

## Aleitamento Materno

Cada fase da vida do bebê traz desafios que precisam ser superados para uma boa amamentação. Neste sentido, a informação correta é fundamental

As redes sociais, por exemplo, estão repletas de mães com dúvidas e que buscam, através dos grupos, dos sites, respostas simples e de leitura rápida. Depois, com mais tempo, a procura pelas recomendações mais confiáveis e em site oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria. Este canal foi disponibilizado para informações seguras e atualizadas. É realizado por profissionais especializados.

### Período Crítico da lactação

Quando a mãe pensa que tem pouco leite?

Nos períodos em que o bebê solicita mamadas muito frequentes.

O que é chamado de período crítico da amamentação?

São os períodos em que ocorre uma maior demanda do bebê por mamadas.

A primeira crise ocorre no início da lactação?

Sim

No início da lactação, como explicado acima. Superada aquela primeira fase do ajuste do bebê às mamadas. Agora ele mama em esquema de livre demanda, mas já fazendo horários regulares de 2 em 2 horas, ou até 2h e meia. Ao final do primeiro mês por ter crescido assim como seu estômago, ele passa a solicitar mamadas mais frequentes de um dia para o outro, diminuindo o espaço entre as mamadas.

A mãe interpreta como fome, por não saber que a produção do seu leite, aumenta quanto mais frequentes forem as mamadas. Sem receber essa orientação ela pensa que está com pouco leite e acaba complementando e espaçando as mamadas ao peito. Isso irá diminuir a sua produção. Iniciando desta forma o processo de desmame. Este é considerado um período crítico da lactação, isso porque a mãe sentindo-se insegura e recebendo vários palpites irá introduzir outro leite.

Por que ao complementar as mamadas com outro leite a mãe está levando ao desmame?

Ao complementar oferecendo outro leite, a mãe irá espaçar a próxima mamada ao peito. Lembremos que a mama tem o papel de ser uma fábrica e não um reservatório ou estoque de leite. Quanto mais as mamas forem sugadas e esvaziadas sua taxa de produção de leite aumenta. Quanto menor o intervalo entre as mamadas, maior a solicitação de produção pelas mamas. E quando o bebê quer mamar a toda hora e a mãe acha que não tem leite?

A maior parte das mulheres é capaz de produzir leite em quantidade suficiente para seus bebês. Apesar disso, muitas mães acreditam que não atingem essa produção. Isso pode ser decorrente de falta de orientação a respeito dos padrões normais de alimentação de recém-nascidos e lactentes no início da lactação.

Como saber porque o intervalo entre as mamadas diminuiu de repente, de um dia para o outro?

Os pais também precisam reconhecer que bebês saudáveis, com eliminações normais e ganho de peso adequado, e que mamavam a cada 2 a 3h e de um dia para o outro desejam voltar a mamar a cada 1 ou 2 horas, podem estar passando por uma Crise transitória da Lactação, que alguns chamam de picos de Crescimento, mas como a criança tem vários picos de crescimento durante a infância e adolescência, a denominação pode confundir, por isso chamamos de Crise transitória da Lactação. É um período crítico da lactação e acompanha o estirão de crescimento do bebê. É mais frequente nos primeiros meses de lactação, quando o ritmo de crescimento do lactente é maior.

Como caracterizar essa Crise Transitória da Lactação?

O lactente que já fazia intervalos maiores entre as mamadas, num ritmo entre 2 horas e meia ou 3 horas, de um dia para o outro começa a solicitar mamadas mais frequentes, a mãe sente que a mama não fica mais cheia e tem a falsa impressão de que seu leite não está mais sustentando seu filho. Durante uma destas crises, se a mãe não receber orientação adequada, ela irá introduzir outro alimento, iniciando dessa forma o desmame precoce.

Qual a percepção e a ocorrência destas crises entre as mães que amamentam?

Aproximadamente 50% das mães percebem durante os primeiros meses de lactação uma “redução de leite”. O período crítico da amamentação na verdade retrata a chamada “Crise transitória da lactação” e é considerada como o mesmo fenômeno do estirão de crescimento, em que o lactente por ter crescido, seu estômago aumentou sua capacidade de ingestão de leite, e então solicita mamadas mais frequentes, para ajustar novamente a taxa de produção do leite de sua mãe a sua maior demanda.

Quais os sintomas desta Crise Transitória da Lactação na criança e na mãe?

Sintomas na Criança. Ela não descansa entre as mamadas está inquieta, solicitando mamadas frequentes, dorme durante as mamadas acordando muito à noite, irritado durante as mamadas e logo após, solta o peito durante as mamadas.

**RECOMENDAÇÕES** Continue a amamentar sempre que a criança desejar, pode ser 12 a 15 ou mais vezes. Durante 2 a 7 dias tudo se normaliza e as mamadas voltam ao ritmo de 8 a 12 vezes no dia.

Sintomas na Mãe. Ela sente as mamas macias e vazias, reflexo de ejeção diminuído ou ausente, isto significa que enquanto o bebê mama numa das mamas a outra não pinga leite. A mãe sente durante essas crises dúvida em sua habilidade de nutrir exclusivamente seu filho.

**RECOMENDAÇÕES** Não oferecer outros líquidos ou alimentos • Peça ajuda para os outros afazeres domésticos • beber mais líquidos • confiar na sua habilidade de amamentar.

Lembre-se que o bebê está ajustando a produção do seu leite a sua nova e maior demanda. Cresceu e quer mais!

Qual a duração das Crises Transitórias da Amamentação?

Em 98% dos casos essa crise dura menos de uma semana, em média 3 dias.

Qual é a Frequência das Crises Transitórias da Amamentação?

Essas crises são mais frequentes nas primeiras 12 semanas de lactação (75%) e vão diminuindo da 13a a 24a semanas (23%). Quando as mães lactantes são orientadas e apoiadas, aproximadamente 80% superam a percepção de redução de leite e prosseguem com sucesso a amamentação exclusiva.

O que fazer nesses casos?

Amamentar com mais frequência, conforme a solicitação do seu bebê (Livre demanda) isto ajudará a aumentar a sua taxa de produção, e assim que a sua produção se ajustar à demanda do bebê, a rotina de mamadas voltará a espaçar.

O que não devo fazer durante uma destas crises da lactação?

É importante resistir à tentação de oferecer fórmula infantil nessa situação, pois, mesmo que acalme o bebê, diminui seu acesso a mama, reduzindo a estimulação e, por consequência, reduzindo a produção do leite materno. Portanto, com essas informações e tendo a consciência de que é uma situação transitória e que vai passar.

Recomendação: Mantenha a calma e amamente-o tanto quanto pedir. Lembre-se que ele está ajustando sua produção de leite à nova demanda.

Quando devo trocar de mama durante a mamada?

Lembre-se de sempre oferecer as duas mamas a cada mamada, deixando o bebê na primeira mama enquanto ele estiver efetivamente sugando e engolindo. Ao perceber mudança no ritmo da sucção, em que as pausas entre uma sucção e outra se tornam muito maiores, ou a parada de sucção efetiva ele deve ser retirado, colocado para arrotar por poucos minutos e trocado para a outra mama.

Dificuldades comuns com o bebê

*Publicado/atualizado: setembro/2024*

Dificuldades comuns com o bebê que mama durante o período de amamentação.

O meu bebê golfa toda vez que mama? Isso é normal?

Regurgitações ou golfadas consistem na eliminação do conteúdo do estômago - leite - pela boca do bebê, sem esforço e de forma passiva, devido a imaturidade do trato gastrointestinal. Por isso é mais comum a ocorrência nos primeiros meses de vida do bebê.

A criança não apresenta dor ou desconforto e isso pode acontecer após as mamadas, sem indicar doença, se o bebê permanecer calmo e com bom ganho de peso.

Que outros cuidados eu devo ter?

Além de manter a criança em posição vertical por um período após as mamadas, é importante evitar sacudir o bebê, inclusive no momento de troca de fraldas deve-se evitar levantar muito as perninhas do bebê e não vestir roupas que apertem a região do estômago.

Deve-se ter o cuidado com as mamadas ruidosas, que está também ingerindo ar. Ao arrotar e eliminar o ar pode voltar leite junto. Reveja a técnica de pega e sucção. Bom vedamento labial

Na maioria das vezes as regurgitações são benignas e não é necessário uso de medicamentos.

Quando devo me preocupar com as golfadas do meu filho?

As regurgitações são muito comuns nos bebês que ingerem apenas leite. Entretanto, se o seu filho apresentar sintomas como recusa alimentar, perda de peso, ou baixo ganho de peso para a idade, irritabilidade ou choro excessivos, você deve consultar o médico da criança para avaliação e eventual tratamento.

Meu filho só mama e ao fazer cocô chora e faz muita força. É normal?

Sim, isso pode acontecer em alguns bebês e não é considerado constipação e nem cólicas.

Trata-se de um Distúrbio Funcional Gastrointestinal conhecido como Disquesia, que é decorrente de imaturidade e incoordenação na evacuação. Durante o episódio o bebê faz força para evacuar, pode ficar vermelho, chorar e gemer. Tende a se resolver após eliminação de fezes pastosas.

O que fazer nestes casos?

Como se trata de um quadro funcional e de imaturidade, com o crescimento do bebê, os episódios tendem a diminuir de frequência e ele vai aprender a coordenar as evacuações. Os cuidadores podem ajudar nesse processo dando conforto e segurança para o bebê. Evite usar remédios, supositórios ou estímulo anal, porque não se tratam de fezes endurecidas e a criança precisa aprender a coordenar a evacuação. Dobrar as perninhas do bebê sobre a própria barriga pode ajudar a aliviar ou colocá-lo em uma posição de cócoras no momento em que manifestar vontade de evacuar.

E lembre-se: em qualquer caso de dúvida, fale sempre com o seu pediatra. Ele pode e vai te ajudar

Problemas mais frequentes com as mamas

*Publicado/atualizado: setembro/2024*

O ato de amamentar pode doer e a aréola sangrar?

A pega correta cobre o mamilo e o máximo possível da aréola e não causa dor e nem sangramentos. Para isso, a boca da criança deve estar bem aberta, o lábio inferior e o superior voltados para fora (boca de peixinho). Para que o bebê consiga abocanhar bem a aréola mamária é preciso que ela esteja macia. Se estiver muito túrgida/cheia, ela vai escapar da boca do bebê e ele irá comprimir e ferir a pele do mamilo. Por isso é importante que a mãe faça uma leve massagem e expressão manual do leite caso a mama esteja muito cheia, antes de oferecer para o bebê.

A posição da mãe e da criança são muito importantes para essa pega adequada. O bebê deve estar bem apoiado no braço ou colo da mãe, se possível mais sentado no colo da mãe de frente para a mama, com rosto e corpo de frente e próximos à mama (barriga com barriga).

Se a pega e posição estiverem corretas e os sintomas continuarem, a mãe deve procurar um profissional de saúde, o quanto antes, para observar e orientar melhor as mamadas.

Pode ocorrer dor no peito, como uma agulhada, mesmo depois de mamar?

Não é comum sentir dor sempre após as mamadas, por isso é importante procurar lesões e traumatismos nos mamilos. Faça um autoexame das mamas, procurando feridas, caroços, pontos endurecidos, vermelhos ou quentes. Caso a dor persista ou tenha algo aparente no autoexame, o médico deve ser consultado.

Pode aparecer micose nas mamas?

A mãe pode apresentar desconforto ou "fisgadas" ao amamentar e podem ser notadas lesões nas mamas e na boca do bebê (conhecidas como sapinho). No caso de suspeita de micose nas mamas, é importante fazer uma avaliação com seu pediatra ou ginecologista porque o tratamento deve ser iniciado e a amamentação deve ser mantida. E se o bebê estiver com sapinho o pediatra irá tratar.

Mamilos diferentes podem interferir na amamentação?

Sim. As mulheres são diferentes e podem ter mamilos diferentes sem que isso signifique que algo esteja errado ou que existam problemas de saúde. 92% das mulheres têm mamilos "normais", ou seja, nem muito para fora, nem plano, nem para dentro. Algumas mulheres podem apresentar o mamilo mais comprido ou plano, que não costumam trazer problemas para a amamentação se o bebê apresentar uma pega adequada da aréola e uma boa sucção. Apenas 0,5% das mulheres têm mamilo invertido, e é possível amamentar mesmo assim, com o apoio de profissional da saúde habilitado em amamentação.

Eu conseguirei amamentar mesmo se meus mamilos forem planos ou invertidos?

Sim, você vai conseguir amamentar. O importante é que você saiba como ajudar o bebê a fazer uma boa pega: esse é o segredo! Ele deve abocanhar a aréola para pressionar o mamilo contra o "céu da boca" e conseguir extrair o leite. Com a ajuda do seu pediatra você vencerá essa dificuldade inicial!

Produção do Leite Materno

*Publicado/atualizado: setembro/2024*

Como o leite materno é produzido?

As glândulas mamárias são estimuladas a produzir leite à medida que as mamas são esvaziadas. Por isso, quanto mais leite a criança mama, mais leite a mãe terá.

Quando a mama começa a produzir leite?

As glândulas mamárias (“fábrica” de leite) começam a trabalhar durante a gestação, por ação hormonal tanto que algumas gestantes já podem perceber a saída de colostro (primeiro leite) desde o quinto mês de gravidez. E isso é normal!

O primeiro leite colostro é produzido mesmo se o bebê não puder sugar na sala de parto? Sim, essa fase da lactação ocorre com as mudanças dos hormônios circulantes estrógeno e progesterona, que caem com a retirada da placenta. Esses hormônios estavam inibindo a maior produção de leite, pois era desnecessária enquanto o bebê estava no útero. As mamas estão prontas para iniciar a produção do leite em maior escala, com o nascimento e a retirada da placenta há o rápido aumento na circulação materna dos hormônios prolactina e oxitocina envolvidos na produção e na entrega do leite ao bebê.

A quantidade de colostro nos primeiros dias é pouca?

Sim. Nos primeiros dias, a quantidade de colostro é pequena, mas é suficiente para saciar o bebê que tem um estômago bem pequeno – no primeiro dia cabem 5 a 7 mL (1 colher de chá) por mamada no estômago do bebê). A mulher começa a produzir mais leite a partir do 3º ou 5º dia após o parto, o que chamamos de “a descida do leite” (apojadura).

Após a descida do leite, como ocorre a continuidade de sua produção?

Pela sucção frequente do bebê. A produção do leite vai ser regulada pelas mamadas. Quanto mais mamar mais leite terá. A mama é uma fábrica e não um estoque. Então o bebê que solicita mamadas mais frequentes incentiva as glândulas a produzirem mais leite.

Tem também ação hormonal nesta produção após a descida do leite?

Sim, mas quem determina a liberação dos hormônios agora é a sucção do bebê. A Prolactina (responsável por ativar a rápida produção do leite, nos alvéolos mamários) e o hormônio Oxitocina (que determina a contração dos alvéolos mamários e a entrega do leite produzido pelos canalículos, que saem dos alvéolos mamários).

O leite é produzido por muitos alvéolos situados mais profundamente na mama, próximo ao músculo peitoral. Por uma rede de canalículos os alvéolos entregam o leite produzido. Eles vão se dilatando e unindo a outros canais maiores os ductos mamários, que se ligam entre si e chegam mais dilatados até a aréola mamária, com saída pelos orifícios do mamilo. O mamilo seria a ponta de saída, mas a aréola, a parte circular escura da mama, é onde o bebê deve sugar para tirar o leite. A ponta do mamilo deve bater no céu da boca do bebê. Ele deve abocanhar a aréola para conseguir sugar e retirar o leite que vem pelos ductos mamários.

Há variação na composição do leite?

SIM

Todo leite materno é igual?

NÃO

O leite de cada mãe tem características únicas, que se ajustam às diferentes necessidades do seu filho, mudando constantemente sua composição para satisfazer perfeitamente as necessidades nutricionais e de defesa do bebê.

Essas alterações no leite materno dependem do que?

Essas alterações dependem da fase da lactação, se no começo ou se já está bem estabelecida, do horário do dia, do tempo decorrido desde a última mamada, do grau de esvaziamento da mama, da nutrição materna, do estado de saúde da mãe, da idade gestacional do bebê, bem como de outros aspectos individuais de cada nutriz (uso de medicações, fumo, drogas entre outros).

A gordura do leite materno pode variar de uma mãe para outra? Sim. Sabe-se que as gorduras do leite materno fornecem cerca de 50% das necessidades de energia de um bebê. Suas concentrações variam consideravelmente de uma mãe para outra. Por exemplo, o tipo de gordura consumida pela mulher afeta o perfil de gordura do seu leite.

Como a dieta materna pode influenciar o tipo de gordura do leite? Se a dieta da mãe é rica em peixes marinhos o seu leite vai ter maiores concentrações de gordura saudável, enquanto quando ela consome muitos alimentos ultraprocessados, a gordura saturada ou trans, essas gorduras consideradas não saudáveis podem ser transferidas pelo leite ao bebê. Procure ter uma alimentação saudável, assim você contribuirá para o bom hábito alimentar do bebê.

A gordura do leite pode variar durante o dia?

Sim. O conteúdo de gordura pode ser mais elevado à noite do que de manhã. É maior no leite que é produzido após a primeira semana após o nascimento do que no colostro (leite dos primeiros dias após o parto). Pode variar até de uma mamada para outra e dentro da mesma mamada.

A concentração de gordura do leite do início e fim da mamada muda?

A quantidade de gordura no leite do início e do final da mamada varia ou não, dependendo do padrão de amamentação diária. Se as mamadas são frequentes, com curtos intervalos, o leite anterior não tem baixo teor de gordura.

Por isso mamadas frequentes e eficientes, em esquema de livre demanda irá ajudar o bebê a se desenvolver.

Bebês com baixo ganho de peso devem tomar só o leite posterior?

Não! Para terem um bom ganho de peso, os bebês devem ingerir o leite do início ao final da mamada, pois é o volume de leite consumido diariamente, e não o leite posterior, que determina o ganho de peso do bebê.

Acho que tenho pouca produção de leite. Como ter mais leite para amamentar?

A pouca produção de leite pode ser um dos desafios que a mãe enfrenta, mas na maioria dos casos, é apenas uma percepção da mãe relacionada à insegurança sobre sua capacidade de amamentar.

O que a mãe pode fazer para ter mais leite?

Como já foi dito, quanto mais a criança mamar, mais leite a mulher vai produzir. Por isso, é fundamental amamentar a criança sempre que ela quiser. Mas para que a criança consiga retirar o leite com eficiência, é preciso que ela esteja mamando em uma boa posição e com a pega adequada.

Também ajudam a ter mais leite se a mãe estiver em um ambiente tranquilo e sem estresse e tomar bastante líquido. A mãe deve ser orientada a aproveitar para descansar enquanto o bebê dorme.

No início, quando as mamadas são muito frequentes receber apoio dos familiares ou amigos nos afazeres domésticos possibilita que a mãe fique mais voltada às solicitações do seu bebê por mamadas.

A informação correta é importante para que as crenças, os mitos, as influências familiares, culturais, sociais e virtuais que atrapalham a amamentação não tragam ansiedade e insegurança.

Não use medicamentos para aumentar a produção do leite e, em caso de dúvidas, sempre converse com seu pediatra.

Quais fatores devo observar que podem interferir no ganho de peso do bebê?

Primeiramente fazer uma avaliação completa da mamada, para detectar qualquer problema relacionado à sucção e pega que leve a baixa ingestão de leite. Da mesma forma que os constituintes do leite materno variam, isto acontece com o padrão de sucção do bebê, já que variações na quantidade de leite podem ocorrer ao longo do dia, influenciando a duração das mamadas.

O que a mãe deve comer para aumentar a produção de leite?

Não há evidências de que determinados alimentos aumentam a produção do leite. Mas a ingesta hídrica maior, pela mãe tem efeito benéfico comprovado para aumentar a produção de leite.

Estudos mostram, no entanto, que as mães que amamentam e tem hábitos alimentares saudáveis transferem os benefícios, o que é bom para elas e para o bebê.

É importante que a mãe, para sua própria saúde, tenha uma alimentação variada, equilibrada, coma quando tiver fome e evite dietas restritivas (regimes).

Por que a mulher que amamenta costuma ter o seu apetite aumentado?

A mãe que amamenta precisa comer até 500 calorias a mais para conseguir manter seu estado nutricional e compensar a energia gasta para produção do leite.

Algum alimento deve ser evitado durante o período de amamentação?

A princípio, não há nada que a mulher não possa comer durante a fase de amamentação, desde que seja saudável, é claro.

Mas alguns alimentos que podem passar pelo leite, por possuírem efeito estimulantes ou irritante, devem ser evitados, como pimenta e temperos exóticos, que ela não está habituada. Consumir com moderação café, chás com cafeína, chocolate.

Não use medicamentos para aumentar a produção do leite, em caso de dúvidas, sempre converse com seu pediatra.

É verdade que a cerveja preta aumenta o leite?

Evitar líquidos que contenham álcool, além dos prejuízos do álcool ao bebê, em fase de rápido desenvolvimento e mamadas frequentes.

É comum a falsa crença que uso de cerveja preta aumenta o leite, mas tem efeito contrário, pois o álcool passa pelo leite e deixa o bebê sonolento, assim irá sugar menos, portanto a mãe irá produzir menos leite.

Qual o intervalo médio entre as mamadas em um bebê que recebe só o leite materno?

Os pais frequentemente ficam ansiosos sobre a qualidade do leite, porque seus bebês recém-nascidos querem mamar a cada hora, 1,5 ou 2 horas.

A lactação está se estabelecendo. A dupla (mãe – bebê) está se conhecendo e se ajustando. O estômago do bebê é muito pequeno, no início e aceita um volume pequeno de leite. O leite está sendo produzido especialmente para o seu bebê e suas necessidades daquele momento. A produção do leite é um processo único e dinâmico, a imaturidade digestiva do bebê, no

início faz com que o leite materno venha pré-digerido e com fatores que facilitam sua digestão e absorção. Por tudo isso o intervalo entre uma mamada e outra pode ser menor, quando comparado entre os que recebem o leite de vaca, que foi industrializado e modificado para os bebês, nas fórmulas infantis.

Quais são os sinais de fome do bebê e que os pais precisam saber?

Todo choro do bebê é sinal de fome?

O bebê se comunica pelo choro, nem todo choro indica fome. Mas algum desconforto, sono, cólica para evacuar, quer colo...

Importante lembrar que um comportamento mais agitado ou mamadas frequentes podem ser totalmente normais, mas, geralmente, acabam sendo interpretados como se o bebê não estivesse saciado.

Como reconhecer os sinais que o bebê quer mamar?

É importante saber reconhecer as pistas sutis dadas pelo bebê de quando ele está pronto para mamar, antes que ele fique irritado e chore. Inicialmente, ele abre a boca, boceja, e faz movimentos mão-boca. Depois, fica inquieto, gira a cabeça de um lado para o outro, com mais movimentos de membros, suspirando e fazendo ruídos de sucção. É justamente nesses momentos que o bebê deve ser colocado para mamar. Caso não seja atendido irá ficar mais irritado e chorar.

Quando o bebê está chorando, como fazer para acalmá-lo para mamar?

Neste caso é fundamental acalmar o bebê antes de oferecer a mama, propiciando contato pele a pele, acariciando, balançando, falando ou cantando para ele. Alguns bebês podem ficar distraídos com luzes e barulho e precisam de ajuda para se concentrar na alimentação. Assim, pode ser necessário amamentá-los em um ambiente mais tranquilo.

O meu leite muda de cor: às vezes está mais esbranquiçado, outras vezes mais amarelado e tem horas que parece água de coco. Isso é normal?

Sim, isso é normal. A cor do leite materno varia. Por exemplo, durante uma mamada, a cor do leite vai mudando. No início da mamada, o leite pode ter uma coloração parecida com a da água de coco, mas é muito rico em anticorpos que protegem a criança contra doenças. No meio da mamada, devido ao aumento da quantidade de uma proteína chamada caseína, o leite adquire uma cor branco-opaca. Já mais para o final da mamada, sua cor é mais amarelada devido à maior quantidade de gordura. Esse leite do final da mamada é chamado leite posterior. Por ter mais gorduras ele tem mais calorias e dá a sensação de saciedade na criança.

Que outra cor do meu leite pode ser considerada normal?

A cor do leite materno pode variar com a alimentação da mulher e com o uso de alguns medicamentos. O consumo de cenoura, abóbora e vegetais de cor laranja pode deixar o leite mais amarelado, devido à maior concentração de betacaroteno, um pigmento presente nesses alimentos. A cor azulada ou esverdeada pode ocorrer quando a mulher consome grande quantidade de vegetais verdes ou alimentos que contenham corantes verdes. A coloração rosa ou laranja pode ser devida à ingestão de alimentos ou bebidas dessas cores, como beterraba, refrigerantes, sucos e gelatinas. Na maioria das vezes, a mudança de cor do leite é normal; não há motivo para se preocupar com isso e seu bebê pode mamar normalmente.

Como eu posso ter certeza de que a cor do meu leite é devido à minha dieta?

Você pode fazer um teste para verificar se a coloração do seu leite está associada à sua dieta: diminua o consumo dos alimentos suspeitos e observe a cor do leite; se houver mudança na tonalidade do leite, você pode manter a sua alimentação habitual e continuar amamentando.



Mas se o seu leite persistir com a cor esverdeada, vermelho tijolo ou marrom, você deverá procurar um profissional de saúde ou um Banco de Leite Humano.

E se houver sangue em meu leite?

Se você tiver rachadura (fissura) no bico do peito, ela pode sangrar durante a mamada, deixando o leite rosado, avermelhado ou até amarronzado devido à presença de seu sangue no seu leite. Nesse caso, o bebê pode continuar mamando. Mas você deve corrigir a "pega" ou buscar ajuda de um profissional de saúde com experiência em amamentação, pois a principal causa de fissura no mamilo é a pega inadequada da mama pelo bebê.

### **A erupção dentária pode interferir na amamentação?**

Meu bebê mordeu o meu peito! O que eu faço?

O desconforto do bebê com a erupção dos dentes é temporário e costuma diminuir logo que os dentes nascem.

Nesse período, você pode oferecer um pano úmido frio ou um brinquedo/mordedor gelado para aliviar o desconforto do nascimento dos dentes. Evite medicar sem orientação e sem necessidade.

Se o bebê morder meu peito, preciso suspender a amamentação?

Não existe indicação ou necessidade de parar com a amamentação quando surgem os dentes ou quando o bebê começa a morder o peito.

Se a "pega" está correta, o bebê abre bem a boca e sua língua fica posicionada entre os dentes e o mamilo, e assim não irá morder quando estiver sugando ativamente.

E se ele insistir em morder o que devo fazer?

Quando o bebê morde, a tendência da mãe é retirar ou afastar rapidamente o bebê do peito. Isso às vezes tem efeito contrário, fazendo com que o bebê se assuste ou aperte ainda mais a boca – e os dentes! – no mamilo.

Isso pode funcionar para que alguns bebês deixem de morder o peito. Outros bebês podem ficar incomodados, deixar de mamar ou fazer uma "greve de fome" temporária e recusar o peito algumas vezes.

É melhor fazer ao contrário. Tente manter-se calma e aproximar ao máximo o bebê da mama, fazendo até uma leve pressão do nariz contra o peito. Isso pode fazer com que o bebê sinta algum desconforto pela obstrução do nariz, abra a boca para respirar e solte o mamilo. Outra técnica é colocar seu dedo mínimo ou indicador, o que você achar melhor, no canto da boca do bebê, entre as gengivas e ele soltará o peito.

Quais os sinais que devo observar para evitar que o bebê morda meu peito?

- Aprenda a reconhecer sinais do final da mamada. A maioria das situações nas quais o bebê morde o peito ocorre no final da mamada ou quando perde o interesse. Seu bebê pode apresentar uma leve tensão na mandíbula ou diminuir a intensidade da "pega", às vezes demonstrando assim que ele não quer mais mamar.

- Observe com cuidado a posição da mamada e a "pega". Um bebê bem posicionado, com a boca bem aberta e com a língua protrusa entre os dentes e o mamilo possivelmente não irá morder ou machucar seu mamilo.

- Se o bebê dormir, tire-o do peito. Para isso, coloque seu dedo entre as gengivas e, assim, evitará que ele morda nesse momento.

Existem algumas dicas para lidar melhor com essa situação?

- Dê completa atenção ao bebê durante a mamada. Olhe para ele! Converse com ele, faça carinho em sua cabeça e seu corpo. Evite uma prática muito comum atualmente: **DEIXE SEU CELULAR DE LADO DURANTE A MAMADA!** Não fique respondendo mensagens de redes sociais nessa hora! Seu bebê vai reclamar com razão – e pode morder seu seio!

- Evite forçar o bebê a mamar. Se o bebê está choroso ou irritado, tente acalmá-lo, deixá-lo dormir ou descansar um pouco antes de reiniciar a mamada.

- Ofereça um reforço positivo quando o bebê não morder. Diga palavras carinhosas de incentivo, como “obrigado (nome do bebê) por não morder a mamãe” ou “parabéns, que bebê querido!”. Sorria, beije, abrace...

- Em caso de reincidência, ofereça um mordedor para o bebê, ou pare a mamada e diga com firmeza (sem gritar!) que “isso não foi legal” (a mordida!) e interrompa a mamada por alguns instantes, retomando a seguir.

Mais alguma dica de última hora?

Lembre-se:

- Mantenha a calma! Isso é passageiro!

- Observe sinais que seu bebê pode morder seu peito! - Deixe seu dedo sempre próximo, caso seja preciso interromper a mamada numa mordida inesperada!

(Fonte principal: traduzido e adaptado de: “La Leche League International. The Breastfeeding Answering Book. Revised Edition; 1998”).

### **Você conhece o “amamentês”?**

Entenda os principais termos técnicos usados para falar de amamentação

Quantas vezes você estava em uma consulta ou lendo um artigo ou assistindo a uma entrevista e alguns termos técnicos apareceram e você não conseguiu entender a informação?

Isso também pode acontecer em relação à amamentação, dificultando, algumas vezes, a compreensão e a execução de ações que poderiam favorecer o aleitamento materno.

Então, segue aqui a primeira versão do dicionário “AMAMENTÊS-PORTUGUÊS”.

**Aproveite.**

### **De 1 a 10 – Letra A**

**ACONSELHAMENTO** - significa ajudar a mulher a tomar decisões, após ouvi-la, entendê-la e dialogar com ela sobre os prós e contras das opções. Não confundir com conselho, que significa dizer à mulher o que ela deve fazer.

**ALEITAMENTO** – o ato de oferecer leite para alimentar a criança.

**ALEITAMENTO MATERNO** – quando a criança recebe o leite da mãe (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

**ALEITAMENTO MATERNO COMPLEMENTADO** – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.

**ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO** – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

**ALEITAMENTO MATERNO MISTO OU PARCIAL** – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

**ALEITAMENTO MATERNO PREDOMINANTE** – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

**AMAMENTAÇÃO** – quando a criança recebe leite materno diretamente do seio materno. Assim, não se diz amamentação materna.

**APOJADURA** – “descida” do leite após o parto, com aumento da produção do leite e do volume das mamas, que podem ficar mais quentes.

**ARÉOLA** – região circular mais escura em volta dos mamilos. Não é AURÉOLA, que significa círculo de luz com que a gravura ou a pintura ornava a cabeça dos santos; ou círculo luminoso que se observa em volta de alguns astros.

## **De 11 a 19 – Letras de B e C**

**BABY BLUES / BLUES PUERPERAL** - tristeza que acomete algumas mulheres após o parto, que é bem mais leve do que a Depressão Pós-Parto. Em inglês o termo “blue”, além de azul, significa tristeza.

**BICO DE SILICONE** – é um dispositivo em forma de mamilo usada sobre a aréola e o mamilo durante a amamentação, atualmente feitos de silicone macio, fino e flexível, e que tem orifícios na ponta para permitir a passagem do leite materno. Conhecido também como INTERMEDIÁRIO. Não é recomendado seu uso de rotina.

**CAMA COMPARTILHADA** - é a prática de ter o bebê na cama dos pais durante o sono. Há várias formas possíveis (berço acoplado, ninho). Não se recomenda o uso do sofá.

**CANDIDÍASE MAMÁRIA** – também conhecida como monilíase, é uma infecção causada por fungo (cândida ou monília), o mesmo que causa o “sapinho” na boca das crianças. Esse fungo costuma aparecer em lugares quentes e úmidos (quando a mulher usa conchas ou protetores mamilares, ou não troca o sutiã ou absorventes mamários quando vaza leite). Pode atingir só a pele do mamilo e da aréola ou o interior da mama. Precisa de avaliação e orientação profissional para tratamento.

**COLOSTRO** – é o leite materno no início da amamentação (primeiros 5 a 7 dias de vida), de aspecto espesso e coloração amarela ou transparente. Tem uma composição diferente do leite dito “maduro”: tem mais proteínas, menos gordura e mais anticorpos, e por isso oferece grande proteção contra infecções (a “primeira vacina” do bebê).

**COLOSTROTERAPIA** - é a utilização de pequena quantidade de colostro com o fim diferente do nutricional, sobretudo para os recém-nascidos de muito baixo peso, para os quais o colostro representa importante suplemento imunológico.

**COMPOSTO LÁCTEO** - é um produto de leite que deve apresentar pelo menos 51% de ingredientes lácteos na sua composição junto com outros ingredientes que não são lácteos.

**CONCHA** - uma peça feita normalmente em silicone, com a finalidade de ser colocada nas mamas, sob o sutiã, para prevenir ou ajudar a tratar mamilos machucados, recolher o leite que vaza da mama e aliviar possíveis dores. Também usada com a finalidade de corrigir mamilos planos ou invertidos. Não é recomendada de rotina por riscos de CANDIDÍASE MAMÁRIA, MASTITE, e por NÃO SEREM EFICAZES para mamilos invertidos.

**CONFUSÃO DE BICOS** – quando o bebê mama ao seio, a pega adequada é na aréola. Se o bebê utiliza chupeta, intermediário (bico de silicone) ou mamadeira, sua pega é no mamilo (bico). Assim, o bebê que mama no peito, mas que também usa mamadeira ou chupeta, pode se confundir e mamar o peito como se estivesse retirando leite da mamadeira. A isso

chamamos de CONFUSÃO DE BICOS, que pode ter como consequência mamilos machucados e dificuldade para esvaziar a mama, provocando, inclusive, o desmame precoce.

#### **De 20 a 34 – Letras de D a L**

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO** - profunda tristeza (chegando às vezes ao desespero) que acontecem após o parto e que podem interferir com os cuidados do bebê e no vínculo da mãe com seu recém-nascido, sobretudo no que se refere ao aspecto afetivo e que precisa de diagnóstico e tratamento. Mais intenso e prolongado que o BABY BLUES ou BLUES PUERPERAL

**DESMAME** – acontece quando a criança para de receber, de forma total e definitiva, o leite materno (LM).

**EXTRAÇÃO** – é a retirada do leite materno da mama com as mãos ou com o auxílio de bombas. Equivalente à ORDENHA das vacas.

**FISSURA** - são rachaduras que ocorrem nos mamilos.

**FÓRMULA** - produto em forma líquida ou em pó fabricado para a alimentação de lactentes, que deve ser receitado por profissional qualificado (pediatra ou nutricionista) e que vai substituir total ou parcialmente o leite materno ou humano, para satisfação das suas necessidades nutricionais.

**INGURGITAMENTO** – é o aumento exagerado e desconfortável das mamas ocasionado por retenção de leite e inchaço, conhecido como leite “empedrado”. Ele pode ser discreto em resposta à descida do leite, não sendo necessário tratamento. Mas ele pode ser patológico, quando a mama fica muito distendida, causando desconforto e às vezes febre e mal-estar, com áreas avermelhadas, inchadas e brilhantes. Essa condição dificulta a pega do bebê e a saída do leite da mama. Requer tratamento.

**LACTAÇÃO ADOTIVA** – é quando uma mulher que adota uma criança consegue amamentar seu filho, mesmo sem ter passado pelas transformações hormonais da gravidez.

**LEITE ARTIFICIAL (LA)** - leite oriundo de outra espécie de mamífero que não a humana (leite de vaca, de cabra, de fórmulas)

**LACTANTE** – a mulher que amamenta.

**LACTENTE** – é a criança até 2 anos de idade, amamentado ou não.

**LACTOGESTAÇÃO** – é quando uma mulher amamenta seu filho durante uma gestação.

**LEITE ANTERIOR** – é o leite que vem no início da mamada, rico em água e anticorpos. Para outros autores é o leite que é produzido pela ação da prolactina e depende da sucção do bebê.

**LEITE POSTERIOR** – é o leite que vem no final da mamada, rico em gordura. Para outros autores é o leite que é produzido pela ação da ocitocina, não depende tanto da sucção, como a prolactina e sim das emoções da mãe (o que explicaria uma mãe pensar em seu bebê no trabalho e ter produção e ejeção do leite materno).

**LIVRE DEMANDA** – é quando a criança mama em um ou nos dois seios, quando sentir fome, sem horário pré-estabelecido, pelo tempo que quiser.

**LM** – é uma abreviação encontrada em textos e que significa leite materno.

#### **De 35 a 43 – Letras de M até o final**

**MASTITE** – infecção na mama.

**MÉTODO CANGURU** - consiste em manter o recém-nascido de baixo peso em contato pele a pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Sua utilização aumenta o vínculo, reduzindo o tempo de separação mãe-filho, estimula o aleitamento materno e favorece um controle térmico adequado. Ainda contribui para a redução do risco de infecção hospitalar, reduz o estresse e a dor dos RN de baixo peso. O método possibilita maior confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar.

**OCITOCINA** - hormônio produzido durante o trabalho de parto que auxilia na contração do útero. Após o parto, sua produção estimula a liberação do leite materno da mama. Além disso, contrai o útero, favorecendo a sua volta ao tamanho normal.

**ORDENHA** – termo não mais recomendado. Substituído por **EXTRAÇÃO**.

**PEGA** – é a forma como a criança pega a mama. Existe uma técnica **ADEQUADA** que está descrita em muitas publicações (mais aréola visível acima da boca do bebê, boca bem aberta, lábio inferior virado para fora, queixo tocando a mama), na qual o mamilo fica em uma posição dentro da boca da criança que o protege, prevenindo, assim, lesões mamilares.

**PROLACTINA** – hormônio que promove a produção do leite materno.

**RELACTAÇÃO** – é um método utilizado para o restabelecimento da lactação em **LACTANTES** com pouco leite ou que deixaram de amamentar. A **TRANSLACTAÇÃO** é uma das técnicas usadas para essa finalidade.

**TANDEM** - quando uma mulher amamenta duas crianças (dois filhos) com idades diferentes. Costuma ser a sequência natural da **LACTOGESTAÇÃO**.

**TRANSLACTAÇÃO** - é um método que consiste em um recipiente (pode ser um copo ou uma xícara) contendo leite (de preferência leite humano pasteurizado), colocado entre as mamas da mãe e ligado ao mamilo por meio de uma sonda aderida. A criança, ao sugar, recebe o suplemento pela sonda, continua a estimular a mama e não sente fome.

Por que o leite materno é tão recomendado?

Essa recomendação decorre do fato de ser um alimento que ajuda no desenvolvimento da criança, protegendo sua saúde. Por isso, o leite materno é o alimento ideal para o seu bebê, pois supre todas as necessidades nutricionais até os seis meses de idade, evitando problemas como a desnutrição, entre outros.

Quando o leite materno deve ser introduzido?

O bebê deve mamar logo após o nascimento. O leite dos primeiros dias após o parto é chamado de colostro e oferece grande proteção contra infecções. Dizemos que o colostro é a “primeira vacina” do bebê.

O leite materno precisa de reforços nutricionais?

Não. Por isso, mães fiquem atentas: não existe leite materno “fraco” ou “aguado”. A composição do leite materno fornece a água necessária para manter o seu filho hidratado. Mesmo em temperaturas ambientais elevadas está sempre fresco e se encontra na temperatura certa, prontinho para beber. Sua composição nutricional balanceada contribui para o crescimento e desenvolvimento adequado do seu filho.

Quais são os benefícios do uso do leite materno no desenvolvimento da criança?

As vantagens são inúmeras. Dentre as principais destaca-se o fato de que a criança amamentada ao seio estará protegida contra alergias e infecções, fortalecendo-se com os anticorpos da mãe e evitando problemas como diarreias, pneumonias, otites e meningites. Além disso, a amamentação favorece o desenvolvimento dos ossos e fortalece os músculos

da face, facilitando o desenvolvimento da fala, regulando a respiração e prevenindo problemas na dentição.

Além das vantagens físicas, há outras relacionadas ao leite materno?

Sim. Por exemplo, a amamentação é mais prática, mais econômica e evita o risco de contaminação no preparo de outros leites. Também merece destaque o fato comprovado de que o aleitamento materno cria um vínculo entre a mãe e o bebê, proporcionando maior união entre eles. Há estudos que também sugerem que as crianças amamentadas são mais tranquilas, inteligentes e mais felizes.

O aleitamento materno traz vantagens também para as mulheres?

Claro que sim. Além de ver seu filho se desenvolver de forma plena e saudável, a mãe que amamenta volta mais rapidamente ao seu peso normal. Essas mulheres também veem ser reduzidas as chances de ter desenvolverem diabetes e infarto cardíaco. Estudos também apontam que a amamentação ajuda a reduzir a hemorragia após o parto e previne o câncer de mama e de ovário. Uma coisa também é certa: a mãe, ao oferecer o seio ao seu filho, transmite-lhe segurança, prazer e conforto. Nesse processo, ocorre liberação de hormônio (endorfina) que aumentam a sensação de prazer e felicidade para a mulher que amamenta. Além disso, melhora sua autoestima, ao saber que seu bebê está saudável porque está recebendo o alimento ideal: o seu leite!

Amamentar gêmeos: Um desafio possível

Sim. Maior economia é uma delas, pois, afinal, sem a amamentação a família teria que arcar com os custos da fórmula infantil para duas crianças ao mesmo tempo. Outra vantagem é facilitar os cuidados com os gêmeos, já que o aleitamento materno previne doenças, que exigem cuidados extra. Cuidar de dois bebês saudáveis já consome bastante tempo. Também, pode ajudar na atenção e afeto da mãe, que necessariamente terão que ser compartilhados entre os gêmeos, além de contribuir para o reconhecimento das necessidades de cada gêmeo, importante para a individualização de cada um.

Uma mulher consegue produzir leite suficiente para amamentar gêmeos?

Sim, o corpo feminino é capaz de produzir leite para duas ou até mais crianças. A natureza previu essa possibilidade. A produção do leite é proporcional à quantidade de leite que está sendo consumida. Por isso, se são dois bebês consumindo leite materno, a mãe produzirá leite para os dois.

Qual a maior dificuldade para amamentar gêmeos?

A maior dificuldade na amamentação de gêmeos é a falta ou pouco apoio. As mães de gêmeos necessitam de suporte adicional para terem tempo para cuidar e amamentar gêmeos. Divisão das tarefas domésticas e cuidados com outros filhos, quando presentes, são fundamentais, além do apoio emocional.

Quais as dicas para amamentar gêmeos?

Após um período inicial de adaptação, muitas mulheres ficam surpresas com a sua capacidade de lidar com a situação. Cada mulher vai escolhendo o melhor jeitinho. Algumas preferem alternar bebês e mamas em cada mamada, ou seja, o bebê que começou a mamada na mama direita, por exemplo, na próxima deverá iniciar na mama esquerda, independentemente se os bebês mamarem em uma só mama ou nas duas. Outras mulheres preferem alternar bebês e mamas a cada 24 horas. Nesse caso, os bebês iniciam a mamada na mesma mama em todas as mamadas daquele dia e no dia seguinte trocam de mama. Deve-se evitar que cada bebê tenha uma mama só para ele, pois alternar as mamas é bom para a produção do leite.

Amamentar os dois bebês ao mesmo tempo economiza tempo e permite satisfazer as necessidades dos bebês imediatamente, quando os dois querem mamar ao mesmo tempo. No entanto, muitas mulheres só se sentem prontas para amamentar os gêmeos ao mesmo tempo após algumas semanas depois do parto. Por mais difícil que possa ser, é muito importante que as crianças sejam amamentadas em livre demanda, para que a mãe consiga produzir todo o leite necessário. Pode ser útil a mãe ou outra pessoa anotar as mamadas, a mama em que cada gêmeo iniciou as mamadas e o número de fraldas molhadas e sujas de cada criança.

#### Amamentação e a vida sexual do casal

A chegada de uma criança numa família e os cuidados que ela requer, incluindo a amamentação, mobilizam grande intensidade de sentimentos e energia. É de se esperar que a amamentação possa afetar a vida sexual do casal, devido ao grande envolvimento físico, emocional e pessoal que ela demanda.

Quais fatores podem influenciar o desejo sexual e a libido durante a amamentação?

O intenso envolvimento da mãe com a amamentação e com os cuidados com a criança pode deixá-la com menos interesse e disposição para retomar sua vida sexual no mesmo ritmo anterior ao parto. Existem também fatores físicos e hormonais que interferem tanto no desejo quanto no desempenho sexual da mulher.

Após um parto vaginal, com ou sem episiotomia, a mulher pode sentir algum desconforto, dolorimento ou sensação de inchaço no períneo que pode persistir por alguns meses após o parto. Para as mães que tiveram seus filhos por cesariana, a dor no local da incisão, o desconforto com a sutura (pontos) e até mesmo o medo de causar alguma lesão também interferem no desejo sexual.

Mudanças hormonais bastante intensas, como a diminuição do estrogênio durante o período de amamentação, resultam em redução do desejo sexual e menos lubrificação da mucosa vaginal, podendo gerar desconforto durante a relação sexual. Tenham sempre à mão generosa quantidade de lubrificante vaginal à base de água!

O cansaço e falta de tempo para descanso, tão comuns durante o período da amamentação, também podem interferir no desejo sexual?

De fato, muitas mulheres referem cansaço físico, alteração do sono, desinteresse ou mesmo algum grau de depressão durante o período de amamentação como causas de falta de desejo ou desinteresse em retomar sua vida sexual.

O envolvimento da mulher com a amamentação e com os cuidados da criança, como trocar fraldas, dar banho ou ajudar o bebê na hora do sono, podem interferir no seu desejo sexual.

É possível dizer que, às vezes, a mulher “tem tempo, mas não tem vontade”, e em outras situações, “quando tem vontade não tem tempo!”.

A declaração de uma mãe resume muito bem esses sentimentos: “Nossas prioridades mudam! Quando você tem filhos, existem muitas outras coisas para fazer e seus valores mudam!”.

Quando posso voltar a ter relações sexuais, durante o período de amamentação?

Não existe um tempo definido, depende muito de como a mulher – e o casal! – estase sentindo durante esse período. Uns retornam nas primeiras semanas, enquanto que em outras culturas esse período pode levar alguns meses.

Alguns estudos em diversos países e com diferentes culturas mostraram que o tempo médio para o retorno da vida sexual ativa é de 6 a 8 semanas.

Como o casal pode tratar desse assunto para tornar a vida sexual mais fácil?

É importante que o casal converse francamente sobre esse assunto e decida em conjunto o que fazer. É possível que outras práticas sexuais “alternativas” satisfaçam o desejo do casal nesse período. Sejam criativos!

Como a amamentação é um momento de intensa intimidade e afeição entre a mulher e seu filho, alguns companheiros podem se sentir excluídos da relação.

Pode aparecer um grau variado de desconforto ou desinteresse por sua companheira com as mamas cheias de leite, algumas vezes até gotejando durante os jogos ou o ato sexual - consequência da liberação de oxitocina, um hormônio que está ligado tanto à amamentação quanto à excitação sexual. Por outro lado, outros companheiros podem ter até mais desejo ou excitação sexual ao observar ou manipular as mamas cheias de leite de sua companheira!

Esses assuntos devem ser tratados com franqueza, bom humor e certa leveza, evitando externar ideias preconceituosas.

Se necessário, busque apoio e esclarecimentos com seu Pediatra ou Obstetra. Converse sobre esse assunto nas consultas de revisão, especialmente nos primeiros meses após o nascimento da criança.

O casal deve procurar compreender o que acontece nessa fase da vida da família para passar por esse período com tranquilidade, carinho e satisfação!

Quando deve ser iniciada a amamentação?

É muito bom que a primeira mamada se dê na primeira hora de vida do bebê. Esta é a atual recomendação em todo o mundo, ou seja, que o recém-nascido seja estimulado a mamar o mais cedo possível, preferencialmente logo após o parto, se a mãe e o bebê estiverem em boas condições e se esse for o desejo da mãe.

Qual a vantagem em se amamentar uma criança logo após o parto?

A sucção da criança faz a mãe produzir e liberar a ocitocina, um hormônio que ajuda na contração do útero, fazendo com que a mãe perca menos sangue após o parto e, consequentemente, tenha menor risco de desenvolver anemia. Se o bebê sugar antes de a placenta sair, a ocitocina liberada pela amamentação pode acelerar a expulsão da placenta. A amamentação logo após o parto é importante também para o vínculo afetivo entre a mãe e o bebê, além de ajudar na “descida do leite”.

Todo recém-nascido suga logo após o parto?

Nem todo o recém-nascido está pronto para sugar imediatamente após o parto, mas ele deve ser colocado em contato direto pele a pele no abdômen/tórax da mãe, se ambos estiverem em boas condições e se esse for o desejo da mulher. Hoje se sabe que o contato pele a pele logo após o parto faz o recém-nascido se adaptar mais rapidamente à vida fora do útero, promove o vínculo mãe-bebê e é bom para o estabelecimento da amamentação. Além disso, esse contato íntimo entre mãe e filho faz com que a mãe passe para o bebê os micróbios de sua pele, que vão protegê-lo contra infecções.

E se o bebê nascer por cesariana?

Se mãe e bebê estiverem em boas condições, o contato pele a pele e a amamentação logo após o nascimento poderão ser realizados, seja o parto normal ou cesariana.

Por quanto tempo o bebê deve ficar em contato pele a pele com sua mãe?

A recomendação atual é que o bebê fique em contato pele a pele com sua mãe por, pelo menos, uma hora. A primeira hora de vida é chamada “hora de ouro”, pois a mãe e o bebê costumam



ficar acordados, alertas, sendo uma excelente oportunidade para interagirem. Após a primeira hora do parto, mãe e bebê podem ficar sonolentos e dormirem.

Meu bebê está mamando exclusivamente no peito. Eu preciso dar água para ele?

Se seu bebê tem menos de seis meses e está em aleitamento materno exclusivo não precisa oferecer água, pois o leite materno é completo e tem água suficiente para saciar a sede dele. Mesmo nos dias quentes não é preciso oferecer água, basta amamentar com maior frequência e a hidratação está garantida.

Como saber se o meu bebê está bem hidratado?

Basta olhar as fraldas. Quanto mais xixi ele fizer, sem odor, com coloração clara, mais hidratado ele está. Geralmente você troca mais de 6 fraldas ao dia. Além disso, ele deve estar ganhando peso normalmente.

Se o meu bebê acordar muito à noite, eu posso ao invés de dar de mamar oferecer água ou chás?

Não é recomendável. Se você oferecer água ou chás à noite ou nos intervalos das mamadas, vai preencher o estômago dele com líquidos sem proteínas, vitaminas ou gorduras, com prejuízo para a sua nutrição. Além disso, a redução do número de mamadas diminui o estímulo do peito com menor produção de leite.

Se o meu bebê chorar muito com “cólica”, a água acalma?

Ao oferecer líquidos ao bebê ele poderá até relaxar, mas logo poderá ter cólicas ou fome e voltará a chorar. No caso de cólicas mantenha-se tranquila, tente acalantar ele no colo, em contato com sua pele. Mas, se o choro persistir incessantemente busque ajuda de um pediatra.

Se o bebê mamar toda hora e ficar “golfando”, posso oferecer água ao invés de peito?

As golfadas são esperadas nos primeiros meses de vida e podem ser um sinal de refluxo fisiológico, mas inicialmente pode ser tratado somente com medidas posturais (não balançar o bebê, evitar roupas que apertem a sua barriga, colocar o bebê para arrotar, manter no colo por cerca de 30 minutos depois de mamar). É importante também avaliar a pega ao seio, pois se esta não estiver correta, o bebê pode não mamar o suficiente ou até engolir ar enquanto mama (aerofagia) e regurgitar com mais frequência para expelir o ar deglutido. Se o seu bebê estiver golfando muito e não está ganhando peso, você deve buscar ajuda de um pediatra.

Se eu precisar me ausentar de casa, posso oferecer água ou chá quando o meu bebê acordar?

O ideal é fazer a extração do leite materno e oferecer para ele com copinho na sua ausência. A ingestão de líquidos sem propriedades nutritivas, como chá ou água, pode levar à perda de peso e desnutrição.

Sabemos que a amamentação por dois anos ou mais, sendo exclusiva nos primeiros seis meses, é fundamental para a saúde do bebê. Mas, será que a amamentação traz vantagens também para a mulher?

A resposta é SIM! São várias as vantagens da amamentação para as mulheres. Elas acontecem porque a amamentação provoca alterações no corpo da mulher que podem beneficiar a sua saúde enquanto amamenta e no futuro. A seguir, apresentamos uma série de benefícios. Caso você tenha alguma dificuldade ou dúvida quanto à amamentação, procure o seu pediatra. Ele lhe ajudará a superá-las.

Amamentar previne a mulher contra o câncer de mama?

Sim! Os pesquisadores estimam que o risco de a mulher que amamenta contrair câncer de mama é 22% menor comparado com o das mulheres que nunca amamentaram. Essa proteção aumenta com o tempo de amamentação, sendo de 7% se, somando o tempo de amamentação

de todos os filhos, ele for inferior a 6 meses; de 9% se esse tempo for entre 6 e 12 meses; e de 26% se chegar a 1 ano. Além disso, mesmo se as mulheres desenvolverem câncer de mama e forem submetidas à cirurgia, as que amamentaram por mais de 6 meses têm um risco aproximadamente 3 vezes menor de morrer pela doença, comparadas com aquelas que tiveram uma história de amamentação menor que 6 meses. Dessa forma, a amamentação, além de prevenir o aparecimento do câncer de mama, aumenta a sobrevida em mulheres com esse tipo de câncer.

Amamentar também protege contra o câncer de ovários e de endométrio?

Sim! As mulheres que amamentam têm menor risco de desenvolverem câncer de endométrio (revestimento interno do útero) e de ovário, principalmente se a amamentação for prolongada. Estudos mostram que, para cada mês a mais de amamentação, somando-se o aleitamento materno de todos os filhos, o risco cai 2% para cada ano de amamentação, só para o câncer de ovário.

Amamentar também protege contra o diabetes tipo 2?

Sim! O risco de desenvolver o diabetes tipo 2 é menor nas mulheres que amamentam. Os pesquisadores estimam uma redução de 9% para cada ano de amamentação.

A amamentação exclusiva tem relação com a diminuição do retorno da enxaqueca após o parto?

Sim! Um estudo mostrou que as mulheres portadoras de enxaqueca antes da gestação, se praticarem o aleitamento materno exclusivo, têm menor chance de retorno das crises de enxaqueca, tanto na avaliação aos 7 dias, como aos 30 dias após o parto.

A amamentação exclusiva pode ajudar a espaçar as gestações?

Sim! As mulheres que amamentam exclusivamente, que ainda não voltaram a menstruar após o parto e cujos filhos têm menos de 6 meses têm menor chance de engravidar. Esse método anticoncepcional é chamado Método da Amenorreia Lactacional - LAM. Para usá-lo a mulher precisa ser aconselhada pelo seu médico.

### **Como devo proceder para retirar manualmente o leite do meu peito?**

Por que retirar o leite?

Então, vamos começar falando das necessidades desta prática de extração manual do leite materno. Em geral, o leite é retirado para reduzir o ingurgitamento e o desconforto devido ao excesso. Assim, o leite pode ser guardado e oferecido posteriormente à criança. Além disso, ajuda a adequar a produção do leite com o esvaziamento da mama e o excedente pode ser doado a um banco de leite humano. A extração manual pode ser uma alternativa mais confortável do que as bombas para os seios. A retirada do leite pode ser feita em qualquer lugar, desde que seja limpo, calmo, sem a presença de animais e atenda às recomendações de higiene. Não precisa de instrumentos ou dispositivos especiais.

Quais são os passos para a retirada manual do leite?

Veja a seguir como proceder para retirar e guardar o leite de forma segura.

Escolha o local adequado.

Tenha à disposição um recipiente limpo para recolher o leite (veja a seguir como higienizar esse recipiente).

Prenda e cubra os cabelos com uma touca ou lenço.

Evite conversar durante a retirada do leite ou utilize uma máscara ou fralda cobrindo o nariz e a boca.

Lave as mãos e antebraços com água e sabão e seque com uma toalha limpa.

Massageie as mamas com as polpas dos dedos começando na aréola (parte escura da mama) e, de forma circular, abrangendo toda mama.

Primeiro coloque os dedos polegar e indicador no local onde começa a aréola.

Firme os dedos e empurre para trás em direção ao corpo.

Comprima suavemente um dedo contra o outro, repetindo esse movimento várias vezes até o leite começar a sair.

Despreze os primeiros jatos ou gotas e inicie a coleta no frasco.

Se você estiver com dificuldade de retirar seu leite, procure apoio no banco de leite humano mais próximo de você.

Como higienizar o frasco e guardar o leite retirado?

Reserve um frasco de vidro, com tampa plástica rosqueada e limpo.

A limpeza do frasco é primordial: primeiro lave bem o frasco com um detergente neutro e enxague. Depois, coloque o frasco em uma panela com água para ferver, totalmente submerso; após a fervura, deixe-o na água fervendo por mais 15 minutos. Após esse tempo, retire o frasco da panela e coloque-o sobre um pano limpo, com a boca para baixo. Espere a água toda escorrer. Não enxugue o frasco.

Coloque o leite coletado no frasco. Você pode colocar leite retirado em um frasco já contendo leite congelado, desde que dentro do prazo de validade.

Identifique o frasco com seu nome, data e horário da retirada do primeiro leite a ser colocado no frasco.

Mantenha o frasco sobre refrigeração imediatamente após a coleta.

No freezer a durabilidade é de 15 dias na temperatura de -3°C.

No refrigerador, o frasco não deve permanecer na porta da geladeira e a validade é de 12 horas, na temperatura de 5°C.

Se você seguir esses passos, pode ficar tranquila. O leite retirado poderá ser oferecido ao seu filho ou filha ou poderá ser doado. Lembramos que quem doa leite humano, doa vida!

Eu devo oferecer um ou os dois seios em cada mamada?

Você deve oferecer os dois seios em cada mamada. O bebê é quem decide se mama os dois ou não. Por isso, é bom que a mãe comece cada mamada pelo peito em que o bebê mamou por último na mamada anterior. Assim ele tem a oportunidade de esvaziar bem as duas mamas, o que é importante para a mãe produzir mais leite. A mãe deve deixar o bebê mamar até que fique satisfeito, esperando que ele esvazie uma mama para então oferecer a outra, se ele quiser.

O leite do início da mamada tem mais água e mata a sede; e o do fim da mamada tem mais gordura e por isso mata a fome do bebê e faz com que ele ganhe mais peso. No início da mamada o bebê suga com mais força porque está com mais fome e assim esvazia melhor a primeira mama oferecida.

Tem um tempo certo para cada mamada

O tempo de permanência na mama em cada mamada não deve ser fixado, haja vista que o tempo necessário para esvaziar uma mama varia para cada dupla mãe/bebê e, numa mesma dupla, pode variar dependendo da fome da criança, do intervalo transcorrido desde a última mamada e do volume de leite armazenado na mama, entre outros.

Em geral, um bebê em aleitamento materno exclusivo mama de oito a 12 vezes ao dia. Esse é um comportamento normal, não é um sinal de fome do bebê, de leite fraco ou de pouco leite.

### **Como amamentar um bebê com refluxo?**

O meu bebê golfa toda vez que mama? Isso é normal?

Regurgitações ou golfadas são o retorno passivo do conteúdo do estômago para o esôfago, o que chamamos de refluxo gastroesofágico. Ocorrem com mais frequência em torno do segundo ao quinto mês de vida, com melhora espontânea entre 1 e 2 anos de idade.

Como eu devo alimentar o meu filho com refluxo?

Se o seu filho tem menos de 6 meses de idade e está em aleitamento materno exclusivo, não é preciso realizar mudanças na alimentação, dar fórmulas lácteas antirregurgitação (os leites AR), chás, água ou outros alimentos. Não é preciso também controlar o horário de amamentar e a duração das mamadas.

Que outros cuidados eu devo ter?

Alguns cuidados são importantes: não vestir roupas apertadas em seu filho, realizar a troca das fraldas antes da amamentação; observar se a boquinha do bebê está bem fixada na mama para que ela não engula ar durante as mamadas (aerofagia); colocar o bebê para arrotar após todas as mamadas; evitar fumar no mesmo ambiente da criança, pois pode piorar o refluxo. Na maioria das vezes o refluxo é benigno e cura sozinho, não sendo necessário uso de medicamentos.

Quando eu devo me preocupar com as golfadas do meu filho?

Na maioria das vezes o refluxo não tem consequências para a saúde da criança. No entanto, algumas vezes ele pode prejudicar a criança e deve ser tratado. Se o seu filho apresentar um ou mais dos seguintes sintomas, você deve consultar o médico da criança para avaliação e eventual tratamento: recusa alimentar, regurgitações e vômitos recorrentes, irritabilidade, choro frequente, sono inquieto, pneumonia de aspiração e, principalmente, dificuldade de ganho de peso.

### **Como colher e estocar o leite materno**

Como pode ser realizada a ordenha do leite materno?

A mulher que amamenta pode retirar o leite dos seios de forma manual ou mecânica. A ordenha manual é a melhor forma e fica mais fácil com a prática. Por isso deve ser aprendida junto com o cuidado com as mamas, durante a amamentação. Ela pode ser feita sempre que necessário e não necessita de equipamentos especiais. A ordenha feita com a bomba apresenta alguns complicadores, como contar com a disponibilidade do equipamento sempre que necessário, o custo, a necessidade de esterilização e ainda o risco de lesão dos mamilos.

Quais as vantagens da ordenha do leite materno?

Há várias razões para realizar a ordenha do leite materno. Em primeiro lugar, destaca-se que, ao fazer isso, se contribui para o aumento da produção de leite ou mesmo para manter a lactação. Dentre outras vantagens, lista-se:

*Aliviar o ingurgitamento mamário;*

*Tornar mais macia a região do mamilo e da aréola para facilitar a mamada pelo bebê;*

*Retirar leite para oferecer ao bebê que não pode ser amamentado;*

*Armazenar leite para oferecer ao bebê quando a mãe retorna ao trabalho ou precisa se afastar por um tempo;*

*Auxiliar no tratamento de mastite;*

Doar a um Banco de Leite Humano, o que configura um gesto de amor e solidariedade.

A etapa de preparo para a ordenha exige alguma atenção especial?

Sim, há cuidados específicos. Para a retirada adequada do leite, é importante que o frasco onde ele será armazenado seja preparado da forma correta. Recomenda-se seguir as seguintes etapas:

*Lave um frasco de vidro com tampa de plástico, retirando o rotulo e o papel de dentro da tampa;*

*Coloque o frasco e a tampa em uma panela, cobrindo-os com água;*

*Ferva-os por 15 minutos, contando o tempo a partir do início da fervura;*

*Escorra-os sobre um pano limpo até secar;*

Feche o frasco sem tocar com a mão na parte interna da tampa.

Há questões de higiene que devem ser observadas?

Sim, além do preparo do frasco, também deve-se ter atenção à higiene pessoal antes de iniciar a coleta. Por isso, a mulher deve observar os seguintes conselhos:

*Usar uma touca ou um lenço para cobrir os cabelos;*

*Colocar uma fralda de pano ou máscara sobre o nariz e a boca;*

*Lavar as mãos e os braços até o cotovelo com bastante água e sabão;*

*Lavar as mamas apenas com água;*

Secar as mãos e as mamas com toalha limpa.

A ordenha pode ser feita em qualquer local?

Não. O local onde a ordenha será realizada também deve ser bem escolhido. A mulher deve procurar um lugar confortável, limpo e tranquilo. Antes de iniciar o processo, deve forrar uma mesa (ou superfície plana) com pano limpo para colocar o frasco e a tampa. Uma dica: evite conversar durante a retirada do leite.

Durante a realização da ordenha mamária, quais são as recomendações específicas que devem ser seguidas pela mulher?

*Adote uma posição confortável;*

*Mantenha os ombros relaxados e um pouco inclinados para frente;*

*Massageie as mamas com a ponta dos dedos, fazendo movimentos circulares no sentido da aréola (parte escura da mama) para o corpo;*

*Coloque o polegar acima da linha onde acaba a aréola;*

*Coloque os dedos indicador e médio abaixo da aréola;*

*Firme os dedos e empurre para trás em direção ao corpo;*

*Aperte o polegar contra os outros dedos até sair o leite;*

*Despreze os primeiros jatos de leite (0,5 a 1 ml);*

*Mude a posição dos dedos para esvaziar todas as partes da mama;*

*Abra o frasco e coloque a tampa sobre a mesa, forrada com um pano limpo, com a abertura para cima;*

*Colha o leite no frasco, colocando-o debaixo da aréola;*

Após terminar a coleta, feche bem o frasco.

Quais são as dicas para fazer o armazenamento adequado do leite materno?

*Anote na tampa do frasco a data e hora em que realizou a primeira coleta de leite e guarde o frasco fechado imediatamente no freezer ou no congelador;*

*Se o frasco não ficou cheio, complete-o em outro momento;*

*Para completar o volume de leite no frasco sob congelamento, utilize um outro recipiente de vidro (previamente lavado e fervido por 15 minutos) e escorra-o sobre um pano limpo até secar;*

Coloque o leite recém-ordenhado sobre o que já estava congelado, até faltarem dois dedos para encher o frasco (não encha até a boca do vidro porque pode quebrar durante o congelamento).

No momento do consumo e do descongelamento, quais são as dicas?

*Leite humano ordenhado congelado pode ser estocado por um período máximo de 15 dias (a partir da data da coleta), se for mantido em temperatura máxima de -3°C;*

*Leite humano ordenhado e refrigerado para ser oferecido pela mãe ao seu bebê, pode ser estocado por um período de até 12 horas, se guardado em temperatura máxima de 5°C;*

*Depois de descongelado, o leite humano deve ser mantido sob refrigeração, em temperatura máxima de 5°C, por até 12 horas;*

Para descongelar o leite, coloque o recipiente em banho-maria (com água potável) aquecendo um pouco, mas sem ferver. Ao desligar o fogo, a temperatura da água deve estar em torno dos 40°C, ou seja, deve ser possível tocar a água sem se queimar. O frasco deve então permanecer na água aquecida até descongelar completamente o leite.

O Aleitamento Materno nos Tempos de COVID-19!

O Departamento Científico de Aleitamento Materno (DCAM) da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) vem, nesta nota, informar aos pediatras sobre como atuar na amamentação diante de casos de mães que estejam com suspeita ou infectadas pelo COVID-19. De acordo com um único estudo publicado no Lancet<sup>1</sup>, foi pesquisado em pacientes com pneumonia causada pelo COVID-19, a presença do vírus no líquido amniótico, sangue do cordão umbilical, leite materno e swab da orofaringe do recém-nascido. Nestas amostras os resultados foram negativos. Portanto, até o momento não há documentação de transmissão vertical durante a gestação e nem no período neonatal, pela amamentação. Por outro lado, o consenso chinês é contrário à evidência disponível, ao afirmar que existiria a possibilidade de transmissão vertical do COVID-19 e por isso, a amamentação deveria ser contraindicada,

mesmo em casos apenas suspeitos<sup>2</sup>, mas não apontaram nenhum caso de transmissão vertical. Outras duas revisões, uma do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) norte-americano<sup>3</sup> e outra do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), de Londres<sup>4</sup>, concluíram que caso a mãe queira manter o Aleitamento Materno, a mesma deverá ser esclarecida e estar de acordo com as medidas preventivas necessárias: – Lavar as mãos antes de tocar no bebê na hora da mamada; – Usar máscara facial durante a amamentação. Arthur I. Eidelman, médico e editor chefe da Breastfeeding Medicine, contribui nessa mesma linha afirmando que: “Dada à realidade de que as mães infectadas pelo coronavírus provavelmente já colonizaram seus bebês, a amamentação continuada tem o potencial de transmitir anticorpos maternos protetores ao bebê através do leite materno. Portanto, a amamentação deve continuar com a mãe praticando cuidadosamente a lavagem das mãos e o uso de uma máscara durante a amamentação, para minimizar a exposição viral adicional ao bebê”<sup>5</sup>. No caso da mãe não se sentir à vontade para amamentar diretamente a criança, ela poderá extrair o seu leite manualmente ou usar bombas de extração láctea (com higiene adequada) e um cuidador saudável poderá oferecer o leite ao bebê por copinho, xícara ou colher (desde que esse cuidador conheça a técnica correta de uso desses utensílios). Portanto, finalizamos dizendo que, em sintonia com o pronunciamento da FEBRASGO<sup>6,7</sup>, o DCAM - SBP, até o momento, é favorável à manutenção da amamentação em mães portadoras do COVID-19 (se for o desejo delas). As principais publicações nesse tema, até então indicam que, como em várias outras viroses, os benefícios da amamentação superam os riscos de transmissão do COVID-19”

## **Conheça a LACTOGESTAÇÃO**

Uma mulher pode continuar amamentando um filho se engravidar de outro?

Quando uma mulher amamenta durante a gestação chamamos isso de lacto gestação.

Muitas mulheres que estão amamentando deixam de amamentar o filho quando engravidam novamente por medo de que possa fazer mal para a gestação, para o bebê que está mamando ou para o bebê que está na barriga. Mas, na maioria das vezes, é seguro amamentar durante a gestação.

Toda mulher pode amamentar durante uma gestação?

Não. Para algumas mulheres não se recomenda amamentar durante a gestação. Por exemplo, as que têm um risco maior de ter um parto prematuro. Por isso, é importante consultar o seu obstetra e/ou pediatra se há alguma contraindicação para amamentar durante a gestação.

O leite fica diferente com a nova gravidez?

Sim, a gravidez altera um pouco o sabor do leite. Ele fica um pouco mais salgado. E é comum a mulher ter menos leite do que costumava ter. Por isso, algumas crianças estranham e podem, inclusive, não quererem mais mamar. Outras (a maioria) continuam a mamar e podem manter esse hábito até mesmo depois do nascimento do novo bebê.

## **Depois da LACTOGESTAÇÃO vem o TANDEM**

Uma mulher pode amamentar dois filhos com idades diferentes?

Quando uma mulher amamenta dois filhos com idades diferentes, chamamos isso de amamentação em tandem. Sim, uma mulher pode amamentar dois filhos com idades diferentes se esse for o seu desejo.

Por que amamentar dois filhos com idades diferentes ao mesmo tempo?

Pode ser que a criança que está sendo amamentada, quando a mãe engravida novamente, seja muito novinha e não esteja pronta para o desmame. E pode ser que nem a mãe esteja preparada.

Mantendo a amamentação durante a gestação (se não houver contraindicação) e após o nascimento do novo filho, a criança mais velha vai continuar a receber os benefícios emocionais, psicológicos, nutricionais e imunológicos da amamentação por mais tempo.

Quando o novo bebê chega, o filho mais velho pode se sentir um pouco “deixado de lado”, especialmente se ele não puder mais ser amamentado! A continuidade da amamentação para o filho mais velho poderá ajudar a criar sentimentos mais agradáveis em relação à mãe e à chegada do irmão. As crianças também aprenderão a compartilhar desde pequenos.

Além disso, a amamentação é uma maneira de se relacionar com os dois filhos ao mesmo tempo. A amamentação em tandem pode aliviar o ingurgitamento mamário, comum nos primeiros dias após o parto. Por causa do aumento da demanda, a produção de leite materno será mais abundante, o que poderá ser especialmente útil se o recém-nascido apresentar alguma dificuldade para mamar.

O bebê menor não vai ser prejudicado se o irmão continuar mamando?

A mãe precisará lidar com os palpites e as críticas, com informações inadequadas de que, por exemplo, seu recém-nascido não vai ter leite suficiente quando o irmão mamar junto. Isso não é verdade. Recomenda-se que a mãe priorize as mamadas do recém-nascido, pois é o seu único alimento, ao passo que o irmão já deve estar recebendo outros alimentos. Além disso, a natureza previu essa possibilidade. Assim, com o nascimento do bebê, o leite se modifica se assemelhando ao colostro para atender às necessidades e proteger o bebê novinho nos primeiros dias de vida.

Avise seu pediatra que está amamentando os dois filhos. Ele vai acompanhar o ganho de peso do recém-nascido e orientar como conduzir a amamentação em tandem.

**É uma condição de profunda tristeza, desespero e falta de esperança que acontece logo após o parto.** Raramente, a situação pode se complicar e evoluir para uma forma mais agressiva e extrema da depressão pós-parto, conhecida como psicose pós-parto. A depressão pós-parto traz inúmeras consequências ao vínculo da mãe com o bebê, sobretudo no que se refere ao aspecto afetivo.

A literatura cita efeitos no desenvolvimento social, afetivo e cognitivo da criança, além de sequelas prolongadas na infância e adolescência. Depressão pós-parto não é uma falha de caráter ou uma fraqueza. Se você tem depressão pós-parto, o tratamento imediato pode ajudar a gerir os seus sintomas e desfrutar de seu bebê.

**Importante:** Até então, achava-se que apenas as mulheres eram atingidas pela depressão pós-parto. No entanto, os avanços nos estudos têm comprovado que **homens também podem desenvolver o problema.**

### **Causas**

**Não existe uma única causa conhecida para depressão pós-parto.** Ela pode estar associada a fatores físicos, emocionais, estilo e qualidade de vida, além de ter ligação, também, com histórico de outros problemas e transtornos mentais. No entanto, a principal causa da depressão pós-parto é o **enorme desequilíbrio de hormônios em decorrência do término da gravidez. Outros fatores que podem causar ou ajudar a provocar a depressão pós-parto:**

Privação de sono;

Isolamento;



Alimentação inadequada;

Sedentarismo;

Falta de apoio do parceiro;

Falta de apoio da família;

Depressão, ansiedade, estresse ou outros transtornos mentais;

Vício em crack, álcool ou outras drogas.

No caso dos homens, a depressão pós-parto pode surgir por conta da preocupação com sua própria capacidade de educar um recém-nascido. A ansiedade em prover uma boa vida para a criança, o aumento das responsabilidades e o suporte que se deve dar ao parceiro(a) estão entre as causas do problema.

### **Fatores de risco**

**Existem alguns fatores de risco que podem aumentar o surgimento de depressão pós-parto. Por isso, atente-se se você se enquadra em alguma das situações abaixo e procure atendimento médico.**

Histórico de depressão pós-parto anterior;

Falta de apoio da família, parceiro e amigos;

Estresse, problemas financeiros ou familiares;

Falta de planejamento da gravidez;

Limitações físicas anteriores, durante ou após o parto;

Depressão antes ou durante a gravidez;

Depressão anterior;

Transtorno bipolar;

Histórico familiar de depressão ou outros transtornos mentais;

História de disordem disfórica pré-menstrual (PMDD), que é a forma grave de tensão pré-menstrual (TPM);

Violência doméstica.

### **Sintomas**

#### **Depressão pós-parto**

Os sintomas típicos da depressão pós-parto são melancolia intensa/desmedida, desmotivação profunda diante da vida, ausência de forças para lidar com a rotina e muita tristeza, acompanhada de desespero constante. **Além disso, se você apresentar os sinais abaixo também pode estar com depressão pós-parto:**

Perda de interesse ou prazer em atividades diárias;

Perda de interesse ou prazer em atividades/coisas/pessoas que antes gostava;

Pensamento na morte ou suicídio;

Vontade súbita de prejudicar ou fazer mal ao bebê;

Perda ou ganha de peso;

Vontade de comer mais ou menos do que o habitual;

Dormir muito ou não dormir o suficiente;

Insônia;

Inquietação e indisposição constante;

Cansaço extremo;

Sentimento de indignação ou culpa;

Dificuldade de concentração e tomada de decisões;

Ansiedade e excesso de preocupação;

### **Psicose pós-parto**

É a condição grave mais susceptível de afetar as mulheres que têm distúrbio bipolar ou histórico de psicose pós-parto.

**Os sintomas, que começam geralmente durante as primeiras três semanas após o parto, incluem:**

Desconexão com o bebê e pessoas ao redor;

Sono perturbado, mesmo quando o bebê está dormindo;

Pensamento confuso e desorganizado;

Vontade extrema de prejudicar/fazer mal ao bebê, a si mesma ou a qualquer pessoa;

Mudanças drásticas de humor e comportamento;

Alucinações, que podem ser visuais, auditivas ou olfativas;

Pensamentos delirantes e irreais.

### **Diagnóstico**

**O diagnóstico da depressão pós-parto é basicamente clínico, feito com observação nos sintomas e situação em específicos.** Esse transtorno é considerado um subtipo de depressão maior. Para ser considerada depressão pós-parto, os sintomas devem surgir até quatro semanas após o nascimento da criança. Durante avaliação clínica individual, conforme cada caso, o médico psiquiatra pode diagnosticar a depressão pós-parto, a depressão ou outro tipo de transtorno mental que tenha sintomas semelhantes.

Além disso, para distinguir entre um caso de curto prazo e uma forma mais grave de depressão, o profissional de saúde especializado (psiquiatra) pode pedir para você preencher um questionário de triagem de depressão e pedir exames de sangue para determinar se há presença de alguma disfunção da tireoide ou outros tipos de hormônios no organismo.

**Importante:** Se há histórico pessoal de depressão, depressão pós-parto, psicose pós-parto ou transtorno bipolar, é importante acompanhar com o médico de perto antes mesmo dos sintomas começarem.

### **Prevenção**

**A melhor forma de prevenir a depressão pós-parto é cuidado de si mesma e da saúde mental. Entre as condutas a serem tomadas estão:**

Peça ajuda de outras pessoas para que você consiga dormir bem, manter uma alimentação saudável, fazer exercício físico e receber apoio na medida do possível;

Arranje tempo de qualidade para si mesma(o);

Mantenha pensamentos positivos, sempre;

Evite o isolamento;

Fique longe de cafeína, álcool e outras drogas ou medicamentos, a menos que recomendado pelo seu médico;

Se você está preocupado com a depressão pós-parto, faça seu primeiro check-up pós-natal o mais breve possível após o parto.

### **Tratamento**

O tratamento da depressão pós-parto é feito individualmente, conforme cada caso, com medicamentos antidepressivos combinados com psicoterapia. O aconselhamento e apoio da família, parceiro(a) e amigos é fundamental, pois ajuda a tratar e a prevenir depressão, depressão pós-parto e depressão durante a gravidez. Para o tratamento ser eficaz, é recomendado que ambos os pais participem de todo o processo.

Existem, também, psiquiatras e psicólogos especializados no tratamento de depressão pós-parto. Todo o tratamento é oferecido de forma integral e gratuita por meio do **Sistema Único de Saúde (SUS)**. **Conforme cada situação, também podem ser recomendados:**

Presença de um(a) babá durante meio período ou tempo integral;

Exercícios para fortalecer os laços entre paciente e bebê;

Terapia hormonal.

No caso de psicose pós-parto, é necessário, também, tratamento imediato, muitas vezes hospitalar. Quando a segurança da paciente está garantida, uma combinação de medicamentos - como antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores de humor - pode ser usado para controlar os sintomas. Às vezes, a eletroconvulsoterapia é recomendada também. O tratamento para a psicose pós-parto pode afastar a mãe do bebê por muito tempo e tornar a amamentação difícil e alguns medicamentos utilizados para tratar a psicose pós-parto não são recomendados para mulheres que estejam amamentando.

No Sistema Único de Saúde (SUS), os profissionais são capacitados para identificar, no pré-natal, sinais e fatores de risco que podem levar a gestante a desenvolver depressão após o nascimento do bebê. As equipes de Saúde da Família podem solicitar o apoio matricial dos profissionais de saúde mental, por intermédio do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nas) ou de outras equipes de saúde mental do município. Alguns casos considerados mais graves, que precisem de um cuidado intensivo, devem ser encaminhados aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) ou outros serviços de referência em saúde mental do município ou da região.

Os casos que apresentem riscos, como de suicídio ou de infanticídio, devem ser encaminhados para a internação, de preferência em hospital geral.

**Importante:** Toda mulher que dá à luz pelo SUS é acompanhada em seu puerpério pela **Estratégia Saúde da Família**, independentemente de ter sintomas ligados à depressão. Toda mulher tem direito a receber tratamento gratuito pelo SUS, independentemente do local onde o pré-natal e o parto foram realizados, assim como esse direito também é assegurado a qualquer cidadão que necessite de tratamento relacionado a depressão.

O que é depressão pós-parto?

É um transtorno do humor que inicia na gestação ou nas primeiras seis semanas após o parto, podendo persistir por um ano ou mais. É uma doença relativamente comum, que acomete entre 10% e 20% das mulheres.

Como diferenciar a depressão pós-parto de melancolia ou tristeza puerperal (baby blues)?

Nos primeiros dias depois do nascimento do bebê, é comum que a mãe se sinta irritada, triste e com vontade de chorar, mesmo sem motivo. Mas esses sentimentos podem ser intercalados com momentos de muita alegria e satisfação. Isso se deve a mudanças hormonais que acontecem nessa fase. Esses hormônios vão se estabilizando no organismo à medida que ele começa a produzir o leite materno. Essa condição é passageira e costuma desaparecer até o final da segunda semana de vida do bebê, principalmente se a mulher puder contar com o apoio da família e das pessoas que convivam com ela. Não é necessário nenhum tratamento médico para o *baby blues*.

A depressão pós-parto pode interferir na amamentação?

A depressão materna pós-parto aumenta o risco para a interrupção precoce do aleitamento materno. Por outro lado, a amamentação é considerada um fator de proteção para a manifestação da depressão pós-parto. Ou seja, o desmame pode piorar ou mesmo desencadear a depressão.

Como saber se uma mãe está com depressão pós-parto?

Uma mulher com depressão pós-parto pode apresentar ansiedade e/ou irritabilidade, perder a capacidade de sentir prazer, dormir mal, sentir-se sempre cansada e desanimada, sentir-se culpada, ter o apetite diminuído, não sentir vontade de ter relações sexuais e, inclusive, pode chegar a pensar em suicídio. A mulher não consegue cuidar da criança de forma satisfatória e pode não conseguir amamentar.

O que fazer se a mulher estiver com sinais de depressão pós-parto?

Se essa tristeza se prolongar para além do primeiro mês, existe a possibilidade de que a mulher esteja com depressão pós-parto. Essa é uma condição que requer tratamento médico imediato. Se não tratada, essa doença pode trazer importantes prejuízos na interação entre mãe e bebê e na formação do vínculo afetivo, além de inseguranças no cuidado com a criança, podendo afetar significativamente a saúde da criança.

Meu filho só mama no peito e quando quer fazer cocô chora e faz muita força, mesmo com as fezes moles. Isso é normal?

Nos primeiros meses de vida, bebê que só mama no peito pode evacuar fezes amolecidas a cada mamada, como ficar até 7 dias sem evacuar. Tudo isso pode ser normal. Ele pode também, quando sentir vontade de fazer cocô, fazer muita força, ficar vermelho, chorar, gemer, levar até 20 minutos para conseguir evacuar, mesmo com as fezes moles. Isso tem nome científico: **DISQUESIA**. Pode acontecer em bebês que mamam só leite materno ou também nos que usam outro leite, e não é doença. O bebê não nasce pronto. Ele vai se desenvolvendo aos poucos, com o tempo. O sistema digestivo também é assim. Para evacuar ele precisa saber coordenar a vontade de evacuar com o relaxamento da musculatura pélvica e a abertura do esfíncter anal e eliminar as fezes. Com o tempo ele aprende a fazer isso.

O que fazer nestes casos?

Seu bebê vai crescer, se desenvolver, amadurecer e aprender. A disquesia vai passar sozinha e ele vai fazer cocô normalmente, sem sofrimento, nem para ele e nem para você. De qualquer modo, apresentamos quatro dicas que as famílias podem adotar nestes casos:

1º dica: não se desespere, mesmo que pareça que o seu bebê esteja sofrendo muito. Com o seu instinto, tente consolá-lo com afagos e carinhos. Dobrar as pernas do bebê sobre a barriga dele pode ajudar.

2ª dica: isso não é prisão de ventre. Sendo assim, não medique com remédios laxantes.

3ª dica: antes dos 6 meses, evite iniciar qualquer outro alimento (sucos, frutas laxantes, chás e outros leites), principalmente se o bebê estiver em aleitamento materno exclusivo.

4ª dica: o uso de estímulo no ânus (supositório e outros agentes) pode “dar certo” num primeiro momento. Mas a criança pode se acostumar a evacuar somente se receber esses estímulos. E isso não é bom.

E lembre: em qualquer caso de dúvida, fale sempre com o seu pediatra. Ele pode e vai te ajudar!

Por que um dia e uma semana dedicada à Doação de Leite Humano?

Porque a doação ajuda a salvar vidas, sobretudo de prematuros extremos e doentes que precisam do leite humano para ajudar a amadurecer o seu sistema gastrointestinal, aumentar a sua defesa contra infecções e doenças, entre inúmeras outras razões. E, por conseguinte, diminui a mortalidade destes pacientes que são muito vulneráveis por ter sua imunidade diminuída.

A doação de Leite Humano ajuda a doadora de alguma forma?

A doadora também se beneficia com a doação. Ela alivia os sintomas da mama cheia, ajuda a manter a produção de leite humano para o seu próprio bebê, protege sua mama de problemas como ingurgitamento mamário e mastite e aumenta a autoestima da mulher por auxiliar outras mulheres e crianças numa verdadeira rede de amor e solidariedade.

Qual o dia dedicado à Doação de Leite Humano?

O Dia Mundial de Doação de Leite Humano, dia 19 de maio, foi definido durante o V Congresso Brasileiro de Bancos de Leite Humano e o I Fórum de Cooperação Internacional em Bancos de Leite Humano, realizados em 2010, em Brasília, com a presença de representantes de 23 países.

Por que o dia 19 de maio?

Porque 19 de maio foi a data da assinatura da 1ª Carta de Brasília, como marco histórico da criação da Rede de Bancos de Leite Humano - rBLH - em 23 países, seguindo o modelo brasileiro que é a maior rBLH no mundo

No Brasil este dia é oficial?

No Brasil, a Lei Nº 13.227, de 2015, institui o Dia Nacional de Doação de Leite Humano a ser comemorado, anualmente, no dia 19 de maio, e a Semana Nacional de Doação de Leite Humano, a ser comemorada, anualmente, na semana que incluir o dia 19 de maio.

Existe um slogan para a campanha de Doação de Leite Humano?

Sim, todo ano é escolhido um novo. Para o ano de 2019, o slogan será:

**DOE LEITE MATERNO, ALIMENTE A VIDA!**

Tenho leite sobrando. Será que eu posso doar?

Você já sabe que a amamentação por dois anos ou mais, de forma exclusiva nos primeiros seis meses, é fundamental para a sua saúde e a saúde do seu bebê. Na realidade, a

amamentação é importante para qualquer mulher e bebê. Por isso, se uma mulher tem leite sobrando, poderá sim beneficiar outras crianças doando o seu leite.

Quem pode doar leite humano no Brasil?

Toda mulher saudável que estiver amamentando ou extraindo o seu leite manualmente ou com bomba e apresente produção de leite superior às necessidades de seu bebê é uma doadora em potencial. Ela não pode estar fazendo uso de medicamentos que sejam incompatíveis com a amamentação, fazer uso de álcool ou drogas ilícitas e fumar mais do que dez cigarros por dia. Toda potencial doadora é submetida a uma triagem pelo Banco de Leite.

O que eu devo fazer para doar leite materno?

O primeiro passo é entrar em contato com um Banco de Leite da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH) ou posto de coleta. O endereço e telefone desses locais estão disponíveis na internet no site [www.redeblh.fiocruz.br](http://www.redeblh.fiocruz.br). A interessada pode telefonar para a unidade mais próxima de sua casa e receber todas as orientações. Um funcionário do Banco de Leite ou Posto de Coleta poderá ir à casa da mulher e recolher o leite retirado. Esse serviço é oferecido pela maioria dos locais, gratuitamente.

Como é a triagem para doar leite materno?

A triagem é realizada por um profissional treinado pela Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH), mediante preenchimento de formulário de cadastro de doadora. Esse cadastro inclui nome completo; data de nascimento; endereço; local onde realizou o pré-natal; número de consultas; peso no início e final da gestação; resultado de exames realizados no pré-natal como: hematócrito, VDRL, HIV e hepatite B (se o cartão do pré-natal não estiver disponível ou se não tiver feito o pré-natal, os exames necessários serão solicitados); informações sobre intercorrências no pré-natal; medicamentos usados e/ou em uso; data e local do parto; intercorrências e tratamentos na maternidade; hábitos de vida como tabagismo, consumo de medicamentos, álcool e drogas.

Se eu doar leite, para quem ele será dado?

O leite humano extraído da mama e doado é destinado a recém-nascidos prematuros, com baixo peso e/ou gravemente doentes. Por essa razão, a seleção das doadoras é tão criteriosa.

O leite doado passa por algum processo no Banco de Leite?

No Brasil, todo leite humano doado, para ser ofertado a um bebê de uma mulher que não seja sua mãe biológica, deverá ser processado. O processamento inclui, por exemplo, a pasteurização seguindo a norma para funcionamento de Bancos de Leite Humano – RDC/ANVISA nº 171/2006.

Doar leite materno tem algum custo?

A doadora não tem nenhum custo para doar leite. E não pode receber alguma compensação em troca. A doação de leite no Brasil é sempre voluntária. O Banco de Leite não paga para receber leite e nem pode vender leite sob hipótese alguma.

Doenças maternas infecciosas e amamentação

O aleitamento materno promove benefícios para a mulher<sup>1-4</sup>, a criança<sup>5-8</sup>, a família<sup>9</sup>, e para o próprio ambiente<sup>10</sup>; desta forma, é recomendado até os 2 anos de idade ou mais, e de forma exclusiva até o 6º mês de vida da criança<sup>11</sup>. Uma das questões que podem determinar desmame precoce é a dúvida inerente à amamentação em mulheres que apresentam doenças infecciosas. O conhecimento sobre as repercussões dessas doenças para a saúde da criança serve para uma decisão esclarecida, com base teórica, em que a discussão sobre os potenciais riscos versus os benefícios do aleitamento materno devem sempre ser levados em consideração<sup>12</sup>. A orientação adequada nessas situações é fundamental para evitar o

desmame ou a introdução desnecessária de suplementos lácteos ou complementos alimentares.

### Doenças bacterianas

A maioria das doenças infecciosas bacterianas maternas não contraindica o aleitamento materno<sup>12-14</sup>. Entretanto, em infecções graves e invasivas, tais como meningite, osteomielite, artrite séptica, septicemia ou bacteremia causadas por alguns organismos como *Brucella*, *Streptococcus* do Grupo B, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenza* Tipo B, *Streptococcus pneumoniae* ou *Neisseria meningitidis*, a interrupção temporária da amamentação se faz necessária por um período que varia de 24 a 96 horas após o início da terapia antimicrobiana e alguma evidência de melhora clínica<sup>12</sup>. A seguir, serão abordadas algumas infecções bacterianas em lactantes, que costumam provocar dúvidas quanto ao aconselhamento da manutenção do aleitamento materno.

### Tuberculose

Crianças nascidas de mulheres consideradas abacilíferas ou tratadas por 2 ou mais semanas antes do nascimento de seus filhos devem ser orientadas a amamentar sem qualquer restrição. Seus filhos devem receber a vacina BCG logo após o nascimento<sup>12,14-16</sup>. Mulheres com sinais, sintomas e exames radiológicos consistentes com doença tuberculosa ativa devem restringir o contato com a criança devido à transmissão potencial da doença por meio das gotículas do trato respiratório. Durante o período de investigação da doença, o leite materno pode ser ordenhado e oferecido à criança, por não haver risco de passagem do *Mycobacterium tuberculosis* pelo leite humano<sup>12-14</sup>. A ordenha deverá ser realizada no mínimo 6-8 vezes nas 24 horas seguindo as normas higiênicas como lavagem das mãos, proteção dos cabelos com touca e uso de máscara limpa cobrindo nariz e boca,<sup>17</sup> e o leite humano ordenhado cru oferecido para a criança<sup>13,14</sup>. Nas primeiras 2 semanas da terapia antituberculose, a mãe poderá amamentar seu filho com uso de máscara (cobrindo nariz e boca). É necessário assegurar a aderência materna ao tratamento<sup>12</sup>. Recomenda-se para a criança o uso profilático de isoniazida, na dose de 10mg/Kg/dia<sup>15,16</sup> até o 3º- 4º mês de vida, quando o teste tuberculínico deverá ser realizado. Se o teste for positivo, a criança deve ser avaliada, especialmente quanto ao acometimento pulmonar, porém outras formas de tuberculose deverão também ser pesquisadas. Caso a criança tenha contraído a doença, a terapêutica deverá ser instituída; caso contrário, a isoniazida deve ser mantida, com acompanhamento mensal. Se o resultado do teste tuberculínico for negativo aos 3 meses de idade, a isoniazida deverá ser descontinuada e o BCG aplicado<sup>12,14</sup>. Quando a mãe for portadora de tuberculose multidroga resistente, a separação da criança do contato materno se faz necessária, pois nesse caso há maior infectividade e o período para a resposta ao tratamento se prolonga<sup>14,16</sup>. Entretanto, o leite materno ordenhado poderá ser oferecido à criança até a mãe se tornar abacilífera<sup>16</sup>. O *Mycobacterium tuberculosis* muito raramente causa mastite ou abscesso mamário. Mas, se isso ocorrer, o aleitamento materno deverá ser descontinuado, mantendo-se a ordenha para evitar a diminuição da produção láctea até que a mulher receba tratamento antituberculínico e seja considerada abacilífera<sup>14</sup>. Nesses casos, a criança também deverá receber isoniazida<sup>12</sup>.

### Mastite e abscesso mamário

Mastite e abscesso mamário não são consideradas infecções invasivas e não contraindicam a amamentação<sup>12</sup>. De um modo geral, a presença de patógenos bacterianos no leite materno não representa risco para o lactente<sup>17-19</sup>. O aleitamento materno poderá ser mantido se a terapia antimicrobiana empírica for instituída e se o material drenado do abscesso não tiver contato direto com a boca da criança ou não tiver havido rompimento para o sistema ductal. Caso contrário, deve-se suspender temporariamente a amamentação na mama afetada, mantendo a ordenha da mesma e a amamentação na mama contralateral<sup>12,17</sup>. A interrupção da amamentação com manutenção da ordenha e descarte do leite materno tem sido recomendada para casos de infecções invasivas causadas por *Streptococcus* do Grupo B12.

Entretanto, com frequência a mulher já estará com cobertura antimicrobiana empírica por mais de 2 dias quando for conhecido o resultado da cultura da secreção drenada. Desta forma, de uma maneira geral não há indicação de suspensão do aleitamento materno, mesmo nesses casos<sup>12</sup>. Não há utilidade em se realizar a cultura do leite materno para orientar a decisão sobre a antibioticoterapia em mães lactantes com mastite ou abscesso mamário. Entretanto, se houver falha no tratamento empírico após 48 a 96 horas do seu início, se ocorrer recorrências frequentes da doença apesar de aparente terapia apropriada ou se a mulher experimentar dor fora do contexto dos sinais clínicos encontrados, a cultura do leite poderá ser solicitada. A coleta deve ser realizada após limpeza delicada do complexo aréolo-mamilar com água corrente, desprezando-se os primeiros jatos do leite ordenhado<sup>12</sup>. A cultura de material advindo da drenagem cirúrgica de abscesso deve ser sempre realizada<sup>12</sup>. Além do tratamento medicamentoso, os possíveis fatores predisponentes da mastite, como estase do leite e infecção<sup>18</sup>, devem ser abordados mediante ordenha frequente e aumento do número de mamadas<sup>17</sup>.

#### Hanseníase contagiosa (virchowiana)

A hanseníase é transmitida pelo contato pessoal por meio das secreções nasais e da pele. O *M. leprae* pode ser isolado no leite de mulheres com a forma virchowiana não tratada ou com tratamento inferior a 3 meses de duração com sulfona (dapsona ou clofazamina) ou, ainda, com tratamento inferior a 3 semanas com rifampicina. Lesões de pele na mama também podem ser fonte de contaminação<sup>17</sup>. Se a lactante estiver sob tratamento adequado, não há contraindicação para a amamentação<sup>20</sup>. Os fármacos usados para o tratamento da hanseníase não contraindicam a amamentação e o recém-nascido deverá ser precocemente tratado, simultaneamente ao tratamento materno<sup>17</sup>. A vacinação precoce com o BCG deverá ser instituída pela possibilidade de indução de proteção cruzada para a hanseníase na criança<sup>16</sup>. A mãe deverá ser aconselhada a diminuir, ao máximo, o contato com o seu filho; praticar medidas de higiene, tais como lavagem das mãos antes de manter contato com a criança, desinfecção de materiais que entram em contato com as secreções nasais maternas, uso de lenços descartáveis; além do uso de máscaras no momento da amamentação, quando esta já estiver indicada, ou durante o contato com a criança<sup>17</sup>. A hanseníase não contagiosa não é contraindicação para a amamentação; entretanto, a criança, amamentada ou não, deverá ser submetida periodicamente a exames clínicos para possibilitar a detecção precoce de possíveis sinais clínicos da doença<sup>16</sup>.

#### Doença diarreica

O leite humano protege contra infecções do trato gastrointestinal<sup>5,12,15,21,22</sup>. Nas crianças amamentadas, a incidência de diarreia é significativamente inferior, principalmente as causadas pelo vibrião colérico, *Shigella*, *Escherichia coli*, *Campylobacter* e *Giardia lamblia*<sup>23</sup>. Como não há passagem desses microrganismos pelo leite humano, recomenda-se a manutenção da amamentação durante episódios de doença diarreica materna. Entretanto, os agentes etiológicos causadores da doença diarreica materna podem ser importantes contaminantes externos, principalmente do leite materno ordenhado. Assim, deve-se orientar cuidados higiênicos, com ênfase especial na lavagem das mãos após o uso do sanitário<sup>15,17</sup>.

#### Outras doenças

A transmissão de *Brucella* entre humanos é excepcionalmente rara, havendo a descrição de alguns poucos casos de brucelose na criança causada, provavelmente, pelo leite humano<sup>24,25</sup>. De qualquer forma, se houver confirmação de brucelose materna, o tratamento antimicrobiano deverá ser instituído e o aleitamento interrompido por 72 a 96 horas. O leite materno poderá ser ordenhado, pasteurizado e oferecido à criança no período de interrupção da amamentação. Havendo melhora clínica, a amamentação deverá ser restabelecida<sup>15,17</sup>. Não há contraindicação para a amamentação em lactantes com listeriose<sup>12</sup>. Em mulheres gravemente acometidas pela doença, recomenda-se a interrupção temporária da amamentação na fase aguda da doença, pelas condições clínicas maternas, podendo ser



utilizado o leite materno ordenhado cru<sup>12</sup>. Já na fase aguda da leptospirose, recomenda-se a interrupção da amamentação e uso de leite materno ordenhado pasteurizado<sup>15,17</sup>. Quando a mulher adquire coqueluche durante o período neonatal, a antibioticoterapia para a mãe e para o recém-nascido deverá ser iniciada<sup>16</sup>. A mulher deverá ser aconselhada a restringir o contato com o seu filho e a suspender temporariamente a amamentação por um período de 5 dias após o início da antibioticoterapia<sup>12</sup>. Não há transmissão da Bordetella pertussis pelo leite humano, o contato se dá por gotículas do trato respiratório<sup>12</sup>; assim, recomenda-se o uso de máscara com cobertura do nariz e boca para evitar a contaminação do recém-nascido, mesmo após o início do contato com a criança e o reestabelecimento da amamentação<sup>17</sup>. O uso do leite materno ordenhado cru, seguindo as normas higiênicas da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, também é recomendado<sup>12,17</sup>.

Quanto à sífilis, se houver lesões primárias e secundárias na aréola e/ou mamilo, a amamentação é contraindicada temporariamente na mama afetada, até a cicatrização das lesões mediante o uso da antibioticoterapia sistêmica<sup>12</sup>. A criança deverá ser testada e tratada com antimicrobiano. A manutenção da amamentação na mama contralateral está indicada. A ordenha e o descarte do leite ordenhado da mama afetada deverão ser realizados para evitar estase do leite, com proteção das lesões para evitar contato com a criança<sup>12,16,17</sup>.

#### Doenças parasitárias

De uma maneira geral, as doenças parasitárias não se configuram como contraindicação para a amamentação, visto que não há transmissão de parasita pelo leite humano. A malária pode ser citada como exemplo, pois essa doença parasitária não é transmitida entre humanos, tampouco pelo leite materno. Os fármacos usados para tratar a malária não contraindicam a amamentação, entretanto, deve-se evitar as sulfonamidas no período neonatal<sup>17</sup>. Exceção ocorre na doença de Chagas, quando o parasita pode ser excretado no leite humano. Nota-se, entretanto, que a infecção aguda no lactente parece ter evolução benigna e a descrição de sequelas é rara. Assim, a amamentação deverá ser contraindicada apenas na fase aguda da doença ou quando houver lesão mamilar com sangramento<sup>15,17</sup>. Nota-se que não há contraindicação do aleitamento materno para a maioria das doenças infecciosas bacterianas e parasitárias.

#### Doenças virais

##### Hepatite

Mães infectadas pelos vírus das hepatites A (VHA), B (VHB) ou C (VHC) podem transmitir esses vírus para as crianças durante a gravidez, parto ou período pós-parto. O VHA tem maior possibilidade de transmissão no momento do parto, se este for vaginal, devido à maior probabilidade de contaminação pelas fezes maternas infectadas. No entanto, vale ressaltar que a maioria das mulheres adultas já têm o anticorpo por infecção pregressa. Se o parto ocorrer na fase aguda da doença materna, é aconselhável que o recém-nascido receba imunoglobulina humana. Não é recomendado interromper a amamentação de mães infectadas por VHA<sup>12,15,26</sup>. A hepatite B é uma doença infecciosa causada pelo VHB, que pode estar presente no sangue, no esperma, no líquido amniótico, nos fluidos vaginais, no sangue do cordão umbilical e no leite materno. O maior risco de transmissão para o recém-nascido é durante o parto, quando a criança entra em contato com o sangue e secreções maternas infectadas. Tem sido discutido o nascimento por parto cesáreo eletivo como forma de reduzir o risco de transmissão vertical do VHB; no entanto, essa conduta não é recomendada quando esta for a única indicação da cesariana, uma vez que os dados disponíveis são conflitantes e com baixo grau de evidência científica<sup>27</sup>. O Ministério da Saúde (MS) do Brasil não especifica o tipo de parto em suas recomendações. O antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) foi detectado no leite de mulheres positivas para HBsAg. No entanto, estudos indicam que a amamentação por mulheres positivas para HBsAg não aumenta significativamente o risco de infecção para os seus filhos<sup>14,26,27</sup>, apesar de existir o risco teórico de transmissão se a criança entrar em contato com o sangue materno existente em fi

ssuras ou traumas mamilares<sup>26</sup>. A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Centro de Controle de Doenças e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), a Academia Americana de Pediatria (AAP) e o MS do Brasil recomendam que as mães HBsAg positivas sejam encorajadas a amamentar, desde que o seu filho realize imunoprofilaxia, com administração da primeira dose da vacina contra hepatite B e simultaneamente o uso da imunoglobulina específica contra hepatite B, administradas ainda na sala de parto ou dentro das primeiras 12 horas de vida da criança<sup>14,26-30</sup> concomitantemente, em locais de aplicação diferentes<sup>14</sup>. A dose de imunoglobulina para o recém-nascido é de 0,5 mL, via intramuscular, e o esquema vacinal segue o calendário básico da criança<sup>28,30</sup>. Existe alto grau de evidência científica<sup>27</sup> de que essa medida efetivamente eliminará qualquer risco teórico de transmissão do VHB via amamentação<sup>14</sup>. A hepatite C é adquirida mediante exposição a produtos de sangue contaminado, atividade sexual ou transmissão perinatal. O RNA do VHC e os anticorpos contra o vírus foram detectados no leite de mães infectadas; no entanto, a transmissão do HCV através da amamentação até o momento nunca foi documentada em mães com resultados positivos para o anti-VHC<sup>14</sup>. Revisão sistemática da literatura conduzida pela Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos com o objetivo de avaliar o risco de transmissão do VHC concluiu que a interrupção do aleitamento materno para reduzir o risco de transmissão vertical não se justifica<sup>31</sup>. Evitar a amamentação não diminui a taxa de transmissão vertical do VHC<sup>14,31-33</sup>, pois esse risco não é devido ao leite materno ou colostro, por conterem uma quantidade muito baixa de vírus e que são inativados no trato digestório da criança. A hepatite C não contraindica o aleitamento materno e mães infectadas com VHC devem ser encorajadas a amamentar<sup>26,32-34</sup>. No entanto, sabe-se que o VHC é transmitido pelo sangue infectado; assim, se a mãe infectada tiver fissura de mamilo ou lesão na aréola circundante com sangramento, ela deve parar de amamentar temporariamente na mama com sangramento. Nesse período, ela deve ordenhar e descartar o leite da mama afetada. Logo que o trauma mamilar cicatrize e não apresente sangramento, ela pode retomar o aleitamento materno na mama antes comprometida<sup>34</sup>. A decisão de amamentar ou não em mães HCV positivas deve ser baseada em uma discussão informada entre a mãe e o profissional de saúde, após ela obter informações suficientes sobre os riscos e benefícios do aleitamento materno<sup>12,14,33</sup>, além de ter conhecimento de que a transmissão do VHC pela amamentação é teoricamente possível, apesar de nunca documentada<sup>14,34</sup>. A alta prevalência de infecção por VHC em todo o mundo requer esforços renovados na prevenção primária com o desenvolvimento de vacinas<sup>32</sup>.

### Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)

O vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1) pode ser transmitido da mãe para o filho durante a gestação, no momento do parto e através do leite materno. O risco de transmissão vertical do HIV, sem que ocorra qualquer intervenção durante a gestação para evitá-lo, situa-se entre 25% e 30%. Desse percentual, o risco de transmissão intraútero e intraparto é de 25% a 40% e 60% a 75%, respectivamente. A amamentação está associada a um risco adicional de transmissão, podendo chegar a 29% nos casos de infecção aguda<sup>35</sup>. No recém-nascido, as portas de entrada do vírus são as mucosas da nasofaringe e do trato gastrointestinal. Nas maternidades brasileiras, o teste rápido para diagnóstico de HIV deve ser realizado em todas as gestantes não testadas para o HIV durante o acompanhamento pré-natal, para a adoção de procedimentos de prevenção de transmissão vertical. É importante ressaltar que o MS não recomenda que o profissional de saúde contraindique a amamentação para aquelas mulheres que realizaram o teste anti-HIV e que ainda não possuem o resultado ou mesmo naquelas que não tiveram acompanhamento pré-natal, porquanto a contraindicação deve ser baseada em um diagnóstico de HIV reagente. Os serviços de saúde devem estabelecer uma logística para que o resultado esteja disponível no momento do parto, para que o início do aleitamento materno não seja postergado. O teste rápido anti-HIV é tecnicamente simples, pode ser realizado por qualquer profissional de saúde capacitado e gera resultado em, no máximo, 30 minutos<sup>15,28,35</sup>. Em mulheres com testes negativos ou com estado sorológico desconhecido,

os profissionais de saúde devem incentivar o aleitamento materno e ajudar as mães a iniciarem a amamentação na primeira hora após o parto. As condutas em relação à amamentação de mães soropositivas para o HIV devem seguir as diretrizes de cada país<sup>11-13,36,37</sup>. No Brasil, é contraindicada a amamentação para as mães soropositivas para o HIV, bem como a amamentação cruzada, ou seja, a amamentação de uma criança por uma mulher que não seja sua mãe<sup>35</sup>. O alojamento conjunto deve ser cumprido em tempo integral com a finalidade de estimular o vínculo mãe-filho. Nutrizes com diagnóstico de HIV devem realizar a inibição farmacológica da lactação nas primeiras horas após o parto, mediante a administração de cabergolina 1,0mg por via oral, em dose única. O enfaixamento das mamas representa uma medida de exceção, indicada apenas quando a cabergolina não estiver disponível<sup>28,35</sup>. Os recém-nascidos das mulheres HIV positivas devem ser alimentados com fórmula infantil. Para as mães que não tenham condições financeiras de adquirir as fórmulas infantis, o MS do Brasil as disponibiliza. A OMS, desde 2010, vem adotando uma abordagem de saúde pública, recomendando o aleitamento materno para todas as mulheres que vivem com HIV e fazem o uso de drogas antirretrovirais, como modo de prevenção da transmissão pós-natal do HIV através da amamentação. Essa recomendação se baseia em evidências científicas oriundas de revisões sistemáticas mostrando que o uso de drogas antirretrovirais pode reduzir significativamente o risco de transmissão pós-natal do HIV através do leite materno<sup>36</sup>. Nos locais em que os antirretrovirais estão disponíveis, é recomendada a prática da amamentação exclusiva por 6 meses, seguida do uso de alimentos complementares e manutenção do aleitamento materno nos primeiros 12 meses de vida, pois, segundo a OMS, essa é uma medida segura que melhora a sobrevivência global e assegura bom crescimento e desenvolvimento infantil. Para alguns países em desenvolvimento onde não há fácil acesso a medicamentos antirretrovirais e não há garantia de uma alimentação segura e sustentável para os filhos de mulheres soropositivas, a interrupção do aleitamento materno está associada a maior risco de mortalidade infantil por doenças infecciosas e desnutrição<sup>11-13,36,37</sup>. Por isso, a OMS recomenda que os filhos de mulheres soropositivas sejam amamentados exclusivamente nos primeiros 6 meses de vida quando a dupla mãe-filho não tenha acesso a uma alimentação que atenda aos critérios AFASS, ou seja, aceitável (a mãe não apresenta nenhuma barreira, por razões culturais ou sociais ou pelo medo do estigma e da discriminação, para escolha de outra opção de alimentação), factível (a mãe ou outro membro da família tem tempo, conhecimentos, habilidades e recursos adequados para preparar alimentos e para alimentar a criança), acessível (a mãe e a família, com o apoio da comunidade e/ou do sistema de saúde, podem pagar os custos de alimentos de substituição - incluindo todos os ingredientes, combustível e água limpa, sem comprometer o orçamento da família), sustentável (a mãe tem acesso ao fornecimento contínuo e ininterrupto de todos os ingredientes e produtos necessários para implementar a opção de alimentação com segurança, enquanto a criança precisar dela) e seguro (os alimentos de substituição são nutricionalmente adequados e preparados, armazenados e fornecidos na quantidade suficiente, de forma correta e higiênica, de preferência por copo)<sup>11,36,37</sup>. O aleitamento materno deve ser exclusivo porque reduz o risco de transmissão do HIV da mãe para o filho em comparação com a alimentação mista<sup>13,36,37</sup>, pelo maior dano à mucosa intestinal decorrente da alimentação artificial, fator que favorece a penetração do vírus<sup>38</sup>. A amamentação não afeta negativamente a saúde da mãe infectada pelo HIV<sup>12</sup>. É importante destacar que esse não é o caso do Brasil, pois o Ministério da Saúde contraindica a amamentação em mulheres HIV positivas. Esta orientação é válida para os países onde há acesso aos medicamentos antirretrovirais e há garantia de fórmula infantil para os filhos dessas mães durante os primeiros 6 meses de vida. Evidências sobre o risco de transmissão do vírus da imunodeficiência humana tipo 2 (HIV-2) através da amamentação são muito limitadas. O aleitamento materno por mães com infecção confirmada pelo HIV-2 deve seguir as mesmas diretrizes existentes para o HIV-1.

**Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV)** A HTLV é uma retrovírose classificada em dois grupos: HTLV-1 e HTLV-2. Pode causar doenças. Situação Recomendação Por quanto tempo uma mãe que vive com HIV pode amamentar? Mães HIV positivas devem amamentar

por pelo menos 12 meses e podem continuar a amamentação por até 24 meses ou mais, se tiverem total aderência ao uso dos antirretrovirais. Qualidade da evidência: baixa para até 12 meses; muito baixa para 24 meses. Suporte às mães que vivem com HIV As autoridades nacionais devem implementar ativamente ações de promoção, proteção e apoio à amamentação; nos serviços de saúde, locais de trabalho e na comunidade. Conduta quando as mães HIV positivas não amamentam exclusivamente Drogas antirretrovirais reduz o risco de transmissão pós-natal do HIV mesmo no contexto de alimentação mista. Embora a amamentação exclusiva seja recomendada, a prática de alimentação mista não é uma razão para interrupção da amamentação quando estiverem em uso regular dessas drogas. Departamento Científico de Aleitamento Materno • Sociedade Brasileira de Pediatria 9

neuroológicas, oftalmológicas, dermatológicas, urológicas e hematológicas a exemplo de linfoma e leucemia associada ao HTLV12,13,35. O HTLV-1 ou HTLV-2 pode ser transmitido da mãe para o filho através do leite materno12,13,35. O risco de transmissão do vírus aumenta quando o aleitamento materno não é exclusivo e com a maior duração da amamentação39. O MS do Brasil contraindica a amamentação de mães portadoras do HTLV-1 ou HTLV-2. Os recém-nascidos das mulheres soropositivas devem ser alimentados com fórmula infantil.

Citomegalovirose O citomegalovírus (CMV) é um DNA vírus, membro da família Herpesviridae. É a causa mais comum de infecção congênita, afetando 0,3-2% dos nascidos vivos40. Pode também ser transmitido às crianças por meio do contato com secreções genitais maternas durante o parto ou através do leite materno, que se constitui em uma frequente rota de transmissão41,42. Recém-nascidos a termo saudáveis que adquirem CMV após o nascimento em geral apresentam infecções assintomáticas e sem complicações41,42, provavelmente pela passagem de anticorpos maternos específicos transferidos de forma passiva e que protegem o lactente contra a doença sistêmica41. A AAP não considera a soropositividade materna para o CMV uma contraindicação para a amamentação43. Em contrapartida, recém-nascidos prematuros, sobretudo os de extremo baixo peso, apresentam maior risco de doença sintomática44, com maior chance de apresentarem neutropenia, trombocitopenia, septicemia, pneumonia e infecção entérica41, além de possibilidade de sequelas neurológicas em longo prazo, e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor26, devido às baixas concentrações de anticorpos maternos contra o CMV adquiridos via transplacentária. Não existe consenso quanto ao limite de idade gestacional de maior risco de transmissão do CMV via leite materno. Para alguns pesquisadores, o maior risco de infecção grave por CMV pós-natal transmitida pelo leite materno seria para os prematuros com idade gestacional menor que 30 semanas ou com peso de nascimento inferior a 1.000g41,45, sem deixarem de chamar a atenção para uma possível superestimação dos riscos de doença adquirida através da amamentação45,46. De acordo com a AAP, em recém-nascidos com peso inferior a 1.500 g, a decisão de alimentar a criança com o leite materno cru deve ser tomada depois de se pesar os benefícios do leite materno contra o risco de transmissão da infecção43. A infecção por CMV adquirida via leite materno é relativamente rara47. Revisão sistemática da literatura constatou que a mediana de incidência da doença sintomática e de septicemia grave pelo CMV em recém-nascidos pré-termo adquiridas por meio do leite materno foi, respectivamente, 3,7% e 0,7%; o seguimento no longo prazo revelou baixo risco de sequelas neurológicas e cognitivas, sem prejuízo auditivo46. Com a finalidade de poder alimentar com leite materno o recém-nascido com mais segurança, tem sido propostos diversos métodos para eliminar ou diminuir a carga viral do CMV do leite materno. A pasteurização do leite humano com baixa temperatura e longa duração (62,5°C por 30 minutos), método mais utilizado nos bancos de leite humano do Brasil, bem como a pasteurização de curta duração e com alta temperatura (72°C por 5 segundos) eliminam totalmente a infecciosidade do CMV e impedem a transmissão do vírus, apesar de alterarem as propriedades imunológicas do leite14,41,44. O processo de pasteurização rápido é menos nocivo para os constituintes imunológicos do leite humano14,45,48. O congelamento do leite humano a 20°C negativos diminui os títulos virais, mas não erradica sua infecciosidade14,41,44, apesar de preservar os componentes nutricionais e imunológicos do leite materno. Recentemente, tem sido investigada uma nova técnica, que utiliza a irradiação ultravioleta-C a 254 nm como método alternativo para a pasteurização49,50. Foi demonstrada melhor preservação de componentes do leite humano

como lactoferrina, lisozima e IgA secretora, quando comparada ao método de pasteurização com baixa temperatura e longa duração. No que diz respeito ao CMV, a replicação total foi afetada por várias doses de tratamento; contudo, persistiu a presença de proteínas virais dentro das células, indicando a possibilidade de transcrição de genes virais<sup>49</sup>. São necessários novos estudos para que a irradiação ultravioleta-C seja indicada como método alternativo da pasteurização convencional. A recomendação de fornecer leite de banco de leite humano quando o leite materno não estiver disponível ou quando contraindicado é uma conduta segura e garante os benefícios do leite materno; entretanto, nem sempre esse leite está disponível, por requerer uma estrutura física específica, instrumentos e recursos humanos que garantam a coleta, pasteurização e distribuição do leite humano ordenhado com qualidade. Na tomada de decisão sobre alimentar com leite materno os recém-nascidos pré-termo, é preciso considerar os inúmeros efeitos benéficos desse leite para a saúde da criança e o risco potencial de transmissão de CMV (apesar de ser uma condição rara)<sup>47</sup>. Faz-se necessário, ainda, avaliar a condição individual de saúde da diáde mãe-filho, como o diagnóstico de outras afecções que comprometam o sistema imunológico, a exemplo de nutrízes HIV-positivas, condição comum na África, as quais apresentam maior secreção do CMV no leite materno e aumento de risco de doença sintomática<sup>51,52</sup>. Estudos prospectivos são necessários para refinar as diretrizes de uso do leite de mulheres soropositivas para o CMV, para que não ocorra a interrupção desnecessária do aleitamento materno com base em fracas evidências dos seus malefícios para a saúde da criança.

**Infecção pelo herpes simples tipo 1 e tipo 2** A infecção pelo herpes simples é causada por dois vírus da família Herpesviridae, tipo 1 e 2 (VHS1 e VHS-2), responsáveis por infecções em humanos. O VHS-1 causa com maior frequência infecções orais e na face, manifestando-se por pequenos grupos de bolhas ou apenas inflamação local. O VHS-2 é o agente das infecções genitais, que pode apresentar sintomas quase insignificantes ou até bolhas que se rompem e provocam pequenas úlceras. Os vírus são transmitidos pelo contato direto com fluidos corporais ou feridas de uma pessoa infectada. A doença é contagiosa mesmo nos períodos assintomáticos. O período mais comum de contaminação é durante o parto<sup>15,26</sup>. Existem casos descritos de infecções pelo herpes vírus em nutrízes com a presença de lesões herpéticas na mama. Quando a lactante apresenta sinais de infecção ativa por VHS, a amamentação deve ser mantida, exceto quando há vesículas herpéticas localizadas na pele da mama<sup>15,26</sup>. A criança não deve sugar a mama afetada enquanto persistirem as lesões. Lesões herpéticas em outras localizações devem ser cobertas e a mãe deve ser orientada quanto à higiene criteriosa das mãos<sup>26</sup>.

**Varicela** O agente infeccioso responsável pela varicela é o vírus da varicela-zoster (VVZ), que é da família dos vírus herpes, sendo exclusivo dos humanos. Por causa da imunização universal, a varicela na gravidez e no parto é, atualmente, incomum<sup>53</sup>. A transmissão pós-natal do vírus do VVZ ocorre através de secreções respiratórias (gotas) e por contato com as lesões cutâneas<sup>26</sup>. O período de maior risco de contágio começa antes da erupção cutânea e se estende até que todas as bolhas formem crostas<sup>54</sup>. Mãe com varicela cujo início ocorreu em mais de 5 dias antes do parto ou após o terceiro dia pós-parto produz e transfere anticorpos para o recém-nascido<sup>15</sup>. A AAP recomenda que as mães que desenvolvem varicela 5 dias antes até 2 dias após o parto devem ser separadas de seus filhos, e que o seu leite deve ser ordenhado e usado para alimentação do filho, pois nessas circunstâncias não há tempo suficiente para as mulheres produzirem e transferirem via placentária os anticorpos VVZ. A recomendação da AAP de separar mãe e recém-nascido foi considerada inapropriada em outra publicação da própria AAP, devido ao alto risco de o recém-nascido ter adquirido a infecção via placentária e de existirem medidas eficazes que podem prevenir a forma grave da doença.

**Departamento Científico de Aleitamento Materno • Sociedade Brasileira de Pediatria**

**11 caso o recém-nascido seja infectado após o parto.** Esses lactentes podem receber uma única dose intramuscular de imunoglobulina varicela-zoster; se a imunoglobulina específica não estiver disponível, alternativamente pode-se utilizar a imunoglobulina intravenosa. Além disso, a diáde deve permanecer junta em um quarto bem ventilado, para prevenir a transmissão nosocomial<sup>53</sup>. Essa abordagem promove o aleitamento materno e permite ao recém-nascido receber os fatores de imunoproteção através do leite materno. A imunização contra varicela pós-exposição não é recomendada para recém-nascidos, apenas para crianças com 12 meses

de idade ou mais<sup>14,15</sup>. Influenza pelo vírus H1N1 Os vírus influenza são transmitidos facilmente de pessoa a pessoa por gotículas respiratórias produzidas por indivíduos infectados ao tossir ou espirrar. Existem três tipos de vírus influenza: A, B e C. O vírus influenza C causa infecções respiratórias brandas, não possui impacto na saúde pública e não está relacionado com epidemias. Diferentemente, os vírus influenza A e B são responsáveis por epidemias sazonais, sendo o vírus influenza A responsável pelas grandes pandemias. O subtipo H1N1 do vírus da influenza A se transmite de pessoa a pessoa, de forma semelhante à gripe comum, por gotículas respiratórias geradas pela tosse ou espirros<sup>55,56</sup>. Foi detectado pela primeira vez em 2009 nos Estados Unidos; nesse ano, o CDC recomendou que as mães infectadas agudamente pelo vírus H1N1 fossem temporariamente isoladas de seus filhos até que se tornassem afebris, e que oferecessem leite ordenhado cru para a alimentação do seu filho nesse período<sup>56</sup>, com o endosso da AAP<sup>13</sup>. No entanto, a necessidade de isolamento foi posteriormente questionada<sup>53</sup>. Parece que as medidas de higienização das mãos e o uso de máscara facial pela mãe são suficientes para evitar a transmissão do vírus<sup>53</sup>, não sendo necessário o isolamento, pois quando a mãe apresenta sinais da doença a criança certamente já foi exposta ao vírus. A mãe pode amamentar com máscara. Recomenda-se a lavagem das mãos com água e sabão e/ou uso do álcool gel em seguida, principalmente antes de amamentar e após as crises de tosse e espirros; além de lavar as mãos depois de usar o banheiro, antes de comer, antes e depois de tocar os olhos, a boca e o nariz; evitar tocar os olhos, nariz ou boca após contato com superfícies potencialmente contaminadas (corrimãos, bancos, maçanetas, dentre outras)<sup>55</sup>. Se a mãe estiver muito debilitada e acamada, o leite materno pode ser ordenhado e oferecido ao lactente em um copinho ou xícara. O uso de mamadeira deve ser desaconselhado<sup>15</sup>. Está comprovado os benefícios do fosfato de oseltamivir para os pacientes suspeitos de influenza, sobretudo quando administrado nas 48 horas após o início dos sintomas. O uso desse antiviral é considerado seguro durante a amamentação, assim como em lactentes com sinais de infecção. No entanto, a vacinação é a intervenção mais importante na redução do impacto da influenza, sendo indicada para todas as pessoas, incluindo as mulheres que amamentam e crianças maiores de 6 meses de idade<sup>55</sup>. Febre amarela. Até o momento, não há relato de transmissão do vírus da febre amarela via leite materno de uma mãe infectada pelo vírus, apesar de ser limitada a potencial proteção adquirida passivamente por anticorpos. Diante da bem documentada transmissão do vírus da febre amarela via mosquito e da lacuna de evidência de transmissão via leite materno, parece mais sensato proteger todas as crianças contra a picada de mosquito, do que interromper o aleitamento materno. A manutenção da amamentação ou o uso de leite materno ordenhado irá depender do estado de saúde da lactante durante a doença. Interromper temporariamente o aleitamento materno na fase aguda da doença por pelo menos 4 dias é uma precaução razoável, com a ordenha frequente da mama e simultâneo descarte do leite ordenhado<sup>39</sup>. A vacina contra a febre amarela está contraindicada para mães que estão amamentando até a criança completar 6 meses de idade. Caso exista indicação de vacinação (residir em local próximo Doenças maternas infecciosas e amamentação 12 onde ocorreu a confirmação de circulação do vírus - epizootias, casos humanos e vetores na área afetada), a amamentação deve ser suspensa por 10 dias, segundo recente nota técnica do MS do Brasil<sup>57</sup>. A criança poderá fazer uso de leite materno ordenhado previamente à vacinação, respeitando-se o prazo de validade do leite congelado de até 15 dias<sup>57</sup>. O Quadro 3 resume as condutas quanto ao aleitamento materno na vigência de algumas infecções virais na nutriz. Nota-se que raras são as doenças que contraindicam a amamentação. Entretanto, sabe-se que as condutas podem mudar a qualquer momento, à medida que novas evidências científicas vão surgindo. Nesse sentido, o CDC pode auxiliar nas definições de condutas relativas ao aleitamento materno na presença de doenças infecciosas maternas: [www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/other\\_mothers\\_milk.htm](http://www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/other_mothers_milk.htm).

#### Candida Albicans

A *Candida albicans* é um fungo que vive em condições normais na boca e no sistema digestório humano, sem que isso provoque quaisquer consequências danosas à saúde do hospedeiro, apesar de, oportunamente, poder resultar em infecção oral ou vaginal. Em

lactentes, a forma mais comum de infecção é a mucocutânea leve, embora os recém-nascidos de baixo peso e de extremo baixo peso apresentem maior morbidade devido à expressiva patogenicidade da cândida em hospedeiros imunodeprimidos. O meio propício para o crescimento de fungos é o úmido, quente e escuro; essas condições são encontradas nos mamilos, sobretudo se apresentarem algum tipo de trauma. O aleitamento materno representa uma possível fonte de colonização e de reinfecção devido ao contato direto entre mãe e filho. Quando um ou ambos apresentam manifestação da doença, está recomendada a terapia medicamentosa simultânea da díade. A terapêutica da candidíase mucocutânea e candidíase mamária pode começar com medicamentos tópicos, incluindo nistatina, clotrimazol, miconazol, econazol, terconazol ou ciclopirox<sup>12</sup>. Várias outras medicações tópicas (mupirocina ou misturas de mupirocina, betametasona e miconazol) estão sendo recomendadas para uso na mama afetada, embora não existem ensaios clínicos disponíveis que avaliem sua eficácia e toxicidade para o lactente. Acredita-se que sejam compatíveis com a amamentação<sup>58</sup>. O fluconazol oral, antifúngico compatível com a amamentação<sup>58</sup>, é o medicamento mais indicado quando justificado o uso de terapia sistêmica. Está indicada a manutenção do aleitamento materno<sup>12</sup>. Manter os mamilos secos e arejados é uma medida preventiva contra a instalação da cândida. Considerações finais

Está bem fundamentado que o leite materno é a forma mais completa de nutrição dos lactentes, incluindo os recém-nascidos pré-termo. No entanto, existe um número limitado de doenças infecciosas maternas em que a amamentação está contraindicada, como na infecção pelo HIV-1 e HIV-2 (em países como o Brasil) e pelo HTLV-1 e HTLV-2. Em outras doenças infecciosas, intervenções preventivas podem ser tomadas com o intuito de garantir a manutenção do aleitamento materno, como o uso de imunoglobulina sérica, vacinação ou medicação antimicrobiana profilática, que protegem as crianças contra a transmissão vertical de doenças. Em algumas circunstâncias, a avaliação caso a caso pode ajudar o médico a decidir se a exposição a determinados vírus ou bactérias através do leite materno justifica a interrupção do aleitamento materno. O profissional de saúde deve despender esforços para que não seja realizada a interrupção desnecessária do aleitamento materno.

### **Quando e como iniciar o desmame**

O desmame faz parte do processo da amamentação?

Sim, é uma das etapas desse processo. A amamentação, muitas vezes, é vista como apenas uma forma de alimentação dos bebês, sob o controle dos adultos. Perdemos a percepção de que o aleitamento materno faz parte de uma ação ampla e complexa etapa do desenvolvimento do indivíduo, com repercussão na sua saúde física e psíquica. O Dr. William Sears, famoso pediatra norte-americano, faz recomendações de acordo com essa linha de pensamento: “Não limite a duração da amamentação a um período pré-determinado. Siga os sinais do bebê. A vida é uma série de desmames, do útero, do seio, de casa para a escola, da escola para o trabalho. Quando uma criança é forçada a entrar em um estágio antes de estar pronta, corre o risco de afetar o seu desenvolvimento emocional”.

Quando deve ser feito o desmame?

Para quem acha que a amamentação supostamente “prolongada” pode gerar problemas emocionais ou deixar as crianças muito dependentes, há uma informação interessante: segundo diversas teorias, o período natural de aleitamento materno para a espécie humana se situa entre 2 e 4 anos. Desconhecedoras desse fato, algumas mães promovem o desmame precocemente acreditando contribuir para o processo de amadurecimento de seus filhos. Entretanto, pode ocorrer exatamente o oposto, ou seja, gerar insegurança, dificultando que as crianças se tornem indivíduos independentes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno por 2 anos ou mais, devendo ser a única forma de alimentação da criança nos 6 primeiros meses de vida. Ainda assim, apenas um terço das mulheres no Brasil amamentam seus filhos por 2 anos ou mais. As razões para isso vão desde

dificuldades práticas relacionadas à rotina diária, até a crença de que a amamentação além do primeiro ano de vida é danosa para a criança do ponto de vista psicológico.

Há diferentes classificações para o ato de desmamar?

Sim, existem. O desmame pode ser classificado em quatro diferentes categorias: abrupto, planejado ou gradual, parcial e natural. Neste último, que seria o processo ideal, a criança se autodesmama, sob a liderança da mãe. Costuma ocorrer, gradativamente, entre 2 e 4 anos de idade. Em alguns casos, pode ser súbito, como em uma nova gravidez da mãe, quando o gosto e o volume do leite se alteram, mas muito dificilmente ocorre ainda no primeiro ano de vida. Alguns fatores podem fazer com que o próprio bebê promova uma “greve” na amamentação, antes de completarem 1 ano. Mas é importante não confundir essa situação com o desmame natural. As causas para a rejeição repentina do leite materno, que não deve durar muitos dias, podem ser doenças, alteração do sabor ou do volume do leite, estresse, entre outras.

Quais os riscos envolvidos no desmame abrupto?

O desmame abrupto não é recomendável, pois pode gerar na criança um sentimento de rejeição e insegurança, causando um comportamento rebelde. Já para a mãe, a interrupção abrupta do aleitamento materno pode ocasionar ingurgitamento mamário, bloqueio de ducto lactífero e mastite, além de depressão. Mas no caso de necessidade ou mesmo desejo da mãe de desmame precoce, é importante que a mãe/família receba orientação/apoio de um profissional de saúde.

Quais são as vantagens do desmame natural?

São várias as vantagens do desmame natural. Destacam-se a realização de uma transição tranquila no processo do aleitamento materno, com menos estresse para a mãe e para a criança; o preenchimento das necessidades da criança até que ela atinja a maturidade suficiente para o desmame; o fortalecimento da relação entre mãe e filho; e a diminuição da ansiedade materna com relação ao desenvolvimento da criança.

Quais os sinais sugerem o amadurecimento do bebê para iniciar seu desmame?

Entre os sinais indicativos de que a criança pode estar madura para o desmame, pode-se listar os seguintes:

*Idade maior que 1 ano;*

*Menos interesse pelas mamadas;*

*Aceitação de alimentos variados;*

*Aceitação de outras formas de consolo;*

*Aceitação de não mamar em certas ocasiões e locais;*

*Pouca ansiedade quando encorajada a não mamar;*

*Preferência por outras atividades em vez de mamar;*

Segurança na relação com a mãe.

O que pode facilitar a realização do desmame?

Há fatores que facilitam o encorajamento do bebê para o desmame. Entre os principais, estão a segurança da mãe em querer ou dever encerrar a amamentação e o entendimento, por parte da mãe e da família, da complexidade do processo. Também influenciam nesse processo a compreensão e paciência com as reações do bebê; o suporte e a atenção adicionais à criança neste período; a ausência de outras mudanças ocorrendo simultaneamente (retirada das



fraldas, mudança de residência, nascimento de irmão, crise importante na família, entre outras) e a realização de um processo gradual, retirando uma mamada do dia a cada semana.

Há um modo padrão, único, de conduzir esse processo?

Não. As técnicas para incentivar o desmame variam de acordo com a idade. As crianças maiores, por exemplo, podem participar do planejamento para o fim do aleitamento materno. É possível propor uma data específica e até oferecer recompensa. A mãe pode passar a não oferecer o seio, ainda que não o negue quando solicitado, pode encurtar as mamadas, adiá-las quando possível e evitar certos horários e locais. Outra opção é distrair a criança substituindo as mamadas por brincadeiras. Deve-se ressaltar a importância da participação do pai, sempre que possível.

### **Acessórios que auxiliam no aleitamento materno**

São necessários o uso de dispositivos e acessórios durante a amamentação?

Não, de forma alguma. A imensa maioria das mulheres pode amamentar seu filho sem a necessidade de dispositivos especiais. Existem muitos produtos no mercado, mas devemos evitar o uso abusivo e desnecessário. A seguir, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), por meio de orientações do seu Departamento Científico de Aleitamento Materno, apresenta os principais acessórios usados nesse processo, destacando cuidados na sua adoção, as vantagens e os riscos de cada um.

Quais são os dispositivos e acessórios usados para auxiliar a amamentação?

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), por meio de orientações do seu Departamento Científico de Aleitamento Materno, apresenta os principais acessórios usados nesse processo, destacando cuidados na sua adoção, as vantagens e os riscos de cada um: Conchas, bicos de silicone, suplementador e protetores.

O que são as conchas?

As conchas são dispositivos plásticos (em forma de disco, com um orifício redondo no centro) que são colocados sobre os mamilos, abaixo do sutiã, ajudando o mamilo a se projetar para a frente (protrusão do mamilo). Não são indicados para mulheres que não tenham problemas no mamilo. Seu uso pré-natal também não traz vantagens para a gestante. Se a futura mamãe quiser usar as conchas com o objetivo de evertar mamilos planos ou invertidos, deve iniciar com uma hora por dia e aumentar gradativamente uma ou duas horas por dia. No pós-parto, podem ser utilizadas por 30 minutos antes da mamada; ou durante todo o dia, entre as mamadas. Mas deve-se lembrar que o estímulo dos mamilos antes da mamada, seja com a sucção com bomba manual ou seringa plástica com o êmbolo invertido, traz efeito semelhante.

Quais os cuidados que devem ser observados no uso de conchas?

É preciso salientar que a pressão das conchas pode traumatizar o mamilo. Para evitar compressão exagerada da aréola ou dos ductos, a concha não deve ser utilizada durante o sono. O tamanho da concha precisa ser bem avaliado em relação ao do mamilo e ao do sutiã utilizado. Quando ocorrer fissura no mamilo, as conchas com orifícios de ventilação podem ser úteis. Elas permitem a circulação de ar e não deixam o tecido mamário grudar na roupa. Porém, é preciso primeiramente corrigir a técnica do aleitamento. Não é recomendado o uso de conchas para coleta de leite humano, pelo alto risco de contaminação bacteriana. Entretanto, o leite gotejado da outra mama durante uma mamada ou ordenha pode ser aproveitado, desde que a concha tenha sido lavada com água quente e sabão, e bem enxaguada.

O que são os bicos de silicone?

Chamados de “bicos de silicone”, os protetores são artefatos de silicone, finos e macios que podem ser colocados sobre a área do mamilo e da aréola imediatamente antes da mamada. De maneira especial, eles facilitam a pega. Não há comprovação de que os protetores flexíveis sejam seguros para a manutenção da lactação, nem que garantam a produção de volumes adequados de leite humano para proporcionar o ganho de peso que o bebê precisa. Por isso, seu uso deve ser limitado e os pacientes acompanhados rigorosamente até que o protetor não seja mais usado.

Há recomendações para otimizar a adoção dos bicos de silicone?

Sim, há dicas importantes. Em casos de mamilo plano, para ajudá-lo a vir para a frente, a primeira coisa a fazer é massagear ou aplicar compressas frias nos mamilos imediatamente antes das mamadas. Em mamilos invertidos, deve-se tentar moldá-los com os dedos ou utilizar bomba de sucção para ajudar na sua eversão. O produto pode ser experimentado quando houver mamilos “difíceis” ou os prematuros apresentarem sucção fraca ou dificuldade em manter a pega da aréola, após tentativa de estimulação dos mamilos previamente à mamada e se todas as tentativas de suporte para uma pega adequada se mostrarem infrutíferas. Destaque-se que o uso é temporário, por curtos períodos, na esperança de preservar a amamentação, enquanto o recém-nascido aprende a sugar. Uma dica: antes de assentar o bico de silicone na mama, é preciso umedecer a parte interna das bordas e invertê-las, assim como parte do bico do protetor. Isso vai ajudar a puxar o mamilo para dentro do artefato ao momento da colocação na mama. No caso de “confusão de bicos”, o protetor flexível pode ser utilizado junto com a técnica da relactação, se houver baixa produção de leite; e na lactação adotiva.

O que é o suplementador? Em que situações pode ser empregado?

O suplementador é um dispositivo que permite dar uma nutrição suplementar ao bebê. Ele é composto de um recipiente (copo ou seringa) para armazenar leite materno (ou a fórmula infantil à base de leite de vaca) e um tubo fino (sonda), que deve ser fixado no seio da mãe. O suplementador evita o uso de bicos artificiais. O equipamento é utilizado para a relactação, uma técnica que provoca a produção de leite depois de uma interrupção temporária da lactação. Pode ser uma excelente opção para mães com dificuldade na amamentação. A sucção ao seio estimula as mamas a aumentar a produção láctea. Seu uso pode ser temporário, porém em alguns casos como adoção, mamoplastia redutora, insuficiência glandular verdadeira ou por problemas genéticos e neurológicos do lactente, o suplementador poderá ser utilizado por todo o período de amamentação. Toda a mãe que usa o suplementador com seu bebê deve ter um acompanhamento constante, até a suspensão do uso do suplementador que deve ser programado e gradativo.

O que é lanolina? Ajuda na prevenção da dor nos mamilos?

A lanolina é uma cera natural, proveniente da lã de ovelha. Por ser um ingrediente natural, pode conter pesticidas e outros contaminantes, além de ser uma substância alergênica. O processamento industrial consiste no refinamento do produto para remover todos os componentes alergênicos e trazer para o nível mais baixo possível todas as impurezas do ambiente, incluindo resíduos de defensivos agrícolas. Assim, ela é dita anidra, quando pura, sem adição de água, e neste caso, considerada hipoalergênica. Ela não deve ser usada como prevenção da dor e do trauma mamilar. A melhor maneira de evitar trauma mamilar é através do posicionamento e pega correta na amamentação. Somente em casos de lesões extensas, ou que não melhoram com ajustes no processo de amamentar, a lanolina pode ser recomendada. Não se deve esquecer que em função dos seus elementos de defesa, da sua disponibilidade e custo zero, o próprio leite materno pode ser utilizado para tratamento do trauma mamilar.

Os curativos a base de gel podem causar problemas?

Os curativos na forma de disco a base de gel contêm glicerina, água e poliacrilamida. A utilização destes curativos aumenta a chance de infecção tanto pelo contato frequente da lesão com a mucosa oral do lactente, quanto pela flora da pele da mãe, e ainda pela presença do

próprio leite materno que serve como meio de cultura. Como o efeito bactericida da glicerina não é instantâneo, e pode haver contaminação pela mão da mãe, seu uso não deve ser recomendado.

De que forma os protetores podem ser úteis às mães que amamentam?

Os protetores para absorver o excesso de leite materno podem ser descartáveis ou reutilizáveis. Como o vazamento de leite em público incomoda muitas mães, a utilização eventual de protetores absorventes, desde que confortáveis e macios, pode ser uma solução prática. No entanto, para não deixar os mamilos sempre úmidos, os protetores revestidos com plástico impermeável devem ser trocados frequentemente. Se o protetor tiver aderido à pele, é preciso molhar antes de retirá-lo para não ferir a pele do seio. Se a mãe estiver com candidíase mamilar, os absorventes reutilizáveis precisam ser fervidos diariamente. Não se deve colocar papel higiênico nem lenços de papel para absorver o excesso de leite, porque a superfície da pele ficará muito molhada. Lembre-se de que amamentar sempre que o bebê pedir e até a compressão mamária – com os braços cruzados sobre as mamas, por exemplo –, em geral são suficientes para inibir o vazamento indesejado.

Como escolher o sutiã mais adequado no período do aleitamento?

O sutiã é importante no período de gestação e lactação, em função do aumento de volume dos seios. A mãe deve providenciar sutiãs de modelo e tamanho adequados para acomodar corretamente as mamas. Mas atenção: no Brasil não se recomenda o uso de sutiã com um orifício central para preparo dos mamilos, durante o pré-natal. Já no período da amamentação, um bom sutiã deve permitir o acesso fácil do bebê ao peito. Precisa ser confortável, abranger toda a mama, sem que o tecido mamário fique comprimido abaixo da borda. Um sutiã bem ajustado não deve subir nas costas, nem deixar marcas das alças nos ombros. Para dormir, não deve ser escolhido um sutiã com aro de metal. A abertura frontal é conveniente e pode ser especialmente útil quando se necessita amamentar em público, evitando qualquer compressão da mama. Caso a mãe tenha candidíase mamária, deve trocar a roupa, inclusive a íntima, com frequência. Já no caso de mastite, recomenda-se abolir o uso de sutiã, particularmente durante o sono. A escolha deve recair sobre roupas mais largas e, quando necessário, escolher um sutiã mais frouxo.

Primeiras Orientações e Cuidados com o Recém-Nascido (RN)

**LEITE MATERNO e AMAMENTAÇÃO**  
O leite materno é o principal cuidado para com o RN. É através dele que a mãe proporciona segurança e conforto ao bebê e, principalmente, fornece a ele a proteção a diversas doenças com as quais a mãe já teve contato ou para as quais recebeu vacinações. A produção do leite é estimulada pela própria sucção do RN e são comuns períodos de redução da produção de leite e seu posterior aumento novamente.

Para a amamentação deve-se escolher um local tranquilo, com pouca luz e pouco barulho, lavando bem as mãos e limpando o peito com água morna. Oferecer os dois peitos a cada mamada, começando sempre pelo que foi oferecido em último lugar na mamada anterior. A criança deve mamar sempre que quiser e pelo tempo que quiser, porém algumas crianças são mais acomodadas e não se deve deixar por mais de 4 horas sem mamar no primeiro mês ou mamar por períodos prolongados em intervalos pequenos, nos dois casos pelo risco de não apresentar ganho adequado de peso.

A criança amamentada ao seio exclusivamente, não necessita de chás ou água, tão completa e perfeita é a sua constituição. A amamentação traz também a mãe grandes benefícios, entre os quais um risco muito menor de engravidar nos primeiros meses pós-parto e chances muito menores de contrair câncer de mama.

O banho de sol é importante para o desenvolvimento ósseo da criança e deve ser realizado antes das 10 e após as 16 horas, com o mínimo de roupas, recebendo a luz solar durante 5 minutos e aumentando gradualmente até cerca de 15 minutos ao dia. Ele auxilia também na redução da "icterícia", coloração amarelada na pele, na maioria dos casos condição passageira e que não implica em nenhum problema, mas que caso se perceba seu aumento convém uma reavaliação pelo pediatra o mais breve possível para análise de sua origem e intensidade, pois tal quadro também pode sugerir patologias mais sérias que somente o pediatra poderá orientar aos pais com maior exatidão e o risco diminui quanto mais rápido o diagnóstico do problema.

## COTO

## UMBILICAL

A limpeza do coto umbilical é de grande importância para prevenir infecções, devendo sempre secá-lo bem após o banho e proceder a aplicação de álcool com uma haste com algodão (cotonete), até a sua queda que ocorre geralmente entre 1 a 2 semanas. Se for observada secreção ou sangramento no local deve-se proceder a limpeza com água oxigenada 10 volumes e, após esta, a limpeza com álcool, preferencialmente usando o álcool 70% (álcool de farmácia).

Algumas vezes após a queda do coto umbilical o umbigo se mantém elevado que trata-se de uma herniação que na maior parte das vezes regride até o 2o. ano de vida, que não causa dor ou outros problemas para a criança. NÃO utilizar moedas, faixas ou curativos no coto umbilical ou na cicatriz umbilical. Se observar secreção umbilical após a queda do coto, procure a orientação do pediatra para sua melhor avaliação e conduta a ser tomada.

## EXAME

## DO

## PEZINHO

O "exame do pezinho" consiste em uma coleta de sangue do RN que propicia o diagnóstico de duas doenças, a fenilcetonúria, o hipotireoidismo congênito e doenças do sangue (hemoglobinopatias), entre elas a anemia falciforme, e a fibrose cística, podendo as duas primeiras ser causadoras de retardo mental na criança se não detectadas precocemente (até no máximo o terceiro mês de vida) e são tratáveis evitando transtornos futuros. Atualmente já são disponíveis outros diagnósticos de doenças através do exame do pezinho, porém pouco difundidos em função do seu custo, enquanto estes já citados são obrigatórios através de uma Lei Estadual de São Paulo.

O exame ampliado pode detectar ainda a Hiperplasia adrenal congênita, a Galactosemia, a Deficiência de Biotinidase, a Deficiência de Glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD), a Toxoplasmose congênita, distúrbios do ciclo da ureia, distúrbios dos ácidos orgânicos e distúrbios de beta-oxidação dos ácidos graxos.

Já existem testes que englobam ainda mais patologias em relação as já citadas, mas nem sempre disponíveis nas maternidades e laboratórios.

## ACOMPANHAMENTO

O acompanhamento da criança deve ser iniciado entre o 10o. e o 15o. dias de vida, para uma primeira análise do desenvolvimento dela, esclarecimento de dúvidas dos pais e novas orientações. Durante o primeiro ano de vida o ideal é o acompanhamento mensal da criança, pois é uma fase de crescimento mais rápido e onde alterações podem ser mais rapidamente observadas, tais como anormalidades no crescimento do perímetro cefálico, ganho reduzido ou excessivo de peso e/ou estatura, alterações no desenvolvimento esperado, etc..

Este acompanhamento progressivamente passa a ser bimestral após o 1º ano, trimestral dos 2 aos 3 anos, quando passa a ser semestral, salvo orientações em contrário se necessárias, como em crianças em algum tipo de tratamento ou com necessidades específicas de acompanhamento.

## OUTRAS OBSERVAÇÕES IMPORTANTES SOBRE O BEBÊ

**OLHOS** -> É frequente a observação de manchas vermelhas dentro dos olhos ou inchaço nas pálpebras após o nascimento, que desaparecem sem a necessidade de nenhum cuidado especial. Algumas crianças apresentam uma irritação ocular denominada conjuntivite química pelo uso de uma medicação protetora nos olhos logo após o nascimento, que cede com a limpeza frequente com água fervida morna, mas em não existindo a melhora é necessário após o quarto dia se identificar se trata-se de uma conjuntivite bacteriana ou outra patologia assemelhada.

**MAMAS e GENITAIS** -> O inchaço das mamas do bebê, tanto em meninas como em meninos é frequente, conhecido popularmente como "leite de bruxa" e deve-se aos hormônios maternos que passam ao bebê antes do nascimento, e que serão eliminados pela urina aos poucos. Não se deve espremer as mamas da criança pois há grande risco de causar infecção, complicação séria neste período. Nas meninas observa-se às vezes também uma saída de secreção e até um sangramento através da vagina, também devido aos hormônios recebidos da mãe.

**FEZES** -> As primeiras fezes do bebê são bastante peculiares: escuras e pegajosas, conhecidas como mecônio. Aos poucos as fezes tomam a cor de gema de ovo, característica das fezes do bebê alimentado ao seio. Inicialmente o bebê costuma evacuar após cada mamada (cerca de oito vezes ao dia, o que vai diminuindo aos poucos. Grande parte das crianças quando alimentada somente com leite materno costumam por volta do 1o. mês ficar por 3 a 4 dias sem evacuar, sendo perfeitamente normal pelo aproveitamento integral do leite materno, não havendo restos a serem eliminados, diferentemente de outros leites que deixam resíduos que precisam ser eliminados.

**FRIO/CALOR** -> O bebê apresenta a sensação de frio e calor semelhante aos adultos devendo ser agasalhado de acordo com a temperatura ambiente, sem exageros que podem inclusive causar febre. As roupas devem ser confortáveis deixando os braços e pernas com movimentos livres, sem ficar enrolando a criança que necessita desta liberdade para um melhor desenvolvimento. Os bebês prematuros apresentam algumas vezes uma maior dificuldade de manter uma temperatura adequada, daí se dizer que os prematuros são mais friorentos, porém na verdade eles também são mais sensíveis as altas temperaturas, ficando febris e até mesmo desidratando com maior facilidade.

**TROCA DE FRALDAS** -> Nas trocas de fraldas proceder a limpeza com água morna até retirar toda a sujeira. Em meninas proceder sempre a limpeza da frente para as laterais para evitar a contaminação da vagina ou bexiga com fezes que podem causar infecções. Após a limpeza pode-se aplicar cremes para prevenir as assaduras. Se persistirem assaduras convém a avaliação do pediatra para o tratamento adequado pois podem ser indicativas de algum outro problema ou existir algum componente que não esteja permitindo a sua cura. Ao se utilizar fraldas descartáveis procure se informar sobre sua procedência e observe se não causam reações alérgicas. Um dos principais agentes causadores destas irritações e alergias é a cola usada nas fraldas em contato direto com a pele.

**ROUPAS E FRALDAS DE PANO** -> Devem ser limpas somente com água e sabão neutro, pois detergentes em pó, água sanitária e especialmente amaciantes de roupa podem causar

grandes irritações à pele do bebê. Os amaciantes devem inclusive ser evitados durante todo o 1º ano de vida.

**CÓLICAS** -> São frequentes as cólicas no bebê, em geral até os três a três e meio meses de vida, que podem ter alívio através da colocação do bebê de bruços, especialmente sobre a barriga materna, ou pelo uso de fraldas mornas sobre a barriga da criança, e, principalmente pela flexão das pernas do bebê como se este andasse de bicicleta, deitado de costas, facilitando a eliminação de gases e o alívio da dor. Estas cólicas se devem ao final da preparação do intestino da criança que ao nascer ainda é imaturo, estando no final do processo de formação das vilosidades que serão responsáveis pela absorção dos diferentes tipos de alimentos e pela colonização por bactérias que são necessárias ao organismo humano, responsáveis pela degradação de alguns alimentos e sobretudo pela produção de vitaminas que nos são essenciais, e a coordenação dos movimentos normais do intestino.

**CHORO** -> Neste período inicial de contato com a vida exterior a criança chora por diversas razões visando atrair a atenção dos pais: por estar com fome, por estar molhada, devido a cólicas, sono, calor ou frio, desejo de companhia ou atenção, estranhando barulhos com os quais ainda não está familiarizada ou em reação ao estado de humor da sua própria mãe. O ideal quando a criança chora é justamente manter a tranquilidade e observar com calma a criança que muitas vezes vai ela própria indicar o que está acontecendo.

Primeiros passos: moldes de Nutrição para toda a vida Tadeu Fernando Fernandes  
Renata Rodrigues Aniceto Normeide Pedreira dos Santos França Alimentação da gestante e lactante: o que comer e o que não comer De acordo com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), a alimentação exclusiva com leite materno (LM) deve ser aplicada até o final dos seis meses de idade e deve ser continuada nos meses subsequentes com a introdução simultânea de alimentos suplementares<sup>1</sup>. A composição do LM varia e a composição dos nutrientes individuais é afetada, entre outros, pela dieta de uma mãe que amamenta, pelo sexo do lactente, assim como se é prematuro ou não<sup>1</sup>. As evidências científicas sugerem que, começando antes do nascimento e continuando durante o desenvolvimento, existem oportunidades repetidas e variadas para as crianças aprenderem a aproveitar os sabores de alimentos saudáveis, chamada de “Teoria do Flavor”<sup>2</sup>, que explicaremos a seguir. Como os sabores são transmitidos da dieta materna para o líquido amniótico e o LM, as mães que consomem uma variedade de alimentos saudáveis, e com sabores mais marcantes e não doces durante a gravidez e a lactação proporcionam aos lactentes a oportunidade de aprender a gostar desses sabores<sup>2,3</sup>. Isso, por sua vez, facilita a transição para alimentos saudáveis no desmame<sup>3,4</sup>. Por outro lado, lactentes alimentados com fórmula aprendem a preferir seu perfil de sabor e composição invariável, que difere do LM, e pode inicialmente aceitar uma menor variedade de sabores, uma vez que as fórmulas têm sempre o mesmo sabor<sup>2-4</sup>. Essas experiências sensoriais no início da vida estabelecem preferências e padrões alimentares que preparam o cenário para hábitos alimentares ao longo da vida.

A amamentação é o meio natural de nutrição infantil. A composição do leite materno (LM) é ideal para as necessidades do lactente<sup>1</sup>. Enquanto a mãe consome uma dieta equilibrada, o leite fornece ao filho todos os nutrientes importantes para o crescimento e desenvolvimento normal. O leite da mãe é higienicamente adequado, na temperatura certa e sempre disponível, com raras exceções<sup>2</sup>. O LM não contém apenas nutrientes, é rico em muitos componentes imunologicamente ativos com propriedades anti-infecciosas e anti-inflamatórias muito bem documentadas, que asseguram à amamentação a propriedade de reduzir o risco de doenças infecciosas<sup>3</sup>. I. Primeiros passos: moldes de Nutrição para toda a vida 20 Guia Prático de Alimentação – Departamento de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial A amamentação promove o vínculo emocional de mãe e filho, assim como o desenvolvimento cognitivo da

criança<sup>4</sup>. Adolescentes e adultos que foram amamentados quando crianças apresentam escores de QI 2 a 3 pontos mais altos do que aqueles que não foram, após correção de outros fatores<sup>5-7</sup>. Essa diferença foi atribuída, entre outras coisas, ao efeito dos ácidos graxos ômega-3 e ômega-6, ácido docosahexaenoico (DHA) e ácido araquidônico (ARA), que são depositados no cérebro em crescimento em grandes quantidades<sup>3,8,9</sup>. Dentre os demais componentes que apoiam o desenvolvimento cerebral destacam-se compostos bioativos como gangliosídeos e fosfolipídeos, presentes na fração lipídica do LM e, especificamente, na membrana dos glóbulos de gordura<sup>10</sup>. As mulheres que amamentam se beneficiam da involução uterina pós-natal mais rápida, do aumento do catabolismo da gordura corporal depositada durante a gravidez, e da redução do risco de câncer de mama em aproximadamente 4%<sup>3,11,12</sup>. A amamentação por 12 meses pode prevenir aproximadamente um caso de câncer de mama por 200 mulheres (prevalência na vida, 12,9%)<sup>3,13</sup>. A amamentação melhora a sobrevivência, a saúde e o desenvolvimento de todas as crianças, salva a vida das mulheres e contribui para o desenvolvimento do capital humano<sup>9</sup>. Os benefícios abrangem populações que vivem em países de alta, média e baixa renda<sup>1,9</sup>. O início precoce do aleitamento materno foi associado a um risco reduzido de mortalidade neonatal. Iniciar a amamentação após a primeira hora de vida do lactente dobra o risco de mortalidade neonatal<sup>2,9</sup>. Os neonatos amamentados exclusivamente tiveram um risco de mortalidade e mortes relacionadas à infecção no primeiro mês menor que os neonatos parcialmente amamentados. Os neonatos amamentados exclusivamente também tiveram um risco significativamente menor de sepse, diarreia e infecções respiratórias em comparação com aqueles parcialmente amamentados. A evidência indica que importantes benefícios na redução da mortalidade e morbidade neonatal podem ser alcançados com a promoção eficaz de início precoce do aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno durante o primeiro mês de vida<sup>1,2,9</sup>. A não amamentação está associada a uma menor inteligência e perdas econômicas de cerca de US\$ 302 bilhões anualmente ou 0,49% da renda nacional bruta mundial<sup>9</sup>. A amamentação oferece benefícios de saúde de curto e de longo prazos, além de vantagens econômicas e ambientais para crianças, mulheres e a sociedade. Para alcançar esses ganhos, é necessário apoio político e investimento financeiro para proteger, promover e apoiar a amamentação<sup>1,2,9</sup>. Conclusão: • O mundo ainda não é um ambiente favorável para a maioria das mulheres que desejam amamentar; • Os países podem melhorar rapidamente as práticas de amamentação, ampliando intervenções, políticas e programas conhecidos; I. Primeiros passos: moldes de Nutrição para toda a vida Guia Prático de Alimentação – Departamento de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial 21 • O sucesso no aleitamento materno não é de responsabilidade exclusiva de uma mulher, a promoção do aleitamento materno é uma responsabilidade social coletiva. E, finalizamos com alguns alertas: • O sucesso da amamentação está diretamente ligado e dependente do vínculo mãe-bebê iniciado desde a gestação; • Do conhecimento de processos e técnicas na amamentação, orientado pelos profissionais de saúde que devem estar preparados para esta missão; • Do comprometimento da equipe da maternidade e da rede de apoio formada pela família, amigos, médicos pediatras e enfermagem.

Problemas comuns durante a amamentação Muitas mulheres no período de gestação estão decididas a realizar a amamentação exclusiva, porém após o nascimento do lactente, por causa de dúvidas e inseguranças, podem desistir. Nós pediatras, precisamos estar preparados para amparar e orientar tecnicamente no resgate do aleitamento materno<sup>1</sup>. 1. O bebê que mama a todo momento Os recém-nascidos tendem a realizar mamadas em intervalos mais curtos devido à rápida digestibilidade do leite materno (LM) e à capacidade gástrica diminuída. Muitas vezes, o RN dorme durante o período de sucção, sendo indicada a tentativa de acordá-lo, a fim de termos uma mamada mais efetiva. Para isso, importante explicar às mães o conceito básico de leite anterior (rico em água, lactose e fatores de proteção como macrófagos, imunoglobulinas, entre outros) e leite posterior (rico em gorduras essenciais para o ganho de peso do lactente e para o neurodesenvolvimento). Entre o leite anterior e o leite posterior, também existe o leite intermediário, que é basicamente a fase de transição entre esses dois tipos de leites, e que possui boa quantidade de anticorpos. O maior número de mamadas favorece a produção láctea e com isso, o aumento gradativo dos intervalos e

adequação da rotina de sono<sup>1</sup>. Grande parte do leite de uma mamada é produzido enquanto a criança mama, sob o estímulo da prolactina, que é liberada graças à inibição da liberação de dopamina, que é um fator inibidor da prolactina. A liberação de prolactina e ocitocina é regulada pelos reflexos da produção e ejeção do leite, respectivamente, ativados pela estimulação dos mamilos, sobretudo pela sucção da criança<sup>2</sup>. A liberação da ocitocina também ocorre em resposta a estímulos condicionados, como visão, olfato e audição (ouvir o choro da criança), e a fatores de ordem emocional, como motivação, autoconfiança e tranquilidade<sup>2</sup>. Por outro lado, a dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo, a insegurança e a falta de autoconfiança podem inibir o reflexo de ejeção do leite, prejudicando a lactação<sup>2</sup>.

**2. Hiperlactação** A técnica inadequada de amamentação, com esvaziamento incompleto das mamas, mamadas frequentes, horários pré-determinados, uso de chupetas e de complementos alimentares predis põem ao aparecimento de complicações da lactação. Entre elas, encontramos a hiperlactação: produção aumentada de LM frequente no início da amamentação, durando cerca de 30 a 40 dias, quando então começa a regular a produção de leite de acordo com a necessidade do lactente<sup>3</sup>.

**I. Primeiros passos: moldes de Nutrição para toda a vida** Guia Prático de Alimentação – Departamento de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial<sup>23</sup>

Em relação ao lactente pode-se observar<sup>3</sup>:

- solicitam a todo o momento, mesmo escorrendo leite da boca durante a mamada;
- fezes explosivas e aquosas;
- com o leite saindo em jato, com muita pressão, o lactente se estica, chora, arqueia, se “afoga”, então engasga e tosse; assim, acaba por recusar a mamada.
- regurgitação e flatulência;
- pode ganhar menos peso pela mamada incompleta e pelo maior consumo de leite anterior. A melhora dos casos costuma ser espontânea, porém algumas medidas ajudam no equilíbrio da produção de LM<sup>3</sup>:
- Colocar o lactente para mamar em livre demanda;
- Extrair o leite, mas somente o necessário, pois quanto mais se retira, mais leite será produzido;
- Evitar compressas quentes, pois podem estimular a produção;
- Aplicar compressas geladas após as mamadas, para diminuir o pico de prolactina;
- Alguns medicamentos podem aumentar a produção e volume de leite, portanto é essencial perguntar quais medicamentos está tomando;
- O suporte emocional e medidas que visem dar maior conforto à mãe não podem ser negligenciados: o bem-estar da nutriz é muito importante.

**3. Meu bebê mama somente leite materno, mas não ganha peso ou ganha pouco peso** Na prática, os recém-nascidos irão perder cerca de 10% do seu peso de nascimento nos primeiros dias de vida devido à redistribuição hídrica, eliminação de fezes e adaptação à amamentação; e o recuperam por volta do 10º ao 14º dia de vida, passando a ganhar, em média, 25 a 30 gramas por dia. Quase todos os recém-nascidos perdem peso durante os primeiros dias após o nascimento, independentemente de serem amamentados ou alimentados com fórmula<sup>4,5</sup>. Após a alta hospitalar, a mudança de peso é comumente usada como um forte indicador do sucesso da alimentação, e uma orientação antecipada comum para os pais é que os bebês devem ganhar de 600 a 700 gramas no primeiro trimestre de vida<sup>6</sup>. Embora anedótica, a maioria dos médicos espera que os recém-nascidos recuperem seu peso inicial e superem o peso ao nascer entre o 10º e 14º dias de vida. O Bright Futures Nutrition publicado pela Academia Americana de Pediatria (AAP), reforça esse conceito, salientando que os recém-nascidos “geralmente recuperam o peso de nascimento dentro de sete dias”<sup>6</sup>. Além disso, as Diretrizes para Cuidados Perinatais, publicadas pela AAP e pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, instruem que “a falha”

**I. Primeiros passos: moldes de Nutrição para toda a vida** 24 Guia Prático de Alimentação – Departamento de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial em recuperar o peso ao nascer com duas semanas de idade pelo recém-nascido a termo requer uma avaliação cuidadosa das técnicas de alimentação usadas adequação da amamentação<sup>6-7</sup>. Surpreendentemente, há poucos dados para apoiar essas afirmações, porque poucos estudos examinaram a história natural da perda de peso de recém-nascidos e a quantidade de tempo que leva para recém-nascidos saudáveis recuperarem esse peso e superar seu peso ao nascer<sup>8</sup>.

Outra questão é averiguar a técnica de mamada, orientando de maneira que a sucção atinja o leite posterior, garantindo melhor ganho de peso<sup>8</sup>.

**4. Bico do seio plano ou invertido**<sup>9</sup> No caso de a mãe ter mamilos planos ou invertidos é especialmente importante orientar que ela comece a amamentação oferecendo os seios o quanto antes, logo após o nascimento. Isto porque nesta fase a mama está mais macia e flexível. Lembrar que o bebê faz a pega nas



aréolas e não nos bicos. Assim, é importante focar em uma boa pega, em que o lactente consiga abocanhar toda a aréola. 5. Leite empedrado<sup>9</sup> Diante do leite empedrado, o primeiro tratamento é o aleitamento em livre demanda. Caso o lactente não consiga mamar a quantidade de leite materno produzido, uma boa alternativa é realizar a ordenha deste leite, e sempre que possível doá-lo. Além disso, pode-se orientar a realização de massagens nos seios para ajudar o leite a desempedrar e compressas com água morna. 6. Fissuras nos mamilos<sup>9</sup> As fissuras nos mamilos costumam ocorrer devido à pega incorreta. Muitas vezes o problema está no fato do lactente só pegar no bico e não abocanhar a aréola também. Além disso, é essencial manter as mamas secas, não usar sabonete, cremes ou pomadas, essas atitudes ainda contribuem para a prevenção de fissuras. As melhores formas de tratar as fissuras é passando nelas o leite materno ao final das mamadas, expor as mamas em banhos de sol e corrigir a pega. 7. Seios ingurgitados<sup>9</sup> De acordo com o Ministério da Saúde, este problema é muito comum entre as mulheres do terceiro ao quinto dia após o parto. As mamas ingurgitadas são aquelas muito cheias de leite e que podem ficar dolorosas, com a pele brilhante, às vezes avermelhadas e às vezes ocasionar febre na lactante. Para evitar o ingurgitamento, a pega e a posição para a amamentação devem ser corretas. Outra questão é que a mama ingurgitada pode dificultar a pega do bebê, pois a aréola não fica muito macia, por isso, a orientação é tirar um pouco de leite antes de iniciar a amamentação. I. Primeiros passos: moldes de Nutrição para toda a vida Guia Prático de Alimentação – Departamento de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial 25 8. Mastite<sup>9</sup> É um processo inflamatório ou infeccioso que pode ocorrer na mama da lactante, habitualmente a partir da segunda semana após o parto. Geralmente é unilateral e pode ser consequente a ingurgitamento indevidamente tratado. Várias espécies de microrganismos têm sido associadas à mastite puerperal e ao abscesso mamário, destacando-se o *Staphylococcus aureus* como o agente mais comum da mastite lactacional infecciosa. Os principais componentes do tratamento da mastite incluem: esvaziamento adequado da mama, tratamento farmacológico (analgésicos e antibióticos) e medidas de suporte. O tratamento com antibióticos está indicado quando o quadro clínico for significativo desde o início, se os sintomas apresentados não melhoram após 12 a 24 horas de instituídas as medidas não farmacológicas, se há fissura visível de mamilos ou quando a contagem de células e a cultura da secreção láctea indicarem infecção. As principais opções de antibióticos recaem sobre aqueles cujo espectro de ação inclua o *Staphylococcus aureus*, nos tratamentos ambulatoriais, recomenda-se a cefalexina, na dose de 500 mg, por via oral (VO), a cada 6 horas; ou amoxicilina, de preferência associada ao ácido clavulânico, VO, a cada 8 horas O uso de antibióticos sem o esvaziamento adequado da mama não é suficiente para o tratamento da mastite. A amamentação na mama afetada deve ser mantida, sempre que possível e, quando necessário, a pega e a posição devem ser corrigidas.

Importância da rede de apoio Há estudos que sugerem que o apoio social melhora os resultados do aleitamento materno. Com base nessas evidências, os serviços públicos de saúde e as intervenções que visam melhorar as taxas de aleitamento materno têm como alvo principalmente o apoio informativo e emocional às mães, refletindo uma abordagem individual de mudança de comportamento<sup>1</sup>. Após o nascimento dos bebês, as mães retornam para casa e além dos cuidados aos seus filhos, ficam responsáveis pelos afazeres da casa e, após o término da licença maternidade, também à sua rotina profissional<sup>11</sup>. Identificamos três tipos distintos de apoio pós-natal<sup>1</sup>: 1) Apoio extensivo, onde as mães receberam apoio de ampla gama de apoiadores, incluindo parceiros, avós maternas, amigos e profissionais de saúde, mas as mães foram as únicas a alimentar o bebê; 2) Apoio familiar, onde as mães receberam apoio de parceiros e avós maternas, inclusive com alimentação infantil, mas menos propensas a receber apoio dos profissionais de saúde; 3) Baixo apoio, onde as mães receberam principalmente apoio de parceiros apenas. Prevê-se que 94% das mulheres com amplo apoio estejam amamentando aos dois meses, seguidas por 48% das mães do grupo de baixo apoio, e 13% no grupo de apoio familiar. Achados científicos destacam as complexidades do apoio familiar e seu potencial impacto no tempo de aleitamento materno, bem como a importância do apoio profissional. No geral, os resultados sugerem um valor potencial para que os profissionais de saúde se envolvam com uma família mais ampla, a fim de obter melhor apoio

às mães<sup>1</sup>. As evidências atualizadas confirmam que o apoio ao aleitamento materno e a educação prestados por profissionais e parceiros das mulheres puérperas, independentemente da idade materna, estão associados ao aumento da duração do aleitamento materno exclusivo<sup>2</sup>. Novos conhecimentos sobre aleitamento materno e alimentação complementar tornaram obsoletos alguns conceitos e recomendações que fizeram parte da prática pediátrica por muito tempo<sup>3</sup>. Nas últimas três décadas, vêm se acumulando evidências científicas que fundamentam a importância da amamentação exclusiva, sob livre demanda, nos primeiros seis meses, e da manutenção até os dois anos de idade ou mais<sup>3</sup>. Apesar desses conhecimentos, alguns pediatras continuam a orientar práticas alimentares que podem ter influência negativa no estabelecimento e na manutenção do aleitamento materno. Por exemplo, muitos pediatras prescrevem desnecessariamente fórmulas infantis com o objetivo de suplementar o leite materno; recomendam a introdução dos alimentos complementares antes dos 6 meses. Primeiros passos: moldes de Nutrição para toda a vida Guia Prático de Alimentação – Departamento de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial 27 seis meses; e não valorizam o desmame natural, que costuma ocorrer entre dois e três anos de vida da criança<sup>3</sup>. A amamentação é uma responsabilidade de todos que cercam a mãe lactante

**Legislação da licença maternidade** Na consulta do terceiro mês, muitas mães já perguntam sobre a introdução alimentar, muitas vezes guiadas por sua ansiedade, pela voz das avós (motivadas por condutas antigas) ou mesmo pela preocupação com a proximidade do término da licença maternidade<sup>1</sup>. Cabe a nós pediatras de confiança, orientarmos sobre a atual conduta em manter aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e, somente após essa idade, iniciar a alimentação complementar<sup>1</sup>. A licença-maternidade surgiu no Brasil em 1943 com a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). Inicialmente, o afastamento era de 84 dias, e era pago pelo empregador. Com o passar dos anos, a OIT (Organização Internacional do Trabalho) passou a recomendar que os custos com a licença-maternidade fossem dos sistemas de previdência social. No Brasil, isso ocorreu em 1973. A licença-maternidade de 120 dias, como é hoje, foi garantida pela Constituição Federal, em 1988. A regra geral estabelece os seguintes prazos<sup>2</sup>: • 120 dias no caso de parto; • 120 dias no caso de adoção de menor de idade ou guarda judicial para fins de adoção; • 120 dias no caso de natimorto (morte do feto dentro do útero ou no parto); • 14 dias no caso de aborto espontâneo ou previstos por lei (estupro ou risco de vida para a mãe), a critério do médico. Para trabalhadoras com carteira assinada, se a companhia aderiu ao programa “Empresa Cidadã”, do governo federal, os prazos podem ser prorrogados em 60 dias, totalizando uma licença de 180 dias<sup>2</sup>. I. Primeiros passos: moldes de Nutrição para toda a vida 28 Guia Prático de Alimentação – Departamento de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial No caso de adoção ou guarda judicial, a ampliação da licença depende da idade da criança. Se ela tiver até um ano, a licença de 120 dias aumenta em 60 dias<sup>2</sup>. As mães que retornam ao trabalho e que amamentam nos primeiros seis meses têm direito, por lei, a duas pausas, de meia hora a cada uma, para amamentar, ou sair uma hora mais cedo do trabalho, além da licença maternidade de 120 dias (quatro meses mais ou menos)<sup>3</sup>. Em situações especiais, por motivo de saúde da criança ou da mãe, essa licença poderá ser prorrogada, com atestado médico, por mais duas semanas. Consta da lei de Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) no Artigo 392 e no parágrafo 2º: “Os períodos de repouso, antes e depois do parto, poderão ser aumentados de 2 (duas) semanas cada um, mediante atestado médico”<sup>3</sup>. Os pais têm direito à licença-paternidade de cinco dias, a partir do nascimento do bebê<sup>3</sup>. Uma grande dica que os pediatras podem dar às mães, que estão amamentando, e voltarão ao trabalho no mês seguinte, é estimular a doação do leite materno para os bancos de leite materno<sup>4</sup>. Durante os meses que antecedem o final da licença maternidade, as mães devem doar o leite, aprender a técnica de extração e armazenamento, e quando voltarem ao trabalho, em vez de doar, ela vai guardar leite para seu próprio bebê<sup>4</sup>. Doar leite materno humano é um gesto que salva vidas, inclusive do seu próprio bebê<sup>4</sup>.

**Creche, babá ou casa da avó?** No quarto mês, a maior parte das lactantes retorna ao trabalho externo e necessitarão promover mudanças importantes nas rotinas familiares. Surge a dúvida

sobre a quem delegar os cuidados do bebê: I. Primeiros passos: moldes de Nutrição para toda a vida Guia Prático de Alimentação – Departamento de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial 29 Creche, babá, casa da avó ou de um parente? Pergunta frequente na prática do Pediatra, o termo popular para creche é escolinha, sendo este o primeiro segmento da educação infantil, que foi definido pela Lei de Diretrizes e Bases desde 1995<sup>1</sup>. A resposta sempre será aquela mais adequada à família. O pediatra deverá conhecer os antecedentes pessoais e familiares para ajudar a pensar os prós e os contras de cada situação: Creche x Babá x Parente<sup>1,2</sup>:

- As creches obrigatoriamente devem ter em seu quadro de profissionais um pedagogo, dependendo do seu tamanho uma nutricionista e uma psicóloga, além de mais espaço e opções de brincadeiras do que em casa, ampliando as experiências sensoriais dos bebês.
- Os cuidadores são treinados e capacitados para cuidar da higiene e segurança das crianças, além dos estímulos educacionais de desenvolvimento.
- Na creche se algum funcionário se ausenta não há impacto na rotina da família. A estruturação é feita por uma equipe, o que dificulta a formação de vínculo afetivo com uma única pessoa. Já em casa, se a babá se ausenta ou a avó adoece, a família terá que ter um plano alternativo. Em compensação, os pais sentem-se mais seguros em deixar o bebê com quem conhecem e possuem vínculo familiar.
- A creche e a casa da avó exigem deslocamento diário, enquanto a babá dirige-se ao domicílio da família.
- Na creche há risco maior de adquirir doenças infectocontagiosas, pelo convívio com outras crianças.
- A alimentação na creche tende a ser mais equilibrada do que em casa, pois é supervisionada por uma nutricionista. Em geral, crianças aceitam melhor os alimentos na escola devido à força do grupo.
- Na creche a rotina é idêntica para as crianças, não havendo muito espaço para particularidades. Em casa os horários são mais flexíveis e podemos acompanhar o ritmo natural de cada criança.
- Na creche conseguimos instituir mais limites, ao contrário em casa, principalmente se o cuidador é da família há maior dificuldade em se estabelecer limites o que pode levar a conflitos. Independente da escolha, a família deve ter orientação reforçada para a manutenção do aleitamento materno na presença da mãe, e na sua ausência a do uso do leite materno armazenado. Na impossibilidade da amamentação ou quantidade insuficiente de leite materno, deve-se orientar quanto ao uso de fórmulas infantis próprias para a idade.

Esclarecimento aos pais Na impossibilidade do aleitamento materno, devemos prescrever uma fórmula infantil adequada às necessidades do lactente, conforme recomendado por sociedades científicas nacionais e internacionais (ESPGHAN, AAP e SBP). A OMS considera que as fórmulas infantis são a única alternativa reconhecidamente segura para a nutrição do lactente, caso a amamentação não seja possível. Todas as fórmulas infantis disponíveis no Brasil são consideradas seguras, pois seguem as resoluções da ANVISA (RDC nº 43 e 44 /2011)<sup>3</sup> e é fundamental trazer esta clareza aos pais. A composição das fórmulas infantis no Brasil é estritamente regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)<sup>4,5</sup>, que segue as exigências do Codex Alimentarius. São estabelecidos requisitos mínimos de identidade, qualidade, perfil nutricional e segurança que as fórmulas infantis devem cumprir e sejam designadas como tal em acordo com as necessidades nutricionais específicas de cada faixa etária, sendo elas:

- Fórmulas infantis de partida (para lactentes do nascimento até seis meses)
- Fórmulas infantis de seguimento (para lactentes a partir dos seis meses)
- Fórmulas infantis de primeira infância (para crianças de um a três anos)

Cabe ressaltar que sua composição nutricional deve conter apenas nutrientes que também estão presentes no leite materno e, para obtenção do registro, que autoriza sua comercialização no país, são exigidos laudos analíticos que comprovem a composição descrita, bem como estudos acerca de sua adequação em termos nutricionais, a exemplo do perfil proteico.

Quais as principais diferenças entre as fórmulas? Tendo em vista que toda e qualquer fórmula infantil disponível no mercado brasileiro cumpre com as criteriosas exigências da Anvisa e apresentam em comum as características acima descritas, surge a pergunta: quais seriam então as principais diferenças entre elas? O que devo atentar-me para recomendar a fórmula infantil mais adequada à cada paciente? Basicamente, a resposta está na adição dos ingredientes opcionais que possam exercer benefícios adicionais à saúde do lactente. São eles:

- DHA e ARA são ácidos graxos essenciais que têm papel fundamental na estrutura da membrana

celular da retina e do sistema nervoso central. Recomenda-se que as fórmulas infantis tenham um nível de DHA não ... continuação Fórmula infantil para lactentes Fórmula infantil de seguimento para lactentes e/ou para crianças de 1ª infância Guia Prático de Alimentação – Departamento de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial 33 II. Fórmulas infantis inferior a 0,3% dos ácidos graxos totais, enquanto o teor de ARA deve ser no mínimo equivalente ao de DHA, atendendo a proporção ARA:DHA de 1:1 a 2:1.7 • Nucleotídeos são associados a efeitos positivos no trato gastrointestinal, microbiota e na resposta imunitária. Uma vez que podem ser sintetizados a partir de aminoácidos precursores em lactentes saudáveis a termo, os nucleotídeos são considerados condicionalmente essenciais e, portanto, de particular importância quando há a presença de comorbidades, limitação da ingestão de nutrientes ou alteração da capacidade de síntese; condições estas frequentes no bebê prematuro.8-10 • Oligossacarídeos do leite humano sintéticos (HMO ou OLH) são prolongamentos do açúcar do leite, a lactose, com combinações de galactose, N-acetilglicosamina, fucose e/ou ácido siálico. São componentes biologicamente ativos com efeito prebiótico que modulam de forma benéfica a microbiota do lactente, e, portanto, o desenvolvimento do intestino e sistema imunológico.11-13 • Fibras prebióticas são carboidratos não-digeríveis (GOS – Galacto-oligosacarídeos / FOS – Fruto-oligosacarídeos/ PDX – Polidextrose) adicionados às fórmulas infantis que apresentam efeito benéfico na microbiota ao estimular o crescimento e/ou atividade de um grupo de bactérias no cólon associados a desfechos positivos à saúde do indivíduo, em especial na digestão e modulação do sistema imunológico.14-16 • Probióticos são microrganismos vivos capazes de alcançar o trato gastrointestinal e alterar a composição da microbiota, produzindo efeitos benéficos à saúde quando consumidos em quantidades adequadas. • MFGM (Milk Fat Globule Membrane ou Membrana do Glóbulo de Gordura do Leite) é uma membrana de tripla camada encontrada em cada gota de gordura do leite. Nela estão presentes uma série de compostos bioativos que exercem efeito benéfico na imunidade, saúde digestiva e neurodesenvolvimento.17-23 Na impossibilidade do leite materno humano, a substituição correta contribui para a programação metabólica da criança e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.

Ferro A anemia por deficiência de ferro é a mais comum das carências nutricionais, com maior prevalência em crianças, principalmente nos países em desenvolvimento. Aquelas com idade entre seis e 24 meses apresentam risco duas vezes maior para desenvolver a doença do que aquelas entre 25 e 60 meses. Considerada um sério problema de saúde pública, a anemia pode prejudicar o desenvolvimento mental e psicomotor, causar aumento das morbidades e mortalidade materna e infantil, além da queda no desempenho do indivíduo no trabalho e redução da resistência às infecções. A prevenção da anemia em âmbito coletivo deve ser realizada pela manutenção das políticas públicas revisadas de proteção ao aleitamento materno e suplementação profilática na gestante, lactante e no lactente, reforço da consulta pediátrica durante o pré-natal, estímulo aos testes de triagem neonatal para análise de outras causas da anemia, clampeamento tardio e adequado do cordão umbilical após o parto, orientações adequadas para alimentação complementar do lactente e uso adequado de fórmulas infantis com a recomendação do leite de vaca in natura somente após os dois anos de idade. Os primeiros 1.000 dias (da concepção até dois anos de vida) são considerados um período crítico para o crescimento e o desenvolvimento, sendo susceptíveis às deficiências nutricionais, que podem comprometer o sistema nervoso central. O ferro é um dos principais nutrientes essenciais para mielinização e para a formação estrutural e funcional das vias neurotransmissoras. Além disso, participa do metabolismo energético do hipocampo e do crescimento da rede neuronal.

A recomendação de suplementação preventiva pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) para recém-nascido a termo, de peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno, é de 1 mg de ferro elementar/kg de peso/dia a partir do terceiro mês até o 24º mês de vida. Os Departamentos de Nutrologia e de Hematologia e Hemoterapia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), o Departamento de Nutrição Infantil da Sociedade de Pediatria de São Paulo e o Centro de Excelência em Nutrição e Dificuldades Alimentares (CENDA) Instituto PENSI (Fundação José Luiz Egydio Setúbal) uniram-se para atualizar o documento “Consenso sobre anemia ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica”, publicado em 2018 pela SBP, resumidos nos Quadros 1 e 2.

Grupos de risco • Quando há depleção dos depósitos ao nascimento: deficiência de ferro na gestação e doenças maternas como hipertensão arterial e diabetes mellitus, baixo peso ao nascer e prematuridade (ausência de acúmulo fetal), clampeamento precoce do cordão umbilical; • Na infância (a faixa etária mais vulnerável são as crianças menores de 5 anos) e adolescência: interrupção precoce do aleitamento materno, baixo nível socioeconômico, fraco vínculo mãe-filho, consumo inadequado de alimentos fonte (consumo de leite de vaca em menores de 1 ano de idade e nas dietas restritivas como vegetarianismo) Prevenção da deficiência de ferro e anemia: educação alimentar e nutricional com estímulo ao acesso à alimentação adequada, promoção do aleitamento materno exclusivo e prolongado, e do consumo de alimentos fontes de ferro, bem como Guia Prático de Alimentação – Departamento de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial 39 de alimentos que aumentam sua biodisponibilidade e absorção na introdução de alimentos complementares.

Fatores que aumentam a absorção do ferro: vitamina C, frutose, carotenoides, aminoácidos Fatores que diminuem a absorção do ferro: fitato, oxalato, cafeína, cálcio, taninos, fosfato As manifestações clínicas da deficiência de ferro ocorrem nos três estágios da doença, a saber: depleção dos estoques de ferro, deficiência de ferro sem anemia e anemia ferropriva, na qual as repercussões clínicas mais frequentes são palidez, apatia, cansaço e irritabilidade.

O planejamento do tratamento da anemia ferropriva deve ser pautado na confirmação diagnóstica e identificação da etiologia da anemia, seguida pela correção da causa primária, tratamento com ferro oral (dose de 3 a 6 mg de ferro elementar/kg/dia), fracionado ou em dose única, antes das refeições, por seis meses e a confirmação do sucesso terapêutico com a normalização da Hb, do VCM, do HCM, do ferro sérico, da saturação da transferrina e da ferritina sérica. III. Suplementação de vitaminas e minerais no primeiro ano de vida para recém-nascidos a termo Guia Prático de Alimentação – Departamento de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial 41 Sais de ferro disponíveis: • Sulfato ferroso, fumarato ferroso e gluconato ferroso. Devem ser administrados longe das refeições, em jejum, uma hora antes das refeições ou antes de dormir. Produzem efeitos adversos como epigastralgia, diarreia ou constipação, escurece os dentes. • Sais férricos e aminoquelatos: ferro polimaltosado, ferro aminoquelado, EDTA e ferro carbonila podem ser administrados junto às refeições. Sem efeitos adversos. 2. Vitamina D e cálcio A exposição solar corresponde a 90% das necessidades da vitamina no organismo e as fontes alimentares em geral suprem 10% delas. O leite humano possui quantidade insuficiente para suprir as necessidades do lactente (1 litro = 20 a 40 UI), e, apesar de vivermos em um país tropical, a poluição ambiental, a neblina, o inverno, o hábito de manter as crianças vestidas e dentro de casa aumentam o risco de deficiência. Para garantir o aporte adequado desta vitamina e evitar sua deficiência a SBP recomenda a suplementação nos primeiros dois anos de vida, mesmo para crianças em aleitamento materno exclusivo. • 400 UI por dia a partir da primeira semana de vida até completar um ano de idade. • 600 UI por dia de um ano até completar dois anos de idade. Continuar a suplementação de vitamina D, nos grupos de riscos mostrados no Quadro 4. A avaliação do estado nutricional da vitamina D é feita pela dosagem da 25-OH-vitamina D (calcidiol), a forma mais abundante e de depósito da vitamina D, e que tem meia vida de 2-3 semanas. Não existe consenso sobre o ponto de corte (cutt off value) que defina a suficiência, insuficiência ou deficiência da vitamina D. Esses valores são baseados em estudos populacionais que avaliaram quais valores de 25-OH- -vitamina D se associam à elevação da

fosfatase alcalina, aumento do PTH e dos marcadores de remodelação óssea, indicando alteração na homeostasia do cálcio e deficiência da mineralização óssea. Os três critérios mais utilizados para avaliar o status da 25-OH-vitamina D são os das American Academy of Pediatrics, Endocrine Society Clinical Practice Guideline, e o recente Global Consensus for Nutritional Rickets, que representam as recomendações de 11 associações médicas internacionais. Por esses critérios, a definição de hipovitaminose D pode variar de inferior a 12ng/mL a inferior a 29 ng/mL.

Fontes alimentares de Cálcio: leite e derivados (queijos e iogurtes) são as principais fontes. As fontes vegetais podem ter menor biodisponibilidade em decorrência de fatores interferentes como o ácido oxálico (presente no espinafre, batata doce, couve e feijão) e o ácido fítico, presente no feijão, soja, cereais integrais).

Toxicidade: os efeitos do consumo excessivo de cálcio são a litíase renal e a interação com absorção de outros nutrientes como ferro, magnésio, fósforo e zinco. A toxicidade da vitamina D pode se manifestar como cefaleia, náuseas, dor abdominal e calcificações extra-ósseas (renal).

3. Vitamina A: No Brasil, a deficiência de vitamina A é considerada um problema moderado de saúde pública, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a prevalência está entre 10% e 20%, sobretudo na região Nordeste e em alguns locais das regiões Sudeste e Norte. A vitamina A é encontrada sob a forma de retinol em alimentos de origem animal e sob a forma de carotenoides nos vegetais, sendo o  $\beta$ -caroteno o mais importante quantitativamente. As principais fontes são: vísceras (principalmente fígado); gemas de ovos; leite integral e seus derivados (manteiga e queijo); frutas e legumes amarelos e alaranjados e vegetais verde-escuros (manga, mamão, cajá, caju maduro, goiaba vermelha, abóbora/jerimum, cenoura, acelga, espinafre, chicória, couve e salsa); e alguns frutos de palmeira e seus óleos (dendê, buriti, pequi, pupunha e tucumã). A OMS recomenda a administração de suplementos de vitamina A para prevenir a carência, a xeroftalmia e a cegueira de origem nutricional em crianças de seis a 59 meses. O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A foi instituído em maio de 2005 e contempla as regiões Norte, Nordeste, áreas de risco do Estado de Minas Gerais, São Paulo e municípios de várias regiões do país que aderiram ao programa. Entre as medidas de prevenção destacam-se a promoção do aleitamento materno, o consumo regular de alimentos ricos nesta III. Suplementação de vitaminas e minerais no primeiro ano de vida para recém-nascidos a termo

Guia Prático de Alimentação – Departamento de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial

45 vitamina, e a suplementação com megadoses de vitamina A em crianças de seis a 59 meses nas unidades básicas de saúde. É importante identificar as crianças em risco para deficiência de vitamina A pela anamnese alimentar, e as que não recebem outro suplemento vitamínico com esta vitamina associada, para não causar hipervitaminose.

– Crianças de 6 a 11 meses: 100.000 UI a cada 6 meses – Crianças de 12 a 59 meses: 200.000 UI a cada 6 meses

4. Zinco O zinco é o segundo oligoelemento mais abundante no organismo, após o ferro. O conteúdo de zinco no organismo humano varia de 1,5 a 2,5 g, sendo que 95% são encontrados dentro das células, especialmente músculo e ossos. Participa de inúmeras funções metabólicas como cofator enzimático além de funções estruturais e regulatórias. Grupos de risco para deficiência:

- Quando há diminuição da ingestão (principal causa da deficiência): nas dietas restritivas, nos vegetarianos e diminuição da absorção: interação nutriente-nutriente
- Doenças que cursam com má absorção intestinal: diarreia crônica, síndrome do Intestino curto, fibrose cística, doença celíaca.
- Nas situações que cursam com perdas excessivas: queimaduras, doenças renais, doenças hepáticas, perdas sanguíneas, diarreia, parasitose intestinal,
- Nas condições de maior demanda: gestação, lactação, nos prematuros.
- Uso de medicamentos: valproato e diuréticos tiazídicos e de alça.

Diagnóstico: O exame mais recomendado é a dosagem do zinco plasmático, que sofre variações de acordo com a idade, o sexo, o uso de medicamentos e a presença de inflamação. É recomendado associar a concentração plasmática de zinco ao consumo alimentar e a parâmetros antropométricos como a relação Estatura/idade (marcador funcional da inadequação de zinco quando < z score -2).

Quando suplementar Em casos de perdas como na diarreia (crônica e aguda), nas situações de risco como listado acima e quando há evidência laboratorial de deficiência. A dose varia de 0,5 a 1 mg/kg/dia de zinco elementar por três a quatro meses, sendo que o tempo e as doses podem variar de acordo com a condição clínica. Nas preparações comerciais o zinco pode estar ligado a um sal, como sulfato ou a um aminoácido como a glicina, sendo que este último apresenta maior biodisponibilidade.

5. Vitamina B12 Também denominada cobalamina, é uma vitamina hidrossolúvel, produzida por bactérias que habitam o tubo digestivo dos animais e que é obtida através de fontes alimentares de origem animal. É cofator enzimático de enzimas envolvidas no metabolismo de lipídeos, aminoácidos e outros processos importantes, como na síntese dos ácidos nucleicos, da mielina e nas reações de metilação no organismo. Grupos de risco: • Vegetarianos estritos, lactentes de mães vegetarianas estritas que não recebem suplementação • Ressecção ileal: síndrome do intestino curto; doenças que cursam com má absorção (Doença de Crohn, Doença celíaca) • Anemia perniciosa, cirurgia bariátrica, gastrite; • Medicamentos: metformina, neomicina, cimetidina, bloqueadores H<sub>2</sub> Manifestações clínicas: • Podem estar ausentes nas fases iniciais de deficiência. • Anemia megaloblástica III. Suplementação de vitaminas e minerais no primeiro ano de vida para recém-nascidos a termo Guia Prático de Alimentação – Departamento de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial 47 • Alterações neurológicas: neuropatia periférica, arreflexia, tremores, hipotonia, ataxia, irritabilidade, apatia e fraqueza. • Na gestação e lactação: defeitos do tubo neural, atraso no desenvolvimento, hipotonia, ataxia e anemia. Diagnóstico: • Hemograma: macrocitose (VCM > 90 fL), leucopenia e/ou trombocitopenia. • Dosagem sérica de B12\* e da Holo-TC (vitamina B12 ativa) • Dosagem de ácido fólico: pode estar normal ou aumentado. • Dosagem de ácido metilmalônico (AMM) e homocisteína: auxilia na diferenciação entre deficiência de folato e B12. Na deficiência de B12 está aumentado e na deficiência de folato normal, enquanto a homocisteína está aumentada na deficiência de ambos. \* Concentrações falsamente baixas: deficiência de folato, gravidez, mieloma múltiplo Concentrações falsamente normais: doenças mieloproliferativas crônicas, hepatopatias, deficiência congênita do transportador TCII. Como e quando suplementar? • Via oral: • Na deficiência: cianocobalamina ou metilcobalamina na dose de 50 a 150 µg/dia; quando há comprometimento neurológico grave e má absorção intestinal considerar a administração intramuscular. • Suplementação: Nas crianças vegetarianas estritas: 5 µg/dia e nas Gestantes e lactantes vegetarianas estritas: 50 µg/dia

A vitamina B12 está presente em boas quantidades nos alimentos de origem animal. Cereais enriquecidos com B12 podem ser fonte alimentar para indivíduos que não consomem este grupo de alimentos. Toxicidade: até o momento não existem relatos de efeitos adversos. III. Suplementação de vitaminas e minerais no primeiro ano de vida para recém-nascidos a termo Guia Prático de Alimentação – Departamento de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial 49 6. Suplementação para vegetariano: Considera-se vegetariano aquele indivíduo que exclui de sua alimentação todos os tipos de carne, aves, peixes e seus derivados, podendo ou não utilizar laticínios ou ovos. O indivíduo que segue a dieta vegetariana pode ser classificado de acordo com o consumo de subprodutos animais (ovos e laticínios): • Ovolactovegetariano: utiliza ovos, leite e laticínios na alimentação. • Lactovegetariano: não utiliza ovos, mas faz uso de leite e laticínios. • Ovovegetariano: não utiliza laticínios, mas consome ovos. • Vegetariano: não utiliza nenhum derivado animal na sua alimentação. • Vegano: não utiliza qualquer alimento derivado de animal na sua alimentação e nem produtos ou roupas contendo estes alimentos, nem qualquer diversão que seja às custas de exposição animal (zoológicos, aquários). Pesquisa do Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE) de outubro de 2012 revelou que 15,2 milhões de brasileiros se declararam vegetarianos, o que corresponde a 8% da população brasileira com mais de 18 anos<sup>3</sup>. No Canadá, dados de 2002 revelaram que 4% dos adultos optaram pelo vegetarianismo como estilo de vida mais saudável e, nos Estados Unidos da América, 2% da população de 6 a 17 anos são vegetarianos. As dietas vegetarianas fornecem em geral quantidades energéticas menores por refeição e proporção de gordura saturada, além de maior teor de fibras, frutas e vegetais. Deve-se

considerar também que quem adota esta dieta, em geral, também evita fumo, álcool, drogas e pratica atividade física regular. Por outro lado, o não consumo de alimentos de origem animal e laticínios podem contribuir para menor ingestão de ferro, vitamina B12, cálcio e zinco. As principais fontes de vitamina B12 são as proteínas animais (carnes vermelhas, peixes, ovos e vísceras) e em menor quantidade laticínios. Nas famílias que excluem estes alimentos da dieta indica-se a suplementação desta vitamina para a mãe que amamenta e para o lactente. – Lactantes 50 mcg/dia. – Lactentes 5 mcg/dia. As carnes também são as principais fontes, além de apresentarem melhor biodisponibilidade do ferro e do zinco. No caso dos vegetarianos é preciso orientar outras fontes e repor para não que não haja risco de anemia ferropriva ou deficiência grave de zinco. Reposição de zinco 2 mg/kg/dia (max 20 mg/dia). Na maioria dos casos, só a orientação nutricional não é suficiente, sendo necessária a suplementação com os nutrientes em risco de deficiência como: cálcio (25 a 100 mg/kg/dia; máximo 800 a 1200 mg/dia: carbonato de cálcio 1.000 mg contém 400 mg de cálcio elementar), ferro, zinco, vitaminas D, B1, B2, B6, B12 e DHA.

Os pediatras que atendem este grupo de pacientes – filhos de pais vegetarianos, adolescentes vegetarianos, e famílias vegetarianas – devem estar bem informados sobre o vegetarianismo e atentos ao consumo adequado de macro e micronutrientes, com o objetivo de evitar a deficiência de nutrientes importantes e suas repercussões na saúde em curto e longo prazos.

#### Orientando a alimentação complementar

É consenso que o aleitamento materno é a base da alimentação e deve ser oferecido de forma exclusiva nos primeiros seis meses de vida e continuado pelo menos até o segundo ano ou mais, se possível. Na impossibilidade do aleitamento natural no primeiro ano de vida, sem possibilidade de relactação, há indicação de uso de fórmulas lácteas infantis, não sendo considerada adequada a introdução de leite de vaca não modificado, nesta faixa etária. Esta indicação está respaldada por estudos científicos que evidenciam a inadequação do leite de vaca integral no primeiro ano (excesso de proteína, sódio, potássio e cloro, além de falta de vitaminas, de ferro, e de ácidos graxos poli- -insaturados de cadeias longas (L-PUFAS que são precursoras do ômega 3 e 6). O excesso de proteína está associado a maior carga de soluto renal, a alterações da microbiota intestinal, e ao aumento da prevalência da obesidade<sup>1</sup>. As recomendações do Codex Alimentarius referentes às fórmulas infantis<sup>6</sup> são bem reconhecidas nacional e internacionalmente, e atualizadas, consecutivamente, com o decorrer do surgimento de novos conhecimentos acerca da temática. Nas últimas décadas, o conhecimento em nutrição infantil evoluiu consideravelmente e, com isto, a sedimentação dos benefícios do leite materno e da inadequação do leite de vaca integral (LVI). Há evidências irrefutáveis de que, diante da impossibilidade do aleitamento materno, as fórmulas estão associadas com melhor desenvolvimento do cérebro, do intestino e do sistema imunológico<sup>6,7</sup>, quando comparados ao uso do LVI (modificado ou não modificado). O objetivo da alimentação do lactente não é mimetizar o leite materno, pois este é qualitativamente incomparável, mas sim fazer com que a alimentação se aproxime dos efeitos e benefícios funcionais que o leite materno oferece<sup>7</sup>. Embora haja algumas recomendações para o início da alimentação complementar entre os quatro e seis meses de idade, o Departamento de Nutrologia da SBP recomenda que esta introdução seja feita preferencialmente aos seis meses, quando o desenvolvimento neuropsicomotor e os sistemas digestivo e renal estão plenamente prontos para receber alimentos diferente da alimentação líquida que estava recebendo. Esta recomendação se mantém mesmo para as crianças que não estão em uso de leite materno.

Apesar de a alimentação variar enormemente, o leite materno, surpreendentemente, apresenta composição semelhante para todas as mulheres que amamentam do mundo. Apenas as com desnutrição grave podem ter o seu leite afetado na sua qualidade e quantidade. Nos primeiros dias, o leite materno é chamado colostro, que contém mais proteínas e menos gorduras do que o leite maduro, ou seja, o leite secretado a partir do sétimo ao décimo dia pós-parto. O leite de mães de recém-nascidos prematuros é diferente do de mães de bebês a termo. Veja na



Tabela 1 as diferenças entre colostro e leite maduro, entre o leite de mães de prematuros e de bebês a termo e entre o leite materno e o leite de vaca. Este tem muito mais proteínas que o leite humano e essas proteínas são diferentes das do leite materno. A principal proteína do leite materno é a lactoalbumina e a do leite de vaca é a caseína, de difícil digestão para a espécie humana.

A concentração de gordura no leite aumenta no decorrer de uma mamada. Assim, o leite do final da mamada (chamado leite posterior) é mais rico em energia (calorias) e sacia melhor a criança, daí a importância de a criança esvaziar bem a mama. O leite humano possui numerosos fatores imunológicos que protegem a criança contra infecções. A IgA secretória é o principal anticorpo, atuando contra microorganismos presentes nas superfícies mucosas. Os anticorpos IgA no leite humano são um reflexo dos antígenos entéricos e respiratórios da mãe, ou seja, ela produz anticorpos contra agentes infecciosos com os quais já teve contato, proporcionando, dessa maneira, proteção à criança contra os germes prevalentes no meio em que a mãe vive. A concentração de IgA no leite materno diminui ao longo do primeiro mês, permanecendo relativamente constante a partir de então. Além da IgA, o leite materno contém outros fatores de proteção, tais como anticorpos IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisosima e fator bifido. Este favorece o crescimento do *Lactobacillus bifidus*, uma bactéria não patogênica que acidifica as fezes, dificultando a instalação de bactérias que causam diarreia, tais como *Shigella*, *Salmonella* e *Escherichia coli*. Alguns dos fatores de proteção do leite materno são total ou parcialmente destruídos pelo calor, razão pela qual o leite humano pasteurizado (submetido a uma temperatura de 62,5 °C por 30 minutos) não tem o mesmo valor biológico que o leite cru.

#### TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO

Apesar de a sucção do bebê ser um ato reflexo, ele precisa aprender a retirar o leite do peito de forma eficiente. Quando o bebê pega a mama adequadamente – o que requer uma abertura ampla da boca, abocanhando não apenas o mamilo, mas também parte da aréola –, forma-se um lacre perfeito entre a boca e a mama, garantindo a formação do vácuo, indispensável para que o mamilo e a aréola se mantenham dentro da boca do bebê. A língua eleva suas bordas laterais e a ponta, formando uma concha (canolamento) que leva o leite até a faringe posterior e esôfago, ativando o reflexo de deglutição. A retirada do leite (ordenha) é feita pela língua, graças a um movimento peristáltico rítmico da ponta da língua para trás, que comprime suavemente o mamilo. Enquanto mama no peito, o bebê respira pelo nariz, estabelecendo o padrão normal de respiração nasal. O ciclo de movimentos mandibulares (para baixo, para a frente, para cima e para trás) promove o crescimento harmônico da face do bebê. A técnica de amamentação, ou seja, a maneira como a dupla mãe/bebê se posiciona para amamentar/mamar e a pega/sucção do bebê são muito importantes para que o bebê consiga retirar, de maneira eficiente, o leite da mama e para não machucar os mamilos. Uma posição inadequada da mãe e/ou do bebê na amamentação dificulta o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao mamilo e à aréola, resultando no que se denomina de “má pega”. A má pega dificulta o esvaziamento da mama, levando a uma diminuição da produção do leite. Muitas vezes, o bebê com pega inadequada não ganha o peso esperado apesar de permanecer longo tempo no peito. Isso ocorre porque, nessa situação, ele é capaz de obter o leite anterior, mas tem dificuldade de retirar o leite posterior, mais calórico. Além de dificultar a retirada do leite, a má pega machuca os mamilos. Quando o bebê tem uma boa pega, o mamilo fica em uma posição dentro da boca da criança que o protege da fricção e compressão, prevenindo, assim, lesões mamilares. Todo profissional de saúde que faz assistência a mães e bebês deve saber observar criticamente uma mamada. A seguir são apresentados os diversos itens que os profissionais de saúde devem conferir na observação de uma mamada:

As roupas da mãe e do bebê são adequadas, sem restringir movimentos? Recomenda-se que as mamas estejam completamente expostas, sempre que possível, e o bebê vestido de maneira que os braços fiquem livres. • A mãe está confortavelmente posicionada, relaxada, bem apoiada, não curvada para trás nem para a frente? O apoio dos pés acima do nível do chão é

aconselhável (uma banquetinha pode ser útil). • O corpo do bebê se encontra bem próximo do da mãe, todo voltado para ela, barriga com barriga? • O corpo e a cabeça do bebê estão alinhados (pescoço não torcido)? • O braço inferior do bebê está posicionado de maneira que não fiquem entre o corpo do bebê e o corpo da mãe? • O corpo do bebê está curvado sobre a mãe, com as nádegas firmemente apoiadas? • O pescoço do bebê está levemente estendido? • A mãe segura a mama de maneira que a aréola fique livre? Não se recomenda que os dedos da mãe sejam colocados em forma de tesoura, pois dessa maneira podem servir de obstáculo entre a boca do bebê e a aréola. • A cabeça do bebê está no mesmo nível da mama, com o nariz na altura do mamilo? • A mãe espera o bebê abrir bem a boca e abaixar a língua antes de colocá-lo no peito? • O bebê abocanha, além do mamilo, parte da aréola (aproximadamente 2cm além do mamilo)? É importante lembrar que o bebê retira o leite comprimindo os seios lactíferos com as gengivas e a língua. • O queixo do bebê toca a mama? • As narinas do bebê estão livres? • O bebê mantém a boca bem aberta colada na mama, sem apertar os lábios? • Os lábios do bebê estão curvados para fora, formando um lacre? Para visualizar o lábio inferior do bebê, muitas vezes é necessário pressionar a mama com as mãos. • A língua do bebê encontra-se sobre a gengiva inferior? Algumas vezes a língua é visível; no entanto, na maioria das vezes, é necessário abaixar suavemente o lábio inferior para visualizar a língua. • A língua do bebê está curvada para cima nas bordas laterais? • O bebê mantém-se fixado à mama, sem escorregar ou largar o mamilo? • As mandíbulas do bebê estão se movimentando? • A deglutição é visível e/ou audível?

É sempre útil lembrar a mãe de que é o bebê que vai à mama e não a mama que vai ao bebê. Para isso, a mãe pode, com um rápido movimento, levar o bebê ao peito quando ambos estiverem prontos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca quatro pontos-chave que caracterizam o posicionamento e pega adequados: Pontos-chave do posicionamento adequado 1. Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo; 2. Corpo do bebê próximo ao da mãe; 3. Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido); 4. Bebê bem apoiado. Pontos-chave da pega adequada 1. Mais aréola visível acima da boca do bebê; 2. Boca bem aberta; 3. Lábio inferior virado para fora; 4. Queixo tocando a mama.

Os seguintes sinais são indicativos de técnica inadequada de amamentação: • Bochechas do bebê encovadas a cada sucção; • Ruídos da língua; • Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada;

Mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama; • Dor na amamentação; Quando a mama está muito cheia, a aréola pode estar tensa, endurecida, dificultando a pega. Em tais casos, recomenda-se, antes da mamada, retirar manualmente um pouco de leite da aréola ingurgitada.

## **Mastoplastia e amamentação**

Quais as indicações para uma cirurgia de redução de mamas?

Em primeiro lugar, é preciso considerar que existem dois motivos principais para uma mulher fazer uma cirurgia de redução de mamas (chamada de “mastoplastia redutora”): por questões de saúde ou por estética. Algumas mulheres têm mamas muito grandes, pesadas, que podem causar dores nas costas, pescoço e cabeça, além de problemas respiratórios, circulatórios ou mesmo ter efeito na sua imagem corporal e autoestima. Para segurar mamas muito volumosas, os sutiãs podem machucar ou irritar a pele. Essa seria uma indicação médica para uma cirurgia de redução de mamas. Atualmente, no entanto, talvez o principal motivo para fazer cirurgia de redução de mamas seja melhorar a estética.

Estou pensando em fazer cirurgia para diminuir as mamas. Isso atrapalha a amamentação?

Isso vai depender de alguns fatores, como a técnica utilizada, a perícia do cirurgião e o volume de mama retirado. A técnica mais utilizada atualmente não corta a aréola e o mamilo, protegendo mais a função da mama para a amamentação. A técnica que corta a aréola com o mamilo para mudá-los de posição interfere mais.

Quer dizer, então, que se eu fizer cirurgia de redução de mamas é possível que meu leite não seja suficiente?

Sim. É preciso avaliar cada caso em particular, fazendo especialmente o acompanhamento periódico com seu pediatra para verificar se o ganho de peso e crescimento da criança estão adequados. Logo após iniciar a amamentação, não é possível afirmar se a criança irá apresentar o ganho de peso esperado para os primeiros seis meses em amamentação exclusiva. Algumas mulheres conseguem amamentar exclusivamente e de forma bem-sucedida seus filhos até o sexto mês. Para outras, caso a criança não ganhe peso conforme o esperado, eventualmente poderá ser necessário oferecer outro tipo de leite, usando técnicas de suplementação adequadas, para garantir a oferta de nutrientes em volume suficiente para atender as necessidades da criança.

O que devo fazer se eu optar pela cirurgia?

Antes de tomar a decisão de se submeter a uma cirurgia de redução de mamas, é importante que a mulher analise com tranquilidade sua opção, avaliando possíveis riscos para uma amamentação bem-sucedida e em que momento de sua vida irá realizar o procedimento. Atualmente, com maior acesso e publicidade sobre esse tipo de cirurgia, muitas mulheres realizam o procedimento ainda muito jovens, até mesmo antes de engravidarem, sem considerar a possibilidade de possíveis impactos que sua decisão poderá ter na amamentação de seus filhos futuramente. Também é aconselhável buscar orientação de profissionais qualificados sobre quais as técnicas que serão empregadas e quais seus possíveis efeitos na duração e efetividade da amamentação.

### **O aleitamento materno e a volta ao trabalho e à escola**

É possível conciliar amamentação e trabalho?

Sim, é possível conciliar a amamentação com o trabalho. Para facilitar esse processo, a mulher deve estar atenta aos seus direitos, previstos em lei. Há uma série de normas que a protegem, as quais ela deve conhecer e lançar mão, se necessário. Da mesma forma, pode colocar em prática algumas dicas simples, que tornarão esse ato bem mais tranquilo para ela e seu bebê. No entanto, em meio a tudo isso, a mulher que amamenta nunca deve esquecer que é fundamental para a saúde da criança alimentá-la exclusivamente no seio até os seis meses, assim como garantir que possa prosseguir mamando até pelo menos os dois anos.

Como usar as normas para facilitar o aleitamento?

Na legislação, há regras que protegem a mãe trabalhadora que amamenta. Por isso, recomenda-se conhecer essas leis ou pedir o suporte de quem pode dar uma orientação adequada sobre elas, utilizando-as em seu benefício e de sua criança. Por exemplo, a mulher pode tirar a licença o mais próximo possível da data prevista para o parto, uma vez que a licença poderá ocorrer entre o 28º dia antes do parto e a ocorrência deste. Além disso, pode usufruir dos 120 dias de licença maternidade, sem prejuízo do emprego ou salário (garantido até os cinco meses após o parto). Também pode acumular com esse período suas férias, que, assim, se somarão aos quatro meses de licença-maternidade previstos em lei.

A mulher pode recorrer a outros caminhos legais para exercer o direito de amamentar?

Sim, há algumas possibilidades. A licença poderá ser ampliada em duas semanas, mediante a apresentação de atestado médico, com o objetivo de garantir a amamentação exclusiva. Por sua vez, as servidoras públicas e as funcionárias de empresas que aderiram programa “Empresa Cidadã” podem pedir a prorrogação da licença-maternidade por 60 dias, permitida às servidoras públicas e às funcionárias de empresas que aderirem ao programa. Para tanto, é recomendável se informar com antecedência para tomar as providências no momento certo.

Além das regras legais, o que mais pode ser negociado com os empregadores?

Na rotina, a mulher que amamenta pode lançar mão de alguns recursos simples: além do intervalo do almoço, usufruir do direito de dois descansos por dia (de meia hora cada um) para amamentar seu filho. Caso você more longe do trabalho, pense na possibilidade de pessoa que cuida do bebê levá-lo até você. Há também a hipótese de negociar com seu chefe ou empregador para, em substituição às pausas, entrar uma hora mais tarde ou sair uma hora mais cedo do trabalho para amamentar. Abaixo, são destacadas algumas dessas e outras possibilidades:

Negociar fazer parte de suas tarefas de trabalho ou de escola em casa (home office);

Assumir o trabalho em meio período, reduzindo a jornada diária;

Levar o bebê para o trabalho, caso a empresa permita, pois algumas empresas dispõem de creche;

Negociar um horário mais flexível, a ser compensado futuramente, em períodos de férias;

Aproveitar os períodos que estiver em casa para amamentar com frequência, inclusive à noite.

As mulheres que estudam também contam com regras que facilitam o aleitamento materno?

Sim. As estudantes estão amparadas pela Lei nº 6202/1979, que permite a obtenção de suas notas com trabalhos realizados em casa. Também lhes é garantido o direito de lactantes e lactentes à amamentação nas áreas de livre acesso ao público ou de uso coletivo nas instituições do sistema federal de ensino, especificadas no art. 16 da Lei nº 9.394, de 1996. Ou seja, é permitido amamentar um bebê independentemente de existir ou não locais, equipamentos ou instalações reservadas para esse fim.

Existe forma de garantir o aleitamento, mesmo sem estar presente?

Sim, um caminho é fazer um estoque de leite materno (começando a colhê-lo 15 dias antes do retorno ao trabalho), o que garantirá volume suficiente, sem desperdício, para atender as necessidades da criança. Com esse propósito, a mulher deve fazer da seguinte forma: sempre que o seio estiver cheio e não existir a possibilidade de oferecê-lo ao bebê, ela deve retirar o leite (de preferência de forma manual ou com a bombinha apropriada). Ao esvaziar as mamas, será estimulada a produção de leite.

Há como retirar leite no local de trabalho?

Sim, é possível. Caso no local de trabalho exista uma sala de apoio à amamentação, onde essa tarefa poderá ser executada com os cuidados higiênicos necessários, a mulher poderá guardar o leite no congelador para depois oferecer ao bebê. Para aprender a técnica correta da ordenha e de estoque, veja a seção “Como colher e estocar o leite materno” neste mesmo site. Caso não haja esta estrutura, é melhor desprezar o leite no banheiro. A segurança alimentar é um aspecto importante que jamais deve ser ignorado.

Onde encontrar outras informações sobre o tema?

Para saber mais sobre o assunto, acesse o Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê, elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Unicef ([https://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_guiagestantebebe.pdf](https://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf)). Também visite o seguinte endereço eletrônico, onde há outros dados sobre as leis que protegem a mãe que amamenta e estuda: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=64361-portaria-aleitamento-1105-pdf&category\\_slug=maio-2017-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=64361-portaria-aleitamento-1105-pdf&category_slug=maio-2017-pdf&Itemid=30192)

### **O uso de adoçantes é seguro na amamentação?**

Por que essa preocupação?

O sobrepeso e a obesidade avançam no Brasil, motivo de grande preocupação. Entre os grupos de pessoas que se incomodam com o ganho de peso, as nutrízes ocupam posição importante,

pois desejam retornar ao peso anterior à gestação. Nesta fase o recém-nascido necessita do leite materno para garantir o seu bom crescimento e desenvolvimento. E, as restrições alimentares na dieta materna são motivos de dúvidas e controvérsias.

Por que usar adoçantes?

É uma forma de controle e restrição do açúcar consumido em nosso dia-a-dia, inclusive na ingestão de produtos light, diet ou zero, como refrigerantes, doces e outros alimentos. Aliás, hoje, os adoçantes ou edulcorantes artificiais estão presentes em grande parte dos lares, bares e restaurantes brasileiros. Cria-se, assim, a ilusão do controle do sobrepeso e da obesidade através da troca das calorias do açúcar pela “não-caloria” dos adoçantes.

Quais são os adoçantes liberados no Brasil?

Os principais adoçantes aprovados para uso no Brasil são: ciclamato (antes da década de 1960); sacarina, descoberta em 1879; acessulfame de potássio, aprovado em 1988 e a partir de 2003 de forma mais geral; sucralose, aprovado em 1999; aspartame, aprovado em 1981; neotame, derivado químico do aspartame aprovado em 2002 e estévia aprovado em 2008.

Mas, os adoçantes são seguros?

Apesar de alguns já terem mais de 30 anos de uso, ainda se discute sobre os possíveis efeitos colaterais, como dor de cabeça, mal-estar, alterações de humor e diarreia. Em animais, estudos mostraram risco de desenvolvimento de câncer, que não foi comprovado em humanos.

Isso fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) limitassem as quantidades diárias de consumo dos adoçantes artificiais, mesmo com as dificuldades de cálculo de quantidades presentes em alimentos ultraprocessados, prontos para uso.

Mas, os adoçantes são recomendados durante a amamentação?

Dentre os adoçantes o aspartame pode ser o preferível, pois não aparece no leite materno. No entanto, de acordo com artigo publicado no *Breastfeeding Medicine*, sobre a presença de adoçantes artificiais no leite materno, recomenda-se que lactantes limitem o consumo de edulcorantes durante a fase de amamentação, até pela falta de informação sobre as consequências a curto e longo prazo para a saúde dos lactentes.

Além disso, o “leite materno mais doce” pode fazer com que os bebês tenham preferência pelo “açúcar” e aumentem sua ingestão no seu dia-a-dia com acréscimo de risco de sobrepeso/obesidade na infância e idade adulta.

Para maiores informações sobre o uso de adoçantes, ingestão diária aceitável, seu poder em adoçar em comparação ao açúcar pode-se consultar: Site da Sociedade Brasileira de Diabetes: <https://www.diabetes.org.br/publico/noticias-nutricao/1312-adocantes>

### **Pico de crescimento**

E quando o bebê quer mamar a toda hora e a mãe acha que não tem leite?

A maior parte das mulheres é capaz de produzir leite materno em quantidade suficiente para seus bebês. Apesar disso, muitas mães acreditam que não atingem essa produção. Isso pode ser decorrente de falta de conhecimento a respeito dos padrões normais de alimentação de neonatos e lactentes.

Os pais frequentemente ficam frustrados porque seus bebês recém-nascidos querem mamar a cada 1,5 ou 2 horas. Além do que, durante o primeiro mês de vida, essas mamadas podem ser mais demoradas, ou até agrupadas (“*cluster feeding*”), de modo que o bebê fica mamando constantemente, principalmente à noite, quando eles tendem a ser mais exigentes.

O que os pais precisam saber?

Importante lembrar que um comportamento mais agitado ou mamadas frequentes podem ser totalmente normais, mas, geralmente, acabam sendo interpretados como se o bebê não estivesse saciado.

**O choro é um sinal tardio de fome.** É importante saber reconhecer as pistas sutis dadas pelo bebê de quando ele está pronto para mamar, antes que ele fique irritado. Inicialmente, ele abre a boca, boceja, e faz movimentos mão-boca. Depois, fica inquieto, com mais movimentos, suspirando e fazendo ruídos de sucção. É justamente nesses momentos que o bebê deve ser colocado para mamar. Caso não seja evitado o choro, é fundamental acalmar o bebê antes de oferecer a mama, propiciando contato pele a pele, acariciando, balançando, falando ou cantando para ele.

Alguns bebês podem ficar distraídos com luzes e barulho e precisam de ajuda para se concentrar na alimentação. Assim, pode ser necessário amamentá-los em um ambiente mais tranquilo, usar a técnica do enrolamento (embrulhar o bebê com um cueiro) e promover aconchego.

Os pais também precisam reconhecer que bebês saudáveis, com eliminações normais e ganho de peso adequado, que modificam seu comportamento alimentar e desejam mamar a cada 1 ou 2 horas, podem estar passando por um “Pico de Crescimento”.

O que são “Picos de Crescimento”?

Também chamados de “Crises Transitórias da Amamentação”, correspondem a períodos passageiros, de 2 a 3 dias, em que o bebê precisa se alimentar com mais frequência ou por mais tempo, e costuma ficar mais agitado, dormindo menos e exigindo mais colo.

Embora os “Picos de Crescimento” possam acontecer a qualquer momento, já que o crescimento humano normal é pulsátil e fases de crescimento rápido são intercaladas por momentos de crescimento não mensurável, eles são mais comuns entre 2 e 3 semanas, 6 semanas e 3 meses de idade.

Uma razão sugerida para essa mudança de comportamento é que para acompanhar seu aumento repentino de crescimento, o bebê precisa aumentar a sua ingestão de leite. Até o momento, não existem estudos publicados confirmando que o crescimento seja, realmente, responsável por essa situação.

O que fazer nesses casos?

Amamentar com mais frequência ajudará a aumentar a produção láctea, e assim que isso ocorrer, a rotina de mamadas voltará ao normal. Oferecer sempre as duas mamas a cada mamada, deixando o bebê no primeiro lado enquanto ele estiver efetivamente sugando e engolindo. Ao perceber mudança no padrão ou parada de sucção ele deve ser trocado para a outra mama. Pode-se alternar as mamas na mesma mamada várias vezes.

Caso as mamas não tenham sido totalmente esvaziadas, pode ser tentada a expressão láctea manual ou mecânica, já que quanto mais leite é retirado, mais é produzido.

É importante resistir à tentação de oferecer fórmula infantil nessa situação, pois, mesmo que acalme o bebê, diminui seu acesso a mama, reduzindo a estimulação e, por consequência, reduzindo a produção do leite materno.

Portanto, com essas informações e tendo a consciência de que é uma situação que vai passar, a melhor proposta é manter a oferta exclusiva do leite materno, o padrão-ouro da alimentação infantil. Em caso de dúvidas, consulte sempre seu pediatra.

### **Tirando dúvidas: leia respostas de especialistas**

Os especialistas do Departamento Científico de Aleitamento Materno da SBP fizeram um compilado das dúvidas frequentes sobre amamentação. Os temas são os mais diversos e falam

sobre a tatuagem em lactantes, o armazenamento do leite materno, o consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes, entre outros. Veja as respostas.

### **Quais os riscos e os mitos sobre mulheres gestantes ou lactantes fazerem tatuagens?**

*Dra. Graciete Oliveira Vieira* – A tatuagem é uma prática cada vez mais comum em nosso meio. Não existem evidências científicas até o momento que comprovem a segurança da tatuagem durante a amamentação. Existe uma preocupação teórica de que a mulher que se submete a uma tatuagem durante a amamentação possa transmitir a seu filho pigmentos de tinta ou infecção através do leite materno. Uma tatuagem sobre a aréola e o mamilo pode levar ao risco de dermatite local e obstrução dos ductos terminais presentes no mamilo. As opiniões parecem convergir para que a mulher que está amamentando evite a prática de tatuagem, uma vez que ainda não existem trabalhos científicos disponíveis comprovando a sua segurança.

### **O consumo de vinho pelas lactantes pode afetar na qualidade do leite materno?**

*Dra. Graciete Oliveira Vieira* – O álcool consumido pela mãe passa (pequenas quantidades) para o leite materno. A ingestão do conteúdo presente em uma lata de cerveja (350ml) pode reduzir em até 23% a ingestão de leite materno pela criança. Além disso, há relatos de alteração do odor e do sabor do leite materno após uso de bebidas alcoólicas, podendo levar à recusa do leite pela criança. Sobre o vinho, se a mãe consumir duas taças de vinho tinto (30-40g de álcool) pode afetar a fome e o sono dos bebês nas primeiras 4 horas e se o uso for frequente pode levar a alterações de seu desenvolvimento. Portanto, o uso do álcool pela nutriz deve ser desaconselhado e, caso utilizado, o consumo deve ser esporádico e em doses baixas.

### **A mãe que amamenta pode aplicar botox?**

O Manual de Drogas e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde classifica a toxina botulínica tipo A como de uso criterioso durante a amamentação. Quando administrada corretamente,

via intramuscular, o fármaco não atinge a circulação sistêmica e, conseqüentemente, o compartimento lácteo. Portanto, não está contraindicado seu uso na amamentação.

### **Relaxamento capilar (alisamento químico) à base de guanidina pode ser realizado pela mãe que amamenta?**

Não há na literatura científica estudos sobre o uso da guanidina pela mãe que amamenta. Entretanto, o hidróxido de guanidina é uma substância orgânica e sua absorção pela pele é muito

pequena. Sendo assim, não deve ser considerada contraindicada para uso durante a amamentação.

As práticas de alisamento podem ser realizadas pelas nutrizes desde que não contenham formol. O formol é substância tóxica quando utilizada em altas concentrações e, para funcionar como

alisante de cabelo, os seus níveis ultrapassam o limite de segurança. Seu uso como alisante não é permitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)

### **Preciso lavar os seios após cada mamada?**

Quais os cuidados com as mamas durante a amamentação?

Alguns cuidados com as mamas durante a amamentação são necessários para prevenir problemas que podem prejudicar a amamentação e também para torna-la mais prazerosa. Um deles é a limpeza das mamas.

O que fazer para limpar as mamas durante a amamentação?

Não há necessidade de limpar as mamas antes ou após cada mamada. Basta lavar no banho diário, apenas com água corrente. Deve-se evitar o uso de sabonetes, álcool ou outros produtos utilizados para limpeza do corpo, pois esses produtos removem a secreção produzida pelas glândulas de Montgomery, umas “verruguinhas” visíveis na aréola (parte escura da mama em volta do mamilo) e que ficam mais salientes durante a gestação e amamentação. Essa secreção lubrifica e protege o mamilo. O uso exagerado de água, sabonete ou outros produtos químicos leva ao ressecamento e fissuras, facilitando a presença de germes que podem causar infecção.

Que outros cuidados devo ter, além da limpeza das mamas?

**Aí vão algumas dicas:**

Manter os mamilos sempre secos. Isso ajuda a prevenir a contaminação por fungos, especialmente pelo fungo do “sapinho” (Monília ou Cândida). Para manter os mamilos secos, a mulher pode secá-los ao ar livre após as mamadas ou sempre que eles estiverem úmidos. Se houver vazamento de leite, o sutiã ou absorvente deve ser trocado por um seco. Não se recomenda o uso de secador de cabelo para secar os mamilos, pois pode ressecá-lo.

· Usar um sutiã bem firme, com alças largas, para apoiar as mamas – isso dá mais conforto à mulher. · Não passar creme/pomada nos mamilos – os cremes podem secar e obstruir os poros por onde o leite sai, sendo capazes, inclusive, de causar mastite. Além disso, algumas mulheres podem ter alergia a algum produto contido nos cremes. A maioria dos cremes/pomadas deve ser retirada antes das mamadas e essa limpeza excessiva pode deixar os mamilos mais susceptíveis a rachaduras. O uso de algum produto nos mamilos deve ser prescrito por profissionais.

Cuidar para que a pega seja adequada – uma pega desacertada é a causa mais comum de mamilos machucados. Em uma pega adequada a boca do bebê está bem aberta, os lábios voltados para fora, o queixo toca a mama e se enxerga mais aréola acima do que abaixo da boca do bebê. Havendo dúvidas, consulte um profissional de saúde.

· Procurar um profissional se os mamilos estiverem machucados. É importante descobrir a causa, que pode ser pega inadequada, freio de língua curto ou outra possibilidade. · Procure um profissional se as mamas estiverem muito cheias, causando desconforto e dificultando as mamadas.

**Proteção à Amamentação**

Uso de chupetas, bicos e mamadeiras podem ser prejudiciais?

Sim, produtos como chupetas, bicos e mamadeiras podem ser prejudiciais à saúde da criança. Além de deformar a arcada dentária da criança, bicos podem provocar problemas de fala. E favorecem também a entrada de vírus, germes e bactérias na boquinha de seu filho. Além disso, durante a amamentação, os bicos podem também confundir a pega (sucção das mamas) adequada da criança ao peito materno, dificultando o aleitamento.

Existem normas para coibir o marketing quanto ao estímulo do uso de fórmulas lácteas, mamadeiras e chupetas?

Sim. A amamentação do bebê é tão importante para a saúde que há alguns anos vêm sendo criados mecanismos de proteção quanto ao marketing de fórmulas lácteas, mamadeiras e chupetas. A principal meta é proteger as crianças que, antes mesmo de nascer, já são consideradas “consumidores em potencial”. São exemplos de regras criadas com essa finalidade a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) e a Lei nº 11.265/2006, que



regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e a de produtos de puericultura correlatos. Devem estar atentos, vigilantes e dispostos a lutar pelo direito ao aleitamento materno, em sua plenitude. É preciso monitorar as ações de marketing que respondem aos interesses de mercado. Por onde andamos, a propaganda nos alcança. São cartazes, folhetos, vitrines e anúncios nos meios de comunicação. Todos apresentam “soluções”. Porém, a amamentação não pode ser vista como um problema. E, por isso, a lei diz que não é permitido fazer promoção comercial de fórmulas infantis para lactentes, mamadeiras, bicos, chupetas e protetores de mamilos.

**Qual a melhor recomendação para o aleitamento materno?**

Considerando-se a saúde do bebê, o cenário ideal é a amamentação exclusiva no peito até os seis meses de idade. Somente a partir daí, deve ser ocorrer a introdução gradual de outros alimentos saudáveis, mantendo a amamentação até pelo menos os dois anos. Essa é a orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS).

**Quais as leis que protegem a mãe que amamenta?**

A gestante ou a mulher que está amamentando pode ser demitida?

Não. Ela tem direito à estabilidade de emprego desde o momento em que tem conhecimento da gravidez até 5 meses após o parto (Art. 391 CLT e Constituição Federal no seu artigo 10º -Inciso II, Letra b);

A criança tem direito à creche?

Sim. Onde houver pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade trabalhando, deve haver um local (creche) na empresa onde elas possam deixar os seus filhos para serem cuidados e amamentados. Se não houver creche no local de trabalho, as empresas podem oferecer um reembolso-creche para que as crianças tenham onde ficar enquanto as mães trabalham, de preferência próximo ao local de trabalho da mãe.

Além disso, as empresas podem indicar creches conveniadas (públicas ou privadas) ou sob supervisão do SESI, SESC ou entidades sindicais. (Artigo 389, Parágrafos 1º e 2º)

A mulher tem direito à pausa para amamentar?

Sim. Para amamentar o filho, a mulher tem direito a dois descansos especiais de meia hora cada um, durante a jornada de trabalho, até o 6º mês de vida do bebê.

A mulher pode tentar um acordo com o seu chefe para que ela possa juntar os dois intervalos de meia hora e entrar uma hora mais cedo ou sair uma hora mais tarde do trabalho. (Art. 396)

E a mãe que adota uma criança, também tem direito à licença-maternidade?

Sim. Ao adotar uma criança ou obter guarda judicial para fins de adoção, a nova mãe também tem direito à licença-maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e salário, independentemente da idade da criança.

A licença-maternidade é só para as mulheres que amamentam?

Não. A Constituição de 1988 garante a todas as mulheres trabalhadoras sob o regime CLT o direito a 120 dias de licença. (Art. 392)

Algumas mulheres têm licença-maternidade de 180 dias? Por que?

Porque essas mulheres trabalham em empresas que optaram pela Lei no 11.770/2008 (Programa Empresa Cidadã) ou são funcionárias estaduais ou federais. Essa lei, publicada em 9 de setembro de 2008, estimula as empresas a ampliarem a licença-maternidade das suas trabalhadoras para 6 meses, em troca de benefícios fiscais.

E a licença paternidade? É um direito?

Sim. Todos os pais trabalhadores têm direito a cinco dias de licença, a contar do dia do nascimento do filho.

Para empresas que fazem parte do Programa Empresa Cidadã, o pai trabalhador terá extensão por 15 (quinze) dias da duração da licença-paternidade, além dos 5 (cinco) dias, tendo então 20 dias de licença.

### **Quando amamentar é contraindicado**

Quando uma mãe não pode ou não deve amamentar seu bebê?

Na imensa maioria das vezes, não há nenhuma contraindicação para uma mãe amamentar seu bebê, se esse for o seu desejo. As restrições, quando existem, podem ser definitivas ou temporárias.

Mães com HIV ou HTLV podem amamentar?

Mulheres infectadas com os vírus HIV (vírus da Aids) ou HTLV (vírus que afeta a imunidade das pessoas) não devem amamentar, pois existe o risco desses vírus serem transmitidos para a criança pelo leite materno.

E em relação às vacinas?

Somente a vacina de febre amarela, em mães que estejam amamentando crianças abaixo de 6 (seis) meses de vida, tem como recomendação a suspensão do aleitamento materno por 10 (dez) dias.

Uso de medicamentos contraindicam a amamentação?

São poucos os medicamentos usados pela mãe que impedem a amamentação, entre eles, por exemplo, os usados na quimioterapia. Mas para a maioria dos remédios, não há problema, mesmo para os antibióticos e os antidepressivos. A mulher deve consultar um profissional de saúde sempre que precisar ser medicada. Dentre as diversas opções para um tratamento, o profissional poderá escolher aquele que seja mais seguro para ser usado durante a amamentação. Às vezes, poderá ser necessário suspender temporariamente o aleitamento durante o tratamento.

Mães usuárias de drogas ilícitas podem amamentar?

Mães que sejam usuárias regulares de drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, anfetamina, ecstasy e outras) não devem amamentar seus filhos enquanto estiverem fazendo uso dessas substâncias.

Como saber se algum medicamento ou droga pode ou não ser usado durante a amamentação?

A recomendação é entrar em contato com o pediatra ou com o banco de leite. Através de sites de pesquisa específicos, embasado em fontes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria, pode-se avaliar os riscos, manter, substituir ou suspender o uso dessas drogas. Se o tratamento foi indicado ou suspenso por algum profissional que não conheça a relação de substâncias e medicamentos que passam ou não através do leite materno, sempre converse com seu pediatra.

Tem alguma outra situação de risco?

Em algumas outras situações (algumas infecções, exame com radiofármacos, consumo eventual de álcool etc.) é recomendado que se suspenda o aleitamento materno temporariamente, sempre sob a orientação de profissionais de saúde. O tempo sem amamentação varia de acordo com cada situação. A mulher precisa ser orientada como proceder para manter a produção de leite durante o período em que ela não pode amamentar.

Existe alguma forma de manter a amamentação, mesmo nesses casos?

Quando a suspensão da amamentação for transitória, se for possível programar a mulher pode tentar retirar o leite antes da suspensão, para ser oferecido à criança durante o período em que ela não puder amamentar. Esse leite pode ser mantido 12 horas na geladeira e até 15 dias congelado. Enquanto isso, é importante que a mãe continue estimulando a produção do seu leite, com retiradas de leite regulares, nos horários em que a criança costumava mamar. Assim, quando ela puder voltar a amamentar, terá leite suficiente para alimentar o seu filho.

### **Uma mãe que está amamentando, tem leite sobrando, pode amamentar um sobrinho?**

Eu posso amamentar o meu sobrinho?

Não. Uma mãe não deve amamentar outra criança que não seja o seu filho, mesmo que seja um sobrinho ou filho de uma pessoa amiga ou de alguém da família. Este comportamento é denominado de amamentação cruzada.

Se os meus exames estiverem normais e eu não estiver doente, eu posso amamentar?

Não deve, mesmo com os resultados de seus exames normais e você não se sentir doente, pois algumas patologias são silenciosas e os exames não conseguem identificar a doença, devido a uma dita “janela imunológica” em que o agente infeccioso está no sangue, mas não pode ser detectado pelos exames, a exemplo do HIV (vírus da AIDS) e o HTLV.

Quais são os perigos da amamentação cruzada?

O perigo é o bebê ser contaminado por doenças infectocontagiosas, como a Aids ou HTLV, que são doenças muito graves. Se a mãe que doar o leite tiver sangramento no mamilo devido a um trauma, aumenta o risco de passar a doença para o bebê, através do leite materno, a exemplo da hepatite B, principalmente se ele não tiver tomado ainda as doses dessa vacina.

Desde quando a amamentação cruzada foi contraindicada?

Desde que apareceram os primeiros casos de Aids, a amamentação cruzada é contraindicada tanto pelo Ministério da Saúde do Brasil, como pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

Por que uma criança pode tomar o leite de um Banco de Leite Humano que foi doado por outra mulher?

Um bebê pode tomar o leite distribuído por um Banco de Leite doado por outra mulher porque todo esse leite passa por um processo de pasteurização (um processo que usa uma temperatura muito, muito alta, sem ferver, seguido de um resfriamento muito muito rápido, usado para destruir microrganismos patogênicos que podem estar em alimentos. Foi criado por Louis Pasteur). Desse modo, não apresenta qualquer possibilidade de transmissão de doenças.

### **Você já ouviu FAKE NEWS sobre amamentação?**

O que são FAKE NEWS?

Esse é um termo que tem sido muito utilizado nos últimos tempos e se popularizou na época das eleições. É uma expressão que, em inglês, quer dizer que uma informação é falsa, falsificada, fraudulenta, charlatanice.

E essas FAKE NEWS, quando divulgadas sem averiguação, sem comprovação, tornam-se uma mentira ou um boato.

