

Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente, SMS.G
Protocolo: ALEITAMENTO MATERNO

Introdução

O leite materno é o alimento completo pela sua composição química, satisfaz todas as necessidades do recém-nascido nos primeiros seis meses de vida, inclusive de água. É de fácil digestibilidade, sendo, portanto, mais rapidamente absorvido pelo bebê, que mamando com maior frequência, aumenta a produção do leite. Protege contra infecções e tem grande impacto sobre a morbimortalidade infantil e materna.

A recomendação da Organização Mundial de Saúde, adotada pelo Ministério da Saúde, pela Sociedade Brasileira de Pediatria e pela Secretaria Municipal da Saúde é que o Aleitamento materno seja praticado de forma exclusiva até o 6º mês de vida e, a partir de então, continuado com a introdução da alimentação complementar por até 2 anos ou mais, se mãe e criança assim desejar (OMS,2001).

Apesar das evidências científicas conhecidas, em relação aos inúmeros benefícios da lactação natural para a mãe, bebê, família, sociedade, assim como para o meio ambiente, observa-se que só um trabalho continuado de promoção e incentivo à lactação pode modificar os índices atuais de adoção da amamentação. A opção materna pelo aleitamento resulta de múltiplos fatores culturais, sociais, comportamentais e familiares.

Entre as várias causas, que são alegadas pelas mulheres para não amamentar estão: a falta de apoio de outras mulheres (dificuldades de exemplos bem sucedidos em sua rede social); pressões da vida moderna (zona urbana, o apelo para utilização de leite artificial é bastante intenso, influência da vida moderna); falta de apoio dos serviços de saúde (falta de orientação para a lactação no pré-natal e as rotinas hospitalares, no momento do parto, que dificultam o estabelecimento da amamentação). Falta de preparo de profissionais da saúde, que muitas vezes tem dificuldade em orientar as mulheres com problemas de amamentação nas consultas de puericultura.

É de fundamental importância que ocorra a primeira visita domiciliar ao recém-nascido após a alta hospitalar pela equipe da ESF, e a primeira consulta na UBS aconteça até 07 dias de vida, nos recém-nascidos de risco habitual, para que se possa identificar precocemente as dúvidas e dificuldades em relação à lactação, orientando a puérpera e seus familiares, apoiando-a para superar as dificuldades mais frequentes desse período inicial da lactação, que é considerado crítico para o sucesso da amamentação e seu prolongamento.

A presença dos familiares é importante para se conhecer a dinâmica e as necessidades daquela família, além de aproveitar a oportunidade para reforçar e ressaltar os sinais de alerta (anexo 1) que os pais e familiares devem estar atentos e que, se surgirem, deverão procurar o serviço de saúde. Os pais devem receber, no momento da alta da maternidade, as orientações

necessárias para o aleitamento materno. Na verdade, o incentivo ao aleitamento materno já deve ocorrer nas consultas de pré-natal.

A avaliação da mamada é de suma importância, pois aí está a chave de muitas dificuldades na amamentação que podem contribuir para o desmame precoce. Recomenda-se como estratégia que, antes de iniciar a assistência, o profissional cumprimente a mãe e familiar de forma delicada e amigável, utilizando durante a conversa o nome da mãe e do bebê. É importante que o profissional sinta-se próximo e peça para que a mãe conte sobre si e sobre o bebê.

Deve-se obter as informações na história: alimentação atual do bebê, comportamento e saúde do bebê, experiência anterior com alimentação de crianças, gravidez, nascimento e primeiras mamadas, condições maternas, planejamento familiar e situação familiar.

Após a anamnese e exame físico deve-se solicitar à mãe que amamente seu filho para que se possa observar e avaliar a mamada.

Porque é importante amamentar?

Amamentar faz bem para a saúde materna e da criança. Traz como consequências benéficas para a família e a sociedade. É o alimento mais sustentável.

Vantagens maternas:

- Diminui o tempo de sangramento pós-parto e faz o útero voltar mais rapidamente ao tamanho normal e, conseqüentemente, diminui a incidência de hemorragias pós-parto e anemia.
- Ajuda a mãe a voltar mais rápido ao peso pré-gestacional (a gordura incorporada durante a gestação é utilizada como reserva para produção do leite).
- É um método natural de planejamento familiar. O aleitamento exclusivo e em regime de livre demanda, inclusive à noite, nos primeiros 06 meses pós-parto, desde que em amenorreia, é um bom método de planejamento familiar, com falha estimada inferior a 1,8%.
- Pode reduzir a chance de câncer de ovário e tem proteção contra câncer de mama na pré-menopausa.
- É mais fácil e prático para a mãe e econômico.
- Estabelece e fortalece o vínculo mãe - filho.
- Diminui o risco de abandono da criança e maus tratos.

Vantagens para o bebê:

- É o alimento completo: pela sua composição química, satisfaz todas as necessidades nutricionais do recém-nascido nos primeiros seis meses de vida, inclusive de água.
- É de fácil digestibilidade, sendo, portanto, mais rapidamente absorvido pelo bebê, que mamando com maior frequência, aumenta a produção do leite.

- Protege contra infecções, especialmente diarreias e pneumonias. O leite humano induz e promove a maturação natural da barreira na mucosa intestinal e do sistema imune secretório. Também reduz passivamente a exposição a antígenos alimentares por meio da inibição de sua absorção. Ocorre uma proteção local da mucosa imatura, proporcionada pela IgA secretora e por outras imunoglobulinas; além disso, encontrou-se um fator supressor de IgE no colostro humano. Os lactentes que são amamentados exclusivamente apresentam melhor desenvolvimento da imunidade, por serem menos expostos a agentes alérgenos na fase precoce da vida, quando o seu sistema imune não está em condições de reagir adequadamente aos diversos agravos que a criança não amamentada fica exposta. As crianças amamentadas exclusivamente por mais tempo apresentaram diminuição na incidência de asma e atopia, assim como menor frequência de enterocolite necrotizante, otites, gastroenterites e infecções respiratórias, entre outras tantas infecções.
- O leite materno é capaz de adaptar sua composição às necessidades da criança, em cada mamada, conseguindo não só se ajustar às necessidades nutricionais do lactente, mas protegê-lo dos vários agravos infecciosos a que está exposto no meio em que vive.
- O consumo do leite materno nos primeiros meses de vida pode proteger os indivíduos contra as doenças crônicas durante a vida e indícios dessa influência precoce podem ser encontrados no desenvolvimento do timo dos lactentes amamentados e pela melhor resposta desses a vacina.
- O aleitamento materno facilita o aumento da tolerância imunológica e assim diminui o risco de desordem autoimune.
- Crianças alimentadas com fórmula ao invés do leite materno tem um risco aumentado para Doença de Crohn e colite ulcerativa, assim como para *Diabetes mellitus* insulino dependente.
- Facilita a eliminação de mecônio, diminuindo o risco de icterícia e a obstipação.
- Promove o crescimento intestinal dos lactobacilos, impedindo que outras bactérias intestinais (enterobactérias) cresçam e causem diarreia.
- Aleitamento materno exclusivo pode reduzir o risco de morte súbita no lactente. Metanálise de Hauch e colaboradores, demonstrou que o aleitamento exclusivo ou parcial reduziu o risco de morte súbita a aproximadamente 50% em todas as idades.
- Aumenta o laço afetivo mãe-filho, fazendo o bebê sentir-se seguro: crianças que mamam no peito tendem a ser mais tranquilas, seguras e mais fáceis de sociabilizar-se durante a infância.
- Reduz a violência contra a criança. Strathearn e colaboradores observaram que as crianças amamentadas por 4 meses ou mais são 4,8 vezes menos negligenciadas, abandonadas e vítimas de maus tratos por suas mães.

- Evita problemas fonoaudiológicos, ortodônticos e dentais associado ao uso da mamadeira.

Vantagens para a família:

- Há uma economia com a alimentação do bebê, que poderá ser revertida em benefícios ou alimentos para toda a família.
- A criança fica menos doente, economiza em medicamentos e idas ao médico.
- Praticidade.

Vantagens para a Sociedade:

- Os gastos com consultas médicas, medicamentos, exames laboratoriais e hospitalizações são reduzidos. As mães e os bebês ficam mais saudáveis.
- Quanto melhores os índices de aleitamento materno, menores as taxas de mortalidade infantil.
- Diminui a poluição ambiental com a diminuição do lixo inorgânico como plásticos e borrachas (bicos e mamadeiras) e poluentes do ar pela diminuição dos transportes dos sucedâneos do leite materno.

Como perceber que o bebê quer mamar?

O bebê emite sinais que está acordado e quer mamar antes mesmo de chorar. A mãe alertada poderá começar a se preparar para amamentá-lo, pois logo ele irá solicitá-la de forma inconfundível. O bebê não deve chorar muito tempo e nem ficar irritado, pois assim não conseguirá mamar; é preciso antes acalmá-lo, com aconchego e voz suave. Para que mais tranquilo consiga mamar. O bebê deve estar calmo e desperto, embora às vezes demonstre certa ansiedade natural para começar a sugar.

Outros bebês mais sonolentos sugam e logo dormem com a mama ainda na boca; ao tentar retirá-los, deve a mãe colocar o dedo mínimo no canto da boca do bebê de forma a diminuir a pressão de prensão e poder assim liberar o mamilo e 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 esses bebês não forem estimulados levarão um período maior para mamar, sugando pouco e cansando a mãe. Nesses casos recomenda-se desagasalhar os bebês, e tocá-los gentilmente com massagens nos pés ou nas costas, assim ficarão mais ativos e sugarão melhor. As mudanças de posicionamento do bebê durante a mamada também ajudam mantê-lo mais alerta durante a mamada.

Qual a posição para mamar?

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 melhor mamada para o bebê. Poderá dar de mamar sentada ou deitada, como melhor a mãe e o filho se ajustarem. Na maior parte dos casos eles encontram intuitivamente a posição mais confortável. O bebê deve ser encostado de lado, com sua barriguinha encostada no corpo da mãe, joelhos do bebê em contato com a barriga da mãe, queixo do bebê encostado na mama, cabeça do bebê apoiada em linha reta em relação ao seu corpo. Com uma das mãos a mãe o posiciona, e apoia sua cabecinha trazendo-o mais próximo da mama, com a outra mão a mãe apoia sua mama e oferece ao bebê. Polegar bem acima da aréola e os outros quatro dedos e a palma da mão abaixo da mama. O bebê normal apresenta o reflexo de procura, que é descrito a seguir. Roçando o mamilo ou dedo no canto da boca do bebê, ele reflexamente virará o rosto e abrirá a boca. Nesse momento, a mãe colocará aréola e o mamilo dentro da boca do bebê. O lábio inferior fica virado para baixo e não se deve notar mais a parte inferior da aréola, que deverá ter sido toda abocanhada para obtenção de uma pega correta.

Algumas posições: mãe deitada de lado e barriga do bebê junto à mãe, o bebê deverá ficar apoiado por um travesseiro de forma a garantir estar a boca do bebê sempre no mesmo plano que a aréola e que a abocanhe de forma correta.

A posição em que o bebê mama sentado no colo de sua mãe é bastante confortável e é uma posição mais fisiológica; ele fica de frente para a mama, abocanha melhor a aréola e interage com sua mãe. A mãe tem melhor visão da pega e o nariz do bebê fica livre ao aproximar-se o queixo do bebê à mama.

O bebê, ao mamar nessa posição, que é a mesma que nos alimentamos, sentados, evita que ele engula mais ar, reflua o leite e facilita ainda a eructação. O bebê nessa posição também tem mais autonomia, suas mãos estão livres para tocar a mama.

Além dessas vantagens, a posição sentada está indicada principalmente nos seguintes casos: mamas muito grandes, mamas doloridas, fissuras, criança do tipo sonolenta ou algum problema (como crianças portadoras de fissura lábio palatal, cardiopatas, pneumopatas, prematuras, enfim as que tem alguma inabilidade na sucção e que cansam muito durante a mamada).

Nessa posição a mãe tem visão completa da pega do bebê e se a mama está dificultando sua respiração. Mãe sentada com as pernas cruzadas. Colocar o bebê sentado na coxa da mãe como fosse cavaleiro com as pernas afastadas. Barriga da criança encostada na de sua mãe, com uma das mãos a mãe deve apoiar o pescoço do bebê e com a outra mão oferecer a mama.

Como deve estar o bebê

Bebê pouco agasalhado, pois o contato pele a pele mantém o bebê aquecido e, se estiver muito aquecido, ele fica mais sonolento, menos ativo e sugando com menos eficiência.

Posição das mamadas

Que seja confortável para mãe e bebê.

Sugestão:

- Sentado de frente para a mama,
- Barriga da mãe e do bebê juntas,
- Queixo colado na mama e nariz livre,
- Lábio inferior evertido, abocanhando toda aréola e não só o mamilo (ou a maior parte da porção posterior),
- Observar que não ocorra uma mamada ruidosa, pois indica pega incorreta e que o bebê está engolindo mais ar, causando desconforto como as cólicas, flatulência, eructação e regurgitação.

Alternância de mamas

Importante que em toda a mamada a mãe ofereça à criança as duas mamas; após sugar a primeira mama bem, o bebê deve ser colocado para arrotar e oferecer a seguir a outra mama. Mesmo que sugue bem menos na segunda, estará retirando o fator de inibição local e estimulando a continuidade da produção do leite. E a mama que foi a última nesta mamada, portanto, menos esvaziada, deverá ser oferecida em primeiro lugar na próxima mamada.

Como o bebê deve abocanhar o peito? (Pega)

A criança deve abocanhar toda a aréola e, se ela for muito grande, deve abocanhar ao menos toda a porção inferior. A mãe, após posicionar-se com o bebê no colo em posição correta, deverá tocar ou roçar com o dedo ou com o próprio mamilo o canto do lábio do bebê e ele, reflexamente, volta-se para o lado do estímulo e abre a boca procurando. Nesse momento a mãe deve ser orientada a colocar a maior parte da aréola na boca do bebê; o toque do mamilo no palato desencadeia o reflexo de sucção e a extração do leite na boca da criança determina o reflexo de deglutição.

Ao profissional de saúde cabe orientar a mãe a oferecer a mama de forma correta, pois conseguindo uma pega adequada, a criança conseguirá retirar o leite que deseja e a mãe não sentirá dor nem desconforto. A técnica adequada de amamentação poderá prevenir as inconvenientes fissuras e o ingurgitamento mamário, que muitas vezes podem se tornar dificuldades para a continuidade da amamentação.

Na pega incorreta, a criança suga o mamilo retirando pouco leite e traumatizando a pele do mamilo, podendo provocar fissuras ou outro trauma mamilar (escoriação, ragádia, vesículas). Já na pega correta, a criança abocanha a maior parte da aréola conseguindo esvaziar os seios lactíferos, retirando melhor o leite.

O que ocorre durante a mamada?

A criança, ao mamar, precisa coordenar sucção, respiração e deglutição. A sucção ajuda a puxar e manter o tecido mamário na boca da criança, mas por si só não é suficiente para extrair o leite. Os músculos da face (maxilares) trabalham de forma harmônica provocando pressão negativa dentro da cavidade oral, que facilita a extração do leite. O ato de mamar é uma combinação de sucção e compressão. Os maxilares exercem compressão sobre a aréola e a língua joga o complexo mamilo e aréola, que devem ser abocanhados e pressionados pela língua contra o céu da boca. Nesse movimento atuam também os músculos da face e mandíbula contra o céu da boca e então são desencadeados movimentos ondulatórios, desde a ponta da língua até sua base e são esses movimentos que garantem a ordenha do leite para a boca do bebê. O volume de leite ordenhado e acumulado desencadeia o reflexo automático da deglutição.

Duração e intervalo entre as mamadas

Cada criança é uma individualidade com suas próprias características e deve ser respeitada. Uma suga mais rapidamente 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 já satisfeitas adormecem na mama e soltam-na facilmente.

Aquelas crianças mais sonolentas, 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 despertam e choram demonstrando que desejam continuar a mamada.

Aconselha-se nos casos de bebês sonolentos, que sejam trocados antes da mamada e não fiquem agasalhados durante a mesma, de forma que, estando mais alertas suguem melhor. A mãe não deve deixá-los só sugando sem a mamada ser eficiente; nesse caso, além de ferir a pele do mamilo a criança não se alimentará bem, ganhando pouco peso.

Sabe-se que de uma forma genérica um lactente jovem é capaz de esvaziar rapidamente a mama, com até 5 minutos de sucção eficiente, mas uma mamada normalmente deve variar entre 10 a 20 minutos, pois depende, como foi dito, não só a característica da criança, mas da interação mãe-filho e

cada dupla tem seu ritmo próprio. *Por isso a orientação de mamadas em esquema de livre demanda.*

As mães devem conhecer uma mamada adequada. O tempo que a criança fica na mama não indica essa adequação. A mãe deve observar a criança engolir, sentir sua mama menos tensa e as mais sensíveis inclusive sentir os sinais de reflexo de ejeção (sensação de formigamento nas mamas no início da sucção mais ativa, gotejamento na mama oposta, contração uterina, sensação transitória de sonolência, relaxamento e observar um padrão vagaroso de sucção intercalada com deglutição).

A demanda da criança é a chave determinante no desempenho da lactação e as crianças com maior ingestão ganham peso mais rapidamente. Para que se tenha tal resultado é necessário que a mãe seja orientada de que esse fato é normal. A criança mama em intervalos curtos de tempo com algumas características próprias de seu desenvolvimento e do leite humano.

O tempo de esvaziamento gástrico com o leite materno é, nas primeiras semanas, de aproximadamente uma hora e meia a duas horas, enquanto o tempo de esvaziamento gástrico com o leite artificial é de 3 a 4 horas. Causando a falsa impressão, para as mães que não são orientadas, de que seu leite possa não estar sendo suficiente, pois seu filho solicita mamar a intervalos menores do que aqueles que recebem leite artificial. Elas devem ser esclarecidas de que o menor tempo de esvaziamento gástrico nas crianças alimentadas com leite humano é devido à existência de fatores no leite materno que aceleram o transporte e a digestão do conteúdo intrainestinal, permitindo ao trato digestivo dos neonatos alimentados com leite humano alcançar estado interdigestão mais rápido do que os alimentados com fórmula.

À medida que a criança vai crescendo, ela consegue sugar e extrair maior volume de leite nas mamadas e ela irá então, naturalmente, espaçando o intervalo entre as mamadas. Ao redor do 1º para o 2º mês de vida, a criança já estará fazendo intervalos maiores entre as mamadas, passando a uma média de 6 a 8 mamadas por dia e, ao redor do 3º ao 5º mês de vida, normalmente vai largando as mamadas noturnas frequentes e fazendo intervalos maiores à noite.

Nos períodos críticos da amamentação, quando a criança que já fazia intervalos maiores entre as mamadas e, 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 que seu leite não está mais sustentando seu filho, que quer mamar a toda hora. Nesse momento, se não receber orientação adequada, ela irá introduzir outro alimento, iniciando-se dessa forma o indesejado desmame precoce.

Porque algumas mulheres creem não ter leite suficiente?

Sabe-se que mais de 50% das mães percebem durante os primeiros meses de lactação, uma redução de leite. O período crítico da amamentação

na verdade retrata a chamada “**Crise transitória da lactação**” e é considerada o mesmo fenômeno do estirão de crescimento.

Em 98% dos casos, essa crise dura menos de 8 dias. É durante um desses períodos que ocorre o desmame precoce (introdução de outros alimentos e líquidos, antes do 4º mês).

- Frequência das crises: essas crises são mais frequentes nas primeiras 12 semanas de lactação (75%) e vão diminuindo, da 13ª a 24ª semanas (23%);
- Sintomas e sinais: criança não descansa entre as mamadas, a mãe tem a sensação de mamas vazias. A criança dorme durante as mamadas.

Como conduzir a Crise transitória da lactação?

Quando as mães lactantes são orientadas e apoiadas, aproximadamente 80% superam a percepção de redução de leite e prosseguem com sucesso o aleitamento materno. Nos períodos críticos da amamentação a criança que já fazia intervalos maiores entre as mamadas, 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 que seu leite não está mais sustentando seu filho, que agora chora e quer mamar com muita frequência, principalmente no final do dia. Não consegue dormir logo ao sair da mama, fica irritado e cansado. Durante essa fase transitória da lactação, se a mãe não receber orientação adequada ela irá introduzir outro alimento, iniciando-se dessa forma o desmame precoce. Essa é considerada a situação de maior dificuldade entre as mães que amamentam e que não foram adequadamente esclarecidas e orientadas sobre o fato de ser esse período crítico relativamente comum para a grande maioria das mães e que é transitório. Como os outros aspectos do desenvolvimento infantil, se as mulheres antecipadamente receberem orientação de seus pediatras sobre esses períodos críticos da amamentação, elas superarão essa dificuldade transitória com mínimo estresse e sem recorrer a complementos. Portanto, superadas as principais dificuldades do início da amamentação, o aleitamento materno agora prosseguirá com sucesso!

Apoio familiar e o aleitamento materno

Receber apoio emocional e ajuda da família nas tarefas diárias também colabora bastante para o sucesso da amamentação.

Até quando amamentar?

A recomendação oficial da OMS e da SBP, é que a criança seja amamentada exclusivamente por 6 meses e, a partir de então, iniciar a alimentação complementar e manter o aleitamento materno, por até 2 anos ou mais se criança e mãe assim o desejarem.

Como indicar drogas para mãe em aleitamento materno?

Atualmente poucas drogas contraindicam o aleitamento materno, sendo que algumas podem causar efeitos colaterais no bebê; portanto estes devem ser monitorizados. Quando necessária a utilização de algum medicamento pela mulher lactante, deve ser consultada a lista oficial no site do Ministério da Saúde (MS): www.saude.gov.br ou www.e-lactancia.org.

Quais os medicamentos que contraindicam a amamentação?

Os medicamentos que contraindicam a amamentação são:

- Agentes antineoplásicos;
- Iodo radioativo;
- Anticoagulantes, exceto a heparina;
- Antitireoidianos, exceto propiltiouracil;
- Cloranfenicol;
- Tetraciclina.

Princípios gerais de prescrição de drogas e lactação:

- Avaliar a real necessidade da terapia medicamentosa: é fundamental para a nutriz?
- Preferir drogas já estudadas e sabidamente seguras para a criança, pouco excretada no leite humano.
- Preferir drogas já liberadas para uso em recém-nascidos e crianças.
- Preferir a terapia tópica ou local, do que oral e parenteral, quando possível.
- Programar ao horário de administração, evitando pico no sangue/leite na hora da amamentação (imediatamente antes ou logo após).
- Dosar o nível sérico na criança em tratamentos prolongados com drogas de uso criterioso.
- Orientar a mãe para observar efeitos colaterais na criança como sonolência, agitação, hipo e hipertrofia muscular, icterícia e distúrbios gastrintestinais.
- Evitar drogas de ação prolongada.
- Orientar a nutriz a retirar o leite, estocar para eventual interrupção temporária da amamentação.
- Sugerir ordenhas periódicas para manter a lactação.

Situações frequentes que são consideradas dificuldades pelas mães

Existem dificuldades comuns que estão ligadas à técnica de amamentação: melhor posição para o bebê mamar, pega correta, retirada do bebê da mama, duração da mamada, cor do leite, troca de mamas numa mesma mamada, intervalo entre as mamadas e as cólicas do lactente. Essas são as queixas mais comuns que os profissionais escutam nos consultórios. Muitas que poderiam ser já esclarecidas durante o pré-natal ou o período da maternidade.

As mães muitas vezes queixam de informações conflitantes entre os profissionais de saúde. Como por exemplo, teria uma melhor posição para o

bebê mamar? Considera-se que a melhor posição é aquela em que mãe e a criança se sintam mais confortadas.

Para a mãe que vem com dúvida e insegura devido às várias orientações já recebidas, recomenda-se ao profissional que irá orientá-la, que os seus esclarecimentos sejam apresentados com bom senso e possa assim ultrapassar os vários modismos.

As intercorrências mamárias como os traumas mamilares, mastite e abscesso mamário são descritas como causa de desmame. Como intervir?

As intercorrências mamárias são as principais causas de desmame precoce, pois, devido à presença de dor e se não tratados precocemente, podem determinar a presença de bactérias no leite e evoluir para quadros severos de mastite, abscessos mamários e ainda em situações extremas acarretar um quadro de septicemia.

Os *traumas mamilares* correspondem a:

- *mamilos doloridos*: estes se tornam sensíveis, planos e distendidos, com dor de intensidade variável durante a sucção, apresentam-se com aspecto normal, mas podem perder sua proeminência com diminuição da proctatilidade, dificultando assim a pega do bebê;
- *bolhas mamilares*: são traumas quase imperceptíveis que surgem quando o bebê suga numa pega incorreta a ponta do mamilo, com dor intensa na porção terminal do mamilo, quando ocorre a sucção e observa-se o descolamento da pele e este fica enrugado após a mamada;
- *fissuras mamilares*: unilaterais ou bilaterais, são traumas com ruptura do tecido, com forma e localização variadas, dor mamilar intensa por vezes fazendo a mãe chorar durante a sucção do bebê; essas lesões são de diversos tipos: fissura de base mamilar, do bico mamilar, da ponta do mamilo e mista, lesão na base e na ponta do mamilo;
- *monilíase mamilar*: ocorre pela presença da *Candida albicans*, causa dor de intensidade variável com sensação de ardor ou prurido nos mamilos; os mamilos podem encontrar-se avermelhados, irritados, com placas e pontos esbranquiçados ou até mesmo com aspecto normal e um dado importante é a persistência da dor, mesmo com a pega adequada; recomendam-se tratamentos simultaneamente da mãe e filho, com o intuito de evitar o ciclo vicioso da monilíase entre eles.

A *mastite puerperal* é a infecção aguda da mama que ocorre principalmente em primigestas, geralmente unilateral, em decorrência de fatores locais como ingurgitamento mamário, ducto bloqueado e, principalmente, pela presença de fissuras, que apresentam solução de continuidade e servem como porta de entrada para germes como *Staphylococcus epidermidis*, *Enterobacter*, *Klebsiella sp*, *Escherichia coli* e

principalmente o *Staphylococcus aureus*, presente em mais de 60% dos casos; quando não tratada corretamente evolui para abscesso.

A mama se encontra hiperemiada, endurecida, com aumento da temperatura local. Há sintomas gerais como febre, calafrios, mal estar, prostração, seguido de dor intensa durante a sucção. O melhor tratamento para as mastites é a retirada do leite, principalmente por meio da ordenha manual, associada à antibioticoterapia e analgésicos. A lactação deve ser mantida e nas mamadas seguintes recomenda-se, nesse período, iniciar pela mama sadia, com a sucção sem dor para a mãe, o que facilita a ejeção e a mais rápida recuperação do processo.

O *abscesso mamário* é um processo infeccioso que se instala em decorrência da mastite não tratada, podendo ser único ou múltiplo na mesma mama. As mamas se encontram avermelhadas, endurecidas, com ponto de flutuação, dor intensa e com intensificação do comprometimento geral materno, os mesmos observados na mastite.

O abscesso apresenta risco maior se ocorrer rompimento no interior do sistema ductal, o que favoreceria uma grande carga bacteriana, podendo evoluir até com necrose do tecido mamário quando não ocorre intervenção precoce.

O abscesso deve ser drenado cirurgicamente, com cultura e antibiograma do material coletado e antibioticoterapia, utilizando-se da mesma categoria de medicamentos para mastites, porém com tempo mais prolongado, além de analgésicos, anti-inflamatórios, conforme avaliação médica. Suspender provisoriamente a amamentação na mama afetada, até a retirada do dreno, mantendo-se a ordenha dessa mama várias vezes ao dia; a amamentação na mama não afetada deve ser mantida.

ALGUMAS PERGUNTAS QUE GERALMENTE SÃO FEITAS PELAS MÃES

É preciso dar água para o bebê amamentado em dias de calor?

O leite humano, em sua composição, apresenta cerca de 87,5% de água, resultando em baixa carga de soluto, evitando a sobrecarga renal. Bebês exclusivamente amamentados não precisam de água adicional; oferecer água regularmente poderia diminuir a frequência das mamadas.

Além disso, a água induz a perda de proteção local da IgA secretora, dilui os fatores nutricionais e de defesa e poderia estar contaminada, aumentando o risco de diarreia. A recomendação para dias de muito calor é a mãe tomar mais líquido e oferecer com mais frequência a mama para a criança.

O que faço com as chupetas que ganhei no chá de bebê?

Não usar chupetas e mamadeiras. O uso de chupetas, bicos, mamadeiras ou “protetores de mamilo” faz o bebê ficar confuso para mamar (“confusão de bico”). A forma de abocanhar e sugar o peito é muito diferente do bico artificial e o bebê pode parar de mamar. Também aumenta o risco do bebê ter diarreias, pneumonias, além de problemas ortodônticos e fonoaudiológicos futuros.

Efeitos dos bicos artificiais e das chupetas

Os bicos artificiais alteram os padrões de respiração e sucção do bebê (expiração prolongada, frequência respiratória e saturação de oxigênio reduzidos), favorecem as cáries de alimentação que, em crianças, são mais comuns com o uso de mamadeiras e chupetas.

A má oclusão dental é mais comum em crianças alimentadas com mamadeira, sendo maior o efeito com o uso prolongado (risco 1,8 vezes maior). As mamadeiras, as chupetas e o hábito de chupar o dedo também levam a alterações das arcadas dentárias provocando mordidas cruzadas, mordidas abertas, alterando todo um padrão genético de crescimento e desenvolvimento.

Ocorre maior incidência de otite média aguda e recorrente, tanto com o uso de mamadeiras quanto de chupetas. Há também possível aumento na incidência de candidíase oral e de parasitoses intestinais, além do risco de uso de materiais potencialmente carcinogênicos (*N*-nitrosaminas).

As consequências mais comuns da respiração bucal são: amigdalites, rinites, sinusites provocadas por agressão do ar não filtrado, aquecido e umedecido e as mordidas abertas anteriores devido à interposição da língua na hora da deglutição.

Estudos indicaram a amamentação natural como um fator importante na prevenção de hábitos bucais e no desenvolvimento de má oclusão, em especial a mordida aberta anterior. O período de amamentação natural exclusiva também deve ser considerado na prevenção. Pode-se concluir que a amamentação artificial está mais relacionada com a instalação de hábitos bucais deletérios e más oclusões e que, quanto maior for o período da amamentação natural exclusiva, menor será o risco de distúrbios nos hábitos e no sistema estomatognático.

O uso de chupeta por lactentes jovens como possível fator de proteção da morte súbita não está suficientemente fundamentado pela literatura para ser adotado como uma recomendação. A adoção do uso de chupeta e outros bicos artificiais em lactentes jovens em aleitamento materno exclusivo, causa o risco de confusão de bicos e aumenta o risco do tão temido desmame precoce, que coloca a criança exposta a tantas perdas. Ainda não está bem esclarecida a causa das mortes súbitas de lactentes, exceto quanto à evidente redução desse tipo de morte com a adoção da mudança da posição de se colocar a criança para dormir em decúbito dorsal ao invés do decúbito ventral. Esse é o primeiro fator ambiental confirmado a ser adotado como

prevenção da morte súbita e outras medidas que também podem ser adotadas são: não agasalhar muito a criança para dormir, manter o quarto ventilado e arejado, não dormir na cama dos pais, não cobrir a cabeça da criança para dormir com fralda ou lençol e cobertor. As cobertas devem ficar na altura do peito da criança e permitirem o movimento de suas mãos. Recomenda-se evitar o uso de travesseiro, assim como de protetores de berço. Evitar colchões muito moles e macios. Não fumar durante a gestação e no ambiente da casa da criança.

Por que o bebê não deve ficar muito agasalhado?

O bebê não deve ficar muito agasalhado, pois o risco de superaquecimento eleva sua temperatura corporal e deixa a criança irritada, incomodada; além disso, pode ocorrer a formação da miliária rubra. A criança deve ser agasalhada de acordo com o clima. Usar sempre roupas confortáveis, de algodão e que deixem livres seus movimentos.

Por que o bebê não deve mamar produzindo ruído audível?

O bebê não deve mamar produzindo ruídos audíveis, pois indica que junto com o leite ele está engolindo ar, e esse ar deve sair, quando colocado para arrotar, mas parte seguirá o trânsito intestinal e poderá provocar mais cólicas ao ser eliminado. É um dos sinais de pega incorreta. A pega correta do bebê ao abocanhar toda a aréola ou a maior parte dela, acopla perfeitamente a boca na mama e suga bem sem engolir muito ar.

Por que não existe leite fraco ou insuficiente, se o bebê de um dia para o outro quer mamar toda hora e parece que não fica mais satisfeito quando sai da mama?

Não existe realmente leite fraco. O leite materno é produzido diariamente, na quantidade solicitada pelo bebê e atendendo todas as necessidades nutricionais dele. O que ocorre é que o bebê, à medida que cresce e se desenvolve seu estômago, também cresce e solicita maior volume de leite. É por isso que o bebê de um dia para outro passa a solicitar mamadas mais frequentes, para justamente aumentar a produção do leite a sua nova demanda.

A recomendação é que a mãe deve dar de mamar quantas vezes ele pedir, dia e noite e tomar bastante líquido. Tendo a certeza de que em menos de 4 dias verá o aumento da produção do seu leite, agora ajustada à maior capacidade de ingestão de leite pelo bebê, o qual voltará a espaçar as mamadas e demonstrar estar satisfeito pós-mamada.

Por que não dar outro alimento ou leite ao bebê durante uma dessas crises transitórias da lactação?

A orientação para não dar outro alimento ou leite ao bebê durante uma dessas crises transitórias da lactação é porque elas refletem o crescimento do

bebê e ele, procurando mamar com maior frequência, estará informando o organismo materno da necessidade de maior produção de leite, ajustando assim a nova produção de leite à sua maior demanda e necessidade. A mãe deve ser orientada sobre esses períodos críticos e transitórios da lactação, que ocorrem com maior frequência nos primeiros meses, e que não deve fornecer outro leite ou alimento ao bebê, mas deixá-lo sugar com maior frequência dia e noite. Oferecer ao bebê outro alimento fará com que ele sugue menos e espaçará as mamadas, o que reduz o estímulo para a produção de leite materno, ao invés de aumentar, podendo fazer com que se inicie assim o desmame precoce. E, se deixá-lo sugar com a frequência solicitada, em poucos dias terá um aumento na produção do leite materno e as mamadas voltam a ser solicitadas, agora num intervalo maior.

Amamentar e a estética da mama

A estética da mama obedece a fatores individuais e raciais como:

- **Gestação:** as modificações na mama ocorrem durante a gravidez. A mama se prepara para amamentar o bebê tão logo seja cortado o cordão umbilical. O maior volume da mama ocorre nos primeiros meses de gestação, fato que pode contribuir para o surgimento de estrias e posterior flacidez mamária.
- **A variação de peso:** uma mulher que engorda e perde peso rapidamente pode apresentar queda dos seios, mesmo sem ter amamentado. Baseado nisso, diz-se que a amamentação evita a queda dos peitos, pois após o aumento do volume da mama que ocorre durante a gestação os seios vão voltando gradativamente ao tamanho normal, evitando assim maior flacidez;
- **Idade:** com o avançar da idade ocorre a flacidez da mama, independentemente se a mãe amamentou ou não;
- **Hábitos de vida:** a alimentação pode repercutir positivamente ou negativamente sobre a estética de todo o corpo. Por outro lado, o hábito de não usar sutiãs pode favorecer a queda da mama, sobretudo em períodos em que existe o aumento do volume mamário, a exemplo, o período gestacional;
- **Hereditariedade:** é um fator que também precisa ser considerado, assim como o formato da mama. Ter desenvolvido atividade física regular é outro fator importante, pois fortalece a musculatura peitoral, onde a mama se fixa por meio dos ligamentos suspensórios, que são traves fibrosas. Ainda em algumas mulheres a flacidez dos tecidos surge mais cedo do que em outras, a exemplo das rugas que aparecem mais precocemente em certas raças.

Como cuidar das mamas? Recomendações

- Não usar pomadas e cremes nas mamas, pois dificulta a boa pega e às vezes causa fissura.
- Para se proteger contra rachaduras e infecções basta passar o próprio leite antes e depois do bebê mamar.

- Lavar e secar bem as mamas no banho diário e usar sempre sutiã que dê boa sustentação e firmeza.
- Na hora de amamentar, desabotoar o sutiã e retirá-lo; se possível, preferir aqueles que são abotoados na frente e permitem a exposição completa das mamas.
- Para prevenir as fissuras observar se a pega e a posição estão adequadas, perceber se o bebê abocanha grande parte da aréola.
- Se o peito estiver muito cheio pode dificultar a boa pega, portanto, para ajudar, a mãe deve fazer massagem e ordenha de alívio, retirando um pouco do leite. Isto deverá facilitar a pega do bebê.

Como retirar o leite?

Tirar o leite com as mãos (ordenha manual) ajuda quando as mamas estão muito cheias ou “empedradas” ou mesmo para “guardar” leite para o bebê quando tiver que se ausentar por algumas horas.

Como fazer isso:

1. Lavar bem as mãos e os braços;
2. Fazer massagens circulares com a ponta dos dedos em toda a aréola;
3. Com a palma da mão, massagear o restante da mama, segurando com a outra mão a base da mama;
4. Colocar os dedos em forma de pinça, onde termina a aréola e apertar com cuidado para o leite sair, pressionando e soltando várias vezes.

Nos casos de bebês internados por prematuridade ou doença, tirar o leite de 6 a 8 vezes por dia ajudará a manter a produção de leite.

Nas figuras abaixo, seguem orientações de como fazer uma ma ordenha manual.



Massagem e ordenha



Fonte: BLH-HMLMB

Se houver excesso de leite, a mãe poderá doá-lo ao Banco de Leite Humano e beneficiar outros bebês. Anexo 2: Listagem dos bancos de Leite Humano do Município de São Paulo.

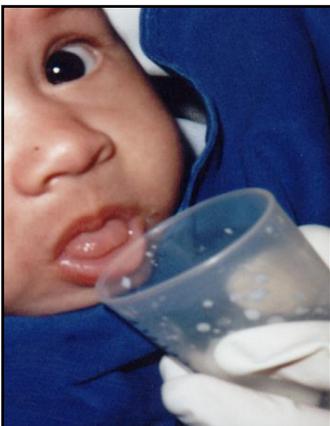
Depois de voltar ao trabalho, é possível continuar a amamentar?

Deve-se recomendar que a mãe:

- Amamente antes de sair de casa e imediatamente ao retornar;
- No trabalho, faça a ordenha manual nos horários em que o bebê iria mamar e guarde o leite em frascos esterilizados (vidros transparentes com tampa plástica, como de maionese ou café solúvel, previamente fervidos em água limpa por 15 minutos;
- Conserve o leite ordenhado em congelador e transporte o vidro de volta para casa em caixa de isopor, com gelo.

Tempo de armazenamento:

- Na prateleira da geladeira: 24 horas.
- No congelador ou freezer: 15 dias.
- Atenção: na ausência da mãe, o leite deverá ser oferecido ao bebê com copinho ou colherzinha, nunca com mamadeira.



Alimentação no Copo

Fonte: BLH-HMLMB

- Quando descongelado, o leite deve ser mantido na geladeira e consumido em até 24 horas.
- A quantidade de leite de cada mamada deve ser amornada em água quente com fogo desligado (banho-maria desligado). O leite que foi amornado e não foi consumido deve ser desprezado. O leite materno não pode ser fervido, pelo risco de desnaturação das proteínas e dos fatores de proteção.

É verdade que alguns alimentos dão cólica no bebê?

A cólica do lactente é um diagnóstico de exclusão após descartar as causas orgânicas mais comuns de choro do lactente. A cólica é geralmente definida pela regra de três: choro por mais de três horas por dia, mais três dias por semana e por mais de três semanas em um lactente bem alimentado e saudável em outros aspectos. A cólica é uma condição transitória que surge geralmente na segunda semana de vida, que não interfere no crescimento e não apresenta efeitos adversos a longo prazo.

As medicações disponíveis não comprovaram sua eficácia no tratamento da cólica, quando comparada ao placebo.

Enfim, como existem controvérsias na literatura, o mais indicado seria que toda nutriz tivesse uma alimentação variada e o mais "saudável" possível, evitando "excessos" e sempre observando as reações no organismo de cada bebê. O que ajuda muito é manter a calma, já que não se trata de uma doença (é uma adaptação do bebê no extra-útero) e não traz consequências danosas para o bebê. A cólica vem e passa, não costumando ultrapassar os 3 a 4 meses de idade.

Certas mães observam que, quando comem determinados alimentos, o bebê fica mais irrequieto e com sintomas sugestivos de cólicas. Recomenda-se que as mães observem o que comeram e se esse alimento poderia ter causado no seu filho um aumento de gases e cólicas. Deve então experimentar eliminar esse alimento da dieta por alguns dias, para observar se melhora. Depois, pode fazer o experimento contrário e comer o alimento suspeito para ver se o bebê sente alguma coisa. A sensibilidade a certos alimentos depende do organismo da mãe e da criança. Pode ser que certa mãe refira que enquanto amamentou outro filho o fato de ingerir certo alimento não observava mudanças nas cólicas, mas quando amamentou outro filho, observou que ao ingerir o mesmo alimento, esse apresentava aumento importante das crises de cólica. A observação materna é um ponto a considerar. Durante a fase de amamentação, recomenda-se que as mães evitem refrigerantes e alimentos muito condimentados e apimentados.

Procurar se alimentar normalmente seguindo uma dieta balanceada, tomar água e descansar nos intervalos das mamadas.

Estou com dor nas mamas, posso utilizar algum medicamento?

É preciso ter a mama examinada e rever a técnica de amamentação. Medicamentos: usá-los com muito critério e somente pelo menor tempo possível.

Como fazer para amamentar e evitar engravidar?

Amamentar não impede o uso de métodos anticoncepcionais. Os pais devem ser orientados a marcar consulta de Planejamento Familiar para escolher o método mais adequado às suas necessidades.

Bibliografia

1. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Breastfeeding and the use of human milk**. Pediatrics 129; e827-841, 2012.
2. BRASIL. Nota técnica nº 05/2010/CGPNI/DEVEP/SVS/MS: **Recomendação da Vacina Febre Amarela VFA (atenuada) em mulheres que estão amamentando**. Brasília, 14/01/2010.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília – DF 2009, 108 p.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 23 – **Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Ministério da Saúde, 2009.
5. DALY SEJ, HARTMANN PE. **Infant demand and milk supply**. Part 2. J Hum Lact 11: 27-37, 1995.
6. DEWEY KG, LÖNNERDAL B. **Infant self-regulation of breast milk intake**. Acta Paediatr Scand 75: 893-8, 1986.
7. GIUGLIANI ERJ. **O aleitamento materno na prática clínica**. J Pediatr 76 (Suppl 3): 5238-52, 2000.
8. GIUGLIANI ERJ. **Problemas comuns na lactação e seu manejo**. J Pediatr 80 (supl. 5): S147-54, 2004.
9. GÓMEZ-SANCHIZ M, CAÑETE R, RODERO I, BAEZA JE, AVILA O. **Influence of breast-feeding on mental and psychomotor development**. Clin Pediatr(Phila). 42(1):35-42, 2003.
10. GOUVÊA LC et al. **Plantão telefônico: dúvidas mais frequentes em amamentação**. Departamento de Aleitamento Materno da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Rev Paul Pediatr 48, 2001.

11. GOUVÊA LC, BARBOSA AT, BOSSOLAN R, LOPES LA, VACCARO AM, ARMOND, J, MATHEUS JMR, MATOS RT, PALUMBO L, BONENTE G. **Evolução da frequência da prática da amamentação no período de 1996 a 2008, como resposta ao programa de promoção ao aleitamento materno da UNISA, na região sul do município de São Paulo.** Anais do 34º Congresso Brasileiro de Pediatria.
12. GOUVÊA LC, ROBLEDO HH, NIGRO SMB. **Aleitamento materno.** In: Nóbrega, FJ. O que você quer saber sobre Nutrição. Perguntas e respostas comentadas. 1ª ed. São Paulo, Manole, 2008, p.3-13.
13. GOUVÊA LC. **Aleitamento materno.** In: Lopez FA, Brasil AD. Nutrição e dietética em clínica pediátrica. São Paulo, Atheneu, 2003. p.17-36.
14. GOUVÊA LC. **Aleitamento materno.** In: Nóbrega FJ. Distúrbios da nutrição. São Paulo, Revinter, 1998, p.15-31.
15. GOUVÊA LC. **Aleitamento materno: nutrição.** Anuário Nutrição e Pediatria 21: 10-2, 2003.
16. 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. 371-82.
17. GOUVÊA LC. **Como conduzir o aleitamento materno, superando as dificuldades da fase inicial da lactação.** Sinopse de Pediatria 2: 39-42, 2001.
18. GOUVÊA LC. **O baixo ganho ponderal e o aleitamento materno: recomendações.** Atualização de condutas em pediatria. Sociedade de Pediatria de São Paulo 3: 2-6, 2001-2003.
19. HAUCH FR, THOMPSON JMD, TANABE KO, MOON RY, VENNEMANN MM. **Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis.** Pediatrics 128(1):103-110, 2011.
20. JELLIFFE EFP. **Maternal nutrition and lactation.** In: Symposium on Breast-feeding and the Mother. Amsterdã, Elsevier, 1976. p.119-43 (Ciba Foundation Symposium, 45).
21. KAUFMANN CC, ALBERNAZ EP, SILVEIRA RB, SILVA MB, MASCARENHAS MLK. **Alimentação nos primeiros três meses de vida dos bebês de uma coorte na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul.** Rev Paul Pediatr 3:30 (2);157-65, 2012.
22. KING FS. **Como ajudar as mães a amamentar.** 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, 1994.
23. LAMOUNIER JA, VIEIRA GO, GOUVÊA LC. **Composição do leite humano: fatores nutricionais.** In: Rego JD. Aleitamento materno. 2.ed. São Paulo, Atheneu, 2006.
24. LAWRENCE RA. **Breastfeeding.** Pediatr Rev 11:163-71, 1989.
25. LEONE CR, SADECK LS. Programa de Proteção à Mãe Paulistana. **Fatores de risco associados ao desmame precoce em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo.** Rev Paul Pediatr 30(1):21-6, 2012.
26. MACCAGNO-SMITH R, YOUNG M. **Breastfeeding the sleepy infant.** The

- Can Nurse 89:20-2, 1993.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. **Aleitamento materno**. Brasília, 1995.
 28. NEIFERT MR. **Clinical aspects of lactation**. Clin Perinatology 26: 281-306, 1999.
 29. NEVILLE M. **Physiology of lactation**. Clin Perinatol 26: 251-79, 1999.
 30. OMS/ UNICEF/IBFAN Brasil. **Alimentação infantil**. Bases fisiológicas. 1994.
 31. PEAKER M, WILDE CJ. **Feedback control of milk secretion from milk**. J Mammary Gland Biol Neoplasia 1(3): 307-15, 1996.
 32. QWANT SA. **Patterns of variations in breastfeeding behaviors**. Soc Saúde Med 23: 445-53, 1986.
 33. BRASIL. **Rede de banco de leite humano**. Disponível em: www.redeblh.fiocruz.br.
 34. SIQUEIRA R et. al. **Reflexões sobre as causas do desmame precoce observados em dinâmicas de grupo de incentivo ao aleitamento materno**. J Pediatr 70: 16-20, 1994.
 35. STRATHEARN L, MAMUN AA, NAJMAN JM, O' CALAGHAN MJ. **Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15- year cohort study**. Pediatrics 123 (2): 483-93, 2009.
 36. VERRONEN P. **Breast feeding: reasons for giving up and transient lactational crises**. Acta Paediatr 71: 445-9, 1982.
 37. WALSHAW CA, OWENS JM, SCALLY AJ, WALSHAW MJ. **Does breastfeeding method influence infant weight gain?** Arch Dis Child 93: 292-6, 2008.

ANEXOS

Anexo 1. Sinais de alerta

Em relação à saúde do recém-nascido, deve-se esclarecer que, se o bebê apresentar algum dos sinais abaixo, chamados **sinais de alerta**, a mãe deverá levá-lo imediatamente a um Serviço de Saúde mais próximo de sua residência.

Esses sinais são:

1. Não consegue acordar direito, não chora forte ou está muito sonolento, especialmente se estiver diferente em relação aos outros dias;
2. Dificuldade para respirar: respira pela boca, está cansado, especialmente durante as mamadas, e/ou gemente;
3. Presença de palidez ou outras alterações da cor das mãos e dos pés;
4. Recusa várias mamadas seguidas ou aceita muito pouco;
5. Vômitos em grande quantidade, especialmente se forem acompanhados de febre ou diarreia;
6. Aumento do número de evacuações ou fezes muito líquidas ou com sangue, especialmente se acompanhadas por vômito, recusa alimentar e/ou febre;
7. Abdome distendido (barriga estufada);
8. Sem urinar (fralda seca) nas últimas 12 horas;
9. Urina de cor escura e/ou cheiro muito forte;
10. Piora da icterícia (cor amarelada da pele), atingindo a região abaixo do umbigo ou os braços e as pernas;
11. Vermelhidão ou secreção com mau cheiro no umbigo;
12. Temperatura corporal menor do que 35,5°C ou maior do que 37,8°C;
13. Tremores em todo o corpo, convulsão (ataque) ou parece “desmaiado”;

Na primeira consulta com o pediatra ou o Médico de Família é fundamental que se estabeleça o vínculo com a mãe e familiares.

Anexo. 2 - Relação dos Bancos de Leite

LIGUE OU CONHEÇA PESSOALMENTE O BANCO DE LEITE MAIS PRÓXIMO DE VOCÊ:

* Bancos de Leite Humano com coleta domiciliar:

- Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros
Centro de Referência da Região Metropolitana
(11)2692.4068 / 2292.4188 - ramal 256
- Hospital Municipal Campo Limpo
(11)3394.7653 - (PABX) 3394.7460
- Hospital Municipal Ermelino Matarazzo
(11)3394.8046 - (PABX) 3394.8030 - ramal 8046
- Hospital Estadual Interlagos
(11)5669.1891 / 5668.1210
- Hospital Estadual Ipiranga
(11)2067.7866
- Hospital Estadual Regional Sul
(11)5694.8207
- Hospital Estadual Servidor Público
(11)5088.8172 / 5088.8247
- UNIFESP/EPM
(11)5539.0155 (direto) / 5573.3371
- Hospital Universitário da USP
(11)3091.9252 / 9210 / 9409
- Hospital Estadual Vila Penteadó
(11)3976.9911 - ramal 207

* Bancos de leite Humano sem coleta domiciliar:

- Hospital Municipal Vila Nova Cachoeirinha
(11)3986.1011
- Hospital Geral de Pedreira
(11)5613.5900 - ramal 4937
- Hospital Santa Joana
(11)5080.6062
- Hospital São Luiz (ITAIM)
(11)3040.9335 / 1649
- Hospital São Luiz (Anália Franco)
(11)3386.1028 / 1499 / 1300
- Hospital Albert Einstein
(11)2151.2734 / 2151.3128