

Aleitamento materno

Protocolos Febrasgo

Obstetrícia – nº 116 – 2018



DIRETORIA DA FEBRASGO

2016 / 2019

César Eduardo Fernandes
Presidente

Corintio Mariani Neto
Diretor Administrativo/Financeiro

Marcos Felipe Silva de Sá
Diretor Científico

Juvenal Barreto B. de Andrade
Diretor de Defesa e Valorização Profissional

Alex Bortotto Garcia
Vice-Presidente
Região Centro-Oeste

Flavio Lucio Pontes Ibiapina
Vice-Presidente
Região Nordeste

Hilka Flávia Barra do E. Santo
Vice-Presidente
Região Norte

Agnaldo Lopes da Silva Filho
Vice-Presidente
Região Sudeste

Maria Celeste Osório Wender
Vice-Presidente
Região Sul



COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM ALEITAMENTO MATERNO – 2016 / 2019

Presidente

Corintio Mariani Neto

Vice-Presidente

Antonio Fernandes Lages

Secretário

Sérgio Makabe

Membros

Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão
Candice Castro de Barros Taques
Eloisa Leite Melo Gonçalves
Evangelia Kotzias Atherino dos Santos
Maria José Guardia Mattar
Mônica Fairbanks de Barros
Naura Tonin Angonese
Newton Tomio Miyashita
Sílvia Regina Piza
Valéria Pereira de Moraes
Vilneide Maria Santos Braga Diégues Serva

Aleitamento materno

Silvia Regina Piza Ferreira Jorge¹

Corintio Mariani Neto²

Descritores

Amamentação; Profilaxia; Cuidados; Precauções; Desvios

Como citar?

Jorge SR, Mariani Neto C. Aleitamento materno. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 116/ Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno).

Introdução

O ato de amamentar traz benefícios imediatos e tardios na saúde da mulher. Também consiste na ferramenta mais eficaz, acessível e econômica na prevenção e intervenção na morbidade e mortalidade infantil. Portanto, adoção de medidas que favoreçam o aleitamento materno impactam na promoção da saúde materno-infantil.⁽¹⁻⁵⁾ A equipe que presta assistência ao nascimento, (obstetra, enfermagem, agente de saúde), desde o atendimento pré-natal, durante o parto e puerpério, tem várias oportunidades em atuar de forma positiva nas questões que envolvem o aleitamento materno. Suas orientações, postura e conduta, adotando medidas que favorecem o aleitamento constituem ferramentas importantes no incentivo e estabelecimento da amamentação.⁽¹⁻⁹⁾ Como medidas promotoras

¹Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

²Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo, SP, Brasil.

*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da FEBRASGO. Protocolo FEBRASGO de Obstetrícia nº 116, acesse: <https://www.febRASGO.org.br/protocolos>

do aleitamento materno, recomendamos ações durante o pré-natal, parto, puerpério e alta hospitalar:

Pré-natal

- Exame clínico das mamas, evidenciando eventuais alterações e possíveis correções de condições que possam dificultar o aleitamento materno (AM);⁽²⁻⁶⁾
- Ações educativas pelo obstetra ou equipe de saúde, individualizadas e/ou em grupos, com orientações e esclarecimento de dúvidas sobre a amamentação a cada consulta;⁽²⁻⁹⁾
- É fundamental que a gestante seja informada desde essa época sobre contato pele-a-pele e estímulo à amamentação na 1ª meia hora de vida, internação em sistema de alojamento conjunto (único que permite a oferta do peito sob livre demanda), vantagens do AM exclusivo nos primeiros seis meses, entre outras informações;
- Também é crucial eliminar práticas desnecessárias, às vezes nocivas, como, por exemplo, a fricção dos mamilos com bucinha ou toalha felpuda, uso de cremes ou pomadas, conchas protetoras, exercícios sobre os mamilos, exposição dos mesmos à luz solar, por carecerem de qualquer embasamento científico.

Parto

- Na assistência ao parto, rotinas hospitalares rígidas devem ser abandonadas a favor de medidas que favoreçam o AM;⁽²⁻⁷⁾
- Medidas facilitadoras de um trabalho de parto menos desgastante, como: presença de acompanhante de escolha, adoção de métodos não farmacológicos para o controle da dor, evitando-se a sedação excessiva, são medidas benéficas para promoção do aleitamento;^(2,3,10-14)

- Contato precoce pele a pele entre o recém-nascido (RN) e sua mãe, na sala de parto, sem limite de tempo, com estímulo à amamentação, logo após o nascimento, o que aumenta o vínculo afetivo entre ambos e fortalecer o aleitamento materno. O uso de “tops” ou faixas aderidas ao corpo da mãe diminuem o risco de queda, inclusive em partos cirúrgicos, com necessidade de anestesia. Os cuidados com o RN saudável podem ser protelados após a primeira hora de vida.⁽²⁻⁷⁾

Puerpério

O sistema de alojamento conjunto com o RN, que permite o contato permanente com sua mãe durante toda internação hospitalar deve ser adotado. Cuidados iniciais e procedimentos necessários com o RN deveriam ser realizados na presença de sua mãe. A amamentação contribui, inclusive, como forma de diminuição do estresse e dor no RN, durante a realização de exames como a coleta de sangue, por exemplo, ou outros procedimentos. As primeiras mamadas devem ser monitoradas e assistidas, com observação e orientação quanto à pega e posicionamento corretos, prevenindo assim complicações mamárias, como o ingurgitamento patológico e traumas mamilares, principais causas de desmame.^(2-6,13,15-18)

Na ocorrência de ingurgitamento patológico, o tratamento baseia-se em:

- manutenção da amamentação;
- hidratação oral materna;
- ordenha sistemática (manual, mecânica ou elétrica), para equilíbrio entre produção e consumo;
- mamadas frequentes, em livre demanda;
- orientações quanto à pega correta e sucção;

- administração de analgésicos e/ou anti-inflamatórios (ibuprofeno, paracetamol).^(2-6,9,13)

No caso dos traumas mamilares, recomenda-se:

- identificar e corrigir a causa, geralmente relacionada com posicionamento e/ou pega inadequados;
- extrair um pouco de leite previamente à mamada, para desencadear o reflexo da ejeção e evitar que a criança sugue com muita força no início;
- passar o próprio leite materno nos mamilos
- exposição ao ar (quando possível);
- iniciar a mamada pelo lado menos traumatizado e/ou doloroso. Nos casos de fissuras grandes, erosão e dor importante:
- interromper temporariamente a amamentação do lado afetado;
- ordenhar o leite e oferecer em copinho, colher ou seringa, até que haja cicatrização (dois a três dias);
- retomar a amamentação gradativamente, iniciando com pouco tempo, e aumentando progressivamente.
- O alívio da dor e a cicatrização também podem ser incrementados com a aplicação de fina camada de lanolina sobre a(s) fissura(s) após as mamadas.^(2-6,9,11,13-20)

Nos casos de mastite aguda puerperal inflamatória, o tratamento assemelha-se ao do ingurgitamento patológico, com hidratação oral, esvaziamento da mama afetada (ordenha manual, mecânica ou elétrica), horizontalização das mamas com sutiã adequado e administração de analgésicos e anti-inflamatórios (ibuprofeno, paracetamol, piroxicam). Não há indicação de suspensão da amamentação.^(2,20) Nas formas infecciosas, indica-se antibioticoterapia de amplo espectro (cefalexina, clindamicina, metronidazol, levofloxacino), de acordo com a

gravidade do quadro. O AM também não está contraindicado, exceto nos casos de saída de pus diretamente pelo mamilo, quando deve ser suspenso temporariamente.⁽²⁾

Na presença de abscessos mamários, recomenda-se drenagem cirúrgica e remoção de eventuais áreas necróticas (nos quadros mais extensos), com colocação de dreno por período de vinte e quatro horas. Nesses casos, a sucção pelo RN pode ser suspensa provisoriamente na mama afetada. Entretanto, o fluxo constante de leite deve ser mantido (faz parte do tratamento) por meio de ordenha (manual, mecânica ou elétrica).^(2,20)

Estudos recentes sugerem vantagens da punção de abscessos mamários sob visão ultrassonográfica, em regime ambulatorial, em relação à incisão e drenagem, que demandam internação, centro cirúrgico e anestesia geral.⁽²¹⁾

Adoção das dez ações da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC), recomendadas pela Organização Mundial da Saúde, devem ser objetivo de implementação nas maternidades e hospitais que prestam assistência ao parto e nascimento.^(2,3,13,18,20-26) O gineco-obstetra pode, inclusive, recomendar à gestante que o parto ocorra em maternidade que possua esse título ou, pelo menos, esteja se candidatando ao mesmo.

Alta hospitalar

Na alta hospitalar segura, devem ser observados procedimentos que reforcem o AM e a segurança quanto ao retorno precoce ou contato imediato, para esclarecimento de dúvidas ou dificuldades.^(2,3,15-17,22-26) A eficiência dos cuidados e orientações com a amamentação fornecidos pela equipe pode ser avaliada na alta hospitalar por meio da constatação (*check-list*) da capacidade de:

- reconhecer sinais de fome do recém-nascido;
- extrair o leite forma manual;
- apresentar confiança na sua capacidade de amamentar;
- reconhecer os benefícios do aleitamento materno;
- amamentar em regime de livre demanda e
- não apresentar traumas mamilares.^(2,3,15-17,22-26)

Também faz parte dessa eficiência, a orientação rotineira sobre referência de apoio nas dificuldades da lactação e como procurar um Banco de Leite Humano (BLH), o que pode ser realizado através do acesso ao site www.doeleitematerno.com ou do portal: www.redeblh.fiocruz.br. É importante o agendamento de um retorno precoce, em torno do sétimo ao décimo dia de vida, para avaliação do RN, da efetivação e continuidade do AM. O gineco-obstetra não deve se furtar a informar e recomendar a correta extração e armazenamento (em freezer, por até 15 dias) do leite excedente de cada mamada, para doação a um BLH. Esse leite doado pode ser decisivo no sucesso do tratamento e sobrevida de prematuros internados em UTIs neonatais.

Referências

1. DATASUS. Sistema de Informações sobre nascidos vivos – SINASC. Brasília (DF); DATASUS; 2013.
2. Mariani Neto C. Manual de aleitamento materno. 3a ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2015.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Dificuldades no aleitamento materno. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. p. 133-6.
4. Giugliani ER. Problemas comuns na lactação e seu manejo. J Pediatr (Rio J). 2004;80(5 Suppl):S147–54.
5. Berens P; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #20: engorgement. Breastfeed Med. 2009;4(2):111–3.
6. Courbiere B, Carcopino X, editors. Gynecologie obstetrique. Paris: Editions Vernazobes-Gregory; 2014. Complications maternelles de l'allaitement; p. 263-74.

7. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding [Review]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Apr;2(2):CD001688.
8. Perry M, Becerra F, Kavanagh J, Serre A, Vargas E, Becerril V. Community-based interventions for improving maternal health and for reducing maternal health inequalities in high-income countries: a systematic map of research. *Global Health*. 2015;10(1):63.
9. Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov;11:CD001688.
10. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding [Review]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Aug;8(8):CD006641.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Normas e Manuais técnicos – Caderno de Atenção Básica no. 32. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. p.106-9.
12. Organização Mundial da Saúde (OMS). Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. [Tradução de Maria Cristina Gomes do Monte]. Brasília (DF): OPAS; 2001.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Normas básicas para alojamento conjunto. [Internet]. [citado 2014 Jul 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08_20.pdf.
14. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: Promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidades [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. [citado 2014 Jul 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo3.pdf
15. Wong KL, Tarrant M, Lok KY. Group versus Individual Professional Antenatal Breastfeeding Education for Extending Breastfeeding Duration and Exclusivity: A systematic review. *J Hum Lact*. 2015;31(3):354–66.
16. Moran VH, Morgan H, Rothnie K, MacLennan G, Stewart F, Thomson G, et al. Incentives to promote breastfeeding: a systematic review. *Pediatrics*. 2015;135(3):e687–702.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 371 de 07 de maio: Diretrizes para Organização a Atenção Integral e Humanizada ao Recém-nascido. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
18. Howe-Heyman A, Lutenbacher M. The baby-friendly initiative as an intervention to improve breastfeeding rates: A review of the literature. *J Midwifery Health*. 2016;61(1):77–102.
19. Wong KL, Tarrant M, Lok KY. Group versus individual professional antenatal breastfeeding education for extending breastfeeding duration and exclusivity: a systematic review. *J Hum Lact*. 2015;31(3):354–66.

20. Mariani Neto C, de Albuquerque RS, de Souza SC, Giesta RC, Fernandes APS, Mondin B. Comparative study of the use of HPA lanolin and breast milk for treating pain associated with nipple trauma. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018 Nov;40(11):664-72.
21. Trop I, Dugas A, David J, El Khoury M, Boileau JF, Larouche N, et al. Breast abscesses: evidence-based algorithms for diagnosis, management, and follow-up. *Radiographics*. 2011;31(6):1683–99.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2068 de 21 de outubro de 2016: Diretrizes para Organização da Atenção Integral e Humanizada à Mulher e ao Recém-nascido no Alojamento Conjunto. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
23. Brasil, Leis, Decretos. Lei 11.108 de 07 de abril de 2005: Lei do Acompanhante. Brasília (DF): Governo Federal; 2005.
24. Abrão AC, Gamba MA, Coca KP, Cervellini MP. Traumas mamilares no processo de amamentação. In: *Feridas: prevenção, causas e tratamentos*. Rio de Janeiro: Saraiva; 2016 p.241-9.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1459 de 24 de junho de 2011: Rede cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1130 de 05 de agosto: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança; 2015.

