Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

Manual de Aleitamento Materno

2010

Aleitamento Materno

Manual de Orientação

Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

Diretoria

Presidente

Nilson Roberto de Melo

Secretaria Executiva
Francisco Eduardo Prota
Vice-Presidente Região Norte
Pedro Celeste Noleto e Silva
Vice-Presidente Região Nordeste
Francisco Edson de Lucena Feitosa
Vice-Presidente Região Centro-Oeste
Hitomi Miura Nakagava
Vice-Presidente Região Sudeste
Claudia Navarro Carvalho Duarte Lemos
Vice-Presidente Região Sul
Almir Antonio Urbanetz
Tesoureiro
Ricardo Oliveira e Silva
Tesoureira Adjunta
Mariângela Badalotti

manual febrasgo2 miolo.indd 1 27/8/2010 14:59:02

manual febrasgo2 miolo.indd 2 27/8/2010 14:59:02

Aleitamento Materno

Manual de Orientação

Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

Comissões Nacionais Especializadas
Ginecologia e Obstetrícia

Aleitamento Materno

Presidente: Corintio Mariani Neto (SP)
Vice-Presidente: Antonio Fernandes Lages (MG)
Secretária: Márcia Maria Auxiliadora de Aquino (SP)

Membros

Alexandre Vieira Santos Moraes (GO)
Ariani Impieri Souza (PE)
Heitor Hentschel (RS)
Juracy dos Santos Freire (GO)
Luciane Maria Oliveira Brito (MA)
Margarida Silva Nascimento (BA)
Newton Tomio Miyashita (SP)
Noélia Pedrosa Brito (SP)
Sérgio Makabe (SP)
Vander Guimarães Silva (RJ)
Wellington Ferreira Brum (AC)

---

manual febrasgo2 miolo.indd 3 27/8/2010 14:59:04

manual febrasgo2 miolo.indd 4 27/8/2010 14:59:04

Manual de Aleitamento Materno

Colaboradores

Alexandre Vieira Santos Moraes
Ana Cristina F. de Vilhena Abrão
Ana Júlia Colameo
Ana Márcia Correa Gomes
Ariani Impieri de Souza
Corintio Mariani Neto
Cristina Aparecida Falbo Guazzelli
Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos
Fátima Maria Bessa Lafayette
Geisy Maria de Souza Lima
Gláucia Virgínia de Queiroz Lins Guerra
Joana Saioko Watanabe Kuzuhara
Joel Alves Lamounier
José Eduardo Nestarez
Keiko Teruya
Kelly Pereira Coca
Laís Graci dos Santos Bueno
Márcia Maria Auxiliadora de Aquino
Margarida Silva Nascimento
Maria Isabel A. L. Nestarez
Maria José Guardia Mattar
Newton Tomio Miyashita
Nilson Roberto de Melo
Noélia Pedrosa Brito
Roberto Gomes Chaves
Rui de Paiva
Sérgio Makabe
Sonia Isoyama Venancio
Teresa Cristina Semer
Tereza Setsuko Toma
Vander Guimarães
Vilneide Braga Serve

manual febrasgo2 miolo.indd 5 27/8/2010 14:59:04

manual febrasgo2 miolo.indd 6 27/8/2010 14:59:04

ÍNDICE

A GLÂNDULA MAMÁRIA 11

Introdução 11
Embriologia mamária 11
Desenvolvimento puberal 12
Anatomia da mama 13
Fisiologia da mama 13
Ciclo menstrual 15
Puerperalidade 15

BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO 17

Para a mulher 17
Para a criança 17
Para a família, a instituição e a sociedade 18

O PAPEL DO OBSTETRA NO INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO 19

No pré-natal 19
No trabalho de parto 20
No parto 20
Na cesariana 20
No puerpério 21

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO 23

Definição de aleitamento materno exclusivo 23
Duração ideal do aleitamento materno exclusivo 23
Impacto do aleitamento materno exclusivo sobre a saúde materno-infantil 24
Situação do aleitamento materno exclusivo no Brasil e seus determinantes 25
Estratégias para a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo 26

TÉCNICAS EM ALEITAMENTO 29

Posicionamento 29
Pega 30
Sucção efetiva 30
Posição da mãe para amamentar 31
Término da mamada 31
Amamentação de gêmeos 32

PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS MATERNAS LOCAIS 35

Introdução 35
Classificação das principais intercorrências locais 35
Considerações finais 42

INTERCORRÊNCIAS MATERNAS GERAIS 43

Infecções que merecem cuidado especial 44

manual febrasgo2 miolo.indd 7 27/8/2010 14:59:04

PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS NEONATAIS 47
Introdução 47
Bebês normais 48
Bebê que "não sabe mamar" 48
Bebê que não consegue manter a pega 48
Bebê chorão 49
Gêmeos 50
Bebê dorminhoco 50
Bebês com outras necessidades 51

QUEIXAS COMUNS DAS NUTRIZES 55
Queixas durante o período de internação e após a alta hospitalar 56

PRÁTICAS COMUNS QUE PREJUDICAM A AMAMENTAÇÃO 69
Amamentação: importância e barreiras 69
Práticas que prejudicam a amamentação 70
Considerações finais 75

USO DE MEDICAMENTOS DURANTE A LACTAÇÃO 77
Conceitos 77
Classificação dos fármacos para uso durante a amamentação 77
Implantes mamários de silicone 84
Fármacos que alteram o volume do leite materno 84
Princípios básicos para uso de fármacos durante a amamentação 85

ANTICONCEPÇÃO DURANTE O ALEITAMENTO 87
Retorno da fertilidade 87
Quando iniciar o método anticoncepcional? 88
Métodos contraceptivos 88

AMAMENTAÇÃO E SEXUALIDADE 91
Amamentação e sexualidade infantil 91
Amamentação e sexualidade da mulher puérpera 92
Considerações finais 93

INIBIÇÃO DA LACTAÇÃO: INDICAÇÕES E ESQUEMAS 95
Introdução 95
Indicações para inibição da lactação 95
Métodos para inibição 96
Terapia medicamentosa de apoio 99

O ALOJAMENTO CONJUNTO 101

MÉTODO MÃE CANGURU 107
Introdução 107
Histórico 108

BANCO DE LEITE HUMANO 113
Processamento 116
Administração (Ministério da Saúde, 2008) 119

INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA 121
Evidências científicas que sustentam os Dez Passos 122

manual febrasgo2 miolo.indd 8 27/8/2010 14:59:04

LEGISLAÇÃO E NBCAL. PROTEÇÃO LEGAL À MATERNIDADE E À AMAMENTAÇÃO NO BRASIL 129

Introduzindo a Temática: Amamentação, Maternidade e Trabalho.....129
Direitos Relacionados à Maternidade e à Amamentação no Brasil 130
Normas Constitucionais e Legais.....131

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO..... 137

LEITURAS SUPLEMENTARES 139

manual febrasgo2 miolo.indd 9 27/8/2010 14:59:04

A GLÂNDULA MAMÁRIA

José Eduardo Nestarez
Maria Isabel A. L. Nestarez

INTRODUÇÃO

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

A mama é um conjunto de tecido glandular, gordura e tecido conjuntivo fibroso, situada acima dos músculos peitorais da parede torácica, aos quais 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 confere à glândula mamária sua consistência típica.

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, dilata-se em forma de saco (seio lactífero), onde a secreção láctea se acumula antes da amamentação.

EMBRIOLOGIA MAMÁRIA

O tecido mamário humano começa seu desenvolvimento a partir da sexta semana de vida intrauterina. A glândula mamária origina-se de um espessamento em fita da epiderme, a chamada linha mamária. Na fase embrionária, essa linha se estende desde a base dos membros superiores (axilas) até a raiz dos membros inferiores, incluindo os

manual febrasgo2 miolo.indd 11 27/8/2010 14:59:04

grandes lábios da vulva. Até este momento, não existem diferenças entre os sexos feminino e masculino. Entre as várias espécies de mamíferos, o número de glândulas pareadas varia muito, tendo relação com o tamanho da prole.

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

Com o desenvolvimento, no sexo feminino, ela penetra no mesênquima subjacente, formando 15 a 20 esboços epiteliais que se ramificam e se canalizam, para 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 essas glândulas anômalas estão na linha mamária.

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

DESENVOLVIMENTO PUBERAL

No sexo feminino, as mamas permanecem quiescentes até os 11 ou 12 anos, quando começa a atividade ovariana. O início se dá com o aparecimento dos pelos pubianos (pubarca). Depois ocorre a telarca, pela ação do estrogênio e posteriormente da progesterona. Pode ser um 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 de um a dois anos após o início do desenvolvimento mamário.

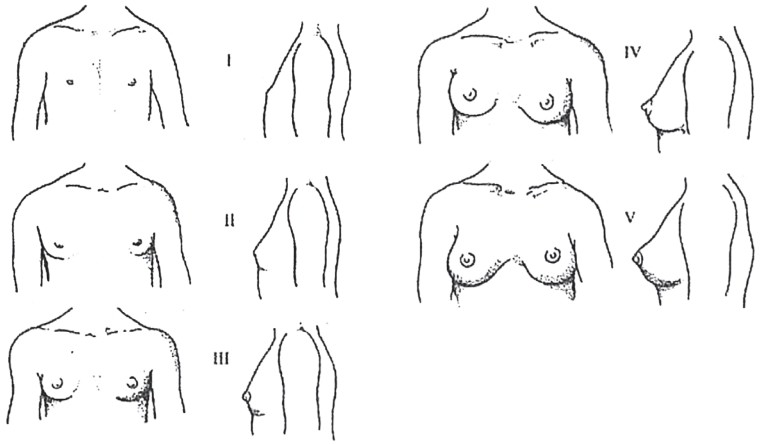


Figura 1: Estágios de Tanner desenvolvimento mamário
Fonte adaptada de Marshall WA e Tanner JM (1969)

manual febrasgo2 miolo.indd 12 27/8/2010 14:59:05

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; na parte lateral, a linha axilar anterior e medialmente à 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. Essa estrutura predomina na região superolateral da glândula.

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

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

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

FISIOLOGIA DA MAMA

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

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

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

A ação de cada um deles pode ser resumida:

Estrogênio: tem efeitos mitóticos no epitélio mamário e dá início ao desenvolvimento canalicular. Aumenta o número de receptores de estrogênio e progesterona nas células epiteliais.

Progesterona: diferenciação das células epiteliais, promovendo o desenvolvimento lobular. Diminui a ação estrogênica no parênquima mamário, limitando a proliferação tubular.

manual febrasgo2 miolo.indd 13 27/8/2010 14:59:05

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 dessas substâncias não está perfeitamente esclarecida na espécie humana.

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

Essas substâncias possuem efeito em cascata; a hipófise anterior (células basófilas), por meio do hormônio foliculoestimulante (FSH) e do hormônio luteinizante (LH), atua nos ovários estimulando a produção de estrogênio e progesterona.

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

Todas essas substâncias são controladas por mecanismos de retroalimentação (feedback). Há o feedback 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 dessas substâncias varia de forma bastante significativa.

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

O desenvolvimento de estruturas rudimentares mamárias no feto é evidente e causado por estrogênio, progesterona e prolactina placentários maternos. Isso ocorre nos embriões de ambos os sexos.

Após o nascimento, os níveis caem drasticamente. Nessa 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. A composição é semelhante à do colostro e o mecanismo de seu aparecimento é o mesmo do início da lactação.

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

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

Três fatos ocorrem no início da puberdade: aumento da estimulação central sobre o hipotálamo; diminuição do feedback negativo ao estrogênio com substituição deste por um feedback positivo.

Esses eventos levam ao aumento da liberação de GnRH, fazendo a hipófise produzir mais FSH e LH com consequente aumento das concentrações estrogênica e progestagênica. Por essa época, começa o ciclo menstrual.

manual febrasgo2 miolo.indd 14 27/8/2010 14:59:05

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

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

Como 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 outros 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 linfoides e plasmáticas. No final dessa 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, esses fenômenos regridem, para surgirem novamente no próximo ciclo.

PUERPERALIDADE

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

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

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

manual febrasgo2 miolo.indd 15 27/8/2010 14:59:05

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 do crescimento e fator de crescimento epidérmico. A somatomamotrofina placentária tem ação semelhante à da PRL hipofisária, mas com efeito mais discreto; ela compete com a PRL.

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

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

Ela é básica para a apojadura; cerca de 40 dias depois, 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.

Essa queda nos níveis dos picos de PRL parece estar relacionada ao intervalo das mamadas; quanto maior o intervalo, maior o tempo para a PRL se restabelecer; o limite é de aproximadamente 12 horas.

A manutenção da lactação exige remoção regular do leite e estímulo para sua liberação 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 dessas terminações libera ocitocina da hipófise posterior e PRL da anterior. A ocitocina contrai os componentes das células mioepiteliais perialveolares, ocorrendo a expulsão láctea. Estímulos auditivos, visuais e olfatórios também podem contribuir para a liberação de ocitocina. Por outro lado, a dor ou o constrangimento podem exercer efeito inibidor.

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

Sabe-se hoje que a amamentação por livre demanda mantém os níveis de PRL mais constantes. Como níveis acima da média de PRL inibem a secreção de GnRH pelo hipotálamo, ocorre período maior de amenorreia 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.

manual febrasgo2 miolo.indd 16 27/8/2010 14:59:05

Capítulo 2

BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO

Corintio Mariani Neto
Márcia Maria Auxiliadora de Aquino
Sérgio Makabe

PARA A MULHER

- Menor sangramento pós-parto e, consequentemente, menor incidência de anemias.
- Efeito contraceptivo por seis meses (aleitamento materno exclusivo mais amenorreia) 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:

- Alergias em geral
- Asma brônquica
- Aterosclerose e doenças cardiovasculares
- Colite ulcerativa
- Dermatite atópica
- Desnutrição
- Diabetes mellitus
- Diarreias

manual febrasgo2 miolo.indd 17 27/8/2010 14:59:05

- Doença celíaca
- Doença de Crohn
- Doenças crônicas
- Doenças respiratórias
- Enterocolite necrosante
- Gastrite
- Leucemias e linfomas
- Mortalidade infantil
- Necessidade de hospitalização por doenças respiratórias
- Neuroblastomas
- Obesidade
- Osteoporose
- Otites
- Parasitoses intestinais
- Rinite alérgica
- Síndrome da morte súbita infantil
- Tumores de crescimento
- Úlcera gástrica

Crianças amamentadas ao peito apresentam melhores índices de:

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

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.

manual febrasgo2 miolo.indd 18 27/8/2010 14:59:05

O PAPEL DO OBSTETRA NO INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

Corintio Mariani Neto
Noélia Pedrosa Brito
Newton Tomio Mayashita

Ao contrário do que ocorre com os demais mamíferos, a mulher não amamenta como um ato instintivo. Por essa razão, ela deve aprender a realizar o aleitamento, competindo ao obstetra, que é o primeiro profissional de saúde a lidar com a gestante, participar ativamente desse ensinamento.

O obstetra tem várias oportunidades de atuação desde o início do pré-natal até o final do puerpério, de modo que suas condutas podem se constituir em poderosas armas a favor do aleitamento materno. Como chefe de equipe, que naturalmente é, deveria também se posicionar contra as rotinas institucionais adversas ao sucesso da amamentação.

NO PRÉ-NATAL

- Examinar as mamas, explicar sua função e a importância do aleitamento materno.
- Mostrar a saída do colostro e explicar sua finalidade.
- Informar as gestantes sobre as eventuais dificuldades no aleitamento materno e as maneiras de superá-las, como nos casos de variações anatômicas dos mamilos e mamoplastias.
- Alertar para os procedimentos ou atitudes contrárias à amamentação.
- Conscientizar os familiares sobre a necessidade de apoiar a mulher que amamenta.

manual febrasgo2 miolo.indd 19 27/8/2010 14:59:05

NO TRABALHO DE PARTO

- 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

- 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, esse início precoce do aleitamento traz as seguintes vantagens para a mãe: maior produção e liberação de ocitocina; maior vínculo com seu filho e maior chance de aleitar por tempo prolongado.
- Evitar o uso de anestesia geral ou de entorpecentes que prejudiquem a emoção do primeiro encontro mãe-filho.
- Colocar o recém-nascido com boa vitalidade sobre o ventre da mãe, mantendo-o assim pelo maior tempo possível. Estimular os contatos físico e visual entre a mãe e o RN.
- Estimular a mamada ainda na sala de parto. A sucção mamária promove liberação de ocitocina endógena que acelera a dequitação e o miotamponamento.
- Quando indicada, proceder à episiotomia, de tal modo que a mãe possa sentar e caminhar sem dor.
- Estimular a presença do pai na sala de parto.
- Lembrar a equipe que os procedimentos rotineiros com o RN sadio, como identificação, medição, pesagem e profilaxia da oftalmia gonocócica, podem ser postergados.

NA CESARIANA

- Optar por anestesia peridural e, como segunda escolha, raquianestesia, ficando a anestesia geral restrita a situações excepcionais.
- Orientar para que o recém-nascido com boa vitalidade permaneça junto à mãe pelo maior tempo possível. Estimular os contatos físico e visual entre ambos e, se possível, a primeira mamada.
- Prescrever soro de hidratação pelo menor tempo possível e, se necessário, *scalp* salinizado para eventuais medicações intravenosas.
- Aliviar a dor com analgésicos não entorpecentes para que a mãe seja capaz de cuidar do recém-nascido.

manual febrasgo2 miolo.indd 20 27/8/2010 14:59:05

- Usar ocitocina preferencialmente aos ergóticos, quando necessário, para aumentar a contratilidade uterina.

NO PUERPÉRIO

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

manual febrasgo2 miolo.indd 21 27/8/2010 14:59:05

manual febrasgo2 miolo.indd 22 27/8/2010 14:59:05

Capítulo 4

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Sonia Isoyama Venancio

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

DEFINIÇÃO DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

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

DURAÇÃO IDEAL DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

A duração ideal da amamentação exclusiva tem sido objeto de debate entre especialistas ao longo de vários anos. Desde 1979, a recomendação da OMS quanto à duração do aleitamento materno exclusivo era de "quatro a seis meses". Após uma ampla revisão sistemática sobre o tema (OMS, 2001), foi aprovada pela 54ª Assembleia Mundial de Saúde a recomendação da amamentação exclusiva por seis meses. A resolução conclama aos Estados Membros "o fortalecimento de atividades e o desenvolvimento de novos caminhos para a proteção, promoção e apoio à amamentação exclusiva por seis meses

manual febrasgo2 miolo.indd 23 27/8/2010 14:59:05

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" (OMS, 2001).

IMPACTO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO SOBRE A SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Na década de 1980 começaram a ser publicados os primeiros estudos que mostravam as vantagens da amamentação exclusiva e desde então ficou evidente que a introdução de água, chá ou outros líquidos ou alimentos pode aumentar consideravelmente o risco de doenças, ter impacto negativo sobre o crescimento dos lactentes, reduzir a duração total da amamentação, podendo também reduzir a duração da amenorreia pós-parto (Giugliani, 2001).

Podemos citar alguns estudos que forneceram as novas bases para as recomendações atuais. Em uma revisão de 35 estudos realizados em diferentes países, Feachem e Koblinsky (1984) mostraram que, quando crianças não amamentadas são comparadas àquelas que recebem leite materno de forma exclusiva, a média de riscos relativos de morbidade por diarreia varia de 3,5 a 4,9 nos primeiros seis meses de vida, havendo evidências de aumento da severidade da diarreia entre as crianças que recebem alimentação artificial.

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

Um estudo de caso-controle realizado no Brasil mostrou que, no primeiro ano de vida, crianças que não eram amamentadas tinham uma probabilidade 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 dois primeiros meses de vida (Victora et al., 1987).

Resultados de estudo realizado no Brasil mostraram que a probabilidade 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 1.000 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 (odds ratio, 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 rece-

manual febrasgo2 miolo.indd 24 27/8/2010 14:59:05

biam somente leite artificial e 3,5 vezes maior entre os que estavam em aleitamento misto, quando comparados a recém-nascidos alimentados exclusivamente com leite materno (Lucas e Cole, 1990).

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

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

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

SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO BRASIL E SEUS DETERMINANTES

As pesquisas nacionais realizadas nas três últimas décadas revelam que a situação do AME no Brasil vem melhorando gradativamente. No tocante à duração mediana da amamentação, Venancio e Monteiro (1998) verificaram aumento entre 1974 e 1989, passando de 2,5 para 5,5 meses. Dados das Pesquisas Nacionais sobre Demografia e Saúde (PNDS) confirmaram essa tendência, identificando aumento na mediana do AME de 7 meses em 1996 (Bemfam, 1997), para 14 meses em 2006 (Brasil, 2009).

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

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

Vários fatores podem influenciar a prática da amamentação exclusiva. Com base em estudo realizado em 111 municípios do Estado de São Paulo, verificou-se que mulheres com baixa escolaridade, adolescentes e primíparas são as que têm menor probabilidade

manual febrasgo2 miolo.indd 25 27/8/2010 14:59:05

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 apontadas como fatores que dificultam a amamentação exclusiva. O mesmo estudo mostrou que a implementação de quatro ou mais ações de incentivo à amamentação, na rede pública municipal, pode aumentar em até duas vezes a probabilidade de amamentação exclusiva em crianças até o sexto mês de vida, o que reforça a importância da implementação de políticas municipais de aleitamento materno (Venancio, Monteiro, 2006).

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

Giugliani (2001) aponta alguns dos principais obstáculos à prática da amamentação exclusiva, que incluem:

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

Embora poucos estudos tenham testado estratégias para aumentar a frequência do aleitamento materno exclusivo, seus resultados permitem fazer algumas inferências, entre as quais:

- A prática da amamentação exclusiva pode ser ampliada com diferentes estratégias e a orientação/aconselhamento individual parece resultar no efeito mais consistente.
- O aconselhamento de amigas e colegas 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 se 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).

manual febrasgo2 miolo.indd 26 27/8/2010 14:59:05

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

manual febrasgo2 miolo.indd 27 27/8/2010 14:59:05

manual febrasgo2 miolo.indd 28 27/8/2010 14:59:05

TÉCNICAS EM ALEITAMENTO

Ariani Impieri de Souza
Gláucia Virgínia de Queiroz Lins Guerra
Vilneide Braga Serva

Os apoios familiar, comunitário e profissional são a base do sucesso da amamentação. Ouvir a mulher sobre seus anseios, dúvidas e experiências anteriores faz parte do processo de aprendizado da amamentação, apoiando-a e aumentando sua autoconfiança.

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

POSICIONAMENTO

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

Existem quatro sinais indicativos da posição correta da criança:

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

manual febrasgo2 miolo.indd 29 27/8/2010 14:59:05

PEGA

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

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

A mãe pode ser auxiliada a aproveitar o processo de procurar e apreender o mamilo, que é estimulado colocando-se este na bochecha do bebê, deixando-o explorar o peito com a língua. Para tanto, a criança deverá permanecer calma e alerta, facilitando a pega da aréola.

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

SUCÇÃO EFETIVA

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

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

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

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

manual febrasgo2 miolo.indd 30 27/8/2010 14:59:05

Deve-se promover o início da amamentação já na sala de parto, mantendo-se a livre demanda (a criança deve mamar sempre que desejar, sem horários estabelecidos, seja durante o dia ou durante a noite).

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

POSIÇÃO DA MÃE PARA AMAMENTAR

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

Deitada

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

Sentada

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

TÉRMINO DA MAMADA

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

manual febrasgo2 miolo.indd 31 27/8/2010 14:59:05

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

AMAMENTAÇÃO DE GÊMEOS

- O benefício da amamentação é bem estabelecido para o lactente. A amamentação de gêmeos é benéfica, permitindo um crescimento adequado para ambos os lactentes. A prática de amamentar gêmeos tem aumentado nos últimos anos, acompanhando o aumento na prevalência de aleitamento materno. A produção de leite materno na maioria das mulheres é adequada à demanda, isto é, quanto mais os lactentes sugam, maior a produção de leite. A maioria das mulheres tem leite suficiente para amamentar filhos gêmeos.
- As razões referidas pelas mulheres para a introdução de suplementos quando estão amamentando gêmeos são: produção inadequada, ingurgitamento das mamas, mamilos retraídos, doença materna. No entanto, os profissionais de saúde devem estar preparados para orientar e solucionar as dificuldades surgidas durante a amamentação. O apoio familiar nas dificuldades é fundamental. A participação familiar na amamentação é muito importante, e isso é mais verdadeiro na amamentação de gêmeos, pois a dinâmica da amamentação nos primeiros dias é trabalhosa e exige a participação de todos. Nos dias iniciais do aleitamento, deve-se orientar a amamentar cada lactente separadamente até se garantir uma boa pega dos dois recém-nascidos. À medida que a mulher se sente segura em relação à pega e haja satisfação dos bebês, ela deve iniciar as mamadas simultaneamente, de modo que ela possa ter tempo para o seu próprio descanso. A mãe pode ficar sentada com um bebê na forma tradicional e o outro na posição invertida com o corpo desse bebê embaixo da axila, segurando sua cabeça com a mão e o corpo apoiado em uma almofada. Nas mamadas seguintes, deve-se fazer um rodízio de posições entre os bebês.
- Outra posição que pode ser adotada é a mãe sentada confortavelmente, os dois bebês sentados nas pernas da mãe e esta sustenta as cabeças de ambos. Com o progredir da amamentação, outras posições surgem espontaneamente e, com o crescimento dos bebês, eles mesmos escolhem as posições e mamas preferidas. É importante verificar se os bebês estão crescendo adequadamente.

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

manual febrasgo2 miolo.indd 32 27/8/2010 14:59:05

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

Formulário de Observação de Mamadas (segundo Helen Armstrong, com adaptações). Os itens entre parênteses referem-se apenas aos recém-nascidos.	
Sinais de que a amamentação vai bem	**Sinais de possível dificuldade**
Posição corporal	
Mãe relaxada e confortável	Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê
Corpo do bebê próximo ao da mãe	Corpo do bebê distante do da mãe
Corpo e cabeça do bebê alinhados	O bebê vira o pescoço
Queixo do bebê tocando o peito	O queixo do bebê não toca o peito
Nádegas do bebê apoiadas	Somente os ombros/cabeça apoiados
Respostas	
O bebê procura o peito quando sente fome (o bebê busca o peito)	Nenhuma resposta ao peito (nenhuma busca observada)
O bebê explora o peito com a língua	O bebê não está interessado no peito
Bebê calmo e alerta ao peito	Bebê irrequieto ou agitado
O bebê mantém a pega da aréola	O bebê não mantém a pega da aréola
Sinais de ejeção de leite, como vazamento e cólicas uterinas	Nenhum sinal de ejeção de leite
Estabelecimento de laços afetivos	
A mãe segura o bebê no colo com firmeza	A mãe segura o bebê nervosamente ou fracamente
Atenção face a face da mãe	Nenhum contato ocular entre a mãe e o bebê
Muito toque da mãe no bebê	Mãe e bebê quase não se tocam
Anatomia	
Mamas macias e cheias	Mamas ingurgitadas e duras
Mamilos protrácteis, projetando-se para fora	Mamilos planos ou invertidos
Tecido mamário com aparência saudável	Tecido mamário com fissuras ou vermelhidão
Mamas com aparência arredondada	Mamas esticadas

Continua

manual febrasgo2 miolo.indd 33 27/8/2010 14:59:06

continuação

Sucção	
Boca bem aberta	Boca quase fechada, fazendo um bico para a frente
Lábio inferior projeta-se para fora	Lábio inferior virado para dentro
Língua acoplada em torno do peito	Não se vê a língua do bebê
Bochechas de aparência arredondada	Bochechas tensas ou encovadas
Sucção lenta e profunda em períodos de atividade e pausa	Sucções rápidas, com estalidos
É possível ver ou ouvir a deglutição	Podem-se ouvir estalos dos lábios, mas não a deglutição
Tempo gasto com sucção	
O bebê solta o peito naturalmente, após mamar por determinado tempo	A mãe tira o bebê do peito

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

manual febrasgo2 miolo.indd 34 27/8/2010 14:59:06

Capítulo 6

PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS MATERNAS LOCAIS

Margarida Silva Nascimento

INTRODUÇÃO

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 caráter emergencial dessas complicações, elas costumam ser atendidas nos serviços de Pronto-Socorro ou nos Bancos de Leite Humano (BLH). O obstetra nem sempre toma conhecimento desses problemas, mesmo que seja o primeiro profissional a ser procurado pela mãe aflita diante da situação; para esses casos, ele deve estar capacitado a abandonar a antiga atitude passiva de que "amamentação é coisa para enfermeiros e pediatras". Dessa forma, ele deve adotar uma postura de participação ativa junto aos demais profissionais da equipe de saúde que cuidam do binômio mãe-filho.

CLASSIFICAÇÃO DAS PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS LOCAIS

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

- Intercorrências precoces
  - – Mamilares: mamilos doloridos, bolhas mamilares, fissuras, monilíase mamilar.
  - – Mamárias: mamas doloridas, ingurgitamento mamário.
- Intercorrências tardias
  - – Ducto lactífero bloqueado; mastite aguda; abscesso mamário; mastite crônica/ fístulas lácteas.

manual febrasgo2 miolo.indd 35 27/8/2010 14:59:06

Intercorrências mamárias precoces

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

Intercorrências mamilares

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 proctratilidade.

Bolhas mamilares

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

Diagnóstico

- *História clínica*: intensa dor na porção terminal do mamilo quando o bebê suga.
- *Exame físico*: à inspeção, observa-se o descolamento da pele e, após a mamada, o mamilo fica enrugado.

Fissuras mamilares

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

Diagnóstico

- *História clínica*: dor mamilar intensa, por vezes lancinante, que faz a mãe chorar quando o bebê suga.
- *Exame físico*: à inspeção, observa-se lesão mamilar de diversos tipos, descritos a seguir:
  Fissura de base mamilar: a lesão circunda parcial ou totalmente a base do mamilo.
  Fissura do bico mamilar: lesão em linha reta única ou em forma radiada com lesões múltiplas.
  Fissura de ponta de mamilo: a lesão se apresenta na porção terminal do mamilo.
  Fissura mista: lesões na base e na ponta do mamilo.

manual febrasgo2 miolo.indd 36 27/8/2010 14:59:06

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.

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 vulvoinguinais, 2 a 3 vezes ao dia, até o desaparecimento das lesões.

Cuidados gerais

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

manual febrasgo2 miolo.indd 37 27/8/2010 14:59:06

Tratamento do bebê

Oral

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

Intercorrências mamárias

Mamas doloridas

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

Diagnóstico

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

Ingurgitamento mamário

Quando o leite não é retirado em quantidade suficiente, isso 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 precoces

- Manter o aleitamento exclusivo sob livre demanda: iniciar a amamentação na primeira hora após o nascimento, estimulando a permanência em alojamento conjunto.
- Ajudar a mãe a estabelecer boa pega e posição adequada do bebê: faz a dor mamária desaparecer e a sucção torna-se confortável para a mãe.
- Intervenção e tratamento precoces: oferecer ajuda imediata à mãe logo às primeiras queixas de dor mamária evita complicações.

manual febrasgo2 miolo.indd 38 27/8/2010 14:59:06

- 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: essa prática pode facilitar a cicatrização de fissuras e monilíase mamilares, apesar de seus benefícios serem questionáveis.
- Usar compressas frias ou quentes: aplicar compressa fria no intervalo das mamadas pode diminuir a dor e o edema; a compressa quente, antes de amamentar, estimula o reflexo da ocitocina, favorecendo o afluxo do leite. Atualmente essa prática não é recomendada, principalmente se a mãe a realiza em domicílio, pois, movida pelo desespero da dor, tende a exagerar na temperatura (muito quente ou muito gelada), podendo ocasionar queimaduras.
- Evitar lavar os mamilos várias vezes ao dia: a lavagem excessiva com sabões resseca a pele mamilar. Orientar a mãe a espalhar o próprio leite ordenhado para hidratar e lubrificar a aréola.
- Evitar o uso de protetores mamilares: além de confundir a pega, diminuem a ventilação.
- Aconselhar a mãe a 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 esses 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: esse recurso pode ajudar se a dor inibir o reflexo da ocitocina; oferecer a mama sadia e, após a ejeção do leite, passar para a mama afetada.
- Amamentar o bebê em diferentes posições: segurar o bebê variando a posição pode ser útil principalmente em caso de fissuras: amamentar deitada e passar o corpo do bebê por baixo do braço. Mudar as posições numa mesma mamada ajuda a esvaziar todos os lóbulos.

Intercorrências tardias das mamas

Ducto lactífero bloqueado

O acúmulo e o espessamento do leite em um segmento mamário bloqueiam 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.

manual febrasgo2 miolo.indd 39 27/8/2010 14:59:06

Tratamento

- Orientar a mãe a massagear suavemente a área afetada: essa 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 nesse ponto (dedos em tesoura).

Mastite aguda

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. 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.

Existem fatores predisponentes para o aparecimento dessas lesões:

- Fatores gerais: cansaço por excesso de tarefas, estresse psicológico, tempo de sono reduzido levam à diminuição do estado imunológico.
- Fatores locais: ingurgitamento mamário, fissuras e ducto bloqueado. As fissuras são a principal causa de mastite por apresentarem solução de continuidade; servem como porta de entrada para germes. Quanto à sua localização, as mastites podem ser:

Classificação das mastites (critérios de Vinha)

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

Diagnóstico

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

Tratamento

- Uso de analgésicos (paracetamol, acetominofeno) e anti-inflamatórios (Piroxicam).
- Uso de antibióticos: como a principal bactéria é *S. aureus*, usar antibióticos penicilinase resistente ou cefalosporinas que cobrem *S. aureus* produtor de betalactamase:
  – Cefalexina: 1g, a cada 8h, por 7 dias.
  – Flucloxacilina: 500mg, a cada 8h, por 7 a 10 dias.
  – Sulbactam: 500mg, a cada 8h, por 5 dias.

manual febrasgo2 miolo.indd 40 27/8/2010 14:59:06

Cuidados gerais

O melhor tratamento para as mastites é a retirada do leite, preferencialmente por ordenha manual, associado à antibioticoterapia. Além disso, 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.

Abscesso mamário

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

Diagnóstico

- *História clínica*: intensa dor na mama com área quente, endurecida e avermelhada, além de agravamento do estado geral materno, apresentando febre, calafrio, 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 anti-inflamatórios: utilizar a mesma categoria de medicamentos para o tratamento das mastites, mas por tempo mais prolongado.
- Cultura com antibiograma: para identificação dos germes.
- Suspender provisoriamente a amamentação do seio afetado: até a retirada do dreno, mantendo a ordenha dessa mama várias vezes ao dia.

Mastite crônica/fístulas lácteas

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

Diagnóstico

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

manual febrasgo2 miolo.indd 41 27/8/2010 14:59:06

Tratamento

- Cirúrgico: a técnica mais eficaz é a ressecção completa do sistema ductal patológico. Geralmente é um procedimento realizado por mastologista ou cirurgião, necessitando por vezes cirurgia plástica reparadora.
- Exame anatomopatológico: para afastar neoplasias e identificar infecções específicas.
- 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.

Ele deve incentivar, apoiar e principalmente capacitar as mães para que se tornem aptas a vencer qualquer dificuldade durante o processo de amamentação.

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

manual febrasgo2 miolo.indd 42 27/8/2010 14:59:06

Capítulo 7

INTERCORRÊNCIAS MATERNAS GERAIS

Corintio Mariani Neto
Alexandre Vieira Santos Moraes

A maioria dos processos infecciosos, que acometem a puérpera, não impede o aleitamento materno (AM), assim como em muitos casos é comum ter ocorrido exposição prévia do recém-nascido, ainda na fase intrauterina.

Por outro lado, o leite materno contém vários elementos protetores, como anticorpos, substâncias anti-inflamatórias e imunomoduladores. Desse modo, o neonato em aleitamento materno exclusivo está protegido contra a maior parte das infecções e, quando elas ocorrem, os sintomas costumam ser menos acentuados 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, para evitar a propagação de fomites.
- *Toxoplasmose aguda, malária* e *infecção 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.
- *Gonorreia*: as mamadas só devem ser iniciadas 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.
- *Citomegalia*: não impede a amamentação, pois o leite materno contém tanto os vírus quanto os anticorpos.

manual febrasgo2 miolo.indd 43 27/8/2010 14:59:06

INFECÇÕES QUE MERECEM CUIDADO ESPECIAL

Varicela: apenas quando for adquirida no período compreendido entre os últimos cinco dias da gestação e os dois primeiros dias do pós-parto, a criança deverá ser separada da mãe. Nessa fase existe o perigo da exposição do recém-nascido (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 o leite materno ordenhado, desde que não existam lesões contaminantes nas mamas. Uma semana após o aparecimento da doença surgem as crostas e a criança pode então mamar no peito. Quando a doença iniciar fora do período anteriormente 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 secarem as lesões. 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 primeira dose de vacina para o RN (se for antígeno HbsAg negativo).

Hepatite C: AM sem restrições, exceto em casos de coinfecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e/ou insuficiência hepática grave.

Tuberculose pulmonar ativa: é fundamental o diagnóstico exato, por meio do quadro clínico, radiografia de tórax, pesquisa de bacilo de Koch (BK) no escarro e reação de Mantoux para distinguir entre infecção e doença ativa. O perigo está na exposição do RN ao contato íntimo prolongado e repetido, o que vale tanto para amamentação no peito quanto para a 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 resultado negativo do BK no escarro. Essas são as recomendações da Academia Americana de Pediatria. O Centro de Lactação de Santos, SP, recomenda, ainda, lavar as mãos, usar máscara e administrar hidrazida ao RN 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. Nesses casos, as mãos devem ser rigorosamente lavadas e os panos desinfetados antes de amamentar, o uso de máscara é obrigatório e o tratamento deve prosseguir concomitantemente.

Infecção pelo HIV: de acordo com o Ministério da Saúde, constitui contraindicação absoluta ao aleitamento materno, assim como ao aleitamento cruzado, sendo obrigatório o aleitamento artificial. O diagnóstico e o tratamento devem ser realizados o

manual febrasgo2 miolo.indd 44 27/8/2010 14:59:06

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 contraindicado nos países industrializados, ele é permitido em situações de pobreza em que os seus benefícios superam os riscos da transmissão vertical.
- A terapia antirretroviral reduz a transmissão vertical da doença.
- Com o aleitamento misto (peito e mamadeira), o risco de transmissão vertical é maior do que com o aleitamento materno exclusivo.
- A pasteurização do leite materno (a 62,5ºC) realizada por Bancos de Leite Humano destrói o HIV.

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

manual febrasgo2 miolo.indd 45 27/8/2010 14:59:06

manual febrasgo2 miolo.indd 46 27/8/2010 14:59:06

Capítulo 8

PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS NEONATAIS

Rui de Paiva
Fátima Maria Bessa Lafayette
Teresa Cristina Semer

INTRODUÇÃO

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

Já é patente que as razões para a decisão sobre a amamentação, sua duração, 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 nutrizes 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.

manual febrasgo2 miolo.indd 47 27/8/2010 14:59:06

BEBÊS NORMAIS

A maioria das gestações termina, evidentemente, em crianças normais e sadias. Nestas, portanto, ocorrerão em maior número os problemas que descreveremos a seguir. Grande parte deles terá origens diversas e final comum: o ingurgitamento mamário doloroso, com ou sem fissura mamilar. Evitá-lo – e sua complicação que pode ser terrível, a mastite com abscesso – é prova de eficiência na abordagem do puerpério.

BEBÊ QUE "NÃO SABE MAMAR"

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

Há evidências de que o contato precoce logo após o nascimento é poderoso auxílio no estabelecimento do 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:

(1) o bebê suga seu lábio inferior ou a língua;
(2) a sucção é fraca, a língua apenas tremula;
(3) suga só o mamilo, causando rachaduras;
(4) a mama está ingurgitada e o bebê não consegue abocanhá-la e fazer a pega adequada.

Nos dois primeiros casos, deve-se treinar a sucção antes de cada mamada; nos dois últimos, 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, e não fazem restrições às chupetas. O bebê recebe um atendimento que se pretende seja tecnicamente eficaz, com longas aspirações das 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 mãe-filho e/ou início/manutenção do aleitamento.

manual febrasgo2 miolo.indd 48 27/8/2010 14:59:06

Confusão de bico: comum, pelos motivos anteriores. A postura dos lábios e da língua será diferente na sucção do peito e de bicos artificiais, gerando mamadas ineficazes e fissuras mamilares, além de um bebê faminto. Treinar a sucção[1] e eliminar fatores de confusão.

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

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

O bebê engasga: situação com a mama muito cheia em que, ao ocorrer o reflexo de ejeção, sai muita quantidade de leite. O bebê engasga e tende a soltar o peito. Orientar a mãe a 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 extrauterina é uma sequência interminável de novidades, que podem causar desconforto, insegurança. Por isso precisam de colo: proteção, aconchego, segurança, alimento. É importante que tenham colo e possam chegar a ele, sempre que necessário, ao contrário do senso comum de que vão ficar "manhosos" ou mal-acostumados.

Há bebês naturalmente mais "difíceis" 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.

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

manual febrasgo2 miolo.indd 49 27/8/2010 14:59:06

O bebê chorão com ganho de peso insuficiente: tranquilizar a família e avaliar a mamada, no que se refere à pega e ao posicionamento do bebê.[2]

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 o ganho de peso. Dar 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 à maior produção de leite. A posição para amamentar será escolhida pela mãe, podendo os dois bebês ser mantidos em posição paralela ou cruzando suas pernas ou na posição invertida ("bola de futebol americano").

Uma vez estabelecida a amamentação, a mãe pode optar por amamentar o bebê que acordar primeiro e oferecer uma mama para cada um. 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 seio, mas não mostra interesse em mamar devido ao estado de sonolência. Descartar alguma possível patologia no bebê ou sedação por 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 fazer com que ele esvazie ao menos um dos seios (o leite posterior é mais rico em gorduras).

[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.

manual febrasgo2 miolo.indd 50 27/8/2010 14:59:07

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 ele morra, podem ficar confusos entre amá-lo e proteger-se de uma perda. A distância física, imposta por necessidades terapêuticas, é grande obstáculo para a superação dos problemas. Há evidências de que ela possa comprometer o desenvolvimento físico do bebê.

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

Se o bebê não sugar, a mãe precisará extrair o leite/colostro 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 < 1,250kg: 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 e 1,500kg: o bebê já consegue deglutir. Treinar sucção, levar o bebê ao peito. Leite na xícara até sucção eficaz.

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

Pequeno para a idade gestacional

Os bebês pequenos para a idade gestacional (PIG) apresentam imaturidade do sistema nervoso central. São geralmente hipotônicos e sonolentos e essa hipotonicidade interfere na pega e ordenha.

Precisam ser acordados, se forem dorminhocos, além 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 em copinho.

manual febrasgo2 miolo.indd 51 27/8/2010 14:59:07

Bebê de mãe diabética

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

Bebê hipotônico

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

Orientações: movimentos rápidos, com os dedos na bochecha, servem para o desenvolvimento da musculatura. Treinar a sucção. Colocar o bebê para mamar na posição sentada (à 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. Uma vez 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, facilitando a excreção de leite e a acomodação do peito à anatomia do bebê. Usar a posição sentada à cavaleiro e segurar a cabeça do bebê com uma mão e a mama com a outra.

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

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

1. Bebês cujas mães sejam HIV positivas e não tenham acesso a leite humano pasteurizado.
2. Bebês cujas mães estejam incapacitadas de amamentar por serem portadoras de doenças graves ou por exporem o bebê à situação de risco (psicose, eclampsia, choque).
3. Bebês cujas mães estejam tomando medicamentos contraindicados na fase da amamentação (por ex., medicamentos citotóxicos ou radioativos).

manual febrasgo2 miolo.indd 52 27/8/2010 14:59:07

4. Morte materna ou bebê adotado.
5. Bebês com erros inatos de metabolismo (por ex., galactosemia, fenilcetonúria, doença do xarope de bordo na urina).

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

manual febrasgo2 miolo.indd 53 27/8/2010 14:59:07

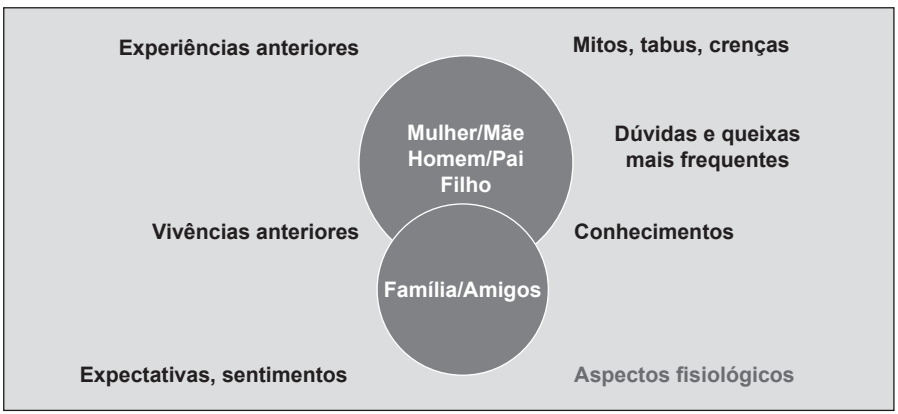
manual febrasgo2 miolo.indd 54 27/8/2010 14:59:07

QUEIXAS COMUNS DAS NUTRIZES

Ana Cristina F. de Vilhena Abrão
Kelly Pereira Coca

O apoio de profissionais de saúde por meio de aconselhamento nos períodos pré e pós-natal tem resultado em mudanças significativas nos índices de aleitamento materno.

A amamentação deve ser compreendida como um processo complexo, que envolve uma mulher que se tornou mãe, um homem que se tornou pai e um filho, todos inseridos em uma rede social. Nesse sentido, deve ser objeto de interesse dos profissionais conhecer os aspectos fisiológicos relacionados ao processo de amamentar, além dos psicológicos, sociais e culturais, como mostra o esquema a seguir.



manual febrasgo2 miolo.indd 55 27/8/2010 14:59:07

O processo de amamentação inicia-se após o parto, quando mãe e bebê são colocados juntos para estabelecerem o primeiro contato. A partir daí, ambos vão aprendendo a se conhecer, a lidar com as dificuldades e a vencê-las. Essa etapa inicial é fundamental e o profissional precisa estar atento.

No que se refere às queixas das nutrizes, podem estar presentes durante a internação e após a alta hospitalar e, ainda, estarem relacionadas à mulher e/ou ao seu filho.

QUEIXAS DURANTE O PERÍODO DE INTERNAÇÃO E APÓS A ALTA HOSPITALAR

Relacionadas à mulher

Mamilos invertidos ou pseudoinvertidos

Causas

- São mamilos que possuem aderências na sua base e dificultam a preensão correta por parte da criança. Alguns possuem a região areolar flexível causando menos dificuldades para amamentação.

Consequências

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

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, compressas frias, uso de bombas manuais ou uso do vácuo por meio de seringa.
- 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.

Dificuldade para amamentar

Causas

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

manual febrasgo2 miolo.indd 56 27/8/2010 14:59:07

Consequências

- Caso a mãe não receba apoio e orientações adequadas, podem surgir ansiedade e preocupação.
- Diminuição da produção do leite e consequente 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).
- Orientar a mãe quanto ao intervalo máximo entre uma mamada e outra, para que a criança não fique sem receber alimento por muito tempo.
- 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.

Ansiedade e medo

Causas

- É comum as mães ficarem ansiosas e terem medo, especialmente quando diante de uma situação nova sobre a qual não têm domínio.

Consequências

- A responsabilidade em relação à criação de um filho faz aflorar esses sentimentos e pode exacerbá-los se a mãe não receber apoio e orientações.
- Problemas na produção e ejeção láctea.

Intervenções

- Identificar a causa de medo e ansiedade na mulher e procurar ajudá-la.
- Recorrer à ajuda de outros profissionais, se necessário.

Lesões mamilares

Causas

- Posição inadequada da criança: esta se mantém longe do corpo da mãe, desalinhada, com o pescoço torcido e o rosto não está de frente para a mama.
- Pega inadequada: quando a criança apreende somente o mamilo.
- Sucção não nutritiva prolongada.
- Higiene frequente dos mamilos com água, sabão, álcool ou qualquer produto secante: quando a mulher procede à limpeza dos mamilos antes e/ou após as

manual febrasgo2 miolo.indd 57 27/8/2010 14:59:07

mamadas, remove a membrana hidrolipídica que constitui fator de proteção da região mamilo-areolar.
- Uso de cremes, óleos, pomadas e/ou medicamentos: pode causar reações alérgicas e, ainda, devido à necessidade de serem removidos antes de cada mamada, tornam a região mamilo-areolar mais sensível e predisposta a lesões.
- Ingurgitamento mamário: o recém-nascido não consegue apreender corretamente a aréola em razão de distensão dessa região por excesso de leite. Nesse caso, apreende somente o mamilo, levando-o a traumatizar-se.
- 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.

Consequências

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

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, iniciando com pouco tempo e ir aumentando gradativamente.
- Amamentar em posição invertida.
- Realizar flexibilidade areolar antes de cada mamada, evitando que a criança apreenda apenas o mamilo.

manual febrasgo2 miolo.indd 58 27/8/2010 14:59:07

Ingurgitamento mamário

Causas

- Amamentação inadequada (início tardio, baixa frequência de mamadas, restrição do tempo de sucção), sucção incorreta, obstrução de ductos, malformações mamilares, prematuridade.
- Desconhecimento da mulher em relação aos procedimentos profiláticos.

Consequências

- Dor e desconforto.
- Dificuldade da criança em realizar uma apreensão adequada.
- Traumas mamilares e infecção na mama.
- Preocupação e estresse materno.
- Interrupção da produção do leite.

Intervenções

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

Produção de leite insuficiente (real e referida)

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

Causas – Reais

- A pega incorreta é a principal causa da remoção ineficiente do leite, que leva à diminuição da produção láctea.
- 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.
- Uso de protetores e oferta de complementos.

manual febrasgo2 miolo.indd 59 27/8/2010 14:59:07

- 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 da mama e diminuição do seu volume.
- 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.

Consequências

- Desmame precoce pela introdução de outros alimentos ou líquidos.

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

Leite fraco ou insuficiente

Causas

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

Consequências

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

manual febrasgo2 miolo.indd 60 27/8/2010 14:59:07

Intervenções

- Dar orientações no sentido de esclarecer a mulher 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 representa fome, mas pode ser por frio, necessidade de aconchego ou outras causas.

Cansaço, preocupação e estresse

Causas

- As mulheres podem se sentir cansadas nesse período porque o sono noturno é interrompido várias vezes pelas necessidades do bebê, portanto não conseguem dormir como antes. Novas responsabilidades se apresentam, gerando sentimentos de incapacidade e insegurança.

Consequências

- Sentimento de incapacidade, tristeza e melancolia.

Intervenções

- Orientar a mulher quanto ao descanso diurno e sono noturno. O organismo precisa se adaptar à nova realidade, e esse 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 gradativamente à nova situação.
- A ajuda de outras pessoas se faz importante e necessária para propiciar o descanso tranquilo da mãe. Os afazeres domésticos poderão ser realizados por outras pessoas para que ela possa se dedicar apenas ao cuidado com o filho e à amamentação.

Lombalgia

Causas

- A maioria das mulheres adquire posição incorreta ao amamentar (ombros tensos, costas e braços sem apoio e o pescoço tracionado). Este posicionamento inadequado, ocorrido várias vezes ao dia, pode desencadear a lombalgia.

Consequências

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

manual febrasgo2 miolo.indd 61 27/8/2010 14:59:07

Intervenções

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

Candidíase mamilo-areolar

Causas

- Infecção da mama por fungo, comum no puerpério, transmitida geralmente pela criança. Sua instalação pode ser favorecida pela umidade, presença de lesão mamilar, uso de antibióticos, contraceptivos orais e esteroides. A mulher refere presença de prurido local, sensação de queimação e dor em agulhadas que persiste após as mamadas. A pele dos mamilos e aréola pode apresentar-se levemente irritada, hiperêmica e com pequena descamação. Na cavidade oral da criança podem ser percebidas crostas de coloração branca, de difícil remoção.

Consequências

- Desmame decorrente da dor e desconforto.

Intervenções

- Certificar-se de que se trata realmente de monilíase e tratar a mãe e o bebê com fungicida local. Também é importante verificar se a mãe não é portadora de monilíase vaginal, que deverá ser tratada.
- Pode-se tratar também com violeta de genciana a 0,5%, aplicando-a nos mamilos/aréolas e na boca da criança, uma vez ao dia, por três a quatro dias consecutivos.

Ducto bloqueado

Causas

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

Consequências

- Ansiedade e estresse materno decorrentes da dor.
- Dificuldade de ejeção láctea.

manual febrasgo2 miolo.indd 62 27/8/2010 14:59:07

Intervenções

- Eliminar a causa.
- Amamentar em distintas posições, oferecendo primeiro a mama sadia.
- Fazer massagens delicadas na região endurecida, antes e após as mamadas.
- Realizar ordenha manual ou com bomba, caso a criança não esteja conseguindo promover o esvaziamento adequado.
- Remoção do ponto esbranquiçado na ponta do mamilo, friccionando com uma toalha ou utilizando uma agulha esterilizada.

Fenômeno de Raynaud

Causas

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

Consequências

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

Intervenções

- Melhorar a técnica de amamentação.
- Aplicar compressas mornas para alívio da dor.
- 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. Nesses casos, as mulheres devem evitar o uso de cafeína e nicotina.

Relacionadas à criança

Dificuldade de apreensão correta da região mamilo-areolar

Causas

- Recém-nascido posicionado longe da mãe e desalinhado.
- Alguns mamilos semiprotrusos e malformados.
- Região mamilo-areolar com tecido rígido e espesso.

manual febrasgo2 miolo.indd 63 27/8/2010 14:59:07

- Ingurgitamento mamário.
- Mamilos grandes em relação à boca do bebê.
- Uso de protetores e chupeta.
- Prematuridade ou recém-nascidos de baixo peso.

Consequências

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

Intervenções

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

Dificuldade de sucção ou de sua manutenção

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, que durante a apojadura ficam maiores ainda, dificultando a respiração da criança quando esta é amamentada na posição tradicional.
- Produção aumentada de leite e um fluxo inicial forte e abundante.
- Obstrução nasal.

manual febrasgo2 miolo.indd 64 27/8/2010 14:59:07

Consequências

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

Intervenções

- Observar a primeira mamada e certificar-se de que a criança realmente está sugando. Na dúvida, estimular a sucção com dedo enluvado, tocando no palato superior e só voltar a colocá-la para mamar quando a mesma estiver estabelecida.
- Corrigir o posicionamento.
- 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).

Criança que dorme no peito

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.

Consequências

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

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.

manual febrasgo2 miolo.indd 65 27/8/2010 14:59:07

- Amamentar em ambientes diferentes.
- Não oferecer outros líquidos ou alimentos.

Choro frequente

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, uso de drogas como cafeína e nicotina.
- Algum desconforto físico (dor, frio) ou psíquico da criança.

Consequências

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

Intervenções

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

Intervalos muito curtos entre as mamadas

Causas

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

Consequências

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

Intervenções

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

manual febrasgo2 miolo.indd 66 27/8/2010 14:59:07

Recusa do peito

Causas

- Podem estar relacionadas 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 quando a mãe tem mamas com mamilos diferentes.

Consequências

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

Intervenções

- Oferecer somente o leite materno direto na mama e, quando a criança começar a recusá-lo por confusão de bicos, 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.

Icterícia

Causas

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

Consequências

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

Intervenções

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

manual febrasgo2 miolo.indd 67 27/8/2010 14:59:07

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. Sabe-se que não existe leite materno fraco, portanto, quando se tem uma criança amamentada que não apresenta ganho de peso satisfatório, deve-se 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).

Consequências

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

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.

manual febrasgo2 miolo.indd 68 27/8/2010 14:59:07

PRÁTICAS COMUNS QUE PREJUDICAM A AMAMENTAÇÃO

Keiko Teruya
Laís Graci dos Santos Bueno

AMAMENTAÇÃO: IMPORTÂNCIA E BARREIRAS

Em resposta às denúncias sobre as consequências funestas do uso disseminado de leites de outras espécies, teve início, na década de 1970, 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.

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

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

Os profissionais de saúde, capacitados na assistência à gestante e à nutriz, desempenham um papel fundamental na promoção da amamentação, influenciando diretamente sua taxa de sucesso e duração. Para cumprir esse papel, é necessário que esses profis-

manual febrasgo2 miolo.indd 69 27/8/2010 14:59:07

sionais tenham conhecimentos e habilidades específicas para assistir adequadamente ao manejo da amamentação.

Um passo importante é identificar as principais barreiras na promoção do aleitamento materno. A pressuposição de que profissionais de saúde já sabem o suficiente, a crença de 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, bem como as falhas em reconhecer os impactos causados por informações imprecisas ou inconsistentes a tempo de solucioná-las, figuram entre os entraves mais comuns.

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

As práticas que prejudicam a amamentação provavelmente seriam atenuadas se os profissionais de saúde refletissem sobre a pessoa que têm diante de si. Considere perguntas como: "Quem é esta mãe?" "Qual o significado desse bebê em sua vida?" "Como ela está enfrentando a situação de se tornar mãe?" "Como pretende alimentar seu filho?" "Qual é a sua experiência com amamentação?", e "Quais são suas inseguranças, medos, dúvidas e tabus em relação à amamentação?" Ao levantá-las, o profissional de saúde teria um aporte de informações que anteciparia problemas futuros. Enfrentados num estágio inicial, tais problemas poderiam ser evitados.

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

PRÁTICAS QUE PREJUDICAM A AMAMENTAÇÃO

Durante a gestação

Geralmente no pré-natal, as orientações para amamentação não fazem parte da rotina. Não se dedica tempo a ouvir o que a gestante e a família têm a dizer. Perguntas relevantes desse período não são feitas e, consequentemente, o apoio adequado à amamentação deixa de ocorrer. As principais perguntas que ficam sem respostas são:

- Como pretendem alimentar seu futuro filho?
- O que significa para ela e para a família a amamentação?
- Qual é sua experiência/vivência em amamentação?

manual febrasgo2 miolo.indd 70 27/8/2010 14:59:07

- Como ela vê sua mudança de papel ao tornar-se mãe.
- Qual é sua expectativa em amamentar?
- Pode contar com ajuda para amamentar?
- Teve dificuldade na amamentação com outros filhos? Etc.

O profissional de saúde também precisa estar atento ao fato de que esse pode ser um momento em que a gestante apresenta fragilidade e baixa autoestima.

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 submetidas à cirurgia, com ingurgitamento, fissura, ductite ou mastite não impedem a amamentação. Tabus que aparecem em frases como: "Meu leite é fraco", "Não terei leite porque ninguém na minha família teve", "Para ter muito leite preciso aumentar a ingestão de água, leite e outros alimentos", "Meus seios vão cair com a amamentação", "Meu leite é salgado", entre outros, devem ser discutidos e a compreensão dessa situação construída pela mãe/família e profissional de saúde.

Falar sobre as vantagens da amamentação para o filho e para a mãe; esclarecer sobre os malefícios do uso do leite não humano, de bicos e chupetas; o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida do bebê, a permanência da mãe junto de seu filho durante todo o período de internação são aspectos importantes da orientação durante a gestação. Desse modo, o profissional de saúde pode fortalecer a decisão da gestante, no sentido de amamentar, advindo daí a importância de sua atuação.

Na sala de parto

A sala de parto é um local de grande transformação na vida da mulher. Em minutos, ela troca seu papel de "simplesmente mulher" para se tornar "mãe". Fantasias de morte, descontrole pela ruptura de bolsa, perda das águas, sangue, dor das contrações, medo de ser "estragada", ansiedade de "esvaziamento", de separação, tudo isso a faz descompensar, gritar ou se fechar demais. Nesse cenário, a mulher se torna mais suscetível a cumprir as ordens da equipe que a atende e a aceitar qualquer rotina que impõe a separação precoce entre mãe e filho.

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

Outra prática que prejudica a amamentação é a de colocar a criança sob calor radiante com a justificativa de não perder calor. Para evitar tal procedimento, é relevante

manual febrasgo2 miolo.indd 71 27/8/2010 14:59:07

propiciar na sala de parto um ambiente tranquilo e de conforto térmico ao bebê. Na verdade, a temperatura dos recém-nascidos que permanecem em contato pele a pele com suas mães sempre se mantém mais elevada do que naqueles que permanecem em berço aquecido.

O contato precoce e o incentivo da amamentação na sala de parto são importantíssimos na criação do vínculo entre mãe e filho, assim como ao estabelecimento e manutenção da amamentação. O par sempre deverá ser apoiado por uma equipe capacitada. O momento impõe calma em vez de pressa, além de uma linguagem simples para que a mãe compreenda o que está ocorrendo. O profissional de saúde deve mostrar, com a sua presença, que está ali pronto para apoiar a mãe, respeitando o ritmo desenvolvido por ela e seu filho.

Outra prática prejudicial é o uso não criterioso de medicamentos, na mãe, principalmente entorpecentes. Isso porque eles impedem que o bebê fique mais alerta e responsivo, prejudicando a amamentação no pós-parto imediato. A mãe também pode ser afetada, ficando 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 restritiva imposta de deixá-la deitada, sem poder deambular, sentar, tomar banho, consumir alimentos leves e nutritivos etc. durante o trabalho de parto, pode aumentar sua ansiedade, diminuindo sua confiança. Além disso, a rotina e as instalações da sala de parto não favorecem a amamentação. São exemplos disso a prática de se deixar a parturiente com a contenção dos membros superiores para venóclise e monitorização da pressão arterial, e ainda uma mesa de parto geralmente estreita demais.

O profissional, às vezes, dá assistência apenas ao parto da mulher e deixa de enxergar a mulher dando à luz. Deixa de dar as boas-vindas ao bebê com um sorriso para dar as boas-vindas com o choro.

No alojamento conjunto

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

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

Por trás das rotinas hospitalares de separar a mãe de seu filho há boas intenções, por exemplo, permitir que as mães descansem (alojamento parcial); prevenir infecções; observar o bebê e esperar que o médico faça o exame físico antes que a criança retorne à mãe. Infelizmente, essas práticas hospitalares prejudicam a amamentação e consequentemente o bebê.

manual febrasgo2 miolo.indd 72 27/8/2010 14:59:07

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

Um ambiente agitado, que impeça o descanso ou conforto da mãe, pode ser prejudicial, como também uma equipe "hipermotivada" para a amamentação, exigindo, ou até mesmo forçando, uma atitude ainda não internalizada pela mãe. O profissional precisa lembrar-se de que o apoio deve ser oferecido ou sugerido e não imposto. Ele só deve intervir 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. Mas, para tanto, é crucial que a mãe seja ensinada a extrair leite do peito. Esse procedimento pode evitar a ocorrência de ingurgitamento, ductite e 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. Sua autoconfiança também pode ser minada quando os profissionais de saúde lhe explicam o que deve fazer e se antecipam tomando as atitudes por ela (por exemplo, com relação à extração do leite das mamas ou quanto ao posicionamento do bebê no seu peito). Isso gera na mãe um sentimento de incapacidade que pode perdurar quando voltar para casa.

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

Voltar para casa sem verificar se a mãe poderá contar com apoio da família ou da 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 à mãe que ela poderá contar com o seu apoio, quando este se fizer necessário. Indique também outros locais de apoio.

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

(1) não apresenta trauma mamilares;

(2) sabe reconhecer os sinais de fome de seu bebê (a criança começa a se mexer, a sugar o que toca sua boca; procura a mama; emite ruídos e movimenta os olhos);

manual febrasgo2 miolo.indd 73 27/8/2010 14:59:07

(3) sabe como extrair manualmente o leite de seu peito;

(4) está confiante de que é capaz de amamentar. É importante também que ela conheça os riscos do uso de outro leite, de água, chá, bicos, chupetas, e além disso esteja ciente da importância da livre demanda. Por outro lado, o bebê está obtendo todo o leite de que necessita pela amamentação.

No seguimento do bebê

As duas primeiras 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 dessas elaborações se refletirá em sua capacidade e disponibilidade para amamentar. Assim, o profissional de saúde deverá ter habilidade em aconselhamento, além de domínio no manejo da amamentação para poder apoiá-la efetivamente. O bom desempenho do profissional pode levar a mãe a superar suas dificuldades e a alcançar o sucesso na amamentação.

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

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

Nas Unidades Básicas de Saúde, a avaliação da prática da amamentação não faz parte da rotina, nem a solicitação da presença de familiares da nutriz. Além disso, o pouco tempo despendido na assistência e a 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, por parte do médico, da compatibilidade da medicação receitada com a amamentação, esquecendo-se de que todas as unidades deveriam ter o livreto *Medicamentos e Amamentação* do Ministério da Saúde (disponível no portal do MS).

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

manual febrasgo2 miolo.indd 74 27/8/2010 14:59:08

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

manual febrasgo2 miolo.indd 75 27/8/2010 14:59:08

manual febrasgo2 miolo.indd 76 27/8/2010 14:59:08

Capítulo 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 são de importância especial, pois com muita frequência eles são responsáveis pela prescrição medicamentosa ou são consultados acerca da compatibilidade da medicação com a amamentação. Assim, o conhecimento atualizado sobre o tema permitirá, na maioria das vezes, compatibilizar o aleitamento com a terapêutica materna.

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 frequente na prática clínica, sendo classificados conforme a segurança para uso durante a lactação. A clas-

manual febrasgo2 miolo.indd 77 27/8/2010 14:59:08

sificação 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 momento, não foram encontradas referências sobre os mesmo na literatura.

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

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

Quadro 1– Fármacos seguros para uso durante a amamentação

Acetominofeno	Aciclovir	Ácido ascórbico	Ácido fólico
Ácido valproico	Amicacina	Amitriptilina	Amoxicilina
Amoxicilina + Clavulanato	Ampicilina	Ampicilina +	Aspartame
Azitromicina	Aztreonam	Baclofeno	Bário
Beclometasona	Bisacodil	Brometo de ipratrópio	Bupivacaína
Canamicina	Carbamazepina	Carbenicilina	Cefaclor
Cefadroxila	Cefalexina	Cefalotina	Cefapirina
Cefazolina	Cefdinir	Cefepima	Cefixima
Cefoperazona	Cefotaxima	Cefotetana	Cefoxitina
Cefpodoxima	Cefprozila	Ceftazidima	Ceftibuteno

continua

manual febrasgo2 miolo.indd 78 27/8/2010 14:59:08

Ceftriaxona	Cefuroxima	Celecoxibe	Cetirizina
Cetoconazol	Cetorolaco	Cimetidina	Cisaprida
Claritromicina	Clindamicina vaginal	Clomipramina	Clorexidina
Clotrimazol	Cloxacilina	Colestiramina	Contrastes radiopacos
Cromoglicato de sódio	Desipramina	Desloratadina	Desmopressina
Dextrometorfano	Diclofenaco	Dicloxacilina	Difenidramina
Digoxina	Dimenidrinato	Dobutamina	Domperidona
Dopamina	Enalapril	Epinefrina	Eritromicina
Espironolactona	Etambutol	Etonogestrel/ Desogestrel	Fanciclovir
Famotidina	Fenilpropanolamina	Fenitoína	Fenoprofeno
Fentanila	Ferro	Fexofenadina	Fitonadiona (Vitamina K_1)
Floxacilina	Fluconazol	Fluoxetina[1]	Flurbiprofeno
Fluvoxamina	Furazolidona[2]	Gentamicina	Griseofulvina
Guaifenesina	Haloperidol	Halotano	Heparina
Hidralazina	Hidroclorotizida	Hidrocortisona tópica	Hidroxicloroquina
Hidróxido de magnésio	Hidroxizina	Ibuprofeno	Imipeném
Imipramina	Imunoglobulina anti-RH	Imunoglobulina hepatite B	Insulina
Isoproterenol	Itraconazol	Labetolol	Lamivudina
Laxantes osmóticos	Laxantes salinos	Levalbuterol	Levocabastina
Levonorgestrel	Levotiroxina	Lidocaína	Lincomicina
Lisina	Loperamida	Loracarbefe	Loratadina
Medroxiprogesterona	Meperidina[2]	Mepindolol	Metformina
Metildopa	Metilergonovina[3]	Metilprednisolona	Metoclopramida
Metronidazol	Miconazol	Minociclina[3]	Minoxidil[4]

continua

manual febrasgo2 miolo.indd 79 27/8/2010 14:59:08

Mivacúrio	Moxifloxacino[4]	Mupirocina[4]	Nafcilina
Nalbufina	Naltrexona	Nedocromila	Nicotina (gomas, emplastros)
Nifedipina	Nimodipina	Nistatina	Nitrazepam[3]
Nitrendipina	Nitrofurantoína	Nizatidina	Noretindrona
Noretinodrel	Nortriptilina	Ocitocina	Ofloxacino
Olanzapina	Omeprazol	Ondansetrona	Paroxetina
Penicilina G	Pimecrolimo	Piperacilina	Piridostigmina
Piridoxina	Piroxicam	Polimixina B	Praziquantel
Prednisolona	Prednisona	Prometazina	Propafenona
Propiltiouracila	Propofol	Propoxifeno	Propranolol
Proteína tuberculínica purificada (PPD)	Quinapril[2]	Quinidina	Quinina
Ranitidina	Riboflavina	Rifampicina	Ropivacaína
Salmeterol	Sertralina	Sucralfato	Sulbactama
Sulfato de magnésio	Sulfisoxazol	Sulpirida	Terbinafina
Terbutalina	Tetraciclina	Ticarcilina	Timolol
Tirotropina	Trazodona	Valaciclovir	Vancomicina
Verapamil	Vitamina B_{12}	Varfarina	Zinco

[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	Ácido acetilsalicílico	Ácido nicotínico	Alendronato
Alprazolam	Amantadina	Amitriptilina	Anlodipino
Anfotericina B	Ascarbose	Atenolol	Atorvastatina
Azatioprina	Benazepril	Betametasona	Bismuto
Bloqueadores neuromusculares	Bronfeniramina	Budesonida	Buprenorfina

continua

manual febrasgo2 miolo.indd 80 27/8/2010 14:59:08

Bupropiona	Buspirona	Calcitonina	Captopril[1]
Carbidopa	Carbimazol	Carisoprodol	Cáscara sagrada
Cetoprofeno	Ciclosporina	Ciprofloxacino	Ciproeptadina
Citalopram	Clindamicina	Clobazam	Clonazepam
Clonidina	Clorazepato	Clordiazepóxido	Clorfeniramina
Cloroquina	Clorotiazida	Clorpromazina	Clorpropamida
Clortalidona	Clozapina	Codeína	Contraceptivos orais contendo estrogênios[6]
Cotrimazol	Desogestrel + Etinilestradiol[6]	Dexametasona	Diazepam[2]
Difenoxilato	Digitoxina	Diltiazem	Dipiridamol
Doxercalciferol	Doxiciclina[2]	Droperidol	Ergonovina
Eritromicina[3]	Escitalopram[1]	Escopolamina	Estreptomicina
Estrogênio-Estradiol[6]	Etanol	Etonogestrel + Etinilestradiol[6]	Felodipino
Fenilefrina	Fenobarbital	Fenofibrato	Flufenazina
Flunisolida	Flunitrazepam	Fluoresceina	Fluoxetina[4]
Flurazepam	Fluticasona	Fluticasona e Salmeterol	Fluvastina
Formoterol	Fosfomicina	Fosinopril[1]	Furosemida
Gabapentina	Gatifloxacino	Genfibrozila	Ginkgo biloba
Ginseng	Gliburida	Glicosamina	Glipizida
Gonadorelina	Gonadotrofina coriônica	Goserelina (implante)	Granisetrona
Hidrato de cloral	Hidrocodona	Hidromorfona	Hidroquinona
Hiosciamina	Hormônio folículo-estimulante (FSH)	Indometacina	Isometepteno
Isoniazida	Isradipino	Ivermectina	Lamotrigina
Lansoprazol	Levobunolol	Levofloxacino	Levonorgestrel
Levonorgestrel + etinilestradiol[6]	Linezolida	Lisinopril	Lomefloxacino
Lorazepam	Losartana	Lovastatina	Manitol
Maprotilene	Mebendazol	Medroxiprogesterona e estradiol cipionato[6]	Melatonina

continua

manual febrasgo2 miolo.indd 81 27/8/2010 14:59:08

Meloxicam	Meperidina[5]	Mepivacaína	Meprobamato
Meropeném	Metadona	Metimazol	Metocarbamol
Metoexital	Metoprolol	Metotrexato[2]	Midazolam
Minoxidil	Mirtazapina	Misoprostol	Moclobemida
Mometasona	Montelucaste	Morfina	Moxifloxacino
Nabumetona	Naproxeno[2]	Naratriptana	Netilmicina
Nicardipina	Norelgestromina + etinilestradiol[6]	Norfloxacino	Oseltamivir
Oxaprozina	Oxazepam	Oxcarbazepina	Oxibutinina
Oxicodona	Óxido nitroso	Penciclovir	Perfenazina
Pilocarpina	Pioglitazona	Pirantel	Pirazinamida
Polietilenoglicol	Pravastatina	Prazepam	Prednicarbato
Primaquina	Primidona	Procaína	Procainamida
Proclorperazina	Progesterona	Proguanil	Pseudoefedrina[2]
Quinupristina	Rabeprazol	Ramipril	Risperidona
Ritodrina	Rizatriptana	Rosiglitazona	Sacarina
Secobarbital	*Senna*	Sinvastatina	Somatrem
Somatropina	Sotalol	Sulfametoxazol	Sulfasalazina
Sumatriptana	Tamicrolimus	Telmisartana[4]	Temazepam
Teofilina	Terconazol	Tiabendazol	Tiopental
Tobramicina	Tolbutamina	Topiramato	Toxoide diftérico
Toxoide tetânico	Tramadol	Tretinoína	Triancinolona
Triantereno	Triazolam	Trimeprazina	Trimetoprima
Valeriana	Valganciclovir	Vasopressina	Venlafaxina
Vigabatrina	Violeta genciana	Vitamina A	Vitamina D
Zafirlucaste	Zanamivir	Zolmitriptana	Zolpidem

[1]Após o período neonatal.

[2]Uso agudo.

[3]Após período neonatal precoce (7 dias).

[4]Período neonatal.

[5]Pós-parto imediato.

[6]Apesar da segurança moderada para o lactente, os estrogênios não devem ser prescritos, pois interferem na quantidade e na qualidade do leite produzido.

manual febrasgo2 miolo.indd 82 27/8/2010 14:59:08

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

Ácido nalidíxico	Betanecol	Cabergolide	Cisplatina
Clemastina	Clomifeno	Clopidrogel	Cloranfenicol
Colchicina	Dantroleno	Dapsona	Dexfenfluramina
Dextroanfetamina	Diazepam[1]	Doxiciclina[1]	Doxilamina
Efedrina	Ergotamina	Etossuximida	Felbamato
Flunarizina	Formaldeído	Foscarnete	Fosinopril[2]
Furazolidona[3]	Glimepirida	Grepafloxacino	Iodeto de potássio
Iodo 123	Iodo 125	Iodo 131	Levodopa
Lindano	Lítio	Loxapina	Medroxiprogesterona[3]
Metilergonovina[1]	Minociclina[1]	Modafinila	Nadolol
Naproxeno[1]	Nefazodona	Nitratos, Nitritos, Nitroglicerina	Nitroprussiato
Octreotida Índio-111	Pemolina	Penicilamina	Pimecrolimo[4]
Pimozida	Piridoxina[5]	Pirimetamina	Povidina (iodo)
Pramipexazol	Prazosin	Pseudoefedrina[1]	Quinapril[3]
Repaglinida	Reserpina	Ribavirina	Ribavirina + Interferon alfa2b
Ropinirol	Sibutramina	Tálio-201	Tecnécio 99
Telmisartana[2]	Terazosina	Tiagabina	Ticlopidina
Tioridazida	Tiotixeno	Tizanidina	Trimetobenzamida
Tripelenamina	Trovafloxacino	Valsartana	Ziprasidona

[1]Uso crônico.
[2]Período neonatal.
[3]Pós-parto imediato.
[4]Uso sobre mamilo e aréola.
[5]Altas doses.

manual febrasgo2 miolo.indd 83 27/8/2010 14:59:08

Quadro 4 – Fármacos contraindicados para uso durante a amamentação

Amiodarona	Anfetaminas	Antipirina	Aspartame[1]
Brometos	Bromocriptina	Bussulfano	*Cannabis* (Marijuana)
Chá de kombucha	Chumbo	Ciclofosfamida	Citarabina
Clorambucila	Cocaína	Confrei	Dactinomicina
Danazol	Dietilestilbestrol	Dietilpropiona	Dissulfiram
Doxepina	Doxorrubicina	Estrôncio-89	Etretinato
Fenciclidina	Fluoruracila	Heroína	Isotretinoína
Kava-kava	Leuprolida	LSD	Mercaptopurina
Mercúrio	Metotrexato[2]	Mitoxantrona	Ouro (sais)
Paclitaxel	Tamoxifeno	Zonisamida	

[1]Criança com fenilcetonúria.
[2]Uso crônico.

IMPLANTES MAMÁRIOS DE SILICONE

Em virtude do uso cada vez mais frequente 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 Academia Americana de Pediatria (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 em potencial de aumentar o volume de leite pela nutriz são chamados galactagogos. 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 poten-

manual febrasgo2 miolo.indd 84 27/8/2010 14:59:08

cial 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 dopaminérgicos, suprimindo a liberação de prolactina. O Quadro 5 mostra os fármacos desse grupo. Como o crescimento do lactente está 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, sulpirida, clorpromazina, hormônio de crescimento, hormônio secretor de tireotropina, fenogreco.
Redução	Estrogênios, bromocriptina, cabergolide, ergotamina, ergometrina, lisurida, levodopa, pseudoefedrina, álcool, nicotina, bupropiona, 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 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 a respeito e o fármaco não puder ser substituído por outro 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.

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):

manual febrasgo2 miolo.indd 85 27/8/2010 14:59:08

- 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 indicada.
- Preferir um fármaco já estudado e sabidamente seguro para a criança, que seja pouco excretado no leite humano. Exemplo: prescrever acetominofeno 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, ácido acetilsalicílico (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 tratamentos maternos prolongados, a exemplo do uso de anticonvulsivantes.
- Escolher medicamentos que produzam 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.

manual febrasgo2 miolo.indd 86 27/8/2010 14:59:08

ANTICONCEPÇÃO DURANTE O ALEITAMENTO

Nilson Roberto de Melo
Cristina Aparecida Falbo Guazzelli

A orientação de anticoncepção para mulheres no pós-parto é uma decisão que inclui a escolha e o momento mais adequado de início do método. No puerpério e durante todo o processo de amamentação natural, o medo de uma nova gestação está quase sempre presente, sendo, portanto, importante que se ofereça contracepção segura e adequada sem prejudicar o desenvolvimento da criança e estimulando ao máximo o aleitamento materno.

RETORNO DA FERTILIDADE

Após o parto, o retorno da ovulação depende basicamente de como está sendo conduzido o processo de aleitamento. A função do eixo hipófise-hipotálamo tende a normalizar entre quatro e seis semanas em mulheres que não estão amamentando, ocorrendo o início da ovulação aproximadamente por volta de 40 a 45 dias do puerpério. Na presença de aleitamento materno exclusivo, não ocorre a função cíclica normal do eixo hipófise-hipotálamo, por causa da hiperprolactinemia, com consequente alteração nos níveis de gonadotrofinas levando à anovulação. O padrão de amamentação tem importância na manutenção da amenorreia e da anovulação, sendo o número de sucções (mais de cinco vezes por dia) e da duração das mamadas (mais de 80 minutos por dia) fatores básicos para que isso ocorra. A

manual febrasgo2 miolo.indd 87 27/8/2010 14:59:08

ovulação pode preceder o primeiro sangramento menstrual, com certa frequência, após os três meses.

O método de amenorreia da lactação (LAM) consiste no uso natural da amamentação. Para ser eficaz, alguns preceitos devem ser obedecidos: o aleitamento deve ser *exclusivo* associado à amenorreia materna nos primeiros seis meses (98% de eficácia).

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 60 dias. O método deixará de ser confiável quando o aleitamento não for realmente exclusivo, com livre demanda nas 24 horas do dia ou se existir qualquer suplementação alimentar do lactente ou a mulher não estiver mais em amenorreia.

QUANDO INICIAR O MÉTODO ANTICONCEPCIONAL?

Nas puérperas que não estão amamentando, o início do uso de método contraceptivo deve ser após a terceira semana do parto. Em presença de aleitamento materno, a anticoncepção deverá ser iniciada a partir da sexta semana 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.

Após o parto e durante o aleitamento, pela deficiência de estrogênio, o epitélio vaginal se encontra atrófico, com lubrificação diminuída; devido a essas 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.

manual febrasgo2 miolo.indd 88 27/8/2010 14:59:08

Dispositivo intrauterino

É método seguro e conveniente durante o puerpério e não interfere no processo de lactação e desenvolvimento da criança. Proporciona como vantagens alta eficácia e longa duração, não apresentando maior incidência de complicações, quando comparado à sua utilização em outro período de vida.

O DIU pode ser inserido por via vaginal imediatamente após a dequitação ou, durante a cesárea, antecedendo a histerorrafia. Esses procedimentos são eficazes, seguros, não apresentando alterações significantes de perfurações ou infecções, com discreto aumento no número de expulsões do dispositivo, que podem ser evitadas com treinamento específico e colocação adequada nos primeiros 10 minutos após a dequitação. A colocação do DIU não deve ser realizada no período de 48 horas até quatro semanas após o parto, pois existe um risco maior de perfuração.

O sistema intrauterino com levonorgestrel pode ser inserido, se houver indicação, após 4 semanas do parto. Estudos mostram que a sua utilização não interfere no aleitamento nem no crescimento e desenvolvimento da criança.

Contracepção hormonal

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

Pode ser empregado durante o aleitamento, sem afetar o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, não altera o volume do leite produzido nem a concentração de proteínas, lípides ou lactose. Pode ser iniciado após a sexta semana do parto e deve ser o preferido quando a opção for a contracepção hormonal.

- Pílulas com progestagênio isolado (0,35mg de Noretisterona 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.
- Pílula com progestagênio com doses maiores (75 mcg de desogestrel) apresenta maior eficácia, pois além dos mecanismos de ação das minipílulas, também inibe a ovulação e, por isso, pode ser mantida após o término da amamentação, pela sua alta eficácia contraceptiva.
- A injeção trimestral de 150mg de acetato de medroxiprogesterona, por via intramuscular, apresenta alta eficácia e deve ser iniciada após seis semanas do parto.
- O implante subdérmico (etonogestrel) é um método eficaz, de duração prolongada (até três anos) e com rápido retorno à fertilidade, após a sua remoção. Pode ser inserido após a sexta semana do parto. Não apresenta efeitos sobre a lactação e desenvolvimento da criança.

manual febrasgo2 miolo.indd 89 27/8/2010 14:59:09

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

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

A passagem dos hormônios para o lactente ocorre em geral em pequenas proporções (inferiores a 1%) em relação à dose materna, não alterando o seu desenvolvimento, crescimento, nem mesmo o comportamento psicológico. Em puérperas com aleitamento materno exclusivo, os métodos hormonais combinados não devem ser indicados. Em mulheres com amamentação mista e que já estão menstruando, a orientação é por um contraceptivo hormonal de baixa dose, com administração da pílula, de preferência, logo após a mamada ou no início do intervalo mais longo entre elas. Recomenda-se também que haja aumento da duração do estímulo de sucção. A sua iniciação deve ser após o sexto mês do parto.

Métodos cirúrgicos

Por serem definitivas, tanto a vasectomia como a laqueadura tubária 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 nº 9.263 de 1996, que trata de Planejamento Familiar e se refere à esterilização voluntária, restringindo a esterilização cirúrgica no puerpério aos casos de risco de vida materna ou por cesarianas sucessivas anteriores.

manual febrasgo2 miolo.indd 90 27/8/2010 14:59:09

AMAMENTAÇÃO E SEXUALIDADE

Margarida Silva 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 à 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 por meio 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 seio 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 por meio de movimentos rítmicos e repetitivos com os lábios, sem ter relação com a necessidade de alimentos. Ao utilizar 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 nessa fase é autoerótica – 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

manual febrasgo2 miolo.indd 91 27/8/2010 14:59:09

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 essas 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 por meio dela o seu 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 Anna Freud, ser tocado e aconchegado pela mãe libidiniza o corpo do bebê e ajuda a consolidar sua imagem corporal e a autoestima na vida adulta.

Para Otto Fenichel, o erotismo propiciado pela temperatura do ato de amamentar é parte essencial da sexualidade receptiva: ter contato com o outro e sentir o calor de seu corpo continuam sendo a base dos relacionamentos amorosos. Tocar e ser tocado confirmam 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 MULHER 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, principalmente quando o bebê é do sexo masculino, pois imaginam estar praticando incesto. Essa 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, das quais 40% amamentaram. Chegaram à conclusão de que o erotismo feminino no pós-parto não tem relação com a paridade e a idade materna; relaciona-se diretamente à amamentação. As mulheres lactantes retomaram o interesse sexual mais rapidamente que as demais dessa pesquisa.

A mulher que se sente amada e apoiada pelo parceiro tende ao sucesso durante o aleitamento materno. Mais ainda: se ela permitir que o parceiro acaricie suas mamas e estimule oral e manualmente a glândula mamária, isso 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 nessa fase a prejudica e ao bebê. Os períodos prolongados de abstinência sexual, por vezes impostos pelo obstetra que não individualiza cada caso, também influenciam negati-

manual febrasgo2 miolo.indd 92 27/8/2010 14:59:09

vamente 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 receio de alterar a estética da mama. A atitude de tomar remédio nessa 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 só não leva à flacidez.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mulher atual, por acumular diversas funções, fica vulnerável, podendo abandonar o aleitamento materno. Embora a amamentação seja 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 esses 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 desse processo fortalecida quando se doa totalmente e, a partir daí, passa a 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 por meio do contato pele a pele, por ser fundamental para a construção saudável da sexualidade humana.

manual febrasgo2 miolo.indd 93 27/8/2010 14:59:09

manual febrasgo2 miolo.indd 94 27/8/2010 14:59:09

INIBIÇÃO DA LACTAÇÃO: INDICAÇÕES E ESQUEMAS

Vander Guimarães

INTRODUÇÃO

Apesar de todas as vantagens oferecidas pela prática do Aleitamento Materno, algumas vezes essa conduta não pode ser adotada como a melhor opção para a mãe e a criança, sendo necessária a interrupção da lactogênese (supressão da lactação ou ablactogênese) ou até impedir que ela se inicie (prevenção da lactação), com o objetivo de se evitar maiores agravos à saúde de um ou outro ou de ambos.

INDICAÇÕES PARA INIBIÇÃO DA LACTAÇÃO

As situações em que se faz necessária a inibição da lactação são pouco frequentes e dependem tanto de causas de origem materna quanto de fatores inerentes ao recém-nascido.

Como causa de origem materna cita-se a utilização de certas medicações e de algumas substâncias tóxicas pela mãe, que podem ser transferidas ao leite e colocar em risco a saúde da criança que está sendo amamentada. A presença de agentes infecciosos em algumas situações também pode ser danosa, indicando a inibição da lactação.

São enumerados:

1. Antibióticos e outros agentes terapêuticos.
2. Radiofármacos.

manual febrasgo2 miolo.indd 95 27/8/2010 14:59:09

3. Quimioterápicos.
4. Álcool e outras drogas:
   • Cocaína;
   • Heroína;
   • Maconha.
5. Infecções:
   • Vírus da imunodeficiência humana (HIV), vírus linfotrópico de células T humano tipo 1 (HTLV-1).
6. Procedimentos cirúrgicos na mama com ressecção dos ductos ou lesão grave sobre as terminações nervosas mamilares – bilateralmente.
7. Doença grave (que incapacite a mãe ou ponha em risco a integridade da criança).
8. Recusa materna.

Os fatores neonatais que justificam a supressão do aleitamento materno incluem alterações da consciência da criança de qualquer natureza, intolerância a algum componente do leite, malformações fetais orofaciais – que não sejam compatíveis com alimentação através de sonda naso ou orogástrica e patologias graves. São eles:

- Galactosemia, fenilcetonúria e intolerância à lactose;
- Malformações fetais de orofaringe, esôfago e traqueia;
- Cardiopatia e/ou pneumopatia grave;
- Hiperbilirrubinemia grave;
- Morte fetal ou neonatal;
- Entrega do recém-nascido para adoção.

MÉTODOS PARA INIBIÇÃO

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

A falta de estímulo mamilar impede a liberação de ocitocina e, consequentemente, 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 adeno-hipófise.

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

manual febrasgo2 miolo.indd 96 27/8/2010 14:59:09

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, com ataduras elásticas de 15cm de largura, envolvendo todo o tórax. Esse procedimento deve ser mantido por cinco dias e as ataduras retiradas somente 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 utilizados com mais frequência atuam para diminuir a secreção de prolactina, ao promover um ambiente hormonal semelhante ao ocorrido na gestação (com altas taxas de estradiol) ou por terem efeito sinérgico com a dopamina. São os seguintes:

1. **Mesilato de bromoergocriptina**

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

   Contraindicações:
   - Hipertensão não controlada e sensibilidade a alcaloides derivados do ergot.

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

   Terapêutica proposta:
   - 1 comprimido (2,5mg) ao dia via oral – VO, por 2 semanas ou meio comprimido (1,25mg) VO, a cada 8 ou 12 horas, por 14 dias.

   Nome comercial:
   - Parlodel®, Bagren®.

2. **Cabergolina**

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

manual febrasgo2 miolo.indd 97 27/8/2010 14:59:09

Contraindiçacões:
- Gravidez, pré-eclâmpsia e hipertensão pós-parto, insuficiência hepática grave e sensibilidade a alcaloides derivados do ergot.

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

Terapêutica proposta:
- Dois comprimidos (0,5mg) VO em dose única (no primeiro dia pós-parto) ou
- Meio comprimido (0,25mg) VO a cada 12 horas, por 2 dias (para supressão da lactação já estabelecida).

Nome comercial:
- Dostinex®.

3. Maleato de lisurida

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

Contraindicações:
- Insuficiência coronariana e arteriopatias periféricas, psicose e hipersensibilidade ao componente da fórmula.

Efeitos colaterais:
- Mais comuns: cefaleia, náuseas, cansaço, vertigem, sudorese, obnubilação e vômito.
- Menos comuns: pesadelos, alucinação, reações paranoides e confusão mental.

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

Nome comercial:
- Dopergin®.

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

4. Hexaidrobenzoato de estradiol

Ação:
- Inibe a ação da prolactina no tecido mamário.
- Atua na adeno-hipófise, impedindo a secreção de prolactina.

manual febrasgo2 miolo.indd 98 27/8/2010 14:59:09

Contraindicações:

- Gravidez, patologias tromboembólicas, cardiopatias, câncer de útero, mama ou hipofisário, hemorragias genitais de causas desconhecidas, hepato e nefropatia grave, porfiria, colagenose, otosclerose.

Efeitos colaterais:

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

Terapêutica proposta:

- 1 ampola (5mg), via intramuscular (IM) a cada 24 horas – 2 doses.

Nome comercial:

- Benzoginoestril®.

5. Outros fármacos

Além dos fármacos descritos anteriormente, são relatados outros produtos com a finalidade de inibir a lactação: tamoxifeno, ciproeptadina, metisergida, metergolina, clomifeno, piridoxina (vitamina B_6), prostaglandina E_2, 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, nessa situação, o uso de analgésicos (paracetamol, dipirona ou ácido acetilsalicílico – AAS) e/ou anti-inflamatórios (diclofenaco, piroxicam, ibuprofeno etc.) em doses habituais, enquanto persistirem os sintomas álgicos, que normalmente desaparecem após as primeiras 72 horas.

manual febrasgo2 miolo.indd 99 27/8/2010 14:59:09

O ALOJAMENTO CONJUNTO

Ana Júlia Colameo

As rotinas hospitalares durante o parto e o nascimento têm grande influência sobre a amamentação, além de serem 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, em 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 permanecer 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, sendo inúmeras as evidências científicas que demonstram as vantagens desse sistema sobre as rotinas de separação convencionalmente usadas nas maternidades até a década de 1970.

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 Sistema Único de Saúde (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, artigo 10, inciso V, estabelece que: "Os hospitais e demais estabelecimentos

manual febrasgo2 miolo.indd 101 27/8/2010 14:59:09

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, sendo o 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 contra os 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 ele seja colocado imediatamente com sua mãe.

  Os bebês vigorosos, que apresentam sete ou mais pontos na escala de Apgar no primeiro minuto, geralmente não precisam de manobras de reanimação e uma avaliação imediata pode definir para quais recém-nascidos essas manobras serão necessárias.

  O aquecimento pode ser feito no colo da mãe, por meio de secagem delicada do bebê, manutenção do contato pele a pele e 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.

manual febrasgo2 miolo.indd 102 27/8/2010 14:59:09

- 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, monitorizando-os à distância ou permitir que um acompanhante os ajude, podem 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 ser essa 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 adequadas para a realidade de cada hospital. O acesso a esses treinamentos costuma ocorrer 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 contra a infecção causada por germes hospitalares, costumeiramente presentes nas mãos dos profissionais de saúde.

- Transportar o bebê no colo da mãe não é seguro.
  A maioria das mulheres que deram à luz está lúcida e com pleno controle dos seus movimentos, o que torna bastante seguro o transporte do bebê nos braços da mãe. Caso seja necessário, pequenas manobras podem melhorar a segurança do transporte conjunto, tais como obter a ajuda de um acompanhante ou envolvê-los com um lençol.

manual febrasgo2 miolo.indd 103 27/8/2010 14:59:09

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

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

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

Possíveis obstáculos e sugestões a serem superados:

- É necessário que os bebês fiquem 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 no berçário uma pessoa vigia muitos bebês.
  Os bebês estão mais seguros com suas mães e são mais bem observados por elas, porque a ligação afetiva entre os dois gera uma atenção particular e individualizada.
  A realocação do corpo de enfermagem, do berçário para o alojamento, pode diminuir a sobrecarga de trabalho nas enfermarias e um sistema intermitente de observações pode ser adotado, já que não há necessidade de vigilância contínua pela equipe.
- Não há espaço para o alojamento conjunto.
  A redistribuição do espaço gerado pela desativação do berçário pode ser uma solução para manter o número de leitos.

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

manual febrasgo2 miolo.indd 104 27/8/2010 14:59:09

- 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, por meio de seu leite.
  As mães podem ser ajudadas e treinadas pela equipe hospitalar em seus próprios quartos 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 a sua saúde e a do bebê, desde o pré-natal.
  Rotinas pormenorizadas devem estar afixadas em todos os setores frequentados pelas gestantes e puérperas, de modo que o sistema adotado pelo hospital fique bastante claro e acessível.

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

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, visto que é a melhor forma de criar o bebê. A mãe também deve ser informada de como poderá obter ajuda nas situações em que achar necessário.

- São muitas as informações dadas às mães no momento da alta hospitalar.
  Os hospitais podem deixar com as mães lembretes escritos com essas orientações e onde procurar ajuda, como por exemplo na contracapa do cartão de nascimento ou no relatório da internação e alta.
  Se o hospital tiver 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, pela adoção das rotinas do Método Mãe Canguru (vide capítulo).
  Os gestores hospitalares têm um papel fundamental na implantação do alojamento conjunto, porque dispõem de muitos recursos para incentivar e convencer os profissionais de saúde a mudarem suas rotinas, facilitando treinamentos, mudando regras e avaliando sistematicamente os resultados.
  Os hospitais com rotinas que apoiam a amamentação são considerados hospitais mais "humanizados" e, portanto, mais respeitados pela comunidade.
  Ao pôr em prática os "Dez Passos para o Sucesso da Amamentação" que promovem e protegem o aleitamento materno, no qual 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 da Saúde como forma de reconhecimento internacional das boas práticas da maternidade.

manual febrasgo2 miolo.indd 105 27/8/2010 14:59:09

MÉTODO MÃE CANGURU

Geisy Maria de Souza Lima

INTRODUÇÃO

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

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, raio X portátil, aparelho de ultrassonografia e tantos outros, têm possibilitado a sobrevivência de recém-nascidos de peso e idade gestacional nos limites da viabilidade. Entretanto, o recém-nascido de baixo peso e o pré-termo continuam a contribuir para as elevadas morbimortalidades neonatal e infantil.

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

O contato precoce, o livre acesso dos pais e familiares às unidades neonatais, os apoios psicológico e social, enfim, a proposta da metodologia Mãe Canguru, adotada

manual febrasgo2 miolo.indd 107 27/8/2010 14:59:09

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 Gómes e Luiz Navarrete Pérez no Instituto Materno Infantil de Bogotá. A princípio, o método foi criado como alternativa para solucionar a deficiência dos recursos materiais existente naquela instituição. As poucas incubadoras existentes eram compartilhadas por dois a três bebês de baixo peso, aumentando a morbimortalidade por infecção cruzada. Os bebês passaram a ficar em contato pele a pele com suas mães, dentro de suas roupas, o que lhes garantia o calor necessário. A alta era dada precocemente, sendo estimulado o aleitamento materno exclusivo, método este predominantemente ambulatorial.

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

O Fundo das Nações Unidas para a Infância – Unicef teve um papel importante na divulgação e no 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 e Bolívia.

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

Conceito

O Método Mãe Canguru é uma modalidade de assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce entre a mãe e seu recém-nascido de baixo peso.

O contato pele a pele deverá ocorrer 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 etc.).

manual febrasgo2 miolo.indd 108 27/8/2010 14:59:09

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:

Primeira etapa: o bebê de baixo peso enfermo será encaminhado da sala do parto à unidade de terapia intensiva (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 orientação acerca do método.
8. Quando as condições do bebê permitirem, iniciar o contato pele a pele o mais precocemente 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 o acompanhamento psicoterápico, quando necessário.
12. Proporcionar ao bebê um posicionamento adequado para garantir a autorregulação com menos gasto energético e assegurar melhor desenvolvimento neuropsicomotor.

manual febrasgo2 miolo.indd 109 27/8/2010 14:59:09

Deverá ser permitido à mãe:

- Permanência hospitalar nos cinco 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 dúvidas da mãe, permitindo que ela tenha maior confiança quanto à sobrevivência do filho e possibilitando a criação do vínculo mãe-bebê.
- Após o quinto 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 e refeições durante sua permanência na unidade. É importante também garantir um espaço adequado para a sua permanência, para que possa trocar experiências com as outras mães.

Segunda 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, ele passará a ser cuidado por sua mãe, que receberá o reforço das orientações previamente recebidas na primeira etapa quanto aos cuidados com o seu filho de baixo peso.

Critérios de elegibilidade

Da mãe

- Ter disponibilidade para permanecer na unidade com seu filho.
- Apoio familiar e rede de apoio social para participar dessa 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 etc.)
- Tolerar a dieta oferecida por sonda, copo ou mamada ao peito.
- Peso mínimo 1,250kg.

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 estiver 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

manual febrasgo2 miolo.indd 110 27/8/2010 14:59:10

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, bem como outras suplementações que se façam necessárias.

A utilização de medicação intravenosa intermitente, por dispositivo intravenoso periférico, não contraindica a permanência em posição canguru.

Critérios para alta hospitalar

- Mãe segura, bem orientada e familiares conscientes quanto aos cuidados com o bebê em domicílio.
- Mãe psicologicamente motivada para dar continuidade ao trabalho iniciado na maternidade.
- Compromissos materno e familiar para manter o contato pele a pele em posição de canguru por 24 horas/dia.
- Bebê clinicamente bem.
- Peso mínimo de 1,500kg.
- 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 esta 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.

Terceira 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, sendo o primeiro retorno em 48 horas.
- Na segunda, semana duas consultas.
- Da terceira semana em diante, pelo menos uma consulta semanal até o bebê atingir o peso de 2,500kg.

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

São atribuições do acompanhamento na terceira 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.

manual febrasgo2 miolo.indd 111 27/8/2010 14:59:10

- Avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família.
- Checar o cumprimento das orientações recebidas, manutenção da posição canguru por 24 horas, uso das medicações etc.
- Corrigir as situações de risco, como ganho de peso inadequado, sinais de refluxo, infecção, apneias e anemia.
- Orientar e acompanhar tratamentos especializados, tais como exame oftalmológico, avaliação auditiva, terapia ocupacional, fisioterapia motora.
- Orientar sobre esquema adequado de imunizações.

Quando o bebê atingir o peso de 2,500kg 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.

manual febrasgo2 miolo.indd 112 27/8/2010 14:59:10

BANCO DE LEITE HUMANO

Maria José Guardia Mattar
Joana Saioko Watanabe Kuzuhara
Ana Márcia Correa Gomes

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

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

Os Bancos de Leite Humano (BLH) funcionam como Centro de Lactação promovendo, apoiando e protegendo a amamentação, auxiliando na manutenção da lactação em 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 ao prolongamento do período de amamentação (Ministério da Saúde, 1993; Almeida, 1999).

O BLH é especializado em processamento e controle de qualidade do leite humano ordenhado (LHO), executando atividades de coleta e classificação (colostro, 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 Resolução de Diretoria Colegiada RDC 171/06 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVI-

manual febrasgo2 miolo.indd 113 27/8/2010 14:59:10

SA) de setembro de 2006, sendo obrigatoriamente vinculado a um hospital materno e/ou infantil. É uma instituição sem fins lucrativos, sendo vedada a comercialização dos produtos distribuídos (Ministério da Saúde,1995; Almeida, 1999, ANVISA, 2008).

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

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

As barreiras bioquímicas do LHO são perfeitamente esgotáveis em duas horas, quando ocorre saturação dos fatores de proteção, não havendo como impedir o crescimento bacteriano. Portanto, o LHO deve ser mantido fora da cadeia de frio o menor tempo possível (Almeida 1999).

O controle de qualidade do LHO é uma grandeza que resulta da avaliação conjunta de uma série de parâmetros incluindo as características nutricionais, imunológicas, químicas e microbiológicas. Esse controle inicia desde as condições das instalações em que esse leite foi ordenhado, treinamento dos funcionários, orientação da doadora, ordenha, pré-estocagem, processamento, controles 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 artigo 1, institui que: "Os Bancos de Leite Humano somente utilizarão leite ou colostro após adequada pasteurização, com aquecimento a 62,5ºC por 30 minutos". Essa prática constitui tratamento térmico capaz de inativar 100% de todas as partículas de vírus da imunodeficiência humana (HIV), passíveis de serem encontradas no leite (Ministério da Saúde, 1995).

O uso do Leite Humano Ordenhado de BLH é seguro e confiável, uma vez que 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 se dispõem a doar o excedente por livre e espontânea vontade (Ministério da Saúde, 2008).

São submetidas a anamnese e exame físico para levantar os aspectos clínicos relevantes. Serão consideradas inaptas para doação, a critério médico, as nutrizes portado-

manual febrasgo2 miolo.indd 114 27/8/2010 14:59:10

ras de moléstias infectocontagiosas, que façam uso de medicação que contraindique a amamentação, fumantes ou usuárias de bebidas alcoólicas ou, ainda, mulheres que se encontrem em risco nutricional (ANVISA, 2008).

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

Quais crianças podem receber leite de BLH?

A distribuição de leite humano é realizada de acordo com os critérios estabelecidos pela RDC 171/06 do manual mediante solicitação, via prescrição médica e justificativa, sendo essa atendida 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 recém-nascidos (RN) de baixo peso que não sugam.
- RN em Nutrição Trófica.
- RN 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 as mães com dificuldades em amamentação e em dar continuidade ao aleitamento materno, bem como em conciliar a amamentação com trabalho, devem entrar em contato com essas instituições para troca de experiências, conhecer um pouco o trabalho, o tempo de Licença Maternidade e se a sua empresa possui creche ou sala de apoio à amamentação.

Como entrar em contato com BLH?

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

Como funciona a coleta domiciliar no caso de doações de leite humano?

As doadoras são cadastradas após a verificação prévia, pelo médico do BLH, de acordo com os exames de pré-natal. Nessa visita, o auxiliar de enfermagem faz as verificações e dá as orientações necessárias no domicílio, de acordo com os resultados do controle de qualidade, levando os frascos de vidros esterilizados, touca e máscara. Durante a coleta nos domicílios é feito o controle de temperatura das caixas isotérmicas (PVC), com gelo reciclável, utilizadas no transporte para manter a cadeia de frio (temperatura < -3°C).

manual febrasgo2 miolo.indd 115 27/8/2010 14:59:10

A duração do trajeto não deve ultrapassar seis horas e o retorno deverá ser a qualquer momento, quando se verificar alteração da temperatura das caixas (ANVISA, 2008).

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

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

PROCESSAMENTO

Degelo: o degelo do leite humano deve ser feito em banho-maria a uma temperatura de 40ºC ou em micro-ondas, conforme a recomendação. O tempo varia de acordo com o volume do leite, o tipo e o número de frascos. À medida que ocorre o descongelamento, deve-se agitar o frasco para uniformizar o leite; quando este estiver com uma "pequena bolinha de gelo" dentro do frasco já pode ser retirado (temperatura de + 7ºC). O mesmo deve acontecer quando for descongelado em micro-ondas (ANVISA, 2008).

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

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

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

Em um estudo experimental publicado no Lancet em 1987, Eglin e Wilkinson demonstraram que o aquecimento a 56ºC/ 30 minutos inativa o HIV na forma livre e no interior de células do leite humano ordenhado (Almeida, 1999).

Resfriamento: imediatamente após o término da pasteurização, deve-se mergulhar os frascos no resfriador ou em cuba com gelo reciclável a uma temperatura média de 0ºC. O leite deve atingir uma temperatura de 5 a 7ºC em aproximadamente 15 minu-

manual febrasgo2 miolo.indd 116 27/8/2010 14:59:10

tos. Esse resfriamento rápido é importante para reduzir as perdas do produto pelo calor residual (Ministério da Saúde, 1988; ANVISA, 2008).

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

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

Acidez titulável: indica a acidez desenvolvida no leite pela ação de micro-organismos que desdobram a lactose em ácido láctico. Os valores de acidez normal variam de 2 a 8ºD. Uma vez avaliada a acidez titulável em graus Dornic (D), correlacionamos esses valores com a porcentagem de micro-organismos antes da pasteurização, o que passa a ser o indicador sanitário do LHO.

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

Crematócrito: entre as características, que definem o valor nutricional do LHO, destacam-se o teor de gordura e o conteúdo energético realizados pela *técnica do crematócrito*, originalmente descritos por Lucas *et al.*, em 1978 e adaptados à rotina operacional dos BLH do País (Manual de BLH, 2008).

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

manual febrasgo2 miolo.indd 117 27/8/2010 14:59:10

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

Estocagem: o leite humano pasteurizado pode ser estocado em *freezer* por até seis meses.
Obs.: todos os *freezers* deverão ter planilha de controle de temperatura máxima e mínima.

Distribuição: na distribuição de Leite Humano Pasteurizado (LHP), para recém-nascidos prematuros e de muito baixo peso, são liberados os leites humanos com acidez titulável abaixo de 6°D para facilitar a absorção de caseína, cálcio e fósforo. Em relação ao conteúdo calórico, o leite humano a ser liberado vai depender do tipo de nutrição que o RN está recebendo (Almeida, Guilherme, Mattar, 2009).

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

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

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

Porcionamento: o LHP, após liberação pelo BLH, deverá ser descongelado, aliquotado sob campo de chama ou capela de segurança microbiológica, de acordo com a prescrição médica, e mantido sob refrigeração por 24 horas para o uso. Antes do horário de liberação para o consumo na Unidade Neonatal, deverá ser amorna-

manual febrasgo2 miolo.indd 118 27/8/2010 14:59:10

do em banho-maria a 40ºC, no máximo 10 minutos antes do horário em que será administrado (Ministério Saúde, 2008).

ADMINISTRAÇÃO (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

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

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

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

Técnica do copinho: técnica utilizada para não ocorrer a confusão de pega, na ausência materna:

- Segurar o bebê sentado ou semissentado no seu colo ou na incubadora.
- Segurar o copo com leite junto aos lábios do bebê e reclinar um pouco o copo para que o leite toque os lábios da criança.
- Repousar o copo levemente no lábio inferior do bebê com as bordas tocando a parte externa do lábio superior da criança, que se torna alerta e abre a boca e os olhos.
- Colocar o copo próximo ao seu lábio e deixar o bebê tomar por si mesmo, com movimento da língua; não derrame o leite na boca do bebê.

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

Translactação: alimentação de RN 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.

manual febrasgo2 miolo.indd 119 27/8/2010 14:59:10

manual febrasgo2 miolo.indd 120 27/8/2010 14:59:10

Capítulo 18

INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Tereza Setsuko Toma

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

A preocupação com a influência negativa dos serviços de saúde sobre a amamentação ganhou terreno a partir de pesquisas realizadas na década de 1980. Para enfrentar o problema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) lançaram, em 1989, uma Declaração Conjunta denominada "Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis". Essa Declaração estabeleceu nos "Dez Passos para o sucesso do aleitamento materno" as práticas e rotinas que favorecem a amamentação no âmbito dos serviços de atenção pré-natal, ao parto, pós-parto imediato e após a alta hospitalar. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é uma estratégia da OMS e UNICEF para realizar mudanças nas práticas e rotinas dos serviços de saúde. Ela tem dois objetivos principais:

manual febrasgo2 miolo.indd 121 27/8/2010 14:59:10

implantar os Dez Passos e abolir a doação de fórmulas infantis em todas as maternidades. Desde o seu lançamento, em 1991, mais de 20 mil serviços foram credenciados em todo o mundo.

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, há 10 critérios adicionais que os serviços precisam cumprir para receber o título de HAC. O processo de credenciamento inclui três etapas: em primeiro lugar, a equipe do hospital faz uma autoavaliação de suas práticas; então, quando essa equipe avaliar que o hospital cumpre os Dez Passos poderá solicitar uma avaliação da Secretaria Estadual de Saúde (chamada de pré-avaliação); por fim, se essa avaliação mostrar que todos os passos são cumpridos, a Secretaria solicitará uma avaliação global do Ministério da Saúde.

O Brasil foi um dos 12 primeiros países a incorporar a IHAC em sua política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. No entanto, o processo de credenciamento tem caminhado lentamente. Até o final de 2008 havia apenas 322 HAC entre os 3.752 hospitais com leitos de maternidade no País. Isso representava uma cobertura de 28% de todos os nascimentos ocorridos em 2007, com uma variação de 21% na região Sudeste a 38% na Centro-oeste. A cobertura por Estados variava de 0 (em Roraima, Rondônia e Mato Grosso) até 21%, em São Paulo, e 86%, no Distrito Federal.

A exigência de 10 requisitos adicionais pelo Ministério da Saúde, entre os quais a redução nas taxas de cesárea, poderia explicar pelo menos em parte essa lentidão no processo de credenciamento. Outra possível explicação seria o fato de os gerentes e administradores de hospitais desconhecerem a importância e o funcionamento da IHAC, assim como o impacto em potencial que ela pode causar tanto na saúde de mães e bebês como na redução dos custos da atenção hospitalar. Atribui-se ao processo de sensibilização de gestores, realizado em todo o País na década de 1990, o crescimento do número de hospitais credenciados de 1999 a 2002.

Com a finalidade de revitalizar a implantação da IHAC, OMS e UNICEF realizaram em 2006 uma atualização do conjunto de materiais para sensibilizar gerentes e administradores de hospitais, capacitar as equipes das unidades de saúde, além de monitorizar e avaliar as práticas e rotinas. Esses materiais encontram-se disponíveis no *site* do Ministério da Saúde. Essa revisão levou também à ampliação de objetivos, sugerindo um cuidado apropriado às mulheres durante o trabalho de parto e parto.

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS QUE SUSTENTAM OS DEZ PASSOS

Há um crescente interesse em evidências científicas que dão suporte à tomada de decisões na área médica. Espera-se que a implantação de rotinas e procedimentos nos

manual febrasgo2 miolo.indd 122 27/8/2010 14:59:10

serviços de saúde tenha como base provas científicas, em vez de crenças e costumes arraigados entre os profissionais.

Embora os Dez Passos possam ser aprimorados por 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 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 2.051 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 se 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 em relação ao aleitamento materno. Esses dados levaram a OMS e o UNICEF a elaborar uma proposta de curso cujo objetivo é auxiliar as equipes interessadas em realizar as mudanças e em tornar o seu hospital em HAC. O curso "Promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidades" oferece, em 15 seções, o conteúdo básico para o manejo da amamentação, além de orientação sobre métodos de ensino apropriados e recursos necessários para organizá-lo. Nesse curso, 4 horas e meia são dedicadas a práticas clínicas com gestantes e mães. Uma equipe de coordenação para a implantação dos Dez Passos é importante para formar os docentes e garantir que todos os funcionários que lidam

manual febrasgo2 miolo.indd 123 27/8/2010 14:59:10

com mães e recém-nascidos recebam a capacitação. Como poderá ser visto a seguir, sem o cumprimento do Passo 2 é impossível atender às exigências da IHAC.

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

O pré-natal é uma boa oportunidade para se descobrir o grau de interesse e conhecimento das gestantes sobre a alimentação de seu futuro bebê, suas experiências em amamentar filhos anteriores, suas dúvidas e crenças e como elas são afetadas por opiniões do companheiro, familiares e amigos. Segundo as pesquisas, a educação pré-natal pode ter efeito importante quando inclui orientações sobre a técnica de amamentar e 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, contando com a presença do pai e das futuras avós. O cumprimento desse Passo refere-se aos hospitais que oferecem atenção em ambulatório de pré-natal de baixo ou alto risco ou dispõem de enfermaria para internação de gestantes com agravos à saúde.

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

O contato precoce pele a pele e a oportunidade de amamentar, logo após o parto, são importantes tanto para uma amamentação bem-sucedida quanto para a construção do vínculo entre mãe e bebê. O contato pele a pele é valioso e deve ser incentivado também nas situações em que a mãe não poderá amamentar. Estudos mostram que o recém-nascido tem um padrão de comportamento previsível de busca do seio materno quando colocado sobre o abdome de sua mãe logo após o nascimento. Essa capacidade, no entanto, pode não se manifestar quando a mãe recebe sedativos durante o trabalho de parto ou quando o recém-nascido é submetido à rotina hospitalar convencional.

Recomenda-se que os recém-nascidos sadios tenham sua pele enxuta logo após o nascimento, sejam colocados em contato pele a pele com a mãe e assim mantidos por pelo menos uma hora. Esse procedimento mostrou ser a forma mais eficiente para manter a temperatura corporal do bebê, propiciando o desenvolvimento de uma microflora intestinal mais favorável. A implantação deste passo é considerada difícil, uma vez que exige uma boa interação entre os médicos obstetra, pediatra, anestesista e a equipe de enfermagem. É fundamental a determinação da equipe em adotar práticas apropriadas durante o trabalho de parto e parto, assim como em 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 sadios.

manual febrasgo2 miolo.indd 124 27/8/2010 14:59:10

PASSO 5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo que venham 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 da amamentação, 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 autoconfiança 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 complemento das mamadas tem sido uma prática amplamente disseminada nas unidades neonatais, embora as pesquisas apontem que isso aumenta o risco de infecção, de intolerância ou alergia ao leite de vaca e de interferência sobre a sucção e a produção de leite materno. Quanto ao uso de soro glicosado, os motivos geralmente alegados – evitar hipoglicemia, testar a sucção, reduzir a icterícia e a perda de peso – carecem de base científica. A restrição dessas práticas tem sido identificada como uma das intervenções de saúde de maior custo-eficácia. Para a implantação deste Passo contribuem outras ações, tais como evitar a separação desnecessária entre mães e crianças, desde o nascimento até a alta hospitalar, prescrever fórmulas infantis apenas nas situações de exceção estabelecidas pela IHAC nos "Motivos médicos aceitáveis para a suplementação do leite materno", impedir o acesso a amostras grátis e doações de fórmulas infantis.

PASSO 7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.

No início do século passado, com o aumento do número de partos ocorridos em hospitais, adotou-se a rotina de cuidar dos recém-nascidos em berçários. Uma das consequências 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,

manual febrasgo2 miolo.indd 125 27/8/2010 14:59:10

especialmente nos particulares, 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, realizando a maioria dos procedimentos necessários no próprio quarto (vide Capítulo 15).

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 estão a menor perda de peso e a menor incidência de hiperbilirrubinemia no recém-nascido, bem como menor incidência de ingurgitamento mamário e amamentação estabelecida com maior facilidade.

PASSO 9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas no peito.

As mamadeiras e chupetas são utilizadas com bastante frequência em nosso país. Pessoas leigas e profissionais de saúde tendem a acreditar que elas são inofensivas ou até mesmo benéficas para o desenvolvimento infantil. No entanto, as pesquisas indicam que tais artefatos podem facilitar a transmissão de infecções, diminuir a frequência das mamadas, induzir ao desmame precoce e alterar a dinâmica oral. As chupetas e mamadeiras não devem ser, 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

manual febrasgo2 miolo.indd 126 27/8/2010 14:59:10

autoconfiança. Os estudos mostram a dificuldade das mães em lidar com o choro do bebê, geralmente interpretado como cólica, fome ou pouco leite, levando-as a oferecer precocemente chás, chupetas e fórmulas infantis. O aconselhamento individualizado e a ajuda em momentos de crise na amamentação podem ser muito úteis. No momento da alta da maternidade é fundamental que a equipe dê as orientações apropriadas acerca dos locais em que as mães podem obter ajuda prática efetiva para amamentar. O Hospital Amigo da Criança pode contribuir para a criação, sensibilização e capacitação de grupos de apoio na comunidade ao seu redor, sejam eles nas unidades básicas de saúde ou grupos de mulheres.

manual febrasgo2 miolo.indd 127 27/8/2010 14:59:10

manual febrasgo2 miolo.indd 128 27/8/2010 14:59:10

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

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

INTRODUZINDO A TEMÁTICA: AMAMENTAÇÃO, MATERNIDADE E TRABALHO

> *Dentre as mais extraordinárias contribuições da ciência para a melhoria da qualidade de vida dos seres humanos nas três últimas décadas do século passado e início do atual, indiscutivelmente tem sido a produção de inúmeros estudos evidenciando a importância e vantagens do aleitamento materno. Cada vez mais são descobertos novos benefícios que a prática de amamentar traz para a saúde e qualidade do processo de viver dos envolvidos no processo, sob os mais diferentes aspectos, entre os quais destacamos os nutricionais, bioquímicos, imunológicos, psicossociais e econômicos* (León-Cava et al*.,* 2002).

Reconhecendo as inúmeras vantagens sobejamente descritas na literatura, a Organização Mundial da Saúde – OMS (2001) estabelece, 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 as vantagens do aleitamento materno, bem como as consequências do desmame precoce para a saúde da mulher, da criança e da so-

manual febrasgo2 miolo.indd 129 27/8/2010 14:59:10

ciedade 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. Isso 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 a prevalência da amamentação, ocupa lugar de destaque o descumprimento das leis que protegem a mulher trabalhadora e/ou estudante que amamenta (Oliveira; Silva, 2003; Brasil, 2002).

Diante disso, 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, desse modo, elas, empoderadas, possam exigi-los e reivindicá-los.

Este capítulo traz informações básicas da legislação brasileira acerca do trabalho e estudo relacionados à maternidade e à amamentação, cujos conteúdos estão descritos de forma mais detalhada na Constituição Federal de 1988 (CF/88), na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e em algumas normas jurídicas, 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

Apesar de a Constituição Federal de 1988 – CF/88, que é a norma suprema do ordenamento jurídico brasileiro, buscar aniquilar com as desigualdades do homem em relação à mulher, e da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), assim como outras normas nacionais e internacionais ratificadas pelo Brasil, tratarem de direitos trabalhistas da mulher desde a década de 1930, tais normas nem sempre vêm sendo cumpridas (Verucci, 1987; Ligocki, 1995; Silva; Utiyama, 2003).

Tal situação tem contribuído para aumentar as dificuldades enfrentadas pelas mulheres trabalhadoras e estudantes que amamentam. A amamentação é um direito das mães e também um componente essencial para garantir o direito da criança de usufruir de todos

manual febrasgo2 miolo.indd 130 27/8/2010 14:59:10

os benefícios que essa prática proporciona, seja para a sua saúde, para 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 desses direitos requerem o reconhecimento da importância da maternidade e da amamentação como funções sociais, que devem ser apoiadas universalmente, nos âmbitos 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 e 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, o 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 7º, 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 120 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 esse valor da Previdência Social.

A empregada doméstica, a avulsa e a produtora rural têm o salário-maternidade pago diretamente pelo Instituto Nacional do Seguro Social.

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

manual febrasgo2 miolo.indd 131 27/8/2010 14:59:10

demitida no período a contar da confirmação da gravidez até 5 (cinco) meses após o parto. Se a empresa tem conhecimento de sua gravidez e dispensá-la sem justa causa, é obrigada a pagar-lhe indenização prevista em lei, e mais salário correspondente ao período da licença-gestante, isto é, 16 semanas.

Consolidação das Leis do Trabalho: artigo 391 – Não constitui justo motivo para rescisão do contrato de trabalho da mulher o fato de haver contraído matrimônio ou encontrar-se em estado de gravidez.

Parágrafo único – Não serão permitidos em regulamentos de qualquer natureza, contratos coletivos (atualmente Convenções Coletivas) ou individuais de trabalho, restrições ao direito da mulher ao seu emprego, por motivo de casamento ou de gravidez.

Consolidação das Leis do Trabalho: artigo 392 – 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 nº 10.421, de 15/04/2002, Diário Oficial da União – DOU 16/04/2002.)*

§ 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, isso 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.

a.2 – Direitos da mulher estudante

Lei Federal nº 6.202, de 17 de abril de 1975 que atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de 1969, e dá outras providências.

manual febrasgo2 miolo.indd 132 27/8/2010 14:59:10

Artigo 1º – A partir do oitavo mês de gestação e durante três meses após o parto a estudante em estado de gravidez ficará assistida pelo regime de *exercícios domiciliares* instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de 31 de outubro de 1969 (a gestante ou mãe pode receber o conteúdo das matérias escolares em casa).

Parágrafo único – O início e o fim do período em que é permitido o afastamento são determinados por atestado médico a ser apresentado à direção da escola.

Artigo 2º – Em casos excepcionais, devidamente comprovados por atestado médico, poderá ser aumentado o período de repouso, antes e depois do prazo.

Parágrafo único – Em qualquer caso, é assegurado às estudantes em estado de gravidez o direito à prestação dos exames finais (a gestante ou mãe não precisa fazer as provas na escola, podendo seu aproveitamento ser aferido mediante trabalhos feitos em casa).

a.3 – Direitos da mãe adotiva

Lei 10.421 de15/04/2002, 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.igo 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 parágrafo 5º (DOU, 16/04/2002*).*

§ 1º – No caso de adoção ou guarda judicial de criança até 1 (um) ano de idade, o período de licença será de 120 (cento e vinte) dias.

§ 2º – No caso de adoção ou guarda judicial de criança a partir de 1 (um) ano até 4 (quatro) anos de idade, o período de licença será de 60 (sessenta) dias.

§ 3º – No caso de adoção ou guarda judicial de criança a partir de 4 (quatro) anos até 8 (oito) anos de idade, o período de licença será de 30 (trinta) dias.

§ 4º – A licença-maternidade só será concedida mediante apresentação do termo judicial de guarda à adotante ou guardiã.

a.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, parágrafo 2º – Os estabelecimentos penais destinados a mulheres serão dotados de berçário, onde as condenadas possam amamentar seus filhos.

manual febrasgo2 miolo.indd 133 27/8/2010 14:59:11

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.5 – Direito a pausas para amamentar

Segundo Rea (2005), desde 1919 já era reconhecida a necessidade das mulheres trabalhadoras interromper o turno de trabalho para amamentar seus filhos. Atualmente a legislação brasileira preconiza que:

CLT: artigo 396 – Para amamentar o próprio filho, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um.

Parágrafo único – Quando o exigir a saúde do filho, o período de 6 (seis) meses poderá ser dilatado, a critério da autoridade competente.

a.6 – Direito à creche

De acordo com o artigo 389, parágrafo 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 parágrafo 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.7 – Licença-paternidade

Constituição Federal de 1988: artigo 7º, parágrafo XIX, ADCT, artigo 10, parágrafo 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.

manual febrasgo2 miolo.indd 134 27/8/2010 14:59:11

a.8 – Lei do acompanhante

No Brasil, o direito da gestante ter garantido a escolha de um acompanhante durante a gestação, parto e puerpério na rede pública credenciada e/ou conveniada do Sistema Único de Saúde, foi garantida inicialmente na cidade do Rio de Janeiro, e posteriormente nos Estados de São Paulo e Santa Catarina, através das respectivas resolução/leis:

- Resolução SMS nº 667, 20 de outubro de 1998 (Rio de Janeiro, RJ).
- Lei Nº 10.241, de 17 de março de 1999 (São Paulo, SP).
- Lei Nº 12.133, de 12 de março de 2002 (Santa Catarina, SC).

Recentemente esse direito foi ampliado para todo o território nacional pela Lei nº 11.108, 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.9 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

Aprovado em 1990 pela Lei nº 8.069, 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 (NBCAL)

Seguindo as recomendações da Assembleia Mundial de Saúde e, com base no Código Internacional para Comercialização de Substitutos do Leite Materno, o Brasil aprovou em 1988 as Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), sendo publicada pela 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, sendo aprovada em nova versão como Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e publicada pela Resolução CNS nº 31/92, de 12/10/1992. Nessa revisão é incluído item específico sobre uso de bicos e mamadeiras. Nesse mesmo ano é estabelecido acordo mundial entre o Fundo das Nações Unidas para a Infância (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.

manual febrasgo2 miolo.indd 135 27/8/2010 14:59:11

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 nº 2.051 (PT/MS 2051)[1] de novembro 2001, e às Resoluções de Diretoria Colegiada – RDC ANVISA nº 221[2] e RDC 222[3], 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 de saúde; a segunda trata dos aspectos relativos à promoção e comercialização de chupetas, bicos, mamadeiras e protetores de mamilo; e a terceira regulamenta tecnicamente a promoção e a comercialização dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância. O conjunto das três publicações supramencionadas constitui atualmente a *Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras.*

Essa Norma tem como objetivo contribuir para a adequada nutrição dos lactentes e das crianças de primeira infância mediante 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.

manual febrasgo2 miolo.indd 136 27/8/2010 14:59:11

Capítulo 20

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

Corintio Mariani Neto

- Todos os profissionais que dão assistência a 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.

manual febrasgo2 miolo.indd 137 27/8/2010 14:59:11

- 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 anteriormente mencionados 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, pela 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, juntamente com suportes 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.

manual febrasgo2 miolo.indd 138 27/8/2010 14:59:11

LEITURAS SUPLEMENTARES

Almeida JAG. Amamentação. Um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

Almeida JG, Guilherme JP, Mattar, MJG. Banco de Leite Humano. In Tratado de Pediatria. 2 ed. Ed. Manole, 2009, cap. 9, p. 401-409.

Almeida JAG. Banco de Leite Humano e AIDS – Considerações sobre realidade brasileira. Editora Fiocruz. Gota de Leite (março, 1999).

Almeida JAG. Amamentação: repensando o paradigma. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

Almeida JAG, Maia PRS, Novak FR, Alencar, SMSM, Ishy AY, Mattar MJG. Os Bancos de Leite Humano no Brasil. In O Aleitamento Materno no Contexto Atual: Políticas, Práticas e Bases Científicas. São Paulo: Sarvier, 2008, p 163-170.

Alvarado MR, Atalah SE, Diaz FS, Rivero VS, Labbe DM, Escudero PY. Evaluation of a breastfeeding-support programme with health promoters' participation. Food and Nutrition Bulletin, 1996, 17:49-53. Ref ID:6627.

American Academy of Pediatrics – Committee on Pediatric AIDS. Human milk, breastfeeding and transmission of human immunodeficiency virus in the United States. Pediatrics, 1995, 96(5):977-979.

Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Contato pele a pele precoce das mães com recém-nascidos saudáveis (Cochrane Review). In Resumos de Revisões Sistemáticas em Português, Issue, CD003519-PT.

Araújo MFM, Otto AFN, Schmitz BAS. Primeira avaliação do cumprimento dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" nos Hospitais Amigos da Criança do Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant, Recife, 2003, 3(4):411-419.

Badinter E. Um Amor Conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

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

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. São Paulo: Javoli Ltda., 1988.

Brasil. Lei nº 8.069. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União de 16 de julho de 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 171, de 04 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 05 de setembro de 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Situação nacional do aleitamento materno. Brasília, 2000 (CD ROM).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.016. Normas básicas de alojamento conjunto. Diário Oficial da União de 26 de agosto de 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 756 dispõe sobre as Normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União nº 242, Seção 1, Página 99, Brasília (DF), publicado em 17 de dezembro de 2004.

manual febrasgo2 miolo.indd 139 27/8/2010 14:59:11

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil: histórico, situação atual, ações e perspectivas.

Brasil. Secretaria de Políticas Públicas. Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Breastfeeding counseling: a training course. Documento não publicado WHO/CDR/93.3±6 (UNICEF/NUT/93.1±4). Disponível sob pedido em Health Systems and Community Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland. Health Organization, 1995, 73:461-468.

Chaves RG, Lamounier JA. Uso de medicamentos durante a lactação. Jornal de Pediatria, 2004, 80(5 Supl):S189-S198.

Christenson K et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. Acta Paediatric, 1992, 81:490.

Christensson K et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. Acta Paediatr, 1992, 81:490.

De Paula RS, Ikeda SC, Mattar MJG. Controle de Qualidade em BLH – Aspectos higiênicos sanitários, São Paulo, 1999.

DeChatteau P, Wiberg B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. Acta Paediatr, 1977, 66:145-151.

Declaração de Quezon City. Sobre Amamentação, Mulher e Trabalho*:* Direitos humanos e soluções criativas. Filipinas, 1-5 junho de 1998.

Diaz S. Fertility regulation in nursing women. Contraception, 1997, 56:223-32.

Gray RH, Eglin RP, Wilkinson AR. HIV infection and pasteurization of breast milk. Lancet, 1987 (May, 9):1093.

Elander G, Lindberg T. Short mother-infant separation during first week of life influences the duration of breastfeeding. Acta Paediatr Scand, 1984, 76:238.

Flidel-Rimon O, Shinwell ES. Breast feeding twins and high multiples. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, Sep, 2006, 91(5):F377-80.

Freud S. Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade Humana. As Manifestações da Sexualidade da Criança. Ed. Livros do Brasil, p. 95-99.

Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: Promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidades. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Giugliani ERJ. Aleitamento materno, leite humano, lactação. J Pediatr, Rio de Janeiro, 2000, 76(Supl.3):S238-S252.

Graciete OV et al. Mastite puerperal: estudo de fatores pré-disponentes. RBGO, 2000, 22(10):627-32.

Grimes D, SchulzK, Van Vliet H, Stanwood N. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices (Cochrane Review) In The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update software.

Haagensen CD. The normal physiology of the breasts. In Haagensen CD (ed). Diseases of the Breast. Philadelphia: WB Saunders, 1986, p. 47-55.

Hardy E, Santos LC, Osis MJ, Carvalho G, Cecatti JG, Faundes A. Contraceptive use and pregnancy before and after introducing lactational amenorrhea (LAM) in a postpartum program. Adv Contracept, 14(1):59-68, 1998.

Heap L. A proteção da maternidade 2000: é para todos nós. Tradução de Siomara Roberta da Siqueira. Brasil: IBFAN, 2000.

HIAC. Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno: manejo e promoção ao aleitamento materno. Brasília 1993, Ministério da Saúde.

Howard CR, Howard FM. Management of breastfeeding when the mother is Ill. Clinical Obstetrics & Gynecology, September 2004, 47(3)683-695.

manual febrasgo2 miolo.indd 140 27/8/2010 14:59:11

Johnson PE, Hanson KD. Acute puerperal mastites in the algemented breast. Plast Recoush Surg, 1996, 98:723-725.
Kaplan HS. O desejo sexual – a nova terapia do sexo. Ed. Nova Fronteira, 1983, vol. 2, p. 27-39.
Kaunitz AM. Injectable depot medroxyprogesterone acetate contraception: update for US clinicians. Int J Fertil Womens Med, 1998, 43(2):73-83.
Keller-Wood M, Bland K I Fisiologia da Mama. In: Bland K I, Copeland III EM. A Mama. São Paulo: Manole, 1994, p 41-52.
King FS. Como ajudar as mães a amamentar. Brasília. Ministério da Saúde, 2001, p. 54-64.
Klaus MH, Kennel JH, Klaus PH. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.
La Leche League International. The breastfeeding Answer Book 1991, p. 132-34.
Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 5th ed. St. Louis: Mosby, 1999.
Lawrence R. Breastfeeding: A guide for the medical profession. 4th ed. St. Louis: Mosby, 1994.
León-Cava N, Lutter C, Ross J. et al. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Traducción y revisión Natalia Rybak y Fernando Vallone. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud PAS, 2002.
Ligocki MSL. Incentivos ao trabalho da mulher: estudo comparativo na legislação dos diversos países. In: CFEMEA. Discriminação positiva ações afirmativas em busca da igualdade. Brasília: Centro Feminista de Estudos e Assessoria, 1995, p. 35-69.
Masters WH, Johnson WE. A Resposta Sexual Humana. Ed. Roca, 1984, p. 117-37.
Mattar MJG. Anais Segurança Alimentar = SES/CVE – Alimento Seguro e a Tecnologia Necessária para Controle dos BLH, 1998, SP.
Ministério da Saúde, Brasil, RNBLH – BLHs no Brasil [on-line] – avaliado pela www:http:/www.fiocruz.br/redeblh., acessado em 10/3/2010.
Ministério da Saúde, Brasil, RNBLH. Manual Técnico [on-line] – avaliado pela www:http:/www.fiocruz.br/redeblh, acessado em 10/3/2010.
Ministério da Saúde, CNBLH – Manual de Processamento e Controle de Qualidade da Rede Nacional BLH – Brasília, 1999.
Ministério da Saúde, INAN – Recomendações Técnicas para o funcionamento da B.L.H., Brasília, 1998.
Ministério da Saúde. Manual de Promoção do Aleitamento Materno: Normas Técnicas. 2 ed. Brasília, 1997.
Montagu A. Tocar – Significado Humano da Pele. Ed. Summus, 1988.
Morehead JR. Anatomy and embryology of the breast. Clin Obstet Gynecol, 1982, 25:353-357.
Murahovschi J, Teruya KM, Santos Bueno LG, Baldin PE. Da teoria à prática. Fundação Lusíada. Santos, 1996, p. 263-270.
Nascimento MS. Aleitamento materno e sexualidade. Femina,1998, 26:7.
Nazário ACP. Desenvolvimento e Fisiologia Mamárias. In Souza GA. Atualização em Mastologia. São Paulo: Lemar, 1999, p 15-17.
Nylander G et al. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward: positive long-term effects. Acta Obstet Gynecol Scand,1991, 70:208.
Oliveira RL, Silva AN. Aspectos legais do aleitamento materno: cumprimento da lei por hospitais de médio e de grande porte de Maceió. Rev Bras. Saúde Matern Infantil, Recife, jan/mar 2003, 3(1):43-48.
Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Brasília: OPAS, 2001.
Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Tradução de Maria Cristina Gomes do Monte. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.
Organização Mundial da Saúde. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Disponível em http://www.who.int/inf-pr-2001/en/not 2001-07.html, acessado em junho de 2005.
Rea, M.F. Mulher trabalhadora e a prática de amamentar. Disponível em http:// www.aleitamento.com.htm, acessado em julho de 2005.

manual febrasgo2 miolo.indd 141 27/8/2010 14:59:11

Righard L, Alade O. Effect of delivery room routines on success of first breasfeed. Lancet,1990, 366:1105-1107.

Salariya EM, Easton PM, Cater JI. Duration of breastfeeding after early initiation and frequent feeding. Lancet, 1978, 25:1141-1143.

Silva IA, Utiyama SK. Situação da amamentação entre mulheres trabalhadoras e alunas de graduação e pós-graduação de uma universidade pública. Acta Scientiarium: Health Sciences. Maringá, 2003, 25(1): 215- 225.

Silva VG. Normas técnicas para banco de leite humano: uma proposta para subsidiar a construção para Boas Práticas. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança). Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2004. 153p.

Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – 1996. Amamentação e Situação Nutricional das Mães e Crianças. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997, p. 125-38.

Soetjiningsih, Suraatmaja S. The advantages of rooming-in. Pediátrica Indonésia. 1986, 26:231.

Souza AZ, Salvatore CA. Morfologia e Fisiologia. In Souza AZ, Salvatore CA. Mastologia Prática. São Paulo: Manole: 1979, p. 1-32.

Speroff L, Fritz MA. In Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Lippincott Williams & Williams, 2005, p. 861-942.

Spitz AM, Lee NC, Peterson HB. Treatment for lactation suppression: Little progress in one hundred years. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1998,179 (6):1485-1490.

Teruya K, Serva VB. Manejo da lactação. In Rego JD. Aleitamento Materno. São Paulo: Atheneu, 2001.

Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. Cad. Saúde Pública, 2008, 24(2 Supl):S235-46.

Truitt S, Fraser A, Grimes D, Gallo M, Schulz K. Hormonal contraception during lactation. Contraception, 2003, 68(4):233-38.

Truitt ST, Fraser AB, Grimes DA, Gallo MF, Schuiz KF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003 Oxford: Update Software.

UNICEF/OMS. Manejo e promoção do aleitamento materno num hospital amigo da criança: curso de 18 horas para equipes de maternidades. Janeiro, 1993.

Veruci F. A Mulher e o Direito. São Paulo: Nobel, 1987.

Vinha VHP. Projeto Aleitamento Materno: autocuidado com a mama puerperal. 1 ed. São Paulo: Servier 1994, p. 21-101.

World Health Organization/UNICE. Breastfeeding counseling: A training course. Trainer's Guide, 1997.

World Health Organization. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. WHO/CHD, 98, 9:25.

World Health Organization/UNICEF. Breastfeeding counseling: A training course. Geneva: WHO/ UNICEF, 1993.

Yamauchi Y, Yamanouchi, I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. variables. Pediatrics, 1990, 86(2):174.

Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breastfeeding variables. Acta Paediatr Scand, 1990, 79:1019.

manual febrasgo2 miolo.indd 142 27/8/2010 14:59:11

manual febrasgo2 miolo.indd 143 27/8/2010 14:59:11

Referências bibliográficas:
1. Korver T. *et al.* A double-blind study comparing the contraceptive efficacy, acceptability and safety of two progestogen-only pills containing desogestrel 75 mcg /day or levonorgestrel 30 mcg/day. Eur J Contracept Reprod Health Care 1998; 3: 169–78. **2. Bjarnadóttir R** *et al.* Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. Brit J Obstet Gynaecol 2001; 108: 1174–80. **3. Vromans EWM.** *et al.* Missed pill advice for women using Cerazette®. Presented at the 17th World Congress of Fertility and Sterility, Melbourne, Australia 2001; 70:37. **4. Pichl T, Karck U.** The estrogen-free pill Cerazette® in women with dysmenorrhea and estrogen-related side effects. Presented at the 17th World Congress of Fertility and Sterility, Melbourne, Australia 2001; 70: 37. **5. Hussain SF.** Progestogen-only pills and high blood pressure: is there an association? A literature review. Contraception 2004; 69: 89-97. **6. Winkler UH** *et al.* A randomized controlled double-blind study of the effects on hemostatis of two progestogen-only pills containing 75 mcg desogestrel or 30 mcg levonorgestrel. Contraception 1998; 57: 385–92. **7. Rice** *et al.* A comparison of the inhibition of ovulation achieved by desogestrel 75 mcg and levonorgestrel 30 mcg daily. Hum Reprod 1999; 14: 982-5. **8. Adaptado de FEBRASGO.** Anticoncepção. Manual de orientação 2004. **9. Bula do produto.**

Cerazette® Desogestrel. Apresentação: cartucho com 1 cartela com 28 comprimidos. Cada comprimido contém: desogestrel 75 mcg. **Indicações:** contracepção. **Contraindicações: Cerazette®** não deve ser usado na presença de qualquer das condições abaixo ou se elas ocorrerem pela primeira vez, o produto deve ser descontinuado imediatamente: gravidez ou suspeita de gravidez; distúrbio tromboembólico venoso ativo; presença ou história de doença hepática grave enquanto os valores de função hepática não tenham retornado ao normal; tumores progestagênio-dependentes; sangramento vaginal não diagnosticado; hipersensibilidade a qualquer componente do Cerazette®. Precauções e advertência: durante o uso de contraceptivos orais (CO), o risco de ter câncer de mama diagnosticado está levemente aumentado. Entretanto, para esses contraceptivos de progestagênio isolado, a evidência é menos conclusiva. Avaliar risco-benefício no caso de câncer hepático. Investigações epidemiológicas associaram o uso de COC a uma maior incidência de tromboembolismo venoso (TEV, trombose venosa profunda e embolismo pulmonar). Embora a relevância clínica desse achado para desogestrel usado como contraceptivo na ausência de um componente estrogênico seja desconhecida, Cerazette® deve ser descontinuado em caso de trombose. A descontinuação de Cerazette® deve também ser considerada em caso de imobilização prolongada devida a cirurgia ou doença. Mulheres com história de distúrbios tromboembólicos devem ser alertadas sobre a possibilidade de recorrência. Embora os progestagênios possam apresentar efeito sobre a resistência à insulina e sobre a tolerância à glicose, não há evidência da necessidade de alterar o regime terapêutico em diabéticas usando contraceptivos de progestagênio isolado. Entretanto, mulheres diabéticas devem ser cuidadosamente observadas enquanto usarem Cerazette®. O tratamento com Cerazette® leva a redução dos níveis séricos de estradiol para um nível correspondente à fase folicular inicial. Apesar do fato de Cerazette® inibir a ovulação, a gravidez ectópica deve ser considerada no diagnóstico diferencial se a mulher tem amenorreia ou dor abdominal. Cloasma pode ocorrer ocasionalmente. As seguintes condições foram relatadas durante a gravidez e durante uso de esteroide sexual, mas a associação com o uso de progestagênios não foi estabelecida: icterícia e/ou prurido relacionado a colestase; formação de cálculo de vesícula; porfiria; lúpus eritematoso sistêmico; síndrome urêmica hemolítica; coreia de Sydenham; herpes gestacional; perda da audição relacionada a otosclerose. Mesmo quando Cerazette® é tomado regularmente, podem ocorrer distúrbios de sangramento. As mulheres devem ser informadas de que Cerazette® não protege contra HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Como em todos os contraceptivos hormonais de baixa dosagem, o desenvolvimento folicular ocorre e ocasionalmente o folículo pode continuar o desenvolvimento além do tamanho que poderia atingir num ciclo normal. Geralmente, esses folículos aumentados desaparecem espontaneamente. A eficácia dos contraceptivos de progestagênio isolado pode ser reduzida no caso de esquecimento de tomar os comprimidos, distúrbios gastrintestinais ou de utilização de medicação concomitante. Estudos epidemiológicos extensos mostraram que não há risco aumentado de malformações nas crianças de mães que utilizaram contraceptivos orais antes da gravidez, nem efeitos teratogênicos quando os contraceptivos orais forem administrados inadvertidamente no início da gestação. Dados de farmacovigilância coletados com vários COCs contendo desogestrel também não indicam um risco aumentado. Cerazette® não influencia a produção ou a qualidade do leite materno, mas uma pequena quantidade de etonogestrel é excretada no leite. **Reações adversas:** as reações adversas relatadas com maior frequência nos estudos clínicos com Cerazette® (>2,5%) foram sangramento irregular, acne, alterações de humor, dor nas mamas, náusea e aumento de peso. **Interações medicamentosas:** podem ocorrer interações com fármacos indutores de enzimas microssomais, resultando em aumento da depuração dos hormônios sexuais. Foram estabelecidas interações com hidantoínas, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, oxcarbazepina, topiramato, rifabutina, felbamato, ritonavir, griseofulvina e produtos fitoterápicos contendo *Hypericum perforatum*. Durante o tratamento com carvão medicinal, a absorção do esteroide do comprimido pode ser reduzida bem como sua eficácia contraceptiva. Contraceptivos orais podem interferir com o metabolismo de outros fármacos (por ex., ciclosporina), consequentemente concentrações plasmáticas e tissulares podem ser afetadas. Dados obtidos com contraceptivos orais combinados mostraram que os esteroides contraceptivos podem influenciar os resultados de certos testes de laboratório, incluindo parâmetros bioquímicos do fígado, tireoide, adrenal e de função renal, níveis séricos de proteínas (carregadoras). **Posologia:** deve-se tomar um comprimido ao dia durante 28 dias consecutivos na ordem indicada pelas setas impressas na cartela, com pequena quantidade de líquido, aproximadamente no mesmo horário. Cada cartela subsequente deve ser iniciada imediatamente após o término da anterior. **Superdosagem:** não há relatos de reações adversas graves em decorrência de superdose. Nessa situação, os sintomas que podem ocorrer são: náuseas, vômitos e, em meninas e adolescentes, discreto sangramento vaginal. Não há antídotos e o tratamento deve ser sintomático. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Reg. MS: 1.0171.0089 RA 0390 OS S2 (REF 2 0). Organon do Brasil Ind. e Com. Ltda. – Rua João Alfredo, 353 – Santo Amaro – São Paulo – SP – CEP 04747-900.**

Informações adicionais disponíveis aos profissionais de saúde mediante solicitação: atendimentomedico@spcorp.com ou 0800 709 5260. Para informações completas, consultar a bula do produto.

Cerazette® não deve ser usado em casos de gravidez ou suspeita de gravidez e tumores progestagênio dependentes.[9] **Pode-se esperar interações durante o uso concomitante de Cerazette® com hidantoínas, barbituratos, primidona, carbamazepina, rifampicina.** [9]

MSD

Cerazette®
desogestrel 75 mcg

Os benefícios da contracepção sem estrogênio com a mesma eficácia da pílula combinada[1-7]

Sua paciente fuma e tem mais de 35 anos?
Antes de mais nada, é recomendável que ela pare de fumar. Se ela tem 35 anos ou mais e não aceita parar, não forneça anticoncepcionais hormonais combinados orais (AHCO). Ajude-a a escolher um método sem estrogênio.[8] **Sua paciente está amar**

Quando a mulher está amamentando, métodos como a pílula apenas com progestagênio (PP) são melhores escolhas do que os anticoncepcionais hormonais combinados orais (AHCO).[8] **Sua paciente fuma,**

Se ela tem fatores múltiplos que aumentam o risco para doença cardiovascular, não prescreva anticoncepcionais hormonais combinados orais (AHCO). Ajude-a a escolher um método sem estrogênio.[8]

1/9/2010 12:22:20

2010

Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia