

VOLUME 25 - Nº 1 - 2023



PRONAP

Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria

25
CICLOS

Ciclo XXV



MÓDULOS DE RECICLAGEM

ISSN 2318-3969

sociedade
brasileira
de pediatria



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Filiada à Associação Médica Brasileira
Associada à IPA - Internacional Pediatric Association

VOLUME 25 - Nº 1 - 2023



PRONAP

Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria

ISSN 2318-3969



PRONAP

Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria

PROJETO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA MÓDULO DE RECICLAGEM

VOLUME 25 - Nº 1 - 2023

- Amamentação na primeira hora de vida
- Abordagem do aleitamento materno em situações de dificuldade
- Amamentação prolongada por mais de dois anos

Revisão Técnica:

Dra. Rossiclei de Souza Pinheiro

Pediatra com habilitação em Neonatologia SBP/AMB

Doutora em Pediatria pela UNESP - Botucatu

Professora adjunta de Saúde da Criança do Curso de Medicina do

Departamento de Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Amazonas

Membro do Programa de Reanimação Neonatal da SBP

Presidente do Departamento Científico de Aleitamento Materno da SBP

ISSN 2318-3969



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

DIRETORIA 2022 - 2024

Presidente:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

1º Vice-Presidente:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

2º Vice-Presidente:

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Secretário Geral:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

1º Secretário:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º Secretário:

Rodrigo Aboudif Ferreira (ES)

3º Secretário:

Claudio Hoineff (RJ)

Diretoria Financeira:

Sidnei Ferreira (RJ)

2ª Diretoria Financeira:

Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)

3ª Diretoria Financeira:

Donizetti Dimer Giambernardino (PR)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

COORDENADORES REGIONAIS

Norte:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

Nordeste:

Marynea Silva do Vale (MA)

Sudeste:

Marisa Lages Ribeiro (MG)

Sul:

Cristina Targa Ferreira (RS)

Centro-Oeste:

Renata Belem Pessoa de Melo Seixas (DF)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

Titulares:

Jose Hugo Lins Pessoa (SP)

Marisa Lages Ribeiro (MG)

Marynea Silva do Vale (MA)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

Suplentes:

Analiair Moraes Pimentel (PE)

Dolores Fernandez Fernandez (BA)

Rosana Alves (ES)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Sulim Abramovici (SP)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

Coordenação:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Edson Ferreira Liberal (RJ)

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Sidnei Ferreira (RJ)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP

(COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)

Coordenação:

Hélcio Villaga Simões (RJ)

Coordenação Adjunta:

Ricardo do Rego Barros (RJ)

Membros:

Clóvis Francisco Constantino (SP) -
Licenciado

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)

Cristina Ortiz Sobrinho Valette (RJ)

Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Silvio Rocha Carvalho (RJ)

COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SÉRIADA

Coordenação:

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Luciana Cordeiro Souza (PE)

Membros:

João Carlos Batista Santana (RS)

Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

Ricardo Mendes Pereira (SP)

Mara Morelo Rocha Felix (RJ)

Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

Sergio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA

Ricardo do Rego Barros (RJ)

INTERCÂMBIO COM OS PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA

Marcela Damasio Ribeiro de Castro (MG)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL

Diretor:

Fabio Augusto de Castro
Guerra (MG)

Diretoria Adjunta:

Sidnei Ferreira (RJ)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Membros:

Gilberto Pascolat (PR)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Cláudio Orestes Britto Filho (PB)

Ricardo Maria Nobre Othon Sidou (CE)

Anenisia Coelho de Andrade (PI)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Donizetti Dimer Giambernardino
Filho (PR)

Jocileide Sales Campos (CE)

Carllindo de Souza Machado e

Silva Filho (RJ)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

DIRETORIA CIENTÍFICA

Diretor:

Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA CIENTÍFICA - ADJUNTA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS:

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

GRUPOS DE TRABALHO

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

MÍDIAS EDUCACIONAIS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Rosana Alves (ES)

Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (ES)

PROGRAMAS NACIONAIS DE ATUALIZAÇÃO

PEDIATRIA - PRONAP

Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira (SP)

Tulio Konstantyner (SP)

Claudia Bezerra Almeida (SP)

NEONATOLOGIA - PRORN

Renato Soibermann Procianny (RS)

Clea Rodrigues Leone (SP)

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPE

Werther Bronow de Carvalho (SP)



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

(continuação)

DIRETORIA 2022 - 2024

TERAPÊUTICA PEDIÁTRICA - PROPED

Claudio Leone (SP)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA - PROEMPED

Hany Simon Júnior (SP)
Gilberto Pascolat (PR)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho (PE)
Dirceu Solé (SP)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

PUBLICAÇÕES

TRATADO DE PEDIATRIA

Fábio Ancona Lopes (SP)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Clovis Artur Almeida da Silva (SP)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

OUTROS LIVROS

Fábio Ancona Lopes (SP)
Dirceu Solé (SP)
Clóvis Francisco Constantino (SP)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

Diretora:

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

Membros:

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cléa Rodrigues Leone (SP)
Paulo Tadeu de Mattos Pereira
Poggiali (MG)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APROFUNDAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)

Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

Coordenação Geral:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Coordenação Operacional:

Nílza Maria Medeiros Perrin (SC)
Renata Dejtiar Waksman (SP)

Membros:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)
Marcia de Freitas (SP)
Nelson Grisard (SC)
Normeide Pedreira dos Santos
Franca (BA)

PORTAL SBP

Clovis Francisco Constantino (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)
Claudio Hoineff (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Maria Angelica Barcellos Svaier (RJ)
Donizetti Dimer Giambernardino (PR)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA A DISTÂNCIA

Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

Coordenação:

Renato Soibelman Procianny (RS)

Membros:

Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)
Magda Lahorgue Nunes (RS)
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Dirceu Solé (SP)
Antonio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Editores Científicos:

Clémex Couto Sant'Anna (RJ)
Marilene Augusta Rocha Crispino
Santos (RJ)

Editora Adjunta:

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

Conselho Editorial Executivo:

Sidnei Ferreira (RJ)

Editores Associados:

Daniilo Blank (RS)
Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)
Renata Dejtiar Waksman (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Angelica Maria Bicudo (SP)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA

Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

Coordenação:

Rosana Fiorini Puccini (SP)

Membros:

Rosana Alves (ES)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Ana Lucia Ferreira (RJ)
Silvia Wanick Sarinho (PE)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

Coordenação:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Membros:

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Silvio da Rocha Carvalho (RJ)
Tânia Denise Resener (RS)
Delia Maria de Moura Lima
Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luis Amantéa (RS)
Susana Maciel Guillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)
Silvia Regina Marques (SP)
Claudio Barsanti (SP)
Maryneia Silva do Vale (MA)
Liana de Paula Medeiros de A.
Cavalcante (PE)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

Coordenador:

Lelia Cardamone Gouveia (SP)

MUSEU DA PEDIATRIA (MEMORIAL DA PEDIATRIA BRASILEIRA)

Coordenação:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Membros:

Mário Santoro Junior (SP)
José Hugo de Lins Pessoa (SP)
Sidnei Ferreira (RJ)
Jefferson Pedro Piva (RS)

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

Coordenação:

Claudio Barsanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

(continuação)

DIRETORIA 2022 - 2024

AC - SOCIEDADE ACREANA
DE PEDIATRIA

Ana Isabel Coelho Montero

AL - SOCIEDADE ALAGOANA
DE PEDIATRIA

Marcos Reis Gonçalves

AM - SOCIEDADE AMAZONENSE
DE PEDIATRIA

Adriana Távora de Albuquerque Taveira

AP - SOCIEDADE AMAPAENSE
DE PEDIATRIA

Camila dos Santos Salomão

BA - SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA

Ana Luiza Velloso da Paz Matos

CE - SOCIEDADE CEARENSE
DE PEDIATRIA

Anamaria Cavalcante e Silva

DF - SOCIEDADE DE PEDIATRIA
DO DISTRITO FEDERAL

Renata Belém Pessoa de Melo Seixas

ES - SOCIEDADE ESPIRITOSSANTENSE DE
PEDIATRIA

Carolina Strauss Estevez Gadelha

GO - SOCIEDADE GOIANA
DE PEDIATRIA

Valéria Granieri de Oliveira Araújo

MA - SOCIEDADE DE PUERICULTURA E
PEDIATRIA DO MARANHÃO

Maryneia Silva do Vale

MG - SOCIEDADE MINEIRA
DE PEDIATRIA

Márcia Gomes Penido Machado

MS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA
DO MATO GROSSO DO SUL

Carmen Lúcia de Almeida Santos

MT - SOCIEDADE MATOGROSSENSE
DE PEDIATRIA

Paula Helena de Almeida

Gattass Bumlai

PA - SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA

Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza

PB - SOCIEDADE PARAIBANA
DE PEDIATRIA

Maria do Socorro Ferreira Martins

PE - SOCIEDADE DE PEDIATRIA
DE PERNAMBUCO

Alexsandra Ferreira da Costa Coelho

PI - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUI

Ramon Nunes Santos

PR - SOCIEDADE PARANAENSE
DE PEDIATRIA

Victor Horácio de Souza Costa Junior

RJ - SOCIEDADE DE PEDIATRIA
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Cláudio Hoineff

RN - SOCIEDADE DE PEDIATRIA
DO RIO GRANDE DO NORTE

Manoel Reginaldo Rocha de Holanda

RO - SOCIEDADE DE PEDIATRIA
DE RONDÔNIA

Wilmerson Vieira da Silva

RR - SOCIEDADE RORAIMENSE
DE PEDIATRIA

Mareny Damasceno Pereira

RS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA
DO RIO GRANDE DO SUL

Sérgio Luis Amantéa

SC - SOCIEDADE CATARINENSE
DE PEDIATRIA

Nilza Maria Medeiros Perin

SE - SOCIEDADE SERGIPANA
DE PEDIATRIA

Ana Jovina Barreto Bispo

SP - SOCIEDADE DE PEDIATRIA
DE SÃO PAULO

Renata Dejtiar Waksman

TO - SOCIEDADE TOCANTINENSE
DE PEDIATRIA

Ana Mackartney de Souza Marinho

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

- Aleitamento Materno
- Alergia
- Bioética
- Cardiologia
- Dermatologia
- Emergência
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Genética Clínica
- Hematologia
- Hepatologia
- Imunizações
- Imunologia Clínica
- Infectologia
- Medicina da Dor e Cuidados Paliativos
- Medicina do Adolescente
- Medicina Intensiva Pediátrica
- Nefrologia
- Neonatologia
- Neurologia
- Nutrologia
- Oncologia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria Ambulatorial
- Ped. Desenvolvimento e Comportamento
- Pneumologia
- Prevenção e Enfrentamento das Causas Externas na Infância e Adolescência
- Reumatologia
- Saúde Escolar
- Sono
- Suporte Nutricional
- Toxicologia e Saúde Ambiental

GRUPOS DE TRABALHO

- Atividade física
- Cirurgia pediátrica
- Criança, adolescente e natureza
- Doença inflamatória intestinal
- Doenças raras
- Drogas e violência na adolescência
- Educação é Saúde
- Imunobiológicos em pediatria
- Metodologia científica
- Oftalmologia pediátrica
- Ortopedia pediátrica
- Pediatria e humanidades
- Políticas públicas para neonatologia
- Saúde mental
- Saúde digital



FUNDAÇÃO SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Diretoria e Conselhos 2022 - 2024

DIRETORIA EXECUTIVA

Diretor Presidente

Clóvis Francisco Constantino

Diretor Vice-Presidente

Edson Ferreira Liberal

Diretor Secretário

Ana Cristina Ribeiro Zollner

Diretor Tesoureiro

Paulo Tadeu Falanghe

Conselho Curador

Presidente

João Coriolano Rego Barros

José Hugo de Lins Pessoa

Reinaldo Ayer de Oliveira

José Luiz Setubal

Nelson Grisard

Katia Correia Lima

Mário Santoro Júnior

Sérgio Augusto Cabral

Gunnar Alexei Riediger

Gilnei Rodrigues

Tamara Lazarini

Conselho Fiscal

Sérgio Antônio Bastos Sarrubo

Cláudio Leone

Joel Alves Lamounier

Gilda Porta (suplente)

Maria Fernanda Branco de

Almeida (suplente)



PRONAP

Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria

Coordenadores

Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira

Tulio Konstantyner

Claudia Bezerra de Almeida

Conselho Editorial

Abelardo Bastos Pinto Junior

Alda Elizabeth B Iglesias Azevedo

Ana Cristina Ribeiro Zollner

Antonio Condino Neto

Carlos Augusto Mello da Silva

Clóvis Artur Almeida da Silva

Crésio de Aragão Dantas Alves

Cristina Helena Targa Ferreira

Denise Bousfield da Silva

Fabiola Isabel Suano de Souza

Gilda Porta

Gustavo Antonio Moreira

Herberto José Chong Neto

Jandreí Rogério Markus

Jorge Yussef Afiune

José Roberto Fioretto

Josefina Aparecida Pellegrini Braga

Licia Maria Oliveira Moreira

Liubiana Arantes de Souza

Luci Yara Pfeiffer

Magda Lahorgue Nunes

Marco Aurélio Palazzi Sáfadi

Maria de Fátima Bazhuni Pombo

Sant'anna

Nilzete Liberato Bresolin

Renata Cantisani di Francesco

Renato de Ávila Kfour

Rossiclei de Souza Pinheiro

Rubens Feferbaum

Salmo Raskin

Sérgio Luís Amantéa

Simone Brasil de Oliveira Iglesias

Tadeu Fernando Fernandes

Revisão Ortográfica e Gramatical

Jorge Alves de Lima

A Revista PRONAP é uma publicação da Fundação Sociedade Brasileira de Pediatria, Alameda Jaú, 1742 - cj. 51 - 5º andar - Jardim Paulista - São Paulo - SP - CEP 01420-002. A Revista PRONAP é distribuída aos participantes do Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria. As matérias publicadas terão seus direitos autorais resguardados pela Sociedade Brasileira de Pediatria, que em qualquer circunstância agirá como detentora dos mesmos.

Tiragem desta edição: 4.500 exemplares.

Produção e projeto gráfico de

Jotacê Desenhos Gráficos S/C Ltda.

Rua Dr. Cesário Mota Jr., 369 - 7º and.

CEP 01221-020 - São Paulo - SP.

PRONAP/SBP – SP

Fone: (0xx11) 3068-8595 - Fax: (0xx11) 3081-6892

e-mail: pronap@sbp.com.br ou fsbp@sbp.com.br

GERENCIAMENTO: SBP



Saudações

Prezados e prezadas colegas pediatras

Todos sabemos da importância do aleitamento materno no crescimento e desenvolvimento saudável de nossas crianças. Tal premissa é inquestionável. Assim, elaboramos este esclarecedor fascículo para atualização, sempre necessária, sobre o tema. Nosso Departamento Científico de Aleitamento Materno, sempre atento e requisitado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, oferece, nesta nova série do PRONAP, importantes subsídios para sua atualização e sua melhor e essencial assistência aos seus pacientes.

Com meus melhores cumprimentos.

Clóvis Francisco Constantino

Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria



Apresentação

Caros Colegas Pediatras!

Este ano, o PRONAP atinge a marca de 25 edições, assim comemoraremos a boda de prata com muito carinho, orgulho e ciência.

Agradecemos a confiança da comunidade pediátrica da Sociedade Brasileira de Pediatria, assim como todos os Departamentos Científicos, que são responsáveis pela alta qualidade técnico-científica dos temas escolhidos.

O primeiro fascículo será a respeito de Aleitamento Materno, sob organização e revisão técnica da Presidente do Departamento Científico - **Dra. Rossiclei de Souza Pinheiro**.

O pediatra deve sempre priorizar o binômio mãe/filho e a manutenção do aleitamento materno. Teremos 3 temas nesta edição comemorativa: Amamentação na primeira hora de vida; Abordagem do aleitamento materno em situações de dificuldade e Amamentação prolongada por mais de 2 anos.

Boa leitura!

Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira

Tulio Konstantyner

Cláudia Bezerra de Almeida

Coordenadores do PRONAP

Índice

Instruções	17
Amamentação na primeira hora de vida	19
Pré-teste	20
Introdução	22
Fisiologia da primeira hora de vida	23
Estágio 1: Grito	23
Estágio 2: Relaxamento	23
Estágio 3: Despertar	23
Estágio 4: Atividade	23
Estágio 5: Descanso	24
Estágio 6: Rastejamento	24
Estágio 7: Familiarização	24
Estágio 8: Amamentação	25
Estágio 9: Descanso	25
Avaliação do recém-nascido durante o contato pele a pele na sala de parto	26
Recomendações	26

Critérios neonatais de exclusão para contato pele a pele	26
Benefícios iniciais do contato imediato pele a pele após o nascimento para o neonato	27
Benefícios do contato pele a pele para a mãe	27
Considerações de segurança	28
Cuidados para implementação do protocolo da <i>golden hour</i>	28
Conclusão	28
Referências bibliográficas	29
Pós-teste	31

Abordagem do aleitamento materno em situações de dificuldade	33
Pré-teste	34
Introdução	36
Abordagem do aleitamento materno	36
Sinais que o bebê emite quando quer mamar antes de chorar	36
A sucção tem grande importância funcional	38
Coordenação da sucção, deglutição e respiração	38
Como reconhecer que pode-se trocar de mama durante uma mamada?	38
Posição	39
Pega	41
Fisiologia da produção de leite	43

Fluxo do leite	45
O papel do fator inibidor da lactação	45
Os primeiros dias pós-alta da maternidade	47
Mamadas em esquema de livre demanda	47
Duração da mamada	47
Intervalo entre as mamadas	48
Resumo para o pós-alta da maternidade:	49
Intervalos entre as mamadas	49
Orientação de esquema de livre demanda	49
Duração das mamadas	50
Situações de dificuldade na abordagem do aleitamento materno	53
Choro excessivo do bebê	53
Crise transitória da lactação	54
Duração das crises	54
Frequência das crises	54
Baixo ganho de peso nos primeiros dias de vida	55
Baixo ganho de peso na primeira consulta ambulatorial	56
Benefícios do aleitamento materno	57
Dor mamilar	57
Traumatismos mamilares	58
Obstrução de duto lactífero	58
Galactocele	59
Ingurgitamento mamário	59

Candidíase mamária	60
Fenômeno de Raynaud	61
Mastite	61
Abscesso mamário	63
Referências	63
Pós-teste	68

Amamentação prolongada por mais de dois anos 71

Pré-teste	72
Introdução	74
Evidências de vantagens do aleitamento materno por tempo de amamentação	75
1. Saúde da mulher que amamenta	75
2. Saúde da criança que é amamentada	77
3. Vantagens econômicas para o país	80
Epidemiologia	80
Como o pediatra pode auxiliar no aleitamento continuado?	81
Desmame	82
Considerações finais	83
Referências	83
Pós-teste	87

**Em caso de mudança de endereço comunique-se
imediatamente com a Secretaria do PRONAP.**

Secretaria do PRONAP

Alameda Jaú, 1742 - cj. 51 - 5º andar - Bairro: Jardim Paulista
CEP 01420-002 – São Paulo – SP

Fone: (0xx11) 3068-8595 – Fax: (0xx11) 3081-6892

E-mail: pronap@sbp.com.br ou fsbp@sbp.com.br

Home-Page: www.sbp.com.br – (Educação Médica Continuada)

Projeto Residente: Fone/Fax: (0xx31) 3241-1128

E-mail: projeto.residente@sbp.com.br

Instruções

Este é um módulo de auto-instrução, abordando temas vinculados à sua prática pediátrica do dia-a-dia. Cada tema é apresentado da seguinte forma:

- uma parte inicial, com testes e perguntas sobre o tema, para que você realize um pré-teste de seus conhecimentos;
- um texto sobre o tema, cujos pontos mais importantes estão grifados de modo a chamar sua atenção para eles;
- uma parte final, com testes e perguntas de conteúdo correspondente ao inicial, para que você faça nova auto-avaliação.

Para que o rendimento de seu estudo seja o melhor possível (afinal você está investindo seu precioso tempo nessa tarefa), siga rigorosamente estas instruções:

1. Responda o pré-teste antes de estudar o tema, pois assim você perceberá melhor seus pontos fracos sobre eles. Assinale a resposta no próprio pré-teste de maneira bem legível (ao terminar o estudo do tema você deverá voltar e rever o pré-teste).
2. Terminado o pré-teste, leia atentamente o texto base duas vezes: a primeira, de maneira corrida, sem interrupções, e a segunda, detendo-se com mais atenção nas partes destacadas e/ou que lhe parecem ser correspondentes ao que foi perguntado no pré-teste. Atenção, não volte a folhear o pré-teste antes de ter completado as duas leituras do texto.
3. Antes de rever o pré-teste responda ao pós-teste. É melhor que você o faça logo após terminar a leitura; seu aprendizado terá maior rendimento do que se você deixar para fazê-lo em uma ocasião posterior.
4. A seguir, compare as respostas dos dois testes (pré e pós), buscando, se necessário, a resposta certa no texto. Procure com calma, ela estará sempre presente no texto.
5. Estude de maneira completa apenas um tema de cada vez. Complete sempre todo o ciclo, do item 1 ao 4, antes de iniciar o estudo do tema seguinte. Não importa se você irá estudá-lo no mesmo dia ou não.
6. Lembrete importante: sempre que possível complete o ciclo de estudos, dos itens 1 a 4 de cada tema, de uma só vez, na mesma ocasião, procurando não interromper o tema e deixar parte de seu estudo para outro momento; deste modo o seu rendimento será maior.
7. Completando o tema, deixe passar alguns dias e retome seu estudo, relendo-o de maneira completa, pré e pós-testes inclusive, de forma a sedimentar seus conhecimentos e rever seus erros e acertos.
8. No número seguinte você receberá as respostas corretas para os testes dos temas do número anterior. Compare-as com as suas, do pré e pós-teste, pois esta é uma forma de reestudar o assunto e realizar a revisão de seus conhecimentos.

9. Caso, após esta correção final, persista alguma dúvida, tal como resposta dúbia ou, na sua opinião, incorreta, ou ainda se você encontrar partes dos textos confusas, etc., escreva-nos, explicando de maneira completa e detalhada qual a sua dúvida, fazendo com que possamos tentar esclarecê-la. Nosso endereço você já tem.

Observação Importante: o material é preparado para ser estudado individualmente. Recomendamos que não o utilize de modo coletivo antes de completar o ciclo de estudos de cada módulo. Se quiser fazê-lo, faça cópias e, depois de seu estudo individual, repita-o com outros colegas. Lembre-se de que, embora eles também estejam aprendendo, se não forem assinantes não farão a prova final e, portanto, não farão jus ao diploma de educação continuada.

Concentre-se, siga atentamente estas informações; temos certeza de que você terá um bom aproveitamento.

Bom estudo.



PRONAP-SBP
CICLO XXV - NÚMERO 1

TEMA 1

Amamentação na primeira hora de vida

Texto Base:
Rossiclei de Souza Pinheiro¹

¹ Pediatra com habilitação em Neonatologia SBP/AMB.
Doutora em Pediatria pela UNESP-Botucatu.
Professora adjunta de Saúde da Criança do Curso de Medicina do Departamento de Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Amazonas.
Membro do Programa de Reanimação Neonatal da SBP.
Presidente do Departamento Científico de Aleitamento Materno da SBP.

Questionário Pré-teste

Responda com o que sabe.

Não se preocupe em acertar tudo antes de estudar o texto.

Também não se preocupe com o tempo que levará para respondê-lo. Não é uma prova com duração definida.

O mais importante é identificar onde você tem maior dificuldade. Isto o ajudará no estudo do tema.

Assinale se as questões abaixo são verdadeiras (V) ou falsas (F):

01. Na primeira hora de vida, os profissionais de saúde devem avaliar o recém-nascido, pesar, medir e realizar procedimentos para prevenir doenças.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
02. O clampeamento oportuno do cordão umbilical deve ser realizado em pelo menos 60 segundos, se o recém-nascido apresentar boa vitalidade.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
03. Recém-nascidos de parto vaginal podem ser colocados imediatamente no contato pele a pele, mas os de cesáreo devem aguardar o final da cirurgia para ir ao colo materno.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
04. Se o bebê nasce com respiração regular e bom tônus muscular, ele deve ser colocado no contato pele a pele imediatamente, se a mãe assim desejar.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
05. O bebê que nasce a termo, com respiração regular, bom tônus muscular e boa vitalidade, geralmente mama imediatamente após o nascimento.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
06. A melhor forma de estimular a amamentação na hora do parto é colocar o bebê diretamente no seio materno para ajudar na pega.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]

-
07. No estágio inicial do nascimento, o recém-nascido apresenta excelente sucção e deglutição e consegue mamar na primeira meia hora de vida.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
08. Se após 30 minutos de vida o bebê não conseguir mamar no peito, poderão ser realizados os procedimentos de rotina na sala de parto.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
09. Se o bebê for prematuro tardio (maior ou igual a 34 semanas) e nascer com boa vitalidade, pode ir ao contato pele a pele, mas, se for prematuro extremo (menos de 28 semanas), deve ser levado à mesa de reanimação para estabilização.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
10. Durante o contato pele a pele, o profissional de saúde deve avaliar a vitalidade do recém-nascido continuamente, através da respiração regular, da frequência cardíaca > 100 bpm e da ausência de cianose ou palidez.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
11. Bebês que são colocados no contato pele a pele têm menor incidência de hipoglicemia neonatal, mas têm maior risco de hipotermia e demora para a estabilização cardiopulmonar.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
12. Recém-nascidos saudáveis que fazem contato pele a pele imediato e sustentado também demonstraram melhorias em curto e longo prazos na alimentação, como maior probabilidade de primeira amamentação bem-sucedida na alta hospitalar.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
13. Mães que vivem com HIV podem fazer contato pele a pele na sala de parto, mas não devem amamentar.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
14. O cansaço materno após um longo trabalho de parto ou os medicamentos administrados à mãe podem ser um fator de risco para acidentes.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
15. Todos os pais de recém-nascidos clinicamente estáveis devem ser encorajados a ter contato frequente e ininterrupto pele a pele com seus recém-nascidos enquanto estiverem no hospital e, inclusive, após a alta hospitalar.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
-

Amamentação na primeira hora de vida

INTRODUÇÃO

A “Hora de Ouro” engloba um conjunto de práticas baseadas em evidências que contribuem para a estabilização fisiológica da díade mãe-recém-nascido após o nascimento. Elementos importantes da Hora de Ouro incluem o clampeamento oportuno do cordão umbilical; o contato pele a pele, por pelo menos uma hora; a realização de avaliações do recém-nascido no tórax ou no abdome materno; a otimização de tarefas não urgentes (por exemplo: pesar o recém-nascido) por 60 minutos; e o início precoce da amamentação.

A *Golden Hour* contribui para a termorregulação neonatal, a diminuição dos níveis de estresse e a melhora do vínculo mãe-recém-nascido. A implementação dessas ações é associada ao aumento das taxas e da duração do aleitamento materno.

A teoria da Hora de Ouro originou-se com o trabalho do Dr. R. Adams Cowley, pesquisador de trauma, na década de 1960. Ele observou que o uso de protocolos padronizados de gerenciamento de emergências na primeira hora após um evento traumático melhorou significativamente os resultados de saúde e reduziu a mortalidade¹.

Esse conceito passou a ser aceito por outras especialidades, incluindo a obstetrícia e a pediatria. O protocolo da *Golden Hour* enfatiza o contato pele a pele – ou a colocação do recém-nascido (RN) seco e sem roupa diretamente no tórax ou no abdômen de sua mãe – logo após o nascimento, antes do clampeamento do cordão umbilical. O contato pele a pele tornou-se uma expectativa de cuidados para os recém-nascidos após o parto vaginal, mas muitas instituições também adotaram políticas para a implementação imediata ou precoce no contato pele a pele após o parto cesáreo. O contato pele a pele deve ser realizado segurando-se o RN despidido no peito nu da mãe ou do cuidador – geralmente em uma posição ereta².

Independentemente da via de parto, logo após a extração completa do produto conceptual do útero materno, se o RN $\geq$ 34 semanas começa a respirar ou a chorar e apresenta tônus muscular em flexão, considera-se que sua vitalidade está adequada, não importando o aspecto do líquido amniótico. Nesta condição, recomenda-se clampear o cordão no mínimo 60 segundos após o nascimento. Enquanto aguarda-se para clampear e cortar o cordão, o neonato pode ser posicionado no

abdome ou no tórax materno, tomando-se cuidado para evitar a perda da temperatura corporal com um campo aquecido, secando suavemente e estimulando o RN³.

FISIOLOGIA DA PRIMEIRA HORA DE VIDA

A primeira hora de vida após o nascimento evolui em 9 estágios instintivos, segundo a Dra. Ann-Marie Widstroms. Seu estudo evidenciou que, se um bebê fosse colocado pele a pele no peito da mãe imediatamente após o nascimento e deixado intacto enquanto ele passava pelos nove estágios de desenvolvimento em seu ritmo, a probabilidade de amamentação era maior⁴.

Em cada uma destas fases, há uma variedade de ações que o bebê pode demonstrar. O bebê pode fazer algumas ou todas essas ações:

ESTÁGIO 1: GRITO.

O grito do nascimento é um choro distinto e ocorre imediatamente após o nascimento, à medida que os pulmões vão se expandindo.

ESTÁGIO 2: RELAXAMENTO.

No segundo estágio, o bebê fica relaxado, não apresenta movimentos bucais e as mãos também estão relaxadas. Este estágio geralmente começa quando o grito de nascimento parou. O bebê deve ficar pele a pele com a mãe, coberto com campos aquecidos.

ESTÁGIO 3: DESPERTAR.

Esta fase começa cerca de 3 minutos após o nascimento. No terceiro estágio, o bebê desperta e apresenta pequenos impulsos de movimentos na cabeça e nos ombros. O RN pode abrir os olhos, mostrar atividade de boca e movimentar os membros.

ESTÁGIO 4: ATIVIDADE.

Esta fase começa cerca de 8 minutos após o nascimento. Durante esta fase, o RN começa a fazer movimentos de boca e sucção – aumentados à medida que o reflexo de busca se torna mais evidente. Durante a fase de atividade, o bebê pode manter os olhos abertos, olhar para o peito e salivar sobre a mãe; a boca vai se movendo de um lado para o outro sobre a pele, esfregando a bochecha contra o peito da mãe. Nesta fase, ele também leva as mãos à boca, projeta a língua, massageia o peito com ambas as mãos e exibe o reflexo de busca efetivo.

ESTÁGIO 5: DESCANSO.

Neste momento, após tanta atividade e esforço, o bebê pode descansar e dormir junto a mãe. Pode inclusive ter períodos de descanso e atividades ainda na primeira hora.

ESTÁGIO 6: RASTEJAMENTO.

Este estágio geralmente começa cerca de 35 minutos após o nascimento. O bebê se aproxima da mama durante essa fase, em curtos períodos de ação, com o objetivo de chegar à mama e ao mamilo. Não é necessário rastejar, mas ele pode saltar, deslizar e se empurrar para próximo da aréola e do mamilo, com reflexo de busca.

ESTÁGIO 7: FAMILIARIZAÇÃO.

Este estágio começa em torno de 45 minutos após o nascimento e pode persistir por 20 minutos ou mais. Nesta fase, o RN se familiariza com a mãe, lambendo o mamilo, tocando e massageando seu seio. Durante a familiarização, o bebê pode tocar o peito da mãe, massageando-o com a própria mão, pode lambe o peito e olhar para a mãe (*imprinting*); pode fazer sons solicitantes para chamar atenção da mãe, mover a mão da boca para o peito da mãe e olhar para outras pessoas que estão junto à mãe (Figura 1).

Figura 1. Familiarização - Estágio 7 de Ann-Marie Widstrom.



Fonte: termo de uso de imagem autorizado pela SPB.

ESTÁGIO 8: AMAMENTAÇÃO.

Essa experiência precoce de amamentar geralmente começa cerca de 1 hora após o nascimento. O oitavo estágio é a amamentação propriamente dita. Durante esta fase, o RN pega o mamilo e consegue sugar com avidez (Figura 2). Se a mãe tiver feito analgesia ou anestesia durante o trabalho de parto, pode precisar de mais tempo no contato pele a pele para conseguir amamentar, mas geralmente o bebê mantém boa sucção e deglutição por vários minutos.

Figura 2. Amamentação - Estágio 8 de Ann-Marie Widstrom.



Fonte: termo de uso de imagem autorizado pela SPB.

ESTÁGIO 9: DESCANSO.

O estágio final é o sono. O bebê e, às vezes, a mãe dormem um sono reparador. Os bebês geralmente adormecem cerca de 1 a 2 horas após o nascimento.

A pesquisa da Dra. Ann-Marie Widstroms sobre os 9 estágios instintivos enfatiza a importância crítica de NÃO forçar a criança ao peito, mas permitir que a criança prossiga através dos nove passos em seu próprio ritmo.

AVALIAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO DURANTE O CONTATO PELE A PELE NA SALA DE PARTO²⁻⁴

Avaliar se a respiração está regular e a frequência cardíaca está > 100 bpm, no colo da mãe. Se necessário, pode ser feito estímulo tátil rapidamente – não mais que duas vezes. Observar a cor do recém-nascido, valorizando os sinais de hipoxemia (cianose) ou palidez.

RECOMENDAÇÕES³⁻⁵

1. Todos os RN estáveis e vigorosos – nascidos por via vaginal ou por cesariana – devem ser colocados em contato imediato pele a pele pelo menos na primeira hora de vida ou até que a primeira amamentação esteja completa.
2. Todos os pais de RN clinicamente estáveis devem ser encorajados a ter contato frequente e ininterrupto pele a pele com seus RN enquanto estiverem no hospital e, inclusive, após a alta.
3. Considerações maternas específicas – que podem tornar necessário adiar, modificar ou rejeitar a Hora de Ouro – incluem: exaustão materna extrema, administração recente de opiáceos, resultando em sonolência materna ou alteração do nível de consciência, lacerações perineais que precisam de reparo extensivo, hemorragia pós-parto e outras emergências maternas.

CRITÉRIOS NEONATAIS DE EXCLUSÃO PARA CONTATO PELE A PELE³⁻⁷

1. Parto prematuro extremo, definido como bebês que nascem com menos de 28 semanas.
2. Bebês que nascem com menos de 34 semanas devem ser levados à mesa de reanimação neonatal para serem estabilizados.
3. Se o bebê nascer em apneia ou *gasping*, após os primeiros cuidados de Reanimação Neonatal, os pais devem ser estimulados a tocar o RN – mesmo dentro da incubadora de transporte e durante a hospitalização.

BENEFÍCIOS INICIAIS DO CONTATO IMEDIATO PELE A PELE APÓS O NASCIMENTO PARA O NEONATO⁸⁻¹³

1. Diminuição da incidência de hipoglicemia neonatal.
2. Melhor termorregulação e melhor estabilização cardiopulmonar.
3. Melhor sucção na mama e maior duração geral do aleitamento materno exclusivo.
4. Promove o cuidado centrado na família, melhora a satisfação e a confiança da mãe.
5. Proporciona experiência mais natural e senso de controle, assim como facilita o vínculo e o apego.
6. Quando o contato imediato pele a pele não pode ser facilitado com segurança, o contato precoce (dentro de 1 hora após o nascimento) tem resultados semelhantes.
7. RN saudáveis que tiveram contato imediato e sustentado apresentam melhorias em curto e longo prazos na alimentação – como maior probabilidade de a primeira amamentação ser bem-sucedida na alta hospitalar.

BENEFÍCIOS DO CONTATO PELE A PELE PARA A MÃE¹⁴⁻¹⁶

1. Quanto mais precoce e mais prolongado o contato pele a pele, este se associa positivamente com o aleitamento materno exclusivo e prolongado.
2. Redução dos sintomas de depressão e estresse fisiológico no período pós-parto.
3. Aumento dos sentimentos de vínculo e apego.
4. Melhor confiança na capacidade de amamentar.
5. Diminui o risco de hemorragia pós-parto.

Estudo recente comparou RN a termo nascidos por cesariana e colocados pele a pele em contato com seus pais com aqueles colocados em berços. Os RN com cuidados pele a pele com os pais apresentaram menor duração de choro, frequência cardíaca e temperatura mais estáveis e maiores durações de amamentação. Os pais que fizeram cuidados pele a pele para seus RN tiveram menores escores de ansiedade e depressão e maior realização de papéis¹⁴.

CONSIDERAÇÕES DE SEGURANÇA¹²

Embora existam muitos benefícios para o contato pele a pele, médicos, enfermeiros e familiares devem estar cientes dos riscos associados a essa prática, pois a segurança requer vigilância e colaboração entre a família e os profissionais de saúde. O cansaço materno após longo trabalho de parto ou os medicamentos administrados à mãe podem ser um fator de risco para acidentes. Os profissionais de saúde devem ser orientados a observar o contato pele a pele em ambiente de parto e onde fornecem cuidados pós-parto – inclusive na sala de cirurgia após o parto vaginal ou cesáreo. A observação atenta do recém-nascido durante o cuidado pele a pele é necessária para garantir a segurança: cada recém-nascido colocado pele a pele deve ficar sob observação contínua.

CUIDADOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DA *GOLDEN HOUR*¹²

O processo de implementação do protocolo inicia-se com a avaliação das políticas institucionais existentes e a realização de uma revisão da literatura atual. Ao atualizar ou criar um protocolo para a Hora de Ouro, a importância de todos os três principais componentes da Hora de Ouro – clampeamento oportuno do cordão, contato imediato e prolongado pele a pele e início precoce da amamentação – deve ser claramente observada.

O protocolo também deve especificar indicações médicas, como a sorologia materna positiva para HIV e HTLV 1 e 2, que contraindica a amamentação; ou a mãe com síndrome gripal em atividade, situação em que o contato pele a pele facilita a transmissão do vírus, porém não contraindica a amamentação. Estes fatores podem interferir na implementação, mas o sucesso do protocolo está diretamente ligado ao número de profissionais de saúde por paciente, cuja proporção apropriada garante níveis seguros para incentivar a amamentação e promover os cuidados de enfermagem.

CONCLUSÃO

O contato ininterrupto pele a pele deve ser encorajado pelo menos durante a primeira hora de vida após o nascimento e até que a primeira alimentação seja concluída. Se desejado, o contato pele a pele pode ser estendido e incorporado ao período pós-parto. As práticas de cuidados de rotina (por exemplo: pesagem, medição,

medicamentos) devem ser adiadas para que haja formação do vínculo. A educação deve se concentrar em benefícios de curto e longo prazos, posicionamento, tempo e segurança – e na importância de não limitar o contato pele a pele apenas à mãe, mas incluindo o acompanhante. Os pesquisadores recomendaram que as sessões durassem pelo menos 1 a 2 horas após o parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Jennifer L. Neczypor, Sharon L. Holley. Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour Crossref. DOI link: <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2017.10.011>
Published Print: 2017-12
02. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4
03. Sociedade Brasileira de Pediatria. Programa de Reanimação Neonatal [homepage na internet]. Recomendações para assistência ao recém-nascido > 34 semanas – Atualização 2. Mai 2022 [Cited jun 22]. Disponível em: www.sbp.com.br/reanimacao
04. Widstrom A-M, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, et al. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: A possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr* 2011;100(1):79–85
05. Simpson, Kathleen Rice RNC, CNS-BC, FAAN. MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing 47(1):p.59, January/February 2022. I DOI: 10.1097/NMC.0000000000000785
06. Morgan AS, Mendonça M, Thiele N, David AL. Management and outcomes of extreme preterm birth. *BMJ*. 2022 Jan 10;376:e055924. DOI: 10.1136/bmj-2021-055924. PMID: 35012942; PMCID: PMC8744861.
07. Croop, SEW, Thoyre SM, Aliaga, S et al. The Golden Hour: a quality improvement initiative for extremely premature infants in the neonatal intensive care unit. *J. Perinatol*. 2020;40(3):530-39. DOI: 10.1038/s41372-019-0545-0.
08. Brimdyr K, Cadwell K, Svensson K, Takahashi Y, Nissen E, Widström AM. The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. *Matern Child Nutr*. 2020 Oct;16(4):e13042. DOI: 10.1111/mcn.13042. Epub 2020 Jun 16. PMID: 32542966; PMCID: PMC7507317.

09. Hubbard JM, Gattman KR. Parent-Infant Skin-to-Skin Contact Following Birth: History, Benefits, and Challenges. *Neonatal Netw.* 2017 Mar 1;36(2):89-97. DOI: 10.1891/0730-0832.36.2.89. PMID: 28320495.
10. Agudelo et al. Randomized clinical trial of the effect of the onset time of skin-to-skin contact at birth, immediate compared to early, on the duration of breastfeeding in full term newborns. *International Breastfeeding Journal* (2021) 16:33. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00379-z>
11. Jeannette T. Crenshaw et al. Effects of Skin-to-Skin Care During Cesareans: A Quasi experimental Feasibility/Pilot Study. *Breastfeeding Medicine* Volume 14, Number 10, 2019 Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/bfm.2019.0202
12. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. Immediate and Sustained Skin-to-Skin Contact for Healthy Late Preterm and Term Newborns After Birth: AWHONN Practice Brief Number 14.
13. Neczypor JL, Holley SL. Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour. *Nurs Womens Health.* 2017 Dec;21(6):462-472. DOI: 10.1016/j.nwh.2017.10.011. PMID: 29223210.
14. Ayala A, Christensson K, Christensson E, Cavada G, Erlandsson K, Velandia M. Newborn infants who received skin-to-skin contact with fathers after Caesarean sections showed stable physiological patterns. *Acta Paediatr.* 2021 May;110(5):1461-1467. DOI: 10.1111/apa.15685. Epub 2021 Jan 5. PMID: 33403688; PMCID: PMC8246930.
15. Neonatal kangaroo care - What we know and how we can improve its practice: An evidence review: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1355184121001769> (acessado em 17 de fevereiro de 2023)
16. Kelly H. M. Cooijmans et al. Daily skin-to-skin contact in full-term infants and breastfeeding: Secondary outcomes from a randomized controlled trial. *Maternal and Child Nutrition.* Volume 18, Issue1. January 2022 e1324.

Questionário Pós-teste

Agora que você já estudou, responda com o que sabe.

Não volte ao pré-teste e nem utilize o texto antes de terminar a realização do pós-teste.

Após terminar o pós-teste compare-o com o pré-teste e, se necessário, solucione as dúvidas utilizando o texto.

Assinale se as questões abaixo são verdadeiras (V) ou falsas (F):

01. Na primeira hora de vida, os profissionais de saúde devem avaliar o recém-nascido, pesar, medir e realizar procedimentos para prevenir doenças.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]

02. O clampeamento oportuno do cordão umbilical deve ser realizado em pelo menos 60 segundos, se o recém-nascido apresentar boa vitalidade.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]

03. Recém-nascidos de parto vaginal podem ser colocados imediatamente no contato pele a pele, mas os de cesáreo devem aguardar o final da cirurgia para ir ao colo materno.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]

04. Se o bebê nasce com respiração regular e bom tônus muscular, ele deve ser colocado no contato pele a pele imediatamente, se a mãe assim desejar.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]

05. O bebê que nasce a termo, com respiração regular, bom tônus muscular e boa vitalidade, geralmente mama imediatamente após o nascimento.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]

06. A melhor forma de estimular a amamentação na hora do parto é colocar o bebê diretamente no seio materno para ajudar na pega.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]

07. No estágio inicial do nascimento, o recém-nascido apresenta excelente sucção e deglutição e consegue mamar na primeira meia hora de vida.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
08. Se após 30 minutos de vida o bebê não conseguir mamar no peito, poderão ser realizados os procedimentos de rotina na sala de parto.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
09. Se o bebê for prematuro tardio (maior ou igual a 34 semanas) e nascer com boa vitalidade, pode ir ao contato pele a pele, mas, se for prematuro extremo (menos de 28 semanas), deve ser levado à mesa de reanimação para estabilização.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
10. Durante o contato pele a pele, o profissional de saúde deve avaliar a vitalidade do recém-nascido continuamente, através da respiração regular, da frequência cardíaca > 100 bpm e da ausência de cianose ou palidez.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
11. Bebês que são colocados no contato pele a pele têm menor incidência de hipoglicemia neonatal, mas têm maior risco de hipotermia e demora para a estabilização cardiopulmonar.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
12. Recém-nascidos saudáveis que fazem contato pele a pele imediato e sustentado também demonstraram melhorias em curto e longo prazos na alimentação, como maior probabilidade de primeira amamentação bem-sucedida na alta hospitalar.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
13. Mães que vivem com HIV podem fazer contato pele a pele na sala de parto, mas não devem amamentar.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
14. O cansaço materno após um longo trabalho de parto ou os medicamentos administrados à mãe podem ser um fator de risco para acidentes.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
15. Todos os pais de recém-nascidos clinicamente estáveis devem ser encorajados a ter contato frequente e ininterrupto pele a pele com seus recém-nascidos enquanto estiverem no hospital e, inclusive, após a alta hospitalar.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]



PRONAP-SBP
CICLO XXV - NÚMERO 1

TEMA 2

Abordagem do aleitamento materno em situações de dificuldade

Texto Base:

Profa. Dra. Lélia Cardamone Gouvêa¹

Dra. Vanessa Macedo Silveira Fuck²

¹ Mestre e doutora em pediatria, professora de pediatria da Universidade de Santo Amaro e Secretária do Departamento de Aleitamento Materno da Sociedade Brasileira de Pediatria

² Gastroenterologista pediátrica.

Preceptora de residência médica de pediatria do Hospital Materno Infantil de Brasília.

Presidente do Departamento Científico de Aleitamento Materno da Sociedade de Pediatria do Distrito Federal (SPDF).

Membro do Departamento de Aleitamento Materno da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Questionário Pré-teste

Responda com o que sabe.

Não se preocupe em acertar tudo antes de estudar o texto.

Também não se preocupe com o tempo que levará para respondê-lo. Não é uma prova com duração definida.

O mais importante é identificar onde você tem maior dificuldade. Isto o ajudará no estudo do tema.

Assinale se as questões abaixo são verdadeiras (V) ou falsas (F):

01. As taxas de sucção-deglutição-respiração provavelmente mudam em resposta à mudança nas taxas de fluxo de leite durante a ejeção do leite.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
02. As proporções sucção-deglutição-respiração diferem entre sucção nutritiva e não nutritiva.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
03. Não existe a produção de dois tipos de leite materno durante a mamada, ou melhor, uma divisão categórica entre leite anterior ou posterior.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
04. É durante uma das crises transitórias da lactação, que a mãe, sem orientação adequada e achando que seu leite é insuficiente, inicia o desmame precoce.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
05. A crise transitória da lactação ocorre com frequência maior no primeiro trimestre e coincide com o rápido crescimento do lactente e o aumento da sua demanda por mamadas mais frequentes.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
06. Mamadas prolongadas prejudicam a ejeção do leite, cansando mãe e lactente.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
07. A oferta de ambas as mamas por mamada evita o ingurgitamento mamário e os traumatismos areolomamiliares.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]

-
08. A quantidade de gordura do leite pode variar entre a mama esquerda e a direita – nas diferentes mamadas e ao longo do dia – e, também, conforme os requerimentos nutricionais específicos de cada lactente.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
09. A dor mamilar é a principal causa de desmame precoce entre as mães que amamentam.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
10. Um acessório muito útil para o tratamento e a prevenção dos traumatismos mamilares é o intermediário de silicone.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
11. O ingurgitamento mamário com aréola túrgida pode ocasionar pega inadequada e traumas mamilares.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
12. O leite materno é estéril, portanto, nos casos de mastite, o bebê não pode mamar devido às bactérias presentes no leite infectado.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
13. O diagnóstico de candidíase mamária é realizado por meio de cultura do leite materno e só depois deve-se recomendar o tratamento.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
14. A disbiose mamária é um dos fatores predisponentes do quadro clínico de mastite bacteriana.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
15. O abscesso mamário é uma doença muito comum e deve ser suspensa a amamentação.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []

Abordagem do aleitamento materno em situações de dificuldade

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é considerado o modo ideal de alimentação para recém-nascidos e mães.¹ O leite humano muda ao longo da lactação, para se adequar perfeitamente às necessidades nutricionais e imunológicas do lactente.² Saber das inúmeras vantagens da amamentação nem sempre garante o sucesso da lactação. É preciso entender o manejo e superar as dificuldades iniciais.³

Para o aleitamento materno ser bem-sucedido, as mães precisam receber do profissional que as atende não só o incentivo, mas também a orientação de como solucionar as dificuldades da fase inicial da lactação – que é um período crítico, cujos obstáculos podem levar ao desmame precoce.⁴

Profissionais de saúde habilitados e confiantes, com orientações simples e precisas, poderão ajudar as mães a superarem as dificuldades da fase inicial e prosseguirem com o aleitamento materno exclusivo.^{4,5} Entendemos que a amamentação é um processo bilateral, de interação única e exclusiva entre mãe e filho – mesmo que essa mãe já tenha amamentado outros filhos. Na arte da amamentação, algumas recomendações técnicas precisam ser ensinadas às mães.⁵

ABORDAGEM DO ALEITAMENTO MATERNO

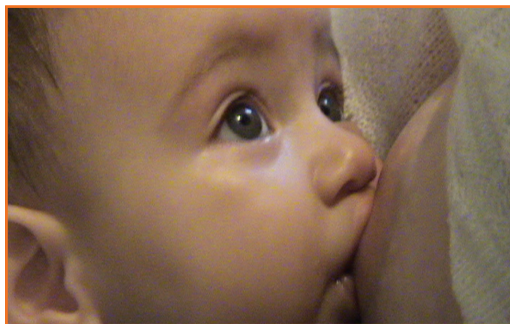
SINAIS QUE O BEBÊ EMITE QUANDO QUER MAMAR ANTES DE CHORAR

Alguns minutos antes de despertar, o bebê começa a dar sinais de que vai acordar e quer mamar. Ele movimenta a cabecinha de um lado para o outro, abre a boca, leva a mão ao rosto e à boca e se estica. A mãe assim alertada deve se preparar: lavar as mãos, acomodar-se numa posição confortável e se preparar para amamentá-

-lo, pois logo o bebê irá solicitá-la de forma inequívoca. Não devemos deixar o bebê chorar por muito tempo, pois, se estiver irritado, ele não conseguirá mamar. É preciso antes acalmá-lo, com aconchego e voz suave, para que ele mame. Desagasalhe um pouco o bebê, pois a mamada é a sua principal atividade motora. Tire o gorro, as luvas e deixe-o com menos roupa para que, mais ativo, mame melhor e possa despende o calor da atividade. Como fica corpo com corpo, a temperatura aumenta e pode ser o motivo de interrupção da mamada. Normalmente, pedimos que, antes das mamadas, a mãe observe como está a respiração do bebê e, se for necessário, desobstrua o nariz dele. Após a mamada, colocá-lo para arrotar e, a seguir, trocar e vestir novamente o bebê, que muitas vezes dorme em seguida.^{5,6}

O bebê deve estar calmo e desperto para mamar, embora às vezes demonstre certa ansiedade natural para começar a sugar. Ao observarmos uma mamada, analisando a postura corporal do bebê, notamos que, de início, ele fica ansioso, tenso, com as mãos fechadas. Tão logo o bebê consiga abocanhar e iniciar a sucção com eficiência, à medida que o leite começar a fluir mais facilmente (reflexo de ejeção), veremos que seu corpo fica mais relaxado, que suas mãozinhas se abrem e passam a tocar a pele da mama de sua mãe e que seus olhos se abrem e se fixam no rosto dela – este é um fator importante da interação mãe-filho e do fortalecimento do vínculo entre eles^{5,6} (Figura 1).

Figura 1 A) e B). “Olho no Olho” - Enquanto mama, o bebê olha no olho da mãe. Fortalece o vínculo.



Fonte: Arquivo pessoal –
Profa. Lélia Cardamone Gouvêa



Fonte: Arquivo pessoal –
Profa. Lélia Cardamone Gouvêa

A SUCÇÃO TEM GRANDE IMPORTÂNCIA FUNCIONAL

A sucção desencadeia uma série de mecanismos neuro-humorais, que têm, como consequência, a liberação do leite e a manutenção da diferenciação glandular essencial para a continuidade da lactação. Sabemos que a produção de leite é impulsionada pela interação do apetite do bebê, pela frequência e pela eficácia da remoção do leite. As mamadas seguem um ritmo de sucções ativas e eficientes, intercaladas por pausas para deglutir e respirar. Assim, a aréola deve estar macia para o bebê conseguir abocanhá-la com facilidade.⁶

O bebê, ao levar a língua para baixo, gera um vácuo, que atrai o mamilo e a aréola para dentro da boca, criando um lacre antes da sucção. Durante a sucção, o movimento da língua é semelhante ao de um pistão, que expande e comprime o mamilo uniformemente. Mover a língua para cima reduz a força do vácuo, comprime o mamilo e interrompe o fluxo de leite. O vácuo intraoral é importante para a remoção do leite, mas, se excessivo, pode ocasionar dor nos mamilos – que é uma queixa frequente, principalmente no início da amamentação.⁷

COORDENAÇÃO DA SUCÇÃO, DEGLUTIÇÃO E RESPIRAÇÃO

Sugar é um reflexo motor inato e ocorre de forma coordenada: **sucção, deglutição e respiração**. A observação durante a mamada mostrou que a proporção de 2 sucções, 1 deglutição, 1 respiração não é uma constante e pode variar durante uma mamada – desde 1,1,1 até 12,1,4. Essas variações podem ser devido a padrões individuais de extração de leite e sugerem que os lactentes se adaptam às mudanças nas taxas de fluxo de leite durante a amamentação.⁷

A sucção pode ser classificada, de forma simplificada, em sucções nutritivas, quando há presença de fluido oral, e sucções não nutritivas, quando não há presença de fluido oral.⁸

Para os bebês prematuros, a sucção não nutritiva tem sido considerada benéfica, ao facilitar a mais breve transição da gavagem para a sucção nutritiva na mama.⁹

COMO RECONHECER QUE PODE-SE TROCAR DE MAMA DURANTE UMA MAMADA?

Durante a mamada, o bebê pode soltar a mama, ficar olhando para sua mãe e, em seguida, novamente continuar a mamada de forma ativa. Quando ele fizer pausas maiores entre as sucções e demonstrar não desejar retornar, deve-se colocá-lo para arrotar e oferecer a outra mama – nesta mesma mamada. Normalmente, ele suga mais um pouco e pode largar a mama, satisfeito ou dormindo.

É importante ressaltar que, em todas as mamadas, devem ser oferecidas as duas mamas.

A sucção não efetiva deve ser evitada, pois não extrai o leite e só fere a pele do mamilo. Assim, deve-se retirar o bebê da mama quando ele não estiver sugando ativamente e de forma eficiente.⁶

POSIÇÃO

A mãe deve procurar uma posição confortável, que não lhe cause dor nas costas ou desconforto, pois o bebê, nos primeiros meses, mama em intervalos mais curtos e o bem-estar da mãe se refletirá numa mamada melhor para o lactente. A mãe poderá dar de mamar sentada ou deitada, como for melhor para ambos; na maior parte dos casos, eles encontram intuitivamente a posição mais confortável.

Registros em pinturas antigas, quando a amamentação era a regra, mostram os bebês mamando sentados no colo de suas mães (Figura 3B). A posição sentada é mais fisiológica, dificultando o refluxo de leite e a maior ingestão de ar, que poderá agravar as cólicas (Figura 2). Muitas vezes, essas simples recomendações são suficientes para que a criança, estando mais bem posicionada, ajuste também a pega e sugue de forma mais eficiente, evitando, assim, os desagradáveis traumatismos mamilares e ingurgitamentos.^{5,6}

Figura 2. Bebê sentado no colo de sua mãe, de frente para a mama, barriga com barriga. Mãe apoiando o pescoço do bebê e as suas costas



Fonte: Arquivo pessoal – Profa. Lélia Cardamone Gouvêa

Para o início da amamentação bem-sucedida, é primordial que o profissional observe uma mamada e a auxilie, se necessário – conforme a técnica de aconselhamento, aumentando a autoconfiança materna. A dupla deve estar numa posição confortável e o bebê calmo.

O que precisamos então observar para qualquer uma das posições escolhidas:

- O bebê é que vai até a mama.
- O rosto do bebê deve estar de frente para a mama.
- O corpo do bebê deve estar próximo ao da mãe – “barriga com barriga”.
- Cabeça, cintura escapular e cintura pélvica devem estar alinhados. Se o corpo do bebê estiver distante do da mãe, a pega não será adequada. A cabeça do bebê ficando inclinada quando ele mama, pela acentuada flexão do pescoço para um dos lados, pode resultar em torcicolo posicional.^{6,7}

A criança sentada no colo da mãe, de frente para a mama, barriga com barriga, é uma posição que facilita o contato visual direto com a mãe. Nesta posição, o queixo fica colado na mama e o nariz livre, o que permite uma ventilação mais eficiente, com menor ingestão de ar, menos cólica e menor irritabilidade.^{5,6}

A boa relação entre a posição da cabeça e da boca do bebê com a mama materna ajuda a prevenir ou reduzir danos ao mamilo. A mãe, com uma das mãos, apoia o pescoço e a cabeça do bebê e, com a outra, oferece a mama – mão em “C” (Figura 3A e 3B).

A recomendação de mamadas em esquema de livre demanda significa o bebê mamar sempre que solicitar. Normalmente, no início da amamentação, os intervalos entre as mamadas são mais curtos, de uma hora e meia a duas horas, dia e noite. Isso é normal. Com o crescimento da criança e do seu estômago, ela irá espaçando naturalmente as mamadas para intervalos maiores.

Deve-se ofertar ambas as mamas em todas as mamadas, garantindo, desta forma, a retirada do peptídeo supressor e a continuidade da produção do leite evitando-se o engurgitamento mamário.

Alternância das mamas – a que foi a última oferecida na mamada anterior foi menos esvaziada e deve ser a primeira a ser oferecida na próxima mamada.

Mamadas prolongadas, com sucção não efetiva e pausas prolongadas, têm menor retirada de leite e poderão ferir a pele da junção areolomamilar.

Figura 3 A) e B). Bebê bem-posicionado, a mão da mãe que oferece a mama em “C”.



Fonte A: Arquivo pessoal –
Profa. Lélia Cardamone Gouvêa



Fonte B: Imagem retirada da internet -
<https://www.pinterest.co.uk/pin/669699407096510600/>
Posição correta, mão em “C” bebê em posição sentada
Pintor Bernardino Luini, pintor italiano renascentista
(1488-1522). “Maria a Amamentar”.

PEGA

Os reflexos orais do recém-nascido garantem sua alimentação e sobrevivência na fase inicial do desenvolvimento. O reflexo de procura é ativado mediante toque na bochecha e, principalmente, nos quatro pontos cardeais dos lábios, cuja função consiste em localizar o peito. O reflexo de sucção é desencadeado pelo toque da ponta da língua na papila palatina, sendo sua função a retirada do leite. A deglutição é acionada mediante o estímulo do leite na região posterior da língua, palato mole, faringe e epiglote.^{6,7,9,10}

O bebê saudável apresenta o reflexo de procura e, ao abrir a boca, a mãe deverá colocar toda a aréola ou a maior parte desta dentro da boca do bebê, formando um lacre perfeito entre as estruturas orais e mama. Para que o bebê consiga abocanhar bem a aréola mamária, é preciso que ela esteja macia. Assim, se a mãe notar que a aréola está túrgida, firme, pode fazer uma pequena expressão manual de leite, para torná-la macia, conseguir comprimi-la e colocá-la na boca do bebê (Figura 4). Se a aréola estiver muito cheia, ela vai escapar da boca do bebê e ele irá comprimir e ferir a pele do mamilo, levando aos indesejáveis traumatismos mamilares, que comprometem a mamada, por causar dor na mãe, prejudicando a ejeção do leite e a sua ingestão pelo bebê.^{5,6}

Figura 4. Tornando a aréola macia para facilitar a pega



Fonte: Caderno de Atenção Básica, n.º 23

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf

Na formação do lacre perfeito (ou chamado vedamento labial), a parte anterior do lábio superior está apoiada na mama e a língua se apoia na gengiva inferior, curvando-se para cima (canolamento) em contato com a mama. A finalidade do bom vedamento (lacre) consiste na formação da pressão intraoral, gerada por movimentos da mandíbula associados a movimentos dos lábios e bochechas. A mãe deve observar se o lábio inferior do bebê fica virado para baixo, o queixo colado na mama e o seu nariz livre (Figura 5). Durante a sucção, a mãe pode ainda sentir o movimento rítmico de ordenha da língua do bebê. Desta forma, o mamilo e a maior parte da aréola, que deve estar macia para poder ser abocanhada pelo bebê, são deslocados para o interior da boca. Assim, o mamilo toca a região de transição entre o palato duro e o palato mole, otimizando a extração do leite e a deglutição.^{7,11,12}

A mandíbula realiza um ciclo de movimentos, iniciando com o abaixamento para a abertura da boca. Na sequência, ocorre a protrusão mandibular (anteriorização), que tem por objetivo alcançar a mama. Prosseguindo, a mandíbula se eleva para imprimir o fechamento da boca e a compressão da mama. Segue-se o movimento de retrusão (posteriorização) para a extração efetiva do leite. Esses movimentos mandibulares promovem estímulos importantes para o desenvolvimento osteogênico da articulação temporomandibular e, consequentemente, para o crescimento harmônico da face do bebê.¹¹⁻¹³

Sabemos que uma pega não está correta, quando a mãe refere sentir dor ou quando o lactente está com o vedamento labial inadequado e a mamada ocorre com emis-

são de ruídos. Neste caso, a mãe deve retirar a criança da mama e refazer a pega. O profissional que observar a mamada irá notar se a pega está correta. Lembrando que uma boa pega não deve doer!

Figura 5 A) e B). Bebê bem-posicionado. Vedamento labial. Lábio inferior evertido e superior apoiado na mama. Aréola macia possibilitando abocanhar, na pega, a maior parte da aréola mamária.



Fonte A e B: fotos utilizadas no folder do X Evento Comemorativo da Semana Mundial de Amamentação – Unisa (2008).

FISIOLOGIA DA PRODUÇÃO DE LEITE

A secreção láctea é um fenômeno dinâmico e complexo, no qual intervêm fatores neuroendócrinos e a estimulação mecânica produzida pela sucção.^{6,14} A epiderme da aréola e do mamilo e a pele ao redor são pobremente inervados; contudo, as porções profundas da derme e os elementos contidos nela, musculatura lisa e glândulas sudoríparas, são intensamente inervados. As aberturas dos dutos lactíferos, dentro da papila mamilar, são amplamente inervadas por fibras sensoriais.

A sucção do lactente estimula o mamilo e a aréola, conduzindo impulsos nervosos via aferente ao hipotálamo, deste à hipófise anterior, estimulando a produção de prolactina e, desta, a de leite, pelas células alveolares; portanto, quanto mais frequente for a sucção, maior será a produção de prolactina e, consequentemente, de leite.

A produção do leite humano ocorre em dois estágios: **secreção e ejeção**.

O primeiro estágio da secreção do leite envolve tanto a síntese dos componentes lácteos, como a passagem do produto formado para a luz alveolar. Na ejeção, ocorre a entrega do leite que foi produzido nos alvéolos, pela expressão destes alvéolos, durante a contração das células mioepiteliais, fazendo o leite seguir pelos dutos mamários até a boca do lactente.

O leite que sai no início da mamada contém maior teor de água e eletrólitos, sendo produzido por ação da prolactina entre as mamadas e liberado para os dutos por difusão passiva. O leite dos alvéolos mamários é liberado para os dutos por ação da ocitocina – quando ocorre a ejeção do leite pela contração das células mioepiteliais. Este leite ejetado tem maior teor de gordura e solutos; ao passar pelos dutos, se mistura com o leite inicial, dando um segundo sabor ao leite. O leite recebido a seguir, que foi ejetado com maior concentração de gordura e soluto, é denominado leite posterior e corresponde a dois terços da mamada. Não existe, ao longo da mamada, um estágio definido em que o leite materno sofra alterações em sua composição, passando de “leite anterior” para “leite posterior”. A maior quantidade de gordura identificada ao final da amamentação, quando comparada ao início da mamada, se deve ao fato de a gordura do leite produzido nos alvéolos se aglomerar, tendo aspecto mais viscoso e formando uma emulsão.

Durante o percurso do leite materno – que, com a ejeção, sai dos alvéolos para os dutos até atingir o mamilo –, os glóbulos de gordura do leite podem aderir às paredes dos dutos, ser deslocados e, posteriormente, removidos junto ao leite. Especialmente após a sucção do lactente e com o esvaziamento completo das mamas, a gordura atinge os dutos maiores e se homogeneiza ao restante do leite materno que está na mama – geralmente ao longo (ou ao final) da mamada. Não existe a produção de dois tipos de leite materno durante a mamada, ou melhor, uma divisão categórica entre leite anterior e posterior, com menos ou mais gorduras em sua composição.

A quantidade de gordura do leite pode variar entre a mama esquerda e a direita, nas diferentes mamadas e ao longo do dia – e, também, conforme os requerimentos nutricionais específicos de cada lactente.^{7,14}

Os recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo podem fazer, ao longo do dia, de 10 até 12 mamadas, com intervalos de uma hora e meia a duas horas – o que varia conforme a vitalidade e a força de sucção.¹⁵ Com o crescimento do lactente, o número de mamadas diárias diminui, uma vez que o lactente, a partir de seu crescimento físico, comporta maior volume gástrico e tem maior força para sucção do leite materno das mamas. Entre o terceiro e o quinto mês de vida, o lactente realiza em média de 6 a 8 mamadas diárias, sendo que o número de mamadas noturnas também diminui.¹⁶ A manutenção da produção do leite é, portanto, dependente da demanda do lactente por mamada. O apetite do lactente regula a taxa de produção de leite, desencadeando o reflexo hormonal.

FLUXO DO LEITE

Descreve Walshsaw (2010) que as crianças amamentadas por 10 minutos, em cada mama, retiram aproximadamente 85% do leite da primeira mama e 75% do leite da segunda mama, nos primeiros 5 minutos de cada mamada.¹⁷ A liberação do leite é bem mais lenta nas mamadas prolongadas.¹⁷

Os receptores nervosos do mamilo são de adaptação rápida e sensíveis ao alongamento, rítmico e intermitente, da sucção normal, promovendo um padrão eficaz de estimulação neuronal. Durante a mamada, o bebê combina sucção rápida e pausa em resposta ao fluxo de leite. Quando o fluxo de leite ejetado é intenso, nos primeiros minutos da mamada, observa-se a sucção mais lenta, com deglutição frequente e pausas mais curtas. A pressão negativa é liberada de forma intermitente. Algumas vezes, no início da mamada, observamos episódios esporádicos de engasgos do bebê, quando, então, ele larga a mama e podemos notar a ejeção do leite. No final da mamada de curta duração e durante as mamadas prolongadas, o fluxo de leite é lento e observamos pausas mais longas, quando a alta pressão negativa é mantida entre as sucções. Nesses casos em que a pressão negativa é muito prolongada, o padrão de estimulação neuronal pode ser perdido, enviando apenas um fraco sinal ao hipotálamo. Logo, o padrão de estimulação neuronal é diferente nas mamadas prolongadas e curtas.

Walshaw (2010), baseada na fisiologia da lactação, afirma que a baixa frequência de estimulação da neuro-hipófise resulta em fluxo contínuo e baixo de liberação de ocitocina, perdendo o padrão pulsátil de liberação de ocitocina e causando somente contrações assíncronas e tetânicas das células mioepiteliais da mama. Estas contrações são ineficazes para trazer o leite, que está estocado profundamente na mama, para o mamilo (ejeção ineficaz); portanto, o bebê deve ficar na mama enquanto estiver em sucção ativa e eficaz.^{15,16,17,18}

A ocitocina atua nos receptores de membrana dos fibroblastos, os quais, em sua maioria, se internalizam após 5 a 10 minutos de estimulação e se tornam indisponíveis. Então, níveis baixos de ocitocina liberados de forma contínua nas mamadas prolongadas resultam em um fluxo anormal de leite ejetado.¹⁷ Mamadas curtas com intervalo entre elas podem ajudar a manter a função dos receptores de ocitocina. Na observação clínica, mamadas frequentes de curta duração levam a maior ganho de peso do que mamadas muito prolongadas.

O PAPEL DO FATOR INIBIDOR DA LACTAÇÃO

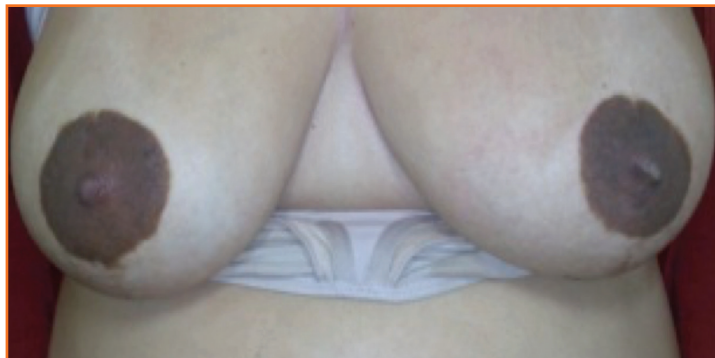
Quando as mamas não são adequadamente esvaziadas durante a mamada e o leite permanece acumulado nos alvéolos, o tecido glandular passa a sofrer ação de um mecanismo local que controla a sua produção. Este mecanismo local funciona como protetor do possível efeito danoso do acúmulo do leite na mama. É exercido por um

peptídeo denominado fator inibidor da lactação (FIL), o qual provoca a interrupção de leite, pois torna as células alveolares distorcidas e impede que a prolactina presente no tecido se una aos receptores de membrana, interrompendo, assim, o ciclo hormonal neuroendócrino. Ele também altera a morfologia do retículo endoplasmático das células mioepiteliais, tornando-as irregulares, vesiculadas e inchadas.¹⁷

O FIL exerce papel protetor contra o ingurgitamento mamário. É secretado pelas células epiteliais – exatamente onde ocorre sua ação inibitória. Sua ação ocorre quando o leite não é drenado, havendo acúmulo de FIL. O acúmulo de leite na mama, além de desencadear a ação inibitória da produção de leite pelo FIL, pode facilitar o ingurgitamento mamário e evoluir para mastite e suas complicações. Acontece geralmente pelo não esvaziamento da mama, como nos casos de: oferta de uma única mama por mamada; pular mamadas; amamentação com programação de horários rígidos; produção exacerbada de leite; uso de sutiã apertado; ou uso de conchas.

O acúmulo de leite nas mamas durante períodos prolongados pode gerar alterações na composição nutricional – com a diminuição dos níveis de lactose e potássio e aumento dos níveis de sódio e cloreto (que é um mecanismo de *feedback* local para evitar mastite). Porém, mesmo após drenagem da mama, esse leite permanecerá com sabor mais salgado durante aproximadamente uma semana, podendo levar o bebê a preferir sugar na mama que já vinha sendo mais esvaziada. Baseando-se na fisiologia da lactação, Walshaw (2010) recomenda que a técnica ideal é a oferta de ambas as mamas por mamada. Consideramos a importância de mamadas eficientes em esquema de livre demanda (Figura 6).

Figura 6. Oferta de ambas as mamas por mamada e a alternância de mamas. Após o lactente ter mamado na mama direita, vemos a diminuição do volume em relação à mama esquerda, que será ofertada nesta mesma mamada. Mesmo que o bebê mame um pequeno volume, será suficiente para retirar o FIL e garantir a continuidade da produção de leite. Na próxima mamada, deve-se iniciar pela mama que foi a última oferecida na mamada anterior.



Fonte: Arquivo pessoal Profa. Lélia Cardamone Gouvêa

OS PRIMEIROS DIAS PÓS-ALTA DA MATERNIDADE

A mãe retorna ao lar e enfrenta uma nova rotina: o choro do bebê, a demanda por mamadas frequentes, a cobrança familiar associada à sua instabilidade emocional pela mudança hormonal. Há ainda a sensibilidade aumentada do mamilo, que pode ser somada a uma pega inadequada, levando ao ferimento da pele e aos doloridos traumatismos.¹⁸

As contrações uterinas que ocorrem no início das mamadas, por ação da ocitocina, relacionam-se com a ejeção de leite; as cólicas em baixo ventre cessam com a regressão do tamanho uterino.

A apojadura, que é a descida do leite e sua maior produção, ocorre por ação hormonal e não está ainda controlada pela demanda do bebê na primeira semana pós-parto. A mãe percebe a descida do leite pelo aumento na sua produção, sente as mamas túrgidas e a desconfortável sensação do ingurgitamento mamário. Recomendamos que, neste período, em que a produção é maior que a demanda do bebê, a mãe extraia o volume de leite excedente após as mamadas e o armazene adequadamente – podendo doar a um banco de leite.^{5-7,14}

A próxima fase da lactação é a autócrina, ou seja, o controle da produção de leite ocorre na própria glândula mamária. Esta fase é também denominada de galactopoiese, na qual a produção do leite depende da demanda do lactente. É o apetite do lactente que regula a taxa de produção de leite, desencadeando o reflexo hormonal. A recomendação de mamadas, em esquema de livre demanda, baseia-se no fato de as mamadas ocorrerem conforme o apetite do bebê. Mamadas com intervalos de 1 hora e meia a 2 horas só indicam que o leite materno é facilmente digerido.¹⁴⁻¹⁷

MAMADAS EM ESQUEMA DE LIVRE DEMANDA

De forma genérica, um lactente ativo é capaz de esvaziar rapidamente a mama em até 5 minutos de sucção eficiente, sendo que uma mamada normalmente pode variar entre 10 e 20 minutos. O tempo de cada mamada depende não só da característica da criança, mas da interação mãe-filho; assim, cada dupla tem seu ritmo próprio – o que explica a orientação de mamadas em esquema de livre demanda.^{17,18}

DURAÇÃO DA MAMADA

Cada criança é uma individualidade com suas próprias características e deve ser respeitada. Umas sugam mais rapidamente do que outras. Algumas interrompem a mamada, descansam, olham e voltam a mamar. Quando a criança está satisfeita, ela para de sugar e solta a mama. Outras crianças, já satisfeitas, adormecem na mama

e soltam-na facilmente. Essas, que adormecem sugando, mas ainda desejam mamar, quando se ameaça tirar a mama de sua boca, despertam e começam a sugar de forma mais eficiente.

Às vezes, é mesmo preciso retirá-las da mama, assim, as crianças despertam e choram – demonstrando que desejam continuar a mamada.^{5,7,15} A técnica para retirar o bebê da mama, na sucção ineficiente, consiste em colocar o dedo no canto da boca do bebê de forma a diminuir a pressão de compressão e poder, assim, liberar o mamilo e a aréola sem tracioná-los ou ferir a pele sensível.

Os bebês sonolentos, com esse estímulo, despertam e começam a sugar novamente, alternando períodos de sucção ativa e sono. Se estes bebês não forem estimulados, levarão um período maior para mamar, sugando pouco e cansando a mãe – podendo tornar a mamada uma situação de estresse e ansiedade materna e, conseqüentemente, acarretando o comprometimento do reflexo de ejeção. Mamadas prolongadas podem não ser efetivas, cansando também o bebê, que pode não ganhar bem peso, pois não retira leite suficiente. Essas mamadas prejudicam o reflexo de ejeção e ferem a pele do mamilo. Recomendamos desagasalhar o bebê e tocá-lo gentilmente com massagens nos pés ou nas costas, assim ficarão mais ativos e sugarão melhor.

Lembrando que a mãe não deve deixá-lo só sugando sem que a mamada seja eficiente.^{16,18}

INTERVALO ENTRE AS MAMADAS

A criança mama em intervalos curtos de tempo por algumas características próprias de seu desenvolvimento e do leite humano.

Nas primeiras semanas de vida, o tempo de esvaziamento gástrico com leite materno é aproximadamente de 1 hora e meia a 2 horas, enquanto o tempo de esvaziamento gástrico, com o leite artificial, é de 3 a 4 horas,^{15,16,18} causando a falsa impressão – para as mães que não são orientadas – de que seu leite possa não estar sendo suficiente.

Nas primeiras 6 a 8 semanas de vida, o bebê solicita mamadas a intervalos mais curtos, devido ao menor tempo de esvaziamento gástrico nas crianças alimentadas com leite humano. O leite materno contém fatores que aceleram o transporte e a digestão do conteúdo intrainestinal, permitindo, ao trato digestivo dos neonatos alimentados com leite humano, alcançar estado de interdigestão mais rápido do que nos neonatos alimentados com fórmula – o que garante a melhor absorção dos nutrientes pelo bebê. À medida que a criança vai crescendo, ela consegue sugar e extrair maior volume de leite nas mamadas e irá naturalmente espaçando o intervalo entre as mamadas.

RESUMO PARA O PÓS-ALTA DA MATERNIDADE:

Posição para mamar (Figura 7)

- Posição confortável para mãe e bebê.
- Bebê pouco agasalhado nas mamadas fica mais ativo e suga melhor!
- Sentado de frente para a mama, possibilita ver a mãe e assim interagirem – “olho no olho”.
- Barrigas da mãe e do bebê juntas.
- Queixo do bebê colado na mama e nariz livre.
- Lábio inferior evertido.
- Abocanhando toda a aréola mamária, se possível – quando esta for muito grande, abocanhar a maior parte ou toda a porção inferior.

Figura 7. Bebê bem-posicionado, de frente para a mama, pega correta abocanhando a aréola, nariz livre.



Fonte: Arquivo pessoal Profa. Dra. Lélia Cardamone Gouvêa

INTERVALOS ENTRE AS MAMADAS

ORIENTAÇÃO DE ESQUEMA DE LIVRE DEMANDA

No início, é de 1 hora e meia a 2 horas, dia e noite.

Com o crescimento da criança e do seu estômago, ela irá espaçando naturalmente as mamadas para intervalos maiores.

DURAÇÃO DAS MAMADAS

Duração das mamadas: variável com as características do bebê, desde que a mamada seja ativa.

As imagens a seguir foram retiradas da internet (Figuras 8-12). Retratam um período da história em que amamentar era a forma natural adotada de se alimentar os lactentes. Os pintores, ao reproduzirem em tela cenas em que observam as mães amamentando, retratam os bebês em posição confortável e fisiológica: posição sentada no colo de sua mãe, barriga com barriga, de frente para a mama, pouco agasalhados. Vemos que estão sentados do mesmo lado da mama que estão mamando e não deitados.

Na última figura (Figura 12), que remonta aos primórdios da história, vemos a representação de Ísis amamentando o deus Hórus sentado em seu colo, sem roupas. Ela apoia sua cabeça e oferece a mama com a outra mão em “C”.

Figura 8. Arte Bizantina: Madonna Kind lactans – pintor Martin Schongauer



Fonte: imagem retirada da internet : MARIA LACTANS': A VIRGEM E O MENINO COROADOS DE ANJOS, EM UMA JANELA - Martin Schongauer. Disponível em: http://www.malerei-meisterwerke.de/bilder_gross/jan-van-eyck-madonna-von-lucca-szene-maria-lactans-02949.html

Figura 9. Virgem e o menino – Leonardo Da Vinci (século XV)



Fonte: imagem retirada da internet. Disponível em: <https://amamentehes.wordpress.com/2011/07/26/obras-retratam-a-amamentacao/>

Figura 10. Mãe amamentando o filho bebê – Pintor Huguer Merle (1869)



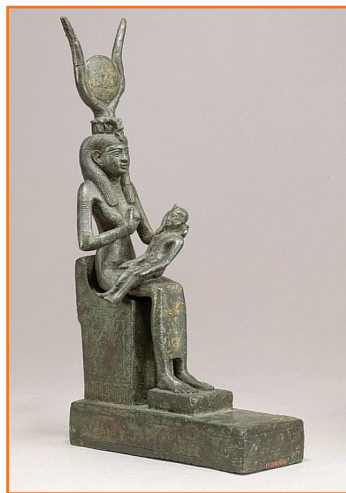
Fonte: Imagem retirada da internet. Disponível em: https://http2.mlstatic.com/me-amamentando-filho-beb-1869-pintor-merle-tela-repro-D_NQ_NP_21646-MLB20215138806_122014-F.jpg

Figura 11. Pinacoteca Ambrosiana (Milan Italy): Mary, Child, Saints – Luini Bernardino



Fonte: Imagem retirada da internet. Disponível em: https://br.images.search.yahoo.com/search/images;_ylt=AwrFRqg5WvtjbLozEITz6Qt.;_ylu=Y29sbwNiZjEEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Nj?p=maria+a+amamentar+de+bernardino+Luini&fr=mcafee#id=397&iurl=https%3A%2F%2Frender.fineartamerica.com%2Fimages%2Frendered%2Fdefault%2Fprint%2F6.250%2F8.000%2Fbreak%2Fimages%2Fartworkimages%2Fmedium%2F1%2Fthe-sleeping-christ-bernardino-luini.jpg&action=click

Figura 12. Egito – primeiros registros após 2.500 a.C.: Ísis amamentando o deus Hórus



Fonte: A Ísis alexandrina: tradição versus adaptação nas antigas dinâmicas culturais mediterrânicas. IN: João Luís Cardoso e José das Candeias Sales (eds), *In Memoriam. Estudos de homenagem a Antônio Augusto Tavares*, Lisboa, Universidade Aberta, 2018, pp. 75-8F8 - ISBN: 978-972-674-815-1. Disponível em: <https://greciantiga.org/limq.asp?num=0119>.

SITUAÇÕES DE DIFICULDADE NA ABORDAGEM DO ALEITAMENTO MATERNO

São situações que preocupam muito as mães e acabam levando ao desmame precoce: **o choro excessivo do bebê e as crises transitórias da lactação**. Muitas mães interpretam erroneamente essas situações como falha na produção de leite, sendo justificativa frequente afirmar que desmamou por ter pouco leite ou porque ele é fraco e insuficiente para seu filho. Profissionais de saúde habilitados, com orientações simples e precisas, poderão ajudá-las a superar as dificuldades da fase inicial e prosseguir com o aleitamento materno exclusivo e bem-sucedido.^{4,5}

CHORO EXCESSIVO DO BEBÊ

A mãe insegura – quanto à sua habilidade em amamentar de forma exclusiva – interpreta o choro como fome do bebê. Essa é uma das principais causas da introdução de outros líquidos, levando ao desmame precoce.

Na maioria das vezes, os casos de choro intenso não apresentam uma causa orgânica. Menos de 10% dos bebês que choram excessivamente apresentam uma causa orgânica, pois, além do choro, outros sintomas estão associados e devem ser investigados e tratados. As doenças mais comuns encontradas neste grupo são problemas digestivos, doença do refluxo, álcool que a mãe ingeriu na gravidez, choro de causa neurológica, traumas, doenças infecciosas, cardíacas, uso de drogas pela mãe, malformações, entre outras.¹⁹ É descrito que crises prolongadas de angústia e choro incontrolável são específicos dos primeiros meses – e vão se reduzindo progressivamente após o 5º mês de vida.¹⁹

Consideramos a adaptação e a interação do recém-nascido com a mãe importantes na vida extrauterina. A necessidade de segurança e a delicada sensibilidade do bebê possibilitam reconhecer sua mãe pelo olfato e pelos demais sentidos. O recém-nascido teve o seu primeiro contato com a mãe, na vida extrauterina, ao ser colocado sobre ela na sala de parto: a pele que o aqueceu, os braços que o envolveram e as mamas, onde as gotas do colostro, rico em imunizantes, foram recebidas pelo contato oral.

A dependência e a interação com sua mãe são muito fortes. A frequência cardíaca, o ritmo que ele conhece desde o útero, sua voz e as músicas que mais ouvia: tudo isso pode acalmar o bebê. Mas, a mãe deve receber da família e dos profissionais de saúde, ao invés de cobranças sobre o seu desempenho, o acolhimento, para se sentir apoiada e protegida, além de receber atenção e carinho. Ela vivencia muitas mudanças físicas, hormonais e emocionais. Quando a mãe está calma e confiante, vemos a rápida melhora dos episódios de choro intenso da criança. O colo da mãe e sua presença física podem acalmar e tranquilizar o bebê.

Nesta fase inicial de regresso da maternidade ao lar, os pais recebem muitas visitas e cada uma apresenta um estado emocional que pode afetar a mãe e seu bebê. Regular as visitas, deixar a mãe descansar, diminuir palpites que as tornem inseguras e receosas e ter no seu pediatra as informações que precisa são iniciativas que podem ajudá-la a prosseguir com sucesso o aleitamento materno.

CRISE TRANSITÓRIA DA LACTAÇÃO

É um período crítico da lactação, muito bem descrito por Verronen (1982) e que acompanha o estirão de crescimento do bebê.²¹

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

Essa é considerada a situação de maior dificuldade entre as mães que amamentam. Se elas não forem adequadamente esclarecidas e orientadas sobre o fato de ser esse período crítico relativamente comum e transitório, durante uma dessas crises, elas acabarão introduzindo outro leite e iniciando o desmame.

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

DURAÇÃO DAS CRISES

Em 98% dos casos, essa crise dura menos de uma semana, em média 3 dias. É durante um destes períodos que se inicia o desmame.

FREQUÊNCIA DAS CRISES

Essas crises são mais frequentes nas primeiras 12 semanas de lactação (75%) e vão diminuindo da 13ª a 24ª semanas (23%).²¹

Quando as mães lactantes são orientadas e apoiadas, aproximadamente 80% delas superam a percepção de redução de leite e prosseguem com sucesso a amamentação exclusiva.²¹

BAIXO GANHO DE PESO NOS PRIMEIROS DIAS DE VIDA

É importante o conhecimento do profissional sobre o que é a perda de peso fisiológica para um recém-nascido a termo em alojamento conjunto. É esperado que os recém-nascidos percam peso em relação ao seu peso de nascimento nos primeiros dias de vida. Isso se deve à diurese fisiológica dos fluidos extracelulares e à eliminação de mecônio. Além disso, o volume de colostro produzido nos primeiros dias pela mãe é pequeno, podendo variar de 2 a 20 ml por mamada nos três primeiros dias. Sabemos que a capacidade gástrica do bebê é reduzida nos primeiros dias e vai aumentando progressivamente com o seu crescimento. É esperado que o recém-nascido receba um volume pequeno de leite materno nos primeiros dias após o nascimento – o que supre as suas necessidades. Fisiologicamente, o bebê foi preparado para esta fase, pois possui gordura marrom, importante para a sua termogênese.^{22,23}

Segundo revisão sistemática realizada por Rios-Leyvraz & Yao (2023), que incluiu estudos de todos os continentes, a ingestão média de leite materno para crianças de 0 a 35,9 meses foi de 670 ml por dia e 117 ml/kg por dia. A ingestão de leite materno aumentou rapidamente no primeiro mês (de 45 para 621 ml/dia), atingindo um platô entre 3 e 4 meses (logo abaixo de 750 ml/dia) e teve diminuição progressiva dos 4 aos 6 meses com a introdução de alimentos sólidos. Os pesquisadores constataram que a ingestão de leite materno foi influenciada pelo peso corporal do bebê, por meio de diferenças na força de sucção, assim como na frequência e na duração da sucção.²⁴

A alimentação com fórmula hospitalar para lactentes amamentados está associada à duração mais curta da amamentação. Apesar de haver diretrizes baseadas em evidências sobre quando a fórmula hospitalar é apropriada, muitos bebês recebem fórmula desnecessariamente durante a internação pós-parto. Boban & Zakarija-Grković (2016)²⁵, com o objetivo de investigar os motivos, as circunstâncias em que ocorrem a suplementação com fórmula hospitalar e se os motivos declarados são medicamente aceitáveis, realizaram estudo de coorte prospectivo com 342 duplas. Eles constataram que, durante as primeiras 48 horas e toda a internação, 49,5% e 62,8% dos lactentes, respectivamente, receberam suplementos, administrados em média 16,68 ± 18,6 horas após o parto. Em 94,1% dos lactentes suplementados, os recém-nascidos saudáveis receberam leite artificial. As razões maternas mais comuns para a suplementação foram “falta de leite” (49,8%), “bebê chorando” (35,5%), “cesariana” (11,5%), perda de peso do recém-nascido (10,6%) e mamilos doloridos (10,1%). De todas as razões dadas, somente 24,6% foram categorizadas como medicamente aceitáveis. Os autores recomendam melhor apoio para as mães, revisão das políticas hospitalares e treinamento da equipe hospitalar.

McCoy & Heggie (2020)²⁶ estimaram limites liberais e conservadores para a associação entre a alimentação com fórmula hospitalar e a duração da amamentação. Foram selecionados bebês amamentados que receberam fórmula – pareados com bebês amamentados exclusivamente (n= 5310). Uma segunda análise, mais conservadora

(n= 4836), foi ajustada para indicações médicas de suplementação. Os autores observaram que as razões de risco para o desmame aumentaram ao longo do tempo. A introdução da fórmula hospitalar para lactente foi associada ao desmame precoce, nos bebês expostos a ela, com aumento do risco para o desmame em 2,5 a 6 vezes no primeiro ano, comparado com os bebês amamentados exclusivamente. As estratégias sugeridas para reduzir a introdução da fórmula infantil hospitalar foram: a educação no pré-natal, o aconselhamento de colegas e da equipe hospitalar, a educação médica e o contato pele a pele.^{26,27}

BAIXO GANHO DE PESO NA PRIMEIRA CONSULTA AMBULATORIAL

Uma das causas para os profissionais suplementarem o aleitamento materno é considerar a não recuperação do peso de nascimento do recém-nascido, na consulta da primeira semana de vida.²³ Cada caso deve ser visto de forma individualizada: se houve demora para iniciar as mamadas efetivas, se a mãe ainda está com dificuldades na amamentação e se a perda de peso nos primeiros dias na maternidade foi maior do que o esperado – todos estes fatores devem ser analisados e ajustados antes de se iniciar uma suplementação. Recomenda-se agendar um retorno breve para reavaliação em 2 a 3 dias. A mãe deve sentir-se apoiada e segura, com a possibilidade de fazer um novo contato com o profissional, caso seja necessário, neste breve período.^{22,23}

A introdução precoce de suplemento pelo profissional irá confirmar para a mãe sua suspeita de que seu leite é insuficiente e fraco, pois foi necessário o pediatra suplementar as mamadas! Assim, inicia-se um processo gradual de desmame, pela menor produção de leite, naquelas que suplementaram as mamadas – ou pela preferência da mamadeira pelo lactente.^{22,23,26}

Segundo estudo preliminar publicado pela *Academy Breastfeeding Medicine* (ABM) *Clinical Protocol*, em 2017, envolvendo 160.000 recém-nascidos saudáveis em aleitamento materno exclusivo, a perda ponderal foi maior nos recém-nascidos de parto cesárea: mais de 10% com perda superior a 10% em 48 horas de vida e mais de 25% com perda superior a 10% em 72 horas de vida. Houve também um tempo médio necessário para atingir o peso de nascimento de 8,3 dias (7,7 a 8,9 dias), sendo que 97,5% deles atingiram o peso de nascimento com 21 dias de vida.²⁸

A recomendação de suplementação do leite materno deve ser utilizada quando as medidas iniciais de correção e ajuste da lactação tenham sido implementadas, mas sem sucesso. Mães que, por problemas de saúde, como uma grave depressão emocional ou por decisão pessoal, não desejam amamentar serão respeitadas na sua decisão, mas isto desde que sejam previamente informadas de todas as perdas para a saúde do seu filho e a própria saúde – tanto em curto, como médio e longo prazos.

BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO

Para a criança: menor risco de desenvolver enterocolite necrotizante, otite média, infecção de vias aéreas alta e baixa, asma na infância, diarreias, dermatite atópica, obesidade, doença celíaca, diabetes tipos 1 e 2, doença intestinal inflamatória (retocolite ulcerativa e doença de Crohn) e leucemia; melhor desenvolvimento cognitivo e teste de QI, melhor vínculo emocional, menor morbimortalidade, dentre outros.^{29,30}

Para a mãe: redução mais rápida do útero e da massa corporal, menor amenorria lactacional, mãe mais calma e confiante, menos depressão puerperal, menor incidência de câncer ginecológico, menor risco para osteoporose, doença de Alzheimer e doença cardiovascular, baixo risco de desenvolver síndrome metabólica, artrite reumatoide e esclerose múltipla.³⁰

DOR MAMILAR

Vários motivos podem levar ao desconforto durante a amamentação, ocasionando o desmame precoce; dentre eles, o principal e mais frequente é a dor mamilar.

Em uma revisão sistemática da literatura sobre a dor mamilar, verifica-se que os mamilos sensíveis e doloridos são frequentes em mais de 90% nos primeiros dias e que essa sensibilidade diminui entre o 7º e o 10º dia do pós-parto, sem nenhum tratamento.⁷ A má pega é a principal causa de remoção ineficiente de leite e esvaziamento inadequado das mamas e suas consequências indesejáveis. São resultado de condutas inadequadas e uso de acessórios dispensáveis, como, por exemplo: mamadas infrequentes, oferta de uma única mama por mamada, amamentação com horários pré-determinados, ausência de mamadas noturnas, ingurgitamento mamário, uso de intermediários ou bicos de silicone, conchas protetoras para amamentação, bicos artificiais, chupetas e mamadeiras.

A orientação primordial para tratamento dos problemas da mama consiste em um manejo adequado da pega, do posicionamento e do esvaziamento adequado da mama pelo bebê, por meio de uma sucção adequada. Atualmente, têm surgido terapêuticas diversas para auxiliar no tratamento dos traumatismos mamilares, como a laserterapia. Alguns trabalhos emergentes têm indicado eficácia da laserterapia de baixa potência, proporcionando alívio da dor.³¹

Entretanto, apenas a realização de laserterapia nas lesões mamárias não resolve o problema, de forma definitiva, se não for corrigida a causa base que levou à lesão – que é o manejo inadequado. Por isso, a importância da anamnese adequada da amamentação, com atendimento direcionado por meio das técnicas de aconselhamento em amamentação, levando em consideração o contexto social que o binômio mãe-filho está inserido.³²

Dentre os principais problemas relacionados à mama, que podem ocasionar o desmame precoce, estão traumas mamilares de difícil manejo, obstrução de dutos lactíferos, candidíase mamária, fenômeno de Raynaud, ingurgitamento mamário, mastite e abscesso. É fundamental que todo profissional de saúde que acolha o binômio mãe-bebê seja capaz de diagnosticar e orientar as condutas principais em cada caso individual.

TRAUMATISMOS MAMILARES

O traumatismo mamilar é uma das principais causas de dor ao amamentar. É ocasionado por posicionamento e/ou pega do bebê inadequados. Pode ser resultado de disfunções orais da criança, frênulo lingual curto ou sucção não nutritiva e prolongada. A aréola túrgida dificulta a pega e a boca do bebê escorrega para o mamilo, traumatizando-o. Se a mama não for esvaziada parcialmente até se tornar macia e possibilitar a pega correta, pode ocasionar o ingurgitamento mamário. O uso de chupetas, mamadeiras ou intermediários de silicone causam, no início da amamentação, a confusão de bicos, pois o bebê apresenta padrão de sucção diferente ao sugar a mama ou os bicos artificiais. Portanto, corrigir as técnicas de amamentação é fundamental para o tratamento e prevenção dos traumas mamilares.

Incentivar a amamentação em livre demanda é fundamental, pois a criança vai ao peito mais tranquila para mamar e com menos fome; por isso, é importante que a mãe reconheça os sinais que o bebê emite quando quer mamar antes de chorar.

Saber retirar o bebê da mama quando necessário, de maneira correta, utilizando o dedo mínimo da mãe, no canto da boca do bebê, também evita traumas, pois assim reduz a pressão negativa de sucção e não fere a pele da junção areolomamilar – local em que ocorrem os principais traumatismos. Para evitar lesões mamilares, é essencial manter a região areolomamilar sempre seca e arejada, evitando a fricção da área traumatizada com o sutiã ou a roupa, e evitar o uso de acessórios que abafem a região. Portanto, não é recomendado o uso de conchas de silicone, bicos intermediários ou absorventes de mama. Não é recomendado o uso de cremes ou pomadas sobre a lesão, pois podem tornar a pega mais escorregadia. O uso de práticas populares, como casca de banana ou repolho sobre as lesões, deve ser desencorajado – pelo risco de contaminação e de processos infecciosos.³³

OBSTRUÇÃO DE DUTO LACTÍFERO

Em algumas situações, pode ser observado um ponto obstrutivo esbranquiçado e doloroso na região mamilar devido à produção exagerada de leite ou ao esvaziamento inadequado, por intervalos longos, entre as mamadas, ao uso desnecessário de cremes nos mamilos, que podem obstruir os poros, ou à compressão da mama

por concha ou sutiã muito apertado. Na superfície do mamilo, pode aparecer uma “bolha mamilar”, que é causada por células inflamatórias que se propagam para a superfície mamilar. A recomendação é evitar furar a bolha, pois isso causará traumas e mais estreitamento luminal.³³

Também pode ser observada uma estase do leite em determinada área da mama, que forma um “caroço” à palpação, acompanhado de dor local, calor e eritema, mas sem a presença de febre alta ou sintomas sistêmicos. O ideal é manter a amamentação em livre demanda, com doação de leite materno excedente para os bancos de leite e com correção das técnicas de pega e posição da mamada.

GALACTOCELE

A galactocele consiste em uma massa firme palpável, semelhante a um cisto, que aumenta de volume rapidamente, devido a um estreitamento ductal que obstrui o fluxo e acumula leite em uma cavidade. O seu tamanho pode variar de 1 a 10 cm e pode diminuir de volume temporariamente – após a mamada e ao longo do dia.

Não apresenta sintomas sistêmicos associados, nem eritema, como no abscesso, mas pode ser desconfortável. A ultrassonografia pode ser útil por mostrar uma coleção de líquido cístico – simples ou loculado. Nos casos mais sintomáticos, pode ser necessária a aspiração guiada por imagem para alívio de sintomas.³³

INGURGITAMENTO MAMÁRIO

No período inicial de lactação, acontece um ingurgitamento fisiológico das mamas – também conhecido como apojadura. Porém, é uma entidade clínica diferente do ingurgitamento patológico. No ingurgitamento pós-parto fisiológico, observam-se dor mamária bilateral, firmeza e edema das mamas, em geral após 3 a 5 dias do parto, que resultam da ativação secretora da lactogênese II. Se esse ingurgitamento for tratado adequadamente, com amamentação em livre demanda, ele não irá progredir para condições patológicas – como mastite ou abscessos.

Uma vez estabelecida a lactação, a produção do leite passa a ser comandada pela demanda do lactente (controle autócrino). Mamadas em esquema de livre demanda, sem horários rígidos, mamadas noturnas e oferta de ambas as mamas por mamada garantem o fluxo do leite sem ocorrer estase.

Se esse leite permanecer em estase, pode adquirir um aspecto viscoso ou gelificado no interior dos dutos mamários, evoluindo para edema decorrente de congestão vascular e linfática. O ingurgitamento pode ocasionar distensão da aréola, com dor

intensa, áreas hiperemiadas e mal-estar. Com edema e distensão da aréola, há uma dificuldade de pega e extração do leite pelo bebê, o que pode ocasionar traumas mamilares e dor intensa.

Manter o aleitamento materno em livre demanda, com adequada orientação da pega e sucção, fazer massagens suaves na região ingurgitada, manter a mama sustentada e em posição anatômica são condutas que facilitam a drenagem do leite. Podem ser prescritos para a lactante, anti-inflamatórios ou analgésicos compatíveis com a amamentação. O uso criterioso de compressas frias pode ajudar na redução do edema, porém não devem ser utilizadas por mais de 15 minutos, porque podem causar efeito rebote de vasodilatação e aumentar ainda mais a produção láctea local. Nesses casos, não são indicadas compressas quentes pelo risco de queimadura e aumento da produção de leite por vasodilatação.³³

CANDIDÍASE MAMÁRIA

Em algumas situações, a nutriz pode apresentar sensação de ardência, prurido, fisgada e dor tipo queimação nos mamilos durante ou após a amamentação, assim como a pele do mamilo pode estar com a coloração rósea ou descamada. Este quadro clínico é compatível com a candidíase mamária, que tem como fatores predisponentes o histórico de candidíase genital materna, o uso recente de antibiótico ou corticoide pela mãe e os traumatismos mamilares persistentes que permaneceram abafados ou úmidos.

Orienta-se manter os mamilos secos e arejados, evitar uso de absorventes de mama ou conchas, além de fazer o tratamento antifúngico tópico simultâneo no mamilo materno e na mucosa oral do bebê, mesmo que sem lesões aparentes no bebê. Chupetas e mamadeiras são veículos importantes de recontaminação e devem ser evitados. Caso necessário, se não houver melhora dos sintomas após tratamento tópico, pode-se indicar tratamento antifúngico oral materno.

A infecção fúngica mamária deve ser diagnosticada corretamente e tratada, porque pode ser responsável por desmame, já que acarreta uma dor persistente e recorrente, de difícil manejo. O diagnóstico é constituído primordialmente pelos sintomas clínicos, baseando-se nas queixas subjetivas de dor e sensibilidade mamária, recorrentes e de difícil tratamento. A detecção da *Candida albicans* em exames laboratoriais no leite humano é muito difícil, porque a lactoferrina presente no leite materno tem um efeito inibitório sobre o crescimento do fungo, enquanto a cândida pode ser encontrada em *swab* de mamilo de mulheres assintomáticas (34%) e mesmo naquelas que não estão amamentando (18%), diminuindo a especificidade de exames laboratoriais para o diagnóstico.³⁴

Os diagnósticos diferenciais devem ser descartados, entre eles: fenômeno de Raynaud, pega incorreta que cause lesões mamilares e infecções bacterianas da

mama. Os traumatismos mamilares ocorrem nos primeiros dias de vida e tendem a se resolver com a correção das técnicas de amamentação. Se a dor persiste, mesmo após essas correções, e apresenta-se de forma insidiosa, pode-se pensar em candidíase mamária.

FENÔMENO DE RAYNAUD

Consiste em isquemia mamilar com vasoespasmos, em resposta à exposição ao frio, ao trauma mamilar ou à compressão anormal do mamilo na boca da criança, resultando em palidez mamilar e dor – mais comum depois das mamadas. Os espasmos e a hipocromia são breves, mas a dor pode persistir por 1 hora ou mais. Recomenda-se o uso de compressas mornas, que podem aliviar a dor. O manejo consiste em tratar a causa básica que está levando ao vasoespasmos no mamilo. Se a criança apresenta uma pega muito compressiva, podem ser orientados exercícios orais para relaxamento da mandíbula.³⁵

MASTITE

Acreditava-se antigamente que o leite humano era estéril em condições fisiológicas, porém os estudos têm demonstrado que as glândulas mamárias apresentam um ecossistema mucoso úmido, que sofre alterações durante a gestação e a lactação. A disponibilidade de muitos nutrientes e temperatura ideal para o crescimento bacteriano possibilitam a disseminação de bactérias formadoras de biofilme – como detectado em cepas de *Staphylococcus* isoladas do leite humano.³⁶

Evidências científicas recentes demonstram que a mastite abrange um espectro de condições decorrentes da inflamação ductal. Esta leva ao estreitamento ductal e à consequente congestão alveolar, que podem ser agravados pela superestimulação da produção de leite e ocasionar a mastite bacteriana aguda. Se não resolvida, pode desenvolver o abscesso mamário e causar o desmame precoce.³⁷

Mastite é um processo inflamatório da mama, resultante da estase do leite no ingurgitamento não tratado. Desenvolve-se em um cenário de disbiose mamária crônica, com presença de biofilmes bacterianos estreitando os lúmens ductais, que pode progredir para uma infecção bacteriana, comumente pelo *Staphylococcus aureus*.

A disbiose mamária consiste em um desequilíbrio entre espécies bacterianas que habitam o ecossistema da glândula mamária saudável na lactação, incluindo espécies potencialmente causadoras de mastite.³⁶ Segundo Patel (2017), o microbioma de amostras de leite de mulheres com mastite e controle saudáveis era distinto, com a diversidade diminuída nos casos de mastite.³⁷

Um dos fatores mais determinantes da disbiose mamária é o uso de antibiótico, sendo observado que lactobacilos e bifidobactérias são mais abundantes no leite de mulheres que não são tratadas com antibióticos durante a lactação ou a gestação.⁴⁰ Além do uso de antibiótico, outros fatores têm sido estudados como determinantes da disbiose da glândula mamária. Assim, ela pode ser ocasionada por interações complexas entre a genética materna, condições médicas, como obesidade materna, uso de probióticos pela mãe, idade gestacional, tipo de parto, hiperlactação e pela estase do leite.³³

Não apenas a disbiose mamária pode levar à mastite, como também fatores que favoreçam a estase do leite. Entre eles, destacam-se: mamadas de horários fixos, oferta de uma única mama por mamada, pular mamadas, falta de mamadas noturnas, não esvaziamento adequado das mamas, sucção débil da criança, uso de bicos, chupetas ou mamadeiras, traumatismos mamilares, obstrução de dutos ou ingurgitamento mamário não resolvidos, hiperlactação e desmame abrupto.

O quadro clínico é caracterizado por dor, hiperemia, calor e edema da área afetada, como uma celulite, com manifestações sistêmicas como mal-estar, febre alta, calafrios e mialgias. Geralmente, a mastite é unilateral, em uma região específica da mama, e pode se espalhar para diferentes quadrantes; por isso, é fundamental que um profissional médico avalie sintomas persistentes – como febre e taquicardia.

O componente mais importante do tratamento da mastite é o esvaziamento adequado da mama por meio da manutenção de amamentação em livre demanda, realização de massagem leve e extração manual apenas do leite excedente, sem hiperestimulação. É importante reforçar para a nutriz que é seguro continuar a amamentar a criança na mama afetada.³⁹ A mama é uma glândula dinâmica, que responde a estímulos hormonais diversos e requer uma inibição por retroalimentação para regular a produção de leite por meio do fator inibidor da lactação. Por isso, a superalimentação ou o bombeamento constantes podem perpetuar o ciclo de hiperlactação, com piora do edema e inflamação – não sendo recomendados.

Podem ser utilizados anti-inflamatórios não esteroides e analgésicos para aliviar os sintomas e minimizar o quadro inflamatório. Se houver edema importante, também podem ser aplicadas compressas frias, por curto período. Pode ocorrer diminuição da produção de leite, mas é possível aumentá-la posteriormente. Assim como nos casos de ingurgitamento mamário, deve-se evitar uso de compressas quentes pelo risco de vasodilatação e aumento da produção de leite; apesar de o calor local promover alívio temporário dos sintomas, existe o risco de queimaduras.³³

A antibioticoterapia está indicada na presença de sintomas sistêmicos e deve ser utilizada por pelo menos 10 dias, pois tratamentos mais curtos têm demonstrado alta incidência de recorrências. As principais opções terapêuticas são: cefalexina, amoxicilina ou amoxicilina + clavulanato. No caso de alergias a betalactâmicos,

está indicado o uso de esquemas com claritromicina ou clindamicina. É necessária a reavaliação do quadro clínico e da eficácia do tratamento em 48 horas, sempre investigando a presença de complicações como abscesso mamário.⁴²

ABSCESSO MAMÁRIO

O abscesso mamário é uma doença grave que pode evoluir rapidamente para infecção sistêmica e deve ser acompanhado diariamente pelo médico assistente. Deve-se avaliar a necessidade de internação e antibioticoterapia endovenosa em larga escala, além da realização de procedimento de esvaziamento do abscesso por meio de drenagem cirúrgica ou aspiração com agulha. É necessária a reavaliação constante para acompanhamento da evolução da infecção e da amamentação.

Pode haver formação de abscesso mamário em 5% dos casos,⁴³ quando há persistência de uma área bem delimitada, dolorosa, endurecida e avermelhada, mesmo após 48 horas do tratamento medicamentoso da mastite, com formação de uma coleção líquida palpável e sensação de flutuação. Nem sempre é possível confirmar apenas pelo exame clínico e, portanto, o exame de ultrassonografia é útil para confirmar a presença do abscesso.

Não há contraindicação para manter a amamentação em livre demanda na mama afetada ou na contralateral, apesar da presença de bactérias no leite materno. Deve-se reforçar a ideia de que o esvaziamento pleno da mama faz parte do tratamento do abscesso e todos os casos decorrentes de ingurgitamento mamário.

Muitas vezes, o abscesso mamário provoca o desmame precoce e a interrupção da amamentação; por isso, o ideal é a prevenção e o manejo adequado dos quadros de ingurgitamento, obstrução de duto e mastite, com massagem e ordenha adequados, manutenção da amamentação em livre demanda e orientação e reavaliação da nutriz.

REFERÊNCIAS

01. 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 Jan 30;387(10017):491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2. PMID: 26869576.
02. Italianer MF, Naninck EFG, Roelants JA, J. van der Horst GT, Reiss IKM B. van Goudoever J, Joosten KFM, Chaves I, Vermeulen MJ. Circadian Variation in Human Milk Composition, a Systematic Review. *Nutrients* 2020, 12, 2328; doi:10.3390/nu12082328.

03. Mosca F, Gianni ML. Human milk: composition and health benefits. *Pediatr Med Chir*. 2017 Jun 28;39(2):155. doi: 10.4081/pmc.2017.155. PMID: 28673076.
04. Venâncio S, et. al. Effective interventions for the promotion of breastfeeding and healthy complementary feeding in the context of Primary Health Care. *Rev. paul. pediatr*. 2023, 41:1-10.
05. Gouvêa LC. Consolidação do Aleitamento Materno. In: Segre CAM, Costa HPF, Lippi UG. *Perinatologia Fundamentos e Prática*. São Paulo: Sarvier, 3ª ed. 2015 p.703-713.
06. Gouvêa LC. Aleitamento materno. In: Oliveira, FLC. *Alimentação e Suplementação Medicamentosa*. Rio de Janeiro: Editora DOC.2018, p.26-37.
07. Geddes DT, Gridneva Z, Perrella SL, Mitoulas LR, Kent JC, Stinson LF, Lai CT, Sakalidis V, Twigger AJ, Hartmann PE. 25 Years of Research in Human Lactation: From Discovery to Translation. *Nutrients*. 2021 Aug 31;13(9):3071. doi: 10.3390/nu13093071. PMID: 34578947; PMCID: PMC8465002.
08. Batista CLC, Rodrigues VP, Ribeiro VS, Nascimento MDSB. Nutritive and non-nutritive sucking patterns associated with pacifier use and bottle-feeding in full-term infants. *Early Hum Dev*. 2019 May;132:18-23. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2019.03.007. Epub 2019 Mar 28. PMID: 30928831
09. Bu'Lock F, Woolridge MW, Baum JD. Development of co-ordination of sucking, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants. *Dev Med Child Neurol*. 1990 Aug;32(8):669-78. doi: 10.1111/j.1469-8749.1990.tb08427.x. PMID: 2210082.
10. Say B, Simsek GK, Canpolat FE, Oguz SS. Effects of Pacifier Use on Transition Time from Gavage to Breastfeeding in Preterm Infants: A Randomized Controlled Trial. *Breastfeed Med*. 2018 Jul/Aug;13(6):433-437.
11. Genna CW, Saperstein Y, Siegel SA, Laine AF, Elad D. Quantitative imaging of tongue kinematics during infant feeding and adult swallowing reveals highly conserved patterns. *Physiol Rep*. 2021 Feb;9(3):e14685. doi: 10.14814/phy2.14685. PMID: 33547883; PMCID: PMC7866619.
12. Woolridge MW. The 'anatomy' of infant sucking. *Midwifery*. 1986, Dec;2(4):164-71. doi: 10.1016/s0266-6138(86)80041-9. PMID: 3643397.
13. Sanches MT. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação [Clinical management of oral disorders in breastfeeding]. *J Pediatr (Rio J)*. 2004, Nov;80(5 Suppl):S155-62. Portuguese. doi: 10.2223/1249. PMID: 15583766.
14. Gouvêa L C, Robledo, HH, Almeida CB. Fisiologia da Lactação. In: Netto AA, Milanez HMBPM, Marba STM. *Perinatologia moderna: visão integrativa e sistêmica*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2022, p.149-152.

15. Gouvêa, LC. Amamentação em Situações especiais- Aspectos Clínicos. In Issler H, Robledo H, Teruya K, Bueno LS, Gouvêa LC, Mattar MJ, Santos RG, Calil VMLT, Quintal VS. O Aleitamento materno no Contexto Atual. Políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier, 2008, p. 371- 382.
16. Gouvêa LC. Aleitamento Materno. In: Pessoa JHL. Puericultura. Conquista da Saúde da Criança e Adolescente. São Paulo: Atheneu; 2013 p.231-54.
17. Walshaw CA. Are we getting the best from breastfeeding? *Acta Paediatr.* 2010;99(9):1292-1297.
18. Gouvêa,LC; Ricoy,T. Da prevenção às Técnicas de Aleitamento. In Leone,CR; Tronchin,DMR; Toma, E. Assistência Integrada ao Recém-Nascido 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2012.p.115-127.
19. Mattar MJG.;Teruya KM; Pringenzi AMC. Bebês que choram muito. In: Chencinski Y.M. Aleitamento Materno na era Moderna-Vencendo Desafios. São Paulo, Atheneu, 2021. p161-168.
20. Stuebe AM, Horton BJ, Chetwynd E, Watkins S, Grewen K, Meltzer-Brody S. Prevalence and risk factors for early, undesired weaning attributed to lactation dysfunction. *J Womens Health (Larchmt)*. 2014 May;23(5):404-12. doi: 10.1089/jwh.2013.4506. Epub 2014 Mar 21. PMID: 24655291; PMCID: PMC4011403.
21. Verronen P. Breast feeding: reasons for giving up and transient lactational crises. *Acta Paediatr.*1982;71:445-9.
22. Gouvêa LC. Amamentação em situações especiais. Aspectos clínicos. In: Issler H, Robledo H, Teruya K, Bueno LS, Gouvêa LC, Mattar MJ, et al. O aleitamento no contexto atual. Políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier; 2008. p.371-82.
23. Gouvêa LC.; Quintal VS. Desafios da Amamentação após alta da maternidade, Bebê que não ganha peso. In: Chencinski Y.M. Aleitamento Materno na era Moderna - Vencendo Desafios. São Paulo, Atheneu, 2021.p153-161.
24. Rios-Leyvraz M, Yao Q. The Volume of Breast Milk Intake in Infants and Young Children: A Systematic Review and Meta-analysis. *Breastfeed Med*. 2023 Feb 10. doi: 10.1089/bfm.2022.0281. PMID: 36763610.
25. Boban M, Zakarija-Grković I. In-Hospital Formula Supplementation of Healthy Newborns: Practices, Reasons, and Their Medical Justification. *Breastfeed Med*. 2016 Nov;11:448-454. doi: 10.1089/bfm.2016.0039. Epub 2016 Aug 22. PMID: 27548367.
26. McCoy MB, Heggie P. In-Hospital Formula Feeding and Breastfeeding Duration. *Pediatrics*. 2020 Jul;146(1):e20192946. doi: 10.1542/peds.2019-2946. Epub 2020 Jun 9. PMID: 3251816.

27. Uso abusivo de fórmula infantil na maternidade em recém-nascidos sadios a termo. Documento científico do Departamento de Aleitamento Materno da Sociedade Brasileira de Pediatria. No 5, agosto de 2020.
28. Kellams A, Harrel C, Omege S, Gregory C, Rosen-Carole C. ABM Clinical Protocol #3 Supplementary feeding the healthy term breastfeed neonate, revised 2017. *Breastfeed Med.* 2017 may; 12:188-198. doi: 10.1089/bfm.2017.29038.ajk. Epub 2017 15 de março. PMID: 28294631
29. Victora CG, Horta BL, de Mola CL, 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: e199–205.
30. Miolski J. Benefits of breastfeeding for mother and Child. Sanamed. Online First, February 2023.doi:10.5937/sanamed0-41390. 31. Coca, K. P., Marcacine, K. O., Gamba, M. A., Corrêa, L., Aranha, A. C. & Abrão, A. C. (2016). Pain Management Nursing, 17 (4), 281-289. doi: 10.1016/j.pmn.2016.05.003.31. Coca KP, Marcacine KO, Gamba MA, Corrêa L, Aranha AC, Abrão AC. 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), 281-289. doi:10.1016/j.pmn.2016.05.003.
32. Douglas P. Re-thinking lactation-related nipple pain and damage. *Women's Health (Lond).* 2022 Jan-Dec;18: 17455057221087865.
33. Mitchell KB, et al. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, *Breastfeed Med.* 2022 May; 17(5):360-376.
34. Pamela BD. Breast Pain: Engorgement, Nipple Pain, and Mastitis. *Clinical obstetrics and gynecology.* Volume 58, Number 4, 902–914. 2015.
35. Pamela B et al. ABM Clinical Protocol #26: Persistent Pain with Breastfeeding. *BREASTFEEDING MEDICINE.* Volume 11, Number 2, 2016.
36. Fernández L, Pannaraj PS, Rautava S, Rodríguez JM. The Microbiota of the Human Mammary Ecosystem. *Front Cell Infect Microbiol.* 2020 Nov 20;10:586667.
37. Mitchell KB, Johnson HM. Breast pathology that contributes to dysfunction of human lactation: A spotlight on nipple blebs. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 2020;25: 79–83.
38. Delgado S, Arroyo R, Martín R, Rodríguez JM. PCR-DGGE assessment of the bacterial diversity of breast milk in women with lactational infectious mastitis. *BMC Infect Dis.* 2008 Apr 18;8:51.
39. Patel SH, Vaidya YH, Patel RJ, Pandit RJ, Joshi CG, Kunjadiya AP. Culture independent assessment of human milk microbial community in lactational mastitis. *Sci. Rep.* 2017; 7, 7804.

40. Soto A, Martín V, Jiménez E, Mader I, Rodríguez JM, Fernández L. Lactobacilli and bifidobacteria in human breast milk: influence of antibiotherapy and other host and clinical factors. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2014; 59, 78–88.
41. Zakarija-Grkovic I, Stewart F. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;9:CD006946.
42. Crepinsek MA, Taylor EA, Michener K, et al. Interventions for preventing mastitis after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;9:CD007239.
43. Wilson, E.; Woodd, S.L.; Benova, L. Incidence of and Risk Factors for Lactational Mastitis: A Systematic Review. *J. Hum. Lact.* 2020, 36, 673–686.

Questionário Pós-teste

Agora que você já estudou, responda com o que sabe.

Não volte ao pré-teste e nem utilize o texto antes de terminar a realização do pós-teste.

Após terminar o pós-teste compare-o com o pré-teste e, se necessário, solucione as dúvidas utilizando o texto.

Assinale, nas afirmativas abaixo, se as mesmas são verdadeiras (V) ou falsas (F):

01. As taxas de sucção-deglutição-respiração provavelmente mudam em resposta à mudança nas taxas de fluxo de leite durante a ejeção do leite.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
02. As proporções sucção-deglutição-respiração diferem entre sucção nutritiva e não nutritiva.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
03. Não existe a produção de dois tipos de leite materno durante a mamada, ou melhor, uma divisão categórica entre leite anterior ou posterior.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
04. É durante uma das crises transitórias da lactação, que a mãe, sem orientação adequada e achando que seu leite é insuficiente, inicia o desmame precoce.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
05. A crise transitória da lactação ocorre com frequência maior no primeiro trimestre e coincide com o rápido crescimento do lactente e o aumento da sua demanda por mamadas mais frequentes.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
06. Mamadas prolongadas prejudicam a ejeção do leite, cansando mãe e lactente.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
07. A oferta de ambas as mamas por mamada evita o ingurgitamento mamário e os traumatismos areolomamilaes.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]

-
08. A quantidade de gordura do leite pode variar entre a mama esquerda e a direita – nas diferentes mamadas e ao longo do dia – e, também, conforme os requerimentos nutricionais específicos de cada lactente.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
09. A dor mamilar é a principal causa de desmame precoce entre as mães que amamentam.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
10. Um acessório muito útil para o tratamento e a prevenção dos traumatismos mamilares é o intermediário de silicone.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
11. O ingurgitamento mamário com aréola túrgida pode ocasionar pega inadequada e traumas mamilares.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
12. O leite materno é estéril, portanto, nos casos de mastite, o bebê não pode mamar devido às bactérias presentes no leite infectado.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
13. O diagnóstico de candidíase mamária é realizado por meio de cultura do leite materno e só depois deve-se recomendar o tratamento.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
14. A disbiose mamária é um dos fatores predisponentes do quadro clínico de mastite bacteriana.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
15. O abscesso mamário é uma doença muito comum e deve ser suspensa a amamentação.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []



PRONAP-SBP

CICLO XXV - NÚMERO 1

TEMA 3

Amamentação prolongada por mais de dois anos

Texto Base:

Leandro Meirelles Nunes¹

¹ Médico pediatra e neonatologista.

Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Preceptor da Residência médica em Pediatria e Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Membro do Departamento Científico de Aleitamento Materno da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Questionário Pré-teste

Responda com o que sabe.

Não se preocupe em acertar tudo antes de estudar o texto.

Também não se preocupe com o tempo que levará para respondê-lo. Não é uma prova com duração definida.

O mais importante é identificar onde você tem maior dificuldade. Isto o ajudará no estudo do tema.

Assinale, nas afirmativas abaixo, se as mesmas são verdadeiras (V) ou falsas (F):

01. O aleitamento materno (AM) deve se iniciar na primeira hora de vida, ainda em sala de parto, ser mantido nos primeiros 6 meses de vida de modo exclusivo e complementado até 1 ano de idade.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
02. Estudos evidenciam que a amamentação auxilia na melhora do diabetes gestacional no pós-parto imediato e diminui o risco de aparecimento de diabetes mellitus tipo 2 na mulher com o passar dos anos.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
03. Está bem estabelecido o efeito protetor do AM em relação ao aparecimento de neoplasias malignas de mama, ovário e colo do útero.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
04. Muitos dos benefícios da amamentação para a lactante são dose-dependentes, isto é, a mulher que amamenta por 2 anos, em tese, tem mais benefícios do que a mulher que amamenta por 12 meses.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
05. Os efeitos psicossociais benéficos da amamentação são vistos na criança, mas não nas mulheres que amamentam, pois os estudos não demonstram relação entre AM e doença de Alzheimer e esclerose múltipla.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
06. Crianças que foram amamentadas possuem menos problemas de deglutição, na articulação dos sons da fala, má oclusão dentária e menor chance de aparecimento de distoclusão na dentição decídua, desde que o período de AM não ultrapasse 12 meses.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]

-
07. O aleitamento materno está associado com menos episódios de doenças alérgicas nas crianças, tais como asma brônquica, dermatite atópica e alergias alimentares.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
08. As taxas de aleitamento materno continuado por 2 anos, em 2013, praticamente dobraram em relação à década de 1980.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
09. O efeito protetor contra o risco de câncer de mama, provavelmente, ocorre porque os maiores níveis de estrogênio durante o período de lactação reduzem as taxas de proliferação e diferenciação celular.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
10. O pediatra não deve incluir avós, em especial as maternas, quando for orientar o aleitamento materno para a lactante, pois sua presença pode causar distração na mulher que amamenta, além dos mitos e crenças que a avó traz que podem ser fatores negativos para a promoção do AM.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
11. O pediatra deve falar com os pais sobre desmame a partir da consulta de puericultura dos 12 meses, dando todas as orientações para que seja de forma gentil.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
12. O desmame abrupto pode ser causa de ingurgitamento mamário, com consequente estase do leite e possibilidade de desenvolver mastite, além de sentimentos de tristeza e/ou culpa pela perda da amamentação.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
13. A mulher e a criança sinalizam o momento em que estão prontas para iniciar o processo de desmame.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
14. O uso de fórmulas infantis está associado com taxas menores de aleitamento materno.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
15. Dentre os determinantes responsáveis pelas baixas taxas de aleitamento continuado, podemos citar a inserção da mulher no mercado de trabalho, as crenças e os mitos sobre a amamentação e a falta de apoio do pai da criança ou de outros familiares.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
-

Amamentação prolongada por mais de dois anos

INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o aleitamento materno (AM) deve iniciar na sala de parto, na primeira hora de vida, ser mantido na forma de aleitamento materno exclusivo (AME), nos primeiros seis meses de vida, e, após esse período, juntamente com a alimentação complementar saudável, deve ser mantido por, no mínimo, dois anos de idade¹.

E há tempo máximo para a amamentação ocorrer? Apesar de muitos profissionais ou pessoas leigas sugerirem a interrupção do AM em determinada idade, porque a criança já ingere outros alimentos, por possuir erupção dentária completa, por “estar grande” ou porque a mulher está em uma nova gestação, inexistente qualquer evidência de idade máxima para a interrupção da amamentação. A conduta mais adequada, inclusive, é que o desmame seja um processo natural para a mãe e a criança, sem limitantes de tempo. Os motivos para isso são apresentados a seguir.

Dettwyler tentou estimar qual é a idade natural para deixar de amamentar as crianças da espécie humana através de estudos comparativos do comportamento realizados em primatas não humanos, como gorilas e chimpanzés. O autor acredita que os seres humanos, os gorilas e os chimpanzés possuem o mesmo padrão básico para a atividade de amamentação e desmame por pertencerem à mesma ordem dos primatas, apesar de os seres humanos serem altamente influenciados pela cultura – a qual modifica seus hábitos e costumes. O autor observou, ainda, que, nos primatas não humanos, a idade de desmame ocorre quando a cria chega a um terço do peso do adulto ou o quádruplo do peso ao nascer e ocorre quando a cria apresenta a erupção dos primeiros molares ou quando atinge uma idade equivalente ao sêxtuplo da duração da gestação na espécie. Estes resultados permitiram a Dettwyler concluir que a idade para desmame no ser humano seria entre 2,5 e 7 anos de vida².

Outrossim, Kennedy, após uma revisão de estudos com foco antropológico, sugere que a duração do AM na espécie humana seja, em média, de dois a três anos – idade em que o desmame ocorre naturalmente por iniciativa da própria criança³. Todavia, poucas mulheres amamentam seus filhos por esse tempo e o desmame natural ainda é pouco praticado em nosso país. Estudos apontam como prováveis motivos uma série

de fatores, destacando-se as características sociodemográficas da lactante, a inserção da mulher no mercado de trabalho, as crenças e mitos sobre a amamentação, a falta de apoio do pai da criança ou de outros familiares, a questão do marketing por parte das empresas produtoras de substitutos do leite materno e as práticas hospitalares que não favoreçam o AM⁴⁻⁶.

Por outro lado, há evidências científicas robustas – e em abundância – demonstrando os benefícios (em médio e longo prazos) do AM para a saúde da criança, para a saúde da mulher, para a família e até para aspectos econômicos do país – os quais serão apresentados neste texto e demonstram a importância da promoção e da proteção do AM pelo tempo máximo em que ele for possível e do interesse da mulher e da criança.

EVIDÊNCIAS DE VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO POR TEMPO DE AMAMENTAÇÃO

1. SAÚDE DA MULHER QUE AMAMENTA

O diabetes melito gestacional (DMG) é uma condição de intolerância à glicose iniciada durante a gestação. Embora o DMG tenda a se resolver após o parto na maior parte das mulheres, outra parcela acaba progredindo em alguns anos para o aparecimento do diabetes melito tipo 2 (DM2)⁷. Nesse contexto, em mulheres com histórico de DMG, estudos associam a amamentação com a melhora no funcionamento das células beta-pancreáticas maternas no pós-parto em curto prazo, gerando níveis glicêmicos, de colesterol total e de colesterol LDL menores e níveis de colesterol HDL maiores⁸⁻¹⁰.

Shub e col. encontraram que, entre mulheres com ou sem DMG durante a gravidez, a amamentação exclusiva foi associada a concentrações menores de glicemia em jejum em 6 a 10 semanas pós-parto, após o ajuste para possíveis vieses de confusão⁸. Tarrant e col. conduziram revisão sistemática envolvendo 13 artigos que estudaram a influência da amamentação no estado glicêmico pós-parto e 8 que compararam os valores médios de glicose no sangue entre participantes amamentando e não amamentando. Dos 13 estudos que compararam o *status* glicêmico pós-parto, 9 observaram que a amamentação reduziu as taxas de intolerância à glicose. Em 8 dos estudos, houve valores médios de glicose no sangue; em 6, a glicose plasmática em jejum foi menor em participantes que amamentavam, com reduções variando de 3,7 a 7,4 mg/dL⁹.

Recente ensaio clínico randomizado avaliou se a amamentação durante o teste oral de tolerância à glicose (TOTG) afeta os resultados de glicose e insulina. Para isso,

foram recrutadas 20 mulheres com DMG prévia; cada mulher realizou dois TOTG nos primeiros 3 meses após o parto, amamentando o bebê em um e evitando a amamentação no outro. A glicose e a insulina foram mensuradas em quatro momentos. Nos TOTG com amamentação, foram observados valores mais elevados para as concentrações globais de glicose e insulina, picos de glicose e insulina e pontos individuais de glicose (aos 0, 30 e 60 minutos) e insulina (aos 0 e 60 minutos), mas sem diferenças aos 120 minutos¹⁰.

Alguns estudos sugerem que o benefício da amamentação na sensibilidade à insulina materna pode persistir ao longo do tempo. Dentre eles, Ley e col. avaliaram 4.372 mulheres estadunidenses com DM2 e história de DMG e observaram associação inversa entre a duração da lactação ao longo da vida e o risco de desenvolver DM2. Comparadas com não amamentação, as taxas de risco ajustadas foram significativamente menores dependendo da duração – com uma proporção de 0,73 (Intervalo de Confiança (IC) 95% 0,57 - 0,93) para uma duração cumulativa de amamentação superior a 24 meses¹¹.

Parece haver uma relação inversa dose-resposta entre a duração da amamentação e o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Estudo prospectivo com 139.681 mulheres – que relataram uma história de vida de mais de 12 meses de lactação – verificou que elas eram menos propensas a ter várias condições pós-menopáusicas, incluindo hipertensão (*odds ratio* [OR] 0,88, $p < 0,001$), hiperlipidemia (OR 0,81, $p < 0,001$) e doença cardiovascular (OR 0,91, $P = 0,008$) do que as mulheres que nunca amamentaram, mas não eram propensas a serem menos obesas. Quando ajustado para IMC (índice de massa corporal), foram observadas relações semelhantes. E mais: durante uma média de 7,9 anos de participação no estudo, mulheres com um único nascido vivo, mas que amamentaram por 7 a 12 meses, tiveram significativamente menor probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares (taxa de risco 0,72, IC95% 0,53-0,97) do que mulheres que nunca amamentaram¹².

Estudos têm apontado associação entre o tempo de amamentação e o consequente efeito protetor contra o risco de câncer de mama, provavelmente pelos seguintes mecanismos: os menores níveis de estrogênio durante o período de lactação reduzem as taxas de proliferação e diferenciação celular; enquanto a apoptose epitelial no final do período de amamentação auxilia na destruição de células de DNA danificadas, ajudando a diminuir a responsividade a mutações. Estima-se que o risco de câncer de mama pode ser reduzido em mais de 4% para cada ano de AM¹³.

Como o AME propicia ciclos anovulatórios, o fator protetor da amamentação contra neoplasias também abrange as neoplasias de ovário e de endométrio. Em comparação com a variável “nunca amamentar”, mulheres que amamentaram por qualquer período tiveram redução de risco em 22% para câncer de mama (OR 0,78; IC 95%, 0,74-0,82) e apresentaram, também, 30% menos risco de carcinoma ovariano (OR 0,70; IC 95%, 0,64–0,77)¹⁴. A amamentação também está associada à redução significativa no risco de câncer de endométrio (risco relativo (RR): 0,77; IC 95%,

0,62-0,96), sendo que cada mês de amamentação tem sido associado à redução de 2% de RR para câncer de endométrio (RR 0,98; IC 95%, 0,97-0,99)¹⁵.

A endometriose é uma doença ginecológica comum que afeta mais de 10% das mulheres em idade reprodutiva. Segundo Farland e col., a duração do AM total e exclusivo foi significativamente associada à diminuição do risco de endometriose, pois, para cada três meses adicionais de AM total por gravidez, as mulheres tiveram risco 8% menor de endometriose (*hazard ratio* (HR) 0,92; IC95% 0,90-0,94) e risco 14% menor para cada três meses adicionais de AME por gravidez (HR = 0,86; 0,81-0,90), sendo que as mulheres que amamentaram por três anos ou mais no total, ao longo de sua vida reprodutiva, tiveram risco 40% menor de endometriose em comparação com mulheres que nunca amamentaram (HR = 0,60; 0,50-0,72)¹⁶.

Metanálise com seis estudos, conduzida por Chen e col., demonstrou que a amamentação está associada a menor risco de aparecimento de artrite reumatoide entre mulheres que amamentam durante um mês a um ano (OR 0,783, 95% CI 0,641-0,957, $p = 0,015$) e por mais de 12 meses (OR 0,579, 95% CI 0,462-0,726, $p < 0,0005$)¹⁷.

Os efeitos biológicos e psicossociais da amamentação, como melhor regulação do estresse, podem exercer benefícios de longo prazo para a saúde cerebral da mãe. Uma amostra de conveniência de mulheres californianas com mais de 50 anos foi recrutada por dois ensaios clínicos e encontrou como resultados que mulheres que amamentaram apresentaram desempenho superior em vários testes cognitivos nos domínios de aprendizagem, recordação atrasada, funcionamento executivo e velocidade de processamento em comparação com as mulheres que não amamentaram, sugerindo que a amamentação pode ter um efeito protetor para a doença de Alzheimer, possivelmente pelos efeitos hormonais dos estrogênios nos receptores cerebrais e pela sensibilidade à insulina propiciada pelo AM¹⁸.

Com relação à esclerose múltipla, o risco de recaídas é significativamente menor durante o período de AME. Adicionalmente, mulheres que amamentaram por 15 meses ou mais apresentaram risco reduzido de esclerose múltipla em comparação com aquelas que amamentaram por quatro meses ou menos¹⁹.

2. SAÚDE DA CRIANÇA QUE É AMAMENTADA

Há inúmeras evidências disponíveis sobre os benefícios do AM na saúde da criança que é amamentada. O mais impactante, sem sombra de dúvida, é a expressiva redução da morbimortalidade infantil, ao se associar com menos episódios de diarreias, infecções respiratórias agudas e outras enfermidades infectocontagiosas. Desse modo, estima-se que o AM poderia prevenir 13% de todas as mortes por doenças evitáveis em crianças com idade inferior a 5 anos em todo o mundo. Segundo estudo de avaliação de risco, nos países em desenvolvimento, poderiam ser salvas 1,47 milhão

de vidas por ano se a recomendação do AME por 6 meses – complementado por 2 anos ou mais – fosse cumprida²⁰.

Nenhuma outra estratégia isolada alcança o impacto que a amamentação tem na redução das mortes de crianças menores de 5 anos. Tais dados fazem com que a promoção do AM seja a estratégia prioritária entre as medidas que a OMS preconiza para a redução da mortalidade infantil, seguida por imunizações, promoção da alimentação complementar saudável, saneamento básico e suplementação de vitamina A e zinco, entre outros¹.

A proteção do leite materno contra infecções deve-se aos diversos fatores imunológicos específicos e não específicos, presentes em sua constituição, que propiciam proteção ativa e passiva contra agentes infecciosos. Destacam-se imunoglobulinas, em especial a IgA; leucócitos; lisozima; lactoferrina; fator bífido; e oligossacarídeos – entre outros. Esses fatores, embora sua concentração possa modificar-se ao longo da lactação, são transferidos para a criança enquanto perdurar a amamentação²¹.

No que se refere aos benefícios que ultrapassam o período da amamentação propriamente dita, estudos sugerem que o AM está associado com menor chance de desenvolvimento de doenças alérgicas, tais como asma brônquica²², dermatite atópica e outros tipos de alergias²³; melhor desenvolvimento cognitivo, inclusive em adultos^{24,25}; melhor desenvolvimento craniofacial e motor-oral, com menor possibilidade de problemas na mastigação, deglutição, articulação dos sons da fala, má oclusão dentária e respiração; menor chance de aparecimento de distocclusão na dentição decídua²⁶⁻²⁸; e melhor qualidade na função mastigatória de pré-escolares²⁹. É importante salientar que os achados relatados de melhor desenvolvimento oral estão associados com períodos de AM iguais ou superiores a 12 meses.

Estudo com 2.021 díades mãe-filho de três coortes prospectivas de gravidez investigaram a associação entre a duração do AM e os desfechos de asma infantil durante o acompanhamento de crianças de 4 a 6 anos. Entre as mulheres, 45% relataram mais de 6 meses de amamentação e houve associação protetora dependente da duração ajustada de amamentação e resultados de asma infantil (por exemplo: razão de chance de asma atual IC95% 0,52 [0,31-0,87] por mais de 6 meses de AM, em comparação com menores de 2 meses)²².

Com relação ao efeito em longo prazo da amamentação no desenvolvimento intelectual da criança, um estudo de coorte realizado na cidade de Pelotas, RS, coletou, prospectivamente, informações sobre a duração do AM e do AM predominante em 5.914 crianças e comparou tais dados com resultados de testes para avaliação do quociente de inteligência (QI) de 3.493 participantes, aos 30 anos de idade, encontrando uma associação dose-resposta entre duração da amamentação, QI e nível de escolaridade. Na análise ajustada, que incluía 10 possíveis fatores de confusão no modelo, os participantes que foram amamentados por 12 meses ou mais

tiveram QI mais elevado (diferença de 3,76 pontos, IC95% 2,20-5,33), mais anos de escolaridade (0,91 ano, IC95% 0,42-1,40) e rendimento mensal mais elevado (R\$ 341, IC95% 93,8-588,3) quando comparados àqueles que foram amamentados por menos de 1 mês²⁵.

Além dessas associações, revisões sistemáticas e metanálises sugerem associação positiva entre maior duração do AM e menor risco de aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta, tais como diabetes melito tipo 1, DM2 e sobrepeso/obesidade³⁰.

Muitos dos benefícios da amamentação citados até aqui são gradiente-dependentes, o que significa dizer que, quanto maior a exposição da criança ao leite materno e ao ato da amamentação, maiores serão os benefícios²³.

O quadro 1 apresenta as principais vantagens que o AM prolongado proporciona para as crianças e para as mulheres que amamentam.

Quadro 1. Vantagens do aleitamento materno prolongado.

Vantagens para a mulher que amamenta	– Menor incidência de diabetes melito tipo 2; – Menor incidência de síndrome metabólica; – Proteção contra o aparecimento de câncer de mama, de ovário e corpo uterino; – Necessidade de doses menores de insulina para mães com diabetes prévio à gestação.
Vantagens para a criança	– Redução da morbimortalidade infantil; – Menor incidência de doenças infectocontagiosas; – Menor chance de doenças alérgicas, tais como asma brônquica, dermatite atópica – em crianças menores de 5 anos – e alergias alimentares; – Melhor desenvolvimento físico, cognitivo e em resultados em teste de avaliação do Quociente de Inteligência; – Melhor desenvolvimento craniofacial e motor-oral; – Menor chance de distoclusão na dentição decídua; – Melhor qualidade na mastigação de pré-escolares; – Associação com menor risco de aparecimento de doenças crônicas, tais como diabetes melito tipo 1, diabetes melito tipo 2 e sobrepeso/obesidade.

Fonte: adaptado de Nunes, LM³¹

3. VANTAGENS ECONÔMICAS PARA O PAÍS

O aumento de 10% das práticas de AME até 6 meses ou da amamentação continuada até 12 ou 24 meses tem o potencial de reduzir em pelo menos 1,8 milhão de dólares os custos anuais com tratamentos de doenças em crianças no Brasil. Se os índices atuais de AM subissem para 90%, a economia seria da ordem de 6 milhões de dólares^{32,33}. Além disso, as vantagens do AM prolongado sobre o QI devem repercutir diretamente no status econômico da nação, já que se estima que o aumento de dois pontos em testes de QI – valor inferior ao atribuído ao AM – pode acarretar em incremento de até 20% na renda familiar mensal de brasileiros²⁵.

EPIDEMIOLOGIA

Em nível global, o AM continuado é mais frequente nos países de baixa e média renda. Nesses países, a amamentação continuada por 12 meses e 24 meses é maior do que 90% e 60%, respectivamente; enquanto na maioria dos países de alta renda, menos de 20% das crianças são amamentadas até 12 meses²⁰.

Quando se analisa a progressão dos indicadores do AM continuado com o passar das décadas, em nosso país, fica evidente uma expansão do AM continuado por 12 meses, passando de 22,7% (em 1986) para praticamente duplicar (45%), em 2013. Já o AM continuado por 2 anos, que praticamente manteve-se inalterado entre 1986 e 2006 (um pouco abaixo de 25%), aumentou nos últimos anos, subindo para 32%, em 2013³⁴.

O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), realizado em 2019, é o último grande inquérito que se propôs a pesquisar os indicadores de AM em nível nacional e evidenciou uma mediana de AME de 3 meses e de AM de 16 meses. A prevalência de aleitamento materno continuado no segundo ano de vida (entre crianças de 12 a 23 meses de vida) foi de 43,6%, sendo maior na região Nordeste (51,8%), seguida das regiões Norte (49,1%) e Centro-Oeste (43,9%). As regiões Sudeste (38%) e Sul (37,8%) apresentaram as menores prevalências, sendo a prevalência da região Sul estatisticamente menor do que aquela da região Nordeste³⁵.

Apesar de haver ascensão dos indicadores com o passar das décadas, ainda são necessárias práticas e estratégias para alcançarmos aumentos ainda mais significativos nessas taxas. O papel do pediatra é central e de extrema importância nesse processo.

COMO O PEDIATRA PODE AUXILIAR NO ALEITAMENTO CONTINUADO?

Os pediatras geralmente são os médicos mais próximos às mães e suas famílias durante o período da amamentação. Devido à essa proximidade, à confiança conquistada e à influência que costumam exercer, é papel dos pediatras apoiar as mulheres e suas famílias para que o AM seja bem-sucedido – se esse for o desejo materno. Para isso, é preciso ter conhecimentos básicos em AM, adotar atitudes favoráveis a essa prática e possuir certas habilidades, em especial a habilidade de comunicação empática. A seguir, são apresentados alguns itens importantes para a promoção, a proteção e o apoio ao AM que podem nortear o trabalho dos pediatras nesse sentido²¹:

- Apreender que amamentar é muito mais do que alimentar a criança.
- Empreender habilidades de comunicação, tais como: sorrir, balançar afirmativamente a cabeça, tocar na mulher e/ou no bebê, quando apropriado; remover barreiras como mesas, papéis, computadores; usar linguagem simples, acessível; ouvir, dando espaço para a mulher/família falar, tirar dúvidas, mostrar seus sentimentos; demonstrar empatia; evitar palavras que soam como julgamentos; reconhecer e elogiar – como o esforço da mãe para amamentar, por exemplo; oferecer poucas informações em cada visita, as mais relevantes para o momento; fazer sugestões, em vez de dar ordens; conversar com as mães sobre as condições de saúde da criança, explicando os procedimentos e as condutas; e aceitar e respeitar os sentimentos e as opiniões das mães/famílias, sem, no entanto, precisar concordar ou discordar.
- Incluir, sempre que possível, os pais, os avós e outras pessoas significativas nas consultas, haja vista a influência que essas pessoas podem ter na alimentação das crianças, favorecendo ou dificultando o cumprimento da recomendação de amamentação exclusiva por 6 meses e continuada por 2 anos ou mais. É preciso dar espaço para que essas pessoas exponham suas experiências, crenças e sentimentos com relação à amamentação. Dessa forma, estarão mais bem preparadas para exercer influência positiva à lactante.
- Estimular a família a colaborar com a mãe nas tarefas de casa e cuidados com os outros filhos, para que a amamentação se dê com mais tranquilidade.
- Fornecer informações úteis e atualizadas, para que, em diversas circunstâncias – como, por exemplo, na decisão de oferecer ou não chupeta aos filhos e o tempo que pretendem amamentar –, as mulheres e suas famílias possam tomar decisões informadas, pesando os prós e os contras de suas opções.
- Orientar as mães e as famílias a não levarem para casa ou a não utilizarem produtos que possam prejudicar a amamentação, tais como leites industrializados e mamadeiras.
- Conhecer e respeitar os instrumentos de proteção legal da amamentação, tais como licença-maternidade, pausas para amamentar durante a jornada de trabalho

e a Lei nº 11.265/200642, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e produtos de puericultura correlatos (exemplo: chupetas e mamadeiras).

- Não prescrever, desnecessariamente, fórmulas infantis desde a maternidade e durante todo o processo de lactação.
- Não recomendar a introdução da alimentação complementar antes dos 6 meses de idade da criança.
- Não recomendar ou não sugerir o desmame enquanto a dupla mãe/bebê não estiver pronta.

Cabe apenas à mulher e seu bebê a decisão final de manter a amamentação até que ocorra o desmame natural ou interrompê-la antes disso. O pediatra pode, ouvindo as mães, ajudá-las na tomada de decisão e ajudar no difícil processo do desmame – se esse for o seu desejo ou sua necessidade.

DESMAME

O desmame acontece quando ocorre a introdução de alimentos de qualquer natureza na dieta da criança, a qual alimentava-se exclusivamente do leite materno. Sendo assim, esse processo inicia-se a partir do momento que ocorre a introdução de outras fontes de alimento concomitantemente ao AM e se encerra com a interrupção total da amamentação³⁶.

O desmame natural costuma ocorrer, em média, entre 2 e 4 anos de idade. A mãe tem participação ativa no processo, pois é ela quem identifica os sinais indicadores da maturidade da criança para o desmame, sugerindo passos e impondo limites de acordo com a fase que a criança está apresentando.

A orientação correta por parte dos profissionais de saúde propicia aos pais um ambiente de tranquilidade e segurança – indispensável para o processo de independência progressiva da criança.

Mais importantes do que a idade da criança, são os sinais indicativos de que a criança está apta para iniciar o processo do desmame. São alguns deles³⁷:

- Idade maior que um ano.
- Menor interesse em mamar.
- Boa aceitação da alimentação complementar.
- Mostra-se segura na relação com a mãe.
- Consola-se com outras formas, além do seio materno.

- Aceita limites quanto à amamentação em determinadas circunstâncias e locais.
- Por vezes, dorme sem mamar.
- Mostra pouca ansiedade quando encorajada a não mamar.
- Às vezes, prefere outras atividades com a mãe em vez de mamar.

O desmame abrupto deve sempre ser desestimulado, pois se relaciona a possíveis repercussões negativas para a criança, tais como sentimento de rejeição, insegurança e rebeldia. Para a mãe, pode ser causa de ingurgitamento mamário, com consequente estase do leite e possibilidade de desenvolver mastite, além de sentimentos de tristeza e/ou culpa pela perda da amamentação, podendo chegar a quadros depressivos²¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O AM deve ser encarado como um processo biopsicossocial, com várias particularidades e nuances a serem trabalhadas e, sem sombra de dúvida, deve ser entendido como essencial para a promoção e a prevenção de diversos desfechos na saúde das lactantes e das crianças.

Enquanto o desmame é um processo fisiológico para a maioria dos seres vivos, sendo condicionado por fatores genéticos e instintivos, na espécie humana ele é mais complexo, pois envolve ajustes nutricionais, microbiológicos e psicológicos. Dessa forma, o desmame pode ocorrer de forma muito particular para diferentes diades mãe-bebê. Indubitavelmente, quando a criança é desmamada antes de atingir a maturidade para tal, corre o risco de ter o seu desenvolvimento emocional afetado, sendo que ela fica privada de muitos benefícios que são dependentes do tempo de amamentação. Cabe aos pediatras promoverem, protegerem e apoiarem mães/ bebês/famílias a praticarem a amamentação continuada até o desmame natural – se assim for o seu desejo.

REFERÊNCIAS

01. World Health Organization. Health Topics. Breastfeeding. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/breastfeeding>. Acesso realizado em 21/02/2023.
02. Dettwyler KA. When to wean: biological versus cultural perspectives. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2004; 47(3):712–723.
03. Kennedy GE. From the ape's dilemma to the weanling's dilemma: early weaning and its evolutionary context. *J Hum Evol*. 2005;48:123–45.

04. Muelbert M, Giugliani ERJ. Factors associated with the maintenance of breastfeeding for 6, 12, and 24 months in adolescent mothers. *BMC Public Health*. 2018 May 31;18(1):675.
05. Scott J, Ahwong E, Devenish G, Ha D, Do L. Determinants of Continued Breastfeeding at 12 and 24 Months: Results of an Australian Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Oct 18;16(20):3980.
06. Vieira GO, de Oliveira Vieira T, da Cruz Martins C, de Santana Xavier Ramos M, Giugliani ERJ. Risk factors for and protective factors against breastfeeding interruption before 2 years: a birth cohort study. *BMC Pediatr*. 2021 Jul 9;21(1):310.
07. Doughty KN, Taylor SN. Barriers and benefits to breastfeeding with gestational diabetes. *Semin Perinatol*. 2021 Mar;45(2):151385.
08. Shub A, Miranda M, Georgiou HM, McCarthy EA, Lappas M. The effect of breastfeeding on postpartum glucose tolerance and lipid profiles in women with gestational diabetes mellitus. *Int Breastfeed J*. 2019;14:46.
09. Tarrant M, Chooniedass R, Fan HSL, Del Buono K, Masina S. Breastfeeding and Postpartum Glucose Regulation Among Women With Prior Gestational Diabetes: A Systematic Review. *J Hum Lact*. 2020 Nov;36(4):723-738.
10. Monroy G, Fernández C, Caballé T, Altimira L, Corcoy R. Breastfeeding effect on glucose tolerance assessment in women with previous gestational diabetes mellitus: A randomized controlled trial. *Diabet Med*. 2022 Nov;39(11):e14954.
11. Ley SH, Chavarro JE, Li M, Bao W, Hinkle SN, Wander PL, Rich-Edwards J, Olsen S, Vaag A, Damm P, Grunnet LG, Mills JL, Hu FB, Zhang C. Lactation Duration and Long-term Risk for Incident Type 2 Diabetes in Women With a History of Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2020 Apr;43(4):793-798.
12. Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM, Allison MA, Ness RB, Freiberg MS, Cauley JA. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol*. 2009 May;113(5):974-982.
13. Qiu R, Zhong Y, Hu M, Wu B. Breastfeeding and Reduced Risk of Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Comput Math Methods Med*. 2022 Jan 28;2022:8500910.
14. Sung HK, Ma SH, Choi JY, Hwang Y, Ahn C, Kim BG, Kim YM, Kim JW, Kang S, Kim J, Kim TJ, Yoo KY, Kang D, Park S. The Effect of Breastfeeding Duration and Parity on the Risk of Epithelial Ovarian Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Prev Med Public Health*. 2016 Nov;49(6):349-366.

15. Wang L, Li J, Shi Z. Association between Breastfeeding and Endometrial Cancer Risk: Evidence from a Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2015; 7(7):5697-5711.
16. Farland LV, Eliassen AH, Tamimi RM, Spiegelman D, Michels KB, Missmer SA. History of breastfeeding and risk of incident endometriosis: prospective cohort study. *BMJ*. 2017 Aug 29;358:j3778.
17. Chen H, Wang J, Zhou W, Yin H, Wang M. Breastfeeding and Risk of Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Metaanalysis. *J Rheumatol*. 2015 Sep;42(9):1563-9.
18. Fox M, Siddarth P, Oughli HA, Nguyen SA, Milillo MM, Aguilar Y, Ercoli L, Lavretsky H. Women who breastfeed exhibit cognitive benefits after age 50. *Evol Med Public Health*. 2021 Oct 1;9(1):322-331.
19. Portaccio E, Amato MP. Breastfeeding and post-partum relapses in multiple sclerosis patients. *Mult Scler*. 2019 Aug;25(9):1211-1216.
20. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10033):2089- 90.
21. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Aleitamento Materno. Aleitamento materno continuado versus desmame. Abril de 2017.
22. Wilson K, Gebretsadik T, Adgent MA, Loftus C, Karr C, Moore PE, Sathyanarayana S, Byington N, Barrett E, Bush N, Nguyen R, Hartman TJ, LeWinn KZ, Calvert A, Mason WA, Carroll KN. The association between duration of breastfeeding and childhood asthma outcomes. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2022 Aug;129(2):205-211.
23. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2007 Apr;(153):1-186.
24. Kamer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, et al. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(5):578-84. 13.
25. Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. 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.
26. Abate A, Cavagnetto D, Fama A, Maspero C, Farronato G. Relationship between Breastfeeding and Malocclusion: A Systematic Review of the Literature. *Nutrients*. 2020 Nov 30;12(12):3688.

27. Romero CC, Scavone-Junior H, Garib DG, Cotrim-Ferreira FA, Ferreira RI. Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. *J Appl Oral Sci.* 2011;19(2):161-8.
28. Silva FC, Giugliani ERJ, Pires SC. Duration of breastfeeding and distocclusion in the deciduous dentition. *Breastfeed Med.* 2012;7(6):464-8.
29. Pires SC, Giugliani ERJ, Silva FC. Influence of the duration of breastfeeding on quality of muscle function during mastication in preschoolers: a cohort study. *BMC Public Health.* 2012;12(1):934.
30. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(467):30-7.
31. Nunes, LM. Uso do leite humano em unidades de tratamento intensivo neonatais. In: Renato S. Procianny; Cléa Leone. (Org.). PRORN- Programa de Atualização em Neonatologia. 18ed. Porto Alegre: Secad/ Artmed, 2020, v. 1, p. 1-10.
32. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet.* 2016;387:491–504.
33. Baker P, Smith JP, Garde A, Grummer-Strawn LM, Wood B, Sen G, Hastings G, Pérez-Escamilla R, Ling CY, Rollins N, McCoy D; 2023 Lancet Breastfeeding Series Group. The political economy of infant and young child feeding: confronting corporate power, overcoming structural barriers, and accelerating progress. *Lancet.* 2023 Feb 11;401(10375):503-524.
34. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Rev Saude Publica.* 2017.
35. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (108 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 21/02/2023.
36. D'Auria E, Bergamini M, Staiano A, Banderali G, Pendergast E, Penagini F, Zuccotti GV, Peroni DG; Italian Society of Pediatrics. Baby-led weaning: what a systematic review of the literature adds on. *Ital J Pediatr.* 2018 May 3;44(1):49.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

Questionário Pós-teste

Agora que você já estudou, responda com o que sabe.

Não volte ao pré-teste e nem utilize o texto antes de terminar a realização do pós-teste.

Após terminar o pós-teste compare-o com o pré-teste e, se necessário, solucione as dúvidas utilizando o texto.

Assinale, nas afirmativas abaixo, se as mesmas são verdadeiras (V) ou falsas (F):

01. O aleitamento materno (AM) deve se iniciar na primeira hora de vida, ainda em sala de parto, ser mantido nos primeiros 6 meses de vida de modo exclusivo e complementado até 1 ano de idade.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
02. Estudos evidenciam que a amamentação auxilia na melhora do diabetes gestacional no pós-parto imediato e diminui o risco de aparecimento de diabetes mellitus tipo 2 na mulher com o passar dos anos.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
03. Está bem estabelecido o efeito protetor do AM em relação ao aparecimento de neoplasias malignas de mama, ovário e colo do útero.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
04. Muitos dos benefícios da amamentação para a lactante são dose-dependentes, isto é, a mulher que amamenta por 2 anos, em tese, tem mais benefícios do que a mulher que amamenta por 12 meses.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
05. Os efeitos psicossociais benéficos da amamentação são vistos na criança, mas não nas mulheres que amamentam, pois os estudos não demonstram relação entre AM e doença de Alzheimer e esclerose múltipla.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
06. Crianças que foram amamentadas possuem menos problemas de deglutição, na articulação dos sons da fala, má oclusão dentária e menor chance de aparecimento de distocclusão na dentição decídua, desde que o período de AM não ultrapasse 12 meses.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []

07. O aleitamento materno está associado com menos episódios de doenças alérgicas nas crianças, tais como asma brônquica, dermatite atópica e alergias alimentares.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
08. As taxas de aleitamento materno continuado por 2 anos, em 2013, praticamente dobraram em relação à década de 1980.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
09. O efeito protetor contra o risco de câncer de mama, provavelmente, ocorre porque os maiores níveis de estrogênio durante o período de lactação reduzem as taxas de proliferação e diferenciação celular.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
10. O pediatra não deve incluir avós, em especial as maternas, quando for orientar o aleitamento materno para a lactante, pois sua presença pode causar distração na mulher que amamenta, além dos mitos e crenças que a avó traz que podem ser fatores negativos para a promoção do AM.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
11. O pediatra deve falar com os pais sobre desmame a partir da consulta de puericultura dos 12 meses, dando todas as orientações para que seja de forma gentil.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
12. O desmame abrupto pode ser causa de ingurgitamento mamário, com consequente estase do leite e possibilidade de desenvolver mastite, além de sentimentos de tristeza e/ou culpa pela perda da amamentação.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
13. A mulher e a criança sinalizam o momento em que estão prontas para iniciar o processo de desmame.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
14. O uso de fórmulas infantis está associado com taxas menores de aleitamento materno.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]
15. Dentre os determinantes responsáveis pelas baixas taxas de aleitamento continuado, podemos citar a inserção da mulher no mercado de trabalho, as crenças e os mitos sobre a amamentação e a falta de apoio do pai da criança ou de outros familiares.
Verdadeira [☐] Falsa [☐] Não sei [☐]



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Filiada à Associação Médica Brasileira

Rua Santa Clara, 292 - CEP 22041-010 - Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 2548-1999

