



ARTIGO DE REVISÃO

O aleitamento materno na prática clínica

Breastfeeding in clinical practice

Elsa R. J. Giugliani*

Resumo

Objetivo: Apresentar uma revisão atualizada sobre aspectos práticos na promoção e no manejo do aleitamento materno.

Métodos: Foram utilizados materiais relevantes sobre o tópico oriundos de revistas científicas, livros técnicos e publicações de organismos internacionais.

Resultados: Atualmente tem se recomendado amamentação exclusiva por aproximadamente 6 meses e manutenção do aleitamento materno complementado até os 2 anos ou mais. Apesar das abundantes evidências científicas da superioridade do leite materno sobre outros tipos de leite, ainda é baixo o número de mulheres que amamentam os seus filhos de acordo com as atuais recomendações. Os profissionais de saúde podem melhorar esse cenário, promovendo a amamentação e ajudando as mulheres que amamentam a superar uma série de obstáculos à amamentação bem sucedida. Para a realização dessa tarefa, são necessários conhecimentos e habilidades no manejo das diversas fases da lactação. Aconselhamento no pré-natal, orientação e ajuda no período de estabelecimento da lactação, avaliação criteriosa da técnica de amamentação e intervenção adequada quando surgem os problemas relacionados com a lactação são algumas tarefas que profissionais de saúde que lidam com mães e bebês devem dominar. Este artigo aborda alguns tópicos importantes para a prática clínica da amamentação.

Conclusão: A amamentação é a forma ideal de alimentar as crianças pequenas e em muitos casos ela é facilitada pelos profissionais de saúde, através de uma prática clínica adequada.

J. pediatr. (Rio J.). 2000; 76 (Supl.3): S238-S252: aleitamento materno, leite humano, lactação.

Introdução

A espécie humana evoluiu e se manteve 99,9% da sua existência amamentando os seus descendentes¹. Portanto, ela está geneticamente programada para receber os benefícios do leite humano e do ato de amamentar no início da vida². Apesar de ser biologicamente determinada, a amamentação sofre influências socioculturais e por isso deixou de ser praticada universalmente a partir do século XX.

Abstract

Objective: To present an up-to-date review about practical aspects in the promotion and management of breast-feeding

Methods: Relevant materials from scientific journals, technical books, and publications of international organizations were reviewed.

Results: Nowadays there is a recommendation of exclusive breast-feeding for about 6 months and maintenance of breast-feeding with complementary food up to 2 years or more. Despite the abundant scientific evidences about the superiority of breast-feeding over other kinds of milk, the number of women who breast-feed their infants in accordance with the recommendations is still low. Health care providers can improve this scenario, promoting breast-feeding and helping breast-feeding mothers to overcome obstacles to the successful breast-feeding. In order to perform this task, appropriate knowledge and skills in the management of different stages of lactation are needed. Prenatal care, orientation and help in the establishment of lactation, careful evaluation of breast-feeding technique and adequate interventions when problems related to breast-feeding happen are some of the tasks that health professionals who work with mothers and babies should be familiar with. This article discusses some important topics for the clinical practice of breast-feeding.

Conclusion: Breast-feeding is the ideal way of feeding an infant, and in many cases it is facilitated by health professionals through an adequate clinical practice.

J. pediatr. (Rio J.). 2000; 76 (Supl.3): S238-S252: breast-feeding; milk, human; lactation.

Atualmente, a expectativa biológica se contrapõe às expectativas culturais. Algumas conseqüências dessa mudança já puderam ser observadas, como desnutrição e alta mortalidade infantil em áreas menos desenvolvidas. Porém, as conseqüências a longo prazo ainda são desconhecidas, já que transformações genéticas não ocorrem com a rapidez de mudanças culturais. Há quem afirme que o uso disseminado de leite não humano em crianças pequenas é o maior experimento não controlado envolvendo a espécie humana.

Em resposta às denúncias das conseqüências funestas do uso disseminado de leites de outras espécies, deu-se início, na década de 70, ao movimento de resgate à "cultura

* Professora do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Doutora em Medicina pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; Consultora em Lactação pelo *International Board of Lactation Consultant Examiners*; Avaliadora da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil.

da amamentação”. Concomitantemente, começaram a aparecer evidências científicas mostrando a superioridade do leite materno como fonte de alimento, de proteção contra doenças e de afeto, ou melhor, ficaram evidentes as desvantagens da substituição do leite materno por outros leites.

Apesar do aumento das taxas de amamentação na maioria dos países nas últimas décadas, inclusive no Brasil³, a tendência ao desmame precoce continua, e o número de crianças amamentadas segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) ainda é pequeno. No Brasil, a última pesquisa sobre a situação do aleitamento materno em nível nacional encontrou uma mediana de duração da amamentação de 7 meses e de amamentação exclusiva de apenas 1 mês. Apesar de a grande maioria das mulheres (96%) iniciar a amamentação, apenas 11% amamentam exclusivamente no período de 4 a 6 meses, 41% mantêm a lactação até o final do primeiro ano de vida e 14% até os 2 anos⁴.

Segundo Almeida⁵, é preciso mudar o paradigma de amamentação que norteia as políticas de promoção do aleitamento materno. Tem-se priorizado o biológico, sem dar a devida ênfase aos aspectos sociais, políticos e culturais que condicionam a amamentação. O autor ressalta que “... a mulher precisa ser assistida e amparada para que possa desempenhar a bom termo o seu novo papel social, o de mulher-mãe-nutriz.” Nós, profissionais de saúde, desempenhamos um papel fundamental na assistência à mulher lactante. Para cumprir esse papel é necessário ter conhecimentos e habilidades para orientar adequadamente o manejo da lactação. Este artigo aborda alguns aspectos práticos do aleitamento materno, visando a contribuir para a instrumentalização do profissional de saúde para melhor ajudar as mães no manejo da lactação.

Definições

É fundamental que haja uma uniformização com relação às definições dos diversos padrões de aleitamento materno. Em 1991, a OMS⁶ estabeleceu indicadores bem definidos de aleitamento materno, que têm sido utilizados no mundo inteiro. São as seguintes as categorias de aleitamento materno internacionalmente reconhecidas:

- *Aleitamento materno exclusivo*: a criança recebe somente leite humano de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite humano ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos;
- *Aleitamento materno predominante*: a fonte predominante de nutrição da criança é o leite humano. No entanto, a criança pode receber água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas, solução de sais de reidratação oral, gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos, e fluidos rituais (em quantidades limitadas).
- *Aleitamento materno*: a criança recebe leite humano (direto da mama ou ordenhado);

- *Aleitamento materno complementado*: a criança recebe leite materno e outros alimentos sólidos, semi-sólidos ou líquidos, incluindo leites não humanos.

As categorias aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno predominante juntas formam a categoria, na língua inglesa, *full breastfeeding*, ainda sem tradução consensual para o português.

Embora não haja uma definição oficial para alimentos suplementares e complementares, nesta revisão o termo suplemento é utilizado para água, chás e/ou substitutos do leite materno oferecidos a crianças nos primeiros meses de vida; e complemento se refere a alimentos indicados para complementar o leite materno a partir dos seis meses de vida.

Duração da amamentação

Vários pesquisadores têm tentado inferir a duração da amamentação na espécie humana se não houvesse a influência da cultura. De acordo com diversas teorias - baseadas em informações de primatas não humanos, principalmente gorilas e chimpanzés, que têm 98% da sua carga genética idêntica à do homem - o período natural de amamentação para a espécie humana ficaria entre 2,5 e 7 anos². Estudos etnográficos mostram que as crianças tradicionalmente eram amamentadas por 3 a 4 anos, e que usualmente elas deixam de mamar por conta própria nesse período quando lhes é permitido mamar de acordo com a sua vontade².

A OMS⁷ recomenda amamentação exclusiva por 4-6 meses e complementada até 2 anos ou mais. Existem evidências de que não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos 6 meses (salvo em alguns casos individuais), podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança (para maiores detalhes e referências, veja o artigo “Alimentação Complementar” deste suplemento). Por isso, vários países já adotam oficialmente a posição de que a amamentação exclusiva deve se estender até em torno dos 6 meses, inclusive o Brasil⁸.

No segundo ano de vida, o leite materno continua sendo uma importante fonte de nutrientes⁹, além de continuar conferindo proteção contra doenças infecciosas¹⁰.

Por que amamentar é importante

São inúmeras as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade em geral.

O efeito mais dramático da amamentação se dá sobre a mortalidade de crianças pequenas, graças aos inúmeros fatores existentes no leite materno, que protegem contra infecções comuns em crianças como diarreia e doenças respiratórias agudas.

A associação entre mortalidade infantil e ausência de aleitamento materno é modificada por diversos fatores de ordem demográfica, socioeconômica, dietética e ambiental. A proteção conferida pelo leite materno contra mortes infantis é maior em crianças pequenas, exclusivamente amamentadas, residindo em locais onde há pobreza, pro-

miscuidade, água de má qualidade e alimentos contaminados e de baixa densidade energética^{11,12}. Na Malásia, por exemplo, o número de mortes devido à alimentação com leite não humano de crianças menores de 1 ano foi estimado em 28 a 153 para cada 1000 crianças nascidas vivas, dependendo das condições sanitárias e do acesso à água potável¹³.

Uma meta-análise recente¹⁰, baseada em seis conjuntos de dados provenientes de 3 continentes (Brasil, Filipinas, Gambia, Gana, Paquistão e Senegal), mostrou uma mortalidade por doenças infecciosas 6 vezes maior em crianças menores de 2 meses não amamentadas, quando comparadas com crianças alimentadas no peito. A proteção diminuía à medida que a criança crescia, variando de 1,4 a 4,1 em crianças de 2 a 12 meses e de 1,6 a 2,1 no segundo ano de vida. A proteção contra mortes por diarreia foi muito maior que a proteção contra mortes por infecções respiratórias nos primeiros 6 meses. Contudo, após esse período, a proteção contra mortes por essas duas doenças foi semelhante. O estudo chama a atenção para o fato de que, enquanto a proteção contra mortes por diarreia diminui dramaticamente com a idade, a proteção contra mortes por infecções respiratórias se mantém constante nos primeiros 2 anos de vida.

O aleitamento materno previne mortes desde os primeiros dias de vida, como comprova um estudo europeu multicêntrico sobre mortalidade por enterocolite necrotizante¹⁴. Recém-nascidos pré-termo não amamentados ou em aleitamento misto tiveram uma chance 10,6 e 3,5 vezes maior de morrer por enterocolite, respectivamente, quando comparados com seus pares amamentados exclusivamente.

Além de diminuir a mortalidade, o leite materno protege contra incidência e gravidade das diarreias, pneumonias¹⁵, otite média¹⁶, diversas infecções neonatais¹⁷ e outras infecções¹².

Em documento recente, a Academia Americana de Pediatria¹⁸ cita, entre os benefícios já mencionados, uma possível proteção do aleitamento materno contra a síndrome da morte súbita do lactente, o diabetes insulino-dependente, a doença de Crohn, a colite ulcerativa, o linfoma, as doenças alérgicas e outras doenças crônicas do aparelho digestivo.

Além da proteção contra as doenças, o leite materno propicia uma nutrição de alta qualidade para a criança, promovendo o seu crescimento e desenvolvimento. É importante lembrar que as crianças amamentadas podem apresentar um crescimento diferente do das crianças alimentadas artificialmente. Por isso, a curva do *National Center for Health Statistics* (NCHS) foi considerada inadequada para uso em crianças em amamentação exclusiva, por ter sido construída com crianças cuja alimentação não era leite materno exclusivo^{19,20}. As crianças amamentadas exclusivamente ao seio, mesmo nos países desenvolvidos, apresentam uma diminuição no escore z do índice peso/idade da curva de crescimento do NCHS a partir do terceiro mês, que persiste até o final do primeiro ano de vida. O

mesmo ocorre com o indicador comprimento/idade, porém com uma diminuição menos acentuada e uma tendência a se estabilizar ou mesmo aumentar após o oitavo mês. A OMS está empenhada na elaboração de novos padrões de referência de crescimento, cujos dados já estão sendo coletados em 6 locais diferentes (Brasil, Estados Unidos, Noruega, Gana, Omã e Índia) a partir de crianças alimentadas com leite materno exclusivo até, pelo menos, os 4 meses, e complementado até, no mínimo, 1 ano²¹.

A associação entre aleitamento materno e melhor desenvolvimento foi demonstrada numa meta-análise recente envolvendo 20 estudos criteriosamente selecionados²². Essa meta-análise mostrou que, após ajustes para alguns fatores de confusão, as crianças amamentadas tinham escores de desenvolvimento cognitivo significativamente maiores do que os das crianças, em especial os prematuros, alimentadas com fórmula. Essa diferença foi observada desde os 6 meses até os 15 anos de idade, e tinha uma relação direta com a duração do aleitamento materno.

O aleitamento materno também contribui para a saúde da mulher, protegendo contra o câncer de mama²³ e de ovário²⁴ e ampliando o espaçamento entre os partos²⁵. A eficácia da lactação como anticoncepcional é de 98% nos primeiros 6 meses após o parto, desde que a amamentação seja exclusiva ou predominante e que a mãe se mantenha amenorréica²⁵. Outra vantagem para a saúde da mulher que amamenta é a involução uterina mais rápida, com consequente diminuição do sangramento pós-parto e de anemia²⁶.

De fundamental importância para as famílias mais carentes é o fator econômico. O gasto médio mensal com a compra de leite para alimentar um bebê nos primeiros 6 meses de vida varia de 23% a 68% do salário mínimo²⁷. A esse gasto deve-se acrescentar custos com mamadeiras, bicos e gás de cozinha, além de eventuais gastos decorrentes de doenças, que são mais comuns em crianças não amamentadas.

O real impacto social do aleitamento materno é difícil de ser quantificado. Sabe-se que as crianças que recebem leite materno adoecem menos, necessitando de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos, além de menos faltas ao trabalho dos pais. Como resultado, a amamentação pode beneficiar não somente as crianças e suas famílias, mas também a sociedade como um todo.

Somente no final da década de 80 ficou claro que a amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida é mais segura do que outros tipos de alimentação da criança. O efeito protetor do leite materno contra diarreias e doenças respiratórias pode diminuir substancialmente quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer outro alimento, incluindo água ou chás. Isso se deve ao fato de que a criança não amamentada exclusivamente recebe menos fatores de proteção existentes no leite materno, além de receber alimentos ou água, com frequência, contaminados.

Em Pelotas, RS, um estudo caso-controle mostrou que as chances de morrer eram bem maiores em crianças que

receberam outro tipo de leite¹². O risco de morrer no primeiro ano de vida, por diarreia, foi 14 vezes maior em crianças não amamentadas e 3,6 vezes maior em crianças com aleitamento misto, quando comparadas com crianças amamentadas exclusivamente. Outro estudo mostrou o efeito do uso de leite artificial nas taxas de internação por pneumonia. Em crianças não amamentadas nos primeiros 3 meses, a chance de hospitalização foi 61 vezes maior do que em crianças amamentadas exclusivamente²⁸.

A suplementação do leite materno com água ou chás, até pouco tempo considerada inócua, tem se mostrado nociva à saúde da criança. Estudos no Peru²⁹ e nas Filipinas³⁰ mostraram que a prevalência de diarreia dobrou quando água ou chás eram oferecidos às crianças menores de 6 meses, quando comparadas com crianças que só recebiam leite materno.

A suplementação do leite materno com água ou chás nos primeiros 6 meses é desnecessária, mesmo em locais secos e quentes^{31,32}. Mesmo ingerindo pouco colostro nos primeiros 2-3 dias de vida, recém-nascidos normais não necessitam de mais líquidos além do leite materno, pois nascem com níveis de hidratação tecidual relativamente altos³³.

Além de uma maior proteção contra infecções, a amamentação exclusiva é importante sob o ponto de vista nutricional. A suplementação com outros alimentos e líquidos diminui a ingestão de leite materno^{32,34}, o que pode ser desvantajoso para a criança, já que muitos alimentos e líquidos oferecidos às crianças pequenas são menos nutritivos que o leite materno, além de interferir com a biodisponibilidade de nutrientes-chaves do leite materno, como o ferro e o zinco³⁵⁻³⁷.

Outro importante aspecto relacionado com o padrão de amamentação é a amenorréia pós-parto. Sabe-se que a amenorréia da lactação depende da frequência e duração das mamadas³⁸. Em comunidades onde as mulheres amamentam os seus filhos por curto tempo e iniciam a alimentação complementar precocemente, a duração média da amenorréia pós-parto é menor, bem como o espaçamento entre os partos³⁹⁻⁴¹.

Aconselhamento em amamentação

Uma boa atuação no sentido de promover, proteger e apoiar a amamentação requer não apenas conhecimentos sobre aleitamento materno, mas também habilidades clínicas e de aconselhamento.

O *aconselhamento* em amamentação⁴² (em substituição à consulta) implica em ajudar a mulher a tomar decisões de forma empática, saber ouvir e aprender, desenvolver a confiança e dar apoio. É importante que as mães sintam o interesse do médico (ou qualquer outro profissional de saúde) para adquirirem confiança e se sentirem apoiadas. As seguintes técnicas e atitudes facilitam o sucesso no aconselhamento:

- Comunicação não verbal, mostrando-se interessado (balançar a cabeça afirmativamente, sorrir), prestando atenção, dedicando tempo para ouvir e tocando na mulher de forma apropriada.
- Perguntas abertas, dando mais espaço para a paciente se expressar.
- Empatia, ou seja, mostrar às mães que os seus sentimentos são compreendidos.
- Não uso de palavras que soam como julgamentos, como por exemplo, certo, errado, bem, mal, etc.
- Aceitação dos sentimentos e opiniões das mães, sem no entanto precisar concordar ou discordar do que ela pensa.
- Reconhecimento e elogios ao que a mãe e o bebê estão fazendo certo, o que aumenta a confiança da mãe, encoraja-a a manter práticas saudáveis e facilitando que ela aceite sugestões.
- Poucas informações em cada aconselhamento, as mais importantes para o momento.
- Linguagem simples, acessível ao nível da mãe.
- Sugestões ao invés de ordens.
- Informações sobre todos os procedimentos e condutas.

A ênfase dada a determinados tópicos durante um aconselhamento em amamentação pode variar de acordo com a época e o momento em que é feito. A seguir são abordados alguns tópicos importantes relacionados com a promoção e o manejo da lactação em diferentes momentos e circunstâncias.

Pré-natal

A educação e o preparo das mulheres para a lactação durante o período pré-natal comprovadamente contribui para o sucesso do aleitamento materno, em especial entre as primíparas⁴³. Durante a assistência pré-natal, as mulheres devem ser informadas dos benefícios da amamentação, ou melhor, das desvantagens do uso de leites não humanos, e devem ser orientadas quanto às técnicas da amamentação, para aumentar a sua habilidade e confiança.

A preparação física das mamas para a lactação não tem se mostrado benéfica e não tem sido recomendada de rotina⁴³. Exercícios para protrair os mamilos durante a gravidez, como espichar os mamilos e a manobra de Hoffman, na maioria das vezes não funcionam e podem ser prejudiciais, podendo inclusive induzir o parto. Dispositivos para protrair os mamilos também não têm se mostrado eficaz. A maioria dos mamilos apresenta melhora com avançar da gravidez, sem nenhum tratamento⁴⁴.

Nos casos de mamilos planos ou invertidos, a intervenção logo após o nascimento do bebê é mais importante e efetiva do que intervenções no período pré-natal⁴³.

O início da amamentação

Os primeiros 14 dias após o parto são cruciais para a amamentação bem sucedida, pois é nesse período que a

lactação se estabelece, além de ser um período de intenso aprendizado para a mãe e o bebê.

A amamentação deve ser iniciada tão logo quanto possível, de preferência na primeira hora após o parto⁴³. A sucção espontânea do recém-nascido pode não ocorrer antes de 45 minutos a 2 horas após o parto⁴⁵, porém o contato pele-a-pele imediatamente após o parto é muito importante. Contato precoce com a mãe está associado com maior duração da amamentação⁴⁶, melhor interação mãe-bebê⁴⁷, melhor controle da temperatura do recém-nascido⁴⁸, níveis mais altos de glicose^{49,50} e menos choro do recém-nascido⁵⁰. Além disso, sucção precoce da mama pode reduzir o risco de hemorragia pós-parto, ao liberar ocitocina⁵¹, e de icterícia no recém-nascido, por aumentar a motilidade gastrintestinal⁵².

O aleitamento materno sob livre demanda deve ser encorajado, pois faz parte do comportamento normal do recém-nascido mamar com frequência, sem regularidade quanto a horários. Aleitamento materno sem restrições diminui a perda de peso inicial do recém-nascido, favorece a recuperação mais rápida do peso de nascimento^{52,53}, promove uma “descida do leite” mais rápida^{52,54,55}, aumenta a duração do aleitamento materno^{54,56}, estabiliza os níveis de glicose do recém-nascido^{49,57}, diminui a incidência de hiperbilirrubinemia⁵⁸ e previne ingurgitamento mamário⁵⁹. É importante observar que a amamentação frequente, sob livre demanda, não aumenta o risco de trauma mamilar^{60,61}. Esse está mais associado à técnica da amamentação do que a frequência e duração das mamadas⁴³.

O tempo de permanência na mama em cada mamada também não deve ser estabelecido, uma vez que a habilidade do bebê em esvaziar a mama varia entre as crianças e, numa mesma criança, pode variar ao longo do dia dependendo das circunstâncias. É importante que a criança esvazie a mama, pois o leite do final da mamada - leite posterior - contém mais calorías e sacia a criança⁶².

Os suplementos (água, chás, outros leites) devem ser evitados, pois há evidências de que o seu uso está associado com desmame precoce⁴³. Não está muito claro se os suplementos interferem no comportamento alimentar da criança, se o seu uso diminui a confiança da mãe, ou ainda se é um marcador de alguma dificuldade relacionada ao aleitamento materno. De qualquer maneira, as mães que amamentam necessitam de pessoas treinadas para ajudá-las a prevenir e/ou superar dificuldades, evitando dessa maneira o uso de suplementos e seus possíveis efeitos deletérios. É claro que o uso de suplementos muitas vezes se faz necessário por indicação médica. Sempre que possível e disponível, na ausência de leite materno, deve-se utilizar leite humano pasteurizado, de banco de leite humano. O uso de copinho para oferecer suplementos à criança pequena, inclusive para recém-nascidos pré-termo, tem sido preconizado pela OMS⁴³. A mamadeira, além de ser uma importante fonte de contaminação da criança, pode ter um efeito negativo sobre o aleitamento materno. Tem sido observado que algumas crianças desenvolvem preferência por bicos de mamadeira,

apresentando uma maior dificuldade para amamentar ao seio⁶³. Alguns autores acreditam que a diferença entre as técnicas de sucção da mama e dos bicos artificiais possa levar à “confusão de sucção”⁶³.

O uso de chupeta também tem sido desaconselhado pela possibilidade de interferir com o aleitamento materno. Crianças que chupam chupetas em geral são amamentadas menos frequentemente^{64,65}, o que pode prejudicar a produção de leite. Embora não haja dúvidas quanto à associação entre uso de chupeta e períodos mais curtos de amamentação^{64,66,67}, não está bem estabelecido o efeito direto do uso da chupeta sobre a duração da amamentação. É possível que o uso da chupeta seja um sinal de que a mãe deseja parar de amamentar - os bicos reduzem a necessidade do bebê de ser amamentado - ao invés de causar a interrupção da amamentação, especialmente em mães com dificuldades no aleitamento materno e com autoconfiança baixa⁶⁴.

Embora o papel dos bicos de mamadeiras e chupetas como obstáculos à amamentação não esteja claramente definido, tem sido recomendado evitar exposição desnecessária dos recém-nascidos a esses potenciais fatores de risco, a fim de garantir uma amamentação bem sucedida⁴³.

Ao contrário do que ocorre com os demais mamíferos, a amamentação da espécie humana não é um ato puramente instintivo. Mães e bebês precisam aprender a amamentar e ser amamentados. Esse aprendizado, que antes era facilitado pelas mulheres mais experientes da família extensiva, hoje depende em grande parte dos profissionais de saúde.

Hoje se sabe que a técnica da amamentação é importante para a transferência efetiva do leite da mama para a criança^{68,69} e para prevenir dor e trauma dos mamilos⁷⁰. Por isso, é indispensável que a mãe seja orientada quanto à técnica de amamentação já no período pré-natal, de preferência, ou logo após o parto. Nenhuma dupla mãe/bebê deve deixar a maternidade sem que pelo menos uma mamada seja observada criteriosamente. A avaliação de uma mamada indica se a mãe precisa de ajuda e que tipo de ajuda. Os seguintes itens devem ser observados⁷¹:

- Roupas da mãe e do bebê são adequadas, sem restringir movimentos? As mamas devem estar completamente expostas e o bebê deve estar vestido de maneira que os braços fiquem livres (não deve estar enrolado).
- A mãe está confortavelmente posicionada, relaxada, bem apoiada, não curvada para trás nem para frente? O apoio dos pés acima do nível do chão é aconselhável.
- O corpo do bebê está próximo, todo voltado para a mãe, tórax com tórax? Uma das regras básicas de uma boa técnica de amamentação é manter corpo e cabeça do bebê alinhados.
- O braço inferior do bebê está posicionado ao redor da cintura da mãe, de maneira que não fique entre o corpo do bebê e o corpo da mãe?
- O corpo do bebê está fletido sobre a mãe, com as nádegas firmemente apoiadas?
- O pescoço do bebê está levemente estendido?

- A mãe está segurando a mama formando um C com o dedo polegar colocado na parte superior e os outros quatro dedos na parte inferior, tendo o cuidado de deixar a aréola livre? Os dedos não devem ser colocados em forma de tesoura, interpondo-se entre a boca do bebê e a aréola.
- A cabeça do bebê está no mesmo nível da mama, com a boca centrada em frente ao mamilo? É sempre útil lembrar a mãe que *é o bebê que vai à mama e não a mama que vai ao bebê*.
- Na hora de colocar o bebê para sugar, a mãe estimula o lábio inferior do bebê com o mamilo para que ele, por reflexo, abra bem a boca e abaixe a língua?
- Imediatamente após o bebê abrir a boca, a mãe, com um rápido movimento, leva o bebê ao peito? Mais uma vez, lembrar que é o bebê que vai à mama e não a mama ao bebê.
- O bebê abocanha, além do mamilo, parte da aréola (aproximadamente 2cm além do mamilo)? Lembrar que o bebê retira o leite comprimindo os seios lactíferos com as gengivas.
- O queixo do bebê está tocando a mama?
- O bebê mantém a boca bem aberta colada na mama, sem apertar os lábios?
- Os lábios do bebê estão curvados para fora, formando um laço? Para visualizar o lábio inferior do bebê muitas vezes é necessário pressionar a mama com as mãos.
- A língua do bebê fica sobre a gengiva inferior? Algumas vezes a língua é visível; no entanto, na maioria das vezes é necessário abaixar suavemente o lábio inferior.
- A língua do bebê encontra-se curvada para cima nas bordas?
- O bebê mantém-se fixado à mama, sem escorregar ou largar o mamilo?
- As mandíbulas do bebê se movem?
- Pode-se ver ou ouvir a deglutição?

Os seguintes sinais são indicativos de técnica incorreta de amamentação:

- Bochechas do bebê encovadas a cada sucção.
- Ruídos da língua; a deglutição, entretanto, pode ser barulhenta.
- Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada.
- Mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê larga a mama.
- Dor na amamentação.

Situações especiais

Mamilos doloridos / Trauma mamilar

No início do aleitamento materno, a mulher pode sentir uma discreta dor ou desconforto no início das mamadas, o que pode ser considerado normal. No entanto, mamilos muito dolorosos e machucados, apesar de ser muito comum, não é fato normal e na maioria das vezes é causado por má-técnica da amamentação (posicionamento ou pega

incorretas). Trauma mamilar é uma importante causa de desmame e, por isso, a sua prevenção é primordial, o que pode ser conseguido com as seguintes medidas⁴⁴:

- Técnica correta de amamentação.
- Exposição das mamas ao ar livre ou à luz solar, para mantê-las secas.
- Não uso de sabões, álcool ou qualquer produto secante nos mamilos - esses produtos tornam os mamilos mais vulneráveis a lesões.
- Amamentação freqüente - a criança que mama freqüentemente vai ao peito com menos fome, com menos chance de sugar com força excessiva; além disso, mamadas infreqüentes favorecem o enchimento excessivo das mamas, o que diminui a flexibilidade da aréola e, conseqüentemente, aumenta o risco de trauma.
- Técnica para interromper a mamada, que consiste em introduzir o dedo indicador ou mínimo pela comissura labial da boca do bebê, de maneira que o dedo substitua, por um momento, o mamilo.

Os protetores (intermediários) de mamilo não se mostraram efetivos na prevenção ou no tratamento de trauma/fissura mamilar. Eles, na realidade, podem causar danos aos mamilos⁴⁴.

Uma vez instalados os traumas mamilares, faz-se necessário intervir para que os mesmos não progridam e cicatrizem o mais rápido possível. Medidas úteis no tratamento dos traumas mamilares incluem⁴⁴:

- Correção da técnica da amamentação, sempre que for detectado erro de técnica.
- Mudanças de posições nas mamadas, ou seja, alternar diferentes posições.
- Aplicação do leite materno nos mamilos após as mamadas - apesar de não haver dados científicos que embasem essa conduta, alguns expertos a recomendam⁷² devido às propriedades anti-infecciosas do leite materno, o que diminuiria o risco de infecção secundária.
- Agentes tópicos tais como lanolina anídrica modificada ou cremes com vitamina A e D em traumas importantes - eles formam uma barreira impedindo a perda de umidade das camadas mais profundas da pele, facilitando assim a cicatrização. Cremes com hidrocorticóides sintéticos (mometasona 0,1% e propionato de halobetasol 0,05%) têm sido recomendados por expertos⁷² em casos de fissuras importantes, embora não haja estudos comprovando a sua eficácia. Corticóide só deve ser recomendado na ausência de infecção bacteriana ou fúngica e, quando usado, não necessita ser removido antes das mamadas.
- Analgésicos sistêmicos, se necessário.

O uso de métodos secativos (secador de cabelo, lâmpadas) não tem sido mais recomendado no tratamento dos traumas mamilares⁴⁴. Manter secos os mamilos sadios, íntegros, é recomendável para a prevenção de fissuras. No entanto, métodos secativos em mamilos machucados po-

dem ser até prejudiciais. A epiderme do mamilo se recupera mais rapidamente se houver uma barreira úmida prevenindo a perda de umidade das camadas mais profundas da pele.

O uso de protetores de mamilos, salvo raras exceções, deve ser desestimulado. Eles, na realidade, podem exacerbar as lesões ou ser a sua causa⁴⁴.

Mamilos planos ou invertidos

Mamilos planos ou invertidos podem dificultar o começo da amamentação, mas não necessariamente a impedem, pois o bebê faz uma “teta” com a aréola. O diagnóstico de mamilos invertidos pode ser feito ao pressionar a aréola entre o polegar e o dedo indicador - o mamilo plano protraí e o invertido retrai.

Para uma mãe com mamilos planos ou invertidos amamentar com sucesso é fundamental a intervenção logo após o nascimento do bebê, que consiste em⁷³:

- Promover a confiança da mãe: ela deve saber que com paciência e perseverança poderá superar o problema e que a sucção do bebê ajuda a protrair os mamilos.
- Ajudar a mãe com a pega: se o bebê não conseguir abocanhar o mamilo por si próprio, a mãe pode precisar de ajuda para fazer com que ele abocanhe o mamilo e parte da aréola; é importante que a aréola esteja flácida, e às vezes é necessário tentar diferentes posições para ver a qual delas a mãe e o bebê se adaptam melhor.
- Ensinar à mãe manobras para protrair o mamilo antes das mamadas como simples estímulo do mamilo, sucção com bomba manual ou seringa de 20ml adaptada (cortada para eliminar a saída estreita e com o êmbolo inserido na extremidade cortada).
- Orientar as mães a ordenhar o seu leite enquanto o bebê não sugar efetivamente - isso ajuda a manter a produção do leite e deixa as mamas macias, facilitando a pega; o leite ordenhado deve ser oferecido ao bebê, de preferência, em copinho.

Ingurgitamento mamário

O ingurgitamento mamário reflete falha no mecanismo de auto-regulação da fisiologia da lactação, resultando em congestão e aumento da vascularização, acúmulo de leite e edema devido à obstrução da drenagem linfática pelo aumento da vascularização e enchimento dos alvéolos. O aumento de pressão intraductal faz com que o leite acumulado, por um processo de transformação em nível intermolecular, se torne mais viscoso, originando o “leite empedrado”⁵.

Ingurgitamento discreto é normal e não requer intervenção. O ingurgitamento excessivo ocorre com mais frequência entre as primíparas, aproximadamente 3 a 5 dias após o parto. Leite em abundância, início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, restrição da duração e frequência das mamadas e sucção ineficaz do bebê favorecem o aparecimento do ingurgitamento. Portanto, amamentação em livre demanda, iniciada logo após o parto e com técnica correta, são medidas eficazes na prevenção do ingurgitamento.

Uma vez instalado o ingurgitamento, recomendam-se as seguintes medidas⁷³:

- Amamentar frequentemente. Se a aréola estiver tensa, faz-se necessário ordenhar um pouco de leite antes, para que ela fique macia o suficiente para o bebê abocanhar a mama adequadamente. Se o bebê não sugar, a mama deve ser ordenhada manualmente ou com bomba de sucção. O esvaziamento da mama é essencial, pois se o leite não é removido pode ocorrer mastite e até mesmo abscesso mamário.
- Massagens delicadas das mamas - importante na fluidificação do leite viscoso e no estímulo do reflexo de ejeção do leite⁵.
- Estimular o reflexo de ejeção do leite antes das mamadas ou da ordenha com massagem delicada das mamas e relaxamento materno.
- Compressas frias (ou gelo envolto em tecido) em intervalos regulares (2 em 2 horas nos casos mais graves), por 15 minutos - a hipotermia local provoca vasoconstrição e, conseqüentemente, reduz o fluxo sanguíneo e a produção do leite⁵.
- Analgésicos sistêmicos para a dor, se necessário.

Compressas quentes aumentam a produção de leite⁵, o que pode ser desvantajoso na vigência de ingurgitamento mamário.

Presença de sangue no leite

Esse fenômeno é mais comum em primíparas adolescentes e mulheres com mais de 35 anos, e se deve ao rompimento de capilares provocado pelo aumento súbito da pressão osmótica intra-alveolar na fase inicial da apojadura⁵. Esse fenômeno é transitório (primeiras 48 horas) e melhora mediante o esvaziamento das mamas através de ordenhas⁵.

Bloqueio de ductos lactíferos

O bloqueio de ductos lactíferos ocorre quando o leite produzido numa determinada área da mama não flui adequadamente, o que pode ocorrer quando a amamentação é infrequente, o leite não está sendo retirado adequadamente ou quando existe pressão local como, por exemplo, um sutiã apertado. O bloqueio se manifesta pela presença de nódulos mamários sensíveis numa mãe sem outras doenças da mama. Pode haver dor, calor e eritema na área comprometida, não acompanhados de febre alta.

Para desbloquear um ducto é importante que a mãe amamente o seu bebê frequentemente e em distintas posições, oferecendo primeiramente a mama afetada, com o queixo do bebê direcionado para a área afetada, o que facilita a retirada do leite da área. Além disso, calor local e massagens suaves da região atingida, na direção do mamilo, antes e durante as mamadas, facilitam o desbloqueio⁷⁴.

Mastite

A mastite é uma infecção bacteriana de um ou mais segmentos da mama. Na maioria das vezes, são as fissuras

a porta de entrada da bactéria, mais comumente o *Staphylococcus aureus*. A fadiga materna é um importante fator de risco para mastite.

Na mastite, a parte afetada está dolorosa, hiperemiada, edemaciada e quente. O comprometimento geral é importante, com febre e mal-estar importante.

O tratamento com antibióticos antiestafilocócicos (dicloxacilina, amoxicilina ou eritromicina) deve ser instituído o mais precocemente possível⁷³, para que a mastite não evolua para abscesso mamário. Apesar da presença de bactérias no leite materno quando há mastite, a manutenção da amamentação está indicada por não oferecer riscos ao recém-nascido a termo sadio⁷⁵. Além da antibioticoterapia e do esvaziamento completo da mama comprometida, através da manutenção da amamentação e retirada manual do leite após as mamadas, se necessário, faz parte do tratamento repouso da mãe, analgésicos ou antiinflamatórios não-esteróides como ibuprofeno e líquidos abundantes⁷³. Não havendo melhora em 48 horas, deve-se investigar a presença de abscesso mamário, que pode ser identificado à palpação pela sensação de flutuação. Em tais casos está indicada a drenagem cirúrgica e a manutenção da lactação, desde que o tubo de drenagem ou a incisão estejam suficientemente longe da aréola⁷³. Alguns autores não recomendam a amamentação na mama com abscesso até que a mulher seja tratada adequadamente com antibióticos e o abscesso tenha sido drenado cirurgicamente⁷⁵. Havendo necessidade de interromper a lactação na mama afetada, a amamentação pode ser mantida na mama sadia.

Bebê que não suga ou tem sucção débil

Quando por alguma razão o bebê não estiver sugando ou a sucção é ineficaz, e a mãe deseja amamentá-lo, ela deve ser orientada a estimular a sua mama regularmente (no mínimo cinco vezes ao dia) através de ordenha manual ou por bomba de sucção. Isso garantirá a produção de leite, além do leite poder ser ofertado ao bebê com um copinho ou sonda nasogástrica, dependendo do caso. O uso de suplementos (preferencialmente com o leite da própria mãe) e quando iniciá-lo vai depender de algumas características das crianças. Recém-nascido normal, a termo, com peso adequado e sem fatores de risco para hipoglicemia pode permanecer mais tempo “em jejum” no primeiro dia de vida.

O bebê pode não sugar inicialmente por diversas razões, que podem ser agrupadas nas 5 modalidades seguintes⁷⁶:

- Bebês que resistem a tentativas de serem amamentados. Muitas vezes não se descobre a causa dessa resistência inicial, mas algumas vezes pode estar associada ao uso de bicos artificiais ou chupetas e dor ao ser segurado para mamar. O manejo desses casos se restringe a acalmar a mãe e o bebê, suspender o uso de bicos e chupetas quando presentes e insistir nas mamadas por alguns minutos cada vez.
- Bebês que não conseguem pegar a aréola adequadamente. Nesses casos, o bebê pode não estar bem posiciona-

do, não abrir a boca suficientemente ou ter recebido bicos artificiais ou chupetas. Além disso, o bebê pode não abocanhar adequadamente as mamas porque elas estão tensas, ingurgitadas, ou os mamilos são muito invertidos. O manejo consiste em corrigir o problema detectado.

- Bebês que não conseguem manter a pega da aréola. Nesses casos, o bebê começa a mamar, porém após algum tempo, larga a mama e chora. Com frequência o bebê apresenta esse comportamento porque está mal posicionado, não consegue respirar no peito, não está sendo segurado com firmeza, ou o fluxo de leite é muito forte. Para diminuir o fluxo inicial superabundante de leite, a mãe pode retirar um pouco de leite antes de oferecer o peito ao bebê.
- Bebês que não sugam. O bebê pode não sugar por não ter fome (certificar-se de que o bebê não recebeu suplemento), estar sonolento ou doente, não ter força para sugar, como nos casos de bebês prematuros ou hipotônicos, ou ainda porque não está maduro para sugar, o que pode ocorrer com bebês a termo, com bom peso. É importante lembrar que medicamentos anestésicos administrados à mãe durante o trabalho de parto podem sedar o bebê⁷². Os bebês que não sugam devem ser estimulados a sugarem, introduzindo-se o dedo mínimo na sua boca, com a ponta tocando na junção do palato duro com o palato mole. A mãe deve ser orientada a fazer esse exercício com o seu bebê.
- Bebês que recusam um dos peitos. É possível que um bebê tenha dificuldade em mamar em uma das mamas porque existe alguma diferença entre as mamas (mamilos, fluxo de leite, ingurgitamento), a mãe não consegue posicionar adequadamente o bebê em um dos lados, ou o bebê sente dor numa determinada posição (fratura de clavícula, por exemplo). Um recurso que se utiliza para fazer o bebê mamar na mama “recusada”, muitas vezes com sucesso, é o uso da posição *football player* (bebê apoiado no braço do mesmo lado da mama a ser oferecida, mão da mãe apoiando a cabeça da criança, corpo da criança mantido na lateral, abaixo da axila). Se o bebê continuar a recusar uma das mamas, é possível manter aleitamento materno exclusivo com apenas uma das mamas.

Atraso na “descida do leite”

Em algumas mulheres a “descida do leite” só ocorre após alguns dias. Nesses casos, o profissional de saúde deve desenvolver confiança na mãe, além de orientar medidas de estimulação da mama como sucção freqüente do bebê e ordenhas. Nesses casos é muito útil o uso de um suplementador alimentar. Esse dispositivo (pode ser uma seringa) é colocado entre as mamas da mãe contendo leite (de preferência leite humano pasteurizado) e é conectado ao mamilo através de uma sonda. A criança, ao sugar o mamilo, recebe o suplemento. Dessa maneira a criança continua a estimular a mama e se sente gratificada ao ser saciada.

Criança amamentada que não ganha peso adequadamente

Primeiramente é necessário distinguir a criança que ganha peso mais lentamente daquela que não ganha peso adequadamente. Na primeira situação, a criança ganha peso consistentemente, embora mais lentamente, e usualmente está associado a fatores de ordem familiar ou genética. Essas crianças têm aspecto saudável, são alertas, responsivas, apresentam tonus muscular e turgor da pele normais, têm boa sucção, mamando 8 ou mais vezes ao dia, com mamadas que duram em média 15 a 20 minutos, apresentam micções freqüentes (6 ou mais vezes ao dia, urina diluída) bem como evacuações freqüentes ou em grande quantidade. Já a criança que não ganha peso adequadamente (às vezes não ganha peso algum ou até perde peso) usualmente tem o seu peso abaixo do terceiro percentil ou abaixo de 2 desvios padrão da mediada do peso da população de referência e com freqüência encontra-se apática ou com choro fraco, tonus muscular e turgor da pele diminuído, mamando menos de 8 breves mamadas e urinando e evacuando pouco.

É importante salientar mais uma vez que o crescimento das crianças amamentadas difere do das crianças alimentadas com outros tipos de leite. Por isso, o uso das curvas de crescimento habitualmente utilizadas (NCHS) pode dar a falsa impressão de que as crianças amamentadas começam a não ganhar peso adequadamente a partir dos 3-4 meses de idade¹⁹.

O ganho de peso inadequado em bebês amamentados pode ser devido a fatores relacionados com a criança ou com a mãe⁷⁷. A Tabela 1 apresenta as principais causas de pouco ganho ponderal em crianças amamentadas.

As causas mais comuns de pouco ganho ponderal na criança amamentada estão relacionadas com problemas de técnica e manejo na lactação como posicionamento inadequado, má pega, mamadas infreqüentes e/ou curtas e ausência de mamadas noturnas. Portanto, é fundamental uma história detalhada e uma observação cuidadosa das mamadas para se descartar tais problemas.

Tabela 1 - Principais causas de ganho de peso inadequado em crianças amamentadas

Fatores na criança	Fatores na mãe
<p>Baixa ingestão de leite</p> <p>Sucção débil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fatores físico/estruturais: lábio/palato leporino, freio da língua curto, micrognatia, macroglossia, atresia de cloana - Iatrogenia: medicamentos na mãe ou na criança que deixe a criança sonolenta, uso de bicos de mamadeiras, chupetas ou protetores de mamilo - Outros: asfixia neonatal, prematuridade, icterícia (pode deixar a criança letárgica), síndrome de Down, hipotireoidismo, disfunção neuromuscular, doenças do sistema nervoso central, padrão de sucção anormal <p>Mamadas curtas e/ou infreqüentes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Separação mãe-bebê - Uso de chupetas - Suplementação com água/chás/líquidos - Introdução precoce dos alimentos complementares <p>Baixo rendimento do leite ingerido</p> <p>Vômitos e diarreia Malabsorção Infecção</p> <p>Aumento das necessidades energéticas</p> <p>Recém-nascido pequeno para a idade gestacional Doenças neurológicas Estimulantes no leite materno - muita cafeína (café, chá, cola, refrigerantes) Doença cardíaca congênita grave</p>	<p>Baixa produção de leite</p> <p>Problemas de técnica e manejo na lactação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Má posicionamento - Má pega - Mamadas infreqüentes e/ou curtas - Esquema rígido de horários - Ausência de mamadas noturnas - Uso de protetores de mamilos - Ingurgitamento mamário - Mamilos muito planos ou invertidos <p>Desenvolvimento mamário insuficiente: pouco ou nenhum aumento das mamas na gestação, ausência de mamas túrgidas no puerpério, com freqüência marcada diferença em tamanho e forma entre as duas mamas</p> <p>Outros: infecção, hipotireoidismo, diabete não tratada, síndrome de Sheehan, tumor pituitário, doença mental, retenção de restos placentários, fadiga, distúrbios emocionais, drogas (estrogênio, anti-histamina, sedativos, diuréticos, altas doses de vitamina B6), restrição dietética importante, redução cirúrgica das mamas, fumo, gravidez</p> <p>Inibição do reflexo de ejeção do leite</p> <p>Inibição psicológica: estresse, dor Cirurgia mamária prévia Fumo Álcool Doença pituitária</p> <p>Composição anormal do leite materno</p> <p>Dieta muito pobre em gorduras Dieta vegetariana estrita, sem suplementação de vitamina B12 Hipernatremia Estimulantes no leite</p>

Baixa produção de leite

Uma queixa comum durante a amamentação é “pouco leite” ou “leite fraco”. Muitas vezes essa percepção é o reflexo da insegurança materna quanto a sua capacidade de nutrir o seu bebê. A insegurança faz com que a mãe, com frequência, interprete o choro do bebê e as mamadas frequentes (comportamento normais em bebês pequenos) como sinais de fome. A ansiedade que tal situação gera na mãe e na família pode ser transmitida à criança, que responde com mais choro. A suplementação com outros leites muitas vezes alivia a tensão materna, e essa tranquilidade é repassada ao bebê, que passa a chorar menos, vindo a reforçar a idéia de que a criança estava passando fome. Uma vez iniciada a suplementação, a criança passa a sugar menos o peito, e como consequência vai haver menor produção de leite, processo que com frequência culmina com a interrupção da amamentação.

O melhor indicativo da suficiência de leite é o ganho de peso da criança. O número de micções por dia (no mínimo 6 a 8) e evacuações frequentes são indicativos indiretos do volume de leite ingerido.

Se a produção do leite parecer insuficiente para a criança, pelo baixo ganho ponderal na ausência de patologias orgânicas, deve-se averiguar se, durante a amamentação, a criança está sendo posicionada corretamente e se a mesma apresenta uma boa pega. Para aumentar a produção de leite pode-se sugerir que a mãe aumente a frequência das mamadas, ofereça as 2 mamas em cada mamada, dê tempo para o seu bebê esvaziar bem as mamas, tente trocar de seio várias vezes numa mamada se a criança estiver sonolenta ou se não sugar vigorosamente, evite mamadeiras, chupetas e protetores (intermediários) de mamilos, tenha uma dieta balanceada, consuma bastante líquidos (lembrar que líquidos em excesso não aumentam a produção de leite, podendo até diminuí-la⁷⁸) e repouse. Em alguns casos selecionados, quando as medidas citadas não funcionam, pode ser útil o uso de medicamentos (metoclopramida, clorpromazina)⁷⁷.

Cirurgia de redução das mamas

De uma maneira geral, diz-se que a mamoplastia redutora não impede a amamentação, desde que a inervação do mamilo esteja preservada, os ductos lactíferos patentes e os seis lactíferos intactos, em comunicação com os poros lactíferos para permitir as sensações que atuam como gatilhos para os reflexos de produção e ejeção do leite⁷⁹. Portanto, as técnicas da cirurgia de redução da mama que mantêm a aréola e o mamilo ligados à glândula mamária por um pedículo não afetariam a lactação, pelo menos em teoria⁷⁴. No entanto, na prática clínica, observa-se que muitas mulheres com mamoplastia redutora prévia não conseguiram sucesso na amamentação apesar dos esforços e da informação, antes da cirurgia, de que poderiam amamentar plenamente. De fato, existem vários relatos na literatura mostrando que a lactação, com frequência, fica comprometida após cirurgia de redução das mamas^{80,81}. Um estudo de coorte controlado realizado no Brasil⁸² mostrou que a mamoplastia redutora prévia tem um impor-

tante impacto negativo nas taxas de aleitamento materno, em especial nas taxas de amamentação exclusiva. Ao final do primeiro mês, 29% das mulheres com cirurgia estavam amamentando exclusivamente, em contraste com 77% das mulheres sem cirurgia prévia. Aos 3 meses essas taxas eram de 12% e 55%, respectivamente.

Portanto, mulheres com história de mamoplastia redutora podem amamentar plenamente, porém muitas não conseguem produzir a quantidade necessária de leite para suprir as necessidades dos seus bebês. Essas mulheres e seus filhos devem ter acompanhamento rigoroso, pois é difícil prever quais as mulheres que terão problemas na lactação como seqüela da cirurgia de redução das mamas.

Choro do bebê / Desconhecimento do comportamento normal de um bebê

O comportamento dos recém-nascidos é muito variável e depende de vários fatores como idade gestacional, personalidade e sensibilidade do bebê, experiências intra-uterinas, parto e diversos fatores ambientais, incluindo o estado emocional da mãe. É importante lembrar à mãe de que cada bebê é único, respondendo de maneiras diferentes às diversas experiências. Algumas crianças choram mais que outras e apresentam maiores dificuldades na passagem da vida intra-uterina para a vida extra-uterina. Essas crianças com frequência frustram as expectativas maternas, o que pode aumentar ainda mais o descontentamento do bebê, que responde aumentando ainda mais as demandas.

Faz parte do comportamento normal dos recém-nascidos mamar com frequência. Muitas mães, em especial as inseguras e com baixa auto-estima, costumam interpretar esse comportamento como sinal de fome do bebê, leite fraco ou insuficiente, culminando com frequência com a introdução de suplementos.

Uma importante causa de desmame é o choro do bebê. As mães com frequência interpretam o choro do bebê como fome ou cólicas. Elas devem ser esclarecidas que existem muitas razões para o choro do bebê, incluindo adaptação à vida extra-uterina. Na maioria das vezes os bebês se acalmam se aconchegados ou se colocados no peito, reforçando que eles precisam se sentir seguros e protegidos. O entendimento da mãe sobre as necessidades do seu bebê é fundamental para a sua tranquilidade. As mães que ficam tensas, frustradas e ansiosas com o choro dos bebês tendem a transmitir esses sentimentos a eles, causando mais choro, podendo instalar-se um ciclo vicioso.

Mãe trabalhadora

O trabalho materno fora do lar pode ser um obstáculo à amamentação, porém não a impede. Para as mães motivadas a amamentar após o retorno ao trabalho, as seguintes recomendações são úteis:

Antes do retorno ao trabalho:

- praticar o aleitamento materno exclusivo.
- conhecer as facilidades para a retirada e armazenamento do leite no local de trabalho (privacidade, geladeira, horários).

- praticar a ordenha do leite (de preferência manualmente) e congelar o leite para usar no futuro. Iniciar o estoque de leite 20 dias antes do retorno ao trabalho.

Após o retorno ao trabalho:

- amamentar com frequência quando estiver em casa, inclusive à noite.
- evitar mamadeiras. Oferecer a alimentação com copo e colher.
- durante as horas de trabalho, esvaziar as mamas através de ordenha manual e guardar o leite em geladeira. Levar para casa e oferecer à criança no mesmo dia, no dia seguinte, ou congelar. Leite cru (não pasteurizado) pode ser conservado em geladeira por 24 horas e no freezer ou congelador por 21 dias. Já o leite pasteurizado pode ser armazenado no congelador/freezer por 6 meses.

As mães devem estar cientes dos seus direitos de nutrizas. A legislação brasileira prevê uma licença após o parto de até 4 meses e 2 intervalos de meia hora cada durante as horas de trabalho (ou opcionalmente saída 1 hora antes) para que a mãe possa amamentar o seu filho até ele completar 6 meses.

Mães com doenças infecciosas

Mães HIV positivas

Estudos epidemiológicos comprovam que o vírus HIV pode ser transmitido via leite materno⁸³. O risco adicional de transmissão vertical do vírus pelo leite materno foi estimado em 14% (7%-22%) em mulheres infectadas antes do parto⁸⁴ e em 26% (13%-39%) quando a mãe se infecta durante a lactação⁸⁵.

Documento recente conjunto da OMS, UNICEF e UNAIDS⁸⁶ recomenda que sejam oferecidos a todas as mulheres gestantes aconselhamento e teste voluntários, que as mulheres infectadas com HIV sejam informadas dos riscos de

transmissão do vírus pelo leite materno para que possam tomar decisão informada quanto à alimentação dos seus filhos e que essa decisão seja apoiada. Entre as opções consideradas seguras quanto à transmissão do vírus encontra-se a pasteurização (aquecimento a 62,5° C por 30 minutos) do leite materno⁸⁷. O Ministério da Saúde do Brasil recomenda que as mães HIV positivas, no Brasil, não amamentem os seus filhos.

Ainda existem muitas questões a serem esclarecidas com relação à transmissão do HIV via leite materno. São intrigantes os resultados de um ensaio clínico randomizado recente realizado em Durbin, África do Sul⁸⁸. Esse estudo mostrou que filhos de mães HIV positivas amamentados exclusivamente tinham um risco diminuído de contrair o vírus aos 3 meses de idade (14%) quando comparados com crianças amamentadas parcialmente (24%). Os autores sugerem que a alimentação artificial pode causar dano à mucosa gastrointestinal, facilitando a penetração do vírus. O índice de transmissão entre as crianças alimentadas com fórmula foi de 19%. Apesar desses resultados encorajadores, a comunidade científica tem alertado para a necessidade de novos estudos para confirmar esses achados.

Mães HTLV-1 positivas

O HTLV-1 (*Human T-Cell Lymphotropic Virus Type I*) está associado com o desenvolvimento de neoplasias malignas e problemas neurológicos em adultos. Como alguns estudos sugerem a transmissão do vírus via leite materno, a lactação tem sido contra-indicada em mães HTLV-1 positivas⁷⁵.

Mães com tuberculose

O manejo da criança cuja mãe tenha sido diagnosticada com tuberculose varia de acordo com a época do diagnóstico (Tabela 2). Segundo a OMS⁸⁹, não há necessidade de separar a mãe do bebê ou de não permitir a lactação em

Tabela 2 - Manejo da tuberculose em mães e bebês, de acordo com a época do diagnóstico da infecção ativa na mãe

Tuberculose pulmonar ativa diagnosticada antes do parto		Tuberculose pulmonar ativa diagnosticada após o parto		
> 2 meses antes		< 2 meses antes	< 2 meses depois	> 2 meses depois
Escarro negativo antes do parto	Escarro positivo antes do parto	-	-	-
Tratar a mãe	Tratar a mãe	Tratar a mãe	Tratar a mãe	Tratar a mãe
Amamentar	Amamentar	Amamentar	Amamentar	Amamentar
Não há necessidade de quimioprofilaxia	Isoniazida para a criança por 6 meses	Isoniazida para a criança por 6 meses	Isoniazida para a criança por 6 meses	Isoniazida para a criança por 6 meses
BCG ao nascimento	BCG após o término da quimioprofilaxia	BCG após o término da quimioprofilaxia	BCG após o término da quimioprofilaxia	Se BCG não foi dada ao nascimento, dar após o término da quimioprofilaxia

Monitorar todas as crianças quanto ao ganho de peso e saúde
 Não BCG a crianças com sintomas de febre amarela ou infecção por HIV
 Fonte: OMS⁸⁹

circunstância alguma. No entanto, o Comitê de Doenças Infecciosas da Academia Americana de Pediatria recomenda que mulheres com tuberculose ativa com suspeita de ser contagiosa não devem amamentar ou ter contato íntimo com a criança até 2 semanas após a instituição de tratamento apropriado⁷⁵.

Mães com hepatite A

Transmissão perinatal da hepatite A é rara, assim como é raro que a doença seja grave nesse período. A amamentação não está contra-indicada e alguns expertos recomendam dar imunoglobulina (0,02 ml/kg) a recém-nascidos cujas mães iniciaram os sintomas da doença entre 2 semanas antes e 1 semana após o parto, embora a eficácia dessa medida não esteja estabelecida⁷⁵.

Mães com hepatite B

Não há evidências de que o aleitamento materno aumente o risco de transmissão mãe-bebê da hepatite B^{75,90,91}. Por isso, a amamentação não está contra-indicada em mães HBsAg positivas. A vacina e a administração de imunoglobulina específica (HBIG) após o nascimento praticamente eliminam qualquer risco teórico de transmissão da doença via leite materno⁷⁵.

O Comitê de Doenças Infecciosas da Academia Americana de Pediatria⁷⁵ recomenda que os recém-nascidos de mães HBsAg positivas recebam a dose inicial da vacina e imunoglobulina (0,5 ml) nas primeiras 12 horas de vida. *Não há necessidade de retardar o início do aleitamento materno até que a criança seja imunizada.* Quando a mãe não é testada quanto à presença de ABsAg, sempre que possível deve-se solicitar o exame. Enquanto se aguarda o resultado, o recém-nascido deve receber a vacina nas primeiras 12 horas de vida. Se o resultado for positivo, a criança deve receber imunoglobulina o mais cedo possível, dentro dos primeiros 7 dias após o nascimento. Se o teste não for possível, não justifica-se dar imunoglobulina a todos os recém-nascidos, já que a vacina isoladamente é bastante eficaz na prevenção da doença.

Mães com hepatite C

Estudos epidemiológicos não têm comprovado a transmissão do vírus da hepatite C (HCV) pelo leite materno em mães HCV positivas, apesar de o vírus e anticorpos anti-HCV terem sido detectados no leite humano⁷⁵. O Centro para Controle e Prevenção das Doenças dos Estados Unidos (CDC) não contra-indica a amamentação em mães HCV positivas. No entanto, o Comitê de Doenças Infecciosas da Academia Americana de Pediatria⁷⁵ recomenda que as mães sejam informadas de que existe um risco teórico de transmissão da doença via leite materno, mas que esse risco não foi confirmado. A prevenção de fissuras mamilares em lactantes HCV positivas é importante, uma vez que não se sabe se o contato da criança com sangue materno favorece a transmissão da doença.

Mães portadoras de citomegalovírus

Apesar de o citomegalovírus (CMV) ser encontrado no leite materno e poder ser transmitido à criança, a doença é incomum em recém-nascidos, provavelmente pela passagem de anticorpos via transplacentária. Portanto, a amamentação não é contra-indicada em recém-nascidos a termo cujas mães sejam CMV positivas antes do parto. Essas crianças, se não amamentadas, podem ser infectadas pelo CMV por outras vias, inclusive saliva, podendo desenvolver sintomas, pois não recebem anticorpos maternos específicos e outros fatores de proteção existentes no leite materno⁹².

Recém-nascidos prematuros, com baixas concentrações de anticorpos maternos, e filhos de mães que se tornaram positivas para o CMV durante a lactação podem desenvolver doença sintomática e apresentar seqüelas. A decisão de amamentar recém nascidos pré-termo cujas mães são CMV positivas deve considerar os benefícios do leite materno e os riscos da transmissão da doença. A pasteurização do leite materno inativa o vírus e o seu congelamento a -20° C diminui a carga viral⁷⁵.

Mães portadoras de toxoplasmose

Não há justificativa para não recomendar o aleitamento materno em mães com toxoplasmose, uma vez que a transmissão da doença via leite materno nunca foi demonstrada⁷⁵.

Uso de medicamentos na lactação

O uso de drogas na lactação deve ser evitado, pois algumas delas podem ser excretadas no leite em quantidades suficientes para causar efeitos adversos na criança. O limitado conhecimento sobre os efeitos das drogas veiculadas no leite materno exige cautela do médico ao prescrever qualquer medicamento a uma nutriz.

O Comitê de Drogas da Academia Americana de Pediatria⁹³ agrupa as drogas nas seguintes categorias, de acordo com os riscos para a criança:

- drogas contra-indicadas na lactação - poucas são as drogas cuja toxicidade para o lactente durante o aleitamento materno é bem documentada. São elas a anfetamina, a bromocriptina, a ciclofosfamida, a ciclosporina, a doxorubicina, a ergotamina, a fenciclidina, a fenindiona, o lítio e o metotrexato, além das drogas ditas recreacionais (cocaína, heroína e maconha). O uso de compostos radioativos requer suspensão da amamentação por um período equivalente a 4-5 meias-vidas do composto.
- drogas que devem ser prescritas à nutriz com cautela, por estarem associadas com efeitos adversos importantes em algumas crianças - ácido 5-aminossalicílico, aspirina, clemastina, fenobarbital, primidona e sulfazaladina.
- drogas cujos efeitos adversos são desconhecidos em crianças amamentadas, mas que requerem cautela pelos efeitos adversos em potencial - ansiolíticos, antidepres-

sivos, antipsicóticos, cloranfenicol, metoclopramida, metronidazol e tinidazol.

- drogas compatíveis com a amamentação.

Não havendo dúvidas quanto à necessidade do medicamento e uma vez identificado aquele (ou aqueles) mais adequado(s) (para isso consultar as inúmeras publicações sobre drogas na lactação), o médico deve tomar o cuidado de prescrever a medicação na menor dose e tempo possíveis e recomendar que as mães utilizem o medicamento imediatamente após as mamadas. Drogas ingeridas de 30 a 60 minutos antes das mamadas encontram-se concentradas no leite. Além disso, sempre que a mãe estiver fazendo uso de algum medicamento, deve-se observar os possíveis efeitos indesejáveis na criança, como erupções cutâneas, cólicas e alterações de comportamento dos hábitos alimentares e dos padrões de sono e vigília.

Mães com varicela

Varicela no período neonatal está associada com altas taxas de mortalidade. Recomenda-se que mãe e criança sejam separadas (portanto, a criança não pode ser amamentada) quando a mãe estiver com varicela nos primeiros 6 dias após o parto e a criança não apresenta lesões, até que a mãe não seja mais contagiosa⁹². Nesse período, a mãe deve ordenhar o seu leite até que possa amamentar o seu filho. Não se sabe se o vírus encontra-se no leite materno e se ele pode infectar a criança via leite materno⁷⁵.

Mães fumantes

Acredita-se que os benefícios do leite materno para a criança superem os possíveis malefícios da exposição à nicotina via leite materno. Por isso o cigarro não é uma contra-indicação à amamentação⁹². Porém, todas as mães fumantes devem ser alertadas sobre os possíveis efeitos deletérios do cigarro para o desenvolvimento da criança⁹⁴. Além disso, elas devem estar conscientes de que o fumo pode afetar a produção de leite⁹⁵. Para minimizar os efeitos do cigarro para a criança, as lactantes que não conseguirem parar de fumar devem ser orientadas a reduzirem o máximo possível o número de cigarros, a não fumarem no mesmo ambiente onde está a criança e a fazer um intervalo de 2 horas entre o consumo de cigarro e as mamadas⁹².

Mães que consomem álcool

O álcool aparece no leite de mães lactantes se houver essa substância no soro enquanto a mãe amamenta. O acetaldeído, metabólito do etanol responsável por boa parte da toxicidade do álcool, não se encontra no leite materno⁹⁶. Os efeitos do consumo de álcool por lactantes em seus filhos amamentados ainda não estão bem estabelecidos. Um estudo que avaliou o desenvolvimento de crianças com 1 ano de idade cujas mães faziam uso pesado de álcool demonstrou discreto atraso motor⁹⁷. Esse estudo, entretanto, não descarta a possibilidade desse atraso de desenvolvimento ser devido à exposição intra-uterina ao álcool ou a outros fatores de confusão.

O Comitê de Drogas da Academia Americana de Pediatria⁹³ considera o consumo de álcool pela mãe como, em geral, compatível com a amamentação. No entanto, recomenda que a ingestão não exceda 0,5g de álcool por quilo de peso da mãe por dia, o que corresponde a aproximadamente 55-70 g de licor, 225 g de vinho ou 2 latas de cerveja.

Considerações Finais

Há evidências epidemiológicas suficientes que embasam a recomendação de amamentação exclusiva por aproximadamente 6 meses e a manutenção do aleitamento materno complementado até os 2 anos ou mais. No entanto, ainda é baixo o número de mulheres que cumprem com essa recomendação. Entre os fatores envolvidos nas taxas subótimas de aleitamento materno encontram-se o desconhecimento da importância do aleitamento materno para a saúde da criança e da mãe, algumas práticas e crenças culturais, a promoção inadequada de substitutos do leite materno, a falta de confiança da mãe quanto a sua capacidade de amamentar o seu filho e práticas inadequadas de serviços e profissionais de saúde.

Nós, profissionais de saúde, desempenhamos um papel de extrema relevância na assistência à mulher-mãe-nutriz. Para tal, temos que nos instrumentalizar com conhecimentos atualizados e habilidades, tanto no manejo clínico da lactação como na técnica de aconselhamento. Dessa maneira, estaremos cumprindo com o nosso papel de profissional de saúde e de cidadão, ao colaborar com a garantia do direito de toda a criança de ser amamentada, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Referências bibliográficas

1. Stuart-Macadam P. Breastfeeding in prehistory. In: Stuart-Macadam P, Dettwyler KA, eds. Breastfeeding. Biocultural perspectives. New York: Aldine de Gruyter; 1995.p.75-99.
2. Dettwyler KA. A time to wean: the hominid blueprint for the natural age of weaning in modern human populations. In: Stuart-Macadam P, Dettwyler KA, eds. Breastfeeding. Biocultural perspectives. New York: Aldine de Gruyter; 1995.p.39-73.
3. Haggerty PA, Rutstein SO. Demographic and Health Surveys. Comparative studies n° 30. Breastfeeding and complementary infant feeding, and the postpartum effects of breastfeeding. Calverton, MD: Macro International Inc.; 1999.
4. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - 1996. Amamentação e Situação Nutricional das Mães e Crianças. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997. p.125-38.
5. Almeida JAG. Amamentação. Um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
6. World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: World Health Organization; 1991. WHO/CDD/SER/91.14.
7. World Health Organization. The World Health Organization's infant-feeding recommendation. Bull World Health Organ 1995;73:165-74.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos: Bases técnico-científicas, diagnóstico alimentar e nutricional e recomendações. Brasília; 2000 (no prelo).

9. Prentice A, Paul AA. Contribution of breast-milk to nutrition during prolonged breast-feeding. In: Atkinson SA, Hanson L, Chandra R, eds. *Human lactation 4: Breast-feeding nutrition, infection and infant growth in developed and emerging countries*. St. John's: ARTS Biomedical; 1990. p.87-102.
10. World Health Organization Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. How much does breastfeeding protect against infant and child mortality due to infectious diseases? A pooled analysis of six studies from less developed countries. *Lancet* 2000;355:451-5.
11. Habicht JP, Da Vanzo J, Butz WP. Does breastfeeding really save lives, or are apparent benefits due to biases? *Am J Epidemiol* 1986;123:279-90.
12. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987;2:317-22.
13. Habicht JP, da Vanzo J, Butz WP. Mother's milk and sewage: their interactive effects on infant mortality. *Pediatrics* 1988;81: 456-61.
14. Lucas A, Cole TJ. Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. *Lancet* 1990;336:1519-23.
15. Victora CG. Infection and disease: The impact of early weaning. *Food Nutr Bull* 1996;17:390-6.
16. Teele DW, Klein JO, Rosner B. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: a prospective, cohort study. *J Infect Dis* 1989;160:83-94.
17. Narayanan I, Prakash K, Murthy N S, Gujral VV. Randomised controlled trial of effect of raw and holder pasteurised human milk and of formula supplements on incidence of neonatal infection. *Lancet* 1984; ii:1111-3.
18. American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997;100:1035-9.
19. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series n° 854. Geneva: World Health Organization; 1995.
20. Victora CG, Morris SS, Barros FC, de Onis M, Yip R. The NCHS reference and the growth of breast and bottle-fed infants. *J Nutr* 1998;128:1134-8.
21. Dewey KG. Growth patterns of breastfed infants and the current status of growth charts for infants. *J Hum Lact* 1998;14: 89-92.
22. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999;70:525-35.
23. Byers T, Graham S, Rzepka T, Marshall J. Lactation and breast cancer: evidence for a negative association in premenopausal women. *Am J Epidemiol* 1985;121:664-74.
24. Schneider AP. Risk factor for ovarian cancer (letter) *New Engl J Med* 1987;317:508-9.
25. Family Health International. Breast-feeding as a family planing method. *Lancet* 1988;2:1204-5.
26. UNICEF. *The State of the World's Children*. Oxford: Oxford University Press; 1987.
27. Toma T S. *Violação a Norma 1996: Relatório Nacional das Violações à Norma Brasileira para a Comercialização de Alimentos para Lactentes*. São Paulo: IBFAN/UNICEF; 1996.
28. Cesar JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested cases-control study. *Br Med J* 1999;318:1316-20.
29. Brown KH, Black RE, Romaña GL, Kanashiro HC. Infant feeding practices and their relationship with diarrhea and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics* 1989;83:31-40.
30. Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Flieger W. Breastfeeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics* 1990;86: 874-82.
31. Ashraf RN, Jalil F, Aperia A, Lindblad BS. Additional water is not needed for healthy breast-fed babies in a hot climate. *Acta Paediatr* 1993; 82:1007-11.
32. Sachdev HPS, Krishna J, Puri RK, Satyanarayana L, Kumar S. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. *Lancet* 1991;337:929-33.
33. World Health Organization, UNICEF. *Protecting, promoting and supporting breast-feeding*. Geneva: World Health Organization; 1989.
34. Drewett R, Amatayakul K, Wongsawadii L, Mangklabruks A, Ruckpaopunt S, Ruangyuttikam C, et al. Nursing frequency and the energy intake from breast milk and supplementary food in a rural Thai population: a longitudinal study. *Eur J Clin Nutr* 1993;47:880-91.
35. Saarinen UM, Siimes MA. Iron absorption from breast milk, cow's milk, and iron-supplemented formula: an opportunistic use of changes in the total iron determined by hemoglobin, ferritin, and body weight in 132 infants. *Pediatr Res* 1979;13:143-47.
36. Oski FA, Landaw SA. Inhibition of iron absorption from human milk by baby food. *Am J Dis Child* 1980;134:459-60.
37. Bell JG, Keen CI, Lonnerdal B. Effect of infant cereals on zinc and copper absorption during weaning. *Am J Dis Child* 1987;141: 1128-32.
38. McNeilly AS, Glasier A, Howie PW. Endocrine control of lactational infertility. In: Dobbing J, ed. *Maternal nutrition and lactational infertility*. New York: Raven Press; 1985. p.1-24.
39. Howie PW, McNeilly AS. Effect of breast-feeding patterns on human birth intervals. *J Fert* 1982;65:545-57.
40. Vitzthum VJ. Nursing behavior and its relation to duration of postpartum amenorrhoea in an Andean community. *J Biosoc Sci* 1989;21:145-60.
41. Gray RH, Campbell OM, Apelo R, Eslami SS, Zacur H, Ramos RM, et al. Risk of ovulation during lactation. *Lancet* 1990; 335:25-9.
42. World Health Organization/UNICEF. *Breastfeeding counseling: a training course*. Geneva: World Health Organization; 1993.
43. World Health Organization. *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva: World Health Organization; 1998.
44. Biancuzzo M. *Sore nipples: prevention and problem solving*. Herndon, USA: WMC Worldwide; 2000.
45. Widström AM, Ransjö-Arvidson AB, Christensson K, Matthiesen AS, Winberg J, Uvnäs-Moberg K. Gastric suction in healthy newborn infants. *Acta Paediatr Scand* 1987;76:566-72.
46. Widström AM, Wahlberg V, Matthiesen AS, Eneroth P, Uvnäs-Moberg K, Werner S, Winberg J. Short term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behavior. *Early Hum Dev* 1990;21:153-63.
47. Perez-Escamilla R, Pollit E, Lönnerdal B, Dewey KG. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breastfeeding success: an analytical overview. *Am J Publ Health* 1994;84:89-97.
48. Britton GR. Early mother-infant contact and infant temperature stabilization. *J Obst Gynecol Nurs* 1980;9:84-6.
49. Hawdon JM, Ward-Platt MP, Aynsley-Green A. Patterns of metabolic adaptation for preterm and term infants in the first neonatal wee. *Arch Dis Child* 1992;67:357-65.
50. Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequé A, De La Fuente P, Lagercrantz H, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992;81:488-93.
51. Chua S, Arulkumaran S, Lim I, Selamat N, Ratnam SS. Influence of breastfeeding and nipple stimulation on postpartum uterine activity. *Br J Obstet Gynecol* 1994;101:804-5.
52. Yamauchi Y, Yamauchi I. Breastfeeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics* 1990;86: 171-5.
53. de Carvalho M, Robertson S, Friedman A, Klaus M. Effect of frequent breastfeeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics* 1983;72:307-11.
54. Humenick SS. The clinical significance of breastmilk maturation rates. *Birth* 1987;14:174-9.

55. Salariya EM, Easton PM, Cater JJ. Duration of breastfeeding after early initiation and frequent feeding. *Lancet* 1978;2:1141-3.
56. Slaven S, Harvey D. Unlimited suckling time improves breastfeeding. *Lancet* 1981;1:1141-3.
57. Yamauchi Y. Hypoglycemia in healthy, full term breastfed neonates during the early days of life: Preliminary observation. *Acta Paediatr Jpn* 1997;39 Suppl 1:544-7.
58. de Carvalho M, Klaus MH, Merkatz RB. Frequency of breastfeeding and serum bilirubin concentration. *Arch Dis Child* 1982;136:737-8.
59. Hill PD, Humenick SS. The occurrence of breast engorgement. *J Hum Lact* 1994;10:79-86.
60. Slaven S, Harvey D. Unlimited suckling time improves breast feeding. *Lancet* 1981;1(8216):392-3.
61. de Carvalho M, Robertson S, Klaus MH. Does the duration and frequency of early breastfeeding affect nipple pain? *Birth* 1984;11:81-4.
62. Almeida JAG. Composição e síntese do leite humano. In: Santos Jr. LA. A mama no ciclo gravídico-puerperal. São Paulo: Atheneu; 2000:101-4.
63. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr* 1995;126:S125-9.
64. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MTA, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics* 1997;99:445-53.
65. Aarts C, Hörnell A, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use. *Pediatrics* 1999;104:50.
66. Victora CG, Tomasi E, Olinto MTA, Barros FC. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet* 1993;341:404-6.
67. Barros FC, Victora CG, Semer TC, Toniolo Filho S, Tomasi E, Weiderpass E. Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. *Pediatrics* 1995;95:497-9.
68. Morton JA. Ineffective sucking: A possible consequence of positioning. *J Hum Lact* 1992;8:83-5.
69. Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1990;9:185-9.
70. Ziemer MM, Paone JP, Achupay J, Cole E. Methods to prevent and manage nipple pain in breastfeeding women. *West J Nurs Res* 1990;12:732-44.
71. Valdés V, Sánchez AP, Labbok M. Técnicas de amamentação. In: Manejo clínico da lactação. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.p. 48-54.
72. Lawrence RA, Lawrence RM. Management of the mother-infant nursing couple. In: Breastfeeding. A guide for the medical profession. 5ª ed. St. Louis: Mosby; 1999.p.233-95.
73. Valdés V, Sánchez AP, Labbok M. Problemas freqüentes de aleitamento materno. In: Manejo clínico da lactação. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.p. 54-68.
74. Riordan J, Auerbach KG. Breast-related problems. In: Breastfeeding and human lactation. 2ª ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 1999.p.483-511.
75. American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. Red Book 2000. 25ª ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2000.
76. UNICEF. Manejo e promoção do aleitamento materno. Curso de 18 horas para equipes de maternidades. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
77. Lawrence RA, Lawrence RM. Normal growth, failure to thrive, and obesity in the breastfed infant. In: Breastfeeding. A guide for the medical profession. 5ª ed. St. Louis: Mosby; 1999.p.395-424.
78. Dusdieker LB, Booth BM, Stumbo PJ, Eichenberger JM. Effect of supplemental fluids on human milk production. *J Pediatr* 1985;106:207-211.
79. Padovez JC. Anatomia da mama. In: Ribeiro L, ed. Cirurgia plástica da mama. 1ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1989. p. 37-42.
80. Marshall DR, Callan PP, Nicholson W. Breastfeeding after reduction mamoplasty. *Br J Plast Surg* 1994; 47:167-9.
81. Hughes V, Owen J. Is breast-feeding possible after breast surgery? *Am J MCN* 1993; 18:213-7.
82. Giugliani ERJ, Souto G, Schneider MA, Giugliani C, Soares LQ. The effect of breast reduction surgery on breastfeeding. Proceedings of the 9th International Conference of the International Society for Research in Human Milk and Lactation; 1999 Oct 2-6; Kloster Irsee, Germany; P62.
83. Nduati R. HIV and infant feeding: A review of HIV transmission through breastfeeding. Geneva: WHO/UNAIDS; 1998.
84. Dunn DT, Newell ML, Ades AE, Peckham C. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet* 1992;340:585-8.
85. Van de Perre P. Postnatal transmission of the human immunodeficiency virus type 1 and the breastfeeding dilemma. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:483-7.
86. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. HIV and infant feeding: An interim statement, *Wkly Epidemiol Rec* 1998; 71: 289-91.
87. Orloff SL, Wallingford JC, McDouglas JS. Inactivation of human immunodeficiency virus type 1 in human milk: effects of intrinsic factors in human milk and of pasteurization. *J Hum Lact* 1993; 9:13-7.
88. Cooutsoudis A., Pillay K, Spooner E, Kuhn L, Coovadia HM. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: A prospective cohort study. *Lancet* 1999;354:471-476.
89. World Health Organization. Breastfeeding and maternal tuberculosis. Update 1998;23:1-4.
90. Beasley PR, Shiao IS, Stevens CE, Meng HC. Evidence against breastfeeding as a mechanism for vertical transmission of Hepatitis B. *Lancet* 1975;ii:740-1.
91. Woo D, Davies PA, Harvey DR, Hurley R, Waterson AP. Vertical transmission of hepatitis B surface antigen in carrier mothers in two west London hospitals. *Arch Child Dis* 1979;54:670-5.
92. Lawrence RA. A review of the medical benefits and contraindications to breastfeeding in the United States. Arlington, USA: National Center for Education in Maternal and Child Health; 1997.
93. American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 1994;93:137-50.
94. Nafstad P, Jaakkole JJ, Hagen JA, Pedersen BS, Qvigstad E, Botten G, et al. Weight gain during the first year of life in relation to maternal smoking and breast feeding in Norway. *J Epidemiol Commun Health* 1997;51:261-5.
95. Horta BL, Victor CG, Menge AM, Barros FC. Environmental tobacco smoke and breastfeeding duration. *Am J Epidemiol* 1997;146:128-33.
96. Kesäniemi YA. Ethanol and acetaldehyde in the milk and peripheral blood of lactating women after ethanol administration. *J Obstet Gynecol Br Comm* 1974;81:84-6.
97. Little RE, Anderson KW, Ervin CH, Worthington-Roberts B, Clarren SK. Maternal alcohol use during breast-feeding and infant mental and motor development at one year. *New Engl J Med* 1989;321:425-30.

Endereço para correspondência:

Dra. Elsa R. J. Giugliani

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Pediatria

Rua Ramiro Barcelos, 2350 - 10º andar

90035-003 – Porto Alegre - RS

Fone: (51) 336.0282 – Fax: (51) 316.5119

E-mail: elsag@vortex.ufrgs.br