

TeleCondutas[®]

Aleitamento Materno

Versão digital
2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS-UFRGS

Rua Dona Laura, 320 – 11º andar
Bairro Rio Branco
CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3333-7025
Site: www.telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Coordenação Geral:
Roberto Nunes Umpierre
Marcelo Rodrigues Gonçalves

Organizadores:
Ana Cláudia Magnus Martins
Elise Botteselle de Oliveira
Laura Ferraz dos Santos
Rudi Roman

Autores:
Ana Cláudia Magnus Martins
Daniela Dal Forno Kinalski
Fabiane Elizabetha de Moraes Ribeiro
Gabriela Monteiro Grendene
Gabriela Vescovi
Juliana Nunes Pfeil
Laura Ferraz dos Santos
Luiza Emília Bezerra de Medeiros
Michelle Roxo Gonçalves
Milena Rodrigues Agostinho Rech
Thayane Martins Dornelles

Designer:
Lorenzo Costa Kupstaitis

Revisão ortográfica e normalização:
Angélica Dias Pinheiro

TELECONDUTAS Nº 25 – ALEITAMENTO MATERNO

Sumário

[Introdução](#)

[Benefícios do aleitamento materno](#)

[Saúde da criança](#)

[Saúde materna](#)

[Aspectos psicológicos e sociais](#)

[Educação em saúde](#)

[Características e funções do leite materno](#)

[Definições: tipos de aleitamento materno](#)

[Avaliação do aleitamento materno](#)

[Técnica da amamentação e orientação da pega](#)

[Manejo dos principais problemas relacionados à amamentação](#)

[Hábitos intestinais da criança em aleitamento materno exclusivo](#)

[Alimentação da nutriz](#)

[Contraindicações ao aleitamento materno](#)

[Inibição da lactação](#)

[Aleitamento materno em situações especiais](#)

[Gemelaridade](#)

[Retorno ao trabalho e manutenção da amamentação](#)

[Suplementação complementar](#)

[Referências](#)

Introdução

O Ministério da Saúde, alicerçado pelos pressupostos da Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda o aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo de forma exclusiva nos primeiros seis meses.

A amamentação é um desafio que gera muitos questionamentos e apresenta dificuldades reais que podem ocasionar a interrupção do aleitamento materno. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) têm papel fundamental na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, visto que é de sua responsabilidade o acompanhamento do binômio mãe-bebê nos primeiros anos de vida.

Na medida em que as pesquisas avançam, as evidências científicas sobre os benefícios da amamentação só aumentam, em diversas áreas. Estima-se que a ampliação do aleitamento materno a nível mundial possa evitar 823 mil mortes de crianças e 20 mil mortes de mulheres.

Benefícios do Aleitamento Materno

Saúde da criança

A amamentação exclusiva é considerada um fator de proteção contra o risco de morte e hospitalização por desnutrição e doenças infecciosas em crianças menores de seis meses. Metade de todos os episódios de diarreia e um terço das infecções respiratórias poderiam ser prevenidas pela amamentação. Além disso, crianças em aleitamento materno apresentam uma diminuição da incidência de otite média aguda, infecção urinária e sepse.

Em longo prazo, os benefícios estão relacionados à redução do risco de algumas doenças crônicas como a obesidade/sobrepeso, diabetes tipo I e II, leucemia, doença de Crohn, colite ulcerativa, doença de Hodgkin, alergia à proteína do leite de vaca, dermatite atópica, asma e neuroblastoma. Outro efeito benéfico da amamentação é no desenvolvimento cognitivo, onde o Quociente de Inteligência (QI) foi maior nas crianças amamentadas quando comparadas com as que não foram ou que foram por menos tempo.

Para além dos benefícios já comprovados, existe uma relação importante com o vínculo entre o binômio mãe-bebê, o desenvolvimento e o comportamento infantil, uma vez que crianças que adoecem com frequência podem não ter o seu desenvolvimento físico, intelectual e psicoemocional adequados.

Saúde materna

A mulher que amamenta imediatamente após o nascimento do bebê tem redução considerável do risco de hemorragia pós-parto. Além disso, o aleitamento materno auxilia na perda do peso acumulado durante a gestação. Em longo prazo, há redução na prevalência de câncer de mama, de ovário e de endométrio, e redução em 15% na incidência de diabetes tipo II para cada ano da lactação. O aleitamento materno ainda pode ser fator de proteção contra doenças como hipercolesterolemia, hipertensão, obesidade e depressão pós-parto.

Ainda, pode-se afirmar o benefício econômico direto para a família e, em consequência, para a sociedade, no momento em que se evita a necessidade da compra de fórmulas lácteas artificiais, leites industrializados e artigos como mamadeiras e bicos artificiais.

Aspectos psicológicos e sociais

Nos primeiros meses, é normal que a criança mame com frequência e sem horários regulares. Em geral, um bebê em aleitamento materno exclusivo mama de oito a 12 vezes ao dia. Muitas mães, principalmente as que estão inseguras e com baixa autoestima, costumam interpretar

esse comportamento normal como sinal de fome, de leite “fraco” ou de pouca produção de leite, o que pode resultar na introdução precoce e desnecessária de fórmulas infantis.

Estas percepções negativas, somadas ao medo, à exaustão, ao impacto na sexualidade e no corpo da mulher, à idealização excessiva, às possíveis dificuldades físicas e às demandas do lar são fatores que impactam negativamente nesse momento de adaptação. A presença de depressão pós-parto ou outros distúrbios da saúde mental também são conhecidos fatores de risco para o abandono do aleitamento materno.

Qualquer dificuldade enfrentada durante esse período, que seja sentida como culpa individual, pode gerar sobrecarga emocional na mulher. A amamentação está no domínio delas, mas quando parcerias, famílias, profissionais e instituições de saúde, locais de trabalho, comunidades e sociedade as apoiam, as dificuldades são mais bem superadas e a amamentação tem maiores chances de sucesso.

Educação em saúde

Em relação às ações de educação em saúde sobre amamentação, é mais efetiva a combinação de atividades educativas antes e depois do parto do que apenas em um ou outro momento. O fornecimento de material escrito somente se mostrou benéfico quando realizado após as ações educacionais, e nunca exclusivamente. Dessa forma, as consultas pré e pós-natal são espaços privilegiados para o esclarecimento de mitos, o aconselhamento comportamental, o treinamento de habilidades e soluções de problemas individualmente. Além disso, proporcionar a troca de experiência em pequenos grupos de gestantes e puérperas que já estão amamentando também são efetivas. Incluir membros da família da lactante nas consultas e atividades educativas, especialmente o(a) companheiro(a), é fator que promove a manutenção do aleitamento.

Todos os membros da equipe de saúde devem ser envolvidos nessas atividades. Os agentes comunitários de saúde possuem um relevante papel ao levar orientações até a população alvo. Realizar a busca ativa de puérperas que estejam amamentando, e não somente o acolhimento daquelas que buscam ajuda, é outra ação de impacto positivo. A amamentação é um tema multiprofissional e sua abordagem somente será eficaz quando assim tratado.

Características e funções do leite materno

A composição do leite materno se modifica ao longo do tempo de acordo com as necessidades do recém-nascido e se divide em quatro tipos: o leite precoce, produzido durante a gestação; o colostro, produzido na primeira semana pós-parto; o leite de transição, produzido na segunda semana pós-parto e o leite maduro, que será produzido a partir da segunda quinzena pós-parto.

O colostro é um leite rico em proteínas e com baixo teor de gorduras, produzido em pequena quantidade nos primeiros dias após o parto. Pela sua composição, o colostro pode apresentar coloração mais clara e ter aspecto mais ralo, o que não significa que ele seja um “leite fraco”. De maneira geral, alguns componentes do leite são crescentes ou decrescentes conforme sua maturação e as necessidades da fase do bebê. Por exemplo, algumas proteínas protetoras são produzidas em maior quantidade no colostro, já a energia (caloria) fornecida pelo leite tende a aumentar com a maturação do mesmo. Essas mudanças justificam alterações na coloração e espessura do leite.

É importante salientar que a concentração de gordura no leite aumenta no decorrer de uma mamada. O leite inicial (ou anterior) é mais rico em proteínas e o do final da mamada (chamado de leite posterior) é mais rico em calorias, o que proporciona maior saciedade à criança. Porém, a frequência da estimulação e o grau de esvaziamento necessário para a produção adequada de leite variam conforme características maternas e infantis. A recomendação de “esvaziar” uma mama para então passar para a outra deve ser orientada com cautela, uma vez que a maioria das mulheres relata dificuldade na percepção de volume da mama.

Comparativamente ao leite materno, não há vantagem para o bebê na utilização de fórmulas infantis e/ou de outros leites. Leites artificiais devem ser vistos como último recurso da alimentação infantil. Atualmente, mesmo com toda a tecnologia disponível às indústrias, é impossível reproduzir o leite humano.

Definições: tipos de aleitamento materno

- Aleitamento materno exclusivo: a criança é alimentada somente com leite materno ou leite humano proveniente de um Banco de Leite, sem ingerir outros tipos de líquidos ou sólidos, exceto nos casos de medicações.
- Aleitamento materno predominante: crianças que, além do leite materno, ingerem água ou derivados da água, como chás, infusões ou sucos de fruta.
- Aleitamento materno misto ou parcial: quando a criança recebe leite humano e fórmulas artificiais ou outros tipos de leite.
- Aleitamento materno complementado: inclusão de alimentos sólidos, semissólidos e fórmulas artificiais ou outros tipos de leite, além do leite humano.

Avaliação do Aleitamento Materno

A primeira consulta do recém-nascido deverá ocorrer, idealmente, na sua primeira semana de vida, que constitui um momento propício para estimular e auxiliar a família nos desafios do aleitamento materno exclusivo. Uma estratégia para garantir a consulta na primeira semana é aproveitar o momento da coleta do Teste do Pezinho (3º ao 5º dia) para realizá-la ou agendá-la para os próximos dias. Ainda aproveitando a oportunidade, a amamentação pode ser avaliada durante a coleta. Estudos recentes reforçam o benefício da amamentação para o alívio da dor no bebê.

O exame físico específico do lactente deve avaliar cabeça, pescoço e cavidade bucal. No exame extrabucal pode-se avaliar a presença de torcicolo, retrognatismo ou prognatismo e fenda labial. No exame físico intrabucal também pode haver variações da normalidade ou patologias que interfiram na amamentação, como dentes neonatais, frênulo lingual e/ou labial curtos, fenda palatina, hipertrofia de adenoides com respiração bucal e lesões na cavidade oral (candidíase).

Independente do diagnóstico, os pacientes com quaisquer das alterações mencionadas anteriormente devem ser amamentados, pois a amamentação é importante para o desenvolvimento da sucção, respiração, mastigação, deglutição e fala, favorecendo o desenvolvimento das estruturas do sistema motor-oral, que já estão afetadas nas crianças com alguma alteração clínica. Os achados clínicos têm a função apenas de direcionar os profissionais de saúde a uma orientação da amamentação adequada e de maneira individualizada.

Na mulher, a mama deve ser inspecionada quanto à presença de ingurgitamento, erupção cutânea, abrasões, abscessos, úlceras, fissuras mamilares, sensibilidade ou áreas de eritema que indiquem mastite.

Após o exame físico, a amamentação deve ser observada. A ferramenta a seguir é um recurso útil de avaliação nesses atendimentos.

Quadro 1. Recomendações da OMS para observação de mamadas.

SINAIS DE QUE A AMAMENTAÇÃO ESTÁ INDO BEM	SINAIS DE POSSÍVEIS DIFICULDADES
GERAL	
Mãe	Mãe
() Mãe aparenta estar saudável	() Mãe aparenta estar doente ou deprimida
() Mãe relaxada e confortável	() Mãe aparenta estar tensa e desconfortável
() Sinais de vínculo entre mãe e bebê	() Ausência de contato visual entre mãe e bebê
Bebê	Bebê
() Bebê aparenta estar saudável	() Bebê aparenta estar sonolento ou doente
() Bebê calmo e relaxado	() Bebê está inquieto ou chorando
() Bebê alcança ou procura a mama se tem fome	() Bebê não alcança ou procura a mama
MAMAS	
() Mamas com aparência saudável	() Mamas vermelhas, edemaciadas, doloridas
() Ausência de dor ou desconforto	() Dor na mama ou mamilo
() Mama bem apoiada com dedos longe do mamilo	() Mama apoiada com dedos na aréola
() Mamilo proeminente, protrátil	() Mamilo plano, não protrátil
POSIÇÃO DO BEBÊ	
() Cabeça e corpo do bebê alinhados	() Pescoço e cabeça do bebê torcidos para mamar
() Bebê mantido perto do corpo da mãe	() Bebê afastado do corpo da mãe
() Todo corpo do bebê apoiado	() Bebê apoiado pela cabeça e pescoço
() Bebê aproxima-se da mama, nariz em frente ao mamilo	() Bebê aproxima-se da mama, lábio inferior em frente ao mamilo
PEGA DO BEBÊ	
() Mais aréola visível acima do lábio superior do bebê	() Mais aréola visível abaixo do lábio superior do bebê
() Boca do bebê bem aberta	() Boca do bebê pouco aberta
() Lábio inferior virado para fora	() Lábios voltados para a frente ou para dentro
() Queixo do bebê toca a mama	() Queixo do bebê não toca a mama
SUCÇÃO	
() Lenta, sugadas profundas com pausa	() Sugadas rápidas e superficiais
() Bochechas arredondadas durante a sucção	() Bochechas encovadas durante a sucção
() Bebê larga a mama quando termina	() Mãe retira o bebê da mama
() Mãe nota sinais do reflexo da ocitocina	() Mãe não nota sinais do reflexo da ocitocina

Fonte: World Health Organization (2009).

Técnica da amamentação e orientação da pega

Recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama. É o que se chama de amamentação em livre demanda.

Durante a primeira semana pós-parto ou até que a amamentação seja estabelecida, as mães devem amamentar sempre que o bebê mostrar sinais de fome, mesmo que de hora em hora. Recomenda-se não ultrapassar o intervalo de quatro horas desde a última mamada. Após a primeira semana, a frequência de amamentação diminui à medida que as habilidades maternas e infantil melhoram e o volume de leite aumenta. Um estudo mostrou que bebês amamentados exclusivamente receberam uma média de sete mamadas por dia aos dois meses de idade.

A duração de uma mamada não deve ser fixada. O tempo necessário para transferir o mesmo volume de leite pode variar de 5 a 20 minutos para diferentes díades mãe-bebê, mas algumas crianças podem precisar de mais tempo e isso deve ser respeitado. A pega é considerada adequada quando a boca do bebê está bem aberta, seu lábio inferior virado para fora, seu queixo está tocando a mama, e a aréola é mais visível acima da boca do bebê (Figura 1). Orientações para uma boa pega:

- Não haver obstáculos entre a boca da criança e o mamilo, como roupas, panos, a mão da mãe ou o braço da criança.

- Quando a criança abrir a boca, deve-se levar a boca da criança ao peito. É possível fazer com que o bebê abra bem a boca tocando levemente os seus lábios com o mamilo. Com a boca bem aberta, o bebê consegue pegar o bico do peito e o máximo possível da aréola. Se o bebê não pegar bem ou se a mãe tiver dor ao amamentar, tire o bebê do peito com cuidado, desfazendo o vácuo formado pela sucção, introduzindo o dedo mínimo pelo canto da boca do bebê e, então, repita a tentativa.

- Evitar o uso de chupetas e mamadeiras. A dinâmica de sucção dos bicos artificiais é sabidamente diferente da sucção do seio materno e está diretamente relacionada à dificuldade de alguns bebês em mamar de forma efetiva, algo conhecido como “confusão de bicos”.

Figura 1. Pega adequada



Para auxiliar na pega e no conforto da mãe e bebê durante a mamada, podem ser orientadas diversas posições:

Figura 2. Posicionamento





O nível de conforto materno e as habilidades de amamentação da díade variam consideravelmente. Assim, a avaliação da frequência e duração apropriadas depende do peso desejado e dos sinais de ingestão suficiente, em vez de um horário fixo ou alimentação programada. Em geral, quando a produção de leite e/ou o crescimento infantil são inadequados, o aumento da frequência das mamadas deve ser a primeira intervenção e, geralmente, é bem-sucedida.

Manejo dos principais problemas relacionados à amamentação

Os problemas enfrentados pelas nutrizes durante o aleitamento materno podem ser importantes causas de interrupção da amamentação se não forem precocemente identificados e tratados. É responsabilidade de todos os profissionais de saúde a prevenção e o manejo dessas dificuldades.

Sugere-se que ainda durante o pré-natal a mulher seja estimulada a identificar sua rede de apoio nos primeiros dias de vida do bebê, para que ela possa se dedicar à amamentação em livre demanda.

Alguns bebês resistem às tentativas de serem amamentados. Muitos apresentam dificuldades em se manter acordados nos primeiros dias de vida, principalmente os prematuros, o que pode causar uma transferência insuficiente de leite. Outros, porém, começam a mamar e logo após alguns segundos largam a mama e choram.

Essas situações podem estar associadas ao uso de bicos artificiais ou chupetas ("confusão de bicos") ou, ainda, à presença de dor quando o bebê é mal posicionado para mamar. No entanto, com frequência não se descobre a causa dessas resistências iniciais.

O manejo desses casos necessitará de apoio e monitoramento adicional, além de ações como acalmar a mãe e o bebê, suspender o uso de bicos e chupetas quando presentes e insistir nas mamadas por alguns minutos cada vez. Além disso, é preciso avaliar a presença de problemas adicionais, descritos a seguir.

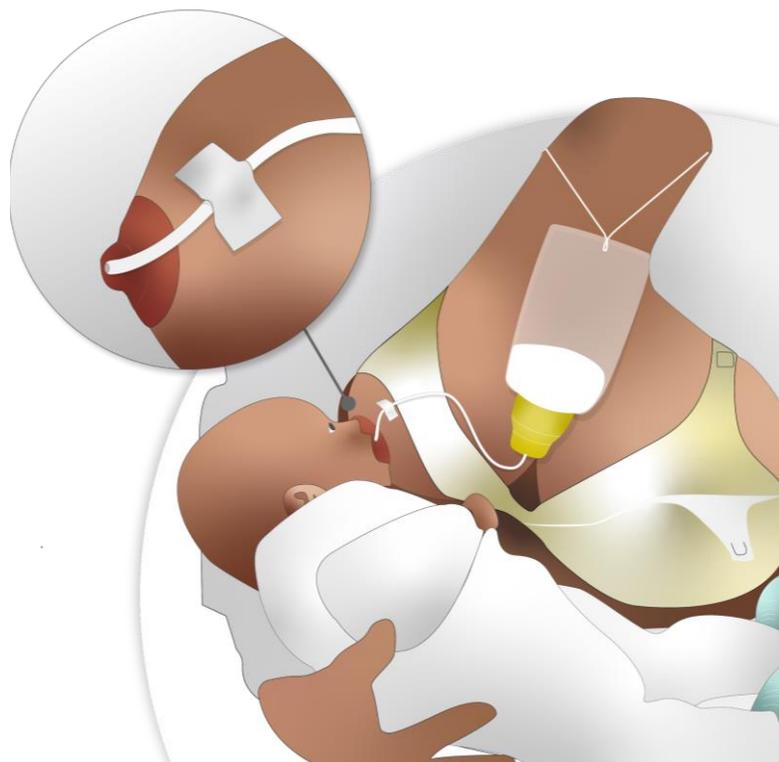
1. **Mamilos planos ou invertidos:** não são impeditivos para a amamentação. Nenhum tipo de bico do seio impede a amamentação, no entanto, mamilos planos ou invertidos podem dificultar o seu início. Orientações como manobras para aumentar e fortalecer os mamilos, esticar, esfregá-los com buchas ou toalhas ásperas, uso de conchas ou sutiãs com um orifício central para alongar os mamilos não são mais recomendadas.

Observa-se que a maioria dos mamilos curtos se modifica com o avançar da gravidez, ganhando elasticidade, sem nenhum tratamento. São considerados mamilos invertidos aqueles que, ao pressionar a aréola entre o polegar e o dedo indicador, se retrai. O grau de inversão tende a diminuir em gravidezes subsequentes. Nos casos de mamilos planos e invertidos, a intervenção efetiva ocorre após o nascimento do bebê, com ajustes na pega.

São orientações úteis para essa situação:

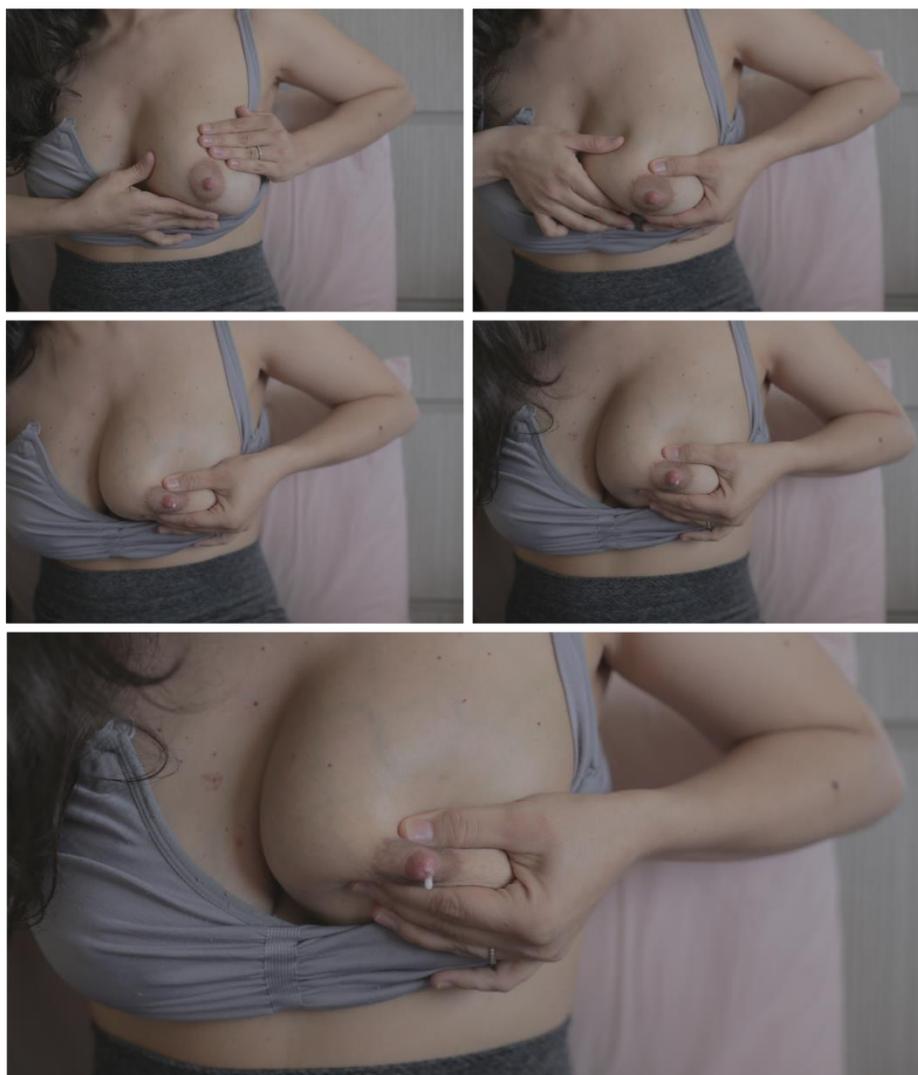
- Uso de sutiã adequado que forneça sustentação das mamas;
- Estimular e promover confiança e empoderamento na mãe quanto à sua capacidade de amamentar. Transmitir à mãe que, com paciência e perseverança, o problema poderá ser superado e que, com a sucção do bebê, os mamilos vão se tornando mais propícios à amamentação;
- Auxiliar na posição e pega correta, bem como nas posições para amamentação;
- Mostrar à mãe manobras que podem ajudar a aumentar o mamilo antes das mamadas, como simples estímulo (toque) ou a aplicação de compressas frias nos mamilos;
- Pode-se utilizar da ordenha e oferecer o leite por meio do copo, colher ou translactação, até que a criança consiga realizar a pega de forma adequada.

A translactação consiste em um recipiente (pode ser copo, xícara ou seringa) contendo leite (de preferência o próprio leite materno), colocado entre as mamas da mãe e conectado ao mamilo por meio de uma sonda (sonda gástrica nº 4 ou 6), que pode ser fixada com micropore (Figura 3). A criança, ao sugar o mamilo, recebe o suplemento. Dessa maneira o bebê continua a estimular a mama e sente-se gratificado ao sugar o seio da mãe e ser saciado.

Figura 3. Translactação

2. **Apojadura ou “descida do leite”:** é o aumento significativo da prolactina, hormônio responsável pela produção do leite, que ocorre após o nascimento do bebê (independente da via de parto), o que faz com que a mulher tenha um aumento considerável no volume das mamas, chegando a causar ingurgitamento mamário (ver conduta no próximo tópico). Manejo:

- Esclarecer que esse processo é normal e que vai passar em 3 a 4 dias;
- Estimular a amamentação em livre demanda. Quanto mais o bebê mamar, menor será o desconforto e mais rápido se estabelecerá a produção adequada de leite;
- A sucção do bebê proporciona a melhor ordenha possível, com a força e ritmo adequados. Caso não seja o suficiente, a ordenha manual (Figura 4) do seio deve ser orientada para alívio do desconforto, nos intervalos entre as mamadas;
- Aquelas mulheres que possuem aparelhos de ordenha manual ou elétrica devem ser orientadas quanto ao uso moderado, pois a sucção exagerada pode aumentar muito a produção de leite e/ou causar machucados nos mamilos.

Figura 4. Ordenha manual

Nos casos em que houver atraso na apojadura, recursos como a translactação ou a oferta de leite no copinho podem ser utilizados.

3. **Dor nos mamilos e fissuras:** são comuns nos primeiros dias após o parto. A mulher pode sentir dor discreta ou mesmo moderada nos mamilos no começo das mamadas, devido à forte sucção deles e da aréola. Essa dor pode ser considerada normal e não deve persistir além da primeira semana. No entanto, ter os mamilos muito doloridos e machucados, apesar de muito comum, não é normal e requer intervenção:

- Ajustar posicionamento e pega, que geralmente são as causas do problema (ver tópico - Técnica da amamentação e orientação da pega);
- Orientar o início da mamada pela mama menos afetada;
- Ordenhar um pouco de leite antes da mamada, o suficiente para desencadear o reflexo de ejeção de leite, evitando dessa maneira que a criança tenha que sugar muito forte no início da mamada para desencadear o reflexo;

- Introduzir o dedo mínimo pelo canto da boca do bebê para a sucção ser interrompida antes de a criança ser retirada do seio;
- Lavar apenas com água, após cada mamada. Não utilizar sabão, álcool e/ou produto secante;
- Não havendo infecção, a lanolina pode diminuir o desconforto da lactante, embora não haja evidências de que esse produto acelere a cicatrização. Muitos tratamentos têm sido utilizados ou recomendados para lesões mamilares. Entretanto, a eficácia deles não tem sido avaliada adequadamente; como consequência, os tratamentos de traumas mamilares utilizados rotineiramente não são respaldados por estudos de qualidade;
- Uso de analgésicos e anti-inflamatórios para promover alívio da dor. Ibuprofeno, paracetamol e dipirona são seguros na lactação;
- Avaliar a possibilidade de infecção sobreposta ao trauma mamilar. Havendo suspeita de infecção local bacteriana (geralmente por *S. aureus*), antibiótico tópico está indicado (mupirocina a 2%, 3 vezes ao dia após as mamadas, por 10 dias). Tratamento da candidíase é abordado mais adiante.

Considerando que a cicatrização de feridas é mais eficiente se as camadas internas da epiderme (expostas pela lesão) se mantiverem úmidas, não se recomenda tratamento de lesões mamilares com banho de luz, banho de sol e/ou secador de cabelo. Contudo, para prevenção das lesões, recomenda-se que os mamilos se mantenham secos, expondo-os ao ar livre e realizando trocas frequentes dos forros utilizados quando há vazamento de leite.

4. **Ingurgitamento mamário ou “leite empedrado”**: ocorre devido à congestão/aumento da vascularização da mama, retenção de leite nos alvéolos e edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático. Como resultado, há compressão dos ductos lactíferos, o que dificulta ou impede a saída do leite dos alvéolos. Manejo:

- Ordenha manual antes da mamada;
- Massagens delicadas das mamas, com movimentos circulares;
- Mamadas frequentes, sem horários preestabelecidos (livre demanda);
- Uso de sutiã com alças largas e firmes, sem estruturas metálicas;
- Compressa fria, por poucos minutos (sugere-se no máximo 5 minutos), após as mamadas pode ser útil para inibir a produção desencadeada pela sucção. Atenção! Essa orientação deve ser dada com cautela, pois o uso exacerbado desse recurso (que também alivia o desconforto local) pode interferir na produção do leite, bem como compressas geladas podem causar queimaduras na pele das mamas;
- Uso de analgésicos e anti-inflamatórios para promover alívio da dor. Ibuprofeno é considerado a primeira escolha, mas paracetamol e dipirona também podem ser usados.

5. **Bloqueio dos ductos lactíferos:** ocorre quando o leite produzido numa determinada área da mama, não é drenado adequadamente. Tipicamente, caracteriza-se por nódulos localizados, sensíveis e dolorosos, acompanhados de vermelhidão e calor na área envolvida. Às vezes, essa condição está associada a um pequeno, quase imperceptível, ponto branco na ponta do mamilo, que pode ser muito doloroso durante as mamadas. Entre as causas desse bloqueio estão: posicionamento e pega desajustados, uso de roupas apertadas ou sutiã mal ajustado, ingurgitamento e infecções. Manejo:

- Mamadas frequentes;
- Utilização de distintas posições para amamentar, oferecendo primeiramente a mama afetada;
- Calor local (compressas mornas) e massagens suaves na região atingida, na direção do mamilo, antes e durante as mamadas;
- Ordenha manual da mama ou com bomba de extração de leite, caso a criança não esteja conseguindo esvaziá-la;
- Remoção do ponto esbranquiçado na ponta do mamilo, caso esteja presente, esfregando-o com uma toalha ou utilizando uma agulha esterilizada;
- Analgésicos sistêmicos por via oral se houver dor importante (ibuprofeno, paracetamol ou dipirona).

6. **Mastite lactacional:** é um processo inflamatório por consequência da falta de manejo efetivo para os problemas citados acima (fissura mamilar, ingurgitamento mamário, bloqueio de ductos), que pode progredir ou não para infecção bacteriana. O leite estagnado propicia o crescimento de bactérias, provocando a mastite infecciosa (principalmente por *S. aureus*), sendo as lesões mamilares a sua principal porta de entrada. Tanto na mastite não-infecciosa quanto na infecciosa há presença de calor, vermelhidão, edema e dor na mama. Na existência de infecção, no entanto, as manifestações clínicas estão presentes por mais de 12-24h e são acompanhadas de sintomas sistêmicos como mal-estar importante, febre alta (acima de 38 ° C) e calafrios. O diagnóstico é essencialmente clínico, não sendo necessários exames laboratoriais.

Manejo:

- Oferecer sintomáticos para alívio da dor (analgésicos e anti-inflamatórios como ibuprofeno) e estimular a amamentação ajustando a técnica para o esvaziamento completo da mama. A retirada manual do leite após as mamadas pode ser necessária se não houver esvaziamento adequado.
- Outras medidas de suporte: repouso da mãe, suporte emocional, líquidos abundantes, iniciar a amamentação na mama não afetada, usar sutiã bem firme, compressas frias.
- Antibioticoterapia deve ser imediatamente instituída na mastite infecciosa, além das medidas acima. As primeiras opções são cefalexina 500 mg, por via oral, de 6/6 horas e

amoxicilina associada ao ácido clavulânico (500 mg/125 mg), por via oral, de 8/8 horas. Os antibióticos devem ser utilizados por 10 a 14 dias.

Se não houver regressão dos sintomas dentro de 48 a 72 horas do início da antibioticoterapia, deve ser considerado solicitar exame de imagem. A ecografia mamária é o método mais eficaz para diferenciar a mastite do abscesso mamário.

7. **Abscesso mamário:** na maioria das vezes, é causado por mastite não tratada ou com tratamento iniciado tardiamente ou ineficaz. Frequentemente inicia após a interrupção da amamentação na mama afetada pela mastite sem o esvaziamento adequado do leite por ordenha. A mulher pode apresentar febre, dor intensa, mal-estar, calafrios e áreas de flutuação na mama. A ultrassonografia é recomendada para confirmar o diagnóstico e indicar o melhor local para incisão ou aspiração.

Manejo:

- Drenagem cirúrgica, de preferência sob anestesia local, com coleta de secreção para cultura e teste de sensibilidade a antibióticos, se disponível;
- Além da drenagem, é indicado o esvaziamento regular da mama afetada, antibioticoterapia e demais medidas indicadas para o tratamento da mastite. A amamentação deve ser mantida na mama sadia. Na mama comprometida, caso a sucção seja muito dolorosa, é aconselhado interromper temporariamente a amamentação até a melhora da dor. Porém, é necessário o esvaziamento desta mama com ordenha manual ou com o auxílio de bombas manuais ou elétricas.

Os abscessos mamários não adequadamente tratados podem evoluir para drenagem espontânea, necrose e até mesmo a perda do tecido mamário. Abscessos muito grandes podem necessitar de ressecções extensas, podendo resultar em deformidades da mama, bem como comprometimento funcional.

8. **Baixa produção de leite:** a expressão pouco leite ou “leite fraco” é reflexo das crenças populares e de insegurança quanto à capacidade da mulher de nutrir plenamente o seu bebê, e deve ser combatida. É imprescindível esclarecer a mães, familiares e sociedade que não existe “leite fraco”, que a prolactina pode estar diminuída pelo simples fato do bebê não estar mamando com frequência ou da mama não estar sendo estimulada adequadamente, devido à pega incorreta. Nessas situações, deve-se colocar o bebê para mamar com intervalo máximo de três horas, sem limitar o tempo no seio, e corrigir a pega. O acompanhamento do peso do bebê torna-se uma ferramenta fundamental para avaliar a eficácia da amamentação. Manejo:

- Avaliar os fatores maternos (desejo de amamentar, estresse, falta de apoio);
- Acolher a mãe, valorizar a queixa (sem necessariamente concordar);

- Avaliar se as mamas estão cheias ou flácidas;
- Verificar se a pega e o posicionamento do bebê estão corretos;
- Orientar o aumento da frequência das mamadas e sem restrição de tempo para o bebê esvaziar as mamas;
- Estimular o contato pele a pele;
- Oferecer as duas mamas em cada mamada;
- Se a criança estiver sonolenta ou se não sugar vigorosamente, trocar o bebê de mama, mais de uma vez, numa mesma mamada;
- Após a mamada, ordenhar o leite residual.

Uso de galactagogos: são substâncias que podem auxiliar o início e a manutenção da produção de leite humano. Porém, evidências científicas demonstram eficácia limitada na utilização de medicamentos no aumento da produção de leite materno, não havendo recomendação do seu uso rotineiro.

Após esgotados os recursos não farmacológicos de manejo e aconselhamento para fatores modificáveis, e em alguns casos específicos, o uso de medicamentos pode ser um recurso, como:

- Nutriz e/ou bebê que necessita de internação hospitalar em que não há possibilidade de colocar o bebê no peito e, conseqüentemente, ocasiona a baixa na produção do leite;
- Relactação - estabelecer a secreção do leite após o desmame;
- Amamentação adotiva - mulheres que têm filhos adotivos e que desejam amamentar.

Nestes casos, os medicamentos de prescrição mais comuns são a domperidona e a metoclopramida. Há evidências limitadas para apoiar a eficácia, e existem potenciais preocupações com a segurança do uso dos mesmos, portanto, precisam ser usados com cautela. A mulher deve ser orientada quanto aos potenciais efeitos colaterais e a falta de dados que apoiem seu uso. São eles:

- Domperidona: 10 mg, 3 vezes ao dia, por 7 a 14 dias. Evidência de efetividade no uso entre o 2º dia até a 4ª semanas após o parto. Não atravessa a barreira hematoencefálica, o que o torna mais seguro que a metoclopramida.
- Metoclopramida: 10 mg, 3 vezes ao dia, por 7 a 14 dias. Em uso por mais de quatro semanas, foram descritos efeitos colaterais como agitação, sedação e manifestações extrapiramidais na nutriz. Os lactentes devem ser observados para efeitos adversos como sonolência, déficit de sucção, irritabilidade e desconforto abdominal.

Apesar de ser ainda muito utilizado, o uso de neurolépticos como a sulpirida não é recomendado para esta finalidade. Em nota oficial, o laboratório que fornece essa medicação no

Brasil contraindica o seu uso durante a amamentação, justificada por comprovada excreção da substância no leite materno e possíveis eventos adversos na criança amamentada.

O uso de fitoterápicos com o objetivo de aumento da produção de leite materno, como feno-grego, silimarina e galega (arruda-caprária), tem evidência limitada na literatura, além da ausência de regulação das preparações, dosagem, contaminantes, potencial alérgico e tóxico e possíveis interações medicamentosas.

9. **Cirurgia de mama:** procedimentos de aumento ou redução das mamas podem interferir na produção de leite. É mais provável que isso ocorra quando incisões circulares são feitas em torno da aréola, cortando ductos, interrompendo o fluxo sanguíneo ou neural (pode resultar em perda de resposta hormonal ao aleitamento). A ruptura cirúrgica dos ductos lácteos e o tecido cicatricial pode predispor as mulheres a ductos obstruídos, mastite ou formação de cistos de retenção de leite. No entanto, o efeito da cirurgia na capacidade de amamentar não pode ser previsto com antecedência. Portanto deve-se manter a mãe otimista e investir em todos os manejos descritos anteriormente para o sucesso da amamentação.

10. **Candidíase mamária:** O diagnóstico de candidíase mamária é um desafio, e clinicamente deve basear-se em achados como prurido, dores profundas (fisgadas) e queimação nas mamas, que persistem após as mamadas. No exame físico, vermelhidão em mamilos e aréola, pele brilhante ou com fina descamação são sugestivos desse diagnóstico. Menos frequentemente, os mamilos podem apresentar aspecto de maceração e coloração esbranquiçada.

Na maioria das vezes, a contaminação acontece a partir da criança com monilíase, mesmo quando a doença não seja aparente. Portanto, é essencial o exame da cavidade oral do bebê. A presença de crostas brancas orais, que devem ser distinguidas das crostas de leite (de fácil remoção), sugere o diagnóstico de monilíase.

Manejo da mulher: tratamento tópico com Miconazol creme 2% por 14 dias, aplicar após cada mamada e remover com óleo de girassol ou de coco antes da próxima. Se o tratamento tópico não for eficaz, recomenda-se Fluconazol 400 mg, no primeiro dia e depois 200 mg/dia, por mais 14 dias.

Manejo do bebê: tratamento tópico com Miconazol gel 2%, 1,25 ml, 4 vezes ao dia, por 14 dias ou Nistatina solução aquosa 100.000 UI/ml, 2 ml, 4 vezes ao dia, por 14 dias. Aplicar com o auxílio de uma gaze e espalhar em toda a cavidade bucal (mucosa jugal, língua, palato e rebordos). Se a terapia tópica falhar, certificar-se que o tratamento foi realizado adequadamente e em caso negativo, repeti-lo. Não havendo resposta à terapia tópica, o tratamento sistêmico recomendado é fluconazol 3 a 6 mg/kg (dose máxima diária 200 mg) uma vez no dia, por 7 a 14 dias.

Orientações gerais:

- Lavar as mãos sempre antes de manusear os seios, amamentar ou tocar a boca do bebê;
- Observar sinais de contaminação na área de fraldas;
- As chupetas e bicos de mamadeira são fontes importantes de reinfecção, por isso, caso não seja possível eliminá-los, eles devem ser fervidos após cada uso, por 1 minuto;
- Acessórios como absorvente e concha para seios devem ser evitados. O absorvente, quando utilizado, deve ser trocado com frequência, evitando criar um ambiente úmido e abafado. A concha deve ser higienizada adequadamente a cada mamada.

Hábitos intestinais da criança em aleitamento materno exclusivo

Nos primeiros dias de vida, as fezes do recém-nascido são de cor escura, pegajosas e sem cheiro, tornando-se, com o passar dos dias, amareladas ou esverdeadas. A tendência é que crianças amamentadas exclusivamente eliminem fezes de coloração amarela, não homogêneas, podendo ser espumantes e explosivas, com uma frequência de 10 ou mais evacuações diárias.

Recém-nascidos podem evacuar mais de uma vez ao dia até uma vez por semana. Os bebês amamentados podem ter poucas evacuações por dia durante os primeiros dias de vida, e a frequência geralmente aumenta à medida que a produção de leite da mãe aumenta. Nos casos em que o bebê apresenta crescimento e ganho de peso adequados, sem sinais ou sintomas como fezes endurecidas, distensão abdominal ou vômitos, deve-se tranquilizar a família. Isso ocorre devido às propriedades do leite materno, que podem ser quase totalmente absorvidas, deixando pouco resíduo. Constipação intestinal é rara em crianças amamentadas exclusivamente.

Com frequência, períodos de um ou mais dias sem evacuar em crianças amamentadas e que vinham evacuando normalmente estão relacionados com redução do volume de leite materno ingerido, portanto, a amamentação deve ser avaliada nestes casos.

Alimentação da nutriz

Mulheres que amamentam não precisam fazer nenhum tipo de restrição alimentar. Não há evidência de que os alimentos interfiram na amamentação. Também não se recomenda restrição de leite, ovos ou amendoim para mães de crianças assintomáticas, pois evitar esses alimentos não diminui o risco do desenvolvimento de alergias na criança. A alimentação da mulher que amamenta deve ser baseada em uma dieta saudável e equilibrada. No entanto, caso ocorra algum sintoma no lactente associado a certos componentes da dieta, pode-se indicar a prova terapêutica:

- Retirar o alimento da dieta por, no mínimo, duas semanas e reintroduzi-lo, observando atentamente a reação da criança. Caso os sinais e/ou sintomas da criança melhorarem com a retirada do alimento e piorem com a sua reintrodução, ele deve ser evitado.

Recomendações que fazem parte de uma alimentação adequada durante a lactação:

- Não realizar dietas restritivas enquanto o aleitamento materno não estiver bem estabelecido e não ingerir medicamentos para a perda de peso. Para a produção de leite materno é necessário evitar dietas e medicamentos que promovam rápida perda de peso (mais de 500 g por semana). Após o aleitamento bem estabelecido, as mulheres com obesidade que desejarem emagrecer podem realizar uma diminuição de 500 kcal/dia na sua dieta habitual, além de exercícios físicos aeróbicos, para promover a perda de peso gradual (até 500 g por semana).
- Não ingerir líquidos em excesso: as mulheres que amamentam devem ser encorajadas a ingerir líquidos em quantidades necessárias para saciar a sua sede. No entanto, líquidos em excesso devem ser evitados, pois não aumentam a produção de leite, podendo até diminuí-la.
- Não consumir peixes ricos em mercúrio (predadores, como peixe espada e cavala): o consumo elevado de mercúrio pode representar risco ao desenvolvimento neurológico do bebê. Peixes com índices menores de mercúrio podem ser consumidos 2 vezes por semana: anchova, bacalhau, pescada, arenque, salmão, sardinha, tilápia, truta, atum, peixe branco.
- Limitar o consumo de café e outros produtos cafeinados: é razoável limitar a ingestão de até no máximo 300 mg de cafeína por dia (cerca de 3 xícaras de café). Com consumo acima dessa quantidade, algumas crianças podem apresentar irritação ou ter dificuldade para dormir.
- Evitar o consumo de álcool: a ingestão de 0,3 g/kg de álcool, conteúdo presente em uma lata de cerveja, pode reduzir em até 23% a ingestão de leite pela criança. Há relatos de alteração do odor e do sabor do leite materno após uso de bebidas alcoólicas, podendo levar à recusa do leite pela criança. Também há evidência de efeitos deletérios do sistema nervoso central do recém-nascido. Quando não for possível evitar o consumo, a lactante deve ser orientada de que a cada *drink* consumido, a amamentação deve ser interrompida por duas horas. Um *drink* corresponde a 340 ml de cerveja, 141,7 ml de vinho e 42,5 ml de bebidas destiladas.

Além disso, lactantes vegetarianas têm risco potencial de deficiências minerais, proteicas e vitamínicas, dependendo do grau de restrição alimentar (por exemplo, o vegetariano estrito) e, dessa forma, deve-se considerar a necessidade de suplementação de cálcio, vitamina D e B12.

Mulheres que realizaram cirurgia bariátrica também necessitam manter a reposição vitamínica durante a amamentação, especialmente de vitamina B12.

Contraindicações ao Aleitamento Materno

Entre as condições que restringem a amamentação, as mais frequentes são aquelas relacionadas à mãe. As condições relacionadas à criança incluem algumas doenças metabólicas raras e crianças prematuras com muito baixo peso.

Condições relacionadas à criança:

- Galactosemia – totalmente contraindicado. As mães de bebês assintomáticos que são positivos para galactosemia no teste de triagem inicial (Teste do Pezinho) devem interromper a amamentação imediatamente, mas podem ser aconselhadas a ordenhar e armazenar leite até que um diagnóstico de galactosemia clássica seja confirmado.

Outros erros inatos do metabolismo, como a fenilcetonúria, podem ser compatíveis com a amamentação parcial, mas os níveis sanguíneos infantis de fenilalanina ou outros metabólitos devem ser monitorados e a amamentação ajustada para manter níveis seguros.

Condições relacionadas à mãe:

- Vírus da imunodeficiência humana (HIV) e Síndrome da imunodeficiência humana (Aids) – totalmente contraindicado no Brasil.
- Vírus linfotrópico humano de células T (HTLV-I e II) – totalmente contraindicado.
- Brucelose – totalmente contraindicado quando não tratada.
- Drogas de abuso ou ilícitas – deve-se desencorajar o uso e oferecer suporte a essas mães, avaliando individualmente quanto ao benefício e risco da amamentação e a capacidade da mãe de cuidar do bebê. Mães usuárias ocasionais de anfetaminas, ecstasy, cocaína ou crack, devem ser orientadas a suspender a amamentação, ordenhar e descartar o leite por um período de 24 a 36 horas após o uso da droga. Quanto à maconha, orienta-se interromper a amamentação, ordenhar e descartar o leite por 24 horas após o seu consumo. Depois desses períodos pode-se reiniciar a amamentação.

Situações que merecem medidas de precaução:

- Bebidas alcoólicas – conforme orientação do tópico “Alimentação da Nutriz”.
- Tabagismo – embora o tabagismo materno não seja uma contraindicação absoluta para a amamentação, ele deve ser fortemente desencorajado, pois está associado a um risco aumentado de síndrome da morte súbita infantil e alergia respiratória infantil. O uso materno de gomas de mascar ou de adesivos contendo nicotina na tentativa de

abandono do vício é considerado seguro para uso durante a amamentação e deve ser incentivado.

- Tuberculose - recomenda-se que enquanto a mãe for bacilífera ela deva amamentar usando máscara cirúrgica, que será dispensada após exame de baciloscopia negativo. Espera-se a negatificação da baciloscopia após duas semanas de terapia antituberculínica adequada.
- Varicela – quando as lesões estão presentes até cinco dias antes ou dois dias depois do parto, indica-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. Nesse período, o leite materno pode ser ordenhado e oferecido ao bebê no copinho. É indicado a administração de Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster (IGHAVZ) no bebê o mais precocemente possível, no máximo até 96 horas após o nascimento.
- Influenza - mulheres com influenza H1N1 devem ser separadas de seus bebês até que estejam afebris. Nesse período, o leite materno pode ser ordenhado e oferecido ao bebê no copinho.
- Herpes simples – suspender a amamentação na mama afetada somente se houver vesículas na mama. Tanto o seio sadio quanto o leite ordenhado da mama afetada podem ser oferecidos.

Inibição da lactação

Métodos não farmacológicos são a primeira escolha para inibição da lactação e devem ser associados entre si, com exceção das puérperas com HIV positivo e HTLV-I e II, que têm indicação formal de supressão farmacológica da lactação no pós-parto imediato.

Métodos não farmacológicos:

- Evitar a sucção e outras formas de estímulo;
- Aplicar compressas frias durante 10 minutos, 4 vezes ao dia;
- Fazer enfaixamento compressivo com ataduras elásticas, por volta de 7 a 10 dias após o parto, com cuidado para não restringir os movimentos respiratórios ou causar desconforto materno. Essa medida isoladamente já alcança 80% dos casos, mas tem adesão baixa em locais de clima quente. O enfaixamento só é recomendado em pacientes com HIV ou HTLV-I e II caso os inibidores farmacológicos da lactação não estejam disponíveis;
- Estimular o uso de sutiã ou “top”.

Métodos farmacológicos:

Cabergolina 0,5 mg, 2 comprimidos, dose única, imediatamente após o parto. Quando a lactação já está estabelecida, administra-se cabergolina 0,25 mg, duas vezes ao dia, por 2 dias ou ainda a bromocriptina 2,5 mg, duas vezes ao dia, por 14 dias.

A cabergolina apresenta melhor comodidade posológica, boa eficácia terapêutica e menos efeitos colaterais que a bromocriptina. Os efeitos indesejados (colaterais) como cefaléia, náusea, vômito, vertigem, dor abdominal e sonolência são fatores limitantes da sua prescrição. São contraindicações ao uso da cabergolina: hipertensão arterial não controlada, hipersensibilidade à droga, doença hipertensiva específica da gestação, insuficiência hepática ou renal grave, úlcera péptica e distúrbios psicóticos.

Aleitamento materno em situações especiais

Gemelaridade

Sabe-se que é possível uma mãe amamentar plenamente dois ou mais bebês, uma vez que as mamas são capazes de responder com produção de leite suficiente às demandas nutricionais das crianças que estão sugando o peito.

O maior obstáculo na amamentação de gêmeos está na falta de apoio à mulher, visto que o processo de amamentação de gêmeos é mais intenso e requer tempo, e a frequente prematuridade dos bebês dificulta o início do processo de aleitamento, causando preocupação sobre a produção suficiente de leite. Assim, é fundamental que as mães de parto múltiplo tenham suporte adicional. Algumas orientações, além das habituais, são úteis para mães de gêmeos, como por exemplo:

- Discutir com a gestante a necessidade de ajuda, principalmente após o nascimento das crianças;
- Estabelecer como meta a realização do “período de aprendizagem” para duração da amamentação, ou seja, um mínimo de seis semanas. O aleitamento de gêmeos requer um período maior de adaptação, e é importante incentivar a mãe a se permitir esse tempo;
- O melhor momento de iniciar o aleitamento materno de gêmeos é logo após o nascimento. Se um ou mais bebês não está em condições de ser amamentado, a mulher deve iniciar a extração manual;
- É muito importante que as crianças sejam amamentadas em livre demanda. Somente haverá produção de leite suficiente para cada uma das crianças se a mãe amamentar (ou retirar leite) com frequência e em livre demanda;

- No caso de extração do leite, desenvolver uma rotina que mimetize as mamadas dos bebês é útil. Para isso, é necessário fazer o esvaziamento das mamas no mínimo 8 a 9 vezes ao dia, totalizando 100 a 120 minutos;
- A coordenação das mamadas pode seguir o método de preferência da mulher: alternância de bebês e mamas em cada mamada; alternância de bebês e mamas a cada 24h ou escolha de uma mama específica para cada bebê. No último caso, pode haver diferença no tamanho das mamas dependendo do estímulo dos bebês. Também se recomenda que a mãe alterne posições de vez em quando para que os olhos da criança ao mamar recebam estímulos semelhantes aos que receberiam se ela mamasse nas duas mamas.
- Existem posições para a amamentação simultânea (ver tópico Técnica da amamentação e orientação da pega);
- Pode-se sugerir que a mãe ou outra pessoa anote as mamadas e o número de fraldas molhadas e sujas de cada criança. Isso pode ajudar a mãe a verificar se ambas as crianças estão recebendo leite suficiente;
- Amamentar plenamente um dos bebês e dar exclusivamente leite artificial ao outro deve ser evitado.

Retorno ao trabalho e manutenção da amamentação

Mães trabalhadoras têm o direito de amamentar e devem ser incentivadas, independentemente do tipo de ocupação. Para mulheres que possuem vínculo de trabalho formal (CLT), a legislação garante pausas para amamentar durante a jornada de trabalho. Para os demais vínculos empregatícios, é necessário se informar sobre os fluxos de cada local.

Na licença amamentação, a mulher tem direito a dois descansos especiais, de meia hora cada um, além dos intervalos normais para repouso e alimentação, até o 6º mês de vida do seu filho. Quando a saúde do filho exigir, o período de seis meses poderá ser prorrogado a critério da autoridade competente. É possível tentar negociar a flexibilização do horário, juntando os dois intervalos de meia hora para entrar mais tarde ou sair mais cedo. Outra estratégia que pode auxiliar na manutenção do aleitamento materno são as salas de apoio à amamentação (facultativo às empresas), na qual mulheres trabalhadoras que desejam manter a amamentação após retornarem da licença-maternidade possam extrair e armazenar seu leite em local higienicamente apropriado durante o expediente laboral.

Se o desejo da mãe é manter o aleitamento materno após o retorno ao trabalho, devemos orientá-la quanto à ordenha do leite, armazenamento e a importância do apoio dos familiares. As

recomendações que devem ser feitas pelo profissional para a manutenção do aleitamento materno encontram-se no quadro 2.

Quadro 2. Recomendações para manutenção do aleitamento materno para mulheres que retornam ao trabalho.

Orientações antes de retornar ao trabalho
Manter o aleitamento materno exclusivo até os seis meses;
Ter ciência antecipadamente sobre as facilidades para a ordenha e armazenamento do leite no local de trabalho (privacidade, geladeira, horários e se a empresa dispõe de sala de apoio à amamentação);
Iniciar o estoque de leite 15 dias antes do retorno ao trabalho. O leite pode ser ordenhado manualmente ou com o auxílio de uma bomba de extração. Após a ordenha, o leite deverá ser congelado e utilizado quando a mãe estiver ausente.
Orientações após o retorno ao trabalho
Continuar amamentando a criança com frequência quando estiver fora do trabalho, inclusive à noite;
Oferecer o leite materno por meio de colheres ou copos, com o intuito de evitar a utilização de mamadeiras;
Durante a jornada de trabalho, realizar ordenha manual para esvaziar as mamas. Armazenar o leite no congelador ou geladeira. Leite cru (não pasteurizado) pode ser armazenado por até 12 horas na geladeira e 15 dias no congelador;
O leite que estiver congelado deverá ser descongelado em banho maria, fora do fogo. Após, deve ser suavemente agitado para homogeneizar a gordura e oferecido imediatamente para a criança.

Fonte: Ministério da Saúde (2015)

Leia mais sobre a ordenha manual, o armazenamento de leite e outras informações no [Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos](#), do Ministério da Saúde.

Suplementação complementar

Na impossibilidade de manter a amamentação exclusiva, a orientação quanto ao uso de leites artificiais ou leite de vaca deve ser individualizada.

Fórmula infantil

A fórmula infantil é usualmente dividida em fórmulas de partida (0-6 meses) e de seguimento (6-12 meses). Essas fórmulas preparadas industrialmente contêm macro e micronutrientes conforme preconizado para a idade, formuladas para atender às necessidades do bebê. Todas as fórmulas infantis disponíveis no Brasil são consideradas seguras, pois seguem as resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e atendem às necessidades nutricionais das crianças, independente da marca. Fórmulas infantis para necessidades dietoterápicas específicas (sem lactose, à base de soja, hipoalergênica, antirrefluxo) não apresentam benefícios comprovados para crianças assintomáticas, e se destinam a situações particulares.

Para calcular a quantidade de fórmula láctea a ser recebida pela criança, deve ser levado em consideração as necessidades energéticas por sexo e por idade, conforme preconizado pela OMS:

Tabela 1 – Requerimentos energéticos no primeiro ano de vida.

Idade (meses)	Meninas		Meninos	
	kcal/dia	kcal/kg/dia	kcal/dia	kcal/kg/dia
0-1	464	107	518	113
1-2	517	101	570	104
2-3	550	94	596	95
3-4	537	84	569	82
4-5	571	83	608	81
5-6	599	82	639	81
6-7	604	78	653	79
7-8	629	78	680	79
8-9	652	78	702	79
9-10	676	79	731	80
10-11	694	79	752	80
11-12	712	79	775	81

Fonte: FAO/OMS/ONU, 2004

Após identificar a quantidade calórica apropriada para a idade, deve-se multiplicá-la pelo peso atual da criança.

Exemplo: RN menina, 19 dias de vida (faixa etária de 0-1 mês), nascida a termo, com 3,9 kg, em uso de fórmula infantil, deverá receber:

Necessidade calórica: 107 kcal/kg peso (0-1 mês) X 3,9 kg (peso atual) = 417,3 Kcal/dia.

Após estabelecer a quantidade calórica, deve-se calcular a quantidade de fórmula a ser utilizada no dia (em ml). Geralmente uma fórmula de partida padrão tem a cada 100ml = 67 kcal ou 0,67 kcal/ml*

Exemplo: 417,3 kcal x 100 ml ÷ por 67 kcal = 622 ml de fórmula por dia.

Tabela 2 - Volume e frequência da refeição láctea para crianças não amamentadas, de acordo com a idade.

Idade	Volume	Número de refeições por dia
Até 30 dias	Entre 60 e 120 ml	De 6 a 8
De 30 a 60 dias	Entre 120 e 150 ml	De 6 a 8
De 2 a 4 meses	Entre 150 e 180 ml	De 5 a 6
De 4 a 8 meses	Entre 180 e 200 ml	De 2 a 3
Acima de 8 meses	200 ml	De 2 a 3

Fonte: Ministério da Saúde (2015)

Os 622 ml de fórmula por dia, divididos por 90 ml, dentro da necessidade da criança conforme a faixa etária, equivalem a 7 refeições por dia. Para cada 30 ml de água filtrada, é adicionada uma medida da lata (geralmente a medida da lata equivale a 4,6 g*). No caso de cada refeição a 90 ml, serão necessárias 3 medidas da lata para essa quantidade de água, por vez.

RN com 19 dias de vida deverá receber entre 6-8 refeições ao longo do dia, entre 60 e 120 ml/refeição. É imprescindível observar a aceitação de volume de líquido pela criança e se necessário, aumentar o fracionamento.

*Valores aproximados. Essa informação pode variar de acordo com o fabricante, atentar para as informações contidas no rótulo do produto.

Orientações para o preparo da fórmula:

Seguir orientações do fabricante, descritas na embalagem do produto;

Meça a quantidade de água indicada e somente após acrescente o pó;

Oferecer a fórmula à criança a seguir do seu preparo, não sendo recomendado manter a fórmula preparada após 2h em temperatura ambiente, devido ao risco de contaminação do alimento;

Se a fórmula estiver sendo oferecida em quantidade e diluição adequadas, não é necessário oferecer água à criança entre as refeições, nem suplementos vitamínicos ou de ferro, pois esses micronutrientes estão presentes na composição das fórmulas.

Leite de vaca

O leite de vaca deve ser evitado para alimentar crianças menores de 1 ano, sempre que possível, pois apresenta relação de macro e micronutrientes muito diferente do leite humano. Seus principais problemas são a sobrecarga renal por excesso de proteínas e eletrólitos, potencial de causar anemia ferropriva por ser pobre em ferro, além do alto potencial alergênico.

Contudo, esse alimento, por vezes, é o único disponível em função do baixo custo quando comparado às fórmulas infantis disponíveis no mercado. Quando necessário, deve-se utilizar o leite integral em pó, leite integral líquido pasteurizado (“de saquinho”) ou leite integral longa vida (UHT).

Para crianças de até 4 meses de idade, o leite de vaca deve ser diluído em água e deve ter acréscimo de óleo. Com a diluição, que objetiva reduzir o excesso de proteína e eletrólitos, diminui-se também a quantidade energética e de ácido linoleico, o que justifica a adição do óleo vegetal comestível (soja, canola, girassol). Não é necessário adicionar açúcares ou farinhas, pois além de a adição de óleo corrigir o déficit energético do leite de vaca, o uso de açúcar e farinhas não é recomendado para crianças menores de dois anos.

● **Crianças menores de 4 meses:**

Diluir o leite de vaca integral na proporção de 2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida, e acrescentar 1 colher de chá de óleo vegetal. Não é necessário acrescentar amido, açúcar ou compostos lácteos. Exemplos para uma refeição de 100 ml:

- Leite integral fluido: 70 ml de leite de vaca + 30 ml de água fervida, acrescida de 1 colher de chá de óleo vegetal.
- Leite em pó integral: 1 colher de sobremesa rasa de leite em pó para 100 ml de água fervida, acrescida de 1 colher de chá de óleo vegetal.

A partir do segundo mês de vida as crianças alimentadas com leite de vaca devem receber suplementação de vitamina C (30 mg/dia). Se optado por oferecer em forma de suco natural, deve-se restringir a quantidade de suco a 100 ml/dia.

- **Crianças a partir de 4 meses:**

Não há necessidade de diluição do leite de vaca, nem acréscimo de óleo. Nessa idade deve-se iniciar a introdução de alimentos complementares, bem como a suplementação profilática de ferro, até a criança completar 24 meses.

O volume e a frequência da refeição láctea para crianças não amamentadas, de acordo com a idade, está disponível na Tabela 2.

Importante: Oferta de água adicional: 400 a 600 ml em locais de clima temperado e 800 a 1200 ml em locais de clima quente. Água limpa (fervida, se necessário) deve ser oferecida à criança alimentada com leite de vaca várias vezes ao dia, assegurando que a sua sede seja saciada.

É imprescindível que essas crianças sejam acompanhadas em relação ao ganho de peso adequado para a idade, conforme as curvas de crescimento propostas pela OMS, presentes na Caderneta de Saúde da Criança.

Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Perguntas e respostas sobre fórmulas infantis**. Brasília: ANVISA, 2014. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/2810640/Formulas+infantis/b6174467-e510-4098-9d9a-becd70216afa?version=1.0>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação**: um guia para o profissional de saúde. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha para a mulher trabalhadora que amamenta**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Promovendo o Aleitamento Materno**. 2ª ed. Brasília: 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos de Atenção Básica, 23).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 33).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose na atenção primária à saúde**. 4ª ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2017.
- BRASIL. Portaria nº 822, de 27 de junho de 2003. Inclui o teste rápido para triagem da infecção pelo HIV, na tabela de procedimentos especiais do Sistema de Informação Hospitalar do SUS – SIH/SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jun. 2003, Seção 1, p. 111.
- CARVALHO, Marcus Renato de; GOMES, Cristiane F. **Amamentação**: bases científicas. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A. Uso de medicamentos durante a lactação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5 (Supl.), p. S189-S198, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a11.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2017.
- DIXON, J. M. **Lactational mastites**. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/lactational-mastitis>>.
- DONOVAN, T. J.; BUCHANAN, K. Medications for increasing milk supply in mothers expressing breastmilk for their preterm hospitalised infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, Art. no.: CD005544, 2012.

DUNCAN, B.B. et al. (editores). **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

EUROPEAN MULTICENTRE STUDY GROUP FOR CABERGOLINE IN LACTATION INHIBITION. Single dose cabergoline versus bromocriptine in inhibition of puerperal lactation: randomised, double blind, multicentre study. **British Medical Journal**, London, v. 302, n. 6789, p. 1367-1371, 1991. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1670075/>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

HALE, T. W. Drug therapy and breastfeeding: pharmacokinetics, risk factors, and effects on milk production. **Neoreviews**, Elk Grove Village, v. 5, n. 4, e164, 2004.

MARIANI NETO, C. **Aleitamento materno**: manual de orientação. São Paulo: Febrasgo, 2006.

MARTINS-COSTA, S. H. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Protocolo de enfermagem: atenção à demanda de cuidados na criança**. Florianópolis, SC: Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2018.

SANOFI-AVENTIS FARMACÊUTICA LTDA. **Medicamentos contendo sulpirida**: risco de excreção no leite materno durante amamentação. São Paulo: Sanofi, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2DeLizp>>.

SCHANLER, R. **Infant benefits of breastfeeding**. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/infant-benefits-of-breastfeeding?search=breastfeeding&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3>. Acesso em: 06 Ago. 2018.

SCHANLER, R. **Maternal and economic benefits of breastfeeding**. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/maternal-and-economic-benefits-of-breastfeeding?topicRef=5013&source=see_link>. Acesso em: 06 Ago. 2018.

SCHANLER, R.J.; POTAK, D.C. **Breastfeeding**: Parental education and support. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/breastfeeding-parental-education-and-support?source=history_widget>. Acesso em: 08 Ago. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de alimentação**: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar. 4ª ed. São Paulo: SBP, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Aleitamento Materno. **Amamentação**: a base da vida. São Paulo: SBP, 2018.

SPENCER, J. **Patient education**: Common breastfeeding problems (Beyond the Basics). Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/common-breastfeeding-problems-beyond-the-basics?search=problemas%20comuns%20amamenta%C3%A7%C3%A3o&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2> Acesso em 25 jul. de 2018.

SPENCER, J. **Common problems of breastfeeding and weaning**. Waltham (MA): UpToDate; 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/common-problems-of-breastfeeding-and-weaning>

[weaning?search=problemas%20comuns%20amamenta%C3%A7%C3%A3o&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](#)> Acesso em 25 de julho de 2018.

SPENCER, J.P. Management of mastitis in breastfeeding women. **American Family Physician**, v. 78, n. 6, p. 727-31, 2008.

SUCUPIRA, A.C.L.S. et al. **Pediatria em consultório**. 5ª ed. São Paulo: Sarvier, 2010.

TRAEBERT, E. E.; DELLAGIUSTINA, A. R. O.; GONDIM, G. Inibição da lactação: indicações e técnicas. In: SANTOS JUNIOR, L. A. (Org.). **A mama no ciclo gravídico-puerperal**. São Paulo: Atheneu, 2000.

THE ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE. ABM Clinical Protocol: Use of Galactogogues in Initiating or Augmenting the Rate of Maternal Milk Secretion (First Revision January 2011). **Breastfeeding medicine**, v. 6, n. 1, 2011. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/bfm.2011.9998>>.

THE ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE ABM Clinical Protocol: Use of Galactogogues in Initiating or Augmenting Maternal Milk Production (Second Revision 2018). **Breastfeeding medicine**, v.13, n. 5, 2018. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/55d4/5cf816178f917bee75a6bede81aea5cee05c.pdf>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child feeding**: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS; UNITED NATIONS UNIVERSITY. **Human energy requirements**. Report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation. Rome: Food and Agriculture Organization, 2004. Disponível em: <<https://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/9251052123/en/>>.

TeleCondutas[®]

Secretaria Estadual da Saúde-RS
www.saude.rs.gov.br



0800 644 6543

