



# RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

## Aleitamento materno: técnica, dificuldades e desafios

*Breastfeeding: technical difficulties and challenges*

Luciano Borges Santiago<sup>1</sup>, Francine Gelo Borges Santiago<sup>2</sup>

### Palavras-chave:

aleitamento materno,  
assistentes de pediatria,  
lactação,  
pediatria,  
transtornos da lactação.

### Keywords:

breast feeding,  
lactation,  
lactation disorders,  
pediatric assistants,  
pediatrics.

### Resumo

Apesar do aleitamento materno (AM) exclusivo ser a melhor forma de alimentação nos primeiros 6 meses de vida, trazendo inúmeras vantagens para o bebê e sua mãe, o percentual de crianças nesta condição é muito baixo, não chegando aos 10% ao final deste período. As dificuldades que levam a este cenário são decorrentes, em sua maioria, de informações inadequadas e uma técnica incorreta da amamentação. Este artigo de revisão apresenta as principais dificuldades da amamentação, não apenas dificuldades físicas, mas também psicológicas e socioculturais, auxiliando o pediatra a enxergá-las de uma maneira holística e atuar adequadamente no manejo de cada uma delas. Foi priorizada a necessidade de prevenção das dificuldades por meio de uma técnica correta de AM e advertido que o pediatra ou residente de pediatria, para ser eficiente, precisa buscar conhecimento desta técnica e habilidade em comunicação (aconselhamento) pela leitura de material científico e cursos de capacitação.

### Abstract

Although exclusive breastfeeding (BF) is the best form of nutrition for the first 6 months of life, bringing numerous benefits for the baby and his mother, the percentage of children in this condition is very low, not reaching 10% by the end of this period. The difficulties that lead to this scenario are derived mostly from inadequate information and an incorrect breastfeeding technique. This review article presents the main difficulties of breastfeeding, not only physical but also psychological and sociocultural difficulties, helping the pediatrician to see them in a holistic manner and act appropriately in the management of each. The need for prevention of difficulties were prioritized through correct technique and warned that the pediatrician or pediatric resident, to be effective, this technique needs to seek knowledge and communication skills (counseling) by reading scientific material and courses training.

<sup>1</sup> Doutorado - professor da UFTM - pediatria - Presidente do Departamento Científico de AM da SBP.

<sup>2</sup> Monitora da disciplina de Pediatria - UFTM - Discente - graduação em medicina - internato (6º ano).

### Endereço para correspondência:

Luciano Borges Santiago.

UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Av. Pedro Salomão, nº 435, Bairro Santa Maria. Uberaba - MG, Brasil. CEP: 38050-490. E-mail: lucianoborges@mednet.com.br

## INTRODUÇÃO

Garantir o aleitamento materno (AM) desde o nascimento até 2 anos ou mais, de forma exclusiva nos primeiros 6 meses, continua sendo a forma mais segura, eficaz e completa de se alcançar crescimento e desenvolvimento adequados. Essa prática alimentar é o padrão-ouro para lactentes e deve ser almejada por todo o pediatra<sup>1-3</sup>.

Entretanto, apesar de todas as suas vantagens em relação às fórmulas infantis, as taxas de AM, de acordo com as últimas pesquisas nacionais, mostram-se ainda muito aquém do esperado, apenas 23% e 9,3% de AM exclusivo aos 4 e 6 meses de vida, respectivamente<sup>4</sup>. Isto se deve a uma série de fatores que influenciam de forma negativa o início e a manutenção desta prática alimentar.

O pediatra é um profissional que pode agir decisivamente em favor do AM, dependendo de sua formação e da maneira como o promove, protege e apoia junto às lactantes. É fundamental que este profissional possua um excelente embasamento teórico-prático do tema, competência clínica e habilidades de aconselhamento, para que possa estabelecer um bom vínculo com a nutriz<sup>3,5,6</sup>. Entretanto, muitas vezes, isto não é obtido de forma adequada na faculdade médica, precisando ser alcançado por meio de cursos de capacitação extracurriculares e leituras específicas, como este texto, que objetiva trazer uma contribuição para a atuação adequada e tão importante do pediatra nos problemas mais comuns da amamentação presentes principalmente no primeiro semestre de vida.

## TÉCNICA

O conhecimento da técnica correta do AM é algo “recuperado” de forma relativamente recente, pois esta prática com certeza era instintiva e natural, como ocorre em todos os mamíferos, conduzida apenas pela esfera biológica. Não havia, portanto, a necessidade desta técnica ser aprendida em uma faculdade de forma didático-científica. Entretanto, isto hoje se faz necessário, pois perdeu-se a “cultura da amamentação” em nosso meio. Na verdade, o AM é bem mais complexo no ser humano que nos demais mamíferos, pois, além de biologicamente determinado, é socioculturalmente condicionado, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida<sup>7,8</sup>.

Podemos dizer que as principais dificuldades no aleitamento materno, em geral, ocorrem por erros de técnica de amamentação. A técnica correta é compreendida como uma série de condições gerais e de posicionamentos do corpo da mãe e do bebê, que facilitam o contato adequado da boca do bebê em relação ao mamilo e aréola, para que ao final ocorra uma boa pega e sucção eficaz, com esvaziamento e sem ferimentos à mama. A dinâmica de sucção e extração do leite materno, quando ocorre de forma correta, facilita o esvaziamento da mama e leva à produção adequada do leite materno.

Já uma técnica inadequada de amamentação contribui para várias dificuldades do AM como ferimentos do mamilo, infecções mamilares, mastite, diminuição da produção láctea e consequente ganho de peso inadequado do bebê<sup>9-11</sup>.

Para que se possa obter uma análise mais objetiva e facilitar aos profissionais de saúde uma observação mais adequada da técnica de AM, foi desenvolvido um formulário de observação da mamada pela OMS (Anexo 1), no qual são destacadas atitudes e posições corretas e incorretas que podem ou não favorecer uma boa amamentação<sup>12</sup>.

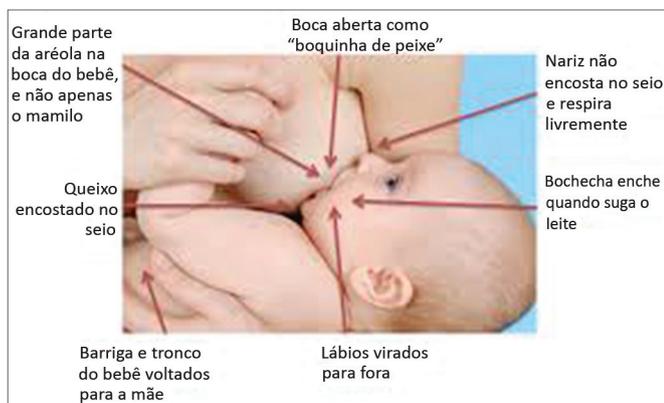
No alojamento conjunto, é imprescindível a monitoração da primeira mamada (do início ao final) por uma pessoa capacitada, tranquila, sem pressa, solícita, que escute e ofereça ajuda, mas sem impor, que a observe e avalie conforme o Formulário da Observação da Mamada da OMS<sup>5</sup>. Neste formulário, são avaliados itens compreendidos entre o binômio mãe-bebê, com sinais de que a amamentação vai bem e suas possíveis dificuldades. Avalia-se a saúde da mãe, se a mesma está confortável e relaxada no ato da amamentação e se suas mamas parecem saudáveis, bem apoiadas e com os dedos fora do mamilo.

Ao mesmo tempo, alerta para sinais como mãe que se apresenta doente, tensa, desconfortável ou deprimida, com as mamas avermelhadas, inchadas ou doloridas como sinais de possível dificuldade. Avalia-se, ainda, se o bebê parece saudável, calmo e relaxado, se há vínculo com a mãe e se busca e/ou alcança a mama quando está com fome. Mas se o bebê parece sonolento ou doente, inquieto ou chorando, com apoio frágil, sem contato visual com a mãe, sem buscar ou sem alcançar a mama durante a fome, entende-se como sinais de que a amamentação vai mal. Deve-se, também, avaliar o posicionamento do bebê, que, para estar correto, sua cabeça e corpo devem estar alinhados, o bebê deve estar próximo ao corpo materno, com o nariz voltado para o mamilo e bem apoiado.

Já em relação à pega propriamente dita, deve sobrar mais aréola acima que abaixo da boca do bebê, com o queixo tocando a mama, lábio inferior evertido, boca bem aberta, a sucção lenta e profunda com pausas, o bebê solta a mama quando satisfeito, reflexo da ocitocina presente e a mama parece mais leve após a mamada são todos sinais de que a amamentação está bem. Ao passo que, sinais como bebê mal posicionado com pescoço e/ou cabeça girados, desalinhados com o corpo, não apoiado, com o queixo longe da mama, mais aréola vista abaixo do lábio do bebê, lábios invertidos, boca não completamente aberta, sucções rápidas e superficiais, mãe interrompe a mamada, ou ainda mamas duras e brilhantes após a mamada e sem sinal do reflexo da ocitocina apontam erro de técnica (Anexo 1 e Figura 1).

## DIFICULDADES MAIS COMUNS E ORIENTAÇÕES

Grande parte das dificuldades iniciais da amamentação, ou seja, as do primeiro semestre de vida (em especial primeiro mês de vida), época em que deveria prevalecer o aleitamento materno exclusivo (AME), está relacionada ao esvaziamento mamário inadequado durante o ato de sucção do bebê. Desta forma, o pediatra



**Figura 1.** Técnica adequada de amamentação.

precisa estar capacitado para orientar tanto a técnica adequada de esvaziamento das mamas, como também oferecer suporte emocional e compreensão dos desconfortos que as lactantes sentem neste momento tão importante para o binômio mãe-filho.

A seguir, são apresentadas algumas das principais dificuldades da amamentação, com sugestões de como vencê-las da maneira mais adequada possível<sup>13,14</sup>.

### **Ingurgitamento mamário**

Três componentes estão presentes: congestão/vascularização, acúmulo de leite e edema (devido à congestão e obstrução dos linfáticos). A distensão tecidual decorrente deste processo pode ser leve e benigna (fisiológica) ou excessiva (patológica), necessitando de tratamento. No último caso, as mamas ficam aumentadas, dolorosas, com áreas avermelhadas, quentes, brilhantes e edemaciadas, contribuindo para tornar os mamilos achatados, o que dificulta a pega do bebê e a fluidez do leite (leite mais viscoso ou empedrado). Geralmente, aparece entre o terceiro e quinto dia após o parto e pode ficar restrito à aréola, ao corpo da mama ou se estender a ambos.

Orientação preventiva: recomenda-se iniciar a amamentação o mais cedo possível (sala de parto), regime de livre demanda, técnica correta e evitar bicos e suplementos.

Orientação terapêutica: ordenhar a aréola antes das mamadas (em caso de estar tensa), para que fique mais macia e possibilite a pega correta; amamentação sob livre demanda; massagens nas mamas para diminuir a viscosidade do leite e estimular o reflexo de ejeção; o uso de analgésicos/anti-inflamatórios (ibuprofeno e paracetamol), quando necessário; usar suporte adequado e/ou sutiãs para manter as mamas em posição adequada; caso o bebê não consiga esvaziar a mama durante a sucção, ordenhá-la manualmente após cada mamada. O uso de compressas (frias ou mornas) é controverso na prática da amamentação, sendo defendido (com critérios) por alguns grupos e não utilizado por outros.

### **Mamilos doloridos e/ou trauma mamilar**

Uma discreta dor ou desconforto no início da mamada pode ser considerado normal, desde que a dor não seja intensa

e não haja lesões mamilares. Neste caso, a causa mais comum é a técnica inadequada da amamentação. Tipos de traumas mamilares: eritema, edema, fissuras, bolhas, etc.

Orientação preventiva: técnica correta de amamentação; manter os mamilos secos e expô-los ao sol diariamente, não usando produtos que retirem a proteção natural dos mamilos; amamentar em livre demanda; ordenha manual da aréola antes das mamadas; evitar protetores de mamilo.

Orientação terapêutica: iniciar a amamentação pela mama menos afetada; ordenhar um pouco de leite antes de iniciar a mamada; reduzir a pressão em pontos dolorosos por meio de mudanças de posições nas mamadas; recortar um sutiã velho no local dos mamilos para deixá-los livres, cobrindo a região com um tecido de algodão bastante macio; analgésicos quando necessário. Ainda, banhos de luz (lâmpada de 40 watts) ou banhos de sol (tratamento seco). Outra forma seria o tratamento úmido com o uso do próprio leite materno nos mamilos ou cremes adequados à base de vitamina A e D, lanolina anidra modificada e corticoides (desde que afastada a possibilidade de infecções). Evitar substâncias sem comprovação científica como chás e cascas de frutas (banana e mamão).

### **Infecções mamilares**

Causadas principalmente por *Staphylococcus aureus* e *Cândida albicans*. No primeiro caso, o tratamento sistêmico é preferível ao tópico e é feito com dicloxacilina ou cefalexina. Para o fungo em questão recomenda-se manter os mamilos secos após as mamadas e o uso tópico de nistatina, clotrimazol, miconazol ou cetoconazol por 14 dias (tratar também o bebê). Em certos casos, pode ser necessária a utilização de fluconazol oral sistêmico por 14 a 18 dias. Lembrar que os bicos de chupetas e chucas são veículos e causas de infecções iniciais e reinfecções.

### **Bloqueio de ductos lactíferos**

O bloqueio manifesta-se tipicamente pela presença de nódulos mamários sensíveis e dolorosos, sem outras alterações da mama, podendo ainda ocorrer sinais inflamatórios sem febre alta.

Orientação preventiva: medidas que favoreçam o esvaziamento completo das mamas, a técnica adequada de amamentação e o uso de sutiãs adequados.

Orientação terapêutica: praticamente a mesmo que no ingurgitamento mamário.

### **Mastite**

Trata-se de um processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama que pode ou não caminhar para uma infecção bacteriana. Os germes mais comumente envolvidos são os *Staphylococcus (aureus e albus)* e em menor frequência a *Escherichia coli* e *Streptococcus* (alfa, beta e não hemolítico). As fissuras mamilares costumam ser a porta de entrada.

Orientação preventiva: as mesmas para o ingurgitamento mamário e fissuras.

Orientação terapêutica: esvaziamento adequado das mamas, seja pela amamentação, que deve ser mantida

---

no bebê nascido a termo sadio, ou pela ordenha manual. Antibioticoterapia sistêmica específica, podendo ser usados dicloxacilina, amoxicilina, cefalosporinas, clindamicina ou eritromicina por 10 a 14 dias. Repouso materno, analgésicos e/ou anti-inflamatórios não esteroides, sutiãs adequados, ingestão adequada de líquidos. O suporte emocional é de grande importância e, não havendo melhora após 48 horas, deve-se investigar a possibilidade de abscesso mamário.

### **Abcesso mamário e galactocele**

O abscesso é consequente à mastite não tratada, tratada tardiamente ou de forma ineficaz. Já a galactocele é uma formação cística nos ductos mamários contendo fluido leitoso, que, mais tarde, pode torna-se viscoso.

A ultrassonografia estará bem indicada nestes casos, já que ajuda a confirmar o diagnóstico e indica o melhor local para a punção ou incisão.

Orientação preventiva: as mesmas para os bloqueios, fissuras e mastites.

Orientação terapêutica: Esvaziamento por meio de drenagem cirúrgica ou aspiração.

Em geral, a amamentação deve ser mantida. Caso não o seja, a mama deve ser esvaziada por ordenha manual. No caso da galactocele, a extração cirúrgica pode ser necessária, já que o cisto costuma encher novamente após aspirações.

### **Baixo ganho ponderal**

O baixo ganho ponderal do bebê pode ser real, geralmente devido à má técnica e suas consequências, ou de forma mais rara à baixa produção láctea, mas também devido a inúmeros outros fatores que devem ser tratados adequadamente, tais como: doenças maternas, medicamentos ingeridos pela mãe, malformações da mama, sucção ineficiente do bebê, prematuridade e/ou gemelaridade, doenças sistêmicas ou mau formações do bebê, etc. Entretanto, na maior parte das vezes, o baixo ganho ponderal não é real, refletindo apenas a insegurança e o pouco conhecimento de muitas mães a respeito da anatomia e fisiologia da lactação e do ganho ponderal nos primeiros dias de vida do recém-nascido. Muitas associam o choro intenso e as mamadas frequentes ao “leite materno fraco”, “pouco leite”, ou ainda à possibilidade do bebê estar “passando fome”. Outras vezes, o próprio profissional de saúde desconhece o fato de um bebê normal poder perder até 10% de seu peso de nascimento e recuperá-lo até por volta de 14 dias de vida. Este desconhecimento é, muitas vezes, responsável pela prescrição desnecessária de outros leites, oferecidos na maioria das vezes em mamadeiras, que levarão, em última análise, ao desmame precoce. É importante ainda dizer que um ganho de 20 g/dia, no primeiro trimestre em bebê que cresce adequadamente, é totalmente normal.

Orientação preventiva: orientar bem a mãe, principalmente as primíparas, que têm maiores inseguranças, a respeito da fisiologia e anatomia de suas mamas e do comportamento do recém-nascido, nos primeiros dias de vida.

Orientação terapêutica: certificar que a técnica de amamentação foi bem assimilada e executada pela mãe lactante;

orientar ingestão suficiente de líquidos pela nutriz; alimentação balanceada; repouso; evitar o uso de mamadeiras, chucas e chupetas; acompanhamento efetivo do pediatra, com retornos frequentes para pesar e reavaliar a mamada; quando for realmente necessário, complementar as mamadas com o próprio leite materno ordenhado da nutriz e em casos excepcionais de baixa produção, utilizar pelo menor espaço de tempo, a fórmula infantil, sendo que ambos deverão ser sempre oferecidos no copinho ou xícara com a técnica adequada; em casos de disfunções orais, o tratamento deve envolver um profissional com grande experiência em AM, preferencialmente um fonoaudiólogo.

### **Doenças maternas**

Têm contraindicações formais de amamentação apenas as mães portadoras dos vírus HIV (vírus da imunodeficiência humana) e HTLV-1 (vírus T linfotrópicos humanos tipo 1). Nas demais doenças, realizar uma avaliação bastante criteriosa, mas, na maioria das vezes, com cuidados específicos para cada caso, o AM pode ser mantido<sup>15</sup>.

### **Medicamentos usados pela nutriz**

Diante de uma nutriz que precisa utilizar um determinado medicamento, o ideal é que o pediatra seja consultado. Este deverá recorrer a publicações específicas e recentes deste tema para decidir pela manutenção ou não do AM. Existem artigos disponíveis nos sites da SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria) e Ministério da Saúde como o Manual Amamentação e Uso de Medicamentos e Outras Substâncias<sup>16</sup>.

Neste manual didático, de fácil leitura, os medicamentos são classificados por cores, como no sinal de trânsito. Em verde estão os medicamentos de uso compatível com a amamentação. Desta categoria, fazem parte os fármacos cujo uso é potencialmente seguro durante a lactação, haja vista não haver relatos de efeitos farmacológicos significativos para o lactente. Em amarelo, estão os de uso criterioso durante a amamentação. Nesta categoria estão os medicamentos cujo uso no período da lactação depende da avaliação do risco/benefício. Quando utilizados, exigem monitorização clínica e/ou laboratorial do lactente, devendo ser utilizados durante o menor tempo e na menor dose possível. Novos medicamentos cuja segurança durante a amamentação ainda não foi devidamente documentada encontram-se nesta categoria. Por fim, os da cor vermelha são os de uso contraindicado durante a amamentação<sup>16</sup>. Vale ressaltar que a grande maioria dos medicamentos não contraindicam formalmente o AM. Sugere-se ainda a possibilidade de se verificar com o médico que está prescrevendo a medicação, a possibilidade de trocá-la por outra mais segura para a amamentação, quando isto for possível.

### **Volta da mãe lactante ao trabalho/estudo**

O estudo de prevalências de AM nas capitais brasileiras de 2008<sup>4</sup> deixou evidente que a volta ao trabalho aos 4 meses é um fator decisivo de desmame, visto que a maioria das mães que mantiveram AME até o sexto mês de vida foram justamente as que desfrutaram da licença maternidade de 6 meses.

Portanto, na volta ao trabalho, as mães devem ser melhor orientadas sobre seus direitos trabalhistas como:

- a) **Alicença maternidade, subdividida em três condições:** Licença-maternidade I - Artigo 392, seção V, CLT: dependendo da atividade da mulher, ela poderá gozar os 120 dias após o parto, desde que o primeiro dia de afastamento coincida com o dia de nascimento da criança; Licença maternidade II - O Dr. Dioclécio Campos Junior, então presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria (2006), idealizou a proposta, com a assessoria da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), que se transformou na Lei nº 11.770/08, de autoria parlamentar da senadora Patrícia Saboya, sancionada em 09 de setembro de 2008. A nova lei autoriza, no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, os seis meses de licença maternidade, pelo Decreto nº 6.690 de 11 de dezembro de 2008; Licença-maternidade III - No setor privado, a Lei nº 11.770 amplia a licença maternidade para seis meses de forma opcional para as mulheres e para as empresas. Desde o começo de 2010, quando a Receita Federal publicou instrução normativa, empresas privadas que fazem declaração pelo lucro real podem se inscrever no Programa Empresa Cidadã. (<http://www.receita.fazenda.gov.br/pessoajuridica/empresacidade/default.htm>), obtendo ressarcimento de 100% dos custos com os dois meses adicionais (além dos quatro estabelecidos pela Constituição) no Imposto de Renda;
- b) **Atestados médicos - Ainda de acordo com a CLT, Art. 392:**
  - § 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 a ocorrência deste.
  - § 2º: Os períodos de repouso, antes e depois do parto, poderão ser aumentados de 2 (duas) semanas cada um, mediante atestado médico.
- c) **O direito à estabilidade de emprego desde a confirmação da gravidez até o 5º mês após o parto - Constituição Federal, no seu Artigo 10º (Inciso II, Letra b) e CLT, Art. 391;**
- d) **Direito à creche em estabelecimentos que empreguem mais de 30 mulheres com mais de 16 anos - Art. 389, seção IV, CLT;**
- e) **Dois pausas diárias de trinta minutos cada para amamentar o bebê até o 6º mês - CLT Art. 396;**

Na volta ao trabalho, é preciso ainda ensinar à nutriz como manter a produção do seu leite, mesmo trabalhando e/ou estudando fora e como ordenhar e estocar o leite, bem como realizar o treinamento da pessoa que cuidará do bebê para que a mesma saiba como degelá-lo e oferecê-lo em copinho ou xícara, o que poderá prevenir a utilização de mamadeiras e

o oferecimento de outros leites e alimentos complementares antes do tempo ideal, garantindo assim o AME até o sexto mês<sup>17</sup>.

### **O uso da chupeta e/ou mamadeira**

O bebê possui um reflexo importante para o desenvolvimento psíquico chamado de reflexo da sucção, observável em ultrassonografia na qual é possível avistar o mesmo sugando os dedinhos das mãos, pés e até mesmo o cordão umbilical. Esse reflexo é fundamental, sobretudo, no primeiro ano de vida para a amamentação e promove liberação de endorfinas, modulando dor, ansiedade e humor, provocando sensação de prazer e bem-estar<sup>18</sup>.

O uso de chupeta e/ou mamadeira, uma prática cultural propagada de geração em geração ao longo dos tempos possui prós e contras, sendo estes últimos em maior quantidade que os prós.

Comumente justifica-se o uso da chupeta como calmante natural e como prevenção do evento “Morte Súbita do Recém-Nascido”, uma causa de óbito em lactentes ainda muito pouco compreendida. Morte Súbita é definida como uma morte inesperada de crianças menores de 1 ano de idade, com pico entre 2 e 3 meses, que permanece inexplicada após extensa investigação, incluindo história clínica, necropsia completa e revisão do local do óbito. Portanto, é uma situação em que até o momento não sabemos qual é a verdadeira causa. Existem muitas críticas sobre as metodologias utilizadas nestes estudos, o que enfraqueceria em muito e tornaria no mínimo precoce a argumentação de que a chupeta seria um possível protetor da morte súbita. Apesar de ser uma indicação oficial da AAP, esta opinião não é compartilhada por importantes órgãos como o MS (Ministério da Saúde do Brasil - área técnica da criança e do aleitamento materno), OMS, UNICEF, WABA (ONG internacional que promove a semana mundial da amamentação) e IBFAN (Rede Mundial que luta pelas leis que normatizam a propaganda de alimentos que podem prejudicar a instalação e manutenção do AM), que entendem ser necessária a realização de mais estudos sobre este assunto controverso<sup>19-24</sup>.

Inúmeros estudos contraindicam o uso de chupetas e/ou bicos artificiais, já que estão de maneira importante associados a um tempo menor de duração do AM. A chupeta mostra-se como um indicador de dificuldades da amamentação. Este fato acabou sendo decisivo para que a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) optassem como recomendação oficial a não utilização bicos e chupetas desde o nascimento, pois o tempo de duração do aleitamento materno influi diretamente na saúde do bebê e da mãe, isto é, quanto mais tempo amamentar, mais saúde para ambos. Esta orientação é compartilhada pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Ministério da Saúde do Brasil, que desde 1990 optou pela implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que tem como regra (9º passo para o sucesso da amamentação) a não utilização de bicos, mamadeiras e chupetas em alojamento conjunto<sup>19-35</sup>.

A eletro-neuromiografia em músculos da face em bebês em aleitamento materno exclusivo, ou em uso de copinho, ou ainda em bicos artificiais, evidenciou o uso de grupos musculares

muito diferentes. Os bebês que estavam em aleitamento exclusivo e em uso do copinho mobilizavam toda a musculatura da face, ao passo que os lactentes em bicos artificiais praticamente mobilizavam apenas o músculo bucinador. Assim, explica-se o melhor desenvolvimento de seios da face, mandíbula, melhor oclusão dentária e melhor desenvolvimento na fala (pela maior mobilização e utilização da língua) nos lactentes em aleitamento materno exclusivo e uso do copinho que em lactentes usuários de bicos artificiais e mamadeiras<sup>26,36</sup>.

Somado a isso, observa-se elevação do palato, desvio de septo nasal, maior causa de otites. A criança usuária de bicos artificiais tende a se tornar um respirador oral, o que ocasiona menor produção de saliva e assim menor proteção a cáries, além de que o ar o qual deveria ser filtrado, umidificado e aquecido em seu trajeto turbilhonado pelas coanas nasais, chega aos pulmões sem esse preparo, elevando índice de infecções de vias aéreas. Podemos citar ainda a quase impossibilidade de completa higienização dos bicos artificiais, de material plástico ou silicone, que são porosos, o que leva a acúmulo de impurezas entre seus poros. Além de que o processo da fervura levaria a liberação de componentes tóxicos<sup>26,35,36</sup>.

#### Outras dificuldades enfrentadas pelas lactantes

- a. Despreparo materno pela falta de orientações específicas no pré-natal;
- b. Dificuldades para amamentação na sala de parto;
- c. Amamentação de prematuros internados em UTI neonatais;
- d. Falta de grupos de apoio ao AM na comunidade;
- e. Dificuldade para sanar dúvidas mais frequentes de forma imediata;
- f. Encontrar profissional, em especial pediatra, capacitado em AM.

De uma maneira geral, apesar das evidentes influências socioculturais, as dificuldades do AM são muito parecidas em qualquer região de um país ou mesmo em países diferentes. Estudos recentes apontam e confirmam essa afirmação. As principais causas apontadas são falta de treinamento durante o pré-natal, expectativas inadequadas antes do parto (acreditar que como o AM é um processo natural tudo fluirá sem problemas, podendo ocorrer frustrações), falha na técnica de AM, ocasionando a pega incorreta com suas consequências e ausência de apoio profissional na solução de dúvidas e dificuldades da amamentação. Outros apontam ainda ausência e/ou desconhecimento de leis que protegem a amamentação, bem como o desconhecimento de estudos que mostram as influências de medicamentos no bebê durante a lactação. As mães sentiram-se “abandonadas, necessitando resolver sozinhas os problemas com a lactação”. Isso tudo mostrando que o profissional que a acompanhou o caso, seja ele o obstetra e/ou o pediatra, não estava apto a atuar nas dificuldades do AM<sup>3,37-41</sup>.

## DESAFIOS

O homem é o único mamífero que “desaprendeu” a mamar, praticamente não há mais o AM instintivo (apenas resquícios). Desta forma, passou a ser necessário aprender e ensinar como se deve amamentar. A necessidade de treinamento de equipes de apoio à amamentação tornou-se necessária e urgente. Entretanto, estes profissionais em geral não procuram por esta formação, o que torna esta presença um grande desafio. É preciso capacitar pediatras, obstetras, médicos de família, enfermeiras, assistentes sociais, agentes comunitários, entre outros profissionais que possam estar em contato com as nutrizes, e orientá-los a respeito da técnica de pega correta, entre outras dúvidas que possam surgir, apoiando o aleitamento materno até os dois anos, sendo de forma exclusiva até os 6 meses de vida do lactente, aumentando assim as baixas taxas de AM encontradas não apenas no Brasil, mas em muitos países do globo.

A promoção de cursos de gestantes com a participação em especial dos pais é fundamental para ajudar a resolver problemas simples e diminuir as ansiedades das mães logo após o parto. Estes cursos devem abordar temas como: a técnica correta de AM, elucidação de dúvidas e mitos a respeito do aleitamento materno, quais os direitos das nutrizes em relação às leis que protegem a amamentação, entre outros.

É fundamental também o acompanhamento dessas mães no período pós-natal, quando surgem as dúvidas práticas. Faz-se necessário um local de fácil acesso para que as mães procurem profissionais de saúde treinados em AM, aptos para dar apoio e sanar as dificuldades da lactação.

Também observamos o desconhecimento por parte da mãe trabalhadora e da mãe estudante sobre a licença maternidade, quando deverá iniciar, quais os direitos e leis que protegem a amamentação no Brasil, levando a uma interrupção no aleitamento quando esta mãe retoma suas atividades profissionais. Há, muitas vezes ainda, o desconhecimento dos direitos da nutriz por parte dos médicos e dos empregadores.

Um desafio alcançado foi que em 2013 a Sociedade Brasileira de Pediatria publicou o “Manual de Aleitamento Materno” em linguagem e custo acessível a profissionais e pessoas leigas, para que os profissionais e pais sejam capazes de se orientar. A dificuldade maior agora passa a ser de os profissionais adquirirem e leiam este importante e histórico manual da SBP<sup>42</sup>.

## CONCLUSÕES

O pediatra encontra-se em posição privilegiada para atuar nas dificuldades mais comuns da amamentação. Entretanto, para exercer adequadamente o seu papel, ele deve estar consciente da importância do AM e conhecer as formas de atuação em cada situação, sendo indispensável um treinamento adequado (cursos de capacitação em técnica de amamentação são importantíssimos e devem ser oferecidos nos programas de residência médica em

pediatria), que inclui a aquisição de conhecimentos e habilidades clínicas e de comunicação (aconselhamento)<sup>6</sup>, que resultem em atitudes favoráveis à amamentação.

Desta forma, o insubstituível papel do pediatra resultará num aumento significativo dos índices de AM, desde que (é preciso ressaltar), políticas de saúde favoreçam a atuação deste profissional, com melhor remuneração, mais tempo para consultas completas de puericultura e condições dignas de trabalho<sup>3</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra; 1989.
2. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-41. PMID: 22371471 DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-3552>
3. Santiago LB, Bettiol H, Barbieri MA, Guttierrez MRP, Del Ciampo LA. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79(6):504-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1110>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Teruya KM, Bueno LGS. Manejo clínico da amamentação com aconselhamento e referência. In: Santiago LB. Manual de Aleitamento Materno. Barueri: Manole; 2013.p.31-114.
6. Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5 Supl):S126-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700003>
7. Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5 Supl):S119-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700002>
8. Almeida JAG. Amamentação. Um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
9. Neifert MR. Clinical aspects of lactation. Promoting breastfeeding success. *Clin Perinatol*. 1999;26(2):281-306. PMID: 10394489
10. Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery*. 2002;18(2):87-101. DOI: <http://dx.doi.org/10.1054/midw.2002.0308>
11. Weigert EML, Giugliani ERJ, França MCT, Oliveira LD, Bonilha A, Espírito Santo LC, et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(4):310-6.
12. World Health Organization. Positioning a baby at the breast. In: *Integrated Infant Feeding Counselling: a training course*. Genebra: WHO-UNICEF; 2005.
13. Giugliani ERJ, Victora CG. O aleitamento na prática clínica. *J Pediatr (Rio J)*. 2000;76(Supl 3):S238-52.
14. Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5 Supl):S147-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700006>
15. Lamounier JA, Moulin ZS, Xavier CC. Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5 Supl):S181-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700010>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias/Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 92p.
17. Vinagre RD, Santiago LB. Proteção legal do AM. In: Santiago LB. Manual de Aleitamento Materno. Barueri: Manole; 2013. p.203-20.
18. Lamounier JA. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79(4):284-6.
19. Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics*. 2005;116(5):e716-23. PMID: 16216900 DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2004-2631>
20. American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics*. 2005;116(5):1245-55. PMID: 16216901 DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2005-1499>
21. Li DK, Willinger M, Petitti DB, Odouli R, Liu L, Hoffman HJ. Use of a dummy (pacifier) during sleep and risk of sudden infant death syndrome (SIDS): population based case-control study. *BMJ*. 2006;332(7532):18-22. PMID: 16339767 DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38671.640475.55>
22. Cates CJ. Dummies and SIDS: low response rates generate considerable uncertainty. *BMJ*. 2006;332(7534):178. PMID: 16424504 DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.332.7534.178-b>
23. Blair PS, Fleming PJ. Dummies and SIDS: causality has not been established. *BMJ*. 2006;332(7534):178. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.332.7534.178-a>
24. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-41. PMID: 22371471 DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-3552>
25. Castilho SD, Rocha MA. Pacifier habit: history and multidisciplinary vision. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;85(6):480-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1951>
26. Menino AP, Sakima PRT, Santiago LB, Lamounier JA. Atividade muscular em diferentes métodos de alimentação do recém-nascido e sua influência no desenvolvimento da face. *Rev Med Minas Gerais*. 2009;19(4 Supl 5):S11-8.
27. World Health Organization/Unicef. Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breast-feeding. Meeting "Breastfeeding in the 1990s: a global initiative". Cosponsored by the United States Agency for International Development Authority (SIDA), held at the Spedale degli Innocenti, Florence, Italy; 1990 30 July - 1 August, 1990.
28. World Health Organization. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Division of Child Health and Developmentworld. Geneva: World Health Organization; 1998.
29. Lamounier JA. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: iniciativa hospital amigo da criança. *J Pediatr (Rio J)*. 1996;72(6):363-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.644>
30. Victora CG, Tomasi E, Olinto MT, Barros FC. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet*. 1993;341(8842):404-6. PMID: 8094171 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)92991-2](http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736(93)92991-2)
31. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MT, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*. 1997;99(3):445-53. PMID: 9041303 DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.99.3.445>
32. Tomasi E, Victora CG, Olinto MTA. Padrões e determinantes do uso de chupeta em crianças. *J Pediatr (Rio J)*. 1994;7(3):167-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.766>
33. Barros FC, Victora CG, Semer TC, Tonioli Filho S, Tomasi E, Weiderpass E. Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. *Pediatrics*. 1995;95(4):497-9.
34. Barros FC, Victora CG, Morris SS, Halpern R, Horta BL, Tomasi E. Breast feeding, pacifier use and infant development at 12 months of age: a birth cohort study in Brazil. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1997;11(4):441-50. PMID: 9373866 DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-3016.1997.d0130.x>
35. Pedrosa RS, Siqueira RV. Pesquisa de cistos de protozoários, larvas e ovos de helmintos em chupetas. *J Pediatr (Rio J)*. 1997;73(1):21-5.
36. Gomes CF, Trezza EMC, Murade ECM, Padovani, CR. Avaliação eletromiográfica com eletrodos de captação de superfície dos músculos masseter, temporal e bucinador de lactentes em situação de aleitamento natural e artificial. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82(2):103-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1456>
37. Tarrant M, Dodgson JE, Wu KM. Factors contributing to early breast-feeding cessation among Chinese mothers: An exploratory study. *Midwifery*. 2014;30(10):1088-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.002>
38. Garbarino F, Morniroli D, Ghirardi B, Garavaglia E, Bracco B, Gianni ML, et al. Prevalence and duration of breastfeeding during the first six months of life: factors affecting an early cessation. *Pediatr Med Chir*. 2013;35(5):217-22.

39. Gremmo-Féger G. An update on lactation physiology and breastfeeding. *Arch Pediatr.* 2013;20(9):1016-21.

40. Smith-Gagen J, Hollen R, Walker M, Cook DM, Yang W. Breastfeeding laws and breastfeeding practices by race and ethnicity. *Womens Health Issues.* 2014;24(1):e11-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2013.11.001>

41. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics.* 2013;131(3):e726-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2012-1295>

42. Santiago LB, coord. Manual de aleitamento materno. Barueri: Manole; 2013.

2. Del Ciampo LA, Ricco RG, Del Ciampo IRL, Almeida CAN. Fármacos contraindicados durante o aleitamento materno. In: Del Ciampo LA, Ricco RG, Almeida CAN, eds. Aleitamento materno: passagens e transferências mãe-filho. São Paulo: Atheneu; 2004. p.95-8.

3. Melo SL. Amamentação: Contínuo aprendizado. Belo Horizonte: Coopmed; 2005.

4. Organização Mundial da Saúde. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra; 1989.

5. Rego JD. Aleitamento materno: um guia para pais e familiares. São Paulo: Atheneu; 2002.

6. Vinha VHP. O livro da amamentação. 1a ed. São Paulo: CLR Baileiro; 1999. p.20-22.

7. World Health Organization. Mastitis: causes and management. Geneva: World Health Organization; 2000.

## BIBLIOGRAFIA SUPLEMENTAR

1. Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

### Anexo 1. Formulário de observação da mamada.

Nome da mãe _____ Data _____	
Nome do bebê _____ Idade do bebê _____	
Sinais que a amamentação vai bem	Sinais de possível dificuldade
<b>SEÇÃO A</b>	
Observação geral	
Mãe	
<input type="checkbox"/> Mãe parece saudável	<input type="checkbox"/> Mãe parece doente ou deprimida
<input type="checkbox"/> Mãe relaxada e confortável	<input type="checkbox"/> Mãe parece tensa e desconfortável
<input type="checkbox"/> Mamas parecem saudáveis	<input type="checkbox"/> Mamas avermelhadas, inchadas/doloridas
<input type="checkbox"/> Mama bem apoiada, c/ dedos fora do mamilo	<input type="checkbox"/> Mama segurada com dedos na aréola
Bebê	
<input type="checkbox"/> Bebê parece saudável	<input type="checkbox"/> Bebê parece sonolento ou doente
<input type="checkbox"/> Bebê calmo e relaxado	<input type="checkbox"/> Bebê inquieto ou chorando
<input type="checkbox"/> Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê	<input type="checkbox"/> Sem contato visual mãe/bebê, apoio frágil
<input type="checkbox"/> O bebê busca/alcança a mama se está com fome	<input type="checkbox"/> O bebê não busca, nem alcança
<b>SEÇÃO B</b>	
Posição do bebê	
<input type="checkbox"/> A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados	<input type="checkbox"/> Pescoço/cabeça do bebê girados ao mamar
<input type="checkbox"/> Bebê seguro próximo ao corpo da mãe	<input type="checkbox"/> Bebê não é seguro próximo
<input type="checkbox"/> Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo	<input type="checkbox"/> Queixo e lábio inferior opostos ao mamilo
<input type="checkbox"/> Bebê apoiado	<input type="checkbox"/> Bebê não apoiado
<b>SEÇÃO C</b>	
Pega	
<input type="checkbox"/> Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê	<input type="checkbox"/> Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior
<input type="checkbox"/> A boca do bebê está bem aberta	<input type="checkbox"/> A boca do bebê não está bem aberta
<input type="checkbox"/> O lábio inferior está virado para fora	<input type="checkbox"/> Lábios voltados p/frente/virados para dentro
<input type="checkbox"/> O queixo do bebê toca a mama	<input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca a mama
<b>SEÇÃO D</b>	
Sucção	
<input type="checkbox"/> Sucções lentas e profundas com pausas	<input type="checkbox"/> Sucções rápidas e superficiais
<input type="checkbox"/> Bebê solta a mama quando termina	<input type="checkbox"/> Mãe tira o bebê da mama
<input type="checkbox"/> Mãe percebe sinais do reflexo da oxitocina	<input type="checkbox"/> Sinais do reflexo da oxitocina não percebidos
<input type="checkbox"/> Mamas parecem mais leves após a mamada	<input type="checkbox"/> Mamas parecem duras e brilhantes

WHO. Positioning a baby at the breast. In: WHO. Integrated Infant Feeding Counselling: a Training Course. Trainer's Guide 2004.