

GUIA PRÁTICO DE ALEITAMENTO MATERNO

Departamento Científico de Aleitamento Materno

Presidente: Luciano Borges Santiago

Secretária: Rossiclei de Souza Pinheiro

Conselho Científico: Ana Luiza Velloso da Paz; Elsa Regina Justo Giugliani; Graciete Oliveira Vieira; Maria Beatriz Reinert do Nascimento; Roberto Mario Silveira Issler; Vilneide Maria Santos Braga D. Serva; Yecchiel Moises Chencinski

Revisores: Dirceu Solé; Luciana Rodrigues Silva

Índice

Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM): 29 anos de história	2
Os Reflexos da Amamentação na Vida Adulta	5
Como ser um “Pediatra Amigo da Amamentação?”	8
Cuidados no pós-parto influenciam o futuro sucesso na amamentação	11
Avaliação da perda de peso no período neonatal imediato	14
Leite materno para prematuros: obstáculos e suporte nas unidades neonatais	18
Doação de leite humano: o que o pediatra precisa saber?	20
Aleitamento materno e distúrbios gastrointestinais funcionais	23
Como apoiar a mulher que amamenta na volta ao trabalho	27
Como e quando desmamar	30

Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM): 29 anos de história

Yechiel Moises Chencinski

INTRODUÇÃO

O Aleitamento materno ideal deve ocorrer desde a sala de parto até dois anos ou mais, exclusivo e em livre-demanda até o 6º mês e complementado, a partir daí, com alimentação saudável e equilibrada.

Essa e muitas outras informações a respeito da amamentação e do leite materno são exaustivamente divulgadas desde o século passado, por instituições de reconhecimento mundial (Organização Mundial da Saúde - OMS, *World Alliance for Breastfeeding Action* - Aliança Mundial de Ação pró-Amamentação - WABA, Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar - IBFAN, Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), entre outras) e por estudos científicos publicados em jornais e revistas de relevância científica nacional e internacional (JAMA, *Pediatrics*, *Journal de Pediatria*, *Breastfeeding Medicine*, entre outros).

Apesar de muitos esforços já realizados, ainda não atingimos metade das crianças do mundo (incluindo o Brasil) em aleitamento materno exclusivo até o 6º mês, uma das condições básicas para proporcionar o melhor início de vida para o bebê e saúde para sua mãe. Isso levou a OMS¹ a propor que até 2025 pelo menos 50% das crianças até o 6º mês estejam em aleitamento materno exclusivo através de quatro linhas de ação:

- **Promulgar a licença-maternidade remunerada** até o 6º mês para todas as mães trabalhadoras e promover políticas que incentivem mulheres a amamentar em ambiente de trabalho público;
- **Fortalecer os sistemas de saúde** com instalações hospitalares e ambulatoriais que estimulem o aleitamento materno exclusivo, com maior apoio e institucionalização da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC);
- **Apoiar as mães** com estratégias baseadas na comunidade para favorecer o **aconselhamento** sobre amamentação exclusiva para gestantes e lactantes, individualmente ou em grupo com campanhas adaptadas às realidades locais;
- **Limitar o marketing de fórmulas infantis**, com divulgação e monitorização pelo Código Internacional

de Comercialização de Substitutos do leite Materno (no Brasil, temos a NBCAL);

SEMANA MUNDIAL DE ALEITAMENTO MATERNO

Entre 30 de julho e 1º de agosto de 1990, em Florença, na Itália, coordenados pela OMS e UNICEF, quarenta países (incluindo o Brasil) se reuniram em busca de mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno e deliberaram a “*Declaração de Innocenti*”².

O texto reconhecia as ações do aleitamento materno, mesmo que isoladamente, na contribuição para redução de morbimortalidade infantil, das doenças infecciosas, favorecendo o crescimento e o desenvolvimento da criança. Além disso, ressaltava sua contribuição na saúde da mulher com a redução de certos tipos de câncer e anemia. Desde essa época, já se notavam os benefícios para a economia familiar e do país com a adoção das recomendações de aleitamento materno adequadas.

A “Declaração de Innocenti” estabelecia que até 1995, os países se comprometeriam a:

- Estabelecer um comitê nacional de coordenação da amamentação;
- Implementar os “10 passos para o sucesso da amamentação” em todas as maternidades;
- Implementar o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno e todas as resoluções relevantes da Assembleia Mundial de Saúde;
- Adotar legislação que proteja a mulher que amamenta no trabalho.

Desde a sua fundação, a SBP tem enfatizado a importância do aleitamento materno e as ações foram sempre ampliadas neste sentido com a criação do Departamento Científico de Aleitamento Materno (DCAM), campanhas com o Ministério da Saúde, lutas conjuntas pelo apoio e incentivo ao aleitamento nas políticas públicas, e a partir de 2016 foi criado o Simpósio de Amamentação durante o Congresso Brasileiro de Pediatria. Também foi promovido o curso à distância sobre Amamentação e a semana tornou-se o mês da amamentação chamando-se de agosto dourado da SBP.

Em 1991, foi fundada a WABA para acompanhar os compromissos assumidos pelos países na assinatura do documento em prol da Amamentação. Em 1992, a WABA criou a Semana Mundial de Aleitamento Materno (1 a 7 de agosto) para promover a “Declaração de Innocenti” e

a amamentação. Essa ação abrange mais de 170 países. O tema da primeira SMAM foi sobre os Hospitais Amigos da Criança (*Baby-Friendly Hospital Initiative*)³.

Para tanto, a cada ano são lançados materiais (logo, poster, cartaz e formulários de ação) pela Organização, traduzidos em 14 idiomas, mas com o tema adaptado para cada país, adequando a intenção à sua realidade.

A lista de temas das Semanas Mundiais pode ser acompanhada, entre outros, nos sites da WABA, com material em português desde 2006 e da Rede Brasileira de Banco de Leite Humano – FIOCRUZ, com temas de 1992 a 2016 em inglês e português.

A primeira semana mundial oficialmente coordenada pelo Ministério da Saúde (MS) no Brasil foi a de 1999⁴, mesmo ano da escolha, pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), da primeira “madrinha da SMAM”, Luiza Brunet, como uma mulher de expressão no país, que estivesse amamentando, “tradição” que foi seguida, na maioria das semanas subsequentes⁵.

Perguntas e Respostas

1. Qual a proposta para a Semana Mundial de Aleitamento Materno?

Conforme recomendado pela OMS e UNICEF, em declaração conjunta desde 1990², esta se baseia na proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, na sua prática, e a WABA também estabelece sempre quatro critérios e os adequa à campanha em sua estrutura: **INFORMAR, DIVULGAR, ENGAJAR e IMPLEMENTAR**.

2. Qual foi o tema da Semana Mundial de Aleitamento Materno de 2020?

Foi estabelecido pela WABA para 2020⁶ o tema: **APOIE O ALEITAMENTO MATERNO POR UM PLANETA SAUDÁVEL** (*Support Breastfeeding for a Healthier Planet*). A intenção foi de destacar a importância do aleitamento materno não apenas para a saúde materno-infantil, bem como, para a saúde do planeta e sua sustentabilidade para o desenvolvimento da geração atual, sem comprometer as gerações futuras. Além destes pilares, a Sociedade Brasileira de Pediatria também acrescentou um pilar adicional sobre Amamentação em tempos de pandemia.

3. Como não amamentar pode prejudicar a saúde do planeta?

- Lactentes que não são amamentados necessitam de substitutos do leite materno (SLM);

- Para a produção de SLM (em sua maioria a partir do leite de vaca), é necessário criar gado bovino e isso requer uma grande área destinada apenas para essa finalidade;
- Latas levam cerca de 200 anos para sua decomposição, assim como o plástico cerca de 400 anos. Dessa forma, o descarte de latas de leite (em aterros) e madeiras (nos rios e oceanos) interfere diretamente na saúde do planeta;
- Além disso, o desflorestamento causado pela necessidade de se criar gado bovino, origem e matéria prima das fórmulas infantis, traz prejuízos ao ecossistema e à biodiversidade, influenciando, diretamente, nas variações climáticas (menos árvores, menores áreas de proteção à fauna e flora do país, com aumento significativo da evaporação do solo);
- A água utilizada tanto para a fabricação dos SLM como para seu preparo em cada refeição traz um consumo de bilhões de litros por ano, repercutindo nos estoques e nas reservas destinadas a manutenção da vida no nosso planeta.

4. Quais as propostas de ação para a SMAM-2020?

Assim como o aleitamento materno é uma questão multifatorial no organismo humano, as ações devem abranger todos os segmentos envolvidos com o tema, de forma coordenada, com foco em trabalho conjunto e responsável:

- Analisar os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)⁷ que abordam pessoas (pobreza, fome, equidade), planeta (sustentabilidade, recursos naturais, mudanças climáticas) e paz (justiça, sem medo ou violência) como planejamento para o período de 2015 a 2030 que já foi tema da SMAM-2016 (Aleitamento Materno: Presente Saudável, Futuro Sustentável - *Breastfeeding: A key to Sustainable Development*)⁸;
- Apoio da sociedade, proveniente das comunidades, sistemas de saúde, locais de trabalho, sensibilização da mídia e jornalistas para difusão e esclarecimento sobre o tema são ações importantes. Quando o aconselhamento sobre aleitamento materno está disponibilizado e acessível, a duração e a exclusividade da amamentação podem ser aumentadas;
- Reforçar a importância do aconselhamento na amamentação para todas as mães e pais de filhos pequenos em serviços de saúde e na comunidade. Implementar os Dez Passos Para uma Amamentação Saudável⁹ em todos os serviços de saúde, inclusive em hospitais privados;

- Apoio contínuo para os primeiros mil dias, abordando o aleitamento materno desde o pré-natal até o período pós-natal (270 dias de gestação até os 2 anos de idade da criança – 730 dias). Envolvimento de pais, familiares, grupos de apoio de mães compartilhamdo experiências cria uma rede de apoio fundamental para o sucesso do aleitamento materno. Enfatiza-se também a consulta pré-natal com o pediatra neste processo como importante estímulo e incentivo para mães e pais, além da consulta periódica e frequente após o nascimento (Puericultura) para orientar todas as questões sobre amamentação;
- Construção de conhecimento e habilidades em todos os níveis com treinamento e orientação a quem for e não for profissional da área de saúde e tiver contato com a díade mãe-bebê. Métodos *online*, *e-learning*, assim como práticas presenciais são desejáveis. A orientação e informação podem e devem ser iniciadas o quanto antes, envolvendo escolares, estudantes, mídias sociais e influenciadores utilizando os recursos mais atuais de comunicação;
- Não deixar gente para trás, mantendo foco nas famílias que são mais vulneráveis. Dar ênfase à expressão manual de leite materno, uso correto de bombas extratoras, quando possível, técnicas de copinho e re-lactação. Estimular a doação de leite humano desde o pré-natal para garantir suprimento para bebês que precisarem em bancos de leite humano.

CONCLUSÃO

Há necessidade de reforço nas políticas públicas na área da saúde e legislação que apoiem a mulher desde o seu pré-natal, parto e, em caso da mulher trabalhadora, propiciem oportunidades para amamentar ou condições adequadas para retirar seu leite e armazenar no seu local de trabalho para suprir as necessidades de seu bebê em sua ausência.

Os resultados preliminares do ENANI¹⁰ (Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil) mostram um tímido aumento nas taxas nos últimos 13 anos (aleitamento materno exclusivo – AME, até o 4º - 15% - até 6º - 8%, e até 24 meses – 4,5%), além de demonstrarem queda significativa (cerca de 15%) nas taxas entre o 4º e 6º meses de vida do bebê. Esse último dado parece sinalizar para a dificuldade da manutenção da amamentação na volta ao trabalho, o que reforça a importância da licença maternidade de 6 meses.

A Semana Mundial de Aleitamento Materno é parte de uma estratégia ampla, coordenada pelo Ministério de Saúde e SBP⁴, que tem o intuito de informar e acolher

as mães que queiram amamentar e promover um aumento significativo das taxas nacionais de aleitamento materno. O conhecimento e a participação de todos, especialmente pediatras, como difusores éticos das informações, é desejável e fundamental para atingirmos melhores metas de aleitamento materno, que resultarão em maior saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

01. WHO/UNICEF. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief (WHO/NMH/NHD/14.7). Geneva: World Health Organization; 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149022/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf?ua=1. Acessado em 07/09/2020.
02. World Health Organization/United Nations Children's Fund. Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. Meeting "Breast-feeding in the 1990s: A global initiative". Florence (Italy): WHO/Unicef;1990
03. World Health Organization [homepage on the Internet]. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. Geneva: WHO; 1989. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf>. Acessado em 07/09/2020.
04. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 2.394, DE 7 DE OUTUBRO DE 2009. Institui a Semana Mundial da Amamentação (SMAM) no Brasil e estabelece a parceria entre o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria nas comemorações da SMAM. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2394_07_10_2009.html. Acessado em 07/09/2020.
05. Giugliani ERJ, Vieira GO. Histórico do Departamento Científico de Aleitamento Materno da SBP (1ª versão/2018). Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/historico-DC-aleitamento-materno_1_.pdf. Acessado em 07/09/2020.
06. World Breastfeeding Week 2020. Support breastfeeding for a healthier planet! Disponível em: <https://worldbreastfeedingweek.org/>. Acessado em 07/09/2020.
07. Nações Unidas Brasil. Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030>. Acessado em 07/09/2020.

08. World Breastfeeding Week. 1 - 7 August 2016. Breastfeeding: A key to Sustainable Development. Disponível em: <https://worldbreastfeedingweek.org/2016/index.shtml>. Acessado em 07/09/2020.
09. WHO. Ten steps to successful breastfeeding. Disponível em: <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals/ten-steps-to-successful-breastfeeding>. Acessado em 07/09/2020.
10. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI). Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/>. Acessado em: 7/9/2020.

saúde e seu sucesso como adulto, mas também para o bem-estar da sociedade³.

ALEITAMENTO MATERNO É BASE DE BOAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E PRÁTICAS POSITIVAS DE ALIMENTAÇÃO.

Por que é fundamental a preocupação dos pediatras com o bem estar nutricional dos pequenos pacientes, buscando diversidade de nutrientes e padrões alimentares saudáveis, incluindo a promoção do aleitamento materno, para reduzir o risco de doenças crônicas não transmissíveis no adulto?

É o que mostraremos a seguir na forma de perguntas e respostas:

Por que as doenças crônicas não transmissíveis são uma prioridade em saúde pública?

O desenvolvimento econômico trouxe mudanças marcantes à demografia, à saúde e à capacidade de trabalho da população. A urbanização, com mudanças do estilo de vida e da dieta determinaram uma verdadeira epidemia de doenças crônicas não transmissíveis. Doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, doenças respiratórias, alterações comportamentais e da saúde mental são responsáveis por mais de 60% das mortes em todo o mundo⁴.

Porque os primeiros mil dias oferecem oportunidade para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis?

O período transcorrido entre a gravidez, os seis meses de amamentação exclusiva e a fase de alimentação complementar até os dois anos de vida é tido como uma etapa crítica para a promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento³.

As atuais hipóteses sobre programação metabólica da adiposidade e outras doenças relacionadas, dizem respeito a que tanto a nutrição intra-uterina quanto a recebida na fase pós-natal podem ter efeitos duradouros e conseqüências na vida adulta, determinando melhor ou pior qualidade de vida dos indivíduos, e tornando possível a modificação do risco de agravos não transmissíveis por meio de experiências alimentares apropriadas³.

Uma alimentação adequada, uma estimulação carinhosa e um cuidado afetuoso durante os primeiros mil dias, podem moldar o futuro das crianças³.

Os Reflexos da Amamentação na Vida Adulta

Maria Beatriz Reinert do Nascimento

INTRODUÇÃO

Neste mundo globalizado, com tanto progresso tecnológico e acesso sem paralelo às informações, as crianças ainda enfrentam ameaças para o seu bem-estar. São elas o aumento da prevalência de obesidade, a persistência da desnutrição e as mudanças climáticas, com seu efeito na produção agrícola e consequência no suprimento de alimentos, colocando em risco a nutrição e o desenvolvimento sustentável do planeta¹.

Tanto a desnutrição como o sobrepeso comprometem a saúde, e o seu surgimento cedo na infância é particularmente prejudicial. Uma variedade de mecanismos fisiológicos propaga as conseqüências da má nutrição ao longo da vida, podendo determinar a transmissão de seus efeitos para as próximas gerações².

A amamentação, cujas vantagens são amplamente conhecidas, tem papel central em mitigar esta dupla carga de má-nutrição, pois além de corresponder a uma dieta de alta qualidade, também diminui a morbidade e mortalidade infantil, melhora o desenvolvimento na infância, e promove a saúde materna, com consequente impacto positivo na economia^{2,3}.

Crianças saudáveis aprendem melhor, e tornam-se pessoas mais fortes, mais produtivas e mais capazes de criar oportunidades, o que é importante não só para sua

Como a exposição a fatores positivos ou negativos no início da vida podem levar a consequências no desenvolvimento e saúde?

Pesquisas na área de origens desenvolvimentistas da saúde e da doença destacam a importância da exposição a fatores positivos ou negativos no início da vida levando a efeitos tardios, com desfechos mórbidos, décadas depois⁵.

O processo de saúde e doença, depende da genética (que dita a suscetibilidade do indivíduo a uma doença) e do meio-ambiente (que determina qual dos indivíduos suscetíveis poderá desenvolver ou não a doença). Para o efeito de uma exposição precoce persistir ao longo do tempo, esta exposição deveria deixar algum tipo de marca no organismo. Estudos têm focado em como se dá a construção desta “Memória” entre exposição precoce e consequências futuras⁵.

Uma das hipóteses, para explicar como um evento ocorrido na etapa fetal ou nas fases iniciais da vida extrauterina traz implicações para o futuro, se refere as mudanças epigenéticas. Epigenética é o estudo de como as influências ambientais afetam a expressão dos nossos genes, ou seja, como são feitas e desfeitas as alterações químicas que determinam se um gene, em particular, é ou não expresso ou ativado^{5,6}.

Deve ser lembrado que padrões de expressão são passados para a prole, e que fatores ambientais podem mudar a maneira como os genes são expressos^{5,6}.

Uma mulher saudável no momento da concepção tem maior probabilidade de ter uma gravidez bem-sucedida e um filho também saudável. Além disso, a composição corporal, a dieta e o estilo de vida durante a gravidez têm efeitos duradouros sobre a saúde em longo prazo da prole, influenciando o risco de doença na idade adulta⁷.

São importantes também os bons hábitos alimentares na infância, especialmente a amamentação, que oferece considerável oportunidade para a prevenção de doenças crônicas do adulto^{8,9}.

Por que a microbiota intestinal está relacionada a profundas consequências para a saúde?

A nossa microbiota é um componente fundamental do que significa ser humano. Embora as bactérias sejam os microrganismos mais abundantes e mais bem estudados no intestino, ele também hospeda uma infinidade de arqueias, leveduras, parasitas e vírus^{10,11}.

As conexões entre microrganismos intestinais e o desenvolvimento cerebral estão sendo investigadas, ampliando nossa visão acerca do sistema digestório, que não é simplesmente um canal de trânsito alimentar. Pelo contrário, é uma complexa entidade funcional do sistema imune, executa funções metabólicas e coordena uma interessante comunicação entre a microbiota intestinal e o cérebro, através de caminhos imunológicos, endócrinos e nervosos, referido como eixo intestino-cérebro¹².

A disbiose, ou seja, um desajuste da colonização bacteriana, com o predomínio de bactérias nocivas sobre as benéficas, pode afetar a suscetibilidade para doenças crônicas até a vida adulta, com a ocorrência de obesidade, diabetes, doença cardiovascular, asma, doença inflamatória intestinal, alergia, psoríase e doenças neuropsiquiátricas¹¹.

O microbioma infantil é mais vulnerável às influências ambientais no início da vida. Transferência microbiana materno-fetal, modo de nascimento, antibióticos e dieta podem alterar a colonização e maturação da microbiota¹⁰.

Quais os benefícios do aleitamento materno em longo prazo para a saúde?

Pesquisas identificaram que períodos mais longos de amamentação foram associados com menor risco de sobrepeso e obesidade, diabetes tipo 2, leucemia infantil, de ocorrência de mal oclusões dentais. Também foi observado possível efeito protetor contra diabetes tipo 1 e melhor performance em testes de inteligência¹³.

Por que a amamentação traz essas vantagens?

Estudos realizados nos últimos anos demonstraram que o leite humano não é só um alimento. Ele é um sistema complexo, que além de conter uma combinação perfeita de macro e micronutrientes, hormônios, fatores de crescimento, anticorpos, entre outros, fornece continuamente bactérias benéficas ao intestino infantil^{14,15}.

Os microrganismos, especialmente os lactobacilos e bifidobactérias, emergiram como importantes componentes bioativos do leite humano, que contribuem para a colonização intestinal, e propiciam a maturação das funções digestivas e imunológicas do lactente. O leite materno está repleto de bactérias - isso é bom para o bebê! É a “programação” metabólica e imunológica de mãe para filho^{14,15}.

Os benefícios da amamentação e do leite humano também podem estar relacionados ao crescimento mais lento de bebês amamentados. Sabe-se que crianças que recebem leite materno apresentam uma cinética de

crescimento diferente de crianças que recebem fórmula infantil. Um crescimento acelerado na infância pode resultar em alterações hormonais que programam um ponto de ajuste mais alto para o apetite, levando a maior ingestão de alimentos ao longo da vida^{16,17}.

Os bebês alimentados com mamadeira podem ter menos chances de regular a ingestão de leite ou o apetite mais tarde na infância. E mesmo bebês que receberam leite humano em mamadeira têm menos chance de ter uma boa resposta de saciedade, pois em geral, os cuidadores tendem a encorajar o lactente a terminar todo o conteúdo disponível no recipiente, mesmo quando ele parece já estar saciado^{16,17}.

Como o pediatra pode ajudar?

- Favorecendo o contato pele a pele e a amamentação imediatamente após o nascimento¹⁸;
- Orientando o manejo clínico do aleitamento materno^{18,19};
- Monitorizando o peso do recém-nascido^{18,19};
- Evitando, se possível, a utilização de fórmulas infantis na maternidade¹⁹;
- Avaliando precocemente o recém-nascido após a alta¹⁸;
- Recomendando que a amamentação seja exclusiva até o sexto mês de vida, e que após essa idade, alimentos complementares devam ser iniciados, e o AM mantido até dois anos ou mais¹⁸;
- Incentivando a família, bem como ajudando na resolução dos problemas comuns à prática do aleitamento materno¹⁸;
- Discutindo alternativas para oferta de leite materno ordenhado ou suplementos, tais como o uso do copo ou da técnica de relactação¹⁸.

CONCLUSÃO

A orientação sobre hábitos de vida é determinante para construção da qualidade de vida. Fornecer assistência eficiente e de alta qualidade em Pediatria, também diz respeito a ajudar uma mãe a entender as implicações das escolhas alimentares que faz para seu filho.

Toda criança merece os benefícios da amamentação, e o apoio de pediatras, seguros de suas habilidades e conhecimentos em aleitamento materno, é vital para que as mulheres iniciem e mantenham com sucesso a lactação, e possam superar os obstáculos à amamentação exclusiva e estender sua duração.

REFERÊNCIAS

01. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet*. 2019;393(10173):791-846.
02. Wells JC, Sawaya AL, Wibaek R, et al. The double burden of malnutrition: aetiological pathways and consequences for health. *Lancet*. 2020;395(10217):75-88.
03. Hoffman D, Arts M, Bégin F. The “First 1,000 Days+” as Key Contributor to the Double Burden of Malnutrition. *Ann Nutr Metab*. 2019;75(2):99-102.
04. Sawyer SM, McNeil R, Francis KL, et al. The age of paediatrics. *Lancet Child Adolesc Health*. 2019;3(11):822-830.
05. Fleming TP, Watkins AJ, Velazquez MA, et al. Origins of lifetime health around the time of conception: causes and consequences. *Lancet*. 2018;391(10132):1842-1852.
06. Lester BM, Conrads E, LaGasse LL, Tronick EZ, Padbury JF, Marsit CJ. Epigenetic Programming by Maternal Behavior in the Human Infant. *Pediatrics*. 2018;142(4):e20171890.
07. Stephenson J, Heslehurst N, Hall J, et al. Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *Lancet*. 2018;391(10132):1830-1841.
08. Azad MB. Infant Feeding and the Developmental Origins of Chronic Disease in the CHILDCohort: Role of Human Milk Bioactives and Gut Microbiota. *Breastfeed Med*. 2019;14(S1):S22-S24.
09. Verduci E, Banderali G, Barberi S, et al. Epigenetic effects of human breast milk. *Nutrients*. 2014;6(4):1711-1724.
10. Avelar Rodriguez D, Peña Vélez R, Toro Monjaraz EM, et al. The gut microbiota: a clinically impactful factor in patient health and disease. *SN Compr Clin Med*. 2018;1:188-199.
11. Jagodzinski A, Zielinska E, Laczmannski L, et al. The early years of life. Are they influenced by our microbiome? *Ginekol Pol*. 2019;90(4):228-232.
12. Cryan JF, O’Riordan KJ, Sandhu K, et al. The gut microbiome in neurological disorders. *Lancet Neurol*. 2020;19(2):179-194.
13. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-490.

14. Boix-Amorós A, Collado MC, Van't Land B, et al. Reviewing the evidence on breast milk composition and immunological outcomes. *Nutr Rev.* 2019; nuz019.
15. Ruiz L, García-Carral C, Rodriguez JM. Unfolding the Human Milk Microbiome Landscape in the Omics Era. *Front Microbiol.* 2019;10:1378.
16. Singhal A. The Impact of Human Milk Feeding on Long-Term Risk of Obesity and Cardiovascular Disease. *Breastfeed Med.* 2019;14(S1):S9-S10.
17. Azad MB, Vehling L, Chan D, et al. Infant Feeding and Weight Gain: Separating Breast Milk From Breastfeeding and Formula From Food. *Pediatrics.* 2018;142(4):e20181092.
18. Bunik M. The Pediatrician's Role in Encouraging Exclusive Breastfeeding. *Pediatr Rev.* 2017;38(8): 353-368.
19. Sociedade Brasileira de Pediatria. Uso e abuso de fórmula infantil na maternidade em recém-nascidos sadios a termo. Documento Científico. Departamento Científico de Aleitamento Materno. SBP 2017;5. Disponível em <https://www.sbp.com.br/publicacoes/publicacao/pid/uso-e-abuso-de-formula-infantil/>

A atuação profissional “amiga” do pediatra no atendimento de seu paciente e de sua família significa exercer sua atividade de maneira amistosa, protetora e defensora da amamentação com entusiasmo e segurança, reforçando a importância do aleitamento materno como a melhor alimentação para as crianças pequenas.

Os pediatras devem estar capacitados para divulgar, apoiar e promover a recomendação da Organização Mundial de Saúde², do Ministério da Saúde do Brasil³ e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)^{4,5} quanto à duração do aleitamento materno (AM): *aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança e, após a introdução da alimentação complementar saudável, mantido até os dois anos ou mais.*

A proteção, a promoção e o apoio ao AM é medida fundamental e de grande impacto na saúde materno-infantil e pode influenciar positivamente outras das metas da Organização Mundial de Saúde nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até o ano 2030⁶. Nesse cenário o médico pediatra tem um papel de extrema relevância, não só em relação ao AM, mas dentro do conceito dos “Primeiros 1000 Dias” da criança, período que vai desde a gestação até o final do segundo ano de vida⁷.

O Pediatra tem o compromisso e a responsabilidade profissional de estar amplamente capacitado a exercer de maneira proativa, com conhecimento e entusiasmo, essa função especial: ajudar as mães a oferecer o melhor alimento para seus filhos nos primeiros meses e anos de vida, da melhor maneira possível e da forma e duração que assim o desejarem.

As recomendações desse guia prático têm como objetivo colaborar para que todos os Pediatras percebam a sua posição privilegiada e de fundamental importância nos cuidados das crianças, suas mães e suas famílias e estejam qualificados para esclarecer as principais dúvidas e resolver os problemas mais comuns durante o período de amamentação. Com suas atitudes e seu conhecimento, o Pediatra estará genuinamente atuando como um “Pediatra Amigo da Amamentação”⁸.

PEDIATRA AMIGO DA AMAMENTAÇÃO NA PRÁTICA

Em sua prática profissional, o pediatra atua em diferentes ambientes nos cuidados de crianças e suas famílias. Tem assim a oportunidade de exercer ações favoráveis à proteção, apoio e promoção do AM, em diferentes ambientes e situações na vida da criança.

Como ser um “Pediatra Amigo da Amamentação?”

Roberto Mario Silveira Issler

Pediatra. [De ped(o)- + -iatria.]. S.2.g. Médico/a especialista em Pediatria.¹

Amigo/a. [Do lat. *amicu*] 1. Que é ligado a outrem por laços de amizade: *pessoa amiga; animal amigo*. 2. Em que há amizade; amical, amistoso: *abraço amigo*; “Clama uma voz amiga: - ‘Aí tem o Ceará’.” (Manuel Bandeira, *Estrela da Vida Inteira*, p. 56). 3. Simpático, acolhedor: *anfitrião amigo; casa amiga*. 4. Que ampara ou defende; protetor: *Precisava de uma alma bastante amiga para o auxiliar naquele transe...* 9. Aquele que é amigo (4); defensor, protetor. (seguem outras definições).¹

Amamentação. S.f. Ato ou efeito de amamentar; alactamento.¹

INTRODUÇÃO

O Pediatra é o médico especializado em atender crianças e adolescentes.

Para tornar mais didática e prática a descrição dessas ações, seguiremos uma “linha do tempo”, pontuando ações específicas para cada período. Esse roteiro é baseado em recomendações do Departamento Científico de Aleitamento Materno da SBP – Consultório Amigo da Amamentação⁵, da Academia Americana de Pediatria⁸, da “Academy of Breastfeeding Medicine”⁹ e do Departamento de Aleitamento Materno da “Asociación Española de Pediatría”¹⁰.

O que é importante valorizar na consulta pediátrica pré-natal?

- Realizar uma consulta pediátrica de pré-natal no último trimestre da gestação preferencialmente com o casal;
- Perguntar sobre as expectativas e conhecimento dos pais sobre o nascimento de seu filho, com ênfase no AM;
- Esclarecer e informar sobre os benefícios, as vantagens e a importância do AM para a saúde materno-infantil;
- Informar sobre as práticas e técnicas adequadas para o início do AM com o objetivo de evitar problemas futuros;
- Estabelecer junto com os pais um plano para que o AM ocorra de maneira favorável de acordo com suas expectativas e seu desejo.

No nascimento do bebê, quais os cuidados imediatos ainda na sala de parto?

- Orientar, juntamente com a equipe de atendimento, a colocação de eletrodos sobre o tórax da mãe (quando necessários) em posição que não interfira com o contato pele a pele;
- Avaliar o índice de Apgar e identificar o recém-nascido (RN) posicionando o bebê sobre a mãe;
- Colocar o RN sobre sua mãe em contato pele a pele, tanto em crianças nascidas de parto vaginal como de cesariana, certificando-se das boas condições do RN após o nascimento;
- Manter o RN em contato pele a pele sobre sua mãe até que ocorra a primeira mamada, caso a mãe e o RN assim desejarem e garantindo o bem estar de ambos;
- Evitar práticas invasivas desnecessárias, como aspiração nasogástrica, lavado gástrico, profilaxia ocular com Credé enquanto o RN estiver em contato pele a pele com a mãe na sala de parto;
- Favorecer a presença e participação do companheiro ou acompanhante na sala de parto;
- Realizar procedimentos de rotina como antropometria, aplicação de vitamina K, primeira dose de vacina da

Hepatite B após a primeira mamada sem interferir no contato pele a pele.

Mãe e filho no alojamento conjunto, quais medidas para estimular a amamentação são importantes?

- Estimular pele a pele no alojamento conjunto (colo);
- Incentivar a mãe a oferecer a mama ao RN frequentemente sempre que solicitada, em geral de 8 a 12 vezes por dia;
- Esclarecer aos pais sobre a importância do AM como o alimento que supre todas as necessidades do RN;
- Informar sobre o início da produção de colostro e esclarecer sobre as necessidades nutricionais do RN nesses primeiros dias de vida;
- Reforçar a importância do alojamento conjunto contínuo e da sucção não nutritiva para tranquilizar e acalmar o RN;
- Observar uma mamada antes da alta da maternidade e esclarecer dúvidas dos pais sobre as técnicas de amamentação e como extrair o leite da mama se houver necessidade;
- Desencorajar o uso de chupeta;
- Orientar sobre a primeira consulta com 72 horas e no máximo 7 (sete) dias da alta e disponibilizar acesso com ajuda e apoio se necessário (por telefone, no consultório, posto de saúde, grupo de mães, consultor com certificação em aleitamento materno).

Como deve ser a revisão pós-parto?

- Receber a família para a primeira consulta após a alta do RN. Pai/companheiro/a ou avós devem ser convidados a participar caso assim o desejem e a mãe se sinta confortável;
- Perguntar e **escutar a mãe** sobre os primeiros dias em casa: como estão se adaptando, estrutura do ambiente de casa, rede de apoio, sono, alimentação e bem estar especialmente da mãe e da criança;
- Conferir (antes do exame físico, que faz parte da consulta de revisão pós-parto) alguns sinais de bem estar do RN: atividade, choro, cor, frequência e aspecto das eliminações (urina e fezes), sono;
- Obter informações sobre as mamadas: frequência, duração, onde ocorrem, posições de mamada, bem estar ou desconforto físico, especialmente das mamas (dor, fissura, ingurgitamento);
- Solicitar à mãe que dê de mamar na consulta, se ela quiser e se sentir à vontade;

- Observar atentamente a posição do RN, a postura e posição do corpo da mãe (importante observar **toda a postura corporal da mãe** durante a mamada – cabeça, tronco, membros, expressão facial, emissão de sons ou toques entre a mãe e o RN);
- Observar a técnica da mamada: posição da criança, “pega” (revisar a boca do RN no exame físico para excluir anquiloglossia), força de sucção, deglutição, sinais de saciedade;
- Colocar-se à disposição da mãe e da família para esclarecimento de possíveis dúvidas e resolução de dificuldades se houverem (telefone do banco de leite, disk amamentação, *whatsapp*, *e-mail* ou mesmo uma nova consulta em período mais próximo que a de rotina).

Quais aspectos devem ser valorizados no seguimento de puericultura no primeiro semestre?

- Perguntar e escutar a mãe sobre seus sentimentos a respeito da amamentação, se possível em todas as consultas;
- **Elogiar sempre!** Independente do tipo de aleitamento materno, sempre haverá alguma oportunidade ou situação que o Pediatra irá incentivar e elogiar a mãe pela sua postura, sua atitude e seu empenho em amamentar sua criança! Isso traz segurança, reconhecimento e incentivo, pois sabemos que amamentar requer muita disponibilidade: física, mental, temporal, material e afetiva;
- Reforçar as orientações sobre a importância do AM exclusivo (AME) até os seis meses e após a introdução da alimentação complementar se possível até os dois anos ou mais;
- Acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança (mensalmente se possível);
- Registrar os dados antropométricos da criança a cada consulta e colocá-los nas curvas de crescimento da Caderneta de Saúde da Criança (perímetro cefálico, peso e comprimento);
NOTA: Para as mães de crianças prematuras, também reforçar a importância do AME para o crescimento e desenvolvimento saudáveis dessas crianças, esclarecendo sobre as curvas de crescimento adequadas e corrigidas pela idade gestacional/idade cronológica;
- Esclarecer sobre alguns mitos que ainda envolvem o AM: a oferta desnecessária de água, chás, sucos ou outros líquidos;
- Desaconselhar o uso de chupeta;

- Desaconselhar o uso de outro tipo de leite, reforçando o ganho de peso e crescimento adequando de uma criança em AME até o sexto mês;
- Avaliar, conjuntamente com a mãe, a necessidade de oferecer outro tipo de leite para a criança, caso haja real indicação médica ou mesmo se for escolha da mãe. Considerar essa escolha com isenção e objetividade, tirando qualquer culpa ou responsabilidade da mãe se essa for sua decisão. Nesse caso, oferecer de copo ou colher para não interferir na amamentação;
- Obter informações sobre as mamadas: frequência, duração, onde ocorrem, posições de mamada, bem estar ou desconforto físico, especialmente das mamas (dor, fissura, ingurgitamento);
- Conversar sobre a volta ao trabalho e o término da licença maternidade (para aquelas mães que trabalham fora do lar);
- Discutir alternativas para manter o AME, como expressão e estocagem do LM, coordenação dos horários das mamadas com possíveis intervalos, folgas ou retorno da mãe a sua casa;
- Adequar sua prática profissional, tanto em atuação na Saúde Pública como em clínica particular, à Iniciativa Consultório Amigo da Amamentação⁵;
- Conversar sobre a introdução da alimentação complementar saudável a partir do sexto mês, de acordo com as mais atuais recomendações do Ministério da Saúde¹¹.

Após o segundo semestre e com introdução alimentar, como estimular o aleitamento até o final do segundo ano de vida?

- Elogiar sempre!
- Incentivar o AM, considerando a atividade da mãe, introdução da alimentação complementar saudável a partir do sexto mês e rede de apoio nos cuidados da criança;
- Assegurar às mães e suas famílias que as crianças amamentadas (com pelo menos quatro mamadas ao dia) e que já consomem a dieta da família **não precisam receber complemento com outro alimento lácteo**;
- Apoiar as mães em sua decisão de manter o AM por dois anos ou mais, desmistificando opiniões leigas (ou profissionais!) sobre essa prática;
- Conversar com a mãe sobre o desmame – interrupção do AM – no momento que ela trouxer esse tema para consulta. Tratar esse tema com tranquilidade, segurança e clareza. **Sempre apoiar a mãe em suas decisões.**

CONCLUSÃO

O pediatra, profissional médico que em algumas oportunidades já atende seu futuro paciente mesmo antes dele nascer e depois o acompanha por meses ou anos durante sua infância e adolescência, tem o compromisso e a responsabilidade profissional de estar amplamente capacitado a exercer essa função especial: ajudar as mães a oferecer o melhor alimento para seus filhos nos primeiros meses e anos de vida, da melhor maneira possível e da forma e duração que assim o desejarem.

Estaremos assim não apenas protegendo, promovendo e apoiando o AM, mas sendo realmente **Pediatras Amigos da Amamentação!**

REFERÊNCIAS

01. Ferreira ABH (org). Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 1ª. ed. (11ª. impressão). Nova Fronteira; Rio de Janeiro. 1975.
02. World Health Organization. Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere. Disponível em: https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/en/. Acessado em 15 de agosto de 2020.
03. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acessado em 20 de agosto de 2020.
04. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Aleitamento Materno. Amamentação: a base da vida. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21162c-DC_-_Amamentacao_-_A_base_da_vida.pdf. Acessado em 20 de agosto de 2020.
05. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Aleitamento Materno. Consultório Amigo da Amamentação. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21250e-DC_-_Consult_Amigo_da_Amamentacao1.pdf. Acessado em 20 de agosto de 2020.
06. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al. Breastfeeding in the 21st: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387:475-90.
07. Cunha AJ, Leite AJ, de Almeida IS. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: pursuit of healthy nutrition and development. *J Pediatr (Rio J)*. 2015;91:544-51.

08. Meek JY. The breastfeeding-friendly pediatric office practice. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/139/5/e20170647.full.pdf>. Acessado em 20 de agosto de 2020.
09. Meek JY, The Academy of Breastfeeding Medicine. Educational objectives and skills for the physician with respect to breastfeeding, revised 2018. Disponível em: <https://www.bfmed.org/assets/bfm.2018.29113.jym.pdf>. Acessado em 20 de agosto de 2020.
10. Aguilar MTH, Maldonado JA. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar La lactancia materna en La práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatra (Barc)*. 2005;63:340-56.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acessado em 29 de agosto de 2019.

Cuidados no pós-parto influenciam o futuro sucesso na amamentação

Rossiclei de Souza Pinheiro

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, principalmente na primeira hora, encorajá-las a reconhecerem quando seus bebês demonstram vontade para mamar, oferecendo ajuda, se necessário. Apoiar as mães para que o início do aleitamento materno se dê neste período essencial, em que mãe e recém-nascido estão alertas está bem claro no Passo 4 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que é uma prática capaz de reduzir em 22% a mortalidade neonatal,¹ sendo que quanto mais se prorroga o início do aleitamento materno, maiores serão as chances de mortalidade infantil causada por infecções comuns na primeira infância.

No Brasil a maioria dos partos ocorre em estabelecimentos de saúde, o que torna a estratégia de grande impacto nas taxas de amamentação. Dados de 2018 do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) registraram 2.983.567 nascimentos realizados em hospitais no Brasil.² Estudos nacionais e internacionais mostram associação positiva entre o nascimento em Hospitais Amigo da Criança e o aumento das taxas na amamentação.³⁻⁵

A pesquisa nacional sobre o parto e nascimento no Brasil constatou que bebês saudáveis nascidos em Hospitais Amigo da Criança tiveram menos risco de intervenções desnecessárias logo após o parto, como aspiração das vias aéreas, uso de oxigênio inalatório e uso de incubadora em unidade neonatal. Além disso, nestes hospitais o contato pele a pele com a mãe logo após o nascimento, a amamentação na primeira hora de vida ainda na sala de parto e o alojamento conjunto foram mais frequentes.⁶ Os autores demonstraram que os Hospitais Amigo da Criança são referência em qualidade e humanização do atendimento durante todas as etapas da gestação, parto e nascimento e período neonatal precoce e isso reflete no aumento da prevalência do aleitamento materno exclusivo na maternidade e nos primeiros seis meses de vida.

Em todo o mundo são relatadas dificuldades ao nascimento, pois cerca de um em cada 10 recém-nascidos necessita de ajuda para iniciar a respiração efetiva; um em cada 100 precisa de intubação traqueal; e 1-2 em cada 1.000 requer intubação acompanhada de massagem cardíaca e/ou medicações, desde que a ventilação seja aplicada adequadamente. Quando o bebê nasce asfíxiado, o contato pele a pele pode não ser possível na primeira hora de vida.⁷⁻⁹

Se, ao nascimento, o bebê é de termo (idade gestacional 37-41 semanas), está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, independentemente do aspecto do líquido amniótico, se apresenta boa vitalidade, deve continuar junto de sua mãe depois do clampamento oportuno do cordão umbilical. Na sala de parto, enquanto o bebê está junto à mãe, devemos prover calor com uso de campos aquecidos, manter as vias aéreas pérvias e avaliar a sua vitalidade de maneira continuada.^{9,10}

Nesse período, para manter a temperatura corporal entre 36,5-37,5°C (normotermia) devemos garantir a temperatura ambiente na sala de parto entre 23-26°C, secar o corpo e o segmento cefálico com compressas aquecidas e deixar o recém-nascido em contato pele-a-pele com a mãe, coberto com campos aquecidos secos. Manter as vias aéreas pérvias, sem flexão ou hiperextensão do pescoço, verificando se não há excesso de secreções na boca e nariz. Avaliar, inicialmente, a

frequência cardíaca com o estetoscópio no precórdio, o tônus muscular e a respiração/choro. Depois, de maneira continuada, observar a atividade, o tônus muscular e a respiração/choro do bebê.¹¹

Se o bebê for prematuro, definido como os nascidos vivos com idade gestacional inferior a 37 semanas, o atendimento deve ser realizado conforme as normas do Programa de Reanimação Neonatal da Academia Americana de Pediatria e Sociedade Brasileira de Pediatria, ressaltando que se for inferior a 34 semanas deve ser enfatizado a manutenção da temperatura corpórea com procedimentos específicos. Se o bebê for maior do que 34 semanas e apresentar boa vitalidade, pode ser realizado contato pele-a-pele durante a primeira de vida e depois ser encaminhado para unidade de cuidados neonatais intermediários. O risco de mortalidade e morbidade, incluindo a lesão do sistema nervoso central, durante a estabilização, reanimação e transporte do prematuro ao nascimento é muito grande. A equipe deve estar treinada e apta a realizar todos os procedimentos.¹²

A primeira hora de vida do bebê é tão importante para seu futuro que é conhecida como hora dourada, onde o contato pele a pele deve ser estimulado o mais precoce possível, segundo a Organização Mundial de Saúde. Manter mãe e bebês juntos facilita a amamentação, diminui a mortalidade, diminui a chance de choro e traz benefícios para toda a família.¹⁵ O contato pele a pele faz parte de um conjunto de ações que possui este paradigma de cuidado: **olhar a mulher e o bebê como protagonistas de um evento**. Nesse sentido, este ato é consequência do conjunto de práticas de cuidado que valoriza o parto e o nascimento. O pediatra deve estar capacitado para realizar todos os primeiros cuidados próximo a mãe e manter este contato durante toda a primeira hora de vida, o conhecido “Golden Hour”.

ESTRATÉGIAS PARA FAZER O CONTATO PELE A PELE NA PRIMEIRA HORA DE VIDA

Quais seriam então, as principais ações estratégicas, que o pediatra deve conhecer para ajudar o contato pele a pele na primeira hora de vida?

Vamos entender os principais pontos a serem valorizados:

Qual o tipo de parto? Como implementar o contato pele a pele no parto cesariano, em centro cirúrgico com ar condicionado, campos cirúrgicos, anestesia, manipulação cirúrgica, durante uma hora?

Quando o parto é cesariano, sabemos que a sala é mais fria, então podemos pedir para aquecer antes do nas-

cimento, desligando ar-condicionado. Alguns serviços têm usado toucas para aquecer a principal área, o polo cefálico. Geralmente o bebê fica aquecido quando colocado junto a sua mãe, desde que ela esteja em boas condições. Assim, você vai ver que a temperatura do bebê será melhor mantida do que se estivesse num berço aquecido; então não tem problema o ar condicionado ligado se você mantiver o bebê junto com sua mãe, com um campo aquecido e uma touca. O mais importante é o bebê ficar com a mãe até o término da cirurgia; ao terminar, mãe e bebê sairão juntos do centro cirúrgico.

Por que os bebês devem mamar imediatamente após o nascimento? Eles mamam mesmo?

A amamentação na primeira hora pós-parto assegura que o bebê entre em contato com o colostro, rico em fatores protetores contra as principais doenças infecciosas. Além disso, o contato pele a pele entre mãe e bebê ao nascimento favorece o início precoce da amamentação e aumenta a chance do aleitamento materno exclusivo ser bem sucedido nos primeiros seis meses de vida. Geralmente, o bebê procura o peito, sente o cheiro e tenta sugar mesmo incoordenado, mas a sucção precoce – que é feita na primeira hora – é tão importante para o bebê que começa a estimular a descida do leite e como para a saúde da mãe, pois através da produção do hormônio ocitocina, contrai o útero da mãe e ajuda a eliminar a placenta, diminuindo uma das principais causas de morte materna que é a hemorragia uterina depois do parto.

Quais os principais pontos o profissional de saúde precisa saber?

• O que é clampeamento oportuno?

No recém-nascido pré-termo tardio (>34 semanas) e a termo (>37 semanas) que nascem bem, sem asfíxia, o clampeamento do cordão umbilical deve ser oportuno, cerca de 1-3 minutos após o nascimento. Esse procedimento aumenta os níveis de hemoglobina do recém-nascido e melhora as reservas de ferro nos primeiros meses de vida, o que pode ter um efeito favorável nos resultados do desenvolvimento.

• Existe contraindicação para o contato pele a pele?

Atualmente, as mães suspeitas ou confirmadas com COVID-19 devem receber higienização corporal antes do contato com o bebê para diminuir o risco de infecção pós natal. Mas, os procedimentos devem ser realizados o mais breve possível a fim de oportunizar o contato na primeira hora de vida.

• Quando realizar procedimentos de rotina após o parto?

Os profissionais de saúde devem postergar quaisquer procedimentos que interrompam o primeiro contato com a família. As medidas antropométricas, administração de medicamentos profiláticos e vacinas podem aguardar o bebê mamar e despertar. A identificação com pulseira deve ser realizada no colo da mãe ou do pai, para ser conferida pela família.

• Quando o bebê deve tomar banho?

O primeiro banho deve ocorrer após 24 horas de vida para reduzir o risco de o recém-nascido apresentar hipotermia (perda de calor). O vernix (resíduo gorduroso que recobre o corpo) protege contra a perda de calor. A maioria das vezes que o bebê faz hipotermia, aumenta seus gastos de energia e pode apresentar hipoglicemia.

• Qual a orientação aos pais sobre pele a pele nos primeiros dias de vida?

Os pais devem ser orientados sobre a importância do colo a fim de manter a temperatura corpórea e vínculo do bebê com a família, portanto nos primeiros dias devem evitar manter o bebê somente deitado no berço. Os paradigmas do contato pele a pele devem ser desconstruídos, pois é muito importante o bebê ser aquecido pelo corpo da mãe / pai, a fim de diminuir o choro e aumentar a oferta do seio materno e melhorando a prevalência de aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida.

CONCLUSÃO

O contato pele a pele na primeira hora de vida é importante para a microbiota, pois o bebê quando nasce não tem bactérias e as primeiras com que ele entra em contato são as da vagina da sua mãe (no parto normal) e, depois, são as da pele da sua mãe, portanto deve ser estimulado nas cesarianas. Hoje, cada vez mais os estudos científicos têm provado que é muito importante que o bebê tenha contato com as bactérias da sua mãe, e não contato com as bactérias hospitalares de um berço aquecido, de um profissional de saúde e de salas afastadas das mães. Sabemos que as bactérias colonizadas ao nascimento vão manter a proteção por vários anos. Além disso, o contato pele a pele promove segurança do bebê, ele respira melhor, deglute melhor e promove o vínculo entre mãe e filho. Depois de uma hora, quando o bebê já estiver aquecido e desperto, os procedimentos de rotina hospitalares podem ser realizados. O mais importante é respeitar o primeiro contato pele a pele por uma hora ou mais de uma hora. Após os cuidados de rotina, o profissional de saúde deve trazê-lo novamente para o colo da mãe.

REFERÊNCIAS

01. World Health Organization [homepage on the Internet]. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. Geneva: WHO; 1989 [cited July 19, 2020]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf> Acessado em 19 de julho de 2020.
02. DATASUS – Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> Acessado em 19 de julho de 2020.
03. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet. 2016;387:491-504.
04. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104:114-34.
05. Venâncio SI, Saldiva SR, Escuder MM, et al. The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. J Epidemiol Com Health. 2012;66:914-8.
06. Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz. Nascer no Brasil. Inquérito nacional sobre parto e nascimento. Sumário executivo temático da pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acessado em 19 de julho de 2020.
07. Niermeyer S. From the Neonatal Resuscitation Program to Helping Babies Breathe: Global impact of educational programs in neonatal resuscitation. Semin Fetal Neonatal Med. 2015;20(5):300-8.
08. Ersdal HL, Mduma E, Svensen E, et al. Early initiation of basic resuscitation interventions including face mask ventilation may reduce birth asphyxia related mortality in low-income countries: a prospective descriptive observational study. Resuscitation. 2012;83(7):869-73.
09. World Health Organization. Thermal protection of the newborn: a practical guide [Book on the Internet]. Geneva:WHO; 1997 [cited 2020 Jul 19]. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_97_2/en/ Acessado em 19 de julho de 2020.
10. World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth [Book on the Internet]. Geneva: WHO; 2012 [Cited 2020 Jul 20]. Disponível em: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf Acessado em 19 de julho de 2020.
11. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto – Diretrizes 2016 SBP. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/reanimacao/wpcontent/uploads/2016/01/diretrizessbpreanimacaornmaior-34semanas26jan2016.pdf> Acessado em 19 de julho de 2020.
12. Reanimação do Prematuro < 34 semanas na sala de parto - Diretrizes 2016 SBP. [acessado em 19 de julho de 2020]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DiretrizesSBPReanimacaoPrematuroMenor34semanas26jan2016.pdf Acessado em 19 de julho de 2020.
13. World Health Organization [homepage on the Internet]. E-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA): Early initiation of breastfeeding. Disponível em: http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/en/ Acessado em 19 de julho de 2020.

Avaliação da perda de peso no período neonatal imediato

Ana Luiza Velloso da Paz Matos

Há mais a aprender e muito a respeitar sobre o trabalho manual da mãe natureza.

Ruth Lawrence

INTRODUÇÃO

O pediatra e demais profissionais que trabalham com a amamentação, necessitam de conhecimentos que contribuam para a compreensão de aspectos fisiológicos do recém-nascido (RN) e sua mãe, evitando dessa forma conduzir o que é fisiológico como anormalidade.

Sendo o leite materno, próprio da espécie humana, quaisquer preparações oferecidas ao RN como substitutas serão de qualidade inferior ao padrão ouro oferecido pelo leite humano, podendo acarretar em prejuízos e consequências. Portanto, isso deve ser a todo custo evitado, a menos que exista uma justificativa médica¹ ou escolha materna de não usá-lo, mesmo esclarecida e ciente de seus incomparáveis benefícios.

A introdução de uma fórmula infantil (FI) pode provavelmente desencorajar o início e/ou diminuir a duração do aleitamento materno, acarretando em prejuízos para o bebê e mãe, em curto, médio e longo prazos^{1,2}.

As rotinas hospitalares para encorajar e apoiar o início e a manutenção do aleitamento materno exclusivo (AME) devem ser baseadas na Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)¹.

As mamas femininas iniciam o desenvolvimento na vida fetal, continuando na adolescência e gestação. São “preparadas” para a lactação a partir da 16ª semana da gestação. A lactação, portanto, é parte integral do ciclo reprodutivo da mulher³. No pós-parto, em decorrência de mudanças hormonais e a seguir em resposta ao estímulo da sucção, inicia-se a “copiosa produção de leite”, inicialmente em pequena quantidade, podendo ser interpretada como inadequada; mas é em geral suficiente para atender as necessidades do RN a termo, saudável.

Referir-se à produção de colostro como pouca, nada mais é que um pleonasma vicioso, pois a produção do mesmo no primeiro dia de vida é pequena, podendo variar de 2 a 20 mL por mamada, o que é perfeitamente adequado ao estômago do RN a termo, cuja capacidade gástrica neste momento é em torno de 20 mL^{4,5}. A ingestão média de colostro por mamada para o RN termo, sadio de 2 a 10mL (até 24h); 5 a 15 mL (24 a 48h); 30 a 60 mL (48 a 72h)⁴.

Não há evidências suficientes sobre os intervalos ideais de alimentação do RN. A recomendação atual é a livre demanda, ou seja, guiada preferencialmente pelos sinais precoces de fome do bebê. Diante de uma possível falha ou dificuldade com a amamentação, o profissional deve buscar o que pode estar acontecendo, e não “resolver” a questão introduzindo uma FI, pois ainda que a mesma seja modificada, não será igual e nem semelhante ao leite produzido na mama de uma mulher.

ESTRATÉGIAS PARA CONDUZIR A PERDA DE PESO NOS PRIMEIROS DIAS

Como entender a perda de peso nos primeiros dias de vida?

Quase todos os RNs perdem peso durante os primeiros dias após o nascimento, independente de receberem leite materno (LM) direto do peito ou uma FI. Existem razões que necessitam ser consideradas para a ocorrência dessa perda de peso nos primeiros dias após o nascimento, devendo as mesmas serem criteriosamente compreendidas para uma boa avaliação.

- a) Ao nascimento ocorre redistribuição dos volumes corporais de água, com redução do volume extracelular e aumento do volume intracelular, deste modo há perda da água corporal total que resultará em significativa perda de peso. Considerando-se que a composição hídrica nesta fase é em torno de 70%, a perda de peso tem grande correlação com a perda hídrica^{4,6}. O volume de alimentação relativamente baixo durante as primeiras horas de vida coincide com a diurese fisiológica do excesso de líquido extracelular que acompanha a transição da vida pré-natal para a pós-natal^{4,7};
- b) O estresse do nascimento libera grandes quantidades de hormônio antidiurético, o que colabora para o balanço hídrico negativo⁶;
- c) O uso do tecido adiposo do RN, como fonte de energia, impacta na perda ponderal dos primeiros dias⁸;
- d) Reduzida capacidade gástrica: O LM inicialmente proporciona o “líquido necessário” para repor as perdas insensíveis do RN (2/3 são trans epidérmicas)⁴. O esvaziamento gástrico neste período tem caracteristicamente hipomotilidade pós-prandial o que contribui para a adaptação a pequenos volumes ingeridos de leite e regurgitações nas primeiras horas após o nascimento⁹;
- e) Uso de ocitocina sintética: a administração de ocitocina durante o parto é habitualmente realizada em muitos países pelos resultados benéficos para a mãe; porém poucos estudos têm investigado os efeitos na amamentação. Há evidências que a ocitocina exógena pode passar através da placenta para a circulação fetal¹⁰. Estudo de coorte retrospectivo sugere influência negativa sobre a amamentação na primeira hora, em mulheres que usaram ocitocina sintética, que em associação com índice de massa corporal materno aumentado contribuiu para prejuízo no AM aos 3 meses¹¹. Os achados são relacionados à inibição dos reflexos primitivos dos RN, com prejuízos imediatos sobre a amamentação^{12,13}. Esta correlação não parece ser dependente da dose¹⁴. O adiamento para o estabelecimento do AM pode impactar em maior perda ponderal;
- f) Alguns autores fazem correlação entre o volume de líquidos intravenosos oferecidos à mãe no pré-parto e o impacto na maior perda de peso do RN, sobretudo quando a infusão é volumosa^{15,16}. Isso sugere que a administração de fluidos intraparto pode causar expansão do volume fetal e maior perda de fluidos após o nascimento, embora outros mecanismos sejam possivelmente envolvidos¹⁷;
- g) A cesariana é um fator de risco conhecido para maior perda de peso entre os RNs. Existe um mecanismo

conhecido que explica essa associação relacionado a problemas com a amamentação, devido ao retardo da lactogênese II (copiosa produção de leite) iniciando-se no 2º ou 3º dias após o nascimento^{18,19}. Estudo japonês recente considerou, além da cesariana, a idade materna mais avançada e a primiparidade como fatores de risco independentes para a perda excessiva de peso em RNs a termo amamentados²⁰;

- h) O clampeamento oportuno do cordão está relacionado a aumento de peso do RN, impactando na variação maior de perda de peso²¹;
- i) Considerações sobre: tipo de agasalho utilizado pelo RN, temperatura ambiente²², modo de aferição (tipo de balança e tara) e horário da pesagem diária, podem interferir na fidedignidade da perda de peso.

Quais os sinais e sintomas que podem indicar ingestão insuficiente de leite?

(*Adaptação: *Clinical Protocol #3:Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017*)

- a) Sinais e/ou sintomas clínicos ou laboratoriais de desidratação (sódio elevado, sucção débil, letargia, etc.) que não melhoram após cuidados adequados e manejo apropriado da amamentação;
- b) Perda de peso entre 8% e 10%, no quinto dia ou mais; perda de peso acima do percentil 75 para a idade. Obs.: Perda de peso na faixa de 8% a 10% pode estar dentro dos limites da normalidade se não houver outros achados relevantes e o exame físico estiver normal; neste ponto há indicação de avaliação cuidadosa e possível necessidade de assistência na amamentação;
- c) Perda de peso entre 8% e 10% pode ser um indicativo de baixa ingestão ou baixa produção de leite materno, mas uma avaliação criteriosa é necessária antes de indicação automática de suplementação;
- d) Atraso na evacuação, menos que quatro evacuações no quarto dia de vida ou fezes com mecônio no quinto dia de vida.

Importante: Padrões de eliminações (urina e fezes) devem ser acompanhados e registrados até pelo menos o início da apojadura. Deve-se ressaltar que há grande variação entre os RNs, mas os padrões podem ser úteis para determinar a adequação da amamentação. RNs com mais evacuações durante os primeiros cinco dias após o nascimento apresentam menor perda de peso inicial, transição para fezes amareladas mais precocemente e retorno mais rápido ao peso de nascimento.

- e) No atraso da apojadura, entre o terceiro e o quinto dias pós-parto e ingestão insuficiente, considerar:

- e.1) Insuficiência glandular primária (< de 5% das mulheres = falha primária na lactação), evidenciada por tamanho anormal da mama, pequeno crescimento da mesma na gestação, ou mínima indicação de ativação de secreção do leite.
- e.2) Doença mamária ou cirurgia mamária prévia que pode resultar em baixa produção de leite.
- e.3) Interrupção temporária da amamentação devido a alguns medicamentos (ex: quimioterapia) ou separação temporária da mãe e do bebê sem disponibilidade de ordenha.

A identificação dos fatores de risco para perda excessiva de peso será de ajuda para descobrir medidas preventivas. A extensão da perda de peso de um RN nos primeiros dias de vida é usada como um indicador da adequação da amamentação, mas a mesma não deverá ser usada de forma isolada e única. Os limites fisiológicos máximos de perda de peso para os RNs são controversos. Assim, a perda de peso de 10% pode ser considerada normal ou aceitável, desde que não existam os sinais acima referidos. Os gráficos de crescimento são falhos nas primeiras duas semanas, porque não levam em consideração perda de peso fisiológica neonatal²³.

Perdas acima de 10%, não devem ser automaticamente associadas à indicação de suplementos¹, porém necessitam ser **cuidadosamente avaliadas**, pois podem estar associadas a complicações como: icterícia, hipernatremia, desidratação, podendo levar à insuficiência renal, trombose, choque hipovolêmico e convulsões^{24,25}.

Qual o tempo para recuperação do peso do nascimento?

Na avaliação e seguimento da perda de peso neonatal, nos primeiros dias de vida, é importante lembrar que o peso é um item que sempre deve ser considerado, mas juntamente com o mesmo, deve-se atentar ao estado geral, atividade, número de fraldas trocadas por dia, referência ao aspecto das eliminações, padrão de sono, aspecto das mamas e avaliação de uma mamada completa.

Não é incomum que os RNs estejam abaixo do peso ao nascer com 10 a 14 dias após o nascimento, independentemente do tipo de parto; os RNs de cesariana, por habitualmente perderem mais peso nos primeiros dias, podem não ter recuperado o peso do nascimento ao longo do primeiro mês²².

E se houver necessidade de suplementar?

Primeira opção: LM ordenhado, na impossibilidade, utilizar leite procedente de banco de leite humano, caso o

mesmo não esteja disponível, utilizar uma FI, reavaliando sempre a necessidade da manutenção de forma total ou parcial. Preferencialmente o suplemento deve ser oferecido por sonda de pequeno calibre (ex. uretral nº 4) fixada à mama, cuja ponta deve coincidir com o mamilo (translactação), copinho, sonda-dedo, seringa ou colher⁴, evitando-se o uso de mamadeiras e/ou chucas, que podem levar à “confusão de bicos”²⁶.

CONCLUSÃO

Todos os esforços devem ser feitos para que não haja substituição ou suplementação desnecessária do LM no início da vida, para isso é imprescindível que o pediatra tenha conhecimento e compreensão sobre os mecanismos que envolvem a perda de peso fisiológica no período neonatal imediato. É recomendável uma boa anamnese e exame físico do RN, exame das mamas, observação da atitude e desejo da mãe, registro das eliminações do RN, investigação da rede de suporte imediata e acompanhamento de uma mamada (pega, posicionamento, transferência de leite), antes de considerar a necessidade de um suplemento; quando necessário, o mesmo deverá ser feito com parcimônia, para atender as necessidades, sem definir a prescrição como um “*caminho sem retorno*”.

O leite materno humano é, portanto, não apenas um suplemento nutricional perfeitamente adaptado para os bebês, mas provavelmente o medicamento personalizado mais específico que o bebê receberá, oferecido em um momento em que a expressão gênica está sendo ajustada para a vida. Esta é uma oportunidade a conformação de saúde que não deve ser perdida²⁷. Desde o nascimento, começando na primeira hora do nascimento, o pediatra deve promover a oportunidade do AM, incentivar e apoiar a prática do mesmo de modo exclusivo até o sexto mês e complementado até os dois anos ou mais.

REFERÊNCIAS

01. American Academy of Pediatrics - Breastfeeding and the Use of Human Milk. Disponível em: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-3552 doi:10.1542/peds.2011-3552
02. World Health Organization baby-friendly hospital initiative guideline and 2018 implementation guidance. JAMA Pediatr. 2019;173(1):93–4
03. Breastfeeding, a guide for medical profession. Ruth & Robert Lawrence 7ª edition (2011). C 3. Physiology of Lactation (62-97).
04. Academy Breastfeeding Medicine. Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017 <https://www.bfmed.org/>
05. Santoro W Jr, Martinez FE, Ricco RG, et al. Colostró ingerido durante o primeiro dia de vida por recém-nascidos saudáveis alimentados exclusivamente com leite materno. J Pediatr . 2010;156(1):29-32.
06. Brace AR. Fluid and electrolyte metabolism. In: Polin AR, Fox W, Abman S, editors. Fetal and neonatal physiology. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 2004. p. 1341–50.
07. Zangen S, Di Lorenzo C, Zangen T, et al. Rapid maturation of gastric relaxation in newborn infants. Pediatr Res. 2001;50(5):629-632.
08. Noel-Weiss J, Courant G, Woodend AK. Physiological weight loss in the breastfed neonate: a systematic review. Open Med. 2008;2(4):99–110.
09. Bergman NJ. Neonatal stomach volume and physiology suggest feeding at 1-h intervals. Acta Paediatr. 2013;102(8):773-777.
10. Erickson EN, Emeis CL. Breastfeeding Outcomes After Oxytocin Use During Child birth: An Integrative Review. J Midwifery Wom Health. 2017;62:397–417.
11. Gomes M, Trocado V, Carlos-Alves M, et al. Intrapartum synthetic oxytocin and breastfeeding: a retrospective cohort study. J Obst Gynaecol. 2018; DOI: 10.1080/01443615.2017.1405924
12. Bella AF, White-Traut R, Rankin K. Fetal exposure to synthetic oxytocin and the relationship with prefeeding cues within one hour post birth. Early Hum Develop. 2013;89:137–143.
13. Odent MR. Synthetic oxytocin and breastfeeding: reasons for testing an hypothesis. Med Hypotheses. 2013;81(5):889-891.
14. Miguel A. M. Gabriel MAM, Fernandez IO, Martinez AMM, et al. Intrapartum Synthetic Oxytocin Reduce the Expression of Primitive Reflexes Associated with Breastfeeding. Breastfeed Med. 2015;10(4): DOI: 10.1089/bfm.2014.0156.
15. Gehan EG, Naglaa FMK. The Impact of Intravenous Protocols During Labor on Maternal \ Newborn Outcomes SOJ Nur Health Care. 2017;3(1):1-9.
16. Watson J, Hodnett E, Armson BA, et al. A Randomized Controlled Trial of the Effect of Intrapartum Intravenous Fluid Management on Breastfed Newborn Weight Loss. J Obst Gynec Neon Nurs. 2012;41:24-32.

17. Chantry CJ, Rivers LAN, Peerson JM, et al. Excess Weight Loss in First-Born Breastfed Newborns Relates to Maternal Intrapartum Fluid Balance. *Pediatrics*. 2011;127:e171.
18. Mezzacappa MA, Ferreira BG. Excessive weight loss in exclusively breastfed full term newborns in a baby-friendly hospital. *Rev Paul Pediatr*. 2016;34(3):281–6.
19. Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, et al. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics*. 2015;135(1):e16–23.
20. Miyoshi et al. Determinants of excessive weight loss in breastfed full-term newborns at a babyfriendly hospital: a retrospective cohort study. *Int Breastf J*. 2020;15:19
21. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, et al. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;7:CD004074.
22. Schaefer EW, Miller JR, Kuzniewicz MW, et al. Weight Change Nomograms for the First Month After Birth. *Pediatrics*. 2019;38(6): DOI: 10.1542/peds.2016-2625
23. Wright CM, Parkinson KN. Post natal weight loss in term infants: what is normal and do growth charts allow for it?. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2004;89(3):F254-F257.
24. Chang RJ, Chou HC, Chang YH, et al. Weight loss percentage prediction of subsequent neonatal hyperbilirubinemia in exclusively breastfed neonates. *Pediatr Neonatol*. 2012;53(1):41–4.
25. Pelleboer RA, Bontemps ST, Verkerk PH, et al. A nation wide study on hospital admissions due to dehydration in exclusively breastfed infants in the Netherlands: its incidence, clinical characteristics, treatment and outcome. *Acta Paediatr*. 2009;98(5):807–11.
26. UNICEF-OMS INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 3 – Promovendo e Incentivando a Amamentação em um Hospital Amigo da Criança: Curso de 20 h para Equipes de Maternidade Série A. Normas e Manuais Técnicos. Ed. MS Brasília-DF 2009 http://www.redeblh.fiocruz.br/media/modulo3_ihac_alta.pdf
27. Victora CG, Bahl R, Aluísio J D Barros, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect for The Lancet Breastfeeding Series Group* www.thelancet.com 2016;387 Jan 30.

Leite materno para prematuros: obstáculos e suporte nas unidades neonatais

Rossiclei de Souza Pinheiro

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é considerado padrão ouro e o modo mais natural e seguro de alimentação para as crianças, incluindo os prematuros, devido aos seus aspectos nutricionais e imunológicos. A recomendação é que seja exclusivo até os 6 meses e após deve ser complementado com outros alimentos, porém para os prematuros deve ser considerado a idade gestacional corrigida e as habilidades para deglutição. A amamentação deve ser estimulada até 2 anos ou mais¹.

O leite humano é composto por uma combinação de proteínas, lipídios, carboidratos, minerais, vitaminas, enzimas e células vivas com benefícios nutricionais, imunológicos, psicológicos e econômicos reconhecidos e inquestionáveis². O colostro é um fluido produzido em pequenas quantidades, mas rico em Imunoglobulina A (IgA), fatores de crescimento, lactoferrina, citocinas anti e pró-inflamatórias. Especialmente para o recém-nascido prematuro, a recomendação do aleitamento materno tem sido defendida com base nas propriedades imunológicas do leite humano, no seu papel na maturação gastrointestinal, na formação do vínculo mãe-filho e no melhor desempenho neurocomportamental apresentado pelas crianças amamentadas³. Durante a amamentação, a coordenação da sucção/deglutição dos prematuros é maior. É comprovado que os níveis da pressão parcial de oxigênio transcutânea, a saturação de oxigênio e a temperatura corporal são mais elevadas do que os obtidos durante alimentação com mamadeira, confirmando que a alimentação ao seio é mais fisiológica⁴.

O objetivo nutricional deve ser proporcionar um crescimento e composição corporal semelhantes ao intrauterino sem fazer sobrecarga metabólica para evitar doenças crônicas na fase adulta. Geralmente a perda de peso dos prematuros é em torno de 15% e a recuperação ponderal não é esperada antes de 21 dias. É provável que as doenças da prematuridade decorram de um desequilíbrio entre as defesas antioxidantes e a exposição a radicais livres liberados após hipóxia ou injúria por reperfusão, cujo excesso traria risco de enterocolite necrosante, displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular e retinopatia da prematuridade. Como o

premature parece não apresentar proteção bem desenvolvida contra o estresse oxidativo, o uso de leite humano seria vantajoso, já que este oferece melhor proteção antioxidante que os leites artificiais⁵.

ESTRATÉGIAS PARA ALIMENTAÇÃO DO PREMATURO

Quais as formas mais adequadas para manter o aleitamento materno no prematuro?

O prematuro tem características inerentes à imaturidade e na maioria das vezes não conseguirá receber o leite materno diretamente do seio, portanto é importante ter uma equipe treinada. Geralmente entre 32-34 semanas de Idade Gestacional existem dificuldades na coordenação da sucção, deglutição e respiração, isso pode levar a episódios de apnéias, broncoaspiração e engasgos, limitando a ingesta calórica e consequentemente aumentando a ansiedade da família⁵.

O que é Colostroterapia?

É uma estratégia sem função nutricional para aperfeiçoar a oferta de colostro cru como terapia imune aos prematuros de muito baixo peso que estejam internados em unidade de terapia intensiva neonatal, mesmo que ainda não tenham iniciado a oferta de alimentação enteral. A técnica consiste na administração gentil de gotas de leite materno na cavidade oral do recém-nascido e deve ser iniciado nas primeiras 96 horas de vida⁶. A administração de colostro por seringa em uma dose cumulativa mais alta está associada ao aumento da absorção de IgA secretória e lactoferrina, e quanto mais precoce, pode contribuir para um microbioma traqueal mais diverso⁷.

Qual a forma mais segura de alimentar o prematuro antes de 32 semanas?

Normalmente estes neonatos estão internados em unidade de terapia intensiva neonatal, unidade de cuidados intermediários ou unidade de cuidados canguru, portanto serão alimentados por gavagem com auxílio de uma sonda nasogástrica ou orogástrica para garantir um bom suporte nutricional. Conforme vão conseguindo coordenar a sucção/deglutição e respiração, com reflexo de procura, pode haver transição para via oral, inicialmente com a técnica *finger feeding* ou sonda-dedo. A transição da gavagem para amamentação ao seio materno deve respeitar o desenvolvimento neurológico individual, o que pode ser avaliado pela equipe interdisciplinar⁸.

Como fazer a transição da sonda para o peito?

Não devemos considerar apenas idade gestacional de 32-34 semanas, mas avaliar o início da alimentação oral conforme a estabilidade clínica, habilidade motora oral, maturidade neurológica e segurança materna. O peso pode limitar a transição, mas não é fator determinante, pois os bebês podem ser pequenos para idade gestacional e confundir com imaturidade. Recomenda-se iniciar com sucção não nutritiva após a mãe esvaziar a mama com expressão manual ou com bomba para que o bebê seja levado ao seio durante a alimentação com sonda nasogástrica. Esta técnica diminui o risco de engasgos e estimula a produção do leite materno, otimizando o envolvimento da mãe nos cuidados com seu filho e auxilia no desenvolvimento da sucção, deglutição e respiração até que esteja apto para amamentação plena. O uso de bicos artificiais e dedos de luva de látex não são indicados e podem gerar confusão de bicos, gerando mais de dificuldades na transição ao seio materno⁹.

O que é translactação ou relactação?

A translactação é a oferta do leite materno extraído da própria mãe, enquanto a relactação pode ser realizada com leite pasteurizado em banco de leite humano e excepcionalmente fórmula infantil. As duas técnicas têm o mesmo objetivo que é realizar a transição da alimentação por gavagem para alimentação direta no peito. São conhecidos como sonda-peito e permitem que o bebê sugue a mama e receba o leite materno ao mesmo tempo em que recebe o leite por meio de uma sonda (nº4) com uma das extremidades acoplada a uma seringa ou um recipiente. A sonda deve ser fixada na aréola, longe do mamilo, permitindo que o volume seja aumentado gradativamente, evitando engasgos ou instabilidade clínica. Este método auxilia no estímulo para aumentar a produção do leite quando o bebê demorou muitos dias para ir ao seio¹⁰.

Podemos usar o “copinho” para suplementar?

O copinho durante muitos anos foi indicado pela Organização Mundial da Saúde como método de transição para os bebês prematuros que estavam em gavagem ou para suplementação da alimentação oral, pois não influenciavam na sucção e diminuía a confusão dos bicos, mas atualmente o mais indicado é a sonda-peito. Uso do copinho pode até ajudar, pois no copo o bebê apresenta abertura da boca e língua anteriorizada para sorver o leite. A oferta deve ser feita com o bebê em posição sentada ou semissentada, com a cabeça e o corpo alinhados e em estado de alerta¹¹. É uma alter-

nativa segura para oferta do leite materno na ausência da mãe, como no retorno à escola e ao trabalho, ou na impossibilidade do bebê sugar seio materno, mas deve ser oferecido por pessoal treinado. Recomenda-se uso de copo de vidro, pois é mais fácil a esterilização e machuca menos a boca do bebê. O uso do copo aumenta as chances do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida¹².

CONCLUSÃO

A nutrição dos prematuros exige ações complexas com intervenção de toda equipe interdisciplinar para o sucesso do aleitamento materno. É necessário investimento em capacitação com olhar sobre o contexto da prematuridade e foco na alimentação saudável para promover um crescimento adequado e a composição corporal mais semelhante possível do intra-útero.

O nascimento do prematuro pode interferir em todas as expectativas da família, inclusive na amamentação, pois as fragilidades emocionais podem limitar a atuação da equipe e influenciar no sucesso do aleitamento exclusivo.

REFERÊNCIAS

01. Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, et al. The GAPPS Review Group Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregn Childbirth*. 2010;10(Suppl 1):1-22.
02. Kunz C, Rodriguez-Palmero M, Koletzko B, Jensen R. Nutritional and biochemical properties of human milk, part I: general aspects, proteins and carbohydrates. *Clin Perinatol*. 1999;26:307-33.
03. Gibertoni D, Corvaglia L, Vandini S, et al. Positive effect of human milk feeding during NICU hospitalization on 24 month neurodevelopment of very low birth weight infants: An Italian cohort study. *PLoS ONE*. 2015;10:e0116552
04. Yamamoto RCC, Keske-Soares M, Weinmann ARM. Características da sucção nutritiva na liberação da via oral em recém-nascidos pré-termos de diferentes idades gestacionais. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2009; 14(1):98-105.
05. Ministério da Saúde (BR). Atenção à saúde do recém-nascido: guia para profissionais de saúde. Cuidados com o recém-nascido pré-termo. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde;2014.
06. Lopes JB, Oliveira LD, Soldatelli B. Colostroterapia: uma revisão da literatura. *Demetra*. 2018;13(2):463-76.
07. Maffei D, Brewer M, Codipilly C, et al. Early oral colostrum administration in preterm infants. *J Perinatol*. 2020. 40:284–287.
08. Fujinaga CI, Duca AP, Petroni RACL, et al. Indicações e uso da técnica “sonda-dedo”. *Rev CEFAC*. 2012;14(4):721-724.
09. Guastalla R, Willumsen DK. Características específicas da anatomofisiologia do sistema estomatognático na prematuridade. In: Carvalho MR, Gomes CF. *Amamentação: bases científicas*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
10. Aquino RR, Osório MM. Relactation, translactation and breast-oro gastric tube as transition methods in feeding preterm babies. *J Hum Lact*. 2009; 25(4): 420-6.
11. Flint A, New K, Davies MW. Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;8:CD005092.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica – 2ª ed.* – Brasília, Ministério da Saúde, 2015. 184 p.

Doação de leite humano: o que o pediatra precisa saber?

Vilneide Maria Santos Braga D. Serva

INTRODUÇÃO

A doação de leite humano é prioritariamente direcionada para pacientes especiais, prematuros, com baixo peso e/ou doentes. Desta forma, o pediatra e todos os profissionais que compõem a equipe de saúde precisam conhecer e observar normas que implicam em cuidadosa seleção, classificação e acompanhamento das doadoras, parte integrante da rotina diária dos bancos de leite humano e postos de coleta de leite humano^{1,2}.

São consideradas doadoras as lactantes saudáveis que apresentem secreção láctea superior às exigências de seu próprio filho e que voluntariamente se dispõem a doar o excelente por livre e espontânea vontade².

São ainda classificadas como doadoras, mulheres que temporariamente, por razões de saúde de seus filhos, estão impedidas de amamentar diretamente no peito, cujos filhos estão internados em unidades neonatais ou outras unidades hospitalares e que ordenham leite humano para estimulação da produção láctea ou consumo de seu próprio filho².

COMO FUNCIONA A DOAÇÃO DE LEITE HUMANO?

Quais seriam os principais pontos que o pediatra e demais profissionais de saúde devem conhecer para ajudar uma lactante que deseja ser doadora de leite humano?

É o que mostraremos a seguir na forma de perguntas e respostas:

1. Como realizar a triagem de doadoras?

Para a triagem da doadora o pediatra ou outro médico assistente precisa solicitar e avaliar o cartão pré-natal, a caderneta da criança, observar a amamentação do filho da doadora, assistir aos problemas encontrados, além de realizar avaliação médica e preenchimento do formulário de cadastramento da doadora que contenha^{1,2}:

- Nome completo
- Data do nascimento
- Endereço
- Local onde realizou o pré-natal
- Número de consultas
- Peso no início e final da gestação
- Resultados de exames realizados no pré-natal: hemograma, VDRL, sorologia para HIV, Hepatite B e outros exames conforme perfil epidemiológico local ou necessidade individual da doadora
- Intercorrências no pré-natal e tratamentos realizados
- Data e local do parto
- Intercorrências e tratamento durante internação na maternidade
- Intercorrências atuais e medicamentos usados

Quais os passos a serem tomados para a seleção das doadoras?

Para a seleção da doadora o pediatra e/ou médico assistente deve confirmar que as seguintes condições e/ou orientações sejam respeitadas^{1,2}:

- Estar amamentando ou ordenhando leite humano para o próprio filho
- Ser saudável
- Apresentar exames pré ou pós-natal, caso não os tenha realizado no pré-natal, compatíveis com a amamentação
- Não fumar mais que 10 cigarros por dia
- Não usar medicamentos incompatíveis com a amamentação. Mesmo no caso de uso de medicamentos compatíveis, o pediatra e/ou médico assistente deve avaliá-los rigorosamente, pois a doação, de um modo geral, é destinada a recém-nascidos prematuros e/ou doentes
- Não usar álcool ou drogas ilícitas
- Receber orientação sobre a anatomia e fisiologia da mama, com linguagem simples, visando o entendimento das técnicas de ordenha
- Avaliar técnicas de ordenha
- Orientar sobre pega e posicionamento
- Observar e avaliar da mamada
- Realizar checagem da condição de saúde da doadora a cada doação, desqualificando a doação quando do surgimento de patologias ou do uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação.
- Realizar checagem das condições de ambiente de coleta do leite humano

Como orientar a coleta? Manual ou com bomba extratora?

A extração manual ou com bomba de extração de leite humano é uma recomendação frequente do pediatra e de outros profissionais de saúde por várias razões, como doação de leite e retorno ao trabalho³, alimentar um filho prematuro e/ou doente⁴ e manejo de problemas de mama puerperal⁵.

Algumas questões devem ser levadas em consideração em relação à escolha do método de extração de leite humano, manual ou com bomba de extração, como por exemplo:

- Não é possível determinar qual método de extração de leite humano, manual ou por bomba de extração

elétrica, é o mais eficiente quanto ao volume retirado^{6,7}, entretanto, a extração manual parece ser mais confortável para a mulher⁸ e as taxas de aleitamento materno maiores aos 2 meses pós-parto no grupo de extração manual de leite humano⁷.

- A extração de leite humano pode ser um estímulo para aumentar a produção de leite humano⁹.
- Massagear a mama antes da retirada do leite humano pode interferir no volume extraído e na quantidade de lipídeos, consequentemente na caloria do leite humano retirado¹⁰.
- A extração manual de leite humano também está associada ao maior conteúdo de lipídeos no leite humano retirado¹¹. O pediatra e outros profissionais de saúde precisam se atualizar neste conhecimento, que tem grande implicação na prática clínica diária, sobretudo para o ganho ponderal do recém-nascido prematuro.
- Contaminação bacteriana do leite humano extraído é maior quando a retirada é realizada por bomba de extração no ambiente domiciliar comparado a extração manual¹².

O que fazer para obter um leite com a maior qualidade possível tanto durante a extração como no oferecimento do leite humano extraído para o recém-nascido?

Algumas orientações devem ser fornecidas pelos pediatras que são fundamentais para a excelência do leite humano extraído como por exemplo:

- Recomendar o descarte dos primeiros jatos ou gotas de leite humano durante a extração, facilitando a conservação por eliminar as bactérias que colonizam a parte externa dos ductos mamilares^{1,2}.
- Recomendar recipientes de boca larga, tampa rosqueável e de vidro para o armazenamento de leite humano, pois esse material não libera substâncias e não absorve odores².
- Observar a orientação de manter o volume de leite humano a cerca de 2 centímetros abaixo da capacidade total do frasco de coleta, para evitar rompimento pela expansão do líquido após o congelamento¹³.
- Manter o leite humano extraído dentro da geladeira ou freezer e não nas portas, pois a variação da temperatura nas portas da geladeira ou freezer é maior¹.
- Orientar a refrigeração do leite humano cru por no máximo 12 horas na prateleira de cima da geladeira, no congelador ou freezer por 15 dias e após a pasteurização por até 6 meses¹.

Embora alguns países orientem duração diferente para o armazenamento¹⁴, o leite humano cru congelado por 15 dias foi o que mostrou melhor estabilidade química, semelhante ao do leite recém extraído¹⁵.

- Recomendar o descongelamento em banho-maria a 40°C¹, não devendo ocorrer em temperatura ambiente¹ ou no microondas¹⁶.
- Orientar que o leite humano pasteurizado descongelado não deva ser recongelado e pode ser mantido sob refrigeração por 24 horas¹. A mesma orientação deve ser dada em relação ao leite humano cru descongelado, não deve ser recongelado, entretanto, o tempo de manutenção na geladeira após descongelamento é de 12 horas¹.

CONCLUSÃO

Diante das evidências apresentadas, o pediatra deve se apropriar das orientações advindas dos documentos oficiais brasileiros, assim como da literatura nacional e internacional quanto à prática da doação de leite humano e da recomendação de sua extração manual, respeitando a decisão da mulher.

REFERÊNCIAS

01. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: ANVISA, 2008.160 p.
02. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Bancos de Leite Humano. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 set. 2006.
03. Labiner-Wolfe J, Fein SB, Shealy KR, et al. Prevalence of breast milk expression and associated factors. Pediatrics. 2008;122(Supplement 2):S63-S68.
04. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, et al. Effect of early breast milk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low birth weight infants: a pilot study. J Perinatol. 2012;32(3):205-209.
05. Philipp BL. ABM clinical protocol# 7: model breastfeeding policy (revision 2010): The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Breastfeed Med. 2010;5(4):173-178.

06. Brown JVE, Embleton ND, Harding JE, et al. Multi-nutrient fortification of human milk for preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;5:CD000343.
07. Flaherman VJ, Gay B, Scott C, et al. Randomised trial comparing hand expression with breast pumping for mothers of term newborns feeding poorly. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012;97(1): F18-F23.
08. Ohyama M, Watabe H, Hayasaka Y. Manual expression and electric breast pumping in the first 48 h after delivery. *Pediatr Int.* 2010;52(1):39-43.
09. Labbok MH, Albertson B. Acute prolactin and oxytocin responses and milk yield to infant suckling and artificial methods of expression in lactating women. *Pediatrics.* 1992;89(3):437-40.
10. Foda MI, Kawashima T, Nakamura S, et al. Composition of milk obtained from unmassaged versus massaged breasts of lactating mothers. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2004;38(5):484-487.
11. Silva CBM. Análise da interferência das diferentes técnicas de expressão do seio materno nas concentrações dos macronutrientes do colostro humano [Tese – Mestrado Profissional]. Niterói (RJ): universidade Federal Fluminense. 2019, 73p.
12. Boo NY, Nordiah AJ, Alfizah H, et al. Contamination of breast milk obtained by manual expression and breast pumps in mothers of very low birthweight infants. *J Hosp Infect.* 2001;49(4):274-281.
13. Gianini NOM. Uso do Leite Humano Cru Exclusivo em Ambiente Neonatal. Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano – Instituto Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz / Ministério da Saúde. 2018. 19p.
14. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Rapid Response Service: Summary with Critical Appraisal. Storage, Handling, and Administration of Expressed Human Breast Milk: A Review of Guidelines. CADTH. Ottawa. 2016:22.
15. Covas MC, Alda E, Baeza A, et al. Almacenamiento de leche humana: su influencia em la composición química y desarrollo bacteriano en três momentos de la lactancia. *Arch Argent Pediatr.* 2000;98: 92-98.
16. Leite, JAS. Impacto do processo térmico assistido por micro-ondas sobre a funcionalidade do leite humano [Tese – Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. 2018, 126p.

Aleitamento materno e distúrbios gastrintestinais funcionais

Graciete Oliveira Vieira

INTRODUÇÃO

A prevalência do aleitamento materno é baixa em todo o mundo. Para aumentar as taxas de aleitamento materno é fundamental o empenho do pediatra na promoção, proteção e apoio à amamentação, o que exige conhecimento suficiente, atitudes positivas e habilidades específicas para poder orientar e apoiar às mães nas possíveis dificuldades e dúvidas quanto à amamentação.

No primeiro ano de vida, que se caracteriza pela velocidade de crescimento e desenvolvimento dos órgãos e sistemas, o lactente apresenta alta frequência de sinais e sintomas gastrintestinais. Grande parcela dessas queixas digestivas diz respeito aos distúrbios funcionais do aparelho digestório, a exemplo de cólicas e regurgitações. A condução clínica dessas afecções será abordada no presente capítulo, com foco nas crianças amamentadas. O fornecimento de informações suficientes na consulta pediátrica pode evitar a introdução desnecessária de fórmulas de leite de vaca ou de outros alimentos na alimentação da criança, com conseqüente interrupção do aleitamento materno exclusivo e desmame precoce.

Perguntas e respostas

O que é um distúrbio gastrintestinal funcional?

A definição de distúrbios funcionais do aparelho digestivo se distancia dos princípios básicos da medicina tradicional, pois compreende um grupo de doenças que acomete crianças e adultos que não apresentam alteração orgânica explicada por anormalidades anatômicas ou bioquímicas¹⁻³. Assim, a suspeição diagnóstica dos distúrbios gastrintestinais funcionais na infância é realizada com base em informações dos familiares sobre os sinais e sintomas apresentados pelo lactente^{2,3}. Em meados da década de 1980, devido à carência de padronização de diagnóstico dessas afecções gastrintestinais, um grupo de trabalho multinacional se reuniu, pela primeira vez, em Roma, para uniformizar os critérios de diagnóstico, com base em sintomas positivos apresentados pelo paciente, conhecidos universalmente como

critérios de Roma. Em 1999 foi incluído no Roma II um capítulo sobre as doenças funcionais gastrointestinais em pediatria, com posteriores atualizações¹.

Como se caracteriza a cólica do lactente?

A cólica do lactente se caracteriza por períodos recorrentes e prolongados de choro inconsolável, agitação ou irritabilidade, que ocorrem sem causa óbvia e não podem ser prevenidos ou resolvidos na ausência de falha de crescimento ou doença^{1,2}. Foram inicialmente descritas, na década de 1950, como episódios de ápice de choro, agitação ou irritabilidade que duram três horas ou mais por dia, por mais de três dias na semana e por, pelo menos, três semanas (regra de 3). A definição da cólica do lactente não teve grandes modificações ao longo do tempo. O Roma IV incluiu a cólica entre os distúrbios gastrointestinais funcionais que se manifestam em neonatos e crianças de até quatro meses de idade, que apresentam períodos recorrentes de início abrupto de irritabilidade, inquietação e choro, cujo surgimento é sem causa aparente, com duração dos episódios maior que três horas por dia, ocorrendo pelo menos três dias por semana, no mínimo, por uma semana e nenhuma evidência de atraso no desenvolvimento pômbero-estatural ou doença orgânica¹.

A cólica constitui um importante problema de saúde nos primeiros quatro meses de vida, pois, além do sofrimento do lactente, traz muita ansiedade aos pais e pode contribuir para estressar a família³. Nas últimas décadas, para ajudar a explicar a etiologia da cólica foram sugeridas várias suposições: imaturidade gastrointestinal, alteração da motilidade intestinal, alergia alimentar, alterações na microbiota intestinal, manifestação do desenvolvimento emocional normal, dentre outras². Atualmente, a cólica do lactente é vista como um distúrbio gastrointestinal funcional, transitório, que faz parte do desenvolvimento normal do tubo digestivo da criança¹.

A cólica do lactente pode ser uma manifestação clínica de alergia alimentar?

Primeiro, é necessário caracterizar a alergia alimentar⁴. Está bem estabelecido que proteínas alimentares, como ovo, soja, leite de vaca e trigo, são detectáveis no leite materno por muitas horas ou dias, após a ingestão materna. A exposição do lactente a essas proteínas é importante para o processo de desenvolvimento de tolerância oral; mas pode, às vezes, desencadear em crianças amamentadas sintomas alérgicos mediados por IgE ou não IgE mediados⁵.

Quando o mecanismo imunológico envolvido é mediado por imunoglobulina E (IgE), as manifestações clínicas

ocorrem logo após a ingestão do alérgeno, geralmente evidentes dentro de uma a duas horas, com manifestações clínicas como: hipersensibilidade gastrointestinal imediata, urticária, podendo chegar até ao choque anafilático. Essas reações são facilmente identificadas devido ao curto espaço de tempo entre a exposição e os sintomas. Além disso, a detecção dos anticorpos IgE específicos contra alérgenos alimentares auxilia no diagnóstico⁴.

Diferentemente, nos casos de alergia alimentar não mediadas por IgE, as manifestações clínicas ocorrem várias horas e até dias após a exposição. As principais manifestações clínicas são: diarreia com ou sem sangue ou até constipação, cólicas, regurgitações recorrentes, sono agitado, irritabilidade, recusa alimentar, manifestações cutâneas como dermatite herpetiforme, sinais de doença atópica e prejuízo para o ganho ponderal. O diagnóstico é eminentemente clínico, com regressão dos sintomas durante a dieta de exclusão e seu reaparecimento após reintrodução do alérgeno suspeito na alimentação (teste de desencadeamento), em que, no caso das crianças amamentadas, a provocação pode ser efetuada na alimentação materna. Exames para detecção dos anticorpos IgE específicos contra alérgenos alimentares não contribuem para o diagnóstico da alergia alimentar não IgE mediada^{4,6}.

Na prática pediátrica, com frequência, a alergia às proteínas do leite de vaca é considerada no diagnóstico diferencial das cólicas^{3,4}. Cabe ao pediatra avaliar se a cólica é uma manifestação clínica isolada e transitória, apresentada por um lactente saudável ou se é uma manifestação clínica da alergia alimentar, doença orgânica na qual o lactente exibe outros sintomas além da cólica.

Está indicada a dieta materna isenta de leite de vaca e derivados nos casos de cólicas do lactente?

Na definição da conduta, uma vez conceituadas as cólicas do lactente e alergia às proteínas do leite de vaca não IgE mediada, o primeiro aspecto a ser considerado é se a cólica faz parte da fisiologia e desenvolvimento normal do intestino de um lactente saudável ou se constitui uma manifestação clínica de doença^{3,7,8}. O conhecimento do quadro clínico e da evolução das duas afecções, além de história minuciosa e exame clínico detalhado, com inclusão da avaliação ponderal, podem ajudar o pediatra na tomada de decisão.

No caso de definição do quadro clínico como cólica do lactente é importante esclarecer aos pais sobre a benignidade e transitoriedade dessa manifestação, ressaltar que não são necessários exames complementares, que

o lactente não está doente e não corre nenhum risco¹⁻³. Se a cólica não é uma manifestação de doença, não está indicada a restrição do leite de vaca na dieta materna ou mudanças na alimentação da criança amamentada, como introdução de fórmulas lácteas modificadas, de hidrolisados de proteína ou de aminoácidos^{7,8}. É importante também saber dos pais que fontes eles costumam consultar para definir as condutas com o filho – e, se for pertinente, recomendar fontes mais seguras de consulta, a exemplo da Sociedade Brasileira de Pediatria.

No caso de decisão em que se indica dieta materna isenta de leite de vaca é imprescindível, após duas semanas, realizar o teste de desencadeamento, com retorno do leite de vaca na alimentação materna^{7,8}. Só se enquadram no diagnóstico de alergia alimentar aqueles lactentes que regridem o sintoma da cólica durante a dieta materna de exclusão e agudizam o sintoma com a liberação do leite de vaca na dieta^{7,8}. A ausência deste procedimento mantém muitas mães em dieta restritiva, por mais tempo do que o necessário, cujos lactentes não têm alergia alimentar e casualmente apresentaram redução das cólicas com a dieta restritiva^{7,8}.

Por fim, só se indica realizar dieta materna isenta de leite de vaca nos casos em que as cólicas do lactente se caracterizam como uma manifestação clínica da alergia alimentar^{4,7,8}.

Há evidências científicas que embasam a conduta de não indicar dieta materna nos casos de cólicas do lactente?

Alguns sintomas presentes na alergia às proteínas do leite de vaca são frequentes em lactentes saudáveis, a exemplo das cólicas e regurgitações – somadas ao intervalo de tempo entre a exposição e o aparecimento das manifestações clínicas e ausência de testes específicos para o diagnóstico da alergia alimentar não mediada por IgE –, que dificultam a sua compreensão e determinam variações no diagnóstico e no seu manejo, com prejuízo para o aleitamento materno. Esta situação levou a Academia Europeia de Alergia e Imunologia Clínica, em 2019, a compor uma força tarefa com o objetivo de estabelecer o diagnóstico e o manejo das alergias alimentares não mediadas por IgE em crianças amamentadas, com base em evidências científicas⁸.

Neste estudo foi medido o grau de concordância entre os diversos especialistas. No que diz respeito às cólicas do lactente, como uma manifestação da alergia alimentar, ocorreu plena concordância entre os pesquisadores de que a eliminação do leite de vaca da dieta materna só é justificada quando as cólicas estiverem associadas a outras comorbidades atópicas e sintomas gastrintesti-

nais que caracterizem o diagnóstico da alergia às proteínas do leite de vaca (100%). Ademais, a eliminação de alérgenos da dieta materna com melhora dos sintomas deve sempre ser seguida de reintrodução para confirmar a alergia alimentar (100%), ou seja, é imprescindível realizar o teste de desencadeamento para confirmar o diagnóstico de cólica como uma manifestação clínica da alergia alimentar, conduta que habitualmente não é observada na prática⁸.

Por fim, em sua expressiva maioria (90,9%), os pesquisadores concordaram não haver evidências científicas para a recomendação de eliminação do leite de vaca da dieta materna quando o bebê saudável apresentar a cólica como única manifestação clínica⁸.

As regurgitações do lactente são uma manifestação normal?

A regurgitação infantil é um sintoma altamente prevalente no primeiro ano de vida. Caracteriza-se por um processo involuntário, com retorno passivo dos alimentos deglutidos ou de secreções para a boca, sem consequências clínicas, e geralmente se manifesta em torno de três semanas de vida. Essas regurgitações aumentam em número e volume entre dois e quatro meses e, depois, diminuem progressivamente com o aumento da idade. Crianças amamentadas apresentam episódios de regurgitação similares às que usam fórmulas. A ingestão do alimento é suficiente e o lactente, geralmente, não apresenta desaceleração de ganho ponderal ou déficit de crescimento^{9,10,11}.

As regurgitações, que são um refluxo fisiológico, ocorrem devido à imaturidade funcional do tubo digestivo no primeiro ano de vida, cujos critérios definidos no Roma IV, no capítulo de distúrbios gastrointestinais na infância, incluem duas ou mais regurgitações por dia, por três semanas ou mais na ausência de sinais de alerta, que são: ânsia de vômitos, hematêmese, aspiração, apneia, desenvolvimento pômbero-estatural inadequado, dificuldades de deglutição ou para se alimentar ou postura inadequada de hiperextensão dorsal e rotação lateral da cabeça, que configura a síndrome de Sandifer¹.

Apesar de ser uma manifestação normal, com evolução benigna e autolimitada e não ser necessário realizar exames complementares ou ser tratada com medicamentos, gera angústia e apreensão nos pais; e, se não for bem conduzida pelo pediatra, poderá resultar em modificações na alimentação da criança, com introdução de alimentos sólidos ou fórmulas lácteas antirregurgitação, com conseqüente interrupção do aleitamento materno exclusivo e prejuízos para a saúde da criança^{3,12}.

Quando se deve pensar em doença do refluxo gastroesofágico?

As regurgitações são preocupantes quando o lactente apresenta outras manifestações clínicas, como vômitos recorrentes, dificuldade durante as mamadas, recusa alimentar, alteração do sono, déficit de ganho ponderal, choro, irritabilidade e alteração de postura⁹⁻¹¹. Ademais, podem apresentar manifestações extragastrintestinais, com sintomas pulmonares e otorrinolaringológicos. Nesses casos, são consideradas patológicas e recebem a denominação de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). O diagnóstico é inicialmente clínico, com base na história e no quadro clínico do paciente. Mas, se não se fizer o tratamento, poderá gerar complicações^{10,11}.

Qual a condução clínica no lactente com regurgitações?

É importante na consulta, independentemente do tipo de refluxo, explicar aos pais as diferenças entre o fisiológico e o patológico, tranquilizá-los e alertá-los sobre os sinais de risco, além de acompanhar a curva de peso do lactente. Nas crianças com sintomas leves e nenhum sinal de alerta, não é necessária a terapêutica medicamentosa⁹⁻¹¹.

A terapia não farmacológica está indicada em todos os casos: não utilizar roupas apertadas, realizar a troca das fraldas antes da amamentação, observar a pega que não deve permitir a deglutição de ar durante as mamadas (aerofagia), colocar o bebê para arrotar na posição vertical após as mamadas, evitar exposição ao tabaco e outras substâncias que determinam o relaxamento do esfíncter esofágico inferior e piora do refluxo^{10,11}. O aleitamento materno deve ser continuado sempre, tanto no refluxo fisiológico quanto no patológico¹².

Mãe de lactente com regurgitações precisa fazer dieta isenta de leite de vaca?

Regurgitações devido ao refluxo fisiológico, em torno de 90% a 95% dos casos, são superadas pelos lactentes até o primeiro ano de vida. Nesses casos não está indicada dieta materna isenta de leite de vaca. O aleitamento materno deve ser mantido em livre demanda. A mãe deve observar a mamada e corrigir a técnica de amamentar se o lactente prolongar o tempo de sucção não nutritiva, apresentando deglutição de ar. Entretanto, na prática pediátrica, com frequência, a alergia às proteínas do leite de vaca e a DRGE configuram-se como diagnóstico diferencial dos distúrbios gastrintestinais funcionais, devido à similaridade de sintomas entre a alergia às proteínas do leite de vaca e o refluxo patológico, pois, em

ambos, o lactente apresenta: choro, irritabilidade, parada de ganho ponderal e recusa alimentar^{3,10,11}.

A força tarefa da Academia Europeia de Alergia e Imunologia Clínica, instituída com o objetivo de padronizar o diagnóstico e o manejo das alergias alimentares não mediadas por IgE em crianças amamentadas, também buscou o grau de concordância entre os pesquisadores quanto à exclusão do leite de vaca da dieta de nutrízes, cujos filhos apresentavam regurgitações⁸. A grande maioria concordou que não há dados disponíveis sobre a DRGE como uma única manifestação de alergia alimentar em crianças amamentadas exclusivamente (91,1%) e que o diagnóstico deve ser considerado se o tratamento convencional para DRGE não produzir melhora dos sintomas (81,8%). Houve plena concordância que o leite de vaca é o principal alimento alergênico associado à alergia alimentar, mas outros alimentos podem provocar sintomas (100%) e que o diagnóstico de DRGE induzida por alergia alimentar só é permitido após dieta materna de eliminação do leite de vaca, seguida de teste de desencadeamento positivo (100%)⁸.

A hipótese de alergia às proteínas do leite de vaca é reforçada quando o lactente apresenta outras características clínicas além das regurgitações e história positiva de alergia alimentar na família. Se ocorrer dificuldade em se distinguir clinicamente essas duas doenças, devido à semelhança dos sintomas, justifica-se a exclusão das proteínas do leite de vaca da dieta materna, como teste terapêutico, antes do tratamento medicamentoso para as crianças amamentadas. Para as não amamentadas, indicar o uso de fórmulas de hidrolisados de proteína ou de aminoácidos. Os exames complementares só estão indicados nos casos que não evoluam com melhora clínica⁹⁻¹¹.

CONCLUSÃO

As cólicas e regurgitações são manifestações de distúrbios gastrintestinais funcionais, fazem parte do desenvolvimento normal da criança, mas frequentemente geram incertezas e questionamentos dos pais quanto às suas conduções. A alergia às proteínas do leite de vaca e DRGE também causam esses sintomas e representam importante diagnóstico diferencial. O pediatra, diante de um lactente no primeiro semestre de vida, época em que as cólicas e regurgitações se caracterizam como manifestação normal do desenvolvimento, necessita realizar avaliação clínica cuidadosa, a fim de identificar as causas e instituir a conduta adequada. Em qualquer uma das situações é fundamental ressaltar a manutenção do aleitamento materno exclusivo.

REFERÊNCIAS

01. Benninga MA, Faure C, Hyman PE, et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1443–55.
02. Duarte MA. Distúrbios gastrointestinais funcionais. In Silva LR et al. *Tratado de pediatria*. 4ª ed, Barueri, Manole, 2017, p.751-55.
03. Morais MB. Signs and symptoms associated with digestive tract development. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92(Suppl 1):S46-S56.
04. Solé D, Silva LR, Cocco RR, et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 – Parte 2 - Diagnóstico, tratamento e prevenção. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. *Arq Asma Alergia Imunol*. 2018;2(1):39-82.
05. Fiocchi A, Dahda I, Dupont C, et al. Cow's milk allergy: towards an update of DRACMA guidelines. *WAO Journal*. 2016;9(1):35.
06. Koletzko S, Niggemann B, Arato A, et al. Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee Practical Guidelines. *JGPN*. 2012;55(2):221-9.
07. Nowak-Wegrzyn A, Katz Y, Mehr SS, et al. Non-IgE-mediated gastrointestinal food allergy. *J Allergy Clin Immunol*. 2015;135(5):1114-24.
08. Meyer R, Chebar Lozinsky A, Fleischer DM, et al. Diagnosis and management of non-IgE gastrointestinal allergies in breastfed infants – an EAACI Position Paper. *Allergy*. 2020;75(1):14-32.
09. Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *JPGN*. 2018;66(3):516–554.
10. Ferreira CT, Carvalho E, Silva LR. Doença do refluxo gastroesofágico. In Silva LR et al. *Tratado de pediatria*. 4ª ed, Barueri, Manole, 2017, p. 709-15.
11. Sociedade Brasileira de Pediatria. Documento científico. Departamento Científico de Gastroenterologia. Regurgitação do lactente (Refluxo gastroesofágico fisiológico) e Doença do refluxo gastroesofágico em pediatria. SBP, 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20031c-Doc-Cient - Regurg lactente RGEF e RGE.pdf
12. Jarvinen KM. Variations in Human Milk Composition: Impact on Immune Development and Allergic Disease Susceptibility: *Breastfeed Med*. 2018; 13(S1):S11-S13.

Como apoiar a mulher que amamenta na volta ao trabalho

Luciano Borges Santiago

INTRODUÇÃO

Apesar das inúmeras vantagens do aleitamento materno (AM) sobre qualquer outro leite e de estudos mostrando claramente que a manutenção do mesmo em colaboradoras trás inegáveis benefícios para a saúde financeira das empresas, a volta ao trabalho, continua sendo um momento muito delicado para a manutenção desta prática alimentar¹⁻³.

Dentre as muitas dificuldades que ficam evidenciadas nessa volta ao trabalho, destacam-se: a ansiedade materna, o medo da separação mãe/bebê, o tempo de trabalho presencial e o cronograma que será utilizado nessa volta, o desconhecimento de como se fazer a extração e conservação do leite materno, a ausência de salas de apoio ao AM e de outras políticas favoráveis à manutenção do AM em vários serviços, a falta de conhecimento e habilidade em realizar a técnica do copinho por parte de cuidados dos bebês, além de poucas pessoas com habilidade para informar sobre as leis trabalhistas que protegem o AM⁴⁻⁷.

Trata-se, sem dúvida, de um momento decisivo para a manutenção ou do AM, mas é importante dizer que estamos sim diante de uma grande **dificuldade**, mas não de uma **impossibilidade**, pois temos inúmeros casos de sucesso de manutenção da amamentação, mesmo em trabalhos que exigem muito da mãe. Isso costuma ser alcançado, principalmente quando o pediatra assistente tem habilidade em utilizar estratégias preventivas, capazes de evitar o desmame^{8,9}.

ESTRATÉGIAS PARA EVITAR O DESMAME

Quais seriam então, as principais ações estratégicas, que o pediatra deve conhecer para ajudar uma

lactante a não perder o AM, mesmo voltando a trabalhar?

É o que mostraremos a seguir na forma de perguntas e respostas:

Qual o melhor momento pra se programar a volta ao trabalho?

Desde a primeira consulta o pediatra deve se informar qual o trabalho da mãe, número de horas trabalhadas por dia, horários de descanso e almoço, quem provavelmente ficará como cuidador(a) do bebê. Essas informações farão toda diferença nas orientações que serão posteriormente oferecidas a mãe, para um melhor preparo da mesma na volta ao trabalho.

O que a lactante precisa aprender em relação ao manuseio do leite humano¹⁰⁻¹² que será oferecido ao seu bebê?

Toda lactante deve ter a cartilha da mulher trabalhadora que amamenta do Ministério da Saúde¹⁰ (com fácil acesso e download grátis em qualquer site de busca), onde poderão ser encontradas muitas orientações de uma forma simples e em linguagem bem acessível para que as mães consigam entender como realizar o manuseio do seu leite com segurança para o bebê. Entre os conhecimentos necessários temos:

- Como escolher e preparar o frasco que será utilizado para guardar o leite extraído (frasco de vidro, boca larga e tampa de plástico);
- Como realizar a extração do leite, seja manualmente ou por meio de ordenhadeira;
- Como estocar o leite extraído (em geladeira por 12 horas e em congelador ou freezer por até 15 dias);
- Como conservar e transportar o leite do trabalho para a casa (transporte do leite congelado em caixa isotérmica e com gelo reciclável – 2 gelos recicláveis por vidro com leite humano).

O que o cuidador(a) precisa saber?

- Como degelar o leite congelado (em Banho Maria com o fogo desligado);
- Como oferecer o leite ao bebê (em copinho, xícara ou colher);
- O cuidador(a) deverá estar treinado para utilizar copinho ou xícara para não haver qualquer risco para o bebê (procure um profissional de saúde, geralmente em bancos de leite humano).

Quais as leis trabalhistas que podem ajudar na volta ao trabalho¹⁰?

- Estabilidade de emprego, desde a concepção até que a criança complete 5 meses de idade (CLT, artigo 391, seção V);
- Licença Paternidade (CLT, capítulo II, artigo 7^a, XIX):
 - De cinco dias para pais regime CLT;
 - Ampliada para 20 dias (5 dias normais + 15 dias solicitados no RH da empresa = total de 20 dias): para ter direito ao período ampliado, a empresa em que o pai trabalha precisa estar vinculada ao Programa Empresa Cidadã (Lei 11.770). Se a empresa não fizer parte do programa, o pai tem direito a cinco dias apenas.;
 - O servidor público federal também pode pedir ampliação de 15 dias (chegando, portanto a um total de 20 dias).
- Licença Maternidade de 120 dias (CLT, no artigo Art. 392) A empregada gestante tem direito à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo do emprego e do salário. (Redação dada pela Lei nº 10.421, 15.4.2002) (Vide Lei nº 13.985, de 2020)
 - § 1º A empregada deve, mediante atestado médico, notificar o seu empregador da data do início do afastamento do emprego, que poderá ocorrer entre o 28º (vigésimo oitavo) dia antes do parto e ocorrência deste. (Redação dada pela Lei nº 10.421, 15.4.2002);
 - § 2º Os períodos de repouso, antes e depois do parto, poderão ser aumentados de 2 (duas) semanas cada um, mediante atestado médico. (Redação dada pela Lei nº 10.421, 15.4.2002);
- Após os 120 dias a mulher ainda pode contar com 2 intervalos de 30 minutos no seu horário de trabalho (até 6 meses pós-parto);
 - Art. 396, Seção V - Para amamentar o próprio filho, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um.
 - Parágrafo único - Quando o exigir a saúde do filho, o período de 6 (seis) meses poderá ser dilatado, a critério da autoridade competente.
- Garantia de local/creche para deixar seu filho (empresas com mais de 30 mulheres com mais de 16 anos), CLT, Artigo 389, Direito à creche seção IV / Portaria nº 3.296, de 03/09/86, artigo 1º – Creche ou reembolso-creche:
 - § 1º Os estabelecimentos em que trabalharem pelo menos 30 (trinta) mulheres com mais de 16 (dezesseis) anos de idade terão local apropriado onde seja

permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período da amamentação. (Incluído pelo Decreto-lei nº 229, de 1967)

- § 2º A exigência do § 1º poderá ser suprida por meio de creches distritais mantidas, diretamente ou mediante convênios, com outras entidades públicas ou privadas, pelas próprias empresas, em regime comunitário, ou a cargo do SESI, do SESC, da LBA ou de entidades sindicais. (Incluído pelo Decreto-lei nº 229, de 1967).
- Licença Maternidade de 6 meses (Lei nº 11.770/08 regulamentada pelo Decreto nº 7.052/2009 – Estabelece dois meses opcionais a mais de licença-maternidade);
 - Lei conhecida como Empresa Cidadã, que foi conquistada para as mães brasileiras graças a um grande esforço e mediação da SBP junto ao parlamento nacional;
 - Lei obrigatória para servidores federais. Lei Facultativa para servidores estaduais, municipais e para o setor privado;
 - No setor privado: extensão de 2 meses, a empresa (grande e médio porte) assume o valor pago desses 2 meses e desconta no Imposto de Renda do ano seguinte. Não estão incluídas empresas de “pequeno porte” - empresas que declaram impostos sobre o lucro presumido ou que estão integradas ao Simples Nacional não têm direito a participar;
 - O RH da empresa precisa fazer o requerimento no site da Receita Federal, no 1º mês de vida do bebê.
- Lei nº 6.202/1975 – Direito da mãe estudante;
 - Art. 1º A partir do oitavo mês de gestação e durante três meses a estudante em estado de gravidez ficará assistida pelo regime de exercícios domiciliares, instituído pelo Decreto-lei número 1.044, 21 de outubro de 1969;
- Lei de Execuções Penais, artigo 82 (2º) e 89, e artigo 9 do Estatuto da Criança e do Adolescente – Direito das mães privadas de liberdade;
 - Permite às mulheres privadas de liberdade a permanência com seus bebês para amamentá-los até o 4º mês.
- Lei nº 10.421/2002 – Direito da mãe adotiva (120 dias para adoção de criança de qualquer idade, inclusive adolescentes).
 - DECISÃO JUDICIAL: INSS publicada sentença da ACP nº 5019632-23.2011.404.7200, sobre licença e salário-maternidade para mães adotantes (01/06/2012);

- Os benefícios de salário-maternidade em manutenção ou concedidos com fundamento no art. 71-A da Lei nº 8.213/91 (casos de adoção ou obtenção de guarda judicial para fins de adoção), passarão a ser devidos pelo prazo de 120 (cento e vinte dias), independentemente da idade do adotado, desde que cumpridos os demais requisitos legais para a percepção do benefício.

CONCLUSÃO

Diante dos conhecimentos apresentados, as chances de uma lactante conseguir voltar ao seu trabalho e manter o AM aumentam consideravelmente.

O pediatra consciente tem o dever de realizar essas orientações práticas e específicas, que muito contribuirão para aumentar o percentual de mães trabalhadoras que conseguem manter a amamentação, mesmo voltando a seus trabalhos.

REFERÊNCIAS

01. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-41.
02. Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*. 2015;3(4):e199-205.
03. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491-504.
04. Xiang N, Zadoroznyj M, Tomaszewski W, et al. Timing of Return to Work and Breastfeeding in Australia *Pediatrics*. 2016;137(6):e20153883.
05. Thomas-Jackson SC, Bentley GE, Keyton K, et al. In-hospital Breastfeeding and Intention to Return to Work Influence Mothers' Breastfeeding Intentions. *J Hum Lact*. 2016;32(4):NP76-NP83.
06. Zilanawala A. Maternal Nonstandard Work Schedules and Breastfeeding Behaviors. *Matern Child Health J*. 2017;21(6):1308-1317.
07. Froh EB, Spatz DL. Navigating Return to Work and Breastfeeding in a Hospital with a Comprehensive Employee Lactation Program. *J Hum Lact*. 2016;32(4):689-694.

08. Nassar MF, Abdel-Kader AM, Al-Refae FA, et al. Breastfeeding practice in Kuwait: determinants of success and reasons for failure East Mediterr Health J. 2014;20(7):409-15.
09. Keister D, Roberts KT, Werner SL. Strategies for breastfeeding success. Am Fam Physician. 2008;78(2):225-32.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cartilha para a mulher trabalhadora que amamenta / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mulher_trabalhadora_amamenta.pdf. Acesso em 17/07/2020.
11. Ministério da Saúde. Conduas para a realização de doação de leite materno aos bancos de leite humano e postos de coleta de leite humano no contexto da infecção coronavírus (SARS-CoV-2). Nota Técnica Nº 5/2020 COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS [cited 2020 Mar 31]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/notatecnicaaleitamento30mar2020COVID-19.pdf> Acesso em 17/07/2020.
12. Amamentação. Muito mais do que alimentar a criança. Vídeo de Aleitamento Materno. Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=i31VEa--XpE> Acesso em 17/07/2020.

Apesar da recomendação, muitas crianças não são amamentadas ou o são por um período muito curto. A amamentação continuada é mais comum nos países de baixa e média renda. Nos países mais pobres, a amamentação continuada por 12 e 24 meses é maior que 90% e 60%, respectivamente; enquanto que na maioria dos países ricos, nem 20% das crianças são amamentadas até 1 ano de idade².

No Brasil, houve considerável avanço na prevalência de amamentação continuada por 12-14 meses desde a década de 1980, passando de 22,7% em 1986 para 37,5 em 1996, 47,2% em 2006⁴ e 53,1% em 2019⁵.

ESTRATÉGIAS PARA APOIAR AS MULHERES A MANTEREM A AMAMENTAÇÃO CONTINUADA E ENFRENTAR O PROCESSO DO DESMAME

Não basta ter conhecimentos em aleitamento materno para apoiar as mulheres a manterem a amamentação continuada. É preciso ter atitudes favoráveis a essa prática e possuir habilidades, dentre as quais uma comunicação efetiva.

Que atitudes e habilidades do profissional favorecem a amamentação continuada?

A seguir, são apresentadas algumas sugestões⁶:

- Ter um olhar ampliado da amamentação, advogando que amamentar é **muito mais** que alimentar a criança.
- Praticar o aconselhamento. Nesse contexto, aconselhamento não significa dar conselhos, mas usar recursos que empoderam as mães e suas famílias para que elas tomem as suas próprias decisões. Alguns desses recursos são: praticar comunicação não verbal positiva, como sorrir, balançar afirmativamente a cabeça, tocar na mulher e/ou bebê, quando apropriado; remover barreiras físicas como mesas, papéis, computadores; usar linguagem simples, acessível; ouvir, dando espaço para a mulher/família falar, tirar dúvidas, mostrar seus sentimentos; demonstrar empatia; evitar palavras que soam como julgamentos; reconhecer e elogiar, como, por exemplo, o esforço da mãe para amamentar; oferecer poucas informações em cada visita, as mais relevantes para o momento; fazer sugestões, em vez de dar ordens; conversar com as mães/famílias sobre as condições de saúde da criança, explicando os procedimentos e condutas; e, muito importante, aceitar e respeitar os sentimentos e as opiniões das mães/famílias, sem, no entanto, precisar concordar ou discordar.

Como e quando desmamar

Elsa Regina Justo Giugliani

INTRODUÇÃO

A recomendação internacional de duração da amamentação é de 2 anos ou mais¹. Essa recomendação fundamenta-se nas evidências científicas de que os efeitos positivos da amamentação para a saúde da criança e da mulher que amamenta são proporcionais ao tempo da amamentação²; e, também, leva em consideração a hipótese de que a duração da amamentação para a espécie humana seria, em média, de 2 a 3 anos, idade em que costuma ocorrer, de forma natural, o desmame³.

- Envolver, sempre que possível, os pais, avós e outras pessoas significativas nas consultas. É uma forma de preparar essas pessoas para exercer influência positiva para uma amamentação bem-sucedida.
- Estimular a discussão entre os membros da família no sentido de dividir as tarefas de casa e os cuidados com os outros filhos, para que a lactante possa atender às demandas do recém-nascido e da amamentação com mais tranquilidade.
- Dar informações úteis e atualizadas para que as mulheres e suas famílias possam tomar decisões informadas, pesando os prós e os contras de suas opções, como por exemplo, na decisão de oferecer ou não chupeta aos filhos⁷ e do tempo que pretendem amamentar.
- Conhecer, divulgar e respeitar os instrumentos de proteção legal da amamentação, tais como licença-maternidade, pausas para amamentar durante a jornada de trabalho e a Lei nº 11.265/2006⁸, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e produtos de puericultura correlatos (ex. chupetas e mamadeiras).
- Antes de prescrever fórmula infantil ou outros leites, ter certeza de que ela é necessária.
- Incentivar a amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida da criança, desencorajando as mães/famílias a introduzirem a alimentação complementar antes dos 6 meses.

Até quando a amamentação pode se estender?

Não há um limite máximo na recomendação internacional de duração da amamentação. Em princípio, não cabe ao pediatra ou outro profissional recomendar o desmame, a não ser que este seja por desejo da mulher ou necessidade.

Atualmente, muitas mulheres estão optando pelo desmame natural, definido como um processo em que a criança gradualmente se autodesmama e que costuma ocorrer, em média, entre 2 e 4 anos de idade. Esse processo é liderado pela mãe, que tem a responsabilidade de identificar os sinais de que a criança está ficando madura para o desmame, sugerir passos e impor limites compatíveis com a “maturidade” da criança.

Quais os sinais indicativos de que a criança está “madura” para o desmame?

Mais importante que a idade da criança, são os sinais indicativos de que a criança está ficando apta para enfrentar o desafio do desmame. Alguns desses sinais são⁵:

- ter menor interesse nas mamadas;
- aceitar alimentos diversos;
- mostrar segurança na relação com a mãe;
- ter outras formas de consolo, além do peito;
- aceitar limites quanto à amamentação em determinadas circunstâncias e locais;
- eventualmente dormir sem mamar;
- não se mostrar muito ansiosa quando encorajada a não mamar;
- por vezes preferir outras atividades com a mãe em vez de mamar.

Como apoiar uma mulher que precisa ou deseja desmamar mesmo que a criança não esteja “madura” para o desmame?

O desmame é um processo que deve ser “personalizado”, pois depende de muitas variáveis: motivo do desmame, grau de “maturidade” da criança para o desmame, relação mãe-filho, personalidade da mãe e da criança, entre outras.

O desmame abrupto deve ser desestimulado em qualquer situação, pois pode trazer repercussões negativas para a criança, como sentimento de rejeição, gerando insegurança e rebeldia; e para a mãe, ingurgitamento mamário, estase do leite e mastite, além de tristeza ou depressão, culpa e luto pela perda da amamentação. Recomenda-se, sempre que possível, o desmame gradual, retirando uma mamada do dia a cada 1 ou 2 semanas. A seguir são apresentados alguns pontos muito importantes para que o desmame “provocado” transcorra da forma mais tranquila possível, tanto para a mãe quanto para a criança⁵:

- Mãe deve estar segura de que quer (ou precisa) desmamar.
- Planejamento com flexibilidade, pois o curso do processo é imprevisível; algumas vezes é preciso retroceder.
- Compreensão da mãe de que o processo pode ser lento e demanda energia, tanto maior quanto menos madura a criança.
- Muita paciência com a criança.
- Empatia, do profissional em relação à mãe e da mãe em relação à criança.
- Suporte e atenção adicionais à criança. A mãe deve evitar afastar-se nesse período.

- Não iniciar o processo no curso de outras mudanças significativas para a criança, como controle dos esfínteres, separações, lutos, mudança de residência, entre outras.
- Participação ativa do pai (quando presente) no processo.
- Dependendo do nível de desenvolvimento da criança, o desmame pode ser planejado e negociado com ela. Pode-se propor uma data e, inclusive, planejar uma comemoração para essa data.

Algumas das técnicas abaixo podem auxiliar no processo do desmame:

- não oferecer o seio, sem no entanto recusá-lo;
- encurtar ou adiar as mamadas;
- restringir as mamadas a certos horários e locais;
- distrair a criança nos horários em que ela costumava mamar, entretendo-a com algo prazeroso para ela.
- evitar atitudes que remetam a criança à amamentação, como a mãe sentar em uma poltrona onde ela costuma amamentar.

CONCLUSÃO

Assim como na amamentação, é preciso ter um olhar ampliado sobre o desmame: trata-se de um processo e não um evento, envolvendo intimamente duas pessoas e com repercussão na saúde física e psíquica de ambas.

Cabe a cada dupla mãe/filho a decisão de manter a amamentação até que o desmame ocorra naturalmente ou interrompê-la em determinado momento. E aos profissionais de saúde, sobretudo aos pediatras, cabe promoverem, protegerem e apoiarem as mães/bebês/famílias a praticarem a amamentação continuada até o desmame natural, se assim for o desejo deles; ou apoiarem, após a decisão da mãe em uma sessão de aconselhamento, o processo de desmame “provocado”, para

que ele ocorra da forma mais tranquila possível. Este é um desafio que deve ser enfrentado com conhecimento, atitudes positivas e habilidades do profissional, como a de saber ouvir as mães, as crianças e as famílias com empatia, sem julgamentos e respeito a suas opiniões e decisões, sempre atento às suas necessidades.

REFERÊNCIAS

01. World Health Organization. Infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2009.
02. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10033):2089-90.
03. Kennedy GE. From the ape's dilemma to the weanling's dilemma: early weaning and its evolutionary context. *J. Hum Evol*. 2005;48:123-45.
04. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saude Publ*. 2017;51:108.
05. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) – dados apresentados pelo Ministério da Saúde. 4 de agosto de 2020.
06. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2016.
07. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Aleitamento Materno. Guia Prático de Atualização - Uso de chupeta em crianças amamentadas: prós e contras; 2017.
08. Decreto no 8.552, de 3 de novembro de 2015, que regulamenta a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/lista_legislacoes/legis_2015/U_DC-8552_031115.pdf Acesso em 20 de agosto de 2020.



Diretoria

Triênio 2019/2021

PRESIDENTE:
Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º VICE-PRESIDENTE:
Clóvis Francisco Constantino (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Sidnei Ferreira (RJ)

1º SECRETÁRIO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º SECRETÁRIO:
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:
Virginia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Cláudio Hoineff (RJ)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Hans Walter Ferreira Greve (BA)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE:
Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

NORDESTE:
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

SUDESTE:
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)
Isabel Rey Madeira (RJ)

SUL:
Darcí Vieira Silva Bonetto (PR)
Helena Maria Correa de Souza Vieira (SC)

CENTRO-OESTE:
Regina Maria Santos Marques (GO)
Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:
Gilberto Pascolat (PR)
Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Valmir Ramos da Silva (ES)

SUPLENTE:
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Tânia Denise Resener (RS)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Mariesa Lopes Miranda (SP)
Joaquim João Caetano Menezes (SP)

CONSELHO FISCAL

TITULARES:
Núbia Mendonça (SE)
Nelson Grisard (SC)
Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

SUPLENTE:
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
João de Melo Régis Filho (PE)
Darcí Vieira da Silva Bonetto (PR)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:
COORDENAÇÃO:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

MEMBROS:
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Maria Albertina Santiago Rego (MG)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)
Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Alexandre Lopes Miralha (AM)
Virginia Weffort (MG)
Themis Reverbel da Silveira (RS)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO
Mauro Batista de Moraes (SP)
Kerstin Taniguchi Abagge (PR)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP (COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)
COORDENAÇÃO:
Hélio Villça Simões (RJ)

MEMBROS:
Ricardo do Rego Barros (RJ)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)
Flavia Nardes dos Santos (RJ)
Cristina Ortiz Sobrinho Valetre (RJ)
Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Sílvia Rocha Carvalho (RJ)

COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SÉRIADA
COORDENAÇÃO:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

MEMBROS:
Henrique Mochida Takase (SP)
João Carlos Batista Santana (RS)
Luciana Cordeiro Souza (PE)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)
Mara Morelo Rocha Felix (RJ)
Marilucia Rocha de Almeida Picanço (DF)
Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
Nelson Augusto Rosário Filho (PR)
Ricardo do Rego Barros (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA
Ricardo do Rego Barros (RJ)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL
COORDENAÇÃO:
Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

MEMBROS:
Gilberto Pascolat (PR)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Cláudio Orestes Brito Filho (PB)
João Cândido de Souza Borges (CE)
Aneísia Coelho de Andrade (PI)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Jocileide Sales Campos (CE)
Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)
Gloria Tereza Lima Barreto Lopes (SE)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
COORDENAÇÃO:
Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES
COORDENAÇÃO:
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

MEMBROS:
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cláudia Rodrigues Leone (SP)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL
Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA
Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)
Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA
Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NEUROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)
Virginia Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS
Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
Normeide Pedreira dos Santos (BA)
Marcia de Freitas (SP)

PORTAL SBP
Luciana Rodrigues Silva (BA)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)
Joel Alves Lamounier (MG)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES
Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA
Joel Alves Lamounier (MG)
Altacilio Aparecido Nunes (SP)
Paulo Cesar Pinho Ribeiro (MG)
Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)
COORDENAÇÃO:
Renato Prociányon (RS)

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

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA
EDITORES CIENTÍFICOS:
Clémax Couto Sant'Anna (RJ)
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORA ADJUNTA:
Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:
Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Sandra Mara Moreira Amaral (RJ)
Maria de Fátima Bazhuni Pombo March (RJ)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Álvaro Jorge Madeira Leite (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Marcia C. Bellotti de Oliveira (RJ)

CONSULTORIA EDITORIAL:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Fábio Ancona Lopez (SP)

Dirceu Solé (SP)
Joel Alves Lamounier (MG)

EDITORES ASSOCIADOS:
Danilo Blank (RS)
Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)
Renata Dejkar Waksman (SP)

COORDENAÇÃO DO PRONAP
Fernanda Luísa Ceraglio Oliveira (SP)
Tullio Konstantyner (SP)
Cláudia Bezerra de Almeida (SP)

COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Fábio Ancona Lopez (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
Joel Alves Lamounier (MG)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA
Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO
COORDENAÇÃO:
Rosana Fiorini Puccini (SP)

MEMBROS:
Rosana Alves (ES)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)
Sílvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA
COORDENAÇÃO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

MEMBROS:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Tânia Denise Resener (RS)
Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luis Amantéa (RS)
Susana Maciel Guillaume (RJ)
Airimery Gomes Chermont (PA)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)

COORDENAÇÃO DE DOCTRINA PEDIÁTRICA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Hélio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES
Adelma Figueiredo (RR)
André Luis Santos Carmo (PR)
Maryneia Silva do Vale (MA)
Fernanda Wagner Freddo dos Santos (PR)

GRUPOS DE TRABALHO
DROGAS E VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA
COORDENAÇÃO:
João Paulo Becker Lotufo (SP)

MEMBROS:
Evelyn Eisenstein (RJ)
Alberto Araújo (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
Nivaldo Sereno de Noronha Junior (RN)
Suzana Maria Ramos Costa (PE)
Iolanda Novadski (PR)
Beatriz Bagatin Bermudez (PR)
Darcí Vieira Silva Bonetto (PR)
Carlos Eduardo Reis da Silva (MG)
Paulo César Pinho Ribeiro (MG)
Milane Cristina De Araújo Miranda (MA)
Ana Maria Guimarães Alves (GO)
Camila dos Santos Salomão (AP)

DOENÇAS RARAS
COORDENAÇÃO:
Salmô Raskin (PR)

MEMBROS:
Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)
Ana Maria Martins (SP)
Claudio Cordovil (RJ)
Lavinia Schuler Faccini (RS)

ATIVIDADE FÍSICA
COORDENAÇÃO:
Ricardo do Rego Barros (RJ)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

MEMBROS:
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Patrícia Guedes de Souza (BA)
Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)
Alex Pinheiro Gordia (BA)
Isabel Guimarães (BA)
Jorge Mota (Portugal)
Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)
Dirceu Solé (SP)

METODOLOGIA CIENTÍFICA
COORDENAÇÃO:
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

MEMBROS:
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Cláudio Leone (SP)

PEDIATRIA E HUMANIDADE
COORDENAÇÃO:
Álvaro Jorge Madeira Leite (CE)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
João de Melo Régis Filho (PE)
Dilza Teresinha Ambros Ribeiro (AC)
Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)

CRIANÇA, ADOLESCENTE E NATUREZA
COORDENAÇÃO:
Lais Fleury (RJ)

Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Daniel Becker (RJ)
Ricardo do Rego Barros (RJ)

OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA:
COORDENAÇÃO:
Fábio Eizenbaum (SP)

MEMBROS:
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Galton Carvalho Vasconcelos (MG)
Julia Dutra Rossetto (RJ)
Luisa Moreira Hopker (PR)
Rosa Maria Graziano (SP)
Celia Regina Nakanami (SP)

SAÚDE MENTAL
COORDENAÇÃO:
Roberto Santoro P. de Carvalho Almeida (RJ)

MEMBROS:
Daniele Wanderley (BA)
Vera Lucia Afonso Ferrari (SP)
Rossano Cabral Lima (RJ)
Gabriela Judith Grenzel (RJ)
Cacy Dunshee de Abbranches (RJ)
Adriana Rocha Brito (RJ)

MUSEU DA PEDIATRIA
COORDENAÇÃO:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

MEMBROS:
Mario Santoro Junior (SP)
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

REDE DA PEDIATRIA
COORDENAÇÃO:
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Rubem Couto (MT)

MEMBROS:
Sociedade Acreana de Pediatria:
Ana Isabel Coelho Montero

Sociedade Alagoana de Pediatria:
Ana Carolina de Carvalho Ruela Pires

Sociedade Amazônica de Pediatria:
Elena Marta Amaral dos Santos

Sociedade Amapaense de Pediatria:
Rosenilda Rosete de Barros

Sociedade Baiana de Pediatria:
Dolores Fernandez Fernandez

Sociedade Cearense de Pediatria:
Anamaria Cavalcante e Silva

Sociedade de Pediatria do Distrito Federal:
Dennis Alexander Rabelo Burns

Sociedade Espiritossantense de Pediatria:
Roberta Paranhos Fragoso

Sociedade Goiana de Pediatria:
Marise Helena Cardoso Tófoli

Sociedade de Puericultura e Pediatria do Maranhão:
Maryneia Silva do Vale

Sociedade Mineira de Pediatria:
Marisa Lages Ribeiro

Sociedade de Pediatria do Mato Grosso do Sul:
Carmen Lucia de Almeida Santos

Sociedade Matogrossense de Pediatria:
Mohamed Kassen Omais

Sociedade Paraense de Pediatria:
Vilma Francisca Hubert Gondim de Souza

Sociedade Paraitambense de Pediatria:
Leonardo Cabral Cavalcante

Sociedade de Pediatria de Pernambuco:
Katia Galeão Brandt

Sociedade de Pediatria do Piauí:
Aneísia Coelho de Andrade

Sociedade Paranaense de Pediatria:
Kerstin Taniguchi Abagge

Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro:
Katia Telles Nogueira

Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Norte:
Katia Correia Lima

Sociedade de Pediatria de Rondônia:
José Roberto Vasques de Miranda

Sociedade Roraimense de Pediatria:
Adelma Alves de Figueiredo

Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul:
Sérgio Luis Amantéa

Sociedade Catarinense de Pediatria:
Rosamaria Medeiros e Silva

Sociedade Sergipana de Pediatria:
Ana Jovina Barreto Bispo

Sociedade de Pediatria de São Paulo:
Sulim Abramovici

Sociedade Tocantinense de Pediatria:
Elaine Carneiro Lobo

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO
COORDENAÇÃO:
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)
Cláudio Barsanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Sérgio Antônio Bastos Sarubbo (SP)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA
PRESIDENTE:
Mario Santoro Júnior (SP)

VICE-PRESIDENTE:
Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Jefferson Pedro Piva (RS)