.

10.3 Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil ²

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil é um instrumento que fortalece as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, além da alimentação complementar saudável para menores de dois anos de idade no âmbito da

Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. A estratégia visa à qualificação do processo de trabalho dos profissionais da atenção básica, objetivando contribuir para a redução da mortalidade infantil e da ocorrência de agravos à saúde na infância e na idade adulta como obesidade, diabetes, dentre outras, incentivando o aleitamento materno e uma alimentação complementar saudável.

10.4 Mulher Trabalhadora que Amamenta ¹

Esta estratégia consiste em criar nas empresas públicas e privadas uma cultura de respeito e apoio à amamentação como forma de promover a saúde da mulher trabalhadora e de seu bebê, trazendo benefícios diretos para a empresa e para o país. A formação de profissionais de saúde e de outras áreas relativas ao tema do aleitamento materno visa sensibilizar gratuitamente gestores e patrões de instituições públicas e privadas, a implementação de salas de apoio à amamentação nas empresas, a adoção ao programa Empresa Cidadã com a licença maternidade de seis meses, entre outras ações à mulher trabalhadora que amamenta.

A Nota Técnica Conjunta n° 001/2009 GGTES/ANVISA – Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/SAS/MS vem, então, nortear a implantação desta estratégia nas empresas.

O “Grupo O Boticário” e a “Cassi-PR do Banco do Brasil”, situadas em São José dos Pinhais - PR receberam certificação do Ministério da Saúde, como reconhecimento por sua iniciativa na implantação de salas de apoio à amamentação para atender suas funcionárias em suas empresas.

Links interessantes

1. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ama-mentacao_drogas.pdf
2. Site da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano: <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>
3. Cadernos de Atenção Básica. Saúde da Criança: Nutrição Infantil. http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/cadernoatenaobasica_23.pdf
4. Manual de Aleitamento Materno da FEBRASGO <http://www.itarget.com.br/newclients/sggo.com.br/2008/extra/download/Aleitamento.pdf>
5. NBCAL <http://www.ibfan.org.br/parceiros/pdf/2.pdf>
6. Guia Alimentar para crianças menores de dois anos <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/enpacs10passos.pdf>
7. Cartilha Estratégia Mulher Trabalhadora que Amamenta http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mae_trabalhadora_amamenta.pdf

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde > Mulher Trabalhadora que amamenta. Disponível em: > http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=38282&janela=1 > Acesso em: 15 mar. 2013.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional da Promoção do Aleitamento Materno e da Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde, Manual de Implementação, Brasília: versão preliminar, 2012.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção a Saúde do Recém Nascido. Guia para os profissionais de saúde. Cuidados Gerais. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, v.1, 2011.
4. BRASIL apud HORTA, B.L. et al . Ministério da Saúde. Atenção a Saúde do Recém Nascido. Guia para os profissionais de saúde. Cuidados Gerais. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, v.1, 2011.
5. BRASIL. apud Gerstein, H.C. Ministério da Saúde. Atenção a Saúde do Recém Nascido. Guia para os profissionais de saúde. Cuidados Gerais. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, v.1, 2011.
6. BRASIL. apud DEWEY, K.G. Ministério da Saúde. Atenção a Saúde do Recém Nascido. Guia para os profissionais de saúde. Cuidados Gerais. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, v.1, 2011.
7. BRASIL. apud WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ministério da Saúde. Atenção a Saúde do Recém Nascido. Guia para os profissionais de saúde. Cuidados Gerais. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, v.1, 2011.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém -nascido de baixo peso: Método Canguru. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 145 Brasília: 2009. 238 p.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa_pdf.pdf. Acesso em 14 mar.2013
10. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de Leite Humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília, 2008. 161 p.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica – nº 23. Brasília: 2009. 111 p.
12. CARVALHO, M.R.;TAVARES, L.A.M. Amamentação. Bases Científicas. 3ªed, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro: 2010. 435 p.
13. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Manual de Aleitamento Materno. São Paulo, 2010
14. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Disponível em: < <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>> Acesso em 14 mar.2013
15. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Revista, Atualizada e Ampliada para o Cuidado Integrado: Módulo1: histórico e implementação. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: 2008.78p.
16. GIUGLIANE, E.R.J. Problemas Comuns na Lactação e seu Manejo. J Pediatr (Rio J). 2004;80(5 Supl):S147-S154.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Amamentação e Uso de Medicamentos e outras Substâncias. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2ª ed. Brasília: 2010. 92 p.
18. SANTIAGO, L. B. Manual de Aleitamento Materno. Departamento Científico de Aleitamento Materno da Sociedade Brasileira de Pediatria, Manole. 1ª ed. Rio de Janeiro, 2013.