

**SÉRIE ORIENTAÇÕES  
E RECOMENDAÇÕES  
FEBRASGO**

Nº 6 • 2018



**AMAMENTAÇÃO**

Amamentação. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 6/Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno).

vi, 120p.

1. Amamentação
2. Aleitamento materno
3. Leite humano
4. Alimentação ao peito

ISBN 978-85-94091-06-2

NLM – WS125



Todo o conteúdo desta série está licenciado sob uma Licença Creative Commons.

Imagen da capa: Milena\_Bo/Shutterstock.com



## 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

### **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

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Maria José Guardia Mattar

Mônica Fairbanks de Barros

Naura Tonin Angonese

Newton Tomio Miyashita

Silvia Regina Piza

Valéria Pereira de Moraes

Vilneide Maria Santos Braga Diégues Serva

# SÉRIE ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FEBRASGO

## AMAMENTAÇÃO

### Apresentação

O ato de amamentar é muito mais do que nutrir a criança. Além da questão nutricional, propicia as condições para que o bebê se defenda das infecções e a interação física, íntima, entre a mãe e o recém-nascido repercute significativamente nas funções fisiológicas, desenvolvimento cognitivo e emocional do seu filho.

O leite materno é um alimento completo. Se a amamentação for exclusiva durante os primeiros seis meses, o bebê não precisa de nenhum outro alimento (chá, suco, água ou outro leite). Ele é rico em anticorpos, protegendo a criança de muitas doenças como diarreia e infecções respiratórias, reduz o risco de reações alérgicas e outras doenças, além de outros efeitos sobre o desenvolvimento anatômico (face, dentição) e a função respiratória da criança.

Também são inúmeros os benefícios para a lactante, pois ajuda a reduzir o peso mais rapidamente após o parto, na recuperação puerperal do útero, aumentando a sua contratilidade e reduzindo as hemorragias pós-parto. Também, quando exclusiva, a lactação funciona como um método contraceptivo natural e pode proteger a mulher contra alguns tipos de câncer.

Nesta edição, a Comissão Nacional Especializada de Amamentação da Febrasgo aborda todos os aspectos da amamentação, incluindo as técnicas de proteção e apoio ao aleitamento, as vantagens do aleitamento materno exclusivo, as intercorrências locais na mama (o seu diagnóstico, prevenção e tratamento) entre outros. Além da questão médica propriamente dita, são tratados alguns temas que são relevantes na promoção do ato de amamentar como abordagem das lactantes adolescentes, as cirurgias prévias sobre as mamas (mastoplasias) e inclusive a legislação atual que dá a proteção à amamentação no Brasil.

Em todo este processo, o papel do obstetra é fundamental para que os programas do Ministério da Saúde de incentivo à lactação tenham sucesso. São medidas simples de encorajamento e orientação para as mães e este processo começa desde o período pré-natal. O texto é rico em informações. A adesão dos obstetras é fundamental. Participe da Campanha de incentivo à Amamentação promovida pelo Ministério da Saúde e que tem o apoio incondicional da FEBRASGO.



Marcos Felipe Silva de Sá  
Diretor Científico



César Eduardo Fernandes  
Presidente

# SUMÁRIO

## CAPÍTULO 1

### O PAPEL DO OBSTETRA NO INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

CORINTIO MARIANI NETO, NEWTON TOMIO MYIASHITA ..... 1

## CAPÍTULO 2

### TÉCNICAS PARA A PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

VILNEIDE MARIA SANTOS BRAGA DIÉGUES SERVA, EMANUELLE PESSA VALENTE ..... 9

## CAPÍTULO 3

### IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E DO ALOJAMENTO CONJUNTO

CORINTIO MARIANI NETO ..... 19

## CAPÍTULO 4

### INTERCORRÊNCIAS LOCAIS: PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

MÔNICA FAIRBANKS DE BARROS ..... 27

## CAPÍTULO 5

### INTERCORRÊNCIAS MATERNAIS GERAIS

SILVIA REGINA PIZA FERREIRA JORGE ..... 41

## CAPÍTULO 6

### QUEIXAS FREQUENTES DAS LACTANTES

ANA CRISTINA FREITAS DE VILHENA ABRÃO, KELLY PEREIRA COCA,  
ERIKA DE SÁ VIEIRA ABUCHAIM, KARLA OLIVEIRA MARCACINE ..... 48

## CAPÍTULO 7

### O DESAFIO DO ALEITAMENTO MATERNO ENTRE ADOLESCENTES

CORINTIO MARIANI NETO, ROSEMEIRE SARTORI DE ALBUQUERQUE ..... 65

## CAPÍTULO 8

### MAMOPLASTIAS E AMAMENTAÇÃO

ANTONIO FERNANDES LAGES ..... 72

## CAPÍTULO 9

### NUTRIÇÃO E AMAMENTAÇÃO: SUPLEMENTAÇÃO COM MICRONUTRIENTES

CORINTIO MARIANI NETO ..... 80

## CAPÍTULO 10

### ANTICONCEPÇÃO E AMAMENTAÇÃO

CORINTIO MARIANI NETO ..... 85

|   |     |
|---|-----|
| <b>CAPÍTULO 11</b>  |     |
| <b>INDICAÇÕES PARA SUSPENSÃO E BLOQUEIO DA LACTAÇÃO</b>   |     |
| SÉRGIO MAKABE .....   | 93  |
| <b>CAPÍTULO 12</b>  |     |
| <b>LEGISLAÇÃO E NORMA BRASILEIRA DE COMERCIALIZAÇÃO DE ALIMENTOS PARA<br/>LACTENTES E CRIANÇAS DE 1<sup>a</sup> INFÂNCIA, BICOS, CHUPETAS E MAMADEIRAS (NBCAL)<br/>PROTEÇÃO LEGAL À MATERNIDADE E À AMAMENTAÇÃO NO BRASIL</b> |     |
| EVANGUELIA KOTZIAS AHERINO DOS SANTOS .....   | 99  |
| <b>CAPÍTULO 13</b>  |     |
| <b>IMPORTÂNCIA DA DOAÇÃO DE LEITE MATERNO (BANCO DE LEITE HUMANO)</b>   |     |
| MARIA JOSÉ GUARDIA MATTAR .....   | 110 |

**Como citar:**

Amamentação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. 120p. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 6/Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno).

## CAPÍTULO 1

# O PAPEL DO OBSTETRA NO INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

Corintio Mariani Neto<sup>1</sup>

Newton Tomio Myiashita<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Amparo Maternal, Itapecerica da Serra, SP, Brasil.

### Como citar:

Mariani Neto C, Myiashita NT. O papel do obstetra no incentivo ao aleitamento materno. In: Amamentação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. Cap. 1, p. 1-8. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 6/Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno).

### Descritores

Aleitamento materno; Amamentação; Obstetrícia; Leite materno

### RESUMO

O obstetra desempenha papel decisivo na orientação, incentivo e suporte ao aleitamento materno. Destaque-se a importância da sua postura: durante a assistência pré-natal; nos cuidados durante o trabalho de parto; no estímulo à amamentação na primeira hora de vida, desde que mãe e a criança estejam bem, especialmente nas cesáreas; no estímulo ao sistema de alojamento conjunto, único que permite o aleitamento materno sob livre demanda; no apoio ao aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses e continuado com alimentação suplementar até os dois anos ou mais; na orientação às nutrizes quanto ao destino do leite excedente, informando-as quanto à possibilidade de doação para um Banco de Leite Humano; na prevenção das intercorrências locais; no tratamento da mastite puerperal, lembrando que faz parte do tratamento a manutenção do fluxo de leite, portanto, não bloqueando a lactação; no tratamento do abscesso mamário, avaliando a possibilidade de punção sob visão ultrassonográfica, ao invés de incisão e drenagem sistemáticas; estimulando o prolongamento da lactação, dentro do possível; na prática da anticoncepção correta e eficiente; no apoio à lactante no retorno ao trabalho no que se refere à legislação que protege a amamentação; no apoio e divulgação da NBCAL.

## INTRODUÇÃO

Ao contrário do que ocorre com todos os demais mamíferos, a mulher não amamenta como um ato instintivo, por isso ela deve aprender como realizar o aleitamento e compete ao obstetra, que é o primeiro profissional de saúde a lidar com a gestante, participar ativamente deste ensinamento.

O obstetra tem várias oportunidades de atuação desde a primeira consulta pré-natal até o final do puerpério, de modo que a sua conduta e o seu empenho podem se constituir em poderosas armas a favor do aleitamento materno.

Como importante e imprescindível membro da equipe multiprofissional de saúde que assiste e orienta mulheres gestantes, puérperas e lactantes, deverá o médico obstetra se posicionar contra as rotinas institucionais adversas ao sucesso da amamentação, cobrando, orientando e implantando protocolos e rotinas dentro das suas competências, que venham facilitar e automatizar o aleitamento materno desde os primeiros momentos, imediatos ao parto e nascimento dos bebês.<sup>(1-3)</sup>

## PRÉ-NATAL<sup>(4-6)</sup>

*Atenção especial às nulíparas, especialmente as adolescentes, às gestantes com história de insucesso na amamentação, às com antecedentes cirúrgicos mamários, obesas, às submetidas a cirurgia bariátrica e às com gestação múltipla.*

- Sempre se preocupar com as mamas, incluindo-as na anamnese e no exame físico mensal das consultas pré-natais, explicando as mudanças mamárias e mamilares que ocorrem durante a gestação, sua função, a importância da saúde das mamas e do aleitamento materno para as mães e para os seus filhos (as).
- No exame das mamas, procurar observar assimetrias, aparência “tubular”, mamas muito separadas e/ou com pouco tecido palpável, nódulos e mamilos invertidos / pseudoinvertidos.
- Desfazer tabus e desestimular a gestante das práticas absolutamente desnecessárias e até prejudiciais, tais como fricção dos mamilos, uso de cremes ou pomadas, uso de conchas protetoras, exercícios de Hoffmann.
- Explicar às gestantes as vantagens do aleitamento natural e informar das eventuais dificuldades e as maneiras de superá-las, como nos casos de variações anatômicas dos mamilos e mamoplastias.

- Explicar que, por ocasião do nascimento, o aleitamento ainda na sala de parto é vantajoso, pois aumenta significativamente a chance da prática da amamentação por ocasião da alta hospitalar e do aleitamento materno exclusivo por 4-6 meses.
- Estimular a internação hospitalar em sistema de alojamento conjunto, que é o único modo de amamentar sob livre demanda. Explicar que as mamadas com horário fixo aumentam a chance de ocorrer fissuras mamilares, ingurgitamento mamário, suplementação com fórmulas e desmame antes das seis semanas pós-parto.
- Conscientizar os familiares sobre a necessidade de apoiar a mulher que amamenta.

## TRABALHO DE PARTO<sup>(7-10)</sup>

- Fortalecer o protagonismo materno e destacar a sua competência e responsabilidade nos cuidados com a chegada do bebê.
- Incentivar a presença e orientar a função do acompanhante ativo nos momentos pré-parto, destacando a importância da família no sucesso do aleitamento e cuidados com o futuro bebê, influindo sobremaneira na saúde e no futuro desta criança e da nova família que se formará.
- Utilizar todos os recursos não medicamentosos disponíveis para alívio da dor, como a presença constante do acompanhante ativo dando suporte emocional, fazendo massagem, incentivando a parturiente a evoluir fora do leito, caminhando e ajudando nos exercícios e movimentos corporais na bola de fisioterapia, na barra de exercícios, na banqueta de balanço, e outras formas não farmacológicas de minimização da dor do trabalho de parto.
- Restringir ao máximo o uso precoce e muitas vezes desnecessário de substâncias entorpecentes.

## NASCIMENTO

### PARTO VAGINAL<sup>(6,11-13)</sup>

- Promover a integração da equipe para que todos ajudem mãe e filho a iniciar a amamentação o mais precocemente possível. Do ponto de vista obstétrico,

este início precoce do aleitamento traz as seguintes vantagens para a mãe: maior produção e liberação de ocitocina; maior vínculo com seu filho e maior chance de aleitar por tempo prolongado.

- Evitar o uso de anestesia geral ou de entorpecentes que prejudiquem a emoção do primeiro encontro mãe-filho.
- Colocar o recém-nascido (RN) vigoroso com boa vitalidade sobre o ventre da mãe e assim mantê-lo pelo maior tempo possível. Estimular o contato físico e visual entre a mãe e o RN.
- Estimular a primeira mamada ainda na sala de partos. A sucção mamária promove liberação de ocitocina endógena que acelera a dequitação e o miotamponamento sanguíneo.
- Episiotomia somente quando indicada, e proceder de tal modo que a mãe possa sentar e caminhar com menos dor possível.
- Estimular a presença do pai na sala de parto e orientá-lo a participar ativamente do momento da colocação do bebê pele a pele no abdome materno e da primeira mamada.
- Lembrar a equipe que os procedimentos rotineiros com o RN sadio e vigoroso como identificação, medição, pesagem e profilaxia da oftalmia gonocócica podem ser postergados.

## CESÁREA<sup>(9,14,15)</sup>

- Optar por anestesia raquidiana ou peridural, ficando a anestesia geral restrita a situações excepcionais. Isto permite à mãe vivenciar o nascimento do bebê junto com o seu acompanhante de escolha, através do contato físico e visual contínuo com o bebê logo após o nascimento.
- Contato pele a pele e amamentação na primeira meia hora, desde que mãe e RN estejam bem. Lembrar que, na cesárea, a iniciativa de manter a criança junto à mãe deve ser do obstetra, inclusive determinando que a temperatura ambiente seja adequada à permanência do RN (24-26°C).
- Prescrever soro de hidratação no menor tempo possível e, se necessário, manter um *scalp* salinizado para eventuais medicações intravenosas.

- Aliviar a dor com analgésicos não entorpecentes para que a mãe seja capaz de cuidar do recém-nascido e amamentá-lo.
- Usar ocitocina preferencialmente aos ergóticos, quando necessário.

## PUERPÉRIO<sup>(16-19)</sup>

- Estimular as mães a permanecerem junto de seus filhos 24 horas por dia em alojamento conjunto desde o pós-parto imediato, se possível, desde a recuperação pós-anestésica.
- Orientar as mães para os cuidados com as mamas e os mamilos.
- Observar e corrigir posicionamento e/ou pega inadequados.
- Estimular as mães a amamentar seus bebês sob livre demanda, sem horário estabelecido. Caso seus bebês não possam sugar, ensinar a ordenha e como armazenar o leite, mantendo a lactação.
- Orientar e apoiar as mães trabalhadoras no que se refere às leis que protegem a amamentação.
- Apoiar e divulgar a “Norma para Comercialização de Alimentos para Lactentes NBCAL”, desestimulando o uso de mamadeiras e chupetas em serviços hospitalares e impedindo a livre propaganda de “substitutos” do leite materno, bem como sua distribuição gratuita ou a baixo custo em maternidades (*vide capítulo específico*).
- Acompanhar ou referenciar o binômio mãe-filho, para acompanhamento ambulatorial, desde a 1<sup>a</sup> semana, para evitar desmame precoce.
- Aproveitar todas as consultas médicas por quaisquer motivos para avaliar a prática da amamentação.
- Orientar as nutrizes quanto ao destino do leite excedente, no sentido de estimular a doação para Bancos de Leite Humano pelo benefício oferecido pelo leite humano aos prematuros internados em UTI neonatal (*vide capítulo específico*).
- Prescrever apenas medicamentos absolutamente indispensáveis e sabidamente compatíveis com a lactação. A mais abrangente e atualizada fonte

de informação a respeito é denominada LactMed. É um serviço gratuito, disponibilizado pelo governo dos EUA em língua inglesa e continuamente atualizado. O acesso pode ser realizado através de aplicativos para os sistemas operacionais Android e IOS ou pela internet.<sup>(20-23)</sup>

- Prescrever método anticoncepcional que não interfira com a lactação.
- Tratar as intercorrências mamárias e mamilares **sem interromper a lactação**. Em casos de mastite aguda puerperal, lembrar que manter o fluxo de leite faz parte do tratamento e que a inibição da lactação contribui para a formação de abscessos, fístulas e até necrose mamária.
- Em casos de abscesso mamário, avaliar a possibilidade de punção guiada por ultrassom, pelas vantagens em relação à incisão e drenagem.<sup>(24)</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Vitiello N. O papel do obstetra no incentivo ao aleitamento materno. *Femina*. 1986;14:346–53.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Promoção do Aleitamento Materno: Normas Técnicas. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
3. Giugliani ER. O aleitamento materno na prática clínica. *J Pediatr (Rio J)*. 2000;76 Suppl 3:S238–52.
4. Enkin M, Keirse MJ, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford University Press; 2000.
5. Murahovschi J, Teruya KM, Santos Bueno LG, Baldin PE. Da teoria à prática. Santos: Fundação Lusíada; 1996.
6. Myiashita NT, Mariani Neto T. O papel do obstetra no incentivo ao aleitamento materno. In: Mariani Neto C. Manual de aleitamento materno. 3a ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2015. p. 18-21.
7. Santos Netto A, Garotti JER, Melhado A, Godoy GF, Barboza VR, Rodrigues LP. A importância do obstetra no incentivo e orientação do aleitamento materno. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2008; 53(1):19-23.

- 8.** Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet. 1990;336(8723):1105–7.
- 9.** Mariani Neto C. Aleitamento materno: o papel do obstetra no incentivo à prática. J Febrasgo. 2012;18(132).
- 10.** Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno: manejo e promoção ao aleitamento materno. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1993.
- 11.** Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Brasília (DF): OPAS; 2001.
- 12.** Monteiro JC, Gomes FA, Nakano AM. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. Acta Paul Enferm. 2006;19(4):427–32.
- 13.** Toma TS, Monteiro CA. Aleitamento materno nas maternidades. Rev Saúde Pública. 2001;35(5):409-14.
- 14.** King FS. Como ajudar as mães a amamentar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p.54-64.
- 15.** Fundo das Nações Unidas para A Infância (UNICEF). Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 3: Promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidades. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
- 16.** Araújo MF, Otto AFN, Schmitz BA. Primeira avaliação do cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” nos Hospitais Amigos da Criança do Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infantil (Recife). 2003; 3(4):411-9.
- 17.** Díaz S, Zepeda A, Maturana X, Reyes MV, Miranda P, Casado ME, et al. Fertility regulation in nursing women. IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, Norplant implants, and Copper T 380-A intrauterine devices. Contraception. 1997;56(4):223–32.
- 18.** Melo NR, Guazzelli CA, Rama CH, Carmignani LO. Anticoncepção durante o aleitamento. In: Mariani Neto C. Manual de aleitamento materno. 3a ed. São Paulo:

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2015. p.110-4.

- 19.** Truitt S, Fraser A, Grimes D, Gallo M, Schulz K. Hormonal contraception during lactation. *Contraception*. 2003;68(4):233–8.
- 20.** Anticipatory guidance on breastfeeding [Internet]. Updated: 31 July 2017. [cited 2018 Jul 3]. Available from: [https://www.unicef.org/nutrition/index\\_100585.html](https://www.unicef.org/nutrition/index_100585.html).
- 21.** Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 May 16;(5):CD003519. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 25;11:CD003519.
- 22.** Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento Científico de Aleitamento Materno. Uso de medicamentos e outras substâncias pela mulher durante a amamentação. Documento Científico nº. 4. São Paulo: SBP; 2017. [citado 2018 Jul 27]. Disponível em: [http://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/Aleitamento\\_-\\_Uso\\_Medicam\\_durante\\_Amament.pdf](http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Aleitamento_-_Uso_Medicam_durante_Amament.pdf).
- 23.** LactMed. A Toxnet Database. Drugs and Lactation Database (LactMed) [Internet]. [cited 2018 Jul 27]. Available from: <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>.
- 24.** 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.

## CAPÍTULO 2

# TÉCNICAS PARA A PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

Vilneide Maria Santos Braga Diégues Serva<sup>1</sup>

Emanuelle Pessa Valente<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, PE, Brasil.

### Como citar:

Serva VM, Valente EP. Técnicas para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. In: Amamentação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. Cap. 2, p. 9-18. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 6/Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno).

### Descritores

Aleitamento materno; Promoção do aleitamento; Contato pele a pele; Alimentação infantil

### RESUMO

**Objetivo:** Apresentar os principais conceitos relacionados a essas técnicas, baseado nas mais recentes evidências, e aumentar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o tema.

**Métodos:** Revisão da literatura buscando informações teóricas e práticas sobre técnicas utilizadas no aleitamento materno. Foram selecionadas publicações alusivas à amamentação e ao papel do profissional de saúde no apoio à sua prática nos últimos 15 anos até o mês de julho de 2018.

**Resultados:** Atualmente várias práticas relacionadas às técnicas de amamentação já são embasadas por evidências clínicas sólidas e o conhecimento das mesmas facilita o trabalho dos profissionais, principalmente no que diz respeito ao contato pele a pele e promoção da amamentação na primeira hora de vida. Quanto às demais técnicas, que ainda são predominantemente embasadas em opiniões de especialistas, cabe aos profissionais de saúde ouvir a mulher sobre seus anseios, dúvidas e/ou experiências anteriores, demonstrando as diversas opções possíveis, apoiando-a e aumentando sua autoconfiança como parte do processo de aprendizado da amamentação.

**Conclusão:** O conhecimento das evidências disponíveis sobre as técnicas e práticas relacionadas à promoção, proteção e apoio do aleitamento materno por parte dos profissionais de saúde, com ênfase no ginecologista e obstetra, facilita o suporte e o aconselhamento adequado das famílias.

## HIGHLIGHTS

O apoio recebido pelas mulheres e suas famílias durante o pré-natal, parto e pós-parto influencia a duração e a exclusividade do aleitamento materno. Todos os profissionais de saúde, em especial o ginecologista e obstetra, devem conhecer as técnicas e práticas relacionadas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno para o suporte e aconselhamento adequados das famílias visando o início e manutenção do aleitamento materno por dois anos ou mais e, exclusivo, por seis meses.

## INTRODUÇÃO

Os apoios familiar, comunitário e profissional contribuem para o aumento da duração e sucesso da amamentação exclusiva (A).<sup>(1,2)</sup> Amamentar, apesar de ser um ato natural para os mamíferos em geral, incluindo as mulheres, também pode ser um comportamento ensinado (D).<sup>(3,4)</sup> Todos os profissionais de saúde, que servirão de facilitadores para o início e manutenção da amamentação, devem possuir conhecimento teórico e prático sobre as principais práticas relacionadas à proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno e estar aptos a fornecer suporte e aconselhamento adequado às famílias (D).<sup>(3,4)</sup> O objetivo desse trabalho é apresentar os principais conceitos relacionados às técnicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, baseado nas mais recentes evidências disponíveis, e aumentar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o tema.

## MÉTODOS

Procedeu-se à revisão da literatura buscando informações teóricas e práticas sobre técnicas utilizadas no aleitamento materno. As principais plataformas de busca utilizadas foram PubMed, Medline, Scielo, Biblioteca Cochrane e Biblioteca da Organização Mundial de Saúde – publicações em saúde materna, do

recém-nascido, criança e adolescente. Foram selecionadas publicações alusivas à amamentação e ao papel do profissional de saúde no apoio à sua prática nos últimos 15 anos. Foram utilizados os descritores *breastfeeding*, *breastfeeding support*, *professional breastfeeding support* e *breastfeeding techniques* com seleção das publicações mais relevantes até o mês de junho de 2018. A lista de referências das publicações selecionadas também foi consultada. A categorização dos trabalhos citados obedeceu à classificação quanto ao grau de recomendação proposto pela Associação Médica Brasileira (AMB): (A) estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência (metanálise ou ensaios clínicos randomizados); (B) estudos experimentais ou observacionais de menor consistência (outros ensaios clínicos não randomizados, estudos observacionais ou estudos casos-controle); (C) relatos ou séries de casos (estudos não controlados); (D) opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

## RESULTADOS

### CONTATO PELE A PELE

Consiste na colocação do recém-nascido desrido, em contato ventral com o corpo na mãe, na região do tórax ou abdome, de modo ininterrupto por pelo menos 60 minutos (D).<sup>(5)</sup> Idealmente, não devem existir obstáculos ao contato (por exemplo: sutiãs, lençóis ou mantas).

É considerado: (D)<sup>(5)</sup>

- Imediato: quando se inicia imediatamente após o parto (antes mesmo do clampeamento do cordão) ou pelo menos nos primeiros 10 minutos. Nessa situação, o recém-nascido deve ser mantido aquecido e seco, podendo ser coberto com a mãe, sem interromper o contato, mesmo durante primeiros cuidados de rotina da equipe de saúde.
- Precoce: quando iniciado em qualquer momento até 23 horas do nascimento.

Fortes evidências demonstram que o contato pele a pele promove o aleitamento e traz vantagens para mãe e recém-nascido (A).<sup>(6)</sup> Entre os benefícios para as mulheres que realizaram pele a pele existe a maior probabilidade de continuar amamentando nos primeiros 4 meses após o parto, com taxas de amamentação exclusiva maiores (A).<sup>(6)</sup> Para os recém-nascidos foi demonstrado maior esta-

bilidade cardiorrespiratória e da temperatura corporal durante o contato pele a pele e maiores valores de glicose sérica do que os neonatos que receberam “cuidado padrão” (separação para secagem e primeiros cuidados em berço aquecido) (A).<sup>(6)</sup> Além disso, pesquisas de neurociência demonstraram a existência de um “período sensível” de interação e regulação recíproca entre mãe e recém-nascido logo após o parto, quando colocados em contato pele a pele.<sup>(7)</sup> Nesse período o recém-nascido apresenta uma sequência de comportamentos/reflexos inatos (choro, relaxamento, despertar, atividade, descanso, engatinhar, familiarização com o seio, sugar e dormir) que asseguram sua sobrevivência biológica (proteção e alimentação) e que podem condicionar o indivíduo do ponto de vista físico e comportamental.<sup>(7)</sup> O quadro 1 descreve outras vantagens da realização do contato pele a pele.

#### **Quadro 1. Outras vantagens do contato pele a pele**

- Aumento do vínculo entre mãe e bebê
- Formação de microbioma intestinal e cutâneo “familiar” e não “hospitalar”
- Diminuição do estresse dos recém-nascidos favorecendo o ciclo do sono
- Promoção de adequado desenvolvimento neuronal

O contato pele a pele é recomendado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança do UNICEF (quarto passo, revisado em 2018),(D)<sup>(3,4)</sup> pelo Ministério da Saúde do Brasil no âmbito das diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde (SUS) (D)<sup>(8)</sup> e por várias outras organizações em todo o mundo (D).<sup>(4,5)</sup> Essa prática não precisa ser alterada para mulheres HIV positivas (somente a amamentação é contraindicada nesse caso) ou com outras razões médicas que contra-indiquem a amamentação (D).<sup>(8)</sup> Uma recente revisão sistemática evidenciou que mesmo após a cesariana, mães e recém-nascidos saudáveis, podem realizar contato pele a pele e, portanto, usufruir de seus benefícios, com o auxílio apropriado para o posicionamento (A).<sup>(9)</sup>

## **POSICIONAMENTO AO AMAMENTAR**

Há várias possibilidades de posições para amamentar e existem poucos estudos comparando as diversas posições quanto aos seus resultados neonatais, confiança ou satisfação materna. A mulher deve escolher a mais confortável, que a deixe mais relaxada naquele momento e que seja prazerosa tanto para ela quanto para o bebê (D).<sup>(10)</sup> Seguem alguns exemplos de posições da mãe:

## **DEITADA**

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

## **SENTADA**

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

Nas diversas posições, o bebê pode permanecer sentado, deitado ou até em posição invertida (entre o braço e o lado do corpo da mãe). São sinais indicativos da posição correta da criança:

- O corpo e a cabeça devem estar alinhados, de modo que a criança não necessite virar a cabeça para pegar a mama.
- O corpo do bebê deve estar encostado ao da mãe (abdome da criança em frente ao abdome da mãe).
- Seu queixo deve estar tocando o peito da mãe.

Para o posicionamento durante a amamentação de gêmeos, a mãe pode ficar sentada com um bebê na forma tradicional e o outro na posição invertida com o corpo desse bebê embaixo da axila, segurando sua cabeça com a mão e o corpo apoiado em uma almofada. Nas mamadas seguintes, deve-se fazer um rodízio de posições entre os bebês (D).<sup>(10)</sup> As mamadas devem ser iniciadas simultaneamente, de modo que a mulher possa ter tempo para o seu próprio descanso (D).<sup>(10)</sup>

Estudos observacionais evidenciaram maior facilidade de expressão dos reflexos inatos dos recém-nascidos, que favorecem a amamentação até aproximadamente 12 semanas de vida, quando a mãe está confortável e adota a posição semi-reclinada (inclinação de cerca 65 graus) com o neonato colocado sobre o abdome materno em modo estável e seguro (B).<sup>(11)</sup> Esses resultados ainda não foram confirmados por ensaios clínicos randomizados de boa qualidade.

## PEGA E SUÇÃO

Os profissionais de saúde devem ajudar e orientar as mulheres a reconhecerem os sinais de fome (comportamentos ou dicas da pré-amamentação) (Quadro 2), evitando que o bebê chegue ao estágio de agitação e choro (sinal tardio) quando a pega será mais difícil (D).<sup>(4)</sup>

### Quadro 2. Comportamentos do bebê ou dicas da pré-amamentação

|   |
|---|
| Abrir a boca  |
| Esticar a língua  |
| Virar a cabeça para procurar o peito  |
| Fazer movimentos ou sons de sucção  |
| Sons suaves de gemido ou arrulhos   |
| Colocar a mão na boca ou chupar/morder as mãos, dedos, lençol ou qualquer objeto que toque sua boca |
| Fazer movimentos rápidos com os olhos fechados ou abertos   |
| Movimentar a cabeça para frente e para trás, franzindo as sobrancelhas                              |
| Agitação e choro  |

Para que haja sucção efetiva de leite, a criança deve abocanhar não só o mamilo, mas principalmente toda ou a maior parte da areola. Caso a pega seja só no mamilo, pode haver erosão e/ou fissura mamilar por fricção continuada. Devem-se observar cinco pontos:

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

Ajustes precoces na pega e apoio por parte dos profissionais podem prevenir dificuldades com a amamentação, aumentar a confiança materna e aumentar as taxas de amamentação exclusiva (D).<sup>(4)</sup> A atenção deve ser individualizada, mas mesmo mães experientes podem precisar de auxílio prático dos profissionais de saúde durante a amamentação, devido experiências anteriores negativas com a amamentação. Mulheres que foram submetidas à cesariana e as obesas são mais propensas a dificuldades durante a amamentação e devem receber atenção e ajuda extras com a pega e posições (D).<sup>(4)</sup>

Se antes de iniciar a pega a aréola estiver túrgida, pode ser benéfico ordenhar um pouco de leite para facilitar a pega (D).<sup>(10)</sup> Se a mulher tiver mamas muito volumosas, pode pressionar a mama contra a parede torácica, segurando-a e erguendo-a com a mão oposta (mama direita/mão esquerda), colocando os quatro dedos juntos por baixo da mama e o polegar acima da aréola - pega da mama em “C”. Não há necessidade de afastar a mama do nariz do bebê, ele mesmo o fará se precisar, pendendo a cabeça levemente para trás. Por esta razão, a mulher deve ser orientada, quando necessário, a segurar a mama longe da aréola (D).<sup>(10)</sup>

Convém lembrar que vários estudos têm demonstrado os benefícios da amamentação e “sucção não-nutritiva” relacionada à analgesia em procedimentos dolorosos (exemplo: vacinação) mesmo além do período neonatal (A).<sup>(12)</sup> A amamentação reduziu consideravelmente o tempo das respostas como choro durante e após a vacinação e os autores acreditam que os resultados podem ser extrapolados para outros procedimentos, inclusive hospitalares.<sup>(12)</sup>

## ORDENHA MANUAL

A demonstração da ordenha de leite materno pode ser útil nos primeiros dias após o parto para aumentar a autoconfiança materna na própria produção láctea, como também para proteger a amamentação nos momentos de separação mãe e bebê.<sup>(5)</sup> A ordenha manual, com ou sem massagens prévias, é de baixo custo e pode ser mais efetiva do que a utilização de aparelhos elétricos em algumas mulheres (A).<sup>(13)</sup> Não foram encontradas diferenças quanto à quantidade de energia fornecida pelo leite materno quando foram utilizados diferentes métodos de ordenha, porém a quantidade de sódio foi maior e a de potássio menor quando a ordenha manual foi comparada com as bombas elétricas.<sup>(13)</sup> O Quadro 3 apresenta a técnica da ordenha manual baseada nas recomendações do Ministério da Saúde (D).<sup>(14)</sup>

### **Quadro 3. Técnica da ordenha manual e armazenamento de leite materno excedente**

- Deverão ser retirados anéis, pulseiras e relógio e higienizar as mãos até o cotovelo com água e sabão.
- Higienizar mamas apenas com água limpa.
- Mãe relaxada, sentada confortavelmente, deve respirar com calma e pensar no bebê. Usar uma touca ou um lenço no cabelo e máscaras ou um lenço/tecido limpo na boca.
- Iniciar a massagem das mamas com movimentos circulares com a ponta dos dedos em toda a aréola.
- Massagear toda a mama, mantendo os movimentos circulares.
- Colocar o polegar acima da linha onde acaba a aréola e os dedos indicador e médio abaixo dela. Com os dedos firmes, empurrar para trás em direção ao tronco.
- Apertar o polegar contra os outros dedos com cuidado, até a saída do leite.
- Apertar e soltar, apertar e soltar muitas vezes. Os dedos não devem deslizar sobre a pele.
- Desprezar os primeiros jatos ou gotas e armazenar o restante em frasco limpo, de vidro com tampa plástica, e identificado (nome, data, hora), deixando sempre um espaço de dois dedos entre a boca do frasco e o leite. Se o frasco não ficar cheio pode ser completado em outra coleta.
- Após terminar a coleta, fechar bem o frasco e armazenar em congelador ou freezer.

## **DISCUSSÃO**

Os ginecologistas e obstetras têm papel fundamental durante o pré-natal, parto e pós-parto na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Encorajar as mães sobre sua capacidade de nutrir seus filhos é essencial para o sucesso e aumento das taxas de amamentação exclusiva. Atualmente, várias práticas relacionadas às técnicas de amamentação já são embasadas por evidências clínicas sólidas e o conhecimento das mesmas facilita o trabalho dos profissionais, principalmente no que diz respeito ao contato pele a pele e promoção da amamentação na primeira hora de vida. Quanto às demais técnicas, que ainda são predominantemente embasadas em opiniões de especialistas, cabe aos profissionais de saúde ouvir a mulher sobre seus anseios, dúvidas e/ou experiências anteriores, demonstrando as diversas opções possíveis, apoiando-a e aumentando sua autoconfiança como parte do processo de aprendizado da amamentação (D).<sup>(5)</sup>

## **CONCLUSÃO**

O conhecimento das evidências disponíveis sobre as técnicas e práticas relacionadas à promoção, proteção e apoio do aleitamento materno por parte dos profissionais de saúde, com especial ênfase ao ginecologista e obstetra, facilita o suporte e o aconselhamento adequado das famílias, podendo resultar em maiores taxas de amamentação exclusiva e satisfação materna.

## **RECOMENDAÇÕES**

1. O contato pele a pele deve ser estimulado e encorajado logo após o parto, independentemente da via de parto e da intenção/possibilidade de amamentação.
2. Os profissionais de saúde devem demonstrar as diversas posições possíveis para a amamentação, apoiando a mulher nas suas escolhas informadas e aumentando sua autoconfiança, como parte do processo de aprendizado da amamentação.
3. Os profissionais de saúde devem ajudar e orientar as mulheres a reconhecerem os sinais de fome do bebê e comportamentos ou dicas da pré-amamentação, facilitando a pega e a sucção efetiva de leite.
4. Todas as mulheres devem receber atenção individualizada, mas mães que foram submetidas a cesariana e as obesas são mais propensas a dificuldades durante a amamentação e devem receber atenção e ajuda extras com a pega e posições.
5. A ordenha de leite materno pode ser útil para aumentar a autoconfiança materna na própria produção láctea, como também para proteger a amamentação nos momentos em que a separação mãe e bebê é necessária.

## **REFERÊNCIAS**

1. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database Syst Rev. 2017;2(2):CD001141.
2. 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;11(11):CD001688.
3. World Health Organization (WHO). Maternal, newborn, child and adolescent health: Breastfeeding [Internet]. Geneva; WHO; 2018. [cited 2018 Jul 12]. Available from: <[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/nutrition/breastfeeding/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/breastfeeding/en/)>
4. WHO. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised BABY-FRIENDLYHOSPITAL INITIATIVE. Implementation guidance 2018. Available from: <<http://www.who.int/nutrition/bfhi/en/>>.

- 5.** WHO. Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. 2017. Available from: <<http://www.who.int/nutrition/bfhi/en/>>.
- 6.** Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016;11(11):CD003519.
- 7.** Widstrom AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllof A, Lintula M, Nissen E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica*. 2011(100):79–85.
- 8.** Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. [citado 2018 Jul 12]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html)
- 9.** Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Matern Child Nutr*. 2014;10(4):456–73.
- 10.** Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Saúde da Criança: Aleitamento materno [Internet]. [citado 2018 Jul 13]. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/aleitamento-materno>>
- 11.** Colson SD, Meek JH, Hawdon JM. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Hum Dev*. 2008;84(7):441–9.
- 12.** Harrison D, Reszel J, Bueno M, Sampson M, Shah VS, Taddio A, et al. Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period. Cochrane Database Syst Rev. 2016;10(10):CD011248.
- 13.** Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. Cochrane Database Syst Rev. 2016;9(9):CD006170.
- 14.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010

## CAPÍTULO 3

# IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E DO ALOJAMENTO CONJUNTO

**Corintio Mariani Neto<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo, SP, Brasil.

### Como citar:

Mariani Neto C. Importância do aleitamento materno exclusivo e do alojamento conjunto. In: Amamentação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. Cap. 3, p. 19-26. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 6/Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno).

### Descritores

Alimentação ao peito; Leite materno; Aleitamento materno exclusivo; Alojamento conjunto

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera aleitamento materno exclusivo quando um lactente é alimentado apenas com leite materno (diretamente de sua mãe ou ordenhado) e não recebe outros alimentos líquidos ou sólidos, exceção gotas de vitaminas, minerais ou outros medicamentos.<sup>(1)</sup> Embora os benefícios do aleitamento materno para a saúde sejam amplamente reconhecidos, ainda persistem controvérsias quanto à duração ótima da amamentação exclusiva.<sup>(2)</sup> O déficit de crescimento é um fenômeno descrito em países em desenvolvimento após cerca de três meses de idade.<sup>(3)</sup> Este déficit tem sido atribuído principalmente à suposta inadequação do leite materno após três ou quatro meses e ao baixo teor de energia e micronutrientes dos alimentos introduzidos.<sup>(2)</sup> A alegada inadequação do leite materno para as necessidades da criança além de três ou quatro meses foi baseada em cálculos feitos pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1973.<sup>(4)</sup> Entretanto, estudos posteriores<sup>(5,6)</sup> e um novo relatório FAO / WHO<sup>(7)</sup> mostraram que os números anteriores superestimavam as necessidades energéticas reais na infância.

A crença de que o leite materno por si só é nutricionalmente insuficiente após três ou quatro meses, combinado com o fato de que os alimentos admi-

nistrados em muitos países após o desmame possam ser inadequado do ponto de vista nutricional, e até contaminados, levou à preocupação com o chamado “dilema do desmame”. É fato que a amamentação pode salvar vidas em países em desenvolvimento.<sup>(8,9)</sup> Em 2001, uma ampla revisão sistemática da OMS relatou uma acentuada redução da mortalidade devido a doenças infecciosas com a amamentação.<sup>(10)</sup> Após essa metanálise, foi aprovada pela 54ª Assembleia Mundial de Saúde a recomendação da amamentação exclusiva por seis meses e continuada até o segundo ano de vida ou mais. A resolução conclama aos Estados Membros, entre os quais, o Brasil, “o fortalecimento de atividades e o desenvolvimento de novos caminhos para a proteção, promoção e apoio à amamentação exclusiva por seis meses como uma recomendação global da saúde pública, levando em consideração os achados da consulta de experts da OMS sobre a duração ótima da amamentação, e o provimento de alimentação complementar segura e adequada, com a continuidade da amamentação por dois anos ou mais, enfatizando os canais de disseminação social desses conceitos a fim de levar as comunidades a aderir a essas práticas”.<sup>(10)</sup>

O dilema do desmame e o risco de mortalidade associado ao desmame precoce são preocupações primordiais nos países pouco desenvolvidos. Com o ressurgimento da amamentação nos países desenvolvidos, no entanto, a atenção voltou-se para a importância de promover sua exclusividade durante seis meses. A evidência epidemiológica agora é esmagadora de que, mesmo em países desenvolvidos, a amamentação protege contra infecções gastrointestinais, respiratórias e que o efeito protetor é reforçado com a maior duração da amamentação exclusiva.<sup>(11,12)</sup> Os benefícios do aleitamento materno exclusivo por seis meses se refletem em aceleração do desenvolvimento neurocognitivo, proteção contra condições crônicas de longo prazo, como obesidade, diabetes tipo 2, diabetes tipo 1, doença de Crohn e linfoma. Os benefícios para a saúde materna incluem proteção contra o câncer de mama entre mulheres na pré-menopausa e câncer de ovário.<sup>(12)</sup>

Ainda, conforme a extensa revisão de Kramer e Kakuma em 2010, a maioria das evidências científicas que contribuíram para o debate sobre duração ideal do aleitamento materno exclusivo foi baseada em estudos observacionais, todos com potencial viés. Alguns desses vieses tendendo a favorecer bebês amamentados exclusivamente, enquanto outros favorecendo aqueles que recebem alimentação complementar mais cedo.<sup>(2)</sup> Os bebês que continuam sendo amamentados exclusivamente tendem a ser aqueles que permanecem saudáveis e com trajetória de

crescimento aceitável; a ocorrência de alguma doença ou o déficit no crescimento pode levar à interrupção da amamentação ou suplementação com fórmula infantil ou alimentos sólidos.<sup>(13,14)</sup>

É bem provável que bebês com crescimento deficiente recebam alimentação complementar mais cedo por causa de seu crescimento mais lento. Do mesmo modo, o choro frequente e a falta de sono podem levar à suplementação com fórmula e/ou alimentos sólidos, resultando em redução da sucção e um ciclo vicioso que resulta em desmame precoce.<sup>(15)</sup> Por outro lado, os bebês que desenvolvem uma infecção clinicamente importante tendem a se tornar anoréxicos e reduzir a ingestão de leite materno, o que pode levar à redução na produção de leite e até mesmo ao desmame.<sup>(16)</sup>

Tanto em países desenvolvidos, como nos em desenvolvimento, bebês amamentados exclusivamente por seis meses têm menos morbidade infecciosa do que aqueles que são amamentados com fórmulas; nenhum déficit foi demonstrado no crescimento dessas crianças. Além disso, essas mães têm amenorreia lactacional mais prolongada. Assim, as evidências disponíveis não demonstram riscos em recomendar, como uma política geral, o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida.<sup>(2)</sup> A primeira pesquisa nacional que investigou a situação do aleitamento materno exclusivo no Brasil foi realizada em 1986, na qual se evidenciou que apenas 3,6% das crianças entre 0-4 meses eram amamentadas de forma exclusiva.<sup>(17)</sup> Dados governamentais de 2006 mostraram avanços, com prevalência do AME de 38,6% em menores de seis meses.<sup>(18)</sup> Duas pesquisas conduzidas pelo Ministério da Saúde em todas as capitais brasileiras de Distrito Federal, em 1999 e 2008, também denotam avanços: constatou-se aumento da prevalência de AME em menores de 4 meses no conjunto das capitais brasileiras e DF, de 35,5% para 51,2%.<sup>(19)</sup> Entre os principais obstáculos à prática da amamentação exclusiva, incluem-se:<sup>(20)</sup>

- o desconhecimento, por parte da população em geral, dos profissionais de saúde e de gestores, sobre o real significado da amamentação exclusiva e sua importância;
- práticas inadequadas nos serviços de saúde, cabendo destacar o papel das maternidades, que muitas vezes dificultam o estabelecimento da amamentação exclusiva, não promovendo contato pele a pele entre mãe e bebê após o nascimento, separando mães e bebês por longos períodos, oferecendo suplementos lácteos e impondo horários rígidos para as mamadas, além do uso de bicos artificiais;

- práticas culturais e crenças, a exemplo do uso de chás, em nosso meio;
- a falta de confiança das mães em prover adequada nutrição aos lactentes praticando o aleitamento materno exclusivo;
- o trabalho materno;
- a promoção comercial das fórmulas infantis
- outras situações, como a da transmissão do HIV.

A prática da amamentação exclusiva pode ser ampliada com diferentes estratégias, como educação em larga escala, adequação das práticas assistenciais, disseminação de mensagens sobre amamentação exclusiva que levem em consideração as práticas culturais, apoio e orientação às mulheres lactantes, garantia dos direitos reprodutivos e a implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) são estratégias fundamentais.<sup>(21)</sup>

## ALOJAMENTO CONJUNTO

Entende-se por alojamento conjunto (AC) a permanência do bebê junto de sua mãe durante todo o tempo em que ambos estiverem internados na maternidade.<sup>(22)</sup> Desse modo, só excepcionalmente, o bebê deveria ser afastado da mãe. Os benefícios desse sistema de atendimento são bastante conhecidos e já foram demonstrados por inúmeras evidências científicas.<sup>(23)</sup> Entre as vantagens do sistema de alojamento conjunto, destacam-se:<sup>(24,25)</sup>

- Os bebês costumam dormir melhor e chorar menos;
- Antes de nascer, as mães e seus filhos têm um ritmo de dormir e acordar que pode ser alterado se forem separados;
- A amamentação se estabelece com mais facilidade e dura mais tempo;
- As mães ficam mais confiantes em cuidar de seus bebês;
- O bebê fica menos exposto a infecções;
- Mesmo para as mães que não amamentam, o sistema de AC promove maior vínculo com o seu bebê.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, no capítulo I, Art. 10º, inciso V, estabelece que: “Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, **públicos e particulares**, são obrigados a manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe”, de modo que esse sistema hospitalar deveria ser oferecido às maternidades do país.<sup>(26)</sup> Lamentavelmente, em maternidades privadas, ainda é comum a rotina de separação e a injustificável permanência de bebês saudáveis em “berçários de normais”.

A maioria dos procedimentos simples ou de rotina podem ser feitos no AC, na presença da mãe, tais como: pesagem, banho, evolução médica, exames físicos especializados, coleta de exames laboratoriais, “exame do pezinho”, fototerapia, etc. Isso facilita as trocas de informações entre a mãe e o pediatra por ocasião das visitas médicas e oferece à enfermagem condições de promover o treinamento materno nos cuidados com o bebê, através de demonstrações práticas. Também propicia que a família tenha contato com o bebê e que a integração do novo membro na unidade familiar tenha início.<sup>(27)</sup>

A alimentação de um bebê saudável pode ser iniciada na sala de parto e laser observada. O afastamento do bebê por algumas horas, impedindo a amamentação, pode ser um agravante de quadros clínicos que levem à hipoglicemia ou à hiperbilirrubinemia.<sup>(27-29)</sup>

Além disso, quando está separado de sua mãe, o bebê corre o risco de ser alimentado com soluções de água glicosada, chás ou leites artificiais, em substituição do colostro. Os bebês estão mais seguros com suas mães e são mais bem observados por elas, porque a ligação afetiva entre os dois gera uma atenção particular e individualizada.<sup>(27)</sup>

O alojamento conjunto é melhor para a saúde da mãe e ela deve ser apoiada e ajudada pela equipe toda vez que for necessário. As mães podem amamentar deitadas e descansar enquanto amamentam. As evidências têm demonstrado que, com o AC, as taxas de infecção hospitalar diminuem.<sup>(27)</sup>

Ao permanecer com suas mães, os bebês podem praticar a amamentação sob livre demanda, obtendo assim, toda a proteção que necessitam, através de seu leite. As mães podem ser ajudadas e treinadas pela equipe hospitalar em seu próprio quarto e preparadas para as situações que irão enfrentarem casa.<sup>(27)</sup>

Destaque-se que todas as mulheres deveriam receber do obstetra informações sobre as vantagens do alojamento conjunto para sua saúde e a do bebê, des-

de o pré-natal. Rotinas pormenorizadas devem estar afixadas em todos os setores freqüentados pelas gestantes e puérperas, de modo que o sistema adotado pelo hospital fique bastante claro e acessível.<sup>(27)</sup>

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C. USA: WHO; 2008.
2. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Aug 15;(8):CD003517.
3. Shrimpton R, Victora CG, de Onis M, Lima RC, Blössner M, Clugston G. Worldwide timing of growth faltering: implications for nutritional interventions. Pediatrics. 2001;107(5):E75.
4. World Health Organization (WHO). Energy and protein requirements. Report of a Joint FAO/WHO Ad Hoc Expert Committee. FAO Nutrition Meetings Report Series No. 52. Geneva: WHO; 1973. (Meetings Report Series No. 52/WHO Technical Report Series No. 522).
5. Butte N. Energy requirements of infants. Eur J Clin Nutr. 1996;50 Suppl 1:24–36.
6. Brown K, Dewey K, Allen L. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: WHO; 1998. p. 30–2.
7. World Health Organization (WHO). Energy and protein requirements. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation [Internet]. Geneva: WHO; 1985. (World Health Organization Technical Report Series, 724). [cited 2018 Ju 13]. Available from: [www.fao.org/docrep/003/aa040e/aa040e00.htm](http://www.fao.org/docrep/003/aa040e/aa040e00.htm). Acessado em 27 julho 2018.
8. Rowland MG. The weanling's dilemma: are we making progress? Acta Paediatr Scand Suppl. 1986; 323:33–42.
9. Rowland MG, Barrell RA, Whitehead RG. Bacterial contamination in traditional Gambian weaning foods. Lancet. 1978;1(8056):136–8.

- 10.** Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Lancet. 2000 Feb 5;355(9202):451-5. Erratum in: Lancet 2000 Mar 25;355(9209):1104.
- 11.** Chantry CJ, Howard CR, Auinger P. Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children. Pediatrics. 2006;117(2):425-32.
- 12.** Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krusevec J, et al; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016;387(10017):475-90.
- 13.** Hill A. A shorttextbook of medical statistics London. Hodder & Stoughton; 1977.
- 14.** Sauls HS. Potential effect of demographic and other variables in studies comparing morbidity of breast-fed and bottle-fed infants. Pediatrics. 1979;64(4):523-7.
- 15.** Miettinen OS. The need for randomization in the study of intended effects. Stat Med. 1983;2(2):267-71.
- 16.** Bauchner H, Leventhal JM, Shapiro ED. Studies of breast-feeding and infections. How good is the evidence? JAMA. 1986;256(7):887-92.
- 17.** Monteiro CA. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. Brasília (DF): UNICEF;1997. (Cadernos de Políticas Sociais, UNICEF, Serie Documentos para Discussão, 1).
- 18.** Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. p.195-212.
- 19.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
- 20.** Giugliani E.R.J. Technical consultation on infant and young child feeding. How can we increase exclusive breastfeeding; 2001 [mimeo].
- 21.** Venâncio SI. Aleitamento materno exclusivo. In: Mariani Neto, C. Manual de aleitamento materno. 3a ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2015. p. 33-7.

- 22.** Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM no. 1.016. Normas básicas de alojamento conjunto. Diário Oficial da União. 1993; agosto 26.
- 23.** Hotelling BA. The coalition for improving maternity services: evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. *J Perinat Educ*. 2007;16(2):38–43.
- 24.** Soetjiningsih, Suraatmaja S. The advantages of rooming-in. *Paediatr Indones*. 1986;26(11-12):229-35
- 25.** Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatr Scand*. 1990;79(11):1017-22.
- 26.** Brasil. Lei no. 8.069. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União. 1990; julho 16.
- 27.** Colameo AJ. O sistema de alojamento conjunto e amamentação. In: Mariani Neto, C. Manual de aleitamento materno. 3a ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2015. p. 122-7.
- 28.** Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*. 1990;336(8723):1105–7.
- 29.** Salariya EM, Easton PM, Cater JI. Duration of breast-feeding after early initiation and frequent feeding. *Lancet*. 1978;2(8100):1141–3.

## CAPÍTULO 4

# INTERCORRÊNCIAS LOCAIS: PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Mônica Fairbanks de Barros<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

### Como citar:

Barros MF. Intercorrências locais: prevenção, diagnóstico e tratamento. In: Amamentação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. Cap. 4, p. 27-40. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 6/Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno).

### Descritores

Amamentação; Intercorrências; Lactação

## INTRODUÇÃO

É fundamental que cada mulher seja bem orientada quanto às técnicas corretas de aleitamento materno, já que as dificuldades que acontecem no período inicial podem se intransponíveis, colaborar para o desmame precoce. Muito importante também é que haja uma rede de apoio e incentivo familiar, social e profissional para criar condições propícias para a nutriz sentir-se capaz de cumprir com sucesso a missão do aleitamento materno.<sup>(1)</sup> Medidas eficazes de prevenção de intercorrências incluem o incentivo à amamentação desde o pré-natal, momento oportuno para explanar à mãe e à família sobre os benefícios da lactação. Se todos estiverem convictos de que amamentar é o melhor para a criança, caso surjam dificuldades, estas provavelmente serão melhor enfrentadas. É importante entender a cultura, o conhecimento e experiências anteriores de cada mulher e família, pois mitos passados de geração para geração podem torná-las muitas vezes mais confusas. Profissionais capacitados têm o papel fundamental de ajudar a organizar esse conjunto de conhecimentos, mostrando o que faz sentido e o que pode ser até prejudicial. Deve-se ter especial cuidado para criar um ótimo vínculo de comunicação com cada família, evitando-se imposições que podem afastá-las. Para prevenção das lesões mamariares, o lactente deve sugar de maneira correta e eficiente. Além disso, deve-se evitar es-

tase exagerada de leite na glândula mamária para que não ocorra ingurgitamento mamário e suas complicações.<sup>(2)</sup>

## **PREVENÇÃO DE INTERCORRÊNCIAS**

O estabelecimento correto do aleitamento materno é a melhor forma de prevenir lesões mamárias e dificuldades no processo. O primeiro contato do recém-nascido com a mãe é crucial para estabelecer vínculo afetivo e promover estímulo a um melhor desenvolvimento dos reflexos motores que garantirão sucção adequada. Quanto mais precoce esse contato, tanto antes tende a ocorrer a apojadura. Técnicas corretas de aleitamento, como demanda livre e o esvaziamento completo de uma mama antes de oferecer a outra, garantem melhor oferta e qualidade do leite, respectivamente.

## **PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS LOCAIS PRECOCES**

Os problemas mamários estão entre os principais fatores que levam ao desmame precoce. Intercorrências causadas pelo despreparo e dificuldades para conduzir a amamentação facilitam o surgimento de lesões mamilares, como fissuras, hiperemia, escoriações, equimoses, vesículas e úlceras. O processo pode se tornar extremamente doloroso e angustiante e dois caminhos podem se seguir: o desmame precoce ou a superação da dor física pela mãe, por acreditar que a prática do aleitamento deve ser vivenciada em prol da saúde do bebê. Os profissionais de saúde devem estar preparados para responder às necessidades dessas mulheres.<sup>(3)</sup>

## **QUANTIDADE INADEQUADA DE LEITE OU PERCEPÇÃO PELA LACTANTE DE BAIXA QUANTIDADE**

É a causa mais comum de interrupção da lactação. "Leite fraco" ou "pouco leite" é o argumento mais frequente para a introdução de complementos, o que pode culminar com o desmame. Isso porque a complementação vai afetar negativamente a produção de leite, uma vez que a criança passa a sugar menos na mãe.<sup>(4)</sup> Essa queixa muitas vezes é uma percepção errônea da mãe, por insegurança quanto à sua capacidade de nutrir exclusivamente o bebê. Também são importantes as opiniões negativas das pessoas próximas.<sup>(4)</sup> Quando há realmente insuficiência de leite, o

bebê chora muito após as mamadas, solicita a mãe com frequência, faz mamadas muito longas, ganha peso insuficiente (menos de 20 g por dia), apresenta menos que seis micções por dia e evacua com pouca frequência, com fezes secas e duras. Nos primeiros dias de vida, indicadores de oferta insuficiente de leite são: perda de peso maior que 10 % do peso de nascimento, não recuperação do peso de nascimento em até 2 semanas de vida, ausência de urina por mais de 24 horas, ausência de fezes amarelas no final da primeira semana de vida e sinais clínicos de desidratação.<sup>(5)</sup> A má pega é a principal causa de remoção insuficiente do leite. Mamadas infrequentes ou curtas, amamentação com horários predeterminados, ausência de mamadas noturnas, ingurgitamento mamário, uso de complementos, chupetas ou protetores de mamilos podem levar ao esvaziamento inadequado das mamas. Determinar a verdadeira causa pode ser desafiador.<sup>(6)</sup>

## CAUSAS MENOS FREQUENTES DE BAIXA PRODUÇÃO DE LEITE

- Insuficiência glandular congênita, antecedente de cirurgias ou irradiação mamária, hiperandrogenismo, prolactinomas, síndrome de Sheehan. Uso de medicações inibidoras da recaptação de serotonina, agonistas dopaminérgicos, descongestionantes e estrogênio.
- Deficiências neurológicas ou anatômicas que determinem sucção ineficiente, como freio lingual curto, lábio leporino, palato em ogiva, micrognatia, macroglossia, síndrome de Down, hipotireoidismo, uso de medicamentos na mãe ou na criança que a deixem sonolenta.<sup>(7)</sup> Recém-nascidos pré-termo (entre 34 e 37 semanas de idade gestacional) frequentemente apresentam mais dificuldades de manter boa extração de leite, quando comparados com infantes de termo.
- Problemas anatômicos nas mamas como mamilos invertidos, muito grandes ou planos.
- Doenças maternas como infecção, hipotireoidismo, diabetes descompensando, síndrome de Sheehan, distúrbios emocionais, uso de medicamentos que diminuam a produção láctea, restrição dietética importante, redução cirúrgica das mamas, tabagismo e nova gravidez.
- Restos placentários, fadiga materna
- Baixa extração frequentemente resulta em menor produção de leite, já que é necessário que se esvazie as mamas frequentemente para estímulo à boa produção.<sup>(8)</sup>

## **TRATAMENTO**

Intervenções para melhorar a oferta de leite dependem da causa da deficiência, mas sempre envolvem melhorar a eficiência das mamadas, melhorar a pega do bebê (se necessário) e a frequência da oferta de leite. Pode-se oferecer as duas mamas em cada mamada e dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas. Se a criança estiver sonolenta, trocar de lado várias vezes numa mamada. Evitar uso de bicos artificiais. Alimentação balanceada, com boa ingestão de líquidos, não necessita ser em excesso, além de repouso.<sup>(9)</sup> O hábito de realizar esvaziamento por massagens manuais ou com uso cuidadoso de bombas, especialmente ao final das mamadas, melhora o estímulo de produção de leite.<sup>(6)</sup> Quando as medidas citadas não funcionam, em alguns casos, pode ser útil o uso de alguns medicamentos. Os mais utilizados são a domperidona e metoclopramida, antagonistas da dopamina, que agem aumentando o nível da prolactina. A domperidona tem a vantagem de não ultrapassar a barreira hemato-encefálica, o que a torna mais segura do que a metoclopramida, com menos efeitos colaterais. No entanto, essas drogas não estimulam a secreção láctea quando os níveis de prolactina já estão altos ou quando há insuficiência de tecido glandular.<sup>(10)</sup> Outra medicação utilizada é a sulpirida, neuroléptico que age bloqueando os receptores de dopamina, podendo aumentar os níveis de prolactina. Estudo realizado com 66 mulheres com dose de 100 mg/dia nos primeiros 7 dias de aleitamento observaram um aumento significativo na produção de leite e do nível sérico de prolactina, comparando com as mulheres que receberam placebo.<sup>(11)</sup> Recomenda-se precaução pelo risco potencial de efeitos colaterais em pacientes com história pessoal ou familiar de câncer de mama. Além disso, a sulpirida pode induzir arritmias ventriculares por alongamento do intervalo QT e deve ser usada com cuidado em pacientes com risco para acidente vascular cerebral. Por outro lado, como todo neuroléptico, deve-se atentar para febre de origem desconhecida, pois uma complicação potencialmente fatal de todos os neurolépticos é a síndrome neuroléptica maligna.<sup>(12)</sup>

## **DOR MAMILAR E MAMÁRIA**

Depois da quantidade insuficiente de leite, são as principais causas de descontinuação do aleitamento. Dor mamar é uma das queixas mais comuns das mulheres no período pós-parto imediato. Deve-se distinguir dor por sensibilidade natural de dor por lesão. A sensibilidade mamar comumente se inicia na gestação; durante as mamadas, tende a melhorar após cerca de 30 segundos a 1 minuto e costuma durar até o 4º ao 7º dia.

## **LESÕES MAMILARES PRECOCES**

Quando há lesão, a dor não melhora durante a mamada e pode piorar. Dor severa ou que persiste após a primeira semana, geralmente é relacionada com lesão mamilar. Erosões, fissuras, hematomas e bolhas são as lesões mais frequentes.

## **ETIOLOGIA**

Geralmente ocorrem por técnica incorreta de aleitamento, principalmente erro de posicionamento do recém-nascido e pega incorreta.<sup>(13)</sup> Outras causas de lesão mamilar podem incluir mamilos curtos, planos e invertidos, limpeza de forma agressiva, atritos, uso de produtos irritativos, uso excessivo de forros úmidos, intermediários de silicone, retirada brusca da criança da mama sem se desfazer o vácuo. Freio lingual curto pode ser uma causa anatômica infantil de lesão mamilar precoce. Isso porque a mamada efetiva requer coordenação da língua em movimentos na direção anterior e vertical. Outras etiologias anatômicas infantis que dificultam a pega correta são lábio leporino, palato em ogiva, retrognatia, hipertrofia de adenóides. Alguns bebês mordem os mamilos de suas mães, causando dor. Às vezes isso ocorre por reflexo em poucas semanas após o parto, pode ser por retrognatia ou freio lingual curto. Mais raramente, dente natal (aqueles já presente no momento do nascimento).<sup>(14)</sup> Dor que ocorre apenas durante uso de bombas extratoras deve ser por trauma devido ao estiramento do mamilo quando do uso das mesmas.

## **PREVENÇÃO**

A maneira mais eficiente de prevenção de traumas mamilares inclui realização de mamadas com posicionamento e pega adequada.<sup>(15)</sup> Promover o primeiro contato do recém-nascido com a mãe na primeira hora de vida,<sup>(16)</sup> o estímulo à permanência em alojamento conjunto, manter o aleitamento exclusivo sob demanda livre. Orientações para o manejo da apoadura para prevenir o ingurgitamento mamário. Quando este ocorre a pega é dificultada e aumenta o risco de lesão mamilar. Quando estas lesões ocorrem, a dor mamilar contribui para dificuldade de extração do leite, gerando um círculo vicioso piorando o ingurgitamento mamário. Massagear e ordenhar manualmente a aréola antes da mamada, se ela estiver ingurgitada, aumentando sua flexibilidade, facilitando a pega adequada. Deve-se evitar uso de cremes e substâncias irritativas nos mamilos e estimular que sejam deixados expostos ao ar livre após as mamadas. Anormalidades como mamilos invertidos devem ser avaliadas e orientadas desde o pré-natal. Causas anatômicas devem ser avaliadas durante o período de hospitalização, logo após o nascimento. Frenotomia para os casos de anquiglossia, suavizar a borda incisal dos dentes neonatais ou avaliar se seria melhor realizar extração dos mesmos.

## TRATAMENTO

Oferecer ajuda à mãe imediatamente após o início da queixa de dor mamária. Estimular iniciar a mamada pelo lado menos afetado. O uso de analgésicos e/ou anti-inflamatórios pode ajudar. Atualmente, tem-se recomendado o tratamento úmido das fissuras, com o objetivo de formar uma camada protetora que evite a desidratação das camadas mais profundas da epiderme. Estimular a expressão do próprio leite nos mamilos, por suas propriedades anti-infeciosas.<sup>(17)</sup> Pode-se usar cremes que auxiliem a cicatrização, como a lanolina purificada, desde que afastada infecção por fungos e bactérias.<sup>(15,17)</sup> Esta é mais segura e menos alergênica, comparada com outras lanolinhas. Há estudos com o uso de terapia com laser de fosfato de índio-gálio-alumínio, que tem sido utilizado para o tratamento de puérperas que referiram dor mamilar durante a amamentação, portadoras ou não de lesão mamilar. Resultados de vários estudos vêm demonstrando que essa terapia possui ação analgésica capaz de aliviar a dor mamilar após sua aplicação, o que na grande maioria das vezes tem favorecido a diminuição dos índices de desmame precoce.<sup>(18,19)</sup> O uso de saquinhos de chá, que se tornou popular em alguns lugares do Brasil, não encontra respaldo na literatura. Há pelo menos dois estudos que mostram que o seu uso é tão efetivo quanto o de compressas com água morna, que podem trazer algum conforto para a mãe pela vasodilatação. O ácido tântico presente no chá pode, na realidade, causar danos aos mamilos.<sup>(20,21)</sup> Outras práticas populares para cicatrização de fissuras mamilares como uso de casca de banana e mamão devem ser eliminadas, pelo potencial risco de contaminação.<sup>(22)</sup>

Se a lesão mamária for importante, a ponto de impedir a mamada, a mãe pode ser estimulada a fazer expressão do leite e oferecê-lo ao bebê até que a lesão melhore e ela volte a oferecer a própria mama. O hábito de morder os mamilos maternos pode acontecer após a erupção fisiológica dos dentes, entre os 3 e 12 meses, causando dor e traumas mamilares. Essas mordeduras geralmente ocorrem ao final da mamada, já que durante a mamada realizada corretamente suas línguas cobrem os dentes. Uma maneira de evitar as mordidas é manter o bebê bem junto à mama ao mamar, com a boca bem aberta. Quando o bebê já não estiver mais mamando efetivamente, este deve ser retirado. Se mesmo assim o bebê mantiver as mordidas a mãe deve dizer NÃO firmemente a ele, interromper as sucções com o seu dedo retirando a boca do mamilo suavemente e colocando o bebê seguro em um lugar fora do seu colo, para desencorajar que esse comportamento se repita. A maioria dos bebês aprende rápido a não repetir esse comportamento. As mães podem oferecer objetos como mordedores para os bebês que têm esse hábito.<sup>(23)</sup> A candidíase pode acometer mamilos e também ductos lactíferos. Costuma estar envolvida com mami-

los úmidos e com lesão, pode coexistir com candidíase vaginal, uso de antibióticos, contraceptivos orais, esteróides e uso de chupetas ou outros bicos contaminados.

## SINTOMAS

Prurido, sensação de queimadura e “fisgadas” nos mamilos, que pioram durante as mamadas. Os mamilos podem ficar vermelhos e brilhantes. Pode haver queixa de ardência e fisgadas no interior das mamas. É muito comum haver também crostas brancas na cavidade oral da criança ou sinais de dermatites de fraldas por monília.

## PREVENÇÃO

Manter mamilos secos e arejados, expô-los à luz em alguns momentos do dia. Evitar uso de bicos artificiais. Se não for possível estes devem ser fervidos por 20 minutos pelo menos uma vez por dia.<sup>(24)</sup>

## TRATAMENTO

Devem ser tratados mãe e bebê, mesmo que a criança não apresente sintomas. Inicialmente o tratamento é tópico, com nistatina, clotrimazol, miconazol ou cetoconazol por duas semanas. O creme pode ser aplicado após cada mamada e não precisa ser removido. Existe resistência de várias espécies à nistatina. Pode-se usar violeta de genciana 0,5 a 1 % nos mamilos e na boca da criança, uma vez ao dia, por 3 a 4 dias. Se o tratamento tópico não for eficaz, recomenda-se fluconazol oral sistêmico por 14 a 18 dias.<sup>(24,25)</sup>

## FENÔMENO DE RAYNAUD

Isquemia intermitente causada por vasoespasmos cutâneos. Geralmente acometem mãos ou pés, mas podem ser causa de dor mamilar. Em geral, em resposta à exposição ao frio, compressão anormal do mamilo pela boca da criança ou trauma mamilar importante. Tipicamente causam dor, na maioria das vezes após as mamadas quando ocorre exposição ao frio, já que, em geral, o ar é mais frio que a boca da criança. No intervalo dos episódios a mulher fica assintomática e ao exame os mamilos têm aparência normal. Durante o fenômeno a vasoconstrição leva à clássica alteração da cor da pele de palidez, quando a mulher relata dor ou “fisgadas”, seguida de cianose e hiperemia, quando a circulação está retornando. É frequentemente confundida com candidíase mamilar. A história de ser secundário ao frio ou trauma e as mudanças de aparência da cor do mamilo são diferenciais entre as duas

condições.<sup>(26)</sup> Algumas medicações, como fluconazol e contraceptivos orais, podem agravar os vasoespasmos.<sup>(27)</sup>

## TRATAMENTO

Compressas mornas podem aliviar a dor. Usar roupas mais quentes e amamentar em ambientes mais aquecidos, se possível, podem reduzir a ocorrência desse fenômeno. Outras intervenções possíveis para diminuir a vasoconstricção são evitar medicações vasoconstrictoras como cafeína e nicotina. Relatos de casos sugerem que o uso da nifedipina (5 mg, 3 vezes por dia, por 1 a 2 semanas, ou 30 mg uma vez por dia, para a forma de liberação lenta), vasodilatador bloqueador de canais de cálcio, podem aliviar os sintomas da vasoconstricção mamilar, sem efeitos adversos para as crianças.<sup>(28)</sup> Outras medicações, embora faltem estudos que embasem científicamente sua indicação: vitamina B6 (200 mg/dia, uma vez por dia, por 4 a 5 dias e, depois, 50 mg/dia por mais 1 a 2 semanas), cálcio (2g/dia), magnésio (1g/dia) e ibuprofeno.<sup>(27,29)</sup>

## INGURGITAMENTO MAMÁRIO

Mamas muito cheias por congestão, aumento da vascularização, acúmulo de leite e edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático.<sup>(30)</sup> O aumento da pressão intraductal faz com que o leite acumulado sofra uma transformação intermolecular, tornando-se mais viscoso. Daí o termo ‘leite empedrado’.<sup>(31)</sup>

O ingurgitamento fisiológico é discreto e é um sinal de que o leite está “descendo”. No ingurgitamento patológico, a distensão tecidual é excessiva, causando grande desconforto, podendo chegar a febre e mal-estar. As mamas aumentam de tamanho, ficam difusamente dolorosas, hiperemiacidas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega e o leite flui com dificuldade.

## PREVENÇÃO

Iniciar a amamentação o mais cedo possível, amamentar em livre demanda, com técnica correta, evitando o uso de suplementos. Capacitar as mães para ordenhar e massagear as mamas no intervalo entre as mamadas ajuda a evitar estase láctea. O uso de compressas frias no intervalo das mamadas pode diminuir a dor e o edema e mornas imediatamente antes das mamadas pode auxiliar a extração do leite. Essas práticas devem ser orientadas com cautela para que a mulher não exagere na temperatura da compressa, o que pode causar queimadura.<sup>(24)</sup>

## **INTERCORRÊNCIAS TARDIAS DAS MAMAS**

### **BLOQUEIO DE DUCTOS LACTÍFEROS**

Ocorre quando o leite produzido numa determinada área da mama não é drenado adequadamente. Ocorre com frequência quando a mamada é infrequente ou quando a sucção não é efetiva. Pode ocorrer também devido a pressão exercida por concha ou sutiã apertados, ou como consequência de uso de creme nos mamilos. Tipicamente se manifesta por nódulos mamários sensíveis e dolorosos. Pode haver eritema na área comprometida, sem comprometimento sistêmico. Pode estar associado a um ponto branco na ponta do mamilo que pode ser muito doloroso durante a mamada.<sup>(32)</sup>

### **PREVENÇÃO**

Medidas de esvaziamento correto das mamas, mamadas frequentes, uso de sutiãs adequados, evitar uso de cremes nos mamilos.

### **TRATAMENTO**

Amamentar com frequência, variar posições para amamentar, oferecer primeiro a mama afetada, com o queixo do bebê direcionado para a área afetada, o que facilita a retirada do leite nessa área. Calor local e massagens suaves na região atingida, na direção do mamilo, antes e durante as mamadas. Ordenhar a mama, caso a criança não esteja conseguindo esvaziá-la. Caso haja um ponto esbranquiçado sobre os mamilos, pode-se removê-lo com uma toalha ou com uma agulha esterilizada.<sup>(32)</sup>

## **MASTITE**

Processo inflamatório em um ou mais segmentos da mama, mais comum no quadrante superior esquerdo, geralmente unilateral. Pode ou não evoluir para uma infecção bacteriana. Ocorre mais comumente na segunda e terceira semana após o parto. Quando se instala infecção, comumente é ocasionada pelo *Staphylococcus (aureus e albus)* e, ocasionalmente, *Escherichia coli* e *Streptococcus*. Na maioria das vezes, as fissuras funcionam como porta de entrada.<sup>(32)</sup> Fatores que favoreçam estase láctea predispõem à mastite, incluindo mamadas com horários regulares, redução súbita do número de mamadas, longos intervalos entre mamadas, uso de chupetas e mamadeiras, esvaziamento incompleto das mamas, freio lingual curto, sucção débil, produção excessiva de leite, separação entre mãe e filho, desmame abrupto.<sup>(32)</sup> A fadiga materna é um facilitador. Ter tido mastite na lactação atual ou em outras lactações são mais

suscetíveis.<sup>(33)</sup> A parte afetada da mama torna-se dolorosa, hiperemiada, edemaciada e quente. Quando há infecção, é acompanhada de manifestações sistêmicas como mal-estar, calafrios e febre. Há um aumento de sódio e cloreto no leite e uma diminuição nos níveis de lactose, podendo este ser rejeitado pela criança.

## **PREVENÇÃO**

As medidas de prevenção são as mesmas do ingurgitamento mamário, do bloqueio de ductos lactíferos e das fissuras, assim como o manejo precoce dessas ocorrências. Manter o estímulo ao esvaziamento adequado da mama, mantendo a amamentação e retirada do leite ao final das mamadas, se necessário. Apesar de haver bactérias no leite materno quando há mastite, estas não oferecem risco aos recém-nascidos a termo sadios.<sup>(32,34)</sup>

## **TRATAMENTO**

A antibioticoterapia está indicada em casos de sintomas graves desde o início do quadro, fissura mamilar visível e não regressão dos sintomas após 12 a 24 horas de remoção efetiva do leite acumulado.<sup>(32)</sup> Como o *S. aureus* é a principal bactéria envolvida, os antibióticos de escolha são amoxicilina, cefalosporinas, clindamicina, eritromicina ou dicloxacilina. Devem ser instituídos o mais precocemente possível e mantidos por 10 a 14 dias. A mãe também deve ser orientada a fazer repouso, usar analgésicos e antiinflamatório (como ibuprofeno) e ingerir bastante líquidos. Apesar da controvérsia a respeito, o uso de compressas mornas antes das mamadas pode ajudar a drenar melhor o leite e frias após podem ajudar a aliviar os sintomas. Outras medidas úteis são iniciar a mamada pelo lado menos afetado e orientar uso de sutia bem firme. Suporte emocional faz parte do tratamento.<sup>(32)</sup> Casos de não resposta ao tratamento antibiótico, mastites recorrentes, mastites adquiridas em ambiente hospitalar e casos graves são indicação de cultura do leite. A coleta da cultura requer lavagem prévia das mamas com água corrente, lavagem das mãos, ordenha do leite com cuidado para que o mamilo não toque o vidro de coleta, que deve ser esterilizado. Os primeiros 3 a 5 ml de leite devem ser descartados. Não havendo melhora em 48 horas de antibioticoterapia deve-se investigar a presença de abscesso mamário.

## **ABSCESO MAMÁRIO**

É um processo inflamatório agudo causado por mastite não tratada ou com tratamento tardio e ineficaz. O não esvaziamento adequado da mama afetada pela mas-

tite, que costuma acontecer quando a amamentação naquela mama é interrompida, favorece o aparecimento do abscesso. Este pode ser identificado pela palpação da mama, com sensação de ponto de flutuação, porém às vezes não é possível confirmação somente pelo exame físico, podendo a ultrassonografia confirmar essa condição, além de indicar o melhor lugar para incisão ou punção e aspiração.

## **PREVENÇÃO**

Todo esforço deve ser feito para evitar essa condição, que pode comprometer lactações futuras. Todas as medidas que previnam o aparecimento da mastite, assim como o tratamento precoce da mesma podem evitar o aparecimento de abscessos.

## **TRATAMENTO**

Consiste em esvaziamento por punção aspirativa em nível de pronto-socorro ou drenagem cirúrgica. Aspirações têm a vantagem de serem menos mutilantes, podendo ser feitas com anestesia local. Drenagens cirúrgicas devem ser feitas com paciente internada, sob anestesia. Há estudos que mostram que a amamentação é segura ao recém nascido a termo sadio.<sup>(32,34)</sup> Quando necessário interromper a lactação na mama afetada, esta deve ser esvaziada regularmente, e a amamentação mantida na mama sadia. Os antibióticos são os mesmos indicados para a mastite, por tempo mais prolongado. Recomenda-se cultura do material aspirado.

## **GALACTOCELE**

Formação cística nos ductos mamários que contém leite. No início fluido, adquire um aspecto viscoso e pode se exteriorizar através do mamilo. Acredita-se que pode ser causada por bloqueio de ducto lactífero. Pode ser palpada como massa lisa, arredondada. O diagnóstico é feito por punção aspirativa ou ultrassom.

## **TRATAMENTO**

Aspiração. Com frequência, o cisto se refaz após a aspiração e, então, o tratamento definitivo é cirúrgico.<sup>(32)</sup>

## **REFERÊNCIAS**

1. Carvalho MR, Gomes CF. Amamentação: bases científicas – 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017

- 2.** Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. *Lancet*. 1990 ;336(8723):1105–7.
- 3.** Viduedo AF, Leite JR, Monteiro JC, dos Reis MC, Gomes-Sponholz FA. Severe lactational mastitis: particularities from admission. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(6):1116–21.
- 4.** Riordan J. Anatomy and physiology of lactation. In: Riordan J, editor. *Breastfeeding and human lactation*. 3rd ed. Boston (MA): Jones and Bartlett Publishers; 2005. p. 67–95.
- 5.** Powers NG. How to assess slow growth in the breastfed infant. *Birth to 3 months*. *Pediatr Clin North Am*. 2001;48(2):345–63.
- 6.** American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Breastfeeding. In: Kleinman RE, Greer FR, editors. *Pediatric Nutrition*, 7th ed. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics; 2014. p. 41.
- 7.** Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*. 2003;112(3 Pt 1):607–19.
- 8.** Giugliani ER. Slow weight gain/failure to thrive. In: Walker M, editor. *Lactation Consultant Core Curriculum*. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2001. p. 332–55.
- 9.** Dusdieker LB, Booth BM, Stumbo PJ, Eichenberger JM. Effect of supplemental fluids on human milk production. *J Pediatr*. 1985;106(2):207–11.
- 10.** Hale TW. Maternal medications during breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol*. 2004 Sep;47(3):696–711.
- 11.** Winans EA. Antipsychotics and breastfeeding. *J Hum Lact*. 2001;17(4):344–7.
- 12.** Batistuzzo JA, Itaya M, Eto Y. *Formulário Médico-Farmacêutico*. 3a ed. São Paulo: Tecnopress; 2000.
- 13.** Woolridge MW. Aetiology of sore nipples. *Midwifery*. 1986;2(4):172–6.
- 14.** Biancuzzo M. Maternal physical assessment and counseling. *Breastfeeding the newborn*. St. Louis: Mosby; 1999. p. 226–304

- 15.** 15. Biancuzzo M. Sore nipples: prevention and problem solving. Herndon, USA: WMC Worldwide; 2000.
- 16.** Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Contato pele a pele precoce entre mãe e recém-nascidos saudáveis (Cochane Review) Nov/16
- 17.** Lawrence RA, Lawrence RM. Management of the mother-infant nursing couple. Breastfeeding. A guide for the medical profession. 5th ed. St Louis: Mosby; 1999. p. 233–95.
- 18.** Gonçalves SA, Filipini R, Posdso MBS. Dor mamar durante a amamentação: ação analgésica do laser de baixa intensidade. Rev Dor, 2009; 10(2): 125-9
- 19.** Coca KP, Marcacine KO, Gamba MA, Corrêa L, Aranha ACC, Abrão ACFV. Efficacy of Low-Level Laser Therapy in Relieving Nipple Pain in Breastfeeding Women: A Triple-Blind, Randomized, Controlled Trial. Pain Management Nursing 2016; 17(4):281–9
- 20.** Buchko BL, Pugh LC, Bishop BA, Cochran JF, Smith LR, Lerew DJ. Comfort measures in breastfeeding, primiparous women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1994;23(1):46–52.
- 21.** Lavergne NA. Does application of tea bags to sore nipples while breastfeeding provide effective relief? J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1997;26(1):53–8.
- 22.** Novak FR, de Almeida JA, de Souza e Silva R. Casca de banana: uma possível fonte de infecção no tratamento de fissuras mamilares. J Pediatr (Rio J). 2003;79(3):221–6.
- 23.** Meek J, Tippins S. American Academy of Pediatrics New Mother's Guide to Breastfeeding. Bantam Books; 2011. p. 150.
- 24.** Biancuzzo M. Maternal physical assessment and counseling. Breastfeeding the newborn. St Louis: Mosby; 1999. p. 226–304.
- 25.** Mass S. Breast pain: engorgement, nipple pain and mastitis. Clin Obstet Gynecol. 2004;47(3):676–82.
- 26.** Barrett ME, Heller MM, Stone HF, Murase JE. Raynaud phenomenon of the nipple in breastfeeding mothers: an underdiagnosed cause of nipple pain. JAMA Dermatol. 2013;149(3):300–6.

- 27.** Walker M. Maternal acute and chronic illness. In: Walker M, editor. Core curriculum for lactation consultant practice. Boston: Jonesand Bartlett Publishers; 2002. p. 213–4.
- 28.** Anderson PO. Topical Drugs in Nursing Mothers. Breastfeed Med. 2018;13(1):5–7.
- 29.** Newman J, Pitman T. Sore nipples. Guide to breastfeeding. Toronto: Harper Collings Publishers; 2000. p. 98–118.
- 30.** Newton M, Newton NR. Postpartum engorgement of the breast. Am J Obstet Gynecol. 1951;61(3):664–7.
- 31.** Almeida JA. Amamentação. Um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. <https://doi.org/10.7476/9788575412503>.
- 32.** World Health Organization. Mastitis.Causes and management. Geneva: World Health Organization; 2000
- 33.** Fetherston C. Risk factors for lactation mastitis. J Hum Lact. 1998;14(2):101–9.
- 34.** American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. Red Book 2000. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2000.

# CAPÍTULO 5

## INTERCORRÊNCIAS MATERNAS GERAIS

**Silvia Regina Piza Ferreira Jorge**

<sup>1</sup>Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

### Como citar:

Jorge SR. Intercorrências maternas gerais. In: Amamentação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. Cap. 5, p. 41-7. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 6/ Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno).

### Descritores

Leite materno; Recém-nascido; Aleitamento materno

### RESUMO

O leite materno (LM) confere proteção ao recém-nascido (RN) por conter anticorpos, substâncias anti-inflamatórias e imunomoduladoras. Contudo, algumas intercorrências maternas requerem cuidados no aleitamento materno (AM). Assim, o uso de determinadas substâncias, como contrastes, radioisótopos, entre outras, pode requerer a interrupção temporária da amamentação, assim como, o consumo de álcool, por exemplo. Outras condições maternas, como câncer de mama, e tratamentos quimioterápicos com antineoplásicos, contraindicam o AM. Em relação aos processos infecciosos maternos, a maioria não contraindica a amamentação, que na maioria das vezes deve ser mantida, inclusive com efeito de proteção do lactente. Contudo, alguns cuidados devem ser observados. Eventualmente, isolamento temporário, com ordenha e oferta do leite por meio de copinho, são medidas recomendadas, assim como pode ser indicada a pasteurização do LM. Ainda, cuidados com higiene e uso de máscaras devem ser recomendados em alguns casos. Quando possível, devem ser realizadas a administração de imunoglobulina e a vacinação do RN. A concomitância do aleitamento com o tratamento da infecção materna deve ser observada. Comentaremos as intercorrências maternas gerais mais comuns e suas repercussões no aleitamento materno.

É fato que o aleitamento materno confere proteção ao RN, por conter elementos protetores como anticorpos, substâncias anti-inflamatórias e imunomoduladoras, que oferecem proteção para a maioria dos quadros infecciosos, além de minimizar a severidade dos mesmos.<sup>(1,2)</sup> Contudo, algumas intercorrências maternas requerem determinados cuidados em relação ao aleitamento materno.

Quando existe a possibilidade de ingestão de determinadas substâncias pela lactante, como contraste com radioisótopos (tecnécio, gálio, iodo), o AM deve ser interrompido momentaneamente. Nesses casos, o LM pode ser armazenado previamente e oferecido ao RN. Após o exame, na dependência do radioisótopo utilizado, o leite deve ser ordenhado e desprezado regularmente, por período de quinze horas até duas semanas, para então voltar a ser oferecido para a criança.<sup>(1)</sup>

Quanto ao uso de outras substâncias e medicamentos, a maioria é secretada em pequenas quantidades pelo leite materno.<sup>(2)</sup> Alguns antimicrobianos, como imipenem (betalactâmico), claritromicina (macrolídeo) e norfloxacina (quinolona) devem ser evitados durante o AM.<sup>(1)</sup>

Também, drogas citotóxicas e antineoplásicas, quando necessárias, contraindicam o AM.<sup>(1)</sup> Como na gestação, o consumo de álcool, em qualquer quantidade, também deve ser desestimulado durante a amamentação. Em relação ao câncer de mama, mulheres portadoras ou que já tiveram a neoplasia apresentam contraindicação para o aleitamento materno.<sup>(1)</sup>

No que se refere aos processos infecciosos maternos, a maioria não impede o aleitamento materno sendo que, contrariamente, confere mais proteção ao RN diante de quadros infecciosos.<sup>(1,2)</sup> A seguir, destacamos os mais frequentes, ou que merecem considerações especiais.

## **GRIFE OU RESFRIADO**

Devem-se adotar cuidados de higiene com as mãos, além do uso de máscara recobrindo o nariz e boca da nutriz para evitar-se a propagação de fômites.<sup>(1)</sup>

## **DENGUE**

Exceto nos casos em que a condição materna não permitir, não existe contraindicação para o AM.

## **INFECÇÃO PELO ZIKV**

Até o momento, não existe nenhuma contraindicação para o aleitamento materno, que inclusive deve ser incentivado nesses casos, tendo em vista a maior morbidade que a infecção congênita traz, como a microcefalia.<sup>(3)</sup>

## **CITOMEGALOVIROSE**

O LM que secreta o vírus durante a infecção materna, também contém os anticorpos, com risco muito pequeno de infecção para o RN, portanto, a infecção materna por citomegalovírus não contraindica o AM. A pasteurização do LM, a 62,5° por trinta minutos, que inativa o vírus, ou o congelamento do leite materno a 20°negativos por sete dias, que reduz a carga viral, embora ainda não sejam consensuais, podem ser realizadas antes de ofertar o leite para o neonato. A suscetibilidade dos prematuros à doença é maior e, nessas situações, o aleitamento poderia ser repensado. Contudo, mais estudos devem ser realizados antes de se modificar a recomendação atual, inclusive nesses casos, que não contraindica a amamentação.<sup>(1,4,5)</sup>

## **SARAMPO**

Recomenda-se o isolamento materno após 72 horas do aparecimento do *rash* cutâneo. O RN deve receber imunoglobulina específica e o LM deve ser ordenhado e oferecido após esse procedimento. Nos casos em que existe suscetibilidade materna e infecção no período de aleitamento, o contágio ocorreu geralmente sete dias antes do aparecimento dos sintomas, portanto o aleitamento não deve ser interrompido, além do fato de o próprio leite materno conter imunoglobulinas (IgA) que minimizam a infecção do lactente.<sup>(1,5,6)</sup>

## **RUBÉOLA**

O aleitamento não está contraindicado diante da infecção materna, nem pelo fato de imunização por meio de vacina da lactante.<sup>(1,4-6)</sup>

## **HERPES SIMPLES**

Se houver vesículas nas mamas, o leite deverá ser ordenhado e oferecido em copinho para o lactente, até que as mesmas estejam completamente secas. A higiene

das mãos deve ser observada e, nos casos de vesículas periungueais, o contato com o RN deve ser restrito e adotado o uso de luvas. Nos casos de lesões orais e nasais, o uso de máscara também deve ser recomendado.<sup>(1,4-6)</sup>

## **VARICELA**

O recém-nascido deverá ser separado da mãe quando a doença for adquirida no período compreendido entre os últimos cinco dias da gravidez e os dois primeiros dias do pós-parto. Nesta fase, existe o perigo da exposição com contato íntimo e prolongado do recém-nascido e sua mãe e, mesmo nos casos de utilização de mamadeiras, a separação é recomendada. O recém-nascido deve receber imunoglobulina específica para varicela, e o leite pode ser ordenhado se não houver lesões contaminantes nas mamas. Quando as lesões apresentarem crostas, em média uma semana após o aparecimento das vesículas, a amamentação pode ser iniciada. Se a doença ocorrer fora do período descrito, isto é, mais de cinco dias antes do parto, e/ou mais de dois dias após o parto, a separação não é efetiva, portanto, não recomendada. Em relação à imunização materna em pacientes suscetíveis, não parece haver excreção do vírus pelo leite materno, assim, não há interferência com a amamentação.<sup>(1,4-6)</sup>

## **HEPATITE A**

Recomenda-se administração de imunoglobulina ao recém-nascido e manutenção do AM.<sup>(1,6,7)</sup>

## **HEPATITE B**

O aleitamento materno está liberado após administração de imunoterapia passiva (imunoglobulina específica contra o vírus da hepatite B nas primeiras 12 horas de vida), e imunoterapia ativa com a primeira dose de vacina.<sup>(1,6,7)</sup>

## **HEPATITE C**

Até o momento, os estudos indicam não existir aumento nas taxas de transmissão do HCV para o recém-nascido em função da amamentação. Exceto nos casos de co-infecção pelo HIV e/ou insuficiência hepática grave, a amamentação é permitida, o que deve ser esclarecido e a decisão compartilhada com a lactante. Ainda, a pre-

venção de fissuras mamilares é importante, visto que o contato do RN com o sangue materno ainda tem papel desconhecido na transmissão da doença.<sup>(1,6,7)</sup>

## **INFECÇÃO PELO HIV/HTLV**

Consiste contraindicação absoluta para o aleitamento materno e aleitamento cruzado a infecção pelos vírus do HIV e HTLV, de acordo com o Ministério da Saúde, sendo obrigatório o aleitamento artificial, em função do risco de transmissão vertical. A lactação deve ser suprimida imediatamente após o parto, pois o risco de transmissão é alto, entre 7% a 22%, e renova-se a cada mamada.<sup>(1,8)</sup> Ainda, em relação à infecção pelo HIV/HTLV cabem algumas considerações: embora contraindicado o aleitamento materno em países industrializados, em situações de extrema pobreza, quando os benefícios superam os riscos, o aleitamento pode ser permitido; a terapia antirretroviral, especialmente tripla, para mãe e neonato reduz o risco de transmissão pelo leite materno, contudo mais estudos devem ser realizados sobre o tema; no caso de aleitamento misto, o risco de transmissão é maior que quando o aleitamento é realizado de forma exclusiva; a pasteurização do leite materno a 62,5°, realizada em Bancos de Leite Humano, destrói o HIV.<sup>(1,8)</sup>

## **INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO**

Não contra indicam o aleitamento materno. O tratamento deve ser feito simultaneamente, considerando-se a escolha do antimicrobiano (evitar o uso de quinolonas, como já citado).<sup>(1,2,4)</sup>

## **TOXOPLASMOSE AGUDA**

A transmissão vertical está relacionada com infecção congênita, por via transplacentária e o tratamento específico pode ser realizado concomitantemente com o aleitamento. Não têm sido relatados casos de transmissão relacionados com a amamentação.<sup>(1,2,4)</sup>

## **MALÁRIA**

Recomenda-se a manutenção do AM com tratamento simultâneo.<sup>(1,2,4)</sup>

## **SÍFILIS**

Em qualquer fase da doença, recomenda-se o tratamento simultâneo com penicilina para a mãe e o RN. Se houver lesão mamária por sífilis, pode ocorrer transmissão durante o aleitamento.<sup>(1,2,4)</sup>

## **GONORREIA**

A transmissão vertical pode ocorrer por via placentária, no parto ou após o parto. O AM deve ser iniciado após 24 horas do início da administração do tratamento materno. O RN deverá receber nitrato de prata ocular rotineiro e penicilina sistêmica.<sup>(1,2,4)</sup>

## **TUBERCULOSE PULMONAR**

Na forma ativa, o contato íntimo, prolongado e repetido do RN e sua mãe oferece risco de contágio. Portanto, orienta-se a ordenha do LM, que é livre de bacilos, e oferta por meio de copinho para o recém-nascido. O contato direto entre mãe e filho é permitido, no mínimo, após duas semanas do início do tratamento com melhora do quadro clínico e bacilosscopia negativa, o que é recomendado inclusive, nos casos de aleitamento artificial. O uso de máscaras e cuidados rigorosos com higiene devem ser orientados. Ainda, o RN deverá receber isoniazida, na dose de 10mg/kg ao dia, por três meses.<sup>(1,2,4)</sup>

## **DOENÇA DE CHAGAS**

Estima-se que a transmissão vertical possa ocorrer em qualquer fase da doença, entre 0,5% e 10,0%, sendo excepcionalmente por meio da amamentação, o que contudo, não a contraindica, exceto nos casos de sangramento pelo mamilo, onde se orienta a ordenha e pasteurização temporária do leite materno, até que ocorra a cicatrização.<sup>(1,9)</sup>

## **HANSENÍASE**

Na forma contagiosa, isto é, forma não tratada ou tratamento com sulfona há menos de três meses, ou rifampicina há menos de três semanas, o AM pode ocorrer com alguns cuidados: higiene rigorosa das mãos, desinfecção dos tecidos em conta-

to com o RN, uso de máscaras, além da manutenção concomitante do tratamento. Na forma não contagiante da doença, o AM pode ocorrer sem restrições.<sup>(1,2,4)</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Jorge SR, Mariani Neto C. Intercorrências maternas gerais. In: Mariani Neto C. Manual de aleitamento materno. 3a ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2015. p.67-71
2. Camelo Jr JS, Motta MS. Passagens de agentes infecciosos pelo leite materno. In: Del Ciampo LA, Ricco RG, Nogueira de Almeida CA, editores. Aleitamento materno. Passagens e transferências mãe-filho. São Paulo: Editora Atheneu; 2004. p. 43-54.
3. Infecção pelo vírus ZIKA em gestantes e microcefalia. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2016. (Série Orientações e Recomendações FEBRASCO, v.1, no.1).
4. Lamounier JA, Moulin ZS, Xavier CC. Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. J Pediatr (Rio J). 2004;80(5 Supl):S181-S188.
5. Lawrence RM. Transmission of infectious diseases through breast milk and breastfeeding. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editors. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 5th ed. St. Louis; Mosby; 1999. p. 563-616.
6. Costa MM, Walker AP, Schechter M. Doenças infecto-contagiosas e amamentação. In: Santos Júnior LA, editor. A mama no ciclo gravídico-puerperal. São Paulo: Atheneu; 2000. p.151-6.
7. Hill JB, Sheffield JS, Kim MJ, Alexander JM, Sercely B, Wendel GD. Risk of hepatitis B transmission in breastfed infants of chronic hepatitis B carriers. Obstet Gynecol. 2002; 99(6):1049-52.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais - Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
9. Ferreira CS, Amato Neto V, Gakiya E, Bezerra RC, Alarcon RS. Microwave treatment of human milk to prevent transmission of Chagas disease. Rev Inst Med Trop S Paulo. 2003;45(1):41-2.

# CAPÍTULO 6

## QUEIXAS FREQUENTES DAS LACTANTES

Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão<sup>1</sup>

Kelly Pereira Coca<sup>1</sup>

Erika de Sá Vieira Abuchaim<sup>1</sup>

Karla Oliveira Marcacine<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

### Como citar:

Abrão AC, Coca KP, Abuchaim ES, Marcacine KO. Queixas frequentes das lactantes. In: Amamentação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. Cap. 6, p. 48-64. (Série, Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 6, Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno).

### Descritores

Amamentação; Assistência; Pós-parto; Enfermagem obstétrica

### RESUMO

A amamentação deve ser compreendida como um processo complexo que envolve não somente a adaptação fisiológica, mas também a mudança do papel da mulher e do homem para tornarem-se mãe e pai de um filho, inseridos em um contexto social. Nesse sentido, o apoio de profissionais de saúde por meio de aconselhamento no período pré e pós-natal é fundamental para contribuir no sucesso da prática do aleitamento materno. Dentre os aspectos considerados, destacam-se os fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais. O processo de amamentação inicia-se imediatamente após o parto, quando mãe e filho são colocados juntos para estabelecerem o primeiro contato e propiciar início precoce da amamentação. Esta etapa inicial é fundamental para a amamentação exclusiva prolongada e diminuição das dificuldades advindas do processo. As queixas frequentes que as nutrizes apresentam durante o processo de amamentação devem ser reconhecidas como um aspecto importante a ser considerado e nesse sentido o presente texto vem discutir algumas delas.

# QUEIXAS FREQUENTES DAS NUTRIZES

## RELACIONADAS À MULHER

### Mamilos malformados<sup>(1-4)</sup>

Algumas mulheres apresentam mamilos invertidos e ou pseudo-invertidos, com aderências na sua base e presença de tecido fibroso, dificultando a preensão por parte da criança.

Consequências:

- Ansiedade e insegurança materna;
- Lesão mamilar; e
- Dificuldade de preensão correta da região mamilo-areolar.

Intervenções:

- Promover a confiança materna;
- Supervisionar uma mamada e verificar o grau de dificuldade da criança, auxiliando no processo quando necessário;
- Mostrar outras posições para amamentar, além da tradicional;
- Sugerir a realização de uma “prega” na aréola para facilitar a preensão da região mamilo-areolar;
- Acompanhar a evolução da criança em relação à dificuldade;
- Realizar o teste de flexibilidade areolar e retirada do leite se necessário, em situação de apojadura; e
- Caso a criança não consiga mamar, oferecer o leite materno ordenhado preferencialmente no copinho e discutir o uso de bicos intermediários com a mulher (prós e contras).

### Dor ao amamentar<sup>(2,4-7)</sup>

A presença de dor ao amamentar é comum nas primeiras semanas pós-parto e está relacionada a:

- Início e adequação do processo de amamentação;

- Uso inadequado de bomba de extração de leite; e
- Uso de cremes, óleos, pomadas e/ou medicamentos: podem causar reações alérgicas e ainda, devido à necessidade de serem removidos antes de cada mamada, fazem com que a região mamilo-areolar fique mais sensível e, em algumas situações, dolorosa;
- Aos mamilos malformados e subdesenvolvidos;
- À hipersensibilidade na região mamilo-areolar;
- À posição e pega inadequada da criança;
- Sucção não nutritiva prolongada;
- Mamas túrgidas ou ingurgitadas: o recém-nascido não consegue apreender corretamente a aréola devido à distensão desta região por excesso de leite. Neste caso apreende somente o mamilo, ocasionando dor;
- Interrupção inadequada da sucção da criança; e
- Disfunções orais na criança, como o freio de língua excessivamente curto;

Consequências:

- Dificuldade para amamentar;
- Ansiedade e medo;
- Ingurgitamento mamário e infecção na mama, pela redução da oferta das mamas;
- Redução da produção láctea, decorrente de dor, estresse no processo de amamentação e da interrupção da amamentação sem acompanhamento; e
- Início de desmame com a introdução de mamadeiras, fórmulas artificiais e/ou outros alimentos.

Intervenções:

- Identificar e corrigir a causa quando possível;
- Realizar teste de flexibilidade areolar antes de cada mamada, e quando necessário drenar a região areolar imediatamente antes da mamada;

- Retirar um pouco de leite da mama em quantidade para desencadear o reflexo de ejeção, evitando que a criança sugue com muita força no início;
- Hidratar os mamilos com leite materno;
- Expor os mamilos ao sol;
- Iniciar a amamentação pelo mamilo menos doloroso;
- Sugerir outras posições para amamentar, dentre elas a invertida; e
- Considerar a Interrupção temporária da amamentação nos casos de dor intensa e ordenhar o leite da mama e oferecer no copinho, até que haja regressão do quadro.

### **Lesões mamilo-areolares<sup>(2,4-8)</sup>**

A presença de lesões na região mamilo-areolar é comum na primeira semana pós-parto e está relacionada à:

- Posição inadequada da criança: a mesma se mantém longe do corpo da mãe, desalinhada, com pescoço torcido e o rosto não está de frente para a mama;
- Pega inadequada: quando a criança apreende somente o mamilo;
- Sucção não nutritiva prolongada;
- Mamas túrgidas ou ingurgitadas: o recém-nascido não consegue apreender corretamente a aréola devido à distensão desta região por excesso de leite. Neste caso apreende somente o mamilo, levando-o a traumatizar-se;
- Interrupção inadequada da sucção da criança;
- Disfunções orais na criança, freio de língua excessivamente curto;
- Mamilos malformados e subdesenvolvidos;
- Uso inadequado de bomba de extração de leite; e
- Ao uso de cremes, óleos, pomadas e/ou medicamentos: podem causar reações alérgicas e ainda, devido à necessidade de serem removidos antes de cada mamada, fazem com que a região mamilo-areolar fique mais sensível e predisposta a lesões.

Consequências:

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

Intervenções

- Corrigir a causa (posicionamento e/ou pega);
- Realizar teste de flexibilidade areolar antes de cada mamada, e quando necessário drenar a região areolar imediatamente antes da mamada;
- Retirar um pouco de leite da mama em quantidade para desencadear o reflexo de ejeção, evitando que a criança sugue com muita força no início;
- Hidratar os mamilos com leite materno;
- Expor os mamilos ao sol;
- Iniciar a amamentação pelo mamilo sadio ou menos traumatizado ou doloroso;
- Sugerir outras posições para amamentar, dentre elas a invertida;
- Considerar a suspensão temporária da amamentação nos casos de dor intensa e não apenas a extensão da lesão (usar a Escala Visual Analógica ou Numérica para avaliar a intensidade da dor).
- Retirada do leite ou leite da mama e oferecer no copinho, até a melhora do quadro de dor para amamentar.
- Discutir uso de tratamento com lanolina anidra, curativo de hidrogel ou laser em baixa intensidade concomitante a correção da causa. Apesar da controvérsia dos benefícios destes tratamentos na literatura, as mulheres podem solicitar seu uso e a discussão dos benefícios e riscos deve ser considerada.

## **Ingurgitamento mamário<sup>(1,3,4,8-10)</sup>**

O ingurgitamento mamário é o excesso de leite nas mamas, comum na fase de apoada. Pode estar presente em decorrência de amamentação inadequada (início tardio, intervalo longos entre as mamadas, restrição do tempo de succão), succão incorreta, uso de sutiã inadequado, obstrução de ductos, malformações mamilares, interrupção da amamentação e o cuidado inadequado das mamas na fase puerperal.

Consequências:

- Dor, calor, rubor e edema;
- Dificuldade da criança em realizar uma apreensão adequada;
- Traumas mamilares e mastite;
- Preocupação e estresse materno.

Intervenções:

- Identificar a causa do ingurgitamento;
- Proceder massagem delicada na mama, com movimentos circulares, especialmente nas regiões endurecidas e dolorosas, no sentido de tornar o leite mais fluido;
- Retirar o leite da mama até o ponto de conforto (ausência de dor);
- Realizar retirada do leite antes de iniciar a amamentação para obter a flexibilidade areolar;
- Estimular posições variadas de amamentação como a invertida, a fim de auxiliar a retirada de leite dos pontos dolorosos;
- Orientar a prevenção do ingurgitamento por meio da palpação das mamas, nos intervalos das mamadas ou mesmo ao término da mamada, na mama que foi amamentada e, também, naquela que não foi. Na presença de dor, proceder a retirada do excesso de leite com a massagem e expressão da mama até ponto de conforto;
- Oferecer à mãe apoio emocional e promover medidas de relaxamento;
- Orientar uso de um sutiã firme e bem ajustado ao tamanho da mama;

- Evitar o uso de conchas, pois a drenagem espontânea e frequente, causada pela pressão da concha na mama com o sutiã, poderá atrasar a regulação da produção láctea, bem como provocar edema areolar;
- Não usar calor local; e
- Não suspender a amamentação, pois pode agravar o quadro de ingurgitamento.

### **Produção láctea insuficiente (real e referida) ou “leite fraco”<sup>(3,4,8,10-12)</sup>**

É importante diferenciar a queixa da mulher em relação à qualidade e quantidade do seu leite. Em relação à qualidade, é comum acharem que o seu leite é fraco, por falta de conhecimento e questões culturais.

Consequências:

- A insegurança materna quanto à qualidade de leite aumenta o risco de desmame por meio da introdução de outros leites, líquidos ou alimentos.

Intervenções:

Orientar no sentido de esclarecer a mulher que o seu leite é adequado: qualidade do leite anterior e posterior, variação normal dos intervalos entre as mamadas, tempo de mamada variável, sinais de satisfação da criança após as mamadas e a representação do comportamento e choro esperados da criança (frio, necessidade de aconchego ou outras causas).

Com relação à quantidade, essa queixa pode ser real ou referida: Quando referida, pode ser decorrente da insegurança e desconhecimento materno em relação à sua capacidade de produção de leite, da dificuldade para realizar expressão e retirada do leite, sensação de flacidez da mama e redução do volume antes das mamadas; de intervalos muito curtos entre as mamadas, mamadas muito longas e choro frequente da criança.

Consequências:

- Desmame precoce pela introdução de leite artificial e/ou outros alimentos.

Intervenções:

- Realizar história detalhada para identificar possíveis causas e procurar corrigir-las;
- Esclarecer a mãe sobre os problemas decorrentes do uso dos bicos artificiais (confusão de bicos) e complementos (água, chás, outros leites);

- Oferecer informações relevantes que podem tranquilizar a mãe e ajudar a aumentar a confiança;
- Supervisionar uma mamada e verificar pega, posicionamento da dupla mãe-criança e efetividade de sucção da criança, auxiliando no processo quando necessário.

Quando a causa é real, a pega incorreta é a principal causa da remoção ineficiente do leite, que leva a diminuição da produção láctea. Acrescido a essa situação está a sucção inadequada ou pouca estimulação da mama (rigidez de horários, intervalos muito longos e/ou pouco tempo de sucção e também a retirada precoce da mamada noturna); o uso de mamadeiras e/ou chupetas levando a uma sucção inadequada; uso de intermediário (bico de silicone); mães tabagistas e usuárias de álcool; insucesso anterior associado à insegurança materna; intercorrências no parto e no pós-parto imediato (retenção placentária, hemorragias); uso de drogas que interferem na produção; cansaço e estresse materno; cirurgia mamária (principalmente as redutoras) e algumas patologias maternas.

Intervenções:

- Realizar história detalhada para identificar possíveis causas para corrigi-las;
- Avaliar e orientar a pega adequada e sucção efetiva;
- Orientar a pega adequada e incentivar a mãe para colocar a criança para mamar várias vezes, pelo menos 8 a 10 vezes ao dia, e deixá-la sugar por um tempo mais longo. Quando a oferta da mama não for possível, deve-se orientar que a mulher realize a extração láctea nos horários das mamadas;
- Monitorar o ganho de peso e eliminações da criança (diurese abundante e mudança de transição do meconíio para as fezes da criança nos primeiros 6 dias de vida);
- Caso haja indicação de complementação, utilizar a técnica de translactação em substituição ao uso da mamadeira.

### **Candidíase mamilo-areolar<sup>(4,2,8,10)</sup>**

Trata-se de uma infecção da mama por fungo, favorecida principalmente pela presença de umidade e cuidados inadequados com a mama. A mulher refere presença de prurido local, sensação de queimação e dor em agulhadas que persiste após

as mamadas. A pele dos mamilos e aréola pode apresentar-se levemente irritada, hiperemizada e com pequena descamação. Na cavidade oral da criança podem ser percebidas crostas de coloração branca, de difícil remoção.

Consequências:

- Suspensão da amamentação decorrente da dor e desconforto; e
- Lesão miliar.

Intervenções:

- Checar os utensílios utilizados na fase da amamentação e sua higienização correta;
- Orientar a lavagem das mãos antes da manipulação das mamas;
- Verificar presença de outros focos de infecção (vaginal, perineal, oral);
- Tratar a infecção em caso de confirmação diagnóstica (via tópica ou oral, a depender dos sintomas e exame clínico).

### **Ducto bloqueado<sup>(3,4,8,10)</sup>**

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

Consequências:

- Ansiedade e estresse materno decorrente da dor;
- Dificuldade de ejeção láctea;
- Ingurgitamento mamário e mastite.

Intervenções:

- Identificar e corrigir a causa;

- Realizar massagem delicada com os dedos em movimento de “pinça” ao longo do ducto do mamilo, em direção à base da mama, com o objetivo de dissolver/empurrar a “rolha” de leite.
- Realizar a retirada do leite manual na região afetada;
- Amamentar em distintas posições, oferecendo primeiro a mama afetada, com o queixo da criança direcionado para o local afetado;
- Aplicar compressas mornas no local juntamente com massagens delicadas na região endurecida, ou durante a mamada;
- Caso haja demora no processo de involução, remover o ponto esbranquiçado na ponta do mamilo friccionando uma toalha ou utilizando uma agulha esterilizada e proceder com a drenagem invertida no ducto do mamilo e retirada do leite manual.

### **Fenômeno de Raynaud<sup>(4,10-12)</sup>**

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

Consequências:

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

Intervenções:

- Melhorar a técnica de amamentação;
- Aplicar compressas mornas logo após a mamada para alívio da dor;
- Nos casos em que não há melhora, considerar indicação médica de nifedipina-5 mg três vezes ao dia por uma ou duas semanas ou 30 a 60 mg, uma vez ao dia para a formulação de liberação lenta. Nestes casos as mulheres devem evitar o uso de cafeína e nicotina.

## **Cansaço, preocupação e estresse<sup>(1,3,13)</sup>**

As mulheres sentem-se cansadas neste período decorrente da interrupção frequente do sono pelas necessidades do bebê, portanto não conseguem dormir como antes. Novas responsabilidades se apresentam, gerando sentimentos de incapacidade e insegurança.

Consequências:

- Sentimento de incapacidade, tristeza, choro frequente e melancolia.

Intervenções:

- Orientar a mulher quanto ao descanso diurno e sono noturno. O organismo precisa se adaptar à nova realidade, e este não é um processo rápido. Ela precisa ser orientada a dormir várias vezes ao dia, quando a criança também dorme, pois assim poderá se adaptar à nova situação gradativamente;
- A ajuda de outras pessoas se faz importante e necessária para propiciar o descanso tranquilo da mãe.

## **RELACIONADAS À CRIANÇA:**

### **Dificuldade de apreensão correta da região mamilo-areolar<sup>(4,7,8,11,12)</sup>**

Esta situação pode estar presente devido ao recém-nascido estar desalinhado e posicionado longe da sua mãe, ser prematuro ou de baixo peso ou mesmo apresentar disfunção oral. Ainda, pelo fato da mulher possuir mamilos semi-protrusos e malformados; mamilos hipertróficos ou grandes em relação à boca da criança; estar com ingurgitamento mamário ou utilizar bico de silicone ou chupeta.

Consequências:

- Insatisfação da criança por não receber leite em quantidade suficiente, que se mostra muito inquieta e chorosa. Este comportamento deixa as mães irritadas e inseguras, achando que seu leite não tem qualidade ou que a quantidade não está adequada;
- Pode desencadear hipoglicemia, icterícia, perda de peso e outras consequências;
- O desmame precoce pode ser iniciado com a introdução de outros leites;
- O ingurgitamento mamário pode ocorrer devido ao esvaziamento inadequado da mama; e o

- Aparecimento de lesões mamilares.

Intervenções:

- Corrigir a causa principal;
- Estimular a criança a abrir bem a boca antes de realizar a apreensão (tocar o mamilo no lábio da boca da criança).
- Orientar a mãe a drenar um pouco do seu próprio leite na boca da criança facilitando o reflexo de busca e preensão;
- Orientar a realização do teste de flexibilidade areolar, imediatamente antes da mamada. Caso a aréola esteja endurecida, realizar a retirada do leite manual até obter a flexibilidade; e
- Evitar o uso de bicos de silicone e chupetas.

### **Dificuldade de sucção ou de sua manutenção<sup>(4,7,8,11,12)</sup>**

Pode ser decorrente de imaturidade do reflexo de sucção; mudança do padrão normal de sucção devido ao uso chupeta ou mamadeira; postura inadequada (bebê com pescoço torcido, cabeça flexionada, longe da mãe); mama muito volumosa, dificultando a respiração da criança quando esta é amamentada na posição tradicional; produção aumentada de leite e um fluxo inicial forte e abundante; obstrução nasal.

Consequências:

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

Intervenções:

- Observar a mamada e certificar-se de que a criança realmente está sugando. A sucção pode ser avaliada no toque do palato superior da criança, com dedo enluvado (padrão e força de sucção). As crianças que apresentam dificuldade de sugar podem ser estimuladas com o toque no palato até o aparecimento da sucção para, então, serem colocadas imediatamente para mamar;
- Corrigir o posicionamento e avaliar a condição das vias aéreas durante a mamada (se obstruídas, orientar uso de soro fisiológico nas narinas antes das mamadas).

- Utilizar outras posições (tanto a mulher quanto o bebê) para amamentar;
- Retirada do leite ou leite inicial para diminuir o fluxo inicial;
- Aconselhar a suspensão do uso de bicos artificiais

### **Criança que dorme em excesso durante a mamada<sup>(4,7,8,11,12)</sup>**

É frequente em crianças que por natureza são “dorminhocas”; prematuras ou de baixo peso; ou mesmo devido a saciedade por oferta de outros leites. Também pode ocorrer quando as mulheres fazem uso de alguns medicamentos como metildopa.

Consequências:

- Mamadas muito longas e ganho de peso limitado ou insuficiente;
- Estresse, cansaço materno e lesões mamilares.

Intervenções:

- Promover a confiança materna e encorajar estímulo da criança nos casos em que a mesma estiver dormindo durante a mamada (tocando pés e mãos);
- Colocar a criança para mamar quando estiver bem acordada e mantê-la desagachada;
- Utilizar a posição de “cavalinho” (criança sentada na perna da mãe, de frente para a mama) e amamentar em ambientes diferentes;
- Aumentar o intervalo entre as mamadas para aumentar o nível de fome da criança, porém não ultrapassando 4 horas;
- Não oferecer outros líquidos ou alimentos.

### **Criança que chora em excesso durante a mamada<sup>(4,7,8,11,12)</sup>**

Presente nos casos em que a criança não está recebendo leite materno suficiente; não está mambando tempo suficiente para ficar satisfeita; ou apresenta algum desconforto físico (dor, frio) ou necessidade de aconchego. Em relação à mulher pode ser decorrente de alguma alimentação que provoca fermentação ou alergia, uso de drogas como cafeína e nicotina.

Consequências:

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

Intervenções:

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

### **Intervalos muito curtos entre as mamadas<sup>(3,4,7,8,11,12)</sup>**

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

Consequências:

- A mãe fica extremamente cansada e irritada, pois não consegue organizar suas necessidades com as da criança. Todo o seu tempo é dedicado ao cuidado e amamentação da criança. Em um período de tempo pode levar a mãe a iniciar o desmame, com a introdução de leite artificial.

Intervenções:

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

### **Criança que recusa mamar<sup>(3,4,10)</sup>**

Pode estar relacionada ao uso de bicos artificiais na alimentação com mamadeira, bico de silicone ou uso de chupetas.

Consequências:

- A mãe refere que a criança recusa a mama (se joga para trás) e, devido ao choro e comportamento da criança, acaba por oferecer a mamadeira. A cada mamadeira oferecida, a criança vai alterando o padrão de sucção com o bico artificial e passa a não querer sugar na mama.

Intervenções:

- Oferecer somente o leite materno direto na mama e quando a criança começar a recusá-lo, ela deve insistir e aumentar a frequência das mamadas ou mesmo complementar a mamada com leite materno no copinho, e evitar que a criança fique com muita fome, pois assim ela fica mais impaciente;
- Pode-se utilizar o sistema de nutrição suplementar (técnica da translactação) para aumentar o volume de leite e acalmar a criança;
- Medidas de relaxamento para a mãe no momento da amamentação são importantes para acalmá-la, pois normalmente a criança chora muito;
- Suspender o uso de bicos artificiais.

### **Icterícia<sup>(3,4,10)</sup>**

A icterícia fisiológica é, em geral, decorrente da condição clínica decorrente da imaturidade hepática e pode agravar-se por dificuldade do recém-nascido de extrair quantidade de leite materno suficiente durante a mamada.

Consequências:

- A fototerapia, quando indicada pode dificultar a mamada por livre demanda, a criança pode apresentar-se mais irritada e a mãe pode sentir maior dificuldade no cuidado.

Intervenções:

- Aumentar a frequência das mamadas (10 a 12 vezes ao dia);
- Avaliar e corrigir a técnica da amamentação, se necessário;
- Oferecer suporte emocional para a mulher e enfatizar a importância da amamentação para o tratamento da icterícia.

### **Ganho de peso inadequado<sup>(3,4,10)</sup>**

Para um recém-nascido de termo, a perda de peso fisiológica é de até 10%, recuperando o peso de nascimento em torno do 10º ao 15º dia. O ganho ponderal esperado para uma criança em aleitamento materno exclusivo é de 18 a 30 gramas por dia e, ao final do primeiro mês deve ser superior a 500 gramas. A questão do ganho de peso é muito discutida entre os profissionais que lidam com a amamentação. A causa provável de ganho de peso insatisfatório para uma criança amamentada ex-

clusivamente com leite materno, é um erro na técnica de amamentação. Posteriormente pode-se pensar em alguma patologia no recém-nascido (infecção urinária, anemia, refluxo, cardiopatia, entre outras).

Consequências:

- Insegurança materna quanto a capacidade de amamentar, especialmente quando é exigido um ganho de peso da criança dentro dos limites superiores;
- Complementação com leite artificial levando ao desmame; e
- Comprometimento do desenvolvimento da criança.

Intervenções:

- Avaliar e corrigir a técnica da amamentação (posicionamento, pega, tempo de mamada, intervalo entre as mamadas, efetividade da sucção);
- Avaliar as eliminações e identificar a frequência (mínima de seis fraldas de diurese) e transição da evacuação (coloração amarela líquido por volta do sexto dia de vida);
- Avaliar a produção láctea da mãe e oferta das mamas;
- Observar aspectos relacionados ao vínculo mãe-bebê;
- Realizar uma avaliação clínica para descartar outras causas; e
- Acompanhamento semanal após orientação, até normalização.

## REFERÊNCIAS

1. Abrão AC, Coca KP, Pinelli FS, Vieira E. Dificuldades no processo de aleitamento materno. In: Barros SM. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. 2a ed. São Paulo: Roca; 2009. p.332-70.
2. Walker M. Clinics in human lactation. The nipple and areola in breastfeeding and lactation: anatomy, physiology, problems and solutions. Texas: PraeclarusPress; 2010.
3. Walker M. Breastfeeding management for the clinician. Using the evidence. 2nd ed. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning; 2014. 623 p.

- 4.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. 184p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, no. 23).
- 5.** Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão AC. Factors associated with nipple trauma in the maternity unit. *J Pediatr (Rio J)*. 2009; 85(4):341-5.
- 6.** Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão AC. A posição de amamentar determina o aparecimento do trauma? *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):446-52.
- 7.** Genna CW. Supporting sucking skills in breastfeeding infants. 2nd ed. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning; 2013.
- 8.** Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 5th ed. USA: Mosby-Year Book; 2011. p.233-95.
- 9.** Mangesi L, Zakarija-Grkovic I. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Jun 28;(6):CD006946. Review.
- 10.** Mohrbacher N. Breastfeeding answers made simple: a guide for helping mothers. USA: Hale Publishing; 2010. Breastfeeding answers made simple: a guide for helping mothers. Basic breastfeeding dynamics. p.27-49.
- 11.** Mannel R, Martens PJ, Walkler M. Core curriculum for lactation: Consultant practice. International Lactation Consultant Association-ILCA. 3a ed. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning; 2013.
- 12.** Mannel R, Martens PJ, Walker M. Lactation consultant practice. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning; 2013. 3a. Ed. 910p.
- 13.** Abrão AC, Mattar R. Lactação. In: Moron AF, Camano L, Kulay Junior L. Obstetrícia. Barueri (SP): Manole; 2011.p.1327-39.

## CAPÍTULO 7

# O DESAFIO DO ALEITAMENTO MATERNO ENTRE ADOLESCENTES

Corintio Mariani Neto<sup>1</sup>

Rosemeire Sartori de Albuquerque<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Escola de Artes Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

### Como citar:

Mariani Neto, Albuquerque RS. O desafio do aleitamento materno entre adolescentes. In: Amamentação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. Cap. 7, p. 65-71. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 6/Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno).

### Descritores

Aleitamento materno, Adolescentes; Gestantes

A despeito da redução em 26,5% da taxa de gravidezes em adolescentes observada no período de 1998 a 2011 no estado de São Paulo, o mesmo fenômeno não tem sido observado em estatísticas que englobam o Brasil como um todo.<sup>(1,2)</sup> É sabido que o recém-nascido de uma mãe adolescente tem chance aumentada de ser prematuro ou de baixo peso, motivos suficientes para aumentar sua morbidade neonatal e pós-neonatal.<sup>(3)</sup> Por outro lado, o aleitamento materno (AM) reduz a morbidade e a mortalidade infantis pela proteção que oferece à criança contra uma série de enfermidades potencialmente letais, como as doenças respiratórias, a desnutrição e as diarreias. De modo mais marcante que na mulher adulta, certos fatores podem influenciar de maneira negativa no sucesso da amamentação entre adolescentes.

Preocupação com a estética, como flacidez e ptose mamárias, retorno aos estudos e/ou ao mercado de trabalho, inexperiência acrescida da falta de apoio do parceiro, falsas crenças, como leite insuficiente, dificuldade em amamentar nos primeiros dias, entre outros, podem levar ao desmame precoce.<sup>(4,5)</sup> Além disso, amamentar na adolescência costuma se acompanhar de grande carga emocional, com alterações psicológicas importantes. Medo, imaturidade, ansiedade e inexperiência para lidar com a nova condição de mãe pode resultar, com frequência,

em isolamento, o que pode comprometer o sucesso do aleitamento entre essas jovens, levando-as a amamentar seus filhos por tempo inferior ao preconizado pela OMS.<sup>(6,7)</sup> Estudos mostram prevalência menor de aleitamento exclusivo entre adolescentes, quando comparadas com mães adultas.<sup>(8,9)</sup>

A literatura aponta a adolescência entre os fatores de risco para o desmame precoce. Autores relatam risco relativo entre 1,38 e 1,48 para a cessação do aleitamento exclusivo antes dos seis meses de vida, conforme preconizado pela OMS e pelo Ministério da Saúde.<sup>(10,11)</sup> Parcela expressiva de puérperas adolescentes que ainda amamentam no terceiro mês, não o fazem de forma exclusiva. Com frequência, a alimentação complementar é introduzida no segundo mês, o que contraria as recomendações da OMS.<sup>(12)</sup>

Vários são os motivos descritos para essa menor disposição da mãe adolescente em amamentar, a iniciar pela própria pouca experiência e pelo conhecimento reduzido a respeito da amamentação.<sup>(13)</sup> Além disso, o medo da dor, da dificuldade com o ato de amamentar e do embarço diante de uma possível exposição pública também pode se constituir em barreira a influenciar negativamente a decisão da adolescente sobre o AM.<sup>(14)</sup> Há, ainda, referência à própria vida conjugal, atividade fora do lar e dificuldade para amamentar nos primeiros dias, como fatores associados ao desmame em adolescentes.<sup>(11)</sup> Estudo mostrou que o apoio familiar para o sucesso da amamentação entre as adolescentes é fundamental, pois quando este estímulo não ocorre ou é insuficiente, a introdução de alimentação complementar é bastante precoce.<sup>(15)</sup> Neste sentido, a influência cultural das mães e avós, além dos traumas mamílares e a mastite puerperal, se mostram como causas decisivas para as mães adolescentes abandonarem a amamentação ou introduzirem outros alimentos.<sup>(16)</sup> Outro estudo com 1014 mulheres, das quais, 144 eram adolescentes, relata frequente uso de mamadeiras antes dos seis meses, sem diferenças entre adolescentes e adultas, sendo observada, do 1º para o 2º semestre de vida, redução de 45,6% na prevalência de aleitamento materno entre as adolescentes.<sup>(17)</sup> Outros, ainda, encontraram que o determinante para o desmame precoce entre as mães com menos de 20 anos, a falta de priorização das ações governamentais pró-amamentação nessa faixa etária.<sup>(18)</sup>

Estudo clássico norte-americano<sup>(19)</sup> mostra que pouco mais da metade das puérperas adolescentes optou espontaneamente pelo AM. Esta decisão independeu do tipo de parto, índice de Apgar, peso ao nascer, idade gestacional ou sexo do bebê. Os autores observaram, ainda, que 83% das adolescentes haviam tomado a decisão sobre amamentação antes do terceiro trimestre da gestação, o que mostra a importância fundamental da educação pré-natal precoce.<sup>(20)</sup> Além disso, pratica-

mente um terço delas já havia se decidido antes da gravidez, sugerindo que os programas de educação em aleitamento materno deveriam começar antes mesmo do pré-natal, idealmente, durante o ensino fundamental.

Experiência no Reino Unido mostrou o impacto positivo de uma clínica de assistência pré-natal dedicada exclusivamente a gestantes adolescentes sobre os resultados obstétricos e neonatais. A avaliação feita doze meses após o início das atividades mostrou melhora em uma série de parâmetros, como aumento na taxa de partos vaginais, aumento da média de peso ao nascer, redução das admissões em unidade neonatal de cuidados especiais, aumento da prática de contracepção e prolongamento do tempo de aleitamento materno.<sup>(21)</sup>

Frente ao exposto, o profissional de saúde deve estar atento a todas as oportunidades que lhe são oferecidas, seja como educador ou cuidador, para contribuir positivamente no sentido de aumentar a prática da amamentação entre as adolescentes, especialmente aquelas que se encontram grávidas pela primeira vez. Neste aspecto, é fundamental manter um diálogo não inquisidor, mas encorajador, desde o início do pré-natal, transmitindo confiança e procurando detectar os conceitos da jovem sobre a amamentação, quais os seus medos e eventuais tabus sobre o assunto e, principalmente, se ela já se decidiu a respeito.<sup>(22,23)</sup>

A existência de grupos de discussão pré ou pós-consulta facilita um esclarecimento mais detalhado. No Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, todas as grávidas adolescentes do ambulatório de pré-natal são convidadas a participar desses grupos. Os temas discutidos incluem vantagens do AM, consequências do desmame precoce, fisiologia da lactação, extração manual e conservação do leite humano, cuidados com as mamas, alimentação da gestante e da nutriz, amamentação em sala de parto, importância do alojamento conjunto, uso de drogas e contracepção durante o AM, técnicas de amamentação, dificuldades mais frequentes e legislação a respeito.

A educação pré-natal é particularmente importante para as adolescentes que vivem em locais onde é fácil adquirir mamadeiras e fórmulas infantis, bem como, em locais onde a alta hospitalar pós-parto seja muito precoce.<sup>(20)</sup>

De qualquer modo, o profissional de saúde deve estar preparado para desestimular a grávida adolescente de qualquer prática que já se demonstrou ser totalmente inútil durante a gestação, como massagens nas mamas, exercícios para as papilas, expressão do colostro e aplicação de pomadas ou cremes nas papilas.<sup>(24)</sup>

O sucesso do aleitamento materno também dependerá de procedimentos que ajudem a adolescente por ocasião do parto, como presença de acompanhante de sua escolha, parcimônia com analgésicos e sedativos que possam interferir no comportamento do recém-nascido e, especialmente, o estímulo ao parto normal.

Certas rotinas hospitalares devem ser postergadas ou mesmo banidas, para que o processo de amamentação se estabeleça o mais precocemente possível, em benefício da mãe adolescente e seu bebê. Entre elas, podemos citar a prática de “reanimação” em recém-nascidos saudáveis, a instilação oftálmica de nitrato de prata, a identificação plantar e a própria separação rotineira de bebês saudáveis, encaminhados para “observação” em berçários de crianças absolutamente normais.

Neste aspecto, importa lembrar que a realização de cesárea eletiva não impede o contato precoce e prolongado pele a pele e olho a olho entre a mãe e o bebê em boas condições, já na sala cirúrgica. Também é indefensável a separação do binômio, com a justificativa de encaminhar a puérpera saudável e desperta para a sala de “recuperação pós-anestésica”.

Mais que a adulta, a mãe adolescente necessita de bastante atenção e apoio para amamentar com sucesso nos primeiros dias após o parto. Por isso, o incentivo ao sistema de alojamento conjunto, a assistência profissional quanto ao posicionamento correto do bebê para uma succção adequada, a amamentação por livre demanda quanto ao horário e à duração das mamadas são fatores fundamentais para o estabelecimento do aleitamento materno exclusivo.

Após a alta hospitalar, é muito interessante o envolvimento de familiares, como a própria mãe ou outra parenta próxima, para transmitir a confiança necessária à jovem nutriz, além da ajuda, sempre que possível, do seu marido. O importante é que ela acredeite que é capaz de amamentar, que a sua criança não necessita de nada além do seu leite e que suas mamas, seja do tamanho que forem, produzirão leite adequado e em quantidade suficiente.<sup>(25)</sup> Além disso, o encaminhamento da mãe adolescente a grupos de apoio é essencial na prevenção das principais causas de desmame, como a “insuficiência de leite”, os traumatismos papilares, o ingurgitamento mamário e a possível mastite puerperal.

Todas as evidências científicas apontam que a forma mais eficaz de ajudar as puérperas adolescentes a estabelecer e manter o aleitamento materno é o suporte pessoal contínuo por uma pessoa com conhecimentos adequados sobre a amamentação.<sup>(24)</sup>

Insistimos na atenção quanto a fatores sócio-demográficos e culturais que se mostram favoráveis ao sucesso do aleitamento materno entre as adolescentes, como, idade > 16 anos, raça branca, maior escolaridade, exposição prévia a modelos de amamentação, o fato de terem sido amamentadas, apoio familiar (mãe e parceiro) e atuação profissional positiva.<sup>(4)</sup>

Profissionais de saúde, gestores, autoridades governamentais, políticos, ou mesmo, simples cidadãos ou cidadãs, todos temos uma parcela de responsabilidade diante do desafio de aumentar os índices de amamentação entre as adolescentes.

## REFERÊNCIAS

1. São Paulo. Governo do Estado. Gravidez na adolescência cai 26% em SP [Internet]. [citado 2018 Ago 1]. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br / spnoticias/ultimas-noticias/gravidez-na-adolescencia-cai-26-em-sp-1/>
2. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SISNAC). Gravidez na adolescência cai 17% no Brasil, revela pesquisa [Internet]. [citado 2018 Ago 1]. Disponível em: <http://noticias.r7.com/saude/gravidez-na-adolescencia-cai-17-no-brasil-revela-pesquisa-10052017>
3. Correa MB, Coates V. Gravidez. In: Coates V, Françoso LA, Beznos GW. Medicina do adolescente. São Paulo: Sarvier; 1993. p.259-62.
4. Wambach KA, Cohen SM. Breast feeding experiences of urban adolescent mothers. J Pediatr Nurs. 2009;24(4):244-54.
5. Stephan AMS, Cavada MN, Vilela CZ. Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de Saúde da família no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010. Epidemiol Serv Saúde. 2012;21(3):431-8.
6. Frota DA, Marcopito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. Rev Saúde Pública. 2004;38(1):85-92.
7. Gusmão AM, Béria JU, Gigante LP, Leal AF, Schermann LB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2013;18(11):3357-68.

- 8.** Wambach KA, Cole C. Breastfeeding and Adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2000;29(3): 282-94.
- 9.** Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutr.* 2006;9(1):40-6.
- 10.** Santo LC, Oliveira LD, Giugliani ER. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth.* 2007; 4(3): 212-9.
- 11.** Frota DAL, Marcopito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes. Montes Claros, MG. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(1):85-92.
- 12.** Maranhão TA, Gomes KR, Nunes LB, Moura LN. Fatores associados ao aleitamento materno entre mães adolescentes. *Cad Saúde Colet.* 2015; 23(2):132-9
- 13.** Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Factors associated with duration of breastfeeding. *J Pediatr (Rio J).* 2007;83(3): 241-6.
- 14.** Hannon PR, Willis SK, Bishop-Townsend V, Martinez IM, Scrimshaw SC. African-American and Latina adolescent mothers' infant feeding decisions and breastfeeding practices: a qualitative study. *J Adolescent Health.* 2000; 26(6): 399-407.
- 15.** Takemoto AY, Santos AL, Okubo P, Bercini LO, Marcon SS. Preparo e apoio à mãe adolescente para a prática de amamentação. *Rev Ciênc Cuid Saúde.* 2011;10(3):444-51.
- 16.** Filamingo BO, Lisboa BCF, Basso NAS. A prática do aleitamento materno entre mães adolescentes na cidade de Dois Córregos, Estado de São Paulo. *Rev Scientia Médica (Porto Alegre).* 2012;22(2):81-5.
- 17.** Cruz MC, Almeida JAG, Engstrom EM. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. *Rev Nutr (Campinas).* 2010; 23(2):201-10.
- 18.** Queluz MC, Pereira MJ, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46 3) 537-43.
- 19.** Neifert M, Gray J, Gary N, Camp B. Factors influencing breast-feeding among adolescents. *J Adolesc Health Care.* 1988; 9(6): 470-3.

- 20.** World Health Organization (WHO); Wellstart International. Promoting breastfeeding in health facilities: A short course for administrators and policy-makers. Geneva:WHO/Wellstart International; 1996. (WHO/NUT/96.3).
- 21.** Das S, Dhulkotia JS, Brook J, Amu O. The impact of a dedicated antenatal clinic on the obstetric and neonatal outcomes in adolescent pregnant women. *J Obstet Gynaecol*. 2007; 27(5):464-6.
- 22.** Vitiello N. O papel do obstetra no incentivo ao aleitamento materno. *Femina* 1986; abril: 346-53.
- 23.** Mariani Neto C. Manual de aleitamento materno. 3a ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2015. 164p.
- 24.** Enkin MW, Keirse MJ, Neilson JP, Crowther CA, Duley L, Hodnett ED, Hofmeyr GJ. Amamentação. In: Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.234-42.
- 25.** King, FS. Como ajudar as mães a amamentar. 4a ed. Tradução de Thomson Z, Gordon ON. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001. 189p.

## CAPÍTULO 8

# MAMOPLASTIAS E AMAMENTAÇÃO

**Antonio Fernandes Lages<sup>1</sup>**

### Como citar:

Lages AF. Mamoplastias e amamentação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. Cap. 8, p. 72-9. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 6/Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno).

### Descritores

Mamoplastias; Amamentação

## INTRODUÇÃO

As cirurgias plásticas mamárias são realizadas por diversas razões desde as reconstruções por malformações congênitas, pós-traumatismo ou pós-mastectomias, mas a principal razão continua sendo a estética, objetivando melhorar ou recuperar o aspecto original, forma e volume mamário. Em razão de extirpação de parte do tecido, mobilização do complexo aréolo mamilar, cicatrização ou ainda a inclusão de prótese a dinâmica da circulação interna da mama ficara alterada influenciando na preparação para a amamentação assim como no processo de produção láctea e retirada do leite pelo recém-nascido e manutenção da produção em volume suficiente.

Ao abordar uma paciente em amamentação precisamos ter em mente essas alterações para uma abordagem dirigida ao problema específico que está levando à dificuldade de amamentação. Os procedimentos menores, que não envolvem os mamilos, geralmente não influenciam na lactação, por atingirem pequenos segmentos mamários.

Quanto às cirurgias maiores, podemos ter lesões de ductos ou mesmo secção de unidades produtoras de leite ou, ainda, a via de acesso pode influenciar no fluxo de leite e dificultar a produção e ou retirada do leite. Apesar disto, nunca devemos afirmar que uma paciente não poderá amamentar até que chegue aos primeiros cinco a dez dias pós-parto, em que poderemos avaliar definitivamente a capacidade de produzir e garantir um fluxo adequado de leite para o recém-nascido. Devemos

então manter um otimismo responsável, estimulando a paciente a tentar amamentar, mas ao mesmo tempo procurando prepará-la para a possibilidade de insucesso de forma que não haja frustração e sentimento de culpa no caso de insucesso.<sup>(1)</sup>

## ANAMNESE

É importante sempre tentar obter o máximo de informações ou documentos sobre o procedimento cirúrgico para avaliar possível impacto sobre a estrutura da mama. Questionar a paciente sobre o procedimento, indicação, intercorrências no período de recuperação, reintervenções e uso ou não de antibióticos o que poderia significar complicações infecciosas.

## AVALIAÇÃO INICIAL – EXAME CLÍNICO COM INSPEÇÃO E PALPAÇÃO

Verificar cicatrizes, simetria, desvios do mamilo assim como abaulamentos ou retrações da pele. À palpação, verificar com atenção a região retro areolar tentando identificar secção de ductos ou cicatrização com bloqueio retro areolar. Em relação às portadoras de prótese precisamos verificar a mobilidade da mesma assim como o grau de tensão da pele, pois isto será determinante da possibilidade de acúmulo de leite.<sup>(2)</sup>

## MAMOPLASTIA REDUTORA

Em relação à mamoplastia redutora, são várias a técnicas utilizadas, pois não há uma técnica única que se aplique a todos os tamanhos e formas mamárias, não sendo possível generalizar a sua influência na amamentação.<sup>(3)</sup> Caso a paciente tenha amamentado anteriormente, é necessário obter informações sobre o inicio e transcurso da amamentação.<sup>(4)</sup>

## PRINCIPAIS POSSIBILIDADES DE TRANSTORNOS DA AMAMENTAÇÃO

- Redução de parênquima: A quantidade de redução do parênquima será determinada pelo volume prévio das mamas e a expectativa da paciente. As técnicas de mamoplastia redutora via de regra incluem retirada de porção do parênquima, o que pode diminuir a capacidade produtora de leite, levando ao quadro de hipogalactia.<sup>(5)</sup> Neste caso, sendo a comprovada a permeabilidade

das vias condutoras de leite, a conduta será a estimulação, com mamadas mais frequentes, assim como retirada de leite, esvaziando a mama completamente, de forma a manter a produção láctea. Para isto, é fundamental a atuação em conjunto com o pediatra, de forma a garantir a nutrição adequada do recém-nascido, complementando as mamadas em caso de necessidade.<sup>(4)</sup>

- Transposição de complexo areolomamilar: Este procedimento tem como potencial consequência a diminuição da sensibilidade, diminuição da irrigação sanguínea e lesão de ductos que podem diminuir o estímulo, comprometendo a produção láctea ou dificultar a drenagem levando aos quadros de ingurgitamento com drenagem insuficiente. Lembramos sempre que os ductos mamários são em número de oito a doze, cada um responsável pela drenagem de uma unidade produtora de leite e que, por uma questão de defesa contra infecções, eles não se anastomosam, ou seja, em caso de fibrose com obstrução de um ducto, aquela unidade não tem como escoar sua produção de leite, caracterizando o ingurgitamento periférico, que se apresenta como uma área dolorosa, endurecida e hiperemiada em forma triangular, com o vértice na direção do mamilo e abrindo em direção à periferia, de onde deveria estar fluindo o leite que está represado. Esses casos devem ser acompanhados e, caso a produção das unidades restantes seja suficiente, a amamentação pode prosseguir, tendo em vista que na unidade com obstrução haverá absorção do leite e diminuição da produção láctea pela liberação local do fator inibidor da lactação. Nos casos que envolvem obstrução de mais de uma unidade, dificilmente será possível a amamentação. A transposição pode envolver ainda lesão de ductos principais o que pode ser evidenciado por exame clínico, avaliando-se a região retro areolar pela palpação e constatando a dissociação entre o mamilo e parênquima, o que inviabiliza qualquer tentativa de amamentação.
- Lesão de ductos: A lesão de ductos pode levar ao quadro de galactocele, em que o leite produzido não alcança o mamilo, acumulando-se em lojas no interior da mama, predispondo aos quadros infecciosos pois, sendo o leite rico em proteínas e açúcar, caso haja contaminação, este será um excelente meio de cultura. As galactoceles pequenas, de até 10 ml, geralmente são apenas acompanhadas e as mais volumosas podem indicar necessidade de punção. A conduta definitiva nestes casos dependerá do ritmo de enchimento, podendo exigir novas punções ou suspensão da lactação.
- Cicatrização interna: As consequências dos processos cicatriciais são imprevisíveis, principalmente nos casos em que há hematomas, seromas ou proces-

sos infecciosos no pós-operatório. Assim, precisaremos avaliar caso a caso, podendo ainda haver grandes diferenças na cicatrização interna das duas mamas.

## MAMOPLASTIA DE AUMENTO

Mamoplastia de aumento ou ampliação com inclusão de próteses mamárias é uma intervenção cosmética para ampliar o tamanho e o contorno de mamas pequenas. Embora existam intervenções corretivas, na grande maioria dos casos o que se busca é a estética pura. Considerando-se o número crescente de mulheres que se submetem à mamoplastia de aumento e em idades cada vez mais baixas, já na adolescência, a preocupação com diagnóstico de complicações das mamas submetidas ao aumento é cada vez mais frequente nos consultórios dos ginecologistas e obstetras, pois serão eles os primeiros a detectar um problema, seja através do exame clínico das mamas, seja através dos exames de imagem. Todos devem estar atentos, pois o exame das mamas com próteses tem suas particularidades e exige maior atenção e incidências especiais na mamografia para a detecção de alterações no tecido mamário propriamente dito. A mamoplastia de aumento utiliza próteses ou implantes preenchidos com gel de silicone ou com solução salina. A cirurgia pode apresentar ótimos resultados estéticos e com baixo índice de complicações, principalmente após o surgimento de novas próteses de silicone em gel revestidas com membranas porosas texturizadas ou com espuma de poliuretano. As próteses de superfície lisa estão em desuso, pois apresentam uma porcentagem maior de complicações, como a contratura capsular. Além do material utilizado na superfície das próteses, os diferentes “perfis” dos implantes também colaboraram para resultados estéticos melhores.

## PRÓTESE MAMÁRIA E ALEITAMENTO

O preparo para a amamentação começa já no inicio da gestação. Temos na dilatação das veias superficiais da mama, a rede de Haller, um dos primeiros sinais de probabilidade da gestação. E a adaptação continua com a hiperplasia das glândulas e aumento do volume sanguíneo circulante nas mamas em até dez vezes, aumentando com isto o volume e o peso das mamas.

Ao nos depararmos com uma paciente com prótese mamária, o histórico da cirurgia é fundamental para avaliarmos a possibilidade de aleitamento e também

para a abordagem dos possíveis problemas apresentados. Nos casos de mamas pequenas e flácidas, geralmente a técnica consiste na inclusão de prótese submuscular por via inframamária, periareolar, transareolar e mais recentemente tem sido utilizada também a via axilar, embora em pequeno número.<sup>(6)</sup>

Nos casos de mamas grandes e flácidas, muitas vezes é associada a técnica da mamoplastia redutora com a inclusão da prótese. Nestes casos, temos uma prevalência maior de problemas com futura amamentação, pois teremos os riscos inerentes à mamoplastia redutora, assinalados acima, adicionados à presença da prótese.

## **VOLUME MAMÁRIO**

Tendo em vista a necessidade de expansão da mama durante a gestação para se preparar para a produção de leite com aumento progressivo da irrigação sanguínea e hiperplasia glandular conforme assinalado acima, a presença da prótese exercerá influência negativa nesse fenômeno, embora a repercussão clínica seja muito menos frequente que se esperaria.<sup>(7)</sup> A prótese ocupa parte do espaço que a mama ocuparia com a expansão, dificultando esse processo. O quadro encontrado é de dor mamária, iniciada principalmente no período de descida do leite, entre dois e cinco dias pós-parto. A dor é de moderada a acentuada, confundindo-se com o ingurgitamento precoce, com tendência a melhora após o estabelecimento da lactação. Ao exame, a paciente apresenta a mama endurecida, tensa, pele brilhante pela distensão, sendo difícil a palpação de unidades produtoras de leite e com escassa drenagem de colostro. O tratamento será à base de sustentação adequada para melhorar o retorno venoso e linfático além de analgésicos. A melhora esperada é até o quinto dia e caso isto não ocorra, deverá ser considerada a hipótese de que a amamentação não será bem-sucedida. Já presenciamos casos em que a dor chega a ser insuportável, com indicação de enfaixamento mamário compressivo, restrição da ingestão hídrica e uso de diuréticos em pequenas doses. Nos casos de difícil solução, a amamentação não deve ser retomada.

## **PERMEABILIDADE DE SEIOS GALACTÓFOROS E MAMILOS**

Conforme assinalado em relação à mamoplastia redutora, os casos de obstrução ou secção das vias retro areolares serão evidenciados por uma produção de leite sem drenagem, ou seja, passada a fase de ingurgitamento inicial consegue-se palpar

e massagear as unidades produtoras de leite, porém, não há saída de leite pelos mamilos. Muitas vezes ao palparamos a região retro areolar, verificamos verdadeira desconexão entre o mamilo e o parênquima e, neste caso, não há possibilidade dessa paciente vir a amamentar.

## **VIAS COLETORAS (DUCTOS)**

As técnicas de inclusão de prótese que passam pelo parênquima têm o potencial de lesar ductos, podendo os mesmos permanecer abertos para o interstício ou sofrerem processo de fibrose com obstrução. Os ductos abertos podem levar a galactocèles durante a lactação, pois o leite se acumulará em bolsas formadas no interior da mama, conforme visto no item mamoplastia redutora. As lesões de ductos podem levar ainda ao que denominamos “drenagem reversa”, em que o leite é drenado para a cavidade em que se situa a prótese, permanecendo entre a cápsula e a prótese. Nestes casos, os sintomas locais são mínimos e, muitas vezes, a única evidência ao exame clínico é a assimetria mamária.<sup>(8)</sup>

## **INFECÇÃO POR MICOBACTÉRIA DE CRESCIMENTO RÁPIDO**

Trata-se da micobactéria atípica, micobactéria não tuberculosa (Grupo 4 de Runyon) de microrganismos oportunistas, com baixo poder de agressão, encontrados no solo e água, mesmo em água potável de uso diário. São resistentes aos antibióticos comuns e encontrados em alguns casos de infecções pós-operatórias.<sup>(9)</sup> No caso de pacientes portadoras de próteses mamárias, há a formação de filme de fibrina na periferia da prótese onde a micobactéria se desenvolve. Esse tipo de complicação acontece também fora de gravidez, mas o período gravídico puerperal aumenta o risco para essa infecção. A propedêutica com ultrassom revela o volume líquido na cavidade em contato com a prótese. Nesses casos a recomendação a princípio é apenas a drenagem e acompanhamento. A antibioticoterapia deve ser acrescentada apenas em caso de repercussão sistêmica, inicialmente, claritromicina por três meses, avaliando-se também a retirada da prótese. Na prática clínica, o mais comum é que ocorra drenagem parcial do leite pelo mamilo e, simultaneamente, aumento desproporcional de uma mama, determinando assimetria importante. A ultrassonografia auxilia no diagnóstico diferencial entre acúmulo de leite entre a prótese e a cápsula fibrosa, dificuldade de escoamento do leite e mesmo carcinoma inflamatório da mama.<sup>(9)</sup>

## **CONCLUSÃO**

As cirurgias mamárias não devem ser vistas como impeditivas da amamentação. A maioria das pacientes submetidas a tais procedimentos consegue iniciar e manter uma amamentação normal. Contudo, por tratar-se de uma mama operada e com uma dinâmica interna alterada, é necessária uma vigilância maior para prevenir e tratar as complicações, assim como, orientar adequadamente e apoiar as pacientes que não conseguirem amamentar. Salientamos que os primeiros dez dias após o parto são determinantes para a manutenção da amamentação. A falta de apoio e definição de conduta por parte da equipe de atenção à saúde nesse período acaba por levar as pacientes ao desespero e introdução de alimentação artificial para o recém-nascido o que compromete em muito a retomada da amamentação.

## **REFERÊNCIAS**

- 1.** Andrade RA, Coca KP, Abrão AC. Breastfeeding pattern in the first month of life in women submitted to breast reduction and augmentation. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(3):239-244.
- 2.** Bastos EM, Neto MS, Alves MT, Garcia EB, Santos RA, Heink T, et al. Histologic analysis of zafirlukast's effect on capsule formation around silicone implants. *Aesthetic Plast Surg*. 2007; 31(5):559-65.
- 3.** Dornaus MF. A experiência de amamentação de um grupo de mulheres com mamoplastia redutora e de aumento [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
- 4.** Chiummariello S, Cigna E, Buccheri M, Dessy LA, Alfano C, Scuderi N. Breastfeeding after reduction mammoplasty using different techniques. *Aesth Plast Surg*. 2008;32(2):294-7.
- 5.** Souto GC, Giugliani ER, Giugliani C, Schneider MA. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding performance. *J Hum Lact*. 2003;19(1):43-9.
- 6.** Hughes V, Owen J. Is breast-feeding possible after breast surgery? *MCN Am J Matern Child Nurs*. 1993;18(4):213-7.
- 7.** Becker H, Springer R. Prevention of capsular contracture. *Plast Reconstr Surg*. 1999; 103(6):1766-74.

- 8.** Neifert M, DeMarzo S, Seacat J, Yong D, Leff M, Orleans M. The influence of breast surgery, breast appearance and pregnancy induced breast changes on lactation sufficiency as measured by infant weight gain. Birth. 1990;17(1):31-8.
- 9.** Lages AF, Barros CN. Complicações da amamentação pós-mamoplastia. In: Mariani Neto, C. Manual de aleitamento materno. 3a ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2015. p.59-71.

## CAPÍTULO 9

# NUTRIÇÃO E AMAMENTAÇÃO: SUPLEMENTAÇÃO COM MICRONUTRIENTES

**Corintio Mariani Neto<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo, SP, Brasil.

### Como citar:

Mariani Neto C. Nutrição e amamentação: suplementação com micronutrientes. In: Amamentação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. Cap. 9, p. 80-4. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 6/Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno).

### Descritores

Nutrição; Amamentação; Micronutrientes; Lactação

Assim como na gravidez, também durante a lactação, as necessidades de nutrientes estão aumentadas, o que pode ou não ser atingido apenas pela alimentação. Por outro lado, o uso de suprimentos vitamínico-minerais durante a amamentação costuma ser bem menos frequente, quando comparado ao período gestacional.<sup>(1)</sup>

Sabe-se que a concentração de diversas vitaminas e sais minerais, tanto no plasma, quanto no leite materno, sofre influência da dieta e do estado nutricional da puérpera. Também se conhece que os nutrientes mais críticos incluem vitamina A, tiamina, riboflavina, vitaminas B6 e B12, iodo e selênio, uma vez que o consumo inadequado e as reservas maternas baixas repercutem mais negativamente na criança. Nestes casos, a suplementação materna pode normalizar rapidamente a concentração desses produtos no leite.<sup>(2)</sup>

Outros nutrientes, como ácido fólico, ferro, cobre, zinco e vitamina D, cuja ingestão e estoque maternos exercem pouca influência sobre a concentração no leite, podem trazer mais benefícios à mãe através da suplementação.

A carência de vitamina A na mãe pode aumentar o risco de morbimortalidade de origem infecciosa no recém-nascido.<sup>(3)</sup> O leite materno, especialmente o colostro, é rico em vitamina A, que é fundamental para a função imunológica. Um ensaio clínico demonstrou que o colostro de mulheres suplementadas com palmitato de retinol possui mais imunoglobulina A secretora que as que não receberam suplementação.

mento, sugerindo efeito modulatório da produção de anticorpos pela vitamina A, o que melhora a imunidade das lactantes e seus recém-nascidos.<sup>(4)</sup>

Do mesmo modo que na gestação, recomenda-se à puérpera dieta rica em proteínas. Com isso há de se aumentar também o consumo das vitaminas do complexo B, que participam do metabolismo dos aminoácidos, lípides e ácidos nucleicos, na regulação imunológica e na homeostasia da glicose.<sup>(5)</sup>

Em relação à vitamina B12, mães vegetarianas merecem atenção especial. Sua deficiência está relacionada com anormalidades e danos neurológicos nos bebês, o que pode ser perfeitamente evitado com a suplementação.<sup>(1)</sup>

Mulheres aparentemente saudáveis podem se tornar deficientes em folato no pós-parto seja pela interrupção do uso de suplemento pré-natal, diminuição de estoques corporais maternos ou outros fatores menos conhecidos. Estudos mostram queda do folato eritrocitário entre quatro e doze meses após o parto, que foi prevenida pela suplementação com 300 mcg diários de ácido fólico, o que, além de ajudar a prevenir a anemia, reduz a homocisteinemia e, portanto, o risco de doenças cardiovasculares na criança.<sup>(5)</sup>

A vitamina D é componente fundamental no metabolismo do cálcio e, por isso, é conhecida como “vitamina antirraquitismo”. Há estudos que sugerem que o aleitamento materno exclusivo possa estar associado à deficiência de vitamina D no recém-nascido, a menos que a mãe receba suplementos dessa vitamina e/ou se exponha à luz do sol.<sup>(6)</sup>

Por isso recomenda-se a suplementação diária com 2.000 UI de vitamina D para as nutrizes que praticam o aleitamento materno exclusivo, além de prosseguir com suplementação para a criança com 200 a 400 UI diários após o desmame.<sup>(7)</sup>

Parece que a ingestão de cálcio não afeta sua concentração no leite materno, uma vez que o mesmo é mobilizado do esqueleto da mãe. Por isso, especialmente se a amamentação for prolongada, especula-se um possível efeito deletério sobre a densidade óssea materna.

Além desse fato, é consenso ser difícil para a maioria das mulheres antes dos 25 anos consumir a quantidade de cálcio indicada de 1.000-1.300mg diários, principalmente se os laticínios não representarem a maior parte da dieta. Apesar de alguns estudos mostrarem que a absorção de cálcio está aumentada durante a lactação, não há garantias que possa compensar uma baixa ingestão do produto.

Por todos esses motivos, é fundamental garantir uma boa suplementação de cálcio para as nutrizes.<sup>(5)</sup>

A necessidade de ferro durante os seis meses de aleitamento materno exclusivo representa cerca da metade do que é perdido comumente na menstruação, isto é, próximo de 14% do estoque corporal médio da nutriz.<sup>(8)</sup> A perda excessiva no parto é compensada pela amenorreia, por isso a demanda de ferro cai pela metade, se comparada a mulheres não lactantes, nem gestantes.

Quando a menstruação retorna, a combinação entre necessidade para produção láctea e perdas menstruais pode reduzir de maneira drástica as reservas de ferro, se a ingestão do mineral for baixa.<sup>(9)</sup> Estudos mostram prevalência entre as nutrizes de hemoglobinemia < 12% até cerca de 40%, o que se associou também a menor tempo de lactação.<sup>(10,11)</sup>

Portanto, recomenda-se suplementação universal para as mulheres que amamentam com 60 mg diários de ferro elementar, uma vez que, a exemplo da gestante, a lactante também deve ser incluída no grupo vulnerável à anemia ferropriva.<sup>(5)</sup>

Devido à pequena capacidade de armazenamento, a tireoide do RN é extremamente dependente de um suprimento adequado e constante de iodo. No primeiro mês de vida, as crianças que recebem exclusivamente o leite materno, podem estar recebendo iodo em quantidade inadequada. Além disso, a Organização Mundial da Saúde considera a deficiência de iodo como a causa prevenível mais comum da deficiência mental precoce na infância.<sup>(12)</sup>

Atualmente, há uma tendência à concordância quanto ao efeito positivo da suplementação materna de iodo. Organismos internacionais como a OMS, o Unicef e a Associação Americana de Tireoide, entre outros, recomendam a suplementação diária de 250 mcg de iodo para todas as gestantes e lactantes.<sup>(13-15)</sup> Para o Instituto de Medicina dos EUA (IOM), a ingestão diária recomendada de iodo é de 220 mcg na gravidez e 290 mcg durante a amamentação.<sup>(16)</sup> No Brasil, a Anvisa recomenda 200 mcg diários de iodo durante a gravidez e a lactação.<sup>(17)</sup>

A deficiência de micronutrientes entre mães que amamentam e seus bebês continua sendo um problema em ambientes de baixa e de alta renda. As lactantes precisam de níveis mais elevados do que o habitual, a fim de fornecer vitaminas e minerais suficientes para a sua própria saúde e a de seus bebês, especialmente para o funcionamento normal e o crescimento e desenvolvimento do bebê. A suplementação com múltiplos micronutrientes pode ser uma opção para resolver esses problemas.<sup>(18)</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Picciano MF, McGuire MK. Use of dietary supplements by pregnant and lactating women in North America. *Am J Clin Nutr.* 2009;89(2 Suppl):663S–7S.
2. Allen LH. Pregnancy and lactation. In: Pree IL, editor. Bowman BA, Russell RM. Present knowledge in nutrition. 8th ed. Washington (DC); International Life Sciences Institute; 2002. p. 403–15.
3. Ramalho RA, Flores H, Accioly E, Saunders C. Associação entre deficiência de vitamina A e situação sociodemográfica de mães e recém-nascidos. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2006;52(3):170–5.
4. Lima MS, Ribeiro PP, Medeiros JM, Silva IF, Medeiros AC, Dimenstein R. Influência da suplementação pós-parto de vitamina A sobre os níveis de imunoglobulina A no colostro humano. *J Pediatr (Rio J).* 2012;88(2):115–8.
5. Ribeiro LC, Kuzuhara JS. Lactação. In: Silva, SM, Mura JD. Tratado de alimentação, nutrição & dietoterapia. São Paulo: Roca; 2007. p 293-318.
6. Prado MR, Oliveira FC, Assis KF, Ribeiro SA, Prado PP Junior. Sant'Ana LFR, Priore SE, Franceschini SC. Prevalência de deficiência de vitamina D e fatores associados em mulheres e seus recém-nascidos no período pós-parto. *Rev Paul Pediatr.* 2015;33(3):286–93.
7. Thandrayen K, Pettifor JM. Maternal vitamin D status: implications for the development of infantile nutritional rickets. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2010 ;39(2):303-20,
8. Ribeiro LC, Devicenzi MU, Garcia JN, Hadler MC, Yamashita C, Sigulem DM. Nutrição e alimentação na lactação. São Paulo: Editora de Projetos Médicos; 2003. 22p. (Compacta.: Temas em Nutrição e Alimentação, Vol. IV nº 1)
9. Institute of Medicine (US). Subcommittee on nutrition during Lactation. Nutrition during Lactation. Washington (DC): National Academy Press; 1991.
10. Pequeno NP. Aleitamento materno, estado nutricional e anemia ferropriva: estudo em mulheres residentes em favelas no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999.
11. Silva DG, Sá CM, Priore SE, Franceschini SC, Devicenzi MU. Ferro no leite materno: conteúdo e biodisponibilidade. *J Braz Soc Food Nutr.* 2002; 23:93-107.

- 12.** Remer T, Johner SA, Gärtner R, Thamm M, Kriener E. [Iodine deficiency in infancy - a risk for cognitive development] [abstract]. Dtsch Med Wochenschr. 2010;135(31-32):1551-6. Deutch.
- 13.** World Health Organization (WHO). United Nations Children's Fund & International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination external link disclaimer. 3rd ed. Geneva: WHO; 2007.
- 14.** Andersson M, de Benoist B, Delange F, Zupan J, Zupan J; WHO Secretariat. Prevention and control of iodine deficiency in pregnant and lactating women and in children less than 2-years-old: conclusions and recommendations of the Technical Consultation. Public Health Nutr. 2007;10 12A:1606–11.
- 15.** Public Health Committee of the American ThyroidAssociation. Becker DV, Braverman LE, Delange F, Dunn JT, Franklyn JA, Hollowell JG, Lamm SH, Mitchell ML, Pearce E, Robbins J, Rovet JF. Iodinesupplementation for pregnancy and lactation-United States and Canada: recommendations of the American ThyroidAssociation. Thyroid. 2006;16(10):949–51.
- 16.** Institute of Medicine. Food and Nutrition Board. Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc. Washington (DC): National Academy Press; 2001.
- 17.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC No. 269, de 22 de setembro de 2005. Regulamento técnico sobre a ingestão diária recomendada (IDR) de proteína, vitaminas e minerais. [Internet]. Brasília (DF): ANVISA; 2005. [citado 2018 Jul 27]. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/394219/RDC\\_269\\_2005.pdf/2e95553c-a482-45c3-bdd1-f96162d607b3](http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/394219/RDC_269_2005.pdf/2e95553c-a482-45c3-bdd1-f96162d607b3)
- 18.** Abe SK, Balogun OO, Ota E, Takahashi K, Mori R. Supplementation with multiple micronutrients for breastfeeding women for improving outcomes for the mother and baby. Cochrane Database Syst Rev. 2016 ;2(2):CD010647.

# CAPÍTULO 10

## ANTICONCEPÇÃO E AMAMENTAÇÃO

**Corintio Mariani Neto<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo, SP, Brasil.

### Como citar:

Mariani Neto C. Anticoncepção e amamentação. In: Amamentação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. Cap. 10, p. 85-92. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 6/ Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno).

### Descritores

Amamentação; Anticoncepção; Puerpério; Aleitamento materno exclusivo

## INTRODUÇÃO

Após o parto, a mulher deve ser muito bem orientada quanto à anticoncepção, o que envolve o momento mais adequado para iniciá-la e o método a ser escolhido. No período compreendido como puerpério, em particular durante o processo de amamentação, mais ainda, durante o aleitamento materno exclusivo, o medo de uma nova gestação é muito comum. Por isso, é fundamental que se ofereça método contraceptivo eficaz e adequado, que não interferem no desenvolvimento da criança, nem tampouco na lactação.

## RETORNO DA FERTILIDADE

O tipo de aleitamento praticado interfere diretamente no retorno da ovulação. Em casos de aleitamento artificial, a função cíclica do eixo hipotálamo-hipofisário costuma voltar ao normal entre quatro e seis semanas. A primeira ovulação, em geral, ocorre por volta de seis semanas depois do nascimento. Por outro lado, o aleitamento materno exclusivo (AME) retarda a normalização dessa função devido à hiperprolactinemia e consequente alteração nos níveis de gonadotrofinas, o que provoca anovulação.<sup>(1)</sup> É importante que o AME seja praticado nas 24 horas do dia, isto é, seis ou mais mamadas por dia com duração média de, pelo menos, quinze minutos cada. Isto é fundamental para que se mantenha

a amenorreia e a anovulação. Não é raro que a primeira ovulação preceda a primeira menstruação após os três meses.<sup>(2)</sup>

## INÍCIO DA ANTICONCEPÇÃO

Nas puérperas que não estão amamentando, o início do uso de método contraceptivo deve ser após a terceira semana do parto. Em presença de aleitamento materno, a anticoncepção deverá ser iniciada a partir da sexta semana após o parto, sendo aconselhável que não se ultrapasse o período de três meses sem método algum.<sup>(1)</sup>

## MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

No puerpério, além das características inerentes a qualquer método, tais como eficácia, segurança, custo e reversibilidade, deve-se atentar para a possibilidade de efeitos sobre a lactação e o recém-nascido, ao se fazer a opção contraceptiva. Para proceder à melhor escolha, devem ser aplicados os critérios médicos de elegibilidade para o uso de anticoncepcionais temporários propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS),<sup>(3)</sup> conforme o quadro 1.

**Quadro 1.** Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais

| CATEGORIA | CRITÉRIOS  |
|-----------|--|
| 1         | Não há restrição para o uso do método  |
| 2         | As vantagens de usar o método geralmente superam os riscos teóricos ou comprovados |
| 3         | Os riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens de usar o método |
| 4         | Risco inaceitável à saúde e o método contraceptivo não é usado                     |

Fonte: (Adaptado de WHO, 2015<sup>3</sup>).

## MÉTODO DA AMENORREIA LACTACIONAL

O método da amenorreia da lactação (LAM) foi definido com bases científicas a partir do Consenso de Bellagio, na Itália, em 1988 e consiste no uso natural da amamentação. O mecanismo básico consiste na hiperprolactinemia decorrente da sucção mamária pelo bebê. Além da produção láctea, este aumento mantido da prolactina reduz a pulsatilidade das gonadotrofinas hipofisárias, suprimindo, assim, a atividade ovariana e consequente ovulação. Para o método atingir 98% de eficácia, alguns preceitos devem ser obedecidos: o aleitamento deve ser exclusivo, associado à amenorreia materna durante os primeiros seis meses.<sup>(4)</sup> Embora seja importante

e sobejamente conhecido o efeito anticoncepcional da lactação do ponto de vista de saúde pública, deve-se tomar muito cuidado em nível individual, principalmente após as primeiras seis semanas. O método deixará de ser confiável após os seis meses ou quando o aleitamento não for realmente exclusivo, com livre demanda nas 24 horas do dia, isto é, se existir qualquer suplementação alimentar do lactente ou quando a mulher não estiver mais em amenorreia.<sup>(5)</sup>

## MÉTODOS DE BARREIRA

São métodos que podem ser utilizados com segurança durante a amamentação, pois não interferem na produção do leite. Incluem o preservativo masculino de látex ou poliuretano, o preservativo feminino, o diafragma e o capuz cervical. Os preservativos, além do efeito anticoncepcional, também protegem seus usuários contra as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV e HPV.<sup>(6)</sup>

Após o parto e durante o aleitamento, pela deficiência de estrogênio o epitélio vaginal se encontra atrófico, com lubrificação diminuída; devido a essas alterações recomenda-se o emprego dos métodos de barreira associados a lubrificantes. A eficácia desses métodos depende do seu uso correto, sendo importante que a mulher esteja consciente da necessidade de colocá-lo em todas as relações sexuais, respeitando as instruções sobre seu uso. No caso do diafragma, recomenda-se utilizá-lo com creme espermaticida. Todos os métodos de barreira são recomendados (categoria 1), com a ressalva de que o diafragma e o capuz cervical não devem ser utilizados antes de completadas as seis semanas, isto é, até que a involução uterina esteja completa.<sup>(3)</sup>

## DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Os dispositivos com cobre e o liberador de hormônio (progestagênio) são considerados seguros e convenientes durante o puerpério, pois não interferem na amamentação, nem no crescimento e desenvolvimento da criança. Além disso, a inserção do DIU nesse período não apresenta taxas maiores de complicações como perfuração e infecção, quando comparado a qualquer outra época da vida, com as vantagens da alta eficácia e longa duração. O melhor momento no puerpério para inserção do DIU de cobre é controverso: pode ser no pós-parto imediato (dez minutos a 48 horas) ou mesmo, durante a cesárea, logo após a dequitada, colocado no fundo do útero, antecedendo a histerorrafia.<sup>(7)</sup> Passado esse prazo, devem-se aguardar qua-

tro semanas para inseri-lo, devido ao maior risco de perfuração uterina. Há quem recomende que o DIU seja inserido preferencialmente de seis a oito semanas após parto vaginal e de oito a doze semanas após cesárea, mesmo que a mulher esteja em amenorreia.<sup>(8)</sup> Assim, para puérperas, lactantes ou não, o DIU é considerado categoria 1 quando respeitadas as condições acima, passando a categoria 3 quando passadas mais de 48 horas e menos de quatro semanas e categoria 4 na presença de septicemia puerperal.

## **CONTRACEPÇÃO HORMONAL**

### **A) SOMENTE PROGESTAGÊNIO (ORAL, INJETÁVEL TRIMESTRAL, IMPLANTE SUBDÉRMICO, SISTEMA INTRAUTERINO)**

Independentemente da forma de apresentação, os contraceptivos com apenas progestagênio podem ser empregados durante o aleitamento, pois não alteram o volume ou a composição do leite produzido, nem interferem no crescimento e desenvolvimento do RN.<sup>(8)</sup> São recomendados quando os métodos não hormonais são inacessíveis ou contraindicados e para pacientes com baixa adesão aos métodos de barreira ou DIU de cobre.<sup>(9)</sup> O mecanismo de ação inclui supressão do pico do hormônio luteinizante, que leva à anovulação, espessamento do muco cervical e hipotrofia endometrial devido à redução da vascularização. Apresentam ainda a vantagem de não aumentar o risco de trombose, pois praticamente não têm efeito sobre o sistema hemostático.<sup>(9)</sup> Para lactantes, são classificados como categoria 1 quando iniciados após a sexta semana do parto e categoria 3 se utilizados antes desse prazo. Puérperas que não amamentam podem iniciar seu uso em qualquer época.<sup>(3)</sup> Sem dúvida, deve ser a contracepção hormonal preferida durante o aleitamento materno.

As **pílulas com progestagênio isolado** (0,03mg de levonorgestrel, 0,35mg de noretisterona ou 0,5mg de linestrenol), também chamadas de minipílulas, são eficazes para lactantes, apresentando taxas de 0,5 a 1,0% de gravidez no primeiro ano de uso diário e ininterrupto. Por outro lado, estudos apontam inibição da ovulação em apenas 40% dos ciclos; por isso só devem ser mantidas por seis meses, que é o período do aleitamento materno exclusivo, ou até a paciente menstruar.<sup>(10)</sup>

A **pílula com progestagênio em doses maiores** (75mcg de desogestrel) é mais eficaz que as minipílulas, pois inibe a ovulação em 98 a 99% dos ciclos, com índice de Pearl muito semelhante aos dos contraceptivos hormonais orais combinados.<sup>(11)</sup> Pela sua alta eficácia contraceptiva pode ser mantida após o término da

amamentação. Mesmo em doses maiores, os progestagênios não interferem na composição do leite materno, nem no desenvolvimento do lactente, quando comparado ao DIU de cobre.<sup>(12)</sup>

A **injeção trimestral** de 150 mg de acetato de medroxiprogesterona de depósito, por via intramuscular, apresenta alta eficácia, com taxa de gravidez de 0,3% no primeiro ano de uso. Em médio e longo prazo, apresenta o inconveniente da baixa adesão: 50% no final do primeiro ano e 30% após três anos de uso.<sup>(13)</sup>

Os **implantes subdérmicos** (etonogestrel ou levonorgestrel) são eficazes, de duração prolongada (três a cinco anos) e com rápido retorno à fertilidade, após a sua remoção. A taxa de anovulação pode chegar a 99% e a de gravidez varia de 0 a 1%.<sup>(14)</sup> Não apresenta efeitos sobre a lactação, nem no desenvolvimento da criança, nem no sistema hemostático materno.<sup>(15)</sup>

O **sistema intrauterino com levonorgestrel**, além dos efeitos do DIU, altera o muco cervical, provoca atrofia endometrial e, eventualmente, pode inibir a ovulação. Apresenta alta eficácia com taxa de gravidez que não ultrapassa 0,2% em cinco anos de uso.<sup>(16)</sup> Também não interfere no aleitamento, nem no crescimento ou desenvolvimento da criança.

## **HORMONAL COMBINADO (ORAL, INJETÁVEL MENSAL, ADESIVO E ANEL VAGINAL)**

Os contraceptivos hormonais que contêm estrogênio e progestagênio estimulam a atividade trombogênica e aumentam o risco de fenômenos tromboembólicos, o que é agravado pelo fato de nas primeiras seis semanas pós-parto já existir um aumento da incidência de trombose venosa.<sup>(17)</sup> Além disso, o componente estrogênico, ao suprimir a produção de prolactina, pode causar hipogalactia e alterar de modo variável a qualidade do leite materno. Mesmo assim, a passagem de estrogênio para o leite é inferior a 1%, não tendo sido relatados efeitos adversos em bebês expostos. Deve ser ressaltado que não há estudo com desenho adequado e que possa garantir ou não a ocorrência de efeitos graves ou discretos em longo prazo nessas crianças.<sup>(3)</sup> Por estes motivos, os anticoncepcionais hormonais combinados, por qualquer via de administração, estão na categoria 4 até seis semanas e categoria 3 daí em diante, até o sexto mês após o parto.<sup>(3)</sup> Sua utilização em lactantes deve ser excepcional e a sua introdução só é admissível após o sexto mês do parto, em mulheres com amamentação mista e que já estão menstruando. Nesses casos, deve-se optar por

anticoncepcional hormonal de baixa dose, administrado logo após a mamada ou no início do intervalo mais longo entre elas.<sup>(8)</sup>

## MÉTODOS CIRÚRGICOS

A esterilização feminina pós-parto é considerada aceitável pela OMS até sete ou após 42 dias. No intervalo entre o 7º e o 42º dia, o procedimento deve ser adiado, pelo risco de complicações no útero em involução. Considerando o pós-parto imediato, o método também deve ser postergado em casos de pré-eclâmpsia grave/eclâmpsia, rotura de membranas por 24 horas ou mais, septicemia puerperal, febre intraparto ou puerperal, hemorragia ante/pós-parto intensa e trauma severo no trato genital (rotura cervical ou vaginal no momento do parto).<sup>(18)</sup> No Brasil, sempre devem ser respeitadas as orientações da Lei 9.263 de 1996, que trata de planejamento familiar e se refere à esterilização feminina voluntária, restringindo a esterilização cirúrgica no momento do parto aos casos de risco de morte materna ou por duas ou mais cesarianas sucessivas anteriores.<sup>(19)</sup> A opção por um método anticoncepcional definitivo deve ser resultante de decisão consciente e madurecida do casal, tomada de preferência fora da gestação ou no início da mesma, nunca no momento do parto. Isto vale tanto para a vasectomia como para a laqueadura tubária. Além disso, sempre devem ser levadas em consideração as condições do recém-nascido.<sup>(8)</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 8th ed. Lippincott: Williams & Williams; 2011. p. 861-942.
2. Hardy E, Santos LC, Osis MJ, Carvalho G, Cecatti JG, Faúndes A. Contraceptive use and pregnancy before and after introducing lactational amenorrhea (LAM) in a postpartum program. Adv Contracept. 1998;14(1):59–68.
3. World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 5th ed. 2015. Geneva: WHO; 2015. [cited 2018 Ago 1]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172915/1/WHO\\_RHR\\_15.07\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172915/1/WHO_RHR_15.07_eng.pdf?ua=1)
4. Díaz S, Zepeda A, Maturana X, Reyes MV, Miranda P, Casado ME, et al. Fertility regulation in nursing women. IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, Norplant implants, and Copper T 380-A intrauterine devices. Contraception. 1997;56(4):223–32.

- 5.** Mariani Neto C, Melo NR, Guazzelli CA. Anticoncepção e amamentação. In: Issler H. O aleitamento materno no contexto atual. Políticas, prática e bases científicas. São Paulo: Sarvier; 2008. p. 272-4.
- 6.** Pellini EA, Guazzelli CA, Melo NR. Anticoncepção no pós-parto. In: Peixoto S. Pré-natal. 3a ed. São Paulo: Roca; 2004. p.1244-54.
- 7.** Grimes D, Schulz K, Van Vliet H, Stanwood N. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(1):CD003036. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2010;(5):CD003036
- 8.** Melo NR, Guazzelli CA, Rama CH, Carmignani LO. Anticoncepção durante o aleitamento. In: Mariani Neto C. Manual de aleitamento materno. 3a ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2015. p. 110-4.
- 9.** Vieira CS, Brito MB, Yazole ME. Contracepção no puerpério. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(9):470–9.
- 10.** Rice CF, Killick SR, Dieben T, Coelingh Bennink H. A comparison of the inhibition of ovulation achieved by desogestrel 75 micrograms and levonorgestrel 30 micrograms daily. Hum Reprod. 1999;14(4):982–5.
- 11.** Benagiano G, Primiero FM. Seventy-five microgram desogestrel minipill, a new perspective in estrogen-free contraception. Ann N Y Acad Sci. 2003;997(1):163–73.
- 12.** Bjarnadóttir RI, Gottfredsdóttir H, Sigurdardóttir K, Geirsson RT, Dieben TO. Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. BJOG. 2001;108(11):1174–80.
- 13.** Kaunitz AM. Long-acting hormonal contraceptives—indispensable in preventing teen pregnancy. J Adolesc Health. 2007;40(1):1–3.
- 14.** Croxatto HB, Määräinen L. The pharmacodynamics and efficacy of Implanon. An overview of the data. Contraception. 1998;58(6 Suppl):91S–7S.
- 15.** Vieira CS, Ferriani RA, Garcia AA, Pintão MC, Azevedo GD, Gomes MK, et al. Use of the etonogestrel-releasing implant is associated with hypoactivation of the coagulation cascade. Hum Reprod. 2007;22(8):2196–201.

- 16.** Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson A, Cates W, Guest F, et al., editors. Contraceptive technology. 18th ed. New York: Ardent Media; 2004.
- 17.** Pomp ER, Lenselink AM, Rosendaal FR, Doggen CJ. Pregnancy, the postpartum period and prothrombotic defects: risk of venous thrombosis in the MEGA study. *J Thromb Haemost*. 2008;6(4):632–7.
- 18.** World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2018.
- 19.** Brasil, Leis e Decretos. Lei no 9263, de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1996; Seção 1, Jan 5.

## CAPÍTULO 11

# INDICAÇÕES PARA SUSPENSÃO E BLOQUEIO DA LACTAÇÃO

Sérgio Makabe<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Conjunto Hospital Mandaqui, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

### Como citar:

Makabe S. Indicações para suspensão e bloqueio da lactação. In: Amamentação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. Cap. 11, p. 93-8. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 6/Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno).

## INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Apesar de todas as vantagens oferecidas pela prática do aleitamento materno algumas vezes esta conduta não pode ser adotada como a melhor opção para a mãe e criança sendo necessária a supressão da lactogênese ou até impedir que ela se inicie. São raras as situações, tanto maternas quanto neonatais, que contraindicam a amamentação. Todas elas convergem para um mesmo objetivo: prevenir a instalação de doenças incuráveis causadoras de uma existência limitada, sofrida e/ou morte prematura da criança. Em determinadas situações, o leite materno pode causar danos à saúde infantil e materna, transmitindo substâncias prejudiciais, até mesmo podendo levar à morte, como é o caso da transmissão vertical do HIV da mãe para o filho. Há situações em que a criança é portadora de condições congênitas, para as quais o leite materno, pela sua composição, pode trazer graves prejuízos à saúde do lactente, como ocorre com os portadores de galactosemia e fenilcetonúria, entre outros, para as quais o aleitamento materno deverá ser total ou parcialmente contraindicado.<sup>(1,2)</sup>

## INDICAÇÕES MATERNAIS

Portadoras de câncer de mama que foram tratadas ou estão em tratamento, mulheres, HIV+, com distúrbios da consciência ou comportamento grave, usuárias de

drogas como cocaína, heroína e maconha, quimioterapia oncológica, mulheres submetidas a radiofármacos e recusa da mãe em amamentar. As drogas como maconha, LSD, heroína, cocaína, ópio, entre outras, passam ao leite da mãe e podem prejudicar o bebê. Elas também mudam o comportamento da mãe, que se torna menos receptiva às necessidades do seu bebê.<sup>(3,4)</sup>

A presença do vírus da imunodeficiência humana (HIV) no leite materno e sua passagem por essa via ao lactente foram detectadas pela primeira vez em 1985, na Austrália, e comprovada por diversos pesquisadores até o momento. No Brasil, a amamentação dos recém-nascidos por mães HIV+é contraindicada tenham ou não recebido antitoxinas. A taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 15 a 20%. No Brasil a recomendação é de que mães HIV positivo não amamentem seus filhos, nem doem leite para Bancos de Leite Humano (BLH); contraindica-se também o aleitamento materno cruzado (aleitamento por outra mulher), orienta-se a inibição da lactação e disponibiliza-se gratuitamente a fórmula infantil durante os seis primeiros meses de vida de crianças expostas.<sup>(1)</sup>

O HTLV é um vírus da família dos retrovírus, a mesma do HIV. São vírus linfo-trópicos de células humanas T1 e T2, denominados de HTLV I e HTLV II. O vírus do tipo I causa principalmente uma modalidade rara de leucemia, mielite e infecção ocular que pode levar à cegueira. HTLV II não está associado a doença. Podem ser transmitidos pelo sangue, agulhas contaminadas, relações sexuais e de mãe para filho por meio do aleitamento materno.<sup>(1)</sup>

A hepatite C é adquirida mediante exposição a produtos de sangue contaminado, atividade sexual ou transmissão perinatal. O RNA do vírus da hepatite C (VHC) e os anticorpos contra o vírus foram detectados no leite de mães infectadas; no entanto, a transmissão do VHC através da amamentação até o momento não foi documentada. 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. Evitar a amamentação não diminui a taxa de transmissão vertical do VHC, pois esse risco não é devido ao leite materno ou colostrum, 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. 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>(5-11)</sup>

Para mães com tuberculose, as recomendações para amamentação dependem da época em que foi feito o diagnóstico da doença. Segundo a OMS, não há necessidade de separar a mãe da criança e, em circunstância alguma, a lactação deve ser impedida. Segundo a Academia Americana de Pediatria, recém nascido de mãe com tuberculose pulmonar em fase contagiosa ou bacilífera, sem tratamento ou com menos de 3 semanas de tuberculostáticos no momento do parto, deve ser separado da mãe mas alimentado com o leite humano ordenhado, uma vez que a transmissão geralmente se dá pelas vias aéreas. Já nas seguintes situações maternas, recomenda-se a interrupção temporária da amamentação: Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia.

**Varicela:** se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. A criança deve receber Imunoglobulina Humana Anti-varicela Zoster, disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, aplicada o mais precoceamente possível.

**Doença de chagas:** na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente.

**Abscesso mamário:** se houver contaminação do leite, até que o abscesso tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. A amamentação sempre deve ser mantida na mama sadia.<sup>(6-8)</sup>

Em relação à terapia medicamentosa é, na grande maioria das vezes, compatível com a amamentação. Assim, raramente o desmame deve ser indicado por causa do uso de medicamento pela nutriz. É inaceitável que o médico indique o desmame meramente por desconhecimento acerca da segurança do medicamento para uso na lactação, privando a criança e a mãe dos efeitos positivos da amamentação sobre sua saúde.

A interrupção da amamentação devido ao uso materno de medicamento só deve ocorrer quando o medicamento em questão for considerado pela literatura científica, contraindicado para uso durante a lactação. Porém, outros fatores relacio-

nados ao uso de fármacos durante a amamentação podem determinar o desmame. Na língua portuguesa, uma obra abrangente foi publicada em 2010 pelo Ministério da Saúde, a segunda edição do manual “Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias”, disponível em: [www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao\\_uso\\_medicamentos\\_2ed.pdf](http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao_uso_medicamentos_2ed.pdf).<sup>(12,13)</sup>

Alguns fármacos são citados como contraindicações absolutas ou relativas ao aleitamento, como, por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos, mas recomenda-se que previamente à prescrição de medicações a nutrizes, consultar a interação destes fármacos com a amamentação antes de suspendê-la. Com relação às drogas radioativas usadas em estudos diagnósticos, estas requerem suspensão temporária, conforme seu tempo de excreção: alguns compostos radioativos estão presentes no leite humano por períodos conhecidos, tais como: gálio 67: 2 semanas; iodo 125: 12 dias; iodo 131: 2 a 14 dias (dependendo da dose empregada); sódio radioativo: 96 horas; e tecnécio 99m: 15 horas a 3 dias.<sup>(5)</sup>

Vale lembrar a necessidade de suspensão temporária da amamentação por dez dias, em casos de vacinação contra a febre amarela (moradora ou frequentadora de área de risco) apenas nos primeiros seis meses após o parto.

**Indicações neonatais:** Galactosemia doença rara em que ela não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose, fenilcetonúria e intolerância a glicose, malformações fetais de orofaringe, esôfago e traqueia, cardiopatia e/ou pneumonia grave, hiperbilirrubinemia grave e entrega do recém-nascido para adoção. Alterações da consciência da criança de qualquer natureza, intolerância a algum componente do leite, malformações fetais orofaciais que não sejam compatíveis com alimentação através de sonda naso ou orogástricas e enfermidades graves.<sup>(9,10)</sup>

Os esquemas propostos para a interrupção da lactação baseiam-se na supressão dos estímulos sobre o mamilo e a mama, assim como a inibição da síntese de prolactina:<sup>(1,4)</sup>

- **Cabergolina**-2 cp(0,5mg) VO em dose única(primeiro dia pós parto) ou 1/2cp (0,25mg) VO a cada 12h por 2 dias(Supressão da lactação). Ação: Estímulo dos receptores dopaminérgicos D2. Contra indicações: Hipertensão pós parto e pré-eclâmpsia;
- **Mesilato de bromoergocriptina**-1 cp(2,5mg)/dia V.O por 2 semanas ou ½ cp VO 12/12hs por 14 dias. Ação:-Agonista da Dopamina. Contra indicações: Hipertensão não controlada e sensibilidade a alcaloides do ergot. Efeitos co-

laterais: cefaleia, náuseas, vômitos, diarreia, hipertensão, convulsão e infarto do miocárdio.

- **Lisurida**- 1 cp (0,2mg) VO de 8/8h por 14 dias Ação: Agonista da dopamina, reduzindo nos níveis séricos da prolactina. Contra indicações: Insuficiência coronariana e arteriopatias periféricas. Efeitos Colaterais: Cefaleia, Náuseas, cansaço e vertigem;
- **Hexaidrobenzoato de estradiol**-1 ampola 5mg IM a cada 24 horas -2 doses. Ação: Inibe a ação da prolactina no tecido mamário. Atua na adenohipófise impedindo a secreção de prolactina. Os estrogênios estimulam a atividade trombogênica e aumentam o risco de fenômenos tromboembólicos, o que é agravado pelo fato de nas primeiras seis semanas pós-parto já existir um aumento da incidência de trombose venosa. Por isso, não devem ser usados para inibir a lactação.<sup>(14)</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Del Ciampo LA, Ricco RG, Almeida CA. Aleitamento materno: passagens e transferências mãe-filho. São Paulo: Editora Atheneu; 2003
2. Escobar AM, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S, et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2002; 2:253-61.
3. Lamounierj A, Moulin ZS, Xavier CC. Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. J Pediatr (Rio J). 2004; 80(5 Supl):s181-8.
4. Traebert EE, Dellagistina AR, Gondim G. Inibição da lactação: indicações e técnicas. In: Santos Junior LA, organizadores. A mama no ciclo gravídico-puerperal. São Paulo: Atheneu; 2000. p.195-97
5. São Paulo (Estado). Secretaria de Saúde. Coordenação Estadual de DST/AIDS. Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo. Considerações sobre o aleitamento materno e o HIV. São Paulo: Secretaria de Saúde; 2002.
6. World Health Organization (WHO). HIV & infant feeding counselling tools: Counselling cards. Geneva WHO; 2005.

- 7.** Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades referência para mulheres que não podem amamentar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006
- 8.** American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. Red Book 2000. 25th ed. Elk Grove Village (IL): AAP; 2000.
- 9.** Azim HA Jr, Bellettini G, Liptrott SJ, Armeni ME, Dell'Acqua V, Torti F, et al. Breastfeeding in breast cancer survivors: pattern, behaviour and effect on breast cancer outcome. *Breast*. 2010;19(6):527-31.
- 10.** Aljazaf K, Hale TW, Ilett KF, Hartmann PE, Mitoulas LR, Kristensen JH, et al. Pseudoephedrine: effects on milk production in women and estimation of infant exposure via breastmilk. *Br J Clin Pharmacol*. 2003;56(1):18-24
- 11.** Doenças maternas e infecciosas na amamentação. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Aleitamento Materno. Guia prático de atualização. São Paulo; Sociedade Brasileira de Pediatria; 2017. (Guia prático de atualização, no. 2)
- 12.** Uso de medicamentos e outras substâncias pela mulher durante a gestação. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Aleitamento Materno; 2017. (Documento Científico, n. 4)
- 13.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
- 14.** Pomp ER, Lenselink AM, Rosendaal FR, Doggen CJ. Pregnancy, the postpartum period and prothrombotic defects: risk of venous thrombosis in the MEGA study. *J Thromb Haemost*. 2008 Apr;6(4):632-7.

## CAPÍTULO 12

# LEGISLAÇÃO E NORMA BRASILEIRA DE COMERCIALIZAÇÃO DE ALIMENTOS PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE 1<sup>a</sup> INFÂNCIA, BICOS, CHUPETAS E MAMADEIRAS (NBCAL) PROTEÇÃO LEGAL À MATERNIDADE E À AMAMENTAÇÃO NO BRASIL

**Evangelia Kotzias Atherino dos Santos<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

### Como citar:

Santos EK. Legislação e Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1<sup>a</sup> Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) proteção legal à maternidade e à amamentação no Brasil. In: Amamentação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. Cap. 12, p. 99-109. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 6/Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno).

## Descritores

Amamentação; Maternidade; Trabalho

## RESUMO

Este capítulo traz informações básicas da legislação brasileira acerca do trabalho e estudo relacionados à maternidade e à amamentação, cujos conteúdos estão descritos de forma mais detalhada na Constituição Federal de 1988 (CF/88), na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em algumas normas jurídicas, resoluções e portarias governamentais específicas. Traz subsídios legais e normativos acerca da proteção à maternidade e à amamentação, direcionados à prática profissional dos tocoginecologistas, de modo que estes possam estar instrumentalizados e sensibilizados para contribuir efetivamente para que os ditames constitucionais e demais atos normativos relativos a esta temática estejam firmemente impregnados na consciência da coletividade e, também, para desmistificar o direito e torná-lo um instrumento vivo, acessível, em especial para as mulheres, na luta pelo exercício pleno de sua cidadania.

## INTRODUÇÃO

Dentre as mais extraordinárias contribuições da ciência e da tecnologia para a melhoria da qualidade de vida dos seres humanos nas três últimas décadas do século passado e

nas duas primeiras décadas do atual, indiscutivelmente tem sido a produção de inúmeros estudos evidenciando a importância e vantagens do aleitamento materno.<sup>(1-3)</sup>

Cada vez mais são descobertos novos benefícios que a prática de amamentar traz para a saúde e qualidade do processo de viver humano dos envolvidos no processo, sob os mais diferentes aspectos, entre os quais destacamos os nutricionais, bioquímicos, imunológicos, psicossociais e econômicos. Estudo publicado na revista britânica The Lancet evidencia que a expansão da prática da amamentação em 75 países poderia prevenir 823.000 mortes de crianças e 20.000 mortes de mulheres anualmente.<sup>(3)</sup>

Em 2001, reconhecendo as inúmeras vantagens sobejamente descritas na literatura, como recomendação de saúde pública global, defendeu-se que as crianças sejam amamentadas exclusivamente no peito durante os primeiros seis meses de vida, prosseguindo, a partir daí, com a amamentação acrescida de alimentos complementares até dois anos ou mais.<sup>(4)</sup>

A importância e as vantagens do aleitamento materno, bem como as consequências do desmame precoce para a saúde da mulher, da criança e da sociedade de modo geral, têm sido exaustivamente descritas na literatura. Estratégias para reverter as tendências mundiais de diminuição da prevalência da prática da amamentação têm sido adotadas nas últimas décadas com grande intensidade em vários países do mundo. Por outro lado, apesar de alguns avanços, ainda é expressivo o número de mulheres que desmamam precocemente, inclusive no Brasil. Isto se deve a uma multiplicidade de fatores sociais, culturais, econômicos e políticos, cujas causas vêm sendo continuamente estudadas e muitas já são conhecidas.<sup>(5)</sup>

Entre os problemas identificados como prioritários na área de aleitamento materno no Brasil no período de 1981 a 2002 que afetam a duração e prevalência da amamentação, ocupa lugar de destaque o descumprimento das leis que protegem a mulher trabalhadora e/ou estudante que amamenta.<sup>(6,7)</sup>

Estudo realizado por Rollins et al., em 2016, ressalta que intervenções de promoção, apoio e proteção ao aleitamento materno, quando são realizadas de modo adequado, podem obter melhores resultados e que os fatores determinantes para o sucesso desta prática, necessitam de suporte incluindo legislações, políticas públicas e mobilização social.<sup>(8)</sup>

Dante disto, faz-se necessário que todos os profissionais de saúde, indistintamente, envolvidos com o cuidado de gestantes, parturientes, puérperas, lactantes,

lactentes, crianças de primeira infância e mulheres no período reprodutivo conhecem tanto a Constituição Federal/88, quanto a Consolidação das Leis do Trabalho e as demais leis e atos normativos governamentais que abordam o tema mulher, trabalho, maternidade e amamentação, para que possam informá-las sobre seus direitos e estas possam exigí-los e reivindicá-los.

## DIREITOS RELACIONADOS À MATERNIDADE E À AMAMENTAÇÃO NO BRASIL

A Constituição Federal de 1988 – CF/88 buscou aniquilar com as desigualdades do homem em relação à mulher, e a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), assim como outras normas nacionais e internacionais ratificadas pelo Brasil, trata de direitos trabalhistas da mulher desde a década de 30 do século passado. Apesar disso, tais normas nem sempre vêm sendo cumpridas.<sup>(9-11)</sup>

Tal situação tem contribuído para aumentar as dificuldades enfrentadas pelas mulheres trabalhadoras e estudantes que amamentam. A amamentação é um direito das mães e também um componente essencial para garantir o direito da criança de usufruir de todos os benefícios que esta prática proporciona, seja para a sua saúde, o seu bem estar, como para a sua qualidade de vida. Amamentar e ser amamentado, portanto, é um direito social inalienável. A proteção, o respeito e o cumprimento destes direitos requerem o reconhecimento da importância da maternidade e da amamentação como funções sociais, que devem ser apoiadas universalmente, quer no âmbito individual, familiar, comunitário, nacional e até internacional.<sup>(12,13)</sup>

No documento intitulado: “*A proteção da maternidade 2000: é para todos nós*”, elaborado para apoiar trabalhadoras e trabalhadores, sindicatos e organizações comunitárias na luta para que a proteção da maternidade se torne realidade, estão incluídas como medidas de proteção:

- garantia de remuneração durante a licença maternidade;
- acesso à atenção médica adequada durante a gravidez e puerpério, tanto para a mãe como para seu filho;
- proteção contra práticas discriminatórias nos locais de trabalho e de estudo, tais como empecilhos na admissão ou matrícula, perseguição, demissão ou reprovação;

- direito de tirar licença/afastamento sem temer a perda do emprego/ano letivo;
- direito da mãe de amamentar e cuidar de seu filho enquanto está trabalhando ou estudando.<sup>(14)</sup>

Tais medidas reúnem, em linhas gerais, aspectos importantes a serem respeitados e observados universalmente.

No Brasil, tendo como objetivo criar condições facilitadoras ao aleitamento materno e de proteção à maternidade, foram criados instrumentos legais, os quais apresentaremos resumidamente a seguir.

## NORMAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS

### A) - DIREITOS DA MULHER TRABALHADORA

#### a.1 - Licença maternidade e garantia de emprego

Constituição Federal 88: Artigo 7.º, inciso XVIII – São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: (...) licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias. Durante o período da licença-gestante, a empregada recebe a sua remuneração em forma de salário maternidade.<sup>(15)</sup>

Constituição Federal 88: ADCT, artigo 10, inciso II, alínea b – A empregada que casa ou fica grávida não poderá ser demitida sem justa causa, pois está presente o instituto da estabilidade. Ela não poderá ser demitida no período a contar da confirmação da gravidez até 5 (cinco) meses após o parto. Se a empresa tem conhecimento de sua gravidez e dispensá-la sem justa causa, é obrigada a pagar-lhe indenização prevista em lei, e mais salário correspondente ao período da licença gestante, isto é, 16 semanas.

Consolidação das Leis do Trabalho: Artigo 392 - Art. 392 - A empregada gestante tem direito à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo do emprego e do salário. (Redação dada pela Lei n.º 10.421, de 15-04-02, DOU 16-04-02).

§ 1º - A empregada deve, mediante atestado médico, notificar o seu empregador da data do início do afastamento do emprego, que poderá ocorrer entre o 28º (vigésimo oitavo) dia antes do parto e ocorrência deste.

§ 2º - Os períodos de repouso, antes e depois do parto, poderão ser aumentados de 2 (duas) semanas cada um, mediante atestado médico.

§ 3º - Em caso de parto antecipado, a mulher terá direito aos 120 (cento e vinte) dias previstos neste artigo.

- Caso a empregada deseje iniciar sua licença em data mais próxima ao dia do parto, para ficar mais tempo em casa com o bebê, isto deverá ser negociado com o empregador. Ela pode também negociar com o empregador a possibilidade de tirar férias logo após o término da licença, ficando mais um mês com o bebê. É aconselhável que, quando for confirmada a gravidez, por exame de laboratório, a empregada apresente ao empregador o comprovante do exame e exija o recibo de entrega.

Em 2010, entra em vigor a Lei nº. 11.770 de 9 de setembro de 2008, criando a empresa cidadã, com vistas a estimular as empresas do setor privado, mediante a concessão de incentivo fiscal e atendimento de alguns critérios, a concederem prorrogação à maternidade, ainda que de modo facultativo, por mais 60 dias. A mulher que desejar ampliar sua licença-maternidade tem até 30 dias após o nascimento da criança para informar à empresa. Entretanto, para que o benefício possa ser concedido, a empresa deverá estar cadastrada no programa. Nestes casos, os quatro primeiros meses da licença são pagos pela empresa e compensados pelo INSS. Os dois meses restantes não serão compensados pelo INSS, e sim abatidos do Imposto de Renda. A lei prevê o benefício para todas as trabalhadoras (urbanas ou rurais) que contribuam com o INSS.

No serviço público, o governo federal, alguns governos estaduais e municipais já ampliaram o período de licença de suas servidoras para 180 dias, o que constitui uma importante conquista para as mulheres trabalhadoras brasileiras.

### **2.1.2 - DIREITOS DA MULHER ESTUDANTE**

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

Artigo 1º - A partir do oitavo mês de gestação e durante 3 meses após o parto, a estudante em estado de gravidez ficará assistida pelo regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-Lei nº. 1.044 de 31 de outubro de 1969 (a gestante ou mãe pode receber o conteúdo das matérias escolares em casa). Parágrafo

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

Artigo 2o - Em casos excepcionais, devidamente comprovados por atestado médico, poderá ser aumentado o período de repouso, antes e depois do prazo. Parágrafo único - Em qualquer caso, é assegurado às estudantes em estado de gravidez o direito à prestação dos exames finais (a gestante ou mãe não precisa fazer as provas na escola, podendo seu aproveitamento ser aferido mediante trabalhos feitos em casa).

## A.2 - DIREITOS DA MÃE ADOTIVA

Lei 10.421 de 15-04-2002 estende à mãe adotiva o direito à licença maternidade e ao salário-maternidade, alterando a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº. 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº. 8.213, de 24 de julho de 1991:

Art. 392. À empregada que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança será concedida licença-maternidade nos termos do art. 392, observado o disposto no seu § 5o (DOU 16-04-02).

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

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

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

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

## A.3 - LICENÇA MATERNIDADE E ADOÇÃO

Lei nº 12.873, 24 de outubro de 2013, que define novas regras para licença-maternidade no caso de adoção, a mulher ou o homem que adotar, independente da idade do adotado, têm direito à licença de 120 dias pelo INSS e afastamento do trabalho.

Antes dessa lei, somente a mãe adotiva poderia receber esse benefício. Outra regra adotada na nova lei é a possibilidade de o pai adquirir a licença maternidade da mãe caso a mesma venha a falecer, incluindo o direito ao afastamento do trabalho.

#### **A.4 - SALAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO EM EMPRESAS PÚBLICAS OU PRIVADAS**

Para a mulher trabalhadora, fez-se necessária também uma legislação de proteção ao aleitamento materno no seu local de trabalho, com disposições para designar um ambiente agradável reservado para a extração e a estocagem adequada do leite materno e pausas para o uso deste ambiente. Assim, tendo como objetivo orientar a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais foi publicada a Portaria nº. 193, de 23 de fevereiro de 2010.

#### **2. 1. 4 DIREITOS DA MULHER PRIVADA DE LIBERDADE (DETENTA)**

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

Capítulo 1 Artigo 83 § 2º - Os estabelecimentos penais destinados a mulheres serão dotados de berçário, onde as condenadas possam amamentar seus filhos.

Capítulo 2 Artigo 89 - Além dos requisitos referidos no artigo anterior, a penitenciária de mulheres poderá ser dotada de seção para gestante e parturiente e de creche com a finalidade de assistir ao menor desamparado cuja responsável esteja presa.

#### **A.3 - DIREITO A PAUSAS PARA AMAMENTAR**

Desde 1919 já era reconhecida a necessidade das mulheres trabalhadoras interromperem o turno de trabalho para amamentarem seus filhos. Atualmente a legislação brasileira preconiza que:

CLT: artigo 396 - Para amamentar o próprio filho, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um. Parágrafo único - Quando o exigir a saúde do filho, o período de 6 (seis) meses poderá ser dilatado, a critério da autoridade competente.

#### **A.4 - DIREITO À CRECHE**

De acordo com o artigo 389, § 1º, da CLT:

§ 1º- Os estabelecimentos em que trabalharem 30 ou mais mulheres com mais de 16 (dezesseis) anos de idade, terão local apropriado, onde seja, permitido

às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período de amamentação.

§ 2º - A exigência do § 1º poderá ser suprida por meio de creches distritais, mantidas diretamente ou mediante convênios com outras entidades públicas ou privadas, pelas próprias empresas em regime comunitário ou a cargo do SESI, do SESC ou de entidades sindicais.

Portanto, se não houver creche na empresa, o empregador tem a obrigação de manter creche próxima ao local de trabalho ou poderá fazer convênio com outra entidade pública ou privada, ou ainda adotar o sistema de reembolso creche à empregada.

#### **A.5 - LICENÇA PATERNIDADE**

Constituição Federal de 1988: artigo 7º, Parágrafo XIX, ADCT, artigo 10 § 1º - O trabalhador tem direito a 5 dias de licença paternidade, contados a partir do dia que apresenta ao empregador a declaração de nascimento de seu filho. Durante o afastamento do pai, o empregador deverá pagar seu salário integral.<sup>(16)</sup>

#### **A.6 - ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA)**

Aprovado em 1990 através da Lei nº 8069, assegurando à gestante, pelo Sistema Único de Saúde, o atendimento antes e após o parto, incluindo entre outros, o direito da criança quanto à amamentação.

#### **b. Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL).**

Seguindo as recomendações da Assembleia Mundial de Saúde, e com base no Código Internacional para Comercialização de Substitutos do Leite Materno, o Brasil aprovou em 1988 a NBCAL, sendo publicada através da Resolução nº 5 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Em 1992, em decorrência da alegação de existirem vários artigos que dificultavam a adoção de uma leitura na perspectiva objetivista por parte dos intérpretes, ou seja, dependiam de interpretação subjetiva e, portanto de difícil operabilidade na prática, a Norma sofreu sua primeira revisão.

A NBCAL foi aprovada em nova versão e publicada através da Resolução CNS nº 31/92. Nesta revisão é incluído item específico sobre uso de bicos e mamadeiras.

Neste mesmo ano, é estabelecido acordo mundial entre o UNICEF e a OMS com a Associação Internacional de Fabricantes de Alimentos, para cessar o fornecimento gratuito ou a baixo custo de leites artificiais a maternidades e hospitais.

Em 1994, é publicado o parecer nº 62/94 da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde, que redefine as penalidades para as infrações à Norma.

Nos anos de 2001 e 2002, a Norma é submetida a um novo processo de revisão, dando origem à Portaria Ministerial 2051 (PT/MS 2051) de 3 de novembro 2001, e às resoluções RDC ANVISA nº 2214 e RDC 2225 de 05/08/2002. A primeira enfatiza os aspectos relativos à produção de material educativo e técnico-científico, bem como, a relação entre os fabricantes e serviços e os profissionais da saúde; a segunda trata dos aspectos relativos à promoção e comercialização de chupetas, bicos, mamadeiras e protetores de mamilos; a terceira regulamenta tecnicamente a promoção e a comercialização dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância. O conjunto dessas três publicações passou a constituir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras.<sup>(17-19)</sup>

Esta norma tem como objetivo contribuir para a adequada nutrição dos lactentes e das crianças de primeira infância através da regulamentação da promoção comercial e orientações do uso apropriado dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bem como do uso de mamadeiras, bicos e chupetas; proteção e incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida e proteção e incentivo à continuidade do aleitamento materno até os dois anos de idade, após a introdução de novos alimentos na dieta dos lactentes.

Todos os profissionais de saúde têm o dever de se informar, conhecer e respeitar a legislação vigente, especialmente os aspectos relativos a amostras grátis, doações, brindes e contato com representantes comerciais de fabricantes de alimentos infantis e produtos de puericultura.

Em 2006, é publicada a Lei nº. 11.265 de 03 de janeiro de 2006, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de 1ª infância e também a de produtos de puericultura correlatos, baseada na NBCAL. Transcorridos cerca de dez anos, durante a 5ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, realizada em Brasília (DF), é assinado o Decreto nº. 8552 de 03 de novembro de 2015, que Regulamenta a Lei nº 11.265, e dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de

puericultura correlatos. A assinatura e publicação do referido decreto representa uma importante conquista para a proteção do aleitamento materno no Brasil.

Finalmente, vale mencionar a Lei 16.161 de 13 de abril de 2015 da Prefeitura Municipal de São Paulo, que garante às mães o direito de amamentar em qualquer local da capital paulista.

## REFERÊNCIAS

- 1.** León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Traducción y revisión Natalia Rybak y Fernando Vallone. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud OPAS; 2002.
- 2.** Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, Gonçalves H, Barros FC. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. Lancet Glob Health. 2015;3(4):e199-205.
- 3.** Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krusevec J, et al; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016;387(10017):475-90.
- 4.** Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Aug 15;(8):CD003517.
- 5.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
- 6.** Oliveira RL, Silva AN. Aspectos legais do aleitamento materno: cumprimento da lei por hospitais de médio e de grande porte de Maceió. Rev Bras Saúde Matern Infantil. 2003; 3(1):43-8.
- 7.** Brasil. Ministério da Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Situação nacional do aleitamento materno. Brasília (DF):Ministério da Saúde; 2000.
- 8.** Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG; Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet. 2016;387(10017):491-504.

- 9.** Veruci F. A Mulher e o direito. São Paulo: NOBEL; 1987.
- 10.** Ligocki MS. Incentivos ao trabalho da mulher: estudo comparativo na legislação dos diversos países. In: Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA). Discriminação positiva ações afirmativas em busca da igualdade. Brasília (DF): CFEMEA; 1995. p. 35-69.
- 11.** Silva IA, Utiyama SK. Situação da amamentação entre mulheres trabalhadoras e alunas de graduação e pós-graduação de uma universidade pública. *Acta Scientiarum: Health Sci* (Maringá). 2003; 25(2):215- 25.
- 12.** Declaração de Quezon City. Sobre Amamentação, Mulher e Trabalho: Direitos humanos e soluções criativas. Filipinas, 1-5 junho de 1998.
- 13.** Rea MF. Mulher trabalhadora e a prática de amamentar. Disponível em <<http://www.momyassessoria.com.br/blog-1/a-mulher-trabalhadora-e-a-pratica-de-amamentar/>> Acesso em julho de 2017.
- 14.** Heap L. A proteção da maternidade 2000: é para todos nós. Tradução de Siomara Roberta da Siqueira. Jundiaí: Brasil: IBFAN; 2000.
- 15.** Mariani Neto, C. Manual de aleitamento materno FEBRASGO. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: FEBRASGO; 2015.
- 16.** Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. São Paulo: Javoli; 1988.
- 17.** Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.051/GM de 08/11/2001. Novos Critérios da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. Diário Oficial da União. 2001; 215, Seção 1, novembro 9, p. 44.
- 18.** Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 221 de 05 de agosto de 2002. Regulamento Técnico sobre Chupetas, Bicos, Mamadeiras e Protetores de Mamilo. Diário Oficial da União. 2002; agosto 6.
- 19.** Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 222 de 05/08/2002. Regulamento Técnico para Promoção Comercial dos Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância. Diário Oficial da União. 2002; agosto 6.

## CAPÍTULO 13

# IMPORTÂNCIA DA DOAÇÃO DE LEITE MATERNO (BANCO DE LEITE HUMANO)

**Maria José Guardia Mattar<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Rede Global de BLH /FIOCRUZ/MS, Manguinhos, RJ, Brasil.

### Como citar:

Mattar MJ. Importância da doação de leite materno (Banco de leite humano). In: Amamentação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. Cap. 13, p. 110-20. (Série, Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 6, Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno).

### Descritores

Doação de leite materno; Banco de leite humano; Assistência na lactação; Leite humano

### RESUMO

Os Bancos de Leite Humano (BLH) funcionam como Centro de Lactação promovendo, apoiando e protegendo a amamentação, auxiliando na manutenção da lactação em nutrizes que não podem amamentar seus filhos pela prematuridade, produzindo a indução da lactação e promovendo a orientação preventiva e curativa de problemas mamários, visando o prolongamento do período de amamentação. Realiza atividades de tecnologia de alimentos como o processamento e controle de qualidade do leite doado, selecionando o tipo de leite mais adequado para atender às necessidades do receptor de acordo com a sua fase de desenvolvimento. Para que os estoques sejam mantidos e se consiga suprir toda a demanda das Unidades Neonatais há necessidade de orientação e motivação para as puérperas e nutrizes, que possuem leite excedente nos primeiros meses da lactação, que elas poderão se tornar doadoras. Para tal deverão fazer contato com um BLH mais próximo de sua residência através do site [www.rblh.fiocruz.br](http://www.rblh.fiocruz.br), que o mesmo passará todas as instruções sobre a doação, fará o cadastro e passará em sua residência para a captação deste leite doado. Esta doação é importante, pois as evidências científicas apontam que o melhor leite para suprir as necessidades alimentares do recém-nascido prematuro e doente é o leite da sua mãe e como segunda opção é o leite de BLH,

favorecendo um microbioma mais adequado, diminuindo as morbidades como enterocolite necrotizante, broncodisplasia, retinopatia da prematuridade, acelerando a alta hospitalar e contribuindo para a diminuição da mortalidade infantil.

## INTRODUÇÃO

O trabalho da Rede Brasileira de BLH (rBLH-Br) existe há 75 anos, desde a década de 1980, faz parte da Política Nacional de Aleitamento Materno (AM) e com a publicação da Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, que Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do sistema único de saúde (SUS), passou a ser uma das estratégias do Eixo de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar.<sup>(1)</sup> A rBLH-Br tem a sua tecnologia implantada em 25 países através de cooperação internacional, em países latino-americanos, ibero-americanos e, no continente africano, nos países de língua portuguesa. Desde 2016 passou a ser chamada de rede Global de BLH. No mundo temos relatos de cerca de 500 BLH, sendo que a metade deles está em funcionamento no Brasil (221), dos quais, 59 estão no Estado de São Paulo.<sup>(2-5)</sup>

Os Bancos de Leite Humano (BLH) funcionam como Centro de Lactação promovendo, apoiando e protegendo a amamentação, auxiliando na manutenção da lactação em nutrizes que não podem amamentar seus filhos pela prematuridade, produzindo a indução da lactação e promovendo a orientação preventiva e curativa de problemas mamários, visando o prolongamento do período de amamentação.<sup>(6)</sup> Realiza atividades de tecnologia de alimentos, como processamento e controle de qualidade do leite humano ordenhado (LHO), executando atividades de coleta e classificação (colostro, leite de transição e leite humano maduro; leite anterior e posterior), processamento (pasteurização e controle de qualidade microbiológico e físico-químico), estocagem e distribuição de acordo com prescrição de médicos ou nutricionistas estabelecida pela RDC 171/06 ANVISA de setembro/2006.<sup>(7)</sup> São obrigatoriamente vinculados a um hospital materno e/ou infantil. É uma instituição sem fins lucrativos, sendo vedada a comercialização dos produtos distribuídos.<sup>(8)</sup>

Todos realizam Controles de Qualidade baseados na Tecnologia de Alimentos, com auditoria do controle interno e externo realizada pela Rede BLH-BR.<sup>(8)</sup> A Rede Nacional de Bancos de Leite Humano do Brasil (rBLH-BR) é a maior e mais bem estruturada rede de BLH do mundo. Por suas ações, os BLH no Brasil deixam de ser simplesmente locais de coleta de um produto que era comercializado, para se engajarem na produção do aleitamento materno, constituindo-se em importante estratégia de política governamental em prol da amamentação.<sup>(9,10)</sup>

O leite humano é um fluido semiplástico muito complexo contendo lipídeos em invólucro (glóbulos de gordura), proteínas dispersas, assim como caseína, que formam micelas com grande quantidade de cálcio e fósforo, um açúcar único (lactose), vitaminas hidro e lipossolúveis, oligoelementos, fatores de proteção (aproximadamente 250), imunoglobulinas e fatores de crescimento. Não é estéril, possui flora saprófita (lactobacilos bifidus), não possui barreira física, porém, pode sofrer contaminação primária (sanguínea) e secundária (pele) pelos micro-organismos que penetram pelo mamilo e tendem a habitar as regiões mais externas dos canalículos.<sup>(6)</sup> O leite humano ordenhado segue o percurso da mama à embalagem até a distribuição ao receptor, pode ser contaminado secundariamente por micro-organismos ambientais provenientes da manipulação do produto em condições higiênico-sanitárias insatisfatórias.<sup>(9,10)</sup>

As barreiras bioquímicas do LHO são perfeitamente esgotáveis em duas horas, quando ocorre saturação dos fatores de proteção, não havendo como impedir o crescimento bacteriano. Portanto, o LHO deve ser mantido fora da cadeia de frio o menor tempo possível.<sup>(6)</sup> O controle de qualidade do LHO é uma grandeza que resulta da avaliação conjunta de uma série de parâmetros que incluem as características nutricionais, imunológicas, químicas e microbiológicas. Este controle inicia desde as condições das instalações em que este leite foi ordenhado, treinamento dos funcionários, orientação da doadora, ordenha, pré-estocagem, processamento, controle de qualidade sanitário e físico-químico, estocagem, até a distribuição ao receptor.<sup>(9)</sup> Em 1995, a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, através da portaria nº 097, de 28 de agosto em seu inciso III do art. 1º, instituiu que: "Os Bancos de Leite Humano somente utilizarão leite ou colostro após adequada pasteurização, com aquecimento a 62,5°C por 30 minutos. Essa prática constitui tratamento térmico capaz de inativar 100% de todas as partículas de HIV, possíveis de serem encontradas no leite".<sup>(11,12)</sup> O uso do Leite Humano Ordenhado de BLH é seguro e confiável, visto que o leite é submetido a um controle de qualidade dinâmico, mantendo a qualidade do produto, a baixo custo e sem riscos para a saúde dos bebês.<sup>(6-9)</sup>

## **IMPORTÂNCIA DA DOAÇÃO DE LEITE MATERNO**

A importância de doação de leite materno é uma via de mão dupla. Auxilia as puérperas e nutrizes na manutenção da lactação, a evitarem as intercorrências mamárias como traumas mamilares, ingurgitamento, mastite, principalmente nos primeiros meses onde a produção é maior que a necessidade do bebê e ajuda na manutenção dos estoques do BLH que se alteram ao longo do ano, sendo que no período de

festas e férias há os menores estoques. Para isto, há necessidade que toda a equipe que atende a puérpera e nutriz já oriente estas possibilidades de preferência durante o pré-natal ou no puerpério, ainda na maternidade.<sup>(10)</sup>

Machado, em 2017, estudando o perfil das doadoras de leite materno do banco de leite humano de uma maternidade federal da cidade de Salvador, Bahia observou como resultados: a faixa etária entre 20 e 34 anos foi a mais frequente; 64,7% possuíam ensino superior; eram predominantemente casadas ou viviam com o companheiro; 44,1% tinham uma renda familiar mensal maior que cinco salários-mínimos. A maioria das mulheres era primípara, teve seus bebês a termo, de cesariana, com peso adequado ao nascer e realizaram suas consultas de pré-natal em instituições privadas. Quando questionadas sobre a fonte de informação a respeito do banco de leite, 35,3% alegaram ter sido familiares e amigos. Concluiu que conhecer o perfil das doadoras permitirá direcionar as ações educativas e de promoção do aleitamento materno, a fim de aumentar o número de doadoras e o volume de leite coletado.<sup>(13,14)</sup>

Em 2011, Neves e cols observaram que grande parte das puérperas não tinha dificuldade em se tornar doadora, porém algumas colocaram a falta de informação. O fator limitante encontrado durante esse estudo foi a falta de informação e orientações desde o pré-natal, puerpério e seguimento ambulatorial.<sup>(15)</sup>

Rosário e Matias, em 2013, em Brasília, realizaram uma revisão integrativa sobre a adesão à doação de leite humano e sua relevância para o funcionamento dos BLH. Um dos motivos mais citados para a doação do leite foi o excesso de produção de leite e, em segundo lugar, as mulheres identificaram o desejo de ajudar o próximo. As que não doaram relataram não ter o conhecimento do funcionamento dos BLH ou se sentiam constrangidas e acabavam jogando o excesso de leite fora. Concluíram que uma das principais queixas é a falta de informação, pois muitas mulheres passam pelo pré-natal e não são orientadas quanto à importância do aleitamento materno, nem da importância da doação.<sup>(16)</sup>

Em 2014, Miranda, em Ouro Preto, MG, avaliou as representações de mães doadoras e de profissionais da atenção básica à saúde sobre a doação de leite humano. Observou que as mulheres construíram representações que valorizam a amamentação, o leite humano e o ato de doar, sendo tais representações as principais motivações para a concretização da doação. A manutenção da doação de leite humano, apesar das dificuldades enfrentadas por estas mulheres durante este processo, foi possível devido ao sentimento gratificante, à valorização atribuída à doação e apoio de pessoas significativas para elas. Os depoimentos acerca do aconselhamento duran-

te o pré-natal sobre a doação de leite revelou uma fragilidade na integralidade do serviço de saúde prestado a estas mulheres, representando um possível obstáculo para a sensibilização de doadoras em potencial. A análise dos depoimentos dos profissionais da atenção básica revelou representações que valorizam a doação de leite humano, a doadora e o BLH. A falta de conhecimento, encontrada de forma marcante nas falas, e a representação de que a mãe pode produzir leite insuficiente, leva à insegurança destes profissionais que culmina no abandono, por muitos, do aconselhamento sobre a doação. Além disso, muitos profissionais não se sentem responsáveis pela sensibilização das usuárias do serviço sobre a doação de leite humano. Os achados apontaram para a necessidade de melhor capacitação destes profissionais.<sup>(17)</sup>

Em uma pesquisa qualitativa de doutorado realizada na Escola de Enfermagem da USP-SP, Oliveira observou, em 2016, nas falas das nutrizes doadoras quatro temas: *experiência em amamentar, BLH lugar de acolhimento e aprendizagem, a doação dá trabalho e exige compromisso e ser doadora é compartilhar o que tem e ajudar a quem precisa*. As doadoras relatam que doar dá trabalho, mas o compromisso assumido supre tal dificuldade, o apoio da família é essencial. O orgulho de ser doadora vincula-se à construção social de solidariedade, amplia o significado da maternidade, de sentir-se mãe de muitos e conhecer que doar vale a pena. Conhecer estes elementos ajudou nas campanhas e projetos de melhoria de adesão à doação.<sup>(18)</sup>

Já Rechia et al, em 2016, numa revisão integrativa sobre a doação de leite humano, observaram que os fatores que interferem na doação de leite foram identificados como operacionais, educacionais e estruturais. Os profissionais de saúde têm o papel fundamental no estímulo à doação de LH e devem ser multiplicadores das práticas relacionadas ao Aleitamento Materno (AM).<sup>(19)</sup>

Soares et al, em 2016, observaram que o processo de amamentação e, mais ainda, o de doação do leite ordenhado, requerem habilidades, aprendizados e apoios específicos dos membros da família e, especialmente, dos profissionais de saúde. A qualidade das orientações deve ser priorizada. O trabalho do profissional deve se direcionar para as potencialidades e para o conhecimento prévio das mulheres e de sua família, para o empoderamento e o fortalecimento de suas competências, de forma que os impactos nos processos de amamentação e doação sejam positivos.<sup>(20)</sup>

Em 2017, Miranda e cols, investigaram fatores sócio-demográficos e comportamentais de mulheres doadoras do BLH de Viçosa, MG. A intenção de ajudar foi o principal desencadeante para a doação e o final do processo se deu, principalmente, pela redução da produção láctea. A coleta domiciliar foi o mais citado como um

facilitador no processo, e a falta de tempo para a ordenha, o que mais dificultou. A abordagem sobre a doação se deu em 89% dos casos em ambiente hospitalar.<sup>(21)</sup>

Abreu et al, em 2017, analisaram a doação de Leite Materno (LM) s: os fatores que contribuíram para a doação foram o fato de a mulher ser primípara (54%), ter recebido orientação sobre aleitamento materno (78%) e sobre o banco de leite humano (68%) e ter recebido apoio para doação (80%). Dentre as vantagens apontadas pelas entrevistadas para doação do leite materno, 90% acreditavam que beneficiaria a saúde da criança receptora, enquanto que o fato de machucar as mamas (28%) foi apontado como principal desvantagem para este ato. Os inúmeros benefícios para a saúde do bebê, o amor e a solidariedade foram fatores contribuintes para a doação do leite materno. A doação é uma experiência positiva, e o apoio familiar é fator facilitador à prática da doação.<sup>(22)</sup>

Conforme exposto nas evidências, os profissionais de saúde deverão estar capacitados para orientar e apoiar as gestantes e nutrizes desde o pré-natal, puerpério e no seguimento ambulatorial de puericultura, motivando-as e empoderando-as à doação de leite humano quando este for excedente à necessidade do seu filho.

Para tal, deverão fazer contato com um BLH mais próximo de sua residência, através do portal da rede (<https://rblh.fiocruz.br>),<sup>(3)</sup> que o mesmo passará todas as instruções sobre a doação, fará o cadastro e passará em sua residência para a captação deste leite doado. Esta doação é importante, pois as evidências científicas apontam que o melhor leite para suprir as necessidades alimentares do recém-nascido prematuro e doente é o leite da sua mãe e como segunda opção é o leite de BLH.

## **QUAL NUTRIZ PODERÁ SER DOADORA DE LEITE HUMANO?**

Doadoras são mulheres saudáveis que apresentam secreção láctea superior às exigências de seus filhos e que se dispõem a doar o excedente por livre e espontânea vontade.<sup>(8)</sup> São submetidas à anamnese e exame físico para levantar os aspectos clínicos relevantes. Serão consideradas inaptas para doação a critério médico, as nutrizes que forem portadoras de moléstias infectocontagiosas, que façam uso de medicação que contraindique a amamentação, que sejam fumantes ou façam uso de bebidas alcoólicas ou ainda, que se encontrem em risco nutricional.<sup>(7,8)</sup> O obstetra que acompanhou a gestante durante todo o pré-natal deverá motivá-la à doação de leite e esclarecer dúvidas quanto à segurança do uso de leite humano de BLH, caso seja necessário para seu recém-nascido.

## **QUAIS CRIANÇAS PODEM RECEBER LEITE DE BLH?**

A distribuição de Leite Humano é realizada de acordo com os critérios estabelecidos pela RDC 171/06 no manual mediante solicitação via prescrição médica e justificativa, sendo atendidos de acordo com o estoque no BLH. Normalmente são selecionados como receptores, os RNs que apresentam uma ou mais das seguintes indicações: prematuros e/ou de baixo peso que não sugam, em nutrição trófica e imunoterapia com colostro, infectados, especialmente com infecções entéricas, portadores de deficiências imunológicas, portadores de diarreia, portadores de alergia a proteínas heterólogas, casos excepcionais, a critério médico.<sup>(7-10)</sup>

## **QUE AUXÍLIO O BLH PODE OFERECER PARA OBSTETRAS, PEDIATRAS, PUÉRPERAS E NUTRIZES?**

Os obstetras e pediatras que atendem mães com dificuldades em amamentação e em dar continuidade ao aleitamento materno, como conciliar a amamentação com trabalho, devem entrar em contato com estas instituições para troca de experiências, conhecer um pouco sobre o trabalho, tempo de licença maternidade e se sua empresa possui creche ou sala de apoio à amamentação. Como entrar em contato com BLH? A Rede Nacional de Banco de Leite Humano informa pela internet a relação completa dos BLH do Brasil (<https://rblh.fiocruz.br>).<sup>(3)</sup>

## **COMO FUNCIONA A COLETA DOMICILIAR NO CASO DE DOAÇÕES DE LEITE HUMANO?**

As doadoras são cadastradas após a verificação prévia, pelo médico do BLH, de acordo com os exames de pré-natal. Nesta visita o auxiliar de enfermagem faz as verificações e orientações necessárias no domicílio, de acordo com os resultados do controle de qualidade, levando os frascos de vidros esterilizados, touca e máscara. Durante a coleta nos domicílios é feito o controle de temperatura das caixas isotérmicas (PVC), com gelo reciclável, utilizadas no transporte para manter a cadeia de frio (temperatura < -3°C). A duração do trajeto não deve ultrapassar seis horas e o retorno deverá ser em qualquer momento, quando verificado alteração de temperatura nas caixas (ANVISA, 2008).<sup>(7,8)</sup>

## **AÇÃO PROTETORA**

No inicio da década de 90, Lucas e Cole<sup>(23)</sup> demonstraram a proteção conferida pelo leite de BLH contra a enterocolite necrosante (ECN). Recentemente, uma metanálise

da Cochrane Library<sup>(24)</sup> concluiu que o uso de fórmula quase dobrou o risco de enterocolite, quando comparado com o uso de leite de BLH. Garantir que pelo menos 50% do volume da dieta enteral dos RNs de muito baixo peso (RNMBP) seja de leite humano, principalmente de leite da própria mãe, parece ser uma importante estratégia na proteção contra a ECN.<sup>(25)</sup> Em 2017, Maffei e Schanler demonstraram a importância de se possibilitar o uso de leite humano exclusivo na UTIN como forma de diminuir mortalidade entre RNMBP.<sup>(26)</sup> Atualmente, têm surgido evidências de proteção contra a broncodisplasia pulmonar. Uma dieta para prematuros de MBP, baseada em leite humano exclusivo (possível apenas com o uso de leite humano de banco de leite), reduziu o risco de broncodisplasia quando comparada com uma dieta com fórmula para prematuros ou com uso de fortificantes baseados em proteína heteróloga.<sup>(27)</sup> Um estudo também mediou a frequência da retinopatia da prematuridade (ROP) entre os prematuros. O grupo que recebeu fórmula exclusivamente apresentou chance 1,8 vezes maior de desenvolver ROP.<sup>(28)</sup>

## **RELACTAÇÃO E TRANSLACTAÇÃO**

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

## **LACTAÇÃO INDUZIDA ADOTIVA**

Oferece às mulheres a oportunidade de tentar produzir leite e poder amamentar o bebê adotado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com o avanço tecnológico da Neonatologia, hoje cada vez mais nascem prematuros imaturos que necessitam não somente se suporte tecnológico para sobreviverem, mas de uma nutrição adequada para um desenvolvimento e crescimento saudável. As evidências apontam que o melhor leite para alimentá-los é o da própria mãe ou de BLH o que contribuirá na redução de morbimortalidade e acelerará a alta hospitalar. É importante a doação de leite humano para manter os estoques destes

BLH, para tal os profissionais de saúde deverão orientar as gestantes, puérperas e nutrizes desta possibilidade. O Ministério da Saúde, em uma campanha de doação de leite Humano em 2012, utilizou este slogan: *“Doar leite materno é multiplicar vida com esperança. É somar saúde com solidariedade. É dividir o alimento mais completo que existe. É diminuir a mortalidade infantil.”*

## CONTATOS DO BLH

Portal da Rede Global de Banco de Leite Humano: <https://rblh.fiocruz.br> informa a relação completa dos BLH e possui um canal de informação através do fale conosco, onde tanto os profissionais como as nutrizes e doadoras poderão esclarecer suas dúvidas.

SOS Amamentação: 0800 26 88 77.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. [citado 2018 Jul 30]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html).
2. Rede Iberblh.org- Boletim da Rede de Banco de Leite Humano. Setenta anos de Banco de leite Humano, no. 171,08/11/13, 26p, acessado em 07/7/18
3. Fundação Osvaldo Cruz. Rede Global de bancos de leite humano. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; c2005. [citado 2018 Jul 2]. Disponível em: <https://rblh.fiocruz.br>.
4. European Milk Bank Association (EMBA). [Internet]. Milan: EMBA; 2018. [cited 2018 Feb 2]. Available from: <http://europeanmilkbanking.com/>.
5. Human Milk Banking Association of North America (HMBANA). [internet]. Texas: HMBANA; 2018. [cited 2018 Feb 4]. Available from: <https://www.hmbana.org/>.
6. Almeida JA, Maia PR, Novak FR, Alencar SM, Ishy AY, Mattar MJ. Os bancos de leite humano no Brasil. In: Issler H. O aleitamento materno no contexto atual: políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier; 2008. p. 163-70.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC no. 171, de 04 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento

Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. Diário Oficial da União. 2006; setembro 5.

8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília (DF): ANVISA; 2008. 161p.
9. Almeida JA, Guilherme JP, Mattar MJ. Banco de leite humano. In: Campos Júnior D, Burns Da, Lopez FA, organizadores. Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 3a ed. Barueri: Manole; 2013. p. 541–50.
10. Mattar MJ. Banco de leite humano. In: Segre CA, Costa HP, Lippi UG, organizadores. Perinatologia fundamentos e prática. 3ª ed ampl e atual. São Paulo: Sarvier; 2015. p.795-811.
11. Human milk, breastfeeding, and transmission of human immunodeficiency virus in the United States. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric AIDS. Pediatrics. 1995;96(5 Pt 1):977-9.
12. Eglin RP, Wilkinson AR. HIV infection and pasteurization of breast milk. Lancet. 1987; 329 (8541):1093.
13. Guilherme JP, Nascimento MB, Mattar MJ. In: Santiago LB, organizador. Manual de aleitamento materno Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri (São Paulo): Manole; 2013. p. 257-84.
14. Machado AC, Santos JD, Trigueiros PQ. Perfil das doadoras de leite materno do banco de leite humano de uma maternidade federal da cidade de Salvador, Bahia. Rev Ped SOPERJ. 2017;17(2):18–24.
15. Neves LS, Sá MV, Mattar MJ, Galisa MS. Doação de leite humano: dificuldades e fatores limitantes. O Mundo da Saúde. 2011; 35(2):156-61.
16. Rosário CC, Matias LL. Adesão à doação de leite humano e sua relevância para o funcionamento dos bancos de leite humano [monografia]. Brasília (DF): Universidade Católica de Brasília; 2013.
17. Miranda WD. Representações de mães doadoras e de profissionais da atenção básica à saúde sobre a doação de leite humano [dissertação]. Ouro Preto: Escola de Nutrição, Universidade Federal de Ouro Preto; 2014. 103p.
18. Oliveira MM. A representação social de mulheres doadoras de leite humano [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016,

- 19.** Rechia FP, Cherubim DO, Paula CC, Padoim SM. Fatores que interferem na doação de leite humano: Revisão Integrativa. *Cogitare Enferm*. 2016;21(3):1–11.
- 20.** Soares LS, Machado RS, Rocha SS, Lima LH, Silva GR, Oriá MO. Auto eficácia em amamentação de doadoras de leite humano. *Rev Enferm Univ Fed Pernambuco*. 2016;10 Supl 2:736–43.
- 21.** Miranda JO, Serafim TC, Araújo RM, Fonseca RM, Pereira PF. Doação de leite humano: Investigação de fatores sociodemográficos e comportamentais de mulheres doadoras. *Rev Assoc Bras Nutr*. 2017;8(1):10–7.
- 22.** Abreu JN, Pereira YJ, Lobato JS, Foutoura IG, Santos Neto M, Santos FS. Doação de leite materno: fatores que contribuem para esta prática. *Arq Ciênc Saúde*. 2017; 24(2) 14–18
- 23.** Lucas A, Cole TJ. Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. *Lancet*. 1990;336(8730):1519–23.
- 24.** Quigley M, McGuire W. Formula versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; CD002971(4):CD002971.
- 25.** Cacho NT, Parker LA, Neu J. Necrotizing Enterocolitis and Human Milk Feeding: A Systematic Review. *Clin Perinatol*. 2017;44(1):49–67.
- 26.** Maffei D, Schanler RJ. Human milk is the feeding strategy to prevent necrotizing enterocolitis! *Semin Perinatol*. 2017;41(1):36–40.
- 27.** Villamor-Martínez E, Pierro M, Cavallaro G, Mosca F, Kramer BW, Villamor E. Donor Human Milk Protects against Bronchopulmonary Dysplasia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2018 ;10(2). pii: E238. Review.
- 28.** Bharwani SK, Green BF, Pezzullo JC, Bharwani SS, Bharwani SS, Dhanireddy R. Systematic review and meta-analysis of human milk intake and retinopathy of prematurity: a significant update. *J Perinatol*. 2016;36(11):913–20.
- 29.** Brasil. Ministério da Saúde. Rede BLH-Br. Procedimentos técnicos para ordenha, manipulação e administração do leite humano cru exclusivo da mãe para o próprio filho em ambiente neonatal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.

# Damater®

## Polivitamínico e Poliminerais

*DA PRÉ-CONCEPÇÃO À LACTAÇÃO<sup>1</sup>*



GESTAÇÃO



LACTAÇÃO

**Grünenthal**

Material aprovado: Julho/2018  
Referência: 1. Bula Damater 2018

# Cerazette® 3 desogestrel 75 mcg

Uma opção para mulheres que estão  
**AMAMENTANDO**  
e para as que têm contraindicação ao uso do estrogênio<sup>1</sup>



Medicamento de  
**REFERÊNCIA**  
disponível há mais de  
15 anos no mercado<sup>2,3</sup>

**Referências:**

1. Circular aos Médicos (bula) de CERAZETTE. São Paulo: Schering-Plough Industrial Farmacêutica Ltda; 2014.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Lista de medicamentos de referência. Disponível em: <http://portais.anvisa.gov.br/documents/33836/441/2457A/sto+A+15-06-2018.pdf/cb894b0c6c1-4de9-8dd4-89919097cc5e>. Acessado em: 28 de junho de 2018.
3. BRASIL. Resolução-RÉ N° 474, de 6 de junho de 2000. Cerazette - Registro do medicamento. Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 05 junho 2000.
4. Collaborative Study Group on the Desogestrel-containing Progestogen-only Pill: A double-blind study comparing the contraceptive efficacy, acceptability and safety of two progestogen-only pills containing desogestrel 75 pg/day or levonorgestrel 30 pg/day. Eur J Contracept Reprod Health Care. 1998;3(4):169-78.

Grünenthal

**Damater®**  
Polivitamínico e Poliminerais

**DAMATER® (polivitamínico e polimineral)**, COMPOSIÇÃO: betacaroteno 2700 UI, colecalciferol 400 UI, acetato de racêaftoacolero 30 mg, ácido asórbico 70 mg, nitrito de tiamina 3 mg, riboflavina 2 mg, cloridrato de piridoxina 2,2 mg, cianocobalamina 3 mcg, ácido fólico 2 mg, ferro (hialuro ferroso) 30 mg, zinco (óxido de zinco) 15 mg, outros componentes: cálcio (carbonato de cálcio). INDICAÇÕES: prevenção e tratamento das deficiências de vitaminas e minerais no período pré-gestacional, durante a gestação e aleitamento. Redução da incidência de malformações do tubo neural. CONTRAINDICAÇÕES: história de alergia a qualquer um dos componentes da fórmula. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES: não deve ser utilizado em portadores de hipervitaminose A ou C, insuficiência renal, hemosiderose, hipercalemia e hipercalcemia. Não deve ser utilizado em pacientes com atrofia óptica hereditária de Leber, uma vez que tem sido relatada uma atrofia rápida do nervo óptico na administração a esses pacientes. Não é indicado para pacientes idosas e crianças. Não é indicado em casos de anemia perniciosa. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: DAMATER® não deve ser administrado concomitantemente com medicamentos contendo ácido acetilsalicílico, levodopa, cimetiína, carbamazepina ou tetraciclina e com antiácidos. Caso realmente seja necessário o uso de DAMATER® com tetraciclina, deve-se respeitar um intervalo mínimo de 2 horas entre a administração desses medicamentos, pois o ferro de DAMATER® pode comprometer a absorção da tetraciclina. REAÇÕES ADVERSAS: em casos pouco frequentes, pode ocorrer constipação intestinal. POSOLOGIA E MODO DE USAR: ingerir uma cápsula ao dia, com ou sem alimento, ou a critério médico. A cápsula de DAMATER® deve ser deglutiída intata. Este medicamento não deve ser partido, aberto ou mastigado. VENDA SUBSIDIADA PRESCRIÇÃO MEDICA. Se persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. USO ADULTO. REGISTRO MS: 1.810.100.009. Registrado por: Grunenthal do Brasil Farmacêutica Ltda. SAC 0800 205 205. Cod: R0128. Informações adicionais para prescrição: vde bula completa.

DAMATER® É CONTRAINDICADO EM CASOS DE HISTÓRIA DE ALERGIA A QUALQUER UM DOS COMPONENTES DA FÓRMULA. DAMATER® NÃO DEVE SER ADMINISTRADO CONCOMITANTEMENTE COM MEDICAMENTOS À BASE DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO, LEVODOPA, CIMETIDINA, CARBAMAZEPINA, TETRACICLINA E ANTIÁCIDOS.

# Cerazette® 3

**Cerazette® 3 (desogestrel 75mcg):** CERAZETTE (desogestrel). **INDICAÇÃO:** anticoncepcional. **CONTRAINDICAÇÕES:** hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer dos excipientes; distúrbio tromboembólico venoso afevio; presença ou história de doença hepática grave, enquanto os valores das testes de função hepática estão elevados acima da referência normal; doença maligna generalizada e extensamente avançada ou suspeita; infecção vaginal aguda não diagnosticada; gravidez ou suspeita de gravidez; **INTERDISSONÂNCIAS:** não deve ser usada em mulheres que estejam tomando outros fármacos que possam interferir com a absorção, a utilização ou a excreção do desogestrel ou com a atividade do hidrocortisol. CERAZETTE: No caso de uso de contraceptivos orais contendo hidrocortisol, deve-se interromper a terapia com hidrocortisol por pelo menos 14 dias antes de iniciar o uso de quaisquer desses medicamentos. A mulher deve contatar o seu médico se houver suspeita de que está grávida ou não o uso de CERAZETTE. **ADVERTÊNCIAS:** Aumento de risco de tromboembolismo venoso. O risco de desenvolvimento de tromboembolismo venoso é maior no caso de uso de tamoxifeno, devido ao seu efeito de induzir a síntese de coagulantes sanguíneos. Esse aumento de risco desaparece gradualmente em 10 anos após a descontinuação do uso de um anticoncepcional oral e não está relacionado ao tempo de uso, mas a idade da mulher quando utiliza o AHC. O número esperado de casos diagnostiquedos por 10.000 mulheres que usam AHCs (até 10 anos após a descontinuação do tratamento) é menor que o número que usaram durante o mesmo período calculado para o respectivo grupo etário e é apresentado a seguir: Casos esperados em usuárias de AHCs: 4 (16-19 anos); 17,5 (20-24 anos); 48,7 (25-29 anos); 110 (30-34 anos); 260 (35-39 anos); 280 (40-44 anos). Casos esperados em não usuárias: 4 (16-19 anos); 16 (20-24 anos); 100 (25-29 anos); 160 (30-34 anos); 230 (40-44 anos). O risco em usuárias de anticoncepcionais só de progestagênios, tais como CERAZETTE, possivelmente é semelhante, porém, com evidência menos conclusiva. O aumento do risco observado nas usuárias de AHCs pode ser devido ao diagnóstico precoce, a efeitos biológicos da pílula ou à combinação desse. O efeito biológico dos progestagênios no câncer hepático não pode ser excluído, por isso, recomenda-se avaliar individualmente a relação risco/benefício na mulher com câncer hepático. Na presença de distúrbios agudos ou crônicos da função hepática, particular avaliação e orientação especializada. Se duradura o uso de CERAZETTE ocorrer hipertensão arterial mantida, ou se o aumento significativo da pressão arterial não responder adequadamente ao tratamento anti-hipertensivo, considerar a descontinuação de CERAZETTE. Investigações epidemiológicas associaram o uso de AHCs à maior incidência de tromboembolia venosa (TE, trombose venosa profunda e embolia pulmonar). Embora a relevância clínica desse achado para desogestrel seja desconhecida, descontinuar CERAZETTE em caso de trombose. Considerar também a descontinuação de CERAZETTE em caso de imobilização prolongada (por cirurgia ou doença). Alertar as mulheres com história de distúrbios tromboembólicos sobre a possibilidade de recorrência. Os progestagênios podem apresentar efeitos sobre a resistência periférica à insulina e tolerância à glicose, porém, mesmo que não haja evidência da necessidade de alterar o regime terapêutico em diabetes melito, é importante monitorar a glicose. A proteção contra diabetes écliptica com anticoncepcionais só de progestagênio tradicionais não é tão boa como a dos anticoncepcionais orais combinados. Apesar do uso de CERAZETTE haver a ocorrência de níveis séricos de amiloidose urológica e dor abdominal. Clasoma pode ocorrer, especialmente em mulheres com história de chancro genital, e mulheres com esta tendência devem evitar exposição ao sol ou à radiação ultravioleta enquanto usarem CERAZETTE. As seguintes condições foram relatadas na gravidez e durante o uso de esteroides sexuais, sem associação estabelecida: com uso de progestagênios: letargia e淤 (primo relacionado à constelação: formigões de bolas; borbotões; lúpus eritematoso sistêmico; síndrome urêmico-hemolítica; coreia de Sydenham; hérnias gesticacionais) periorbitária. CERAZETTE contém lactose (menos de 65 mg) e, por essa razão, não deve ser administrado em pacientes com intolerância à galactose, deficiência de lactase Lapp ou mal absorção de glicose-galactose. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** interações entre anticoncepcionais orais e outros fármacos podem ocasionar sangramentos inesperados e/ou fialha na eficácia da anticoncepção. Metabolismo hepático: podem ocorrer interações com fármacos induktores de enzimas microsómicas, resultando em aumento da depreciação dos hormônios sexuais, tais como hidroandrógenos (p.e., fenobarbital), barbitúricos, carbamazepina, rifampicina; e, possivelmente, também interações com oxcarbazepina, rifabutina, lopinavir, neflavirin, glicuroflavina e produtos fitoterápicos contendo Hypericum: perfuratum (erva-são-jôo ou St. John's wort). Mulheres em tratamento com quaisquer dos fármacos acima mencionados devem, temporariamente, usar um método de barreira em adição a CERAZETTE, ou optar por outro método anticonceptivo. O método de barreira deve ser utilizado durante o tempo de administração concomitante do fármaco e por 28 dias após sua descontinuação. Para mulheres em tratamento prolongado com induktores enzimáticos hepáticos, considerar o uso de um método anticonceptivo só hormonal. Durante o tratamento com carvôico medicinal, a absorção do esteróide de comprimido e a eficácia anticoncepcional podem ser reduzidas. Nessas circunstâncias, seguir as mesmas orientações de esquemamento da ingestão de comprimidos. Anticoncepcionais hormonais podem interferir no metabolismo de outras substâncias (p.e., ciprofloxacina) e as concentrações plasmáticas e tissulares podem aumentar ou diminuir. Consultar a lista de medicamentos administrados concomitantemente para identificar potenciais interações. **REAÇÕES ADVERSAS:** Comuns: alteração de humor, diminuição da libido, fadiga, náusea, acne, dor nas mamas, menstruação irregular, amenorréia, aumento de peso. Incômuns: infecção vaginal, intolerância a lentas de contato, vômitos, alopecia, dismenorreia, cistos ovarianos, fadiga, Raars, exantema, urticária, enfermeira nódoa. Foram relatadas secreções mamárias e, raramente, gestações ectópicas durante a farmacovigilância post-comercialização. **POSOLOGIA E ADMINISTRAÇÃO:** tomar um comprimido da dia, com um pouco de líquido, preferencialmente no mesmo horário, na ordem indicada pelas setas na cartela, durante 28 dias consecutivos. Iniciar a cartela subsequente imediatamente após o término da anterior. **SUPERDOSE:** Não há relatos de reações adversas graves em decorrência de superdose. Nessa situação, os sintomas que podem ocorrer são: náuseas, vômitos e, em meninas e adolescentes, deserto sangramento vaginal. Não há antídotos e o tratamento deve ser sintomático. **VENDA SUBS PREGSCRIÇÃO MÉDICA. REGISTRO MS:**

**DENTRE AS INFORMAÇÕES CITADAS EM BULA, RESSALTAMOS QUE ESTE MEDICAMENTO É CONTRAINDICADO EM CASOS DE GRAVIDEZ OU SUSPEITA DE GRAVIDEZ E TUMORES DEPENDENTES DE PROGESTAGÊNIO. PODEM SE ESPERAR INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS DURANTE O USO CONCOMITANTE DE CERAZETTE COM HIDANTOÍNAS, BARBITÚRATOS, PRIMIDONA, CARBAMAZEPINA, RIFAMPICINA.** Material destinado a profissionais e discentes de medicina. Material encerrado em junho/2019.

AO PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO

Grünenthal

Sac Grünenthal: 0800 205 2050

# febrasg<sup>o</sup>

Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

PATROCINADOR



Grünenthal

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-94091-06-2



9 788594 091062