

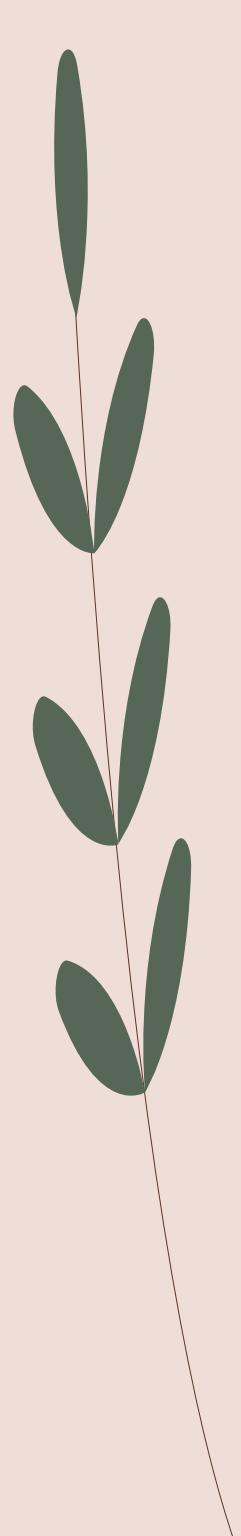
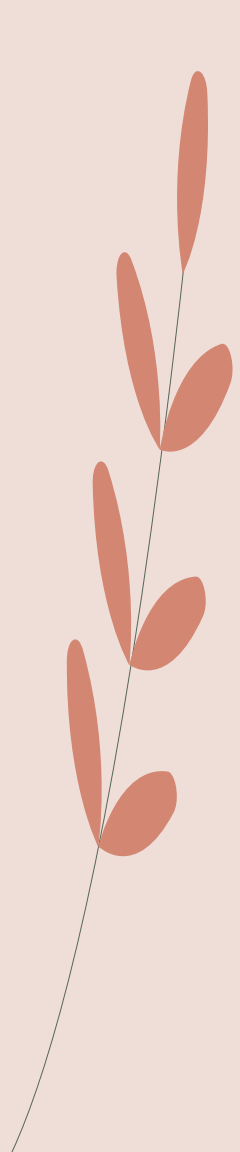
Ministério Da Saúde
Grupo Hospitalar Conceição
Gerência De Ensino e Pesquisa
Residência Multiprofissional em Saúde
Programas de Enfermagem Obstétrica e Atenção à Saúde da Mulher e da Criança

Protocolo de Cuidados de Enfermagem ao Recém-nascido para a Promoção da Amamentação

Autoria: Aline Ávila da Silveira

Colaboração: Bianca Isabel Pederiva;
Carolina Dias; Dinara Dornfeld; Juliana
Gorziza Madruga; Juliani Gandini de
Moraes; Rafaela Lara Assis; Sara Julhia
Robattini

Editora: Hospital Nossa Senhora da
Conceição S.A.



Ministério da Saúde
Grupo Hospitalar Conceição
Gerência de Ensino e Pesquisa
Residência Multiprofissional em Saúde

Protocolo de Cuidados de Enfermagem ao Recém-nascido para a Promoção da Amamentação

Autoria: Aline Ávila da Silveira

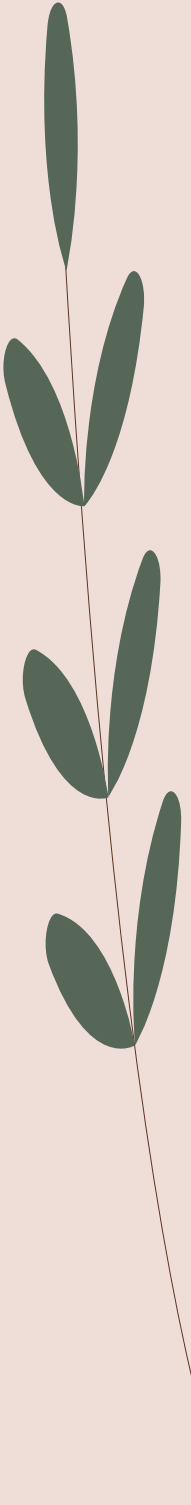
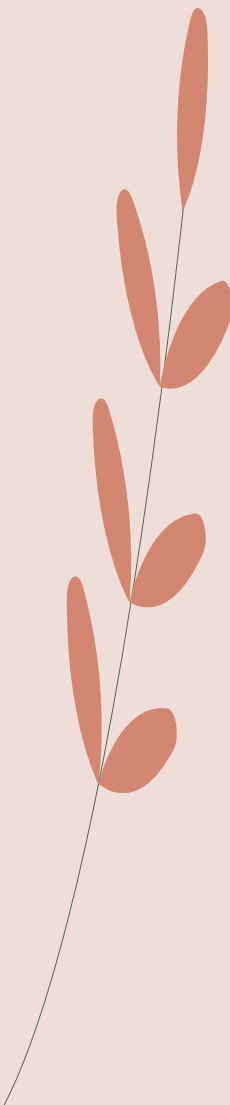
Colaboração: Bianca Isabel Pederiva; Carolina Dias; Dinara
Dornfeld; Juliana Gorziza Madruga; Juliani Gandini de Moraes;
Rafaela Lara Assis; Sara Julhia Robattini

Editora: Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.

PORTO ALEGRE

2023





PRESIDENTE
Luiz Inácio Lula da Silva

MINISTRO DA SAÚDE
Nísia Trindade Lima

DIRETORIA DO GHC
Diretor-Presidente - Gilberto Barichello
Diretor Administrativo e Financeiro - João Constantino
Pavani Motta
Diretor de Atenção à Saúde - Luís Antônio Benvegnú
Diretora de Inovação, Gestão do Trabalho e Educação - Quelen
Tanize Alves da Silva

GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
Edenilson Bomfim da Silva – Gerente de Ensino e Pesquisa

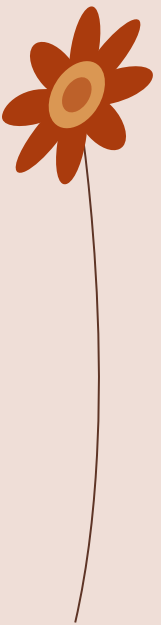
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
Thaiani Farias Vinade - Coordenadora

AUTORIA
Aline Ávila da Silveira

COLABORAÇÃO
Bianca Isabel Pederiva
Carolina Dias
Dinara Dornfeld
Juliana Gorziza Madruga
Juliani Gandini de Moraes
Rafaela Lara Assis
Sara Julhia Robattini

REVISÃO
Aline Zeller Branchi

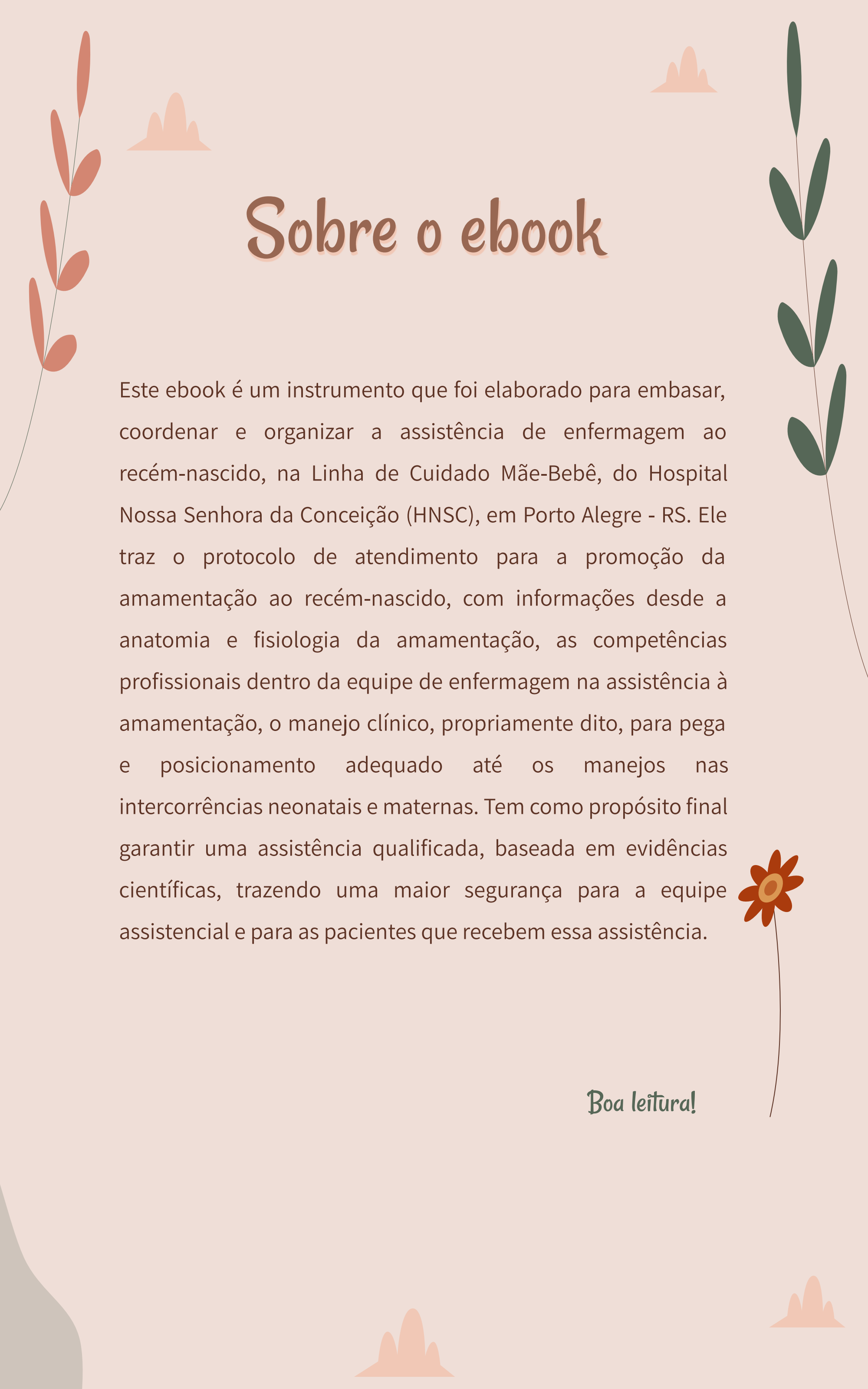
DADOS TÉCNICOS
Este ebook foi desenvolvido a partir dos recursos disponíveis
na plataforma Google.



Ficha catalográfica

G892p	Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Ensino e Pesquisa. Residência Multiprofissional em Saúde Protocolo de cuidados de enfermagem ao recém-nascido para a promoção da Amamentação / Aline Ávila da Silveira, colaboração de Bianca Isabel Pederiva ...[et al.]. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2023. 59p. E-book. ISBN: 978-65-87505-25-1
	1. Enfermagem. 2. Aleitamento Materno. 3. Recém-nascido. 4. Equipe de Saúde. 5. Cuidado do Lactente. I. Silveira, Aline Àvila da. II. Pederiva, Bianca Isabel. (Colab.). III. Título. CDU 616-083:613.287.8

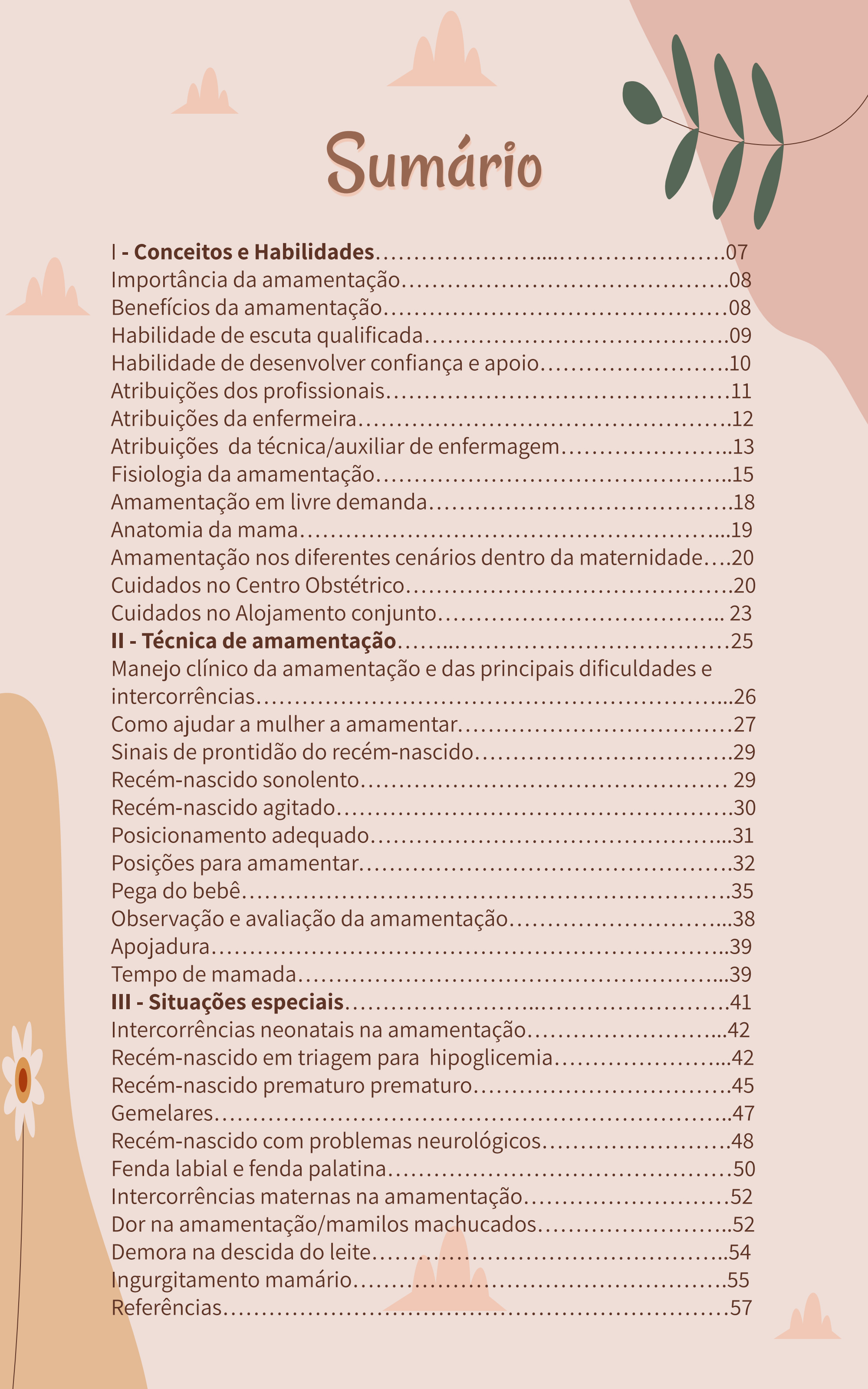
Catalogação elaborada por Luciane Berto Benedetti, CRB 10/1458



Sobre o ebook

Este ebook é um instrumento que foi elaborado para embasar, coordenar e organizar a assistência de enfermagem ao recém-nascido, na Linha de Cuidado Mãe-Bebê, do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), em Porto Alegre - RS. Ele traz o protocolo de atendimento para a promoção da amamentação ao recém-nascido, com informações desde a anatomia e fisiologia da amamentação, as competências profissionais dentro da equipe de enfermagem na assistência à amamentação, o manejo clínico, propriamente dito, para pega e posicionamento adequado até os manejos nas intercorrências neonatais e maternas. Tem como propósito final garantir uma assistência qualificada, baseada em evidências científicas, trazendo uma maior segurança para a equipe assistencial e para as pacientes que recebem essa assistência.

Boa leitura!



Sumário

I - Conceitos e Habilidades.....07

Importância da amamentação.....08

Benefícios da amamentação.....08

Habilidade de escuta qualificada.....09

Habilidade de desenvolver confiança e apoio.....10

Atribuições dos profissionais.....11

Atribuições da enfermeira.....12

Atribuições da técnica/auxiliar de enfermagem.....13

Fisiologia da amamentação.....15

Amamentação em livre demanda.....18

Anatomia da mama.....19

Amamentação nos diferentes cenários dentro da maternidade....20

Cuidados no Centro Obstétrico.....20

Cuidados no Alojamento conjunto..... 23

II - Técnica de amamentação.....25

Manejo clínico da amamentação e das principais dificuldades e
intercorrências.....26

Como ajudar a mulher a amamentar.....27

Sinais de prontidão do recém-nascido.....29

Recém-nascido sonolento..... 29

Recém-nascido agitado.....30

Posicionamento adequado.....31

Posições para amamentar.....32

Pega do bebê.....35

Observação e avaliação da amamentação.....38

Apojadura.....39

Tempo de mamada.....39

III - Situações especiais.....41

Intercorrências neonatais na amamentação.....42

Recém-nascido em triagem para hipoglicemia.....42

Recém-nascido prematuro prematuro.....45

Gemelares.....47

Recém-nascido com problemas neurológicos.....48

Fenda labial e fenda palatina.....50

Intercorrências maternas na amamentação.....52

Dor na amamentação/mamilos machucados.....52

Demora na descida do leite.....54

Ingurgitamento mamário.....55

Referências.....57



I

Conceitos e Habilidades

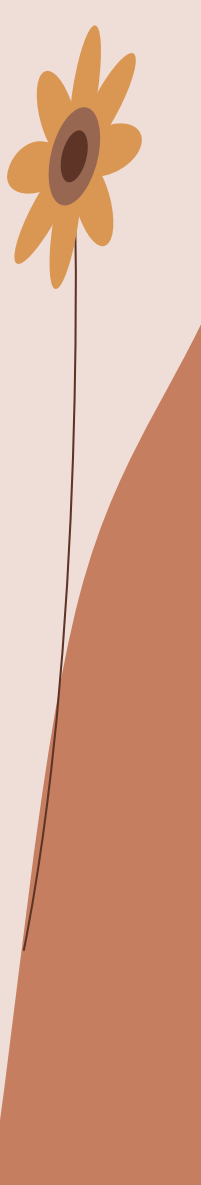


Importância da amamentação

O estabelecimento da amamentação é um processo que pode ser desafiador para muitas mulheres. Apesar de ser um processo fisiológico, a mulher precisa aprender a amamentar seu filho, e o recém-nascido, apesar de apresentar instinto de sucção, precisa aprender a extrair leite da mama. Todo o aprendizado exige paciência e dedicação.

Diante de tantos desafios experienciados nesse momento, o papel da equipe de enfermagem é fundamental nessa trajetória, auxiliando e conduzindo o processo da amamentação. A enfermagem atua nesse processo ao aplicar seu conhecimento crítico e científico, através de orientações baseadas em evidências científicas, ao auxiliar na técnica correta para a amamentação, assim como ao encorajar e reforçar, politicamente, o estabelecimento da amamentação.

Benefícios da amamentação



A amamentação evita mortes infantis, diarreia e infecções respiratórias. Diminui o risco de alergias, reduz o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes, assim como reduz a chance de obesidade. Além desses benefícios, é mais nutritiva, tem efeito positivo na inteligência e melhora o desenvolvimento da cavidade bucal. Na mãe, protege contra câncer de mama; evita nova gravidez; tem menores custos financeiros; promove o vínculo afetivo entre mãe e filho, além de melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2019).

Habilidade de escuta qualificada

A amamentação é um processo que, além da interação mãe-filho, expande-se nas demais interações da vida materna. É determinado pela percepção que a mulher tem de si, do ato de amamentar e das implicações que esse ato tem em sua vida, nas relações das esferas familiar e social e nas dimensões de suas emoções e de seu corpo.

O apoio e a orientação dada pelo profissional de saúde na maternidade, mostrando-se disponível a compartilhar as inúmeras situações que envolvem a experiência de amamentar, com o intuito de apoiá-la e empoderá-la para esse processo, são fundamentais. Para isso, é necessário que o profissional compreenda todas as dimensões da nutriz, portanto, nas **diversas faces** de sua totalidade feminina e como ser humano.

- De maneira mais ampla, as habilidades de **ouvir e aprender** são técnicas que facilitam a coleta de dados objetivos e subjetivos em pouco tempo, além de despertar, na mulher, a confiança no profissional que procura ajudá-la.

Usando tais habilidades, os profissionais podem identificar situações e problemas que nem sempre estão explícitos no discurso da nutriz. Para que isso aconteça, é necessário que estejam disponíveis, ou seja, que tenham disposição a ouvir essa mulher, deve-se “ouvi-la sensivelmente”!



Habilidade de desenvolver confiança e apoio

Para que a assistência à amamentação seja efetiva, é fundamental desenvolver medidas que evidenciem, à mulher, o reconhecimento de suas capacidades e realizações. Apontar tudo o que a mulher já construiu no processo de estabelecimento da amamentação colabora para o fortalecimento de sua autovalorização. Os profissionais que prestam assistência à puérpera devem demonstrar atitudes que mostrem aceitação de suas ideias e de suas ações e não julgá-las.

Após esse primeiro momento de fortalecimento de vínculo e confiança, o profissional pode ir orientando e introduzindo seus conhecimentos técnicos sem desconsiderar os conhecimentos prévios da mulher. É fundamental fazer sugestões e usar frases de afirmação que valorizem o empenho e a evolução do binômio no processo de amamentação. Busque usar frases como: “o que você acha?”, “posso lhe mostrar um outro jeito?”, “vocês estão indo muito bem”, “você é muito dedicada”. Essas frases mostram que o profissional leva em consideração a opinião da mulher, reforçando a autonomia dela no processo de amamentação e fortalecendo a autoestima e confiança no processo que ela está vivendo.

Atribuições profissionais

A consulta de Enfermagem utiliza o Processo de Enfermagem que, conforme disposto na Resolução COFEN nº358/2009, deve ser implementado em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.

Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamentam o exercício de enfermagem, é incumbida a liderança na execução e na avaliação do Processo de Enfermagem. Cabe-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem, bem como a prescrição das ações ou das intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

O técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem, em conformidade com as mesmas leis de regulamentação do exercício da profissão de enfermagem, participam da execução do Processo de Enfermagem naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do enfermeiro.

Enfermeiras e Técnicas/Auxiliares de enfermagem trabalham em conjunto para o estabelecimento da amamentação, atuando de acordo com as respectivas competências de sua categoria profissional.

Atribuições da enfermeira

- Realizar histórico de enfermagem;
- Realizar orientação de enfermagem, abordando aleitamento materno a gestantes, puérperas, parceiros e famílias;
- Realizar avaliação das mamas e da mamada;
- Realizar diagnósticos referentes ao processo de amamentação;
- Orientar e realizar o manejo das intercorrências na amamentação, desenvolvendo ações de acordo com a competência da categoria profissional;
- Evoluir, em prontuário eletrônico, a evolução do estabelecimento da amamentação;
- Discutir, com a equipe médica, dificuldades no estabelecimento da amamentação;
- Supervisionar auxiliares e técnicos de enfermagem no auxílio da amamentação;
- Monitorar e avaliar as atividades relacionadas à educação, à comunicação e à mobilização social sobre aleitamento materno em sua unidade;
- Participar da sensibilização e capacitação de auxiliares e técnicos de enfermagem para ações de aleitamento materno;
- Preencher o checklist da amamentação (instrumento utilizado no alojamento conjunto);

Atribuições da Técnica/auxiliar de enfermagem

- Realizar acolhimento, com escuta qualificada, às puérperas e às famílias com dúvidas e queixas envolvendo o aleitamento materno;
- Orientar, às gestantes e familiares, sobre a importância do aleitamento materno;
- Observar a mamada, orientar e auxiliar a mulher sobre posicionamento e pega corretas;
- Realizar aconselhamento na amamentação;
- Participar de ações de educação em saúde de gestantes, puérperas e famílias, com abordagem da promoção do aleitamento materno ou apoio às mulheres que não podem amamentar;
- Sempre comunicar todas as puérperas com dificuldades na amamentação à enfermeira, para que esta avalie e oriente os cuidados a serem seguidos;
- Realizar acompanhamento das puérperas com dificuldades no aleitamento materno, até adquirirem confiança e segurança no processo de amamentação;
- Se não obtiver êxito no manejo da amamentação, sempre comunicar a enfermeira para que esta possa avaliar e conduzir o processo;
- Preencher o checklist da amamentação (instrumento utilizado no alojamento conjunto).

Check-list do Aleitamento Materno



GHC - HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

AMIGO DA CRIANÇA

LINHA DE CUIDADO MÃE-BEBÊ



CHECK-LIST DO ALEITAMENTO MATERNO

Preenchido pela equipe multidisciplinar durante a internação e revisado no momento da alta hospitalar

NOME: _____ REG: _____ LEITO: _____

Orientar sobre os benefícios do AM para o bebê, a mãe e a família	Data: _____ Ass: _____	Data: _____ Ass: _____
Orientar o posicionamento e a pega correta do seio materno. Prevenir a lesão mamilar.	Data: _____ Ass: _____	Data: _____ Ass: _____
Orientar sobre estímulo à produção de leite pela sucção frequente e efetiva do seio materno.	Data: _____ Ass: _____	Data: _____ Ass: _____
Orientar sobre sinais iniciais de fome do RN	Data: _____ Ass: _____	Data: _____ Ass: _____
Informar sobre os riscos de mamadeira, bico e protetores de mamilo para a amamentação	Data: _____ Ass: _____	Data: _____ Ass: _____
Avaliar a mamada (pega e posicionamento)	Data: _____ Ass: _____	Data: _____ Ass: _____
Orientar/auxiliar na extração manual do leite materno (estímulo à lactação e prevenção ou ingurgitamento mamário)	Data: _____ Ass: _____	Data: _____ Ass: _____
Orientar prevenção da lesão mamilar e revisar pega e posicionamento corretos. Orientar uso do LM para recuperação da pele.	Data: _____ Ass: _____	Data: _____ Ass: _____
Orientar sobre indicadores de que RN está recebendo leite materno suficiente para suas necessidades	Data: _____ Ass: _____	Data: _____ Ass: _____
Orientar a busca de apoio na Unidade Básica de Saúde após a alta hospitalar	Data: _____ Ass: _____	Data: _____ Ass: _____

Revisão do check-list na alta hospitalar: Enf. _____ COREN-RS: _____

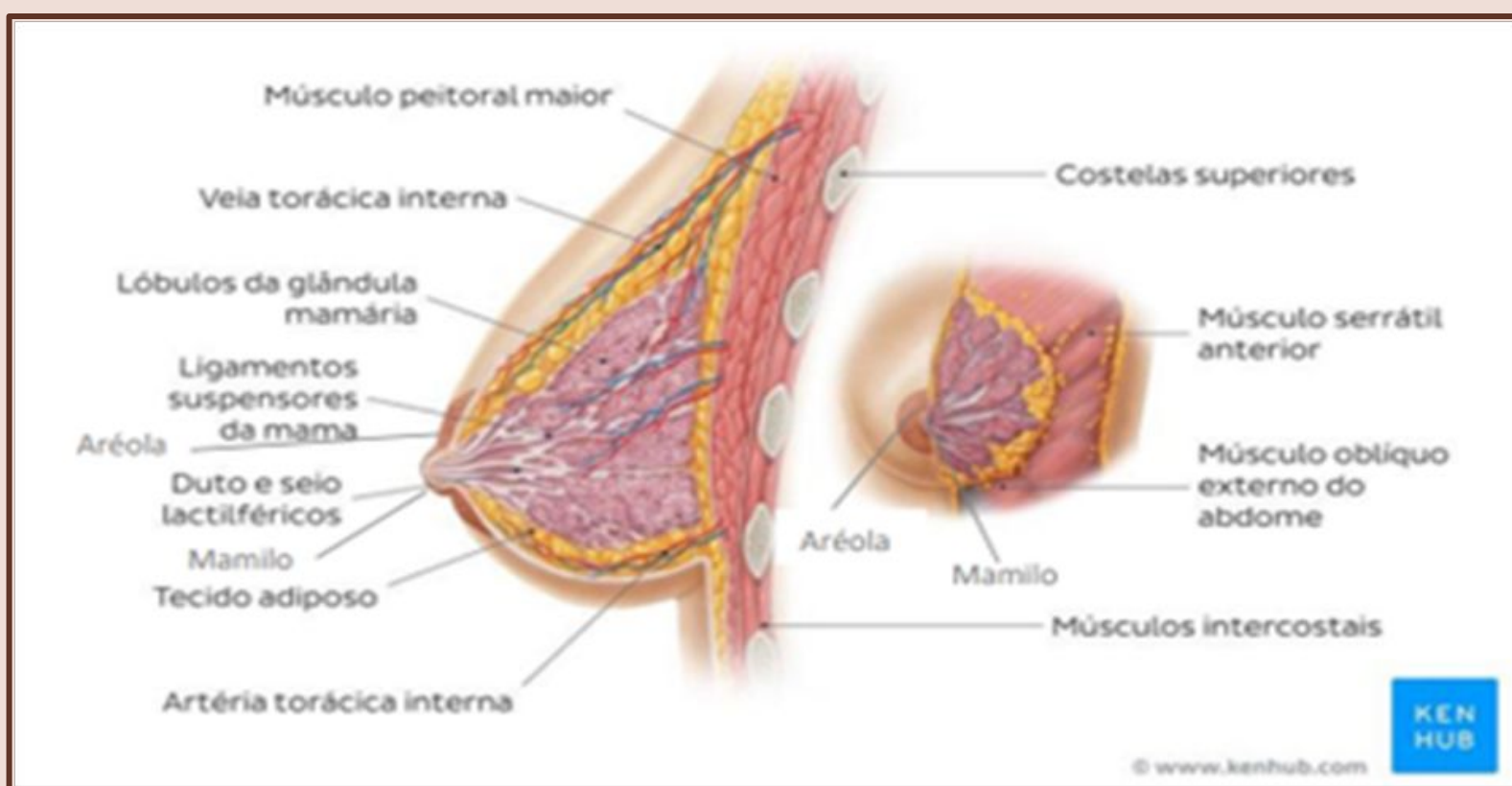
Fisiologia da amamentação

A mama, durante a gravidez, é preparada para a amamentação. Esse processo inicial é conhecido como lactogênese fase I, que ocorre sob a ação de diferentes hormônios, sobretudo, do estrogênio e do progestogênio. A partir do nascimento do bebê, há a liberação de prolactina pela hipófise anterior, iniciando-se a lactogênese fase II e a secreção do leite. A ocitocina, produzida pela hipófise posterior em resposta à sucção da criança, leva à contração das células mioepiteliais que envolvem os alvéolos, expulsando o leite neles contido.

A produção de leite, logo após o nascimento, é controlada, principalmente, por hormônios, e a apojadura (“descida do leite”), ocorre mesmo se o recém-nascido não sugar o seio. Após a apojadura, inicia-se a fase III da lactogênese, também denominada galactopoiese. Essa fase, que se mantém por toda a lactação, depende, principalmente, da sucção do bebê e do esvaziamento da mama.

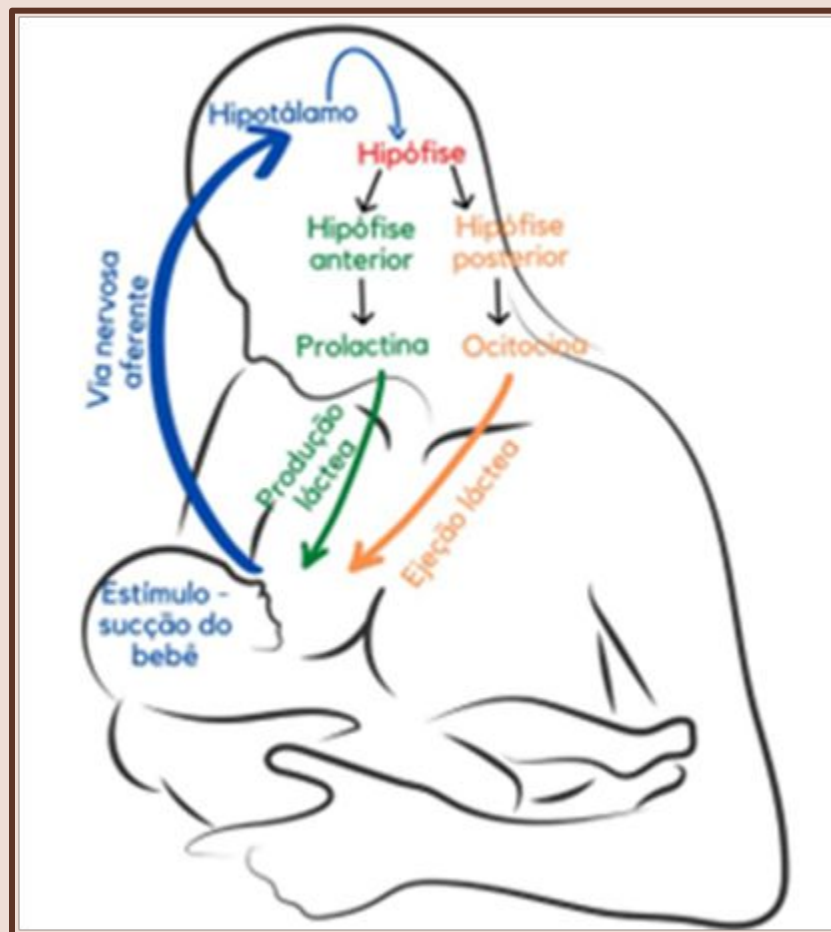
Quando, por qualquer motivo, o esvaziamento das mamas é prejudicado, pode haver diminuição na produção do leite materno. O leite contém os chamados “peptídeos supressores da lactação”, que são substâncias que inibem a produção do leite. Portanto, sem o esvaziamento adequado da mama, a produção do leite diminui, por inibição mecânica e química. A remoção contínua do leite garante a reposição total do leite removido e, conseqüentemente, a manutenção da amamentação.

Grande parte do leite de uma mamada é produzida enquanto a criança mama, sob o estímulo da prolactina. A ocitocina, liberada principalmente pelo estímulo provocado pela sucção da criança, também é disponibilizada em resposta a estímulos condicionados, tais como visão, cheiro e choro da criança, e a fatores de ordem emocional, como motivação, autoconfiança e tranquilidade. Por outro lado, a dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo, a insegurança e a falta de autoconfiança podem inibir a liberação da ocitocina, prejudicando a saída de leite da mama.



Fonte: Kenhub, 2020.

Pelo fato de ser um processo tão sensível às condições emocionais maternas e, ainda, pelo puerpério ser, naturalmente, um período de instabilidade física, hormonal e emocional na vida da mulher, é tão importante que os profissionais sejam acolhedores com as demandas maternas, realizando uma escuta atenta e ativa, além de exercitar a habilidade de desenvolver confiança e apoio, aspectos que serão fundamentais no estabelecimento da relação com a puérpera e nos resultados de assistência.



Fonte: Ribeirão Preto, 2020.

Nos primeiros dias após o parto, a secreção de leite é pequena, menor que 100 mL/dia, mas já, no quarto dia, a nutriz é capaz de produzir, em média, 600 mL de leite. Na amamentação, o volume de leite produzido varia, dependendo do quanto a criança mama e da frequência com que mama. Quanto maior o volume de leite e quanto maior a frequência das mamadas, maior será a produção de leite. Em geral, uma nutriz é capaz de produzir mais leite do que a quantidade necessária para o seu bebê (BRASIL, 2014).

Amamentação em livre demanda

A amamentação em livre demanda é a **amamentação sem restrições de horários e de duração**. Nos primeiros meses, é normal que a criança mame com maior frequência e sem horários regulares. Em geral, um bebê amamentado de forma exclusiva mama de 8 a 12 vezes ao dia. O tempo necessário para esvaziar uma mama varia para cada dupla mãe-bebê e, em uma mesma dupla, também pode variar, dependendo da fome da criança, do intervalo transcorrido desde a última mamada, do volume de leite armazenado na mama, entre outros (BRASIL, 2014).

ATENÇÃO!

Frente ao fato da produção de leite ser totalmente dependente do estímulo que o recém-nascido faz na aréola ao mamar, pelo fato do recém-nascido estar aprendendo a extrair leite da mama e, também, por não ter a musculatura oral bem fortalecida para a extração de leite rapidamente, é desaconselhado o uso de bicos artificiais e mamadeiras, principalmente, nos primeiros meses. Esses artigos podem interferir, diretamente, no estabelecimento do processo de amamentação e na manutenção da produção de leite.

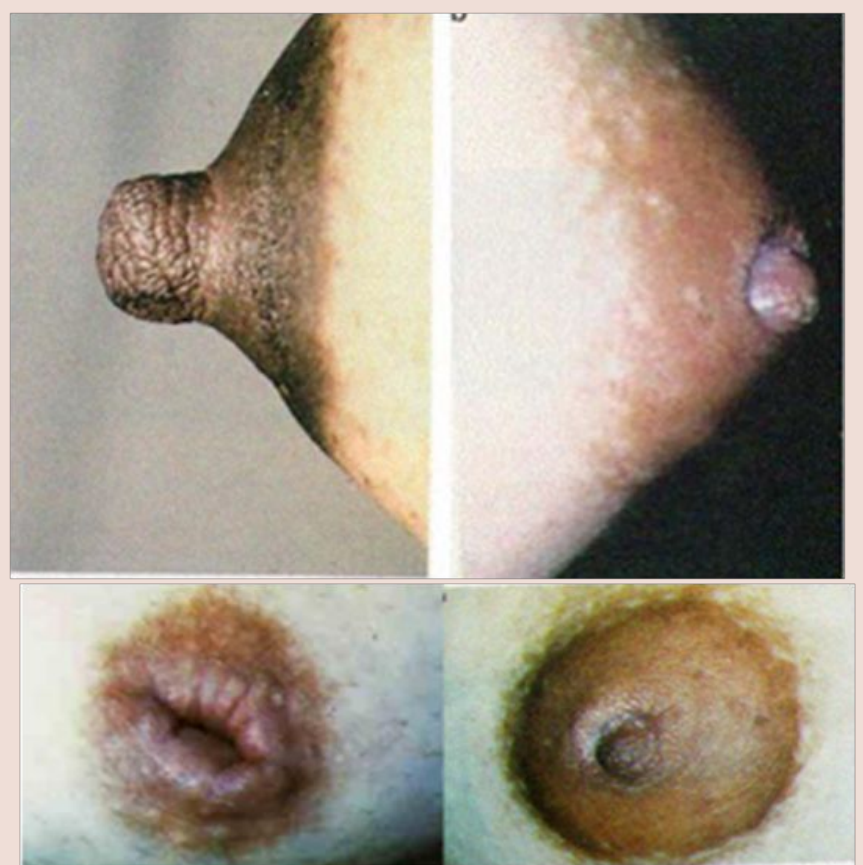
Na amamentação, o volume de leite produzido varia, dependendo do quanto a criança mama e da frequência com que mama. Quanto mais volume de leite e mais vezes a criança mamar, maior será a produção de leite (BRASIL, 2015).

Anatomia da mama

A mama feminina é capaz de produzir leite. Porém, as mamas podem apresentar as mais diferentes combinações anatômicas: formato de mamilos (protusos, largos, planos, invertidos), elasticidade dos mamilos (ausência ou presença), formato mama.

Nenhuma combinação anatômica impedirá o recém-nascido de aprender a mamar, porém, o profissional de enfermagem necessitará de **estratégias diferentes** para auxiliar a amamentação diante das variedades anatômicas encontradas.

Figura 3 – Mamilo protruso, semi-protuso, invertido e pseudo-invertido



Fonte: Vinha, 1994.

Importante!

O recém-nascido aprenderá a mamar na mama de sua mãe, independentemente de sua anatomia, pois ele nunca mamou antes. Então, o que o profissional precisa fazer é colocá-lo para mamar, utilizar do seu conhecimento técnico para orientar a amamentação diante das individualidades de cada binômio mãe-bebê e evitar comentários que desencorajam a mulher no processo de estabelecimento da amamentação.

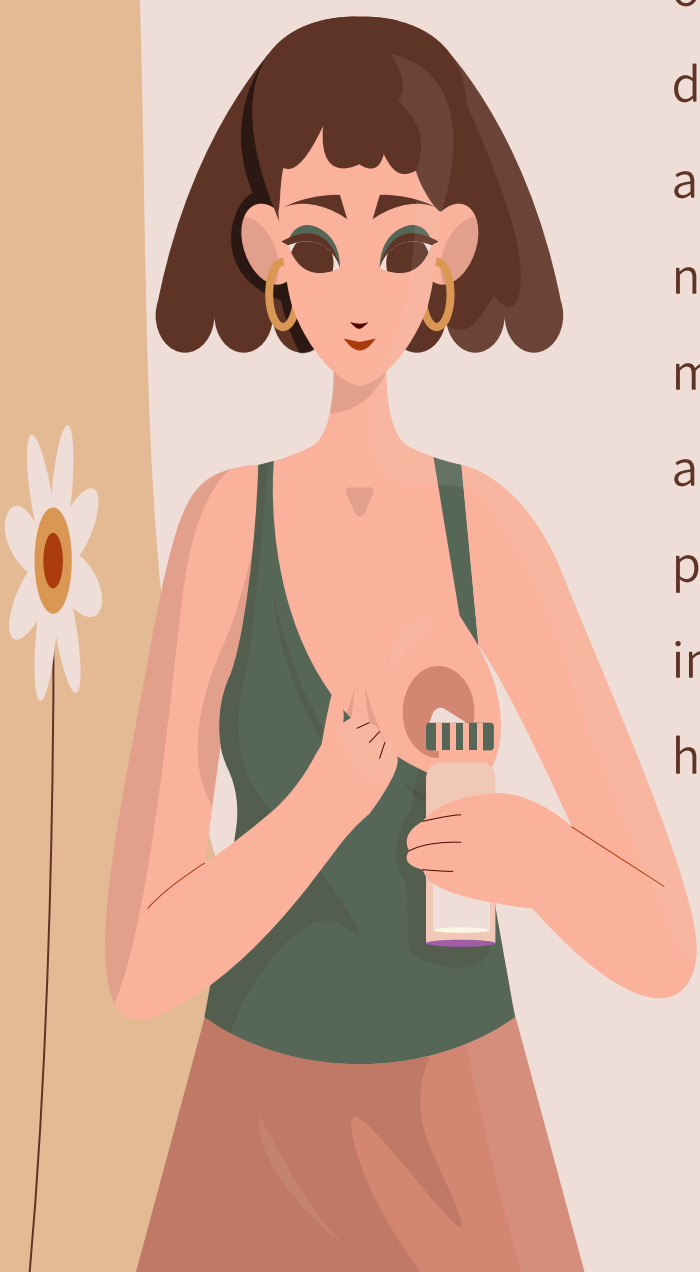
Amamentação nos diferentes cenários dentro da maternidade

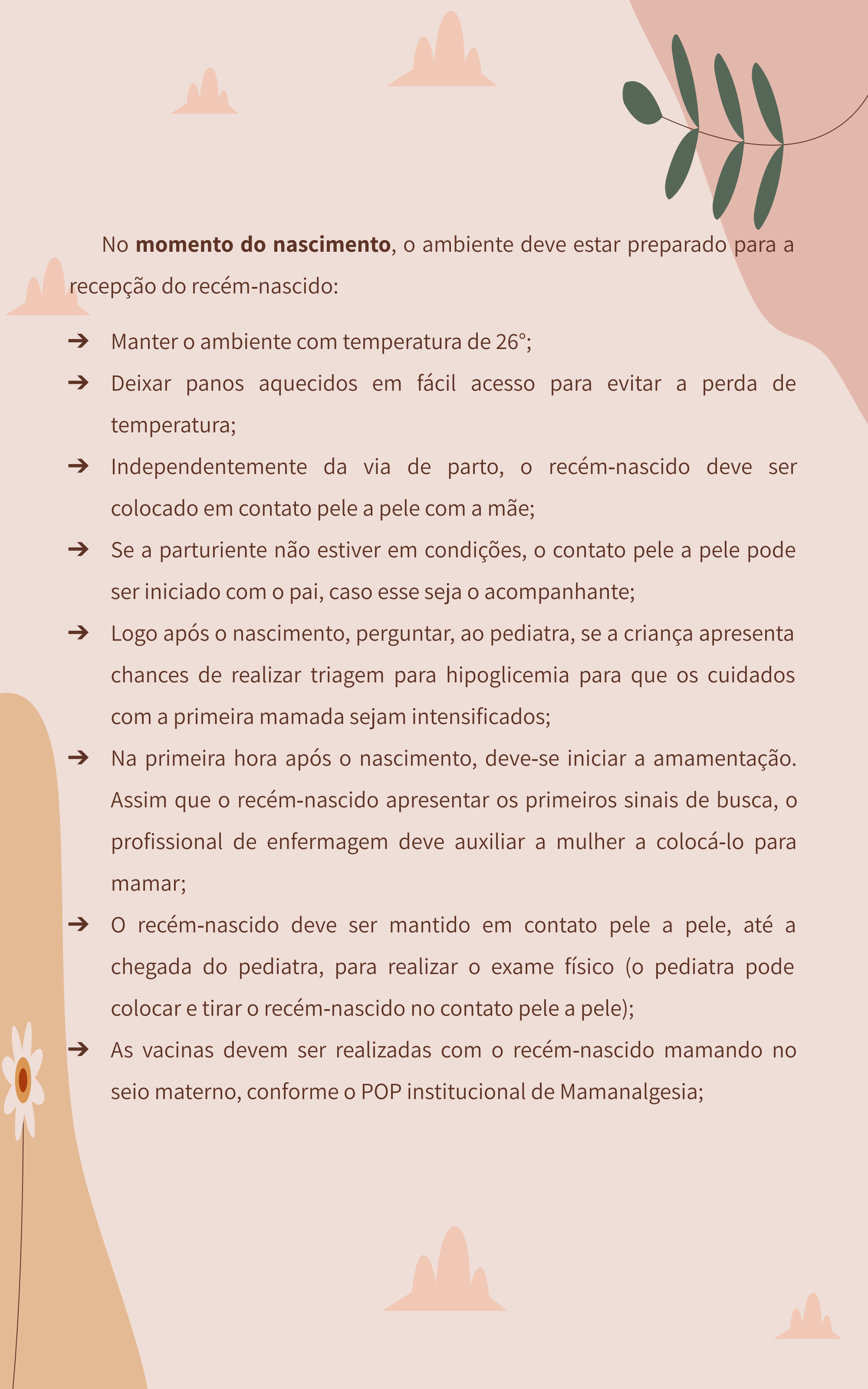
Para que a assistência prestada pela equipe de enfermagem cumpra os seus propósitos, o cuidado referente à promoção da amamentação e os manejos clínicos na assistência ao binômio mãe e recém-nascido precisam ser baseados em evidências científicas e na equidade.

Sendo assim, é fundamental que haja padronização dos manejos assistenciais em todas as unidades nas quais a mulher e o recém-nascido receberão assistência e, também, comunicação entre as unidades sobre a assistência prestada, garantido, assim, a efetividade e a continuidade do cuidado prestado.

Cuidados no Centro Obstétrico

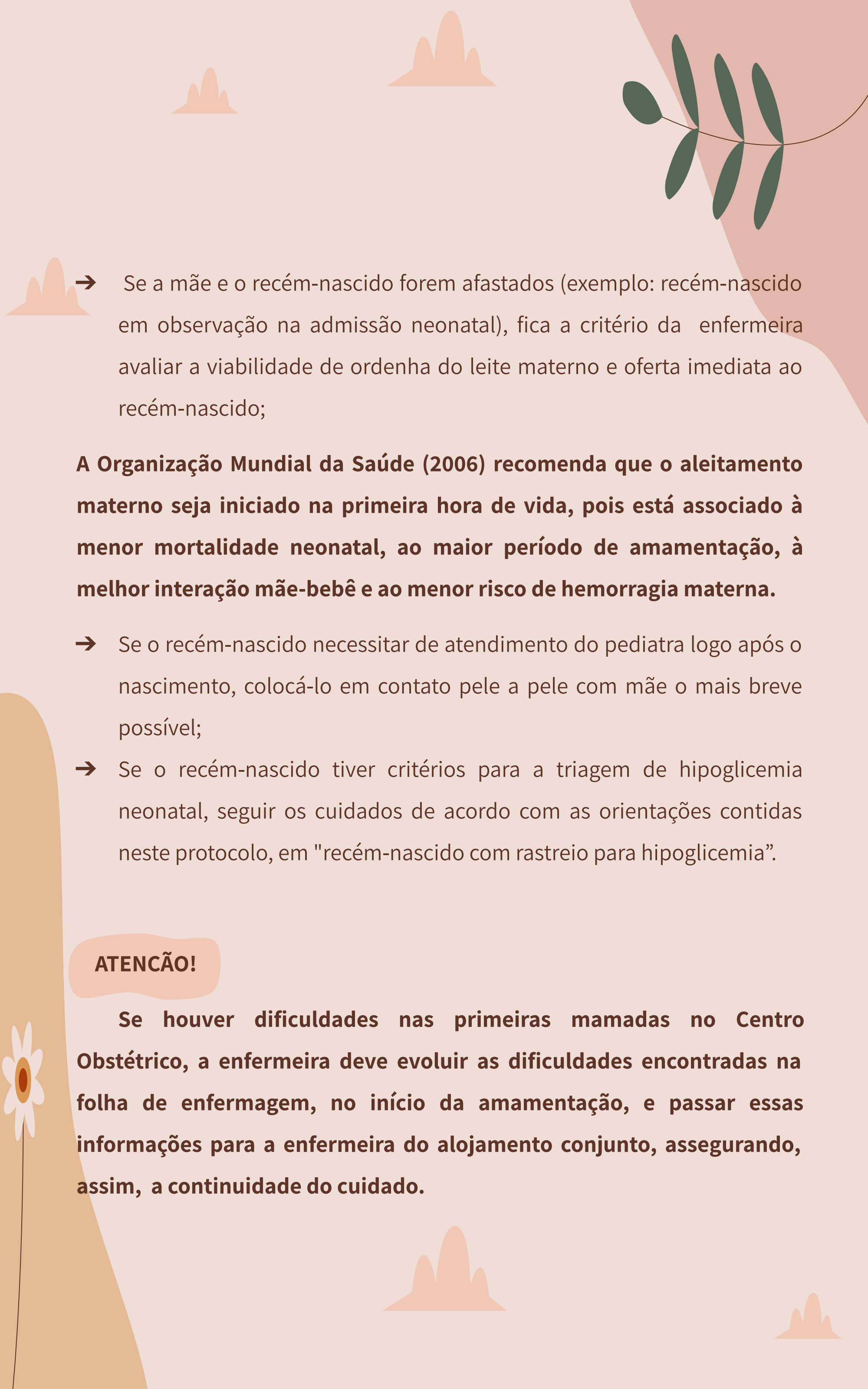
A enfermeira deve realizar anamnese e conhecer os fatores de risco que podem influenciar no processo de amamentação, como, por exemplo: não ter amamentado filhos mais velhos, presença de cirurgias nas mamas, não desejo de amamentar, crenças e mitos referentes à amamentação, entre outros. Deve, ainda, trabalhar essas questões, na medida do possível, com a paciente, além de registrar as informações no histórico de enfermagem para que haja seguimento do atendimento.





No **momento do nascimento**, o ambiente deve estar preparado para a recepção do recém-nascido:

- ➔ Manter o ambiente com temperatura de 26°;
- ➔ Deixar panos aquecidos em fácil acesso para evitar a perda de temperatura;
- ➔ Independentemente da via de parto, o recém-nascido deve ser colocado em contato pele a pele com a mãe;
- ➔ Se a parturiente não estiver em condições, o contato pele a pele pode ser iniciado com o pai, caso esse seja o acompanhante;
- ➔ Logo após o nascimento, perguntar, ao pediatra, se a criança apresenta chances de realizar triagem para hipoglicemia para que os cuidados com a primeira mamada sejam intensificados;
- ➔ Na primeira hora após o nascimento, deve-se iniciar a amamentação. Assim que o recém-nascido apresentar os primeiros sinais de busca, o profissional de enfermagem deve auxiliar a mulher a colocá-lo para mamar;
- ➔ O recém-nascido deve ser mantido em contato pele a pele, até a chegada do pediatra, para realizar o exame físico (o pediatra pode colocar e tirar o recém-nascido no contato pele a pele);
- ➔ As vacinas devem ser realizadas com o recém-nascido mamando no seio materno, conforme o POP institucional de Mamanalgisia;

- 
- Se a mãe e o recém-nascido forem afastados (exemplo: recém-nascido em observação na admissão neonatal), fica a critério da enfermeira avaliar a viabilidade de ordenha do leite materno e oferta imediata ao recém-nascido;

A Organização Mundial da Saúde (2006) recomenda que o aleitamento materno seja iniciado na primeira hora de vida, pois está associado à menor mortalidade neonatal, ao maior período de amamentação, à melhor interação mãe-bebê e ao menor risco de hemorragia materna.

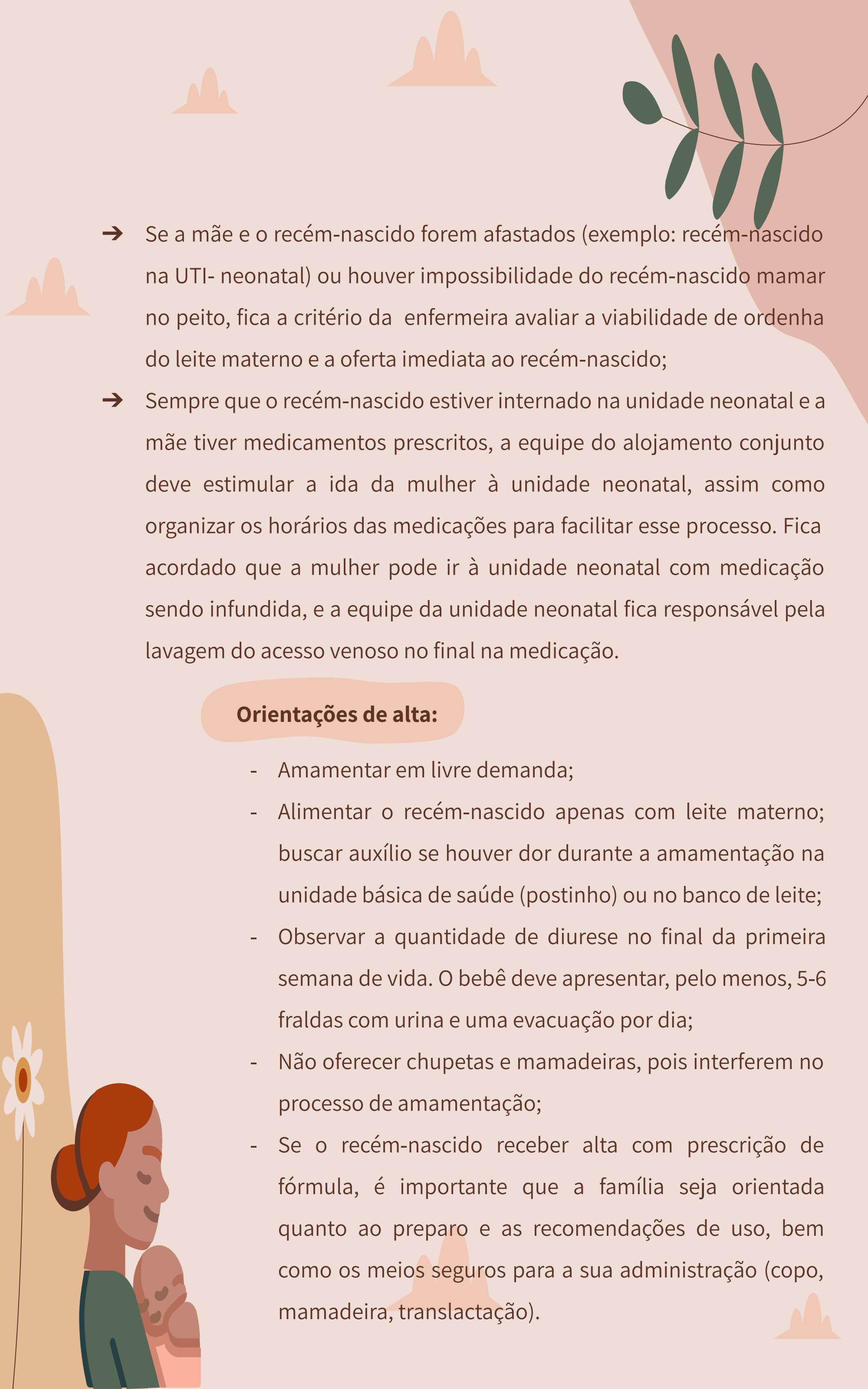
- Se o recém-nascido necessitar de atendimento do pediatra logo após o nascimento, colocá-lo em contato pele a pele com mãe o mais breve possível;
- Se o recém-nascido tiver critérios para a triagem de hipoglicemia neonatal, seguir os cuidados de acordo com as orientações contidas neste protocolo, em "recém-nascido com rastreio para hipoglicemia".

ATENÇÃO!

Se houver dificuldades nas primeiras mamadas no Centro Obstétrico, a enfermeira deve evoluir as dificuldades encontradas na folha de enfermagem, no início da amamentação, e passar essas informações para a enfermeira do alojamento conjunto, assegurando, assim, a continuidade do cuidado.

Cuidados no Alojamento Conjunto

- A enfermeira do alojamento conjunto deve realizar acompanhamento de uma mamada do recém-nascido nas primeiras 24 horas de vida e evoluir no prontuário dele como "**AVALIAÇÃO DA MAMADA**". Se houver inadequações, estas devem ser passadas em plantão para que seja dado seguimento pelas **ENFERMEIRAS** dos turnos seguintes, até que se tenha o estabelecimento pleno da amamentação. Nessa situação de inadequação, as enfermeiras devem evoluir o acompanhamento das mamadas subsequentes até que haja estabelecimento do processo de amamentação.
- O checklist da amamentação deve ser preenchido desde a admissão do binômio, na unidade de alojamento conjunto;
- Sempre que houver dificuldades que o técnico de enfermagem/auxiliar não conseguir sanar no manejo da amamentação, a enfermeira da unidade deve ser comunicada, cabendo, a ela, o diagnóstico da situação e as condutas para resolvê-la;
- A avaliação das intercorrências na amamentação e a discussão com a equipe médica cabem à enfermeira da unidade, quando houver necessidade;
- É vedada, à enfermagem, a administração de fórmula láctea sem que esta esteja prescrita pela equipe médica no prontuário do paciente;
- Sempre que for administrada fórmula láctea ao recém-nascido, a administração deve ser evoluída em prontuário acompanhada da justificativa para o procedimento;

- 
- Se a mãe e o recém-nascido forem afastados (exemplo: recém-nascido na UTI- neonatal) ou houver impossibilidade do recém-nascido mamar no peito, fica a critério da enfermeira avaliar a viabilidade de ordenha do leite materno e a oferta imediata ao recém-nascido;
 - Sempre que o recém-nascido estiver internado na unidade neonatal e a mãe tiver medicamentos prescritos, a equipe do alojamento conjunto deve estimular a ida da mulher à unidade neonatal, assim como organizar os horários das medicações para facilitar esse processo. Fica acordado que a mulher pode ir à unidade neonatal com medicação sendo infundida, e a equipe da unidade neonatal fica responsável pela lavagem do acesso venoso no final na medicação.

Orientações de alta:

- Amamentar em livre demanda;
- Alimentar o recém-nascido apenas com leite materno; buscar auxílio se houver dor durante a amamentação na unidade básica de saúde (postinho) ou no banco de leite;
- Observar a quantidade de diurese no final da primeira semana de vida. O bebê deve apresentar, pelo menos, 5-6 fraldas com urina e uma evacuação por dia;
- Não oferecer chupetas e mamadeiras, pois interferem no processo de amamentação;
- Se o recém-nascido receber alta com prescrição de fórmula, é importante que a família seja orientada quanto ao preparo e as recomendações de uso, bem como os meios seguros para a sua administração (copo, mamadeira, translactação).

II

Técnica de amamentação



Manejo clínico da amamentação e das principais dificuldades e intercorrências

ATENÇÃO!

NUNCA se deve recomendar o uso de intermediário/bico de silicone. Esse material tem indicação terapêutica extremamente restrita e deve ser usado com planejamento para a suspensão do uso. Ele NÃO é indicado para mulheres que sentem dor ao amamentar.

Amamentar é um ato complexo e nem sempre é fácil, principalmente, nos primeiros dias após o nascimento e, também, para as primíparas. Paciência, informação e apoio são necessários (BRASIL, 2019). Quase todas as mães são biologicamente capazes de amamentar, exceto algumas portadoras de condições severamente debilitantes (OMS, 2009). A quantidade de leite produzido pela mulher depende, principalmente, do quanto a criança mama. Quanto mais mamadas, mais leite é produzido e, por consequência, saudável será a criança (BRASIL, 2019).

Para atender às necessidades do recém-nascido, inclusive as emocionais, a amamentação deve ocorrer desde a primeira hora de vida e sempre que quiser mamar (em livre demanda), sem horários nem intervalos pré-determinados, durante o dia e a noite.



Como ajudar a mulher a amamentar

A seguir, estão descritos os elementos para que a mãe se prepare para amamentar, envolvendo aspectos da amamentação (postura, posição, prega e pega):

- O preparo para amamentar envolve certificar-se que as mãos da mãe e de quem vai auxiliá-la nesse processo estejam limpas (BRASIL, 2015);
 - As mamas não precisam de limpeza antes ou após as mamadas. O banho diário é suficiente (BRASIL, 2007);
 - Não há necessidade de a boca do recém-nascido ser limpa desde o nascimento, após cada mamada (independentemente se ingerir leite materno ou fórmula láctea);
 - Deve-se orientar a mulher a escolher um local que propicie conforto e tranquilidade para mãe e filho (BRASIL, 2019);
 - A mulher deve colocar-se sentada confortavelmente;
 - As roupas da mãe e do bebê devem estar adequadas ao processo, sem restringir movimentos;
 - Recomenda-se que as mamas estejam completamente expostas, sempre que possível, e o bebê vestido de maneira que os braços fiquem livres (BRASIL, 2015);
- 
- 
- 
- 

- ➔ Antes de iniciar a amamentação, ensinar a mulher a verificar se a região areolar está macia. Se a aréola estiver endurecida, orientá-la a massagear e ordenhar a região da aréola para extrair um pouco de leite, assim a região poderá se tornar macia e permitir a pega do recém-nascido (Figura 4);
- ➔ O excesso de leite, ao ser eliminado, torna a aréola flexível e em condições de ser abocanhada pelo bebê, dessa forma, ele poderá mamar de forma eficiente;
- ➔ O bebê deve estar calmo e alerta. Bebês sonolentos ou muito agitados e chorosos não conseguem mamar;
- ➔ Se o recém-nascido estiver dormindo no momento da mamada, é preciso acordá-lo (CARVALHO; GOMES, 2017).



(Brasil, 2009 b)

Sinais de prontidão do recém-nascido

A mãe deve ser orientada a observar os sinais de que a criança deseja mamar (sinais de fome), tais como: fazer movimentos com a boca e as mãos, balbuciar e sugar a mão. A mãe não precisa esperar a criança chorar para amamentar, inclusive, quando o recém-nascido chora para mamar, ele está irritado, e essa condição dificulta o processo de aprendizagem nas primeiras mamadas. Nos primeiros meses, a criança costuma mamar várias vezes ao dia, de oito a doze vezes, ou mais. Com o tempo, mãe e bebê estabelecem um ritmo próprio.

Recém-nascido sonolento

Recém-nascidos sonolentos podem necessitar de estímulo para que despertem para mamar:

- Tirar a roupa do bebê, deixando-o somente com a fralda;
- Movimentar a cabeça e o tronco do bebê para frente e para trás, mantendo a cabeça e o pescoço apoiados nas mãos;
- Fazer movimentos giratórios suaves de 180°, alternando um lado, depois o outro, mantendo a cabeça e o pescoço apoiados nas mãos;
- Amamentar na posição a cavaleiro (bebê sentado), pois estimula o bebê a ficar alerta; conversar com o bebê antes e durante a mamada, massageando suas costas, seu peito, pés e axilas;
- Caso ele durma antes de finalizar a mamada, retirá-lo do peito e movimentá-lo; trocar ou dar um banho rápido, para que o bebê acorde.

Recém-nascido agitado

Quando o bebê está agitado, é necessário acalmá-lo. Para acalantar o bebê, pode-se tomar algumas medidas como: colocá-lo em posição confortável e conversar com ele calmamente ou cantar canções de ninar; manter o ambiente calmo e tranquilo; orientar a mãe a se acalmar também e, caso ela esteja nervosa com o choro do bebê, orientá-la a delegar o cuidado a outro cuidador até que se acalme e possa amamentar. O bebê pode estar agitado por vários fatores. Há vários motivos que podem deixar o recém-nascido agitado, algumas ações para evitá-los ou saná-los são:

- Verificar se as fraldas estão sujas;
- Verificar se o recém-nascido está com calor/frio;
- Colocar o bebê para mamar quando estiver mais calmo, para verificar se é fome;
- Massagear e aquecer a barriguinha, pois pode haver um desconforto abdominal (CARVALHO; GOMES, 2017).



Após investigadas todas as possibilidades que possam estar causando desconforto, deve-se orientar a mãe a embrulhar o recém-nascido em um “charutinho”, com cueiro, embalá-lo gentilmente e produzir um ruído como “shhhh shhhh shhhh”. Essa estratégia é útil para simular as sensações de dentro do útero e acalmar o recém-nascido através da reconstrução desse ambiente mais familiar para ele.

Posicionamento adequado

A mulher é quem deve escolher a posição que desejar para amamentar. O profissional pode sugerir posições de acordo com as necessidades de cada binômio, sempre valorizando a segurança e o bem-estar da mulher durante a amamentação.

Alguns itens devem ser considerados na observação da mamada e na orientação à mãe, independentemente da posição escolhida pela mulher para amamentar:

- A mulher deve estar confortavelmente posicionada, relaxada, bem apoiada, não curvada para trás nem para frente - é aconselhável o apoio dos pés acima do nível do chão;
- O corpo do bebê deve encontrar-se bem apoiado e próximo ao da mãe, todo voltado para ela (barriga com barriga);
- O corpo e a cabeça do bebê devem estar alinhados - o pescoço do bebê deve estar levemente estendido;



Fonte: Brasil, 2019.

- O braço inferior do bebê deve estar posicionado de maneira que não fique entre o corpo do bebê e o corpo da mãe;
- O rosto do bebê deve estar de frente para a mama, com o nariz na altura do mamilo.

Posições para amamentar

É importante auxiliar a mulher em diferentes posições, durante a amamentação, para que ela possa encontrar a posição mais confortável para ela e para o recém-nascido.

Mãe sentada



Posição sentada tradicional

Mãe sentada e com as costas e pés apoiados, e o recém-nascido deve ficar deitado de lado, com seu corpo paralelo com o da mãe, encostando barriga com barriga.



Posição invertida

Mãe sentada confortavelmente e com uma almofada ou travesseiro para apoiar o bebê. O recém-nascido fica na posição inversa, debaixo do braço da mãe, com as pernas voltadas para trás do corpo da mãe. O abdome do bebê fica encostado em suas costelas, pela lateral e com cabeça apoiada na mão da mãe, para que ela tenha mobilidade para levar o bebê ao peito.

Mãe sentada



Posição de cavaleiro/cavalinho

Mãe sentada e levemente inclinada para frente. O bebê fica sentado no colo da mãe, com as pernas abertas e posicionadas uma de cada lado da coxa materna. A mãe sustenta, com uma das mãos, a cabeça, o pescoço e o tronco do bebê e, com a outra, apoia a mama.



Recém-nascidos sonolentos, prematuros e crianças com refluxo gastroesofágico ou com fissura labial e/ou fenda palatina podem se beneficiar dessa posição.

Mãe deitada



Posição deitada de lado

Mãe deitada de lado, com a cabeça apoiada em travesseiros, e o recém-nascido deitado de lado, com seu corpo paralelo com o da mãe, encostando barriga com barriga.



Posição descontraída

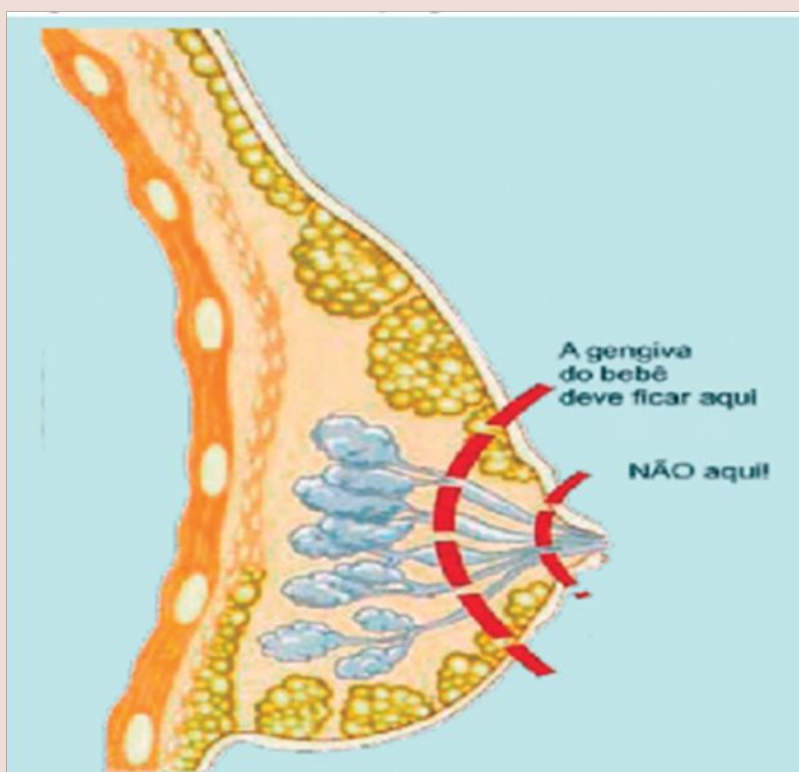
Mãe em posição semi deitada, levemente reclinada, relaxada, com ombros, cabeça e pescoço bem apoiados. O bebê fica em cima da mãe, em posição longitudinal ou oblíqua, mantendo-se fixado à mãe pela força da gravidade. As mãos da mãe podem ficar livres ou apoiar o bebê. Nessa posição, o bebê rasteja, acomoda-se e, frequentemente, pega sozinho a mama, utilizando seus reflexos inatos.

Pega do bebê

Para garantir uma boa técnica de aleitamento, além do posicionamento correto, é necessária uma pega correta. A pega é o encaixe da boca da criança ao peito da mãe para poder iniciar a amamentação.

Quando o bebê consegue abocanhar a mama de maneira adequada, ocorre a formação de vácuo, indispensável para que o mamilo e aréola permaneçam dentro da boca do bebê, de forma a proteger o mamilo da fricção e compressão e garantir que o bebê retire o leite, comprimindo os ductos lactíferos, com as gengivas e a língua.

A língua deve envolver o mamilo, fazendo um canolamento (elevação de suas bordas laterais e a formação de um sulco na região central, em forma de “concha”), conduzindo o leite até a faringe posterior e o esôfago, o que ativa o reflexo de deglutição. A mandíbula também se movimenta para baixo, na abertura ampla da boca, para cima, para comprimir suavemente o mamilo, e para trás, para acompanhar a língua nesse processo de extração do leite.



Fonte: Brasil, 2009b.

Para conseguir uma boa pega do bebê, deve-se orientar a mãe a segurar a mama com uma das mãos, posicionando o polegar bem acima da aréola, e os outros dedos e toda a palma da mão na região inferior da mama, formando a letra “C”. Não se recomenda que a mãe sustente a mama durante a mamada com os dedos em forma de tesoura, pois podem exercer pressão sobre a mama e constituir-se em obstáculo para a drenagem de leite pelos ductos.



Fonte: Brasil, 2019.

É importante que a mãe espere o bebê abrir bem a boca e abaixar a língua antes de colocá-la no peito. É comum que recém-nascidos, nas primeiras mamadas, não “abram um bocão”. Nessas situações, deve-se orientar a mulher a realizar uma “prega de apoio”, que é pressionar a aréola para que o recém-nascido não abocanhe apenas o mamilo, e sim, faça uma pega profunda.

Pega adequada



Pega inadequada



Fonte: Brasil, 2015.

A pega inadequada dificulta a retirada do leite pelo bebê e traumatiza os mamilos.



Sinais que indicam uma pega adequada

- A cabeça do bebê está no nível da mama, com o nariz na altura do mamilo;
- As narinas do bebê permanecem livres;
- O bebê mantém a boca bem aberta e encaixada na mama, os lábios ficam curvados para fora e o queixo tocando a mama;
- A língua do bebê encontra-se acima da gengiva inferior e curvada para cima nas bordas laterais;
- O bebê se mantém fixado à mama, sem escorregar ou largar o mamilo;
- As mandíbulas do bebê estão se movimentando;
- A deglutição é visível e/ou audível.

**É importante lembrar à mãe
que é o bebê que vai à
mama e não a mama que vai
ao bebê.**

Sinais que indicam uma pega inadequada

- Bochechas do bebê encovadas quando realiza a sucção;
- Ruídos da língua;
- Mama esticada ou deformada durante a mamada;
- Mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou, ainda, achatadas quando o bebê solta a mama;
- Dor na amamentação.

A dor pode ser um sinal de que a pega pode ser melhorada. Nesse caso, tire o bebê do peito com cuidado, introduza o dedo indicador ou o dedo mínimo no canto de sua boca, fazendo com que a sucção seja desfeita antes que ele largue o peito. Depois, encaixe-o de novo, com a boca bem aberta.



Fonte: Brasil, 2007.

Observação e avaliação da amamentação

Para que os profissionais de saúde possam ajudar a mãe a amamentar, existe o Formulário de Observação da Mamada. Através dele, é possível avaliar sinais favoráveis à amamentação e sinais sugestivos de dificuldades, a fim de auxiliar o profissional da saúde na identificação de problemas, no planejamento do cuidado e no direcionamento de intervenções.

Formulário de Observação da Mamada

Nome da mãe: _____

Data: ____/____/____

Nome do bebê: _____

Idade do Bebê: _____

Sinais de que a amamentação está indo bem:	Sinais de possível dificuldade:
GERAL	
MÃE:	MÃE:
☐ A mãe parece saudável	☐ A mãe parece doente ou deprimida
☐ A mãe está confortável e relaxada	☐ A mãe parece tensa e desconfortável
☐ Sinais de vínculo entre a mãe e seu bebê	☐ Sem troca de olhar entre a mãe e seu bebê
BEBÊ:	BEBÊ:
☐ O bebê parece saudável	☐ O bebê parece sonolento ou doente
☐ O bebê está calmo e relaxado	☐ O bebê está inquieto ou chorando
☐ O bebê tenta alcançar ou procura a mama quando tem fome	☐ O bebê não tenta alcançar ou não procura a mama
MAMAS	
☐ As mamas parecem saudáveis	☐ As mamas estão vermelhas, inchadas ou doloridas
☐ Não há dor ou desconforto	☐ Há dor na mama ou mamilo
☐ A mama é bem apoiada com os dedos longe do mamilo	☐ As mamas são apoiadas com os dedos sobre a aréola
POSIÇÃO DO BEBÊ	
☐ A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados	☐ O pescoço e a cabeça do bebê estão virados para a mama
☐ O bebê está próximo do corpo da mãe	☐ O bebê não está próximo da mãe
☐ Todo o corpo do bebê recebe apoio	☐ O bebê é apoiado apenas pela cabeça e pelo pescoço
☐ O bebê se aproxima da mama com o nariz apontado para o mamilo	☐ O bebê se aproxima da mama com o lábio inferior/queixo apontado para o mamilo
PEGA DA MAMA PELO BEBÊ	
☐ Mais aréola visível acima do lábio superior do bebê	☐ Mais aréola visível abaixo do lábio inferior do bebê
☐ A boca do bebê está bem aberta	☐ A boca do bebê não está bem aberta
☐ Lábio inferior voltado para fora	☐ Lábios apontam para para frente ou para dentro
☐ O queixo toca a mama	☐ O queixo não toca a mama
SUCÇÃO	
☐ Sucção lenta e profunda com pausas	☐ Sucção rápida e superficial
☐ Bochechas cheias durante a sucção	☐ Bochechas vazias durante a sucção
☐ O bebê solta a mama quando termina	☐ A mãe tira o bebê da mama
☐ A mãe percebe sinais de reflexo da ocitocina	☐ Não são percebidos sinais do reflexo da ocitocina

Apojadura

A “descida do leite” ou “apojadura”, geralmente, acontece em torno do 3º ao 5º dia pós-parto, mas pode ocorrer antes ou depois. Nela, a produção de leite aumenta e, em geral, a mãe produz mais leite do que a criança consegue mamar. Quando isso ocorre, deve-se orientar que a mulher realize a ordenha de alívio antes da mamada, a fim de facilitar a pega do recém-nascido e, caso esteja desconfortável, após a mamada ou na mama que não amamentou também.

IMPORTANTE! Essa ordenha não tem o intuito de esvaziar a mama, pois, assim, causará um efeito reverso, estimulando ainda mais a produção de leite.

Tempo de mamada

O tempo que o bebê permanece mamando varia de criança para criança. Ele deve mamar até ficar satisfeito, ou seja, até que pare de sugar, solte a mama ou adormeça.



É importante que a mãe respeite o ritmo do bebê e deixe que sugue uma mama, até que ela fique bem macia, antes de oferecer a outra. Assim, o bebê consegue ingerir o leite com suas diferentes composições, que modificam ao longo da mamada. Além disso, recomenda-se que a mãe inicie a mamada pela mama oferecida por último, ou pela mama que não tenha sido dada na mamada anterior.



Para o bebê arrotar, é necessário levantá-lo e apoiar a cabeça dele no ombro da mãe, fazendo uma suave massagem nas costas ou, ainda, posicionar o bebê sentado no colo, inclinando-o para frente, apoiado com o braço. Se o bebê não arrotar mesmo após 15 minutos em alguma das posições, ele pode ser colocado na posição horizontal mesmo que não tenha arrotado. É comum que o bebê que mama apenas no seio materno não arroto.



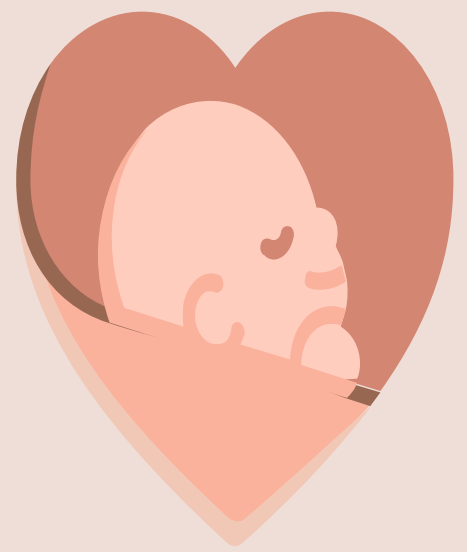
Fonte: Brasil, 2007.

III

Situações especiais



Intercorrências neonatais na amamentação



Recém-nascido em triagem de hipoglicemia

O método mais eficaz de prevenção de hipoglicemia é colocar o bebê para mamar tão logo seja possível, após o parto. O jejum prolongado está associado à queda progressiva do nível médio de glicose no sangue, em recém-nascidos, independentemente de terem fatores de risco para hipoglicemia ou não.

Se o recém-nascido cumprir **requisitos para triagem de hipoglicemia neonatal**, deve-se: colocar o recém-nascido em contato pele a pele, logo após o nascimento, intensificando a promoção à amamentação. O hemoglicoteste (HGT) deve ser realizado 30 minutos após a primeira mamada ou de 90 a 120 minutos após o nascimento se a primeira mamada for postergada.

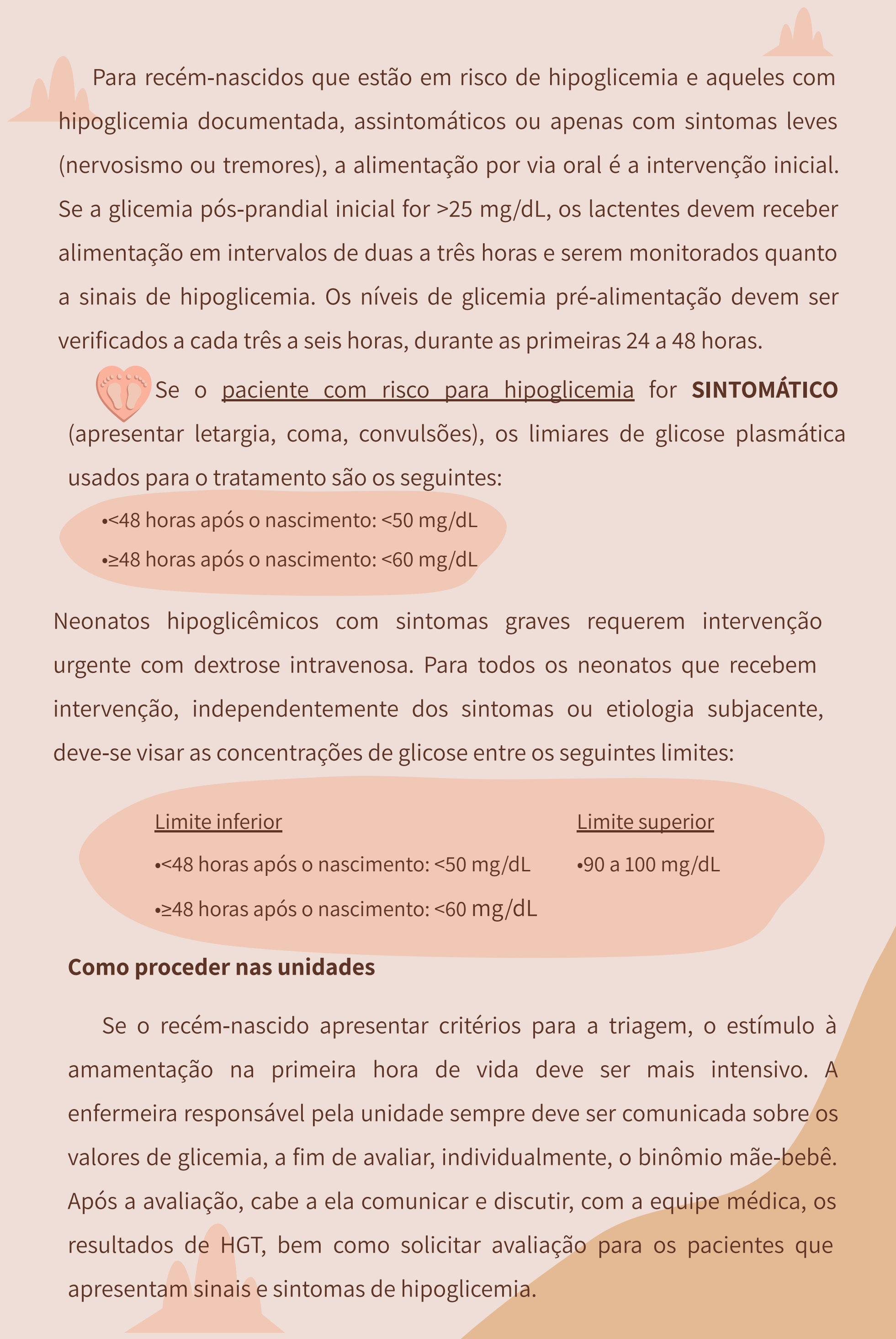
Recém-nascido pequeno para idade gestacional (PIG), grande para idade gestacional (GIG), filho de mãe diabética e/ou prematuro



Se o paciente com risco para hipoglicemia for **ASSINTOMÁTICO**, considerar os seguintes valores para intervenção:

- <4 horas após o nascimento: <25 mg/dL
- 4 a <24 horas após o nascimento: <35 mg/dL
- 24 a <48 horas após o nascimento: <50 mg/dL
- ≥48 horas após o nascimento: <60 mg/dL

Se o resultado estiver dentro do esperado, deve-se promover a alimentação por via oral, com preferência pelo leite materno direto na mama ou ordenhado e, na impossibilidade, ofertar fórmula láctea.



Para recém-nascidos que estão em risco de hipoglicemia e aqueles com hipoglicemia documentada, assintomáticos ou apenas com sintomas leves (nervosismo ou tremores), a alimentação por via oral é a intervenção inicial. Se a glicemia pós-prandial inicial for >25 mg/dL, os lactentes devem receber alimentação em intervalos de duas a três horas e serem monitorados quanto a sinais de hipoglicemia. Os níveis de glicemia pré-alimentação devem ser verificados a cada três a seis horas, durante as primeiras 24 a 48 horas.



Se o paciente com risco para hipoglicemia for **SINTOMÁTICO** (apresentar letargia, coma, convulsões), os limiares de glicose plasmática usados para o tratamento são os seguintes:

- <48 horas após o nascimento: <50 mg/dL
- ≥48 horas após o nascimento: <60 mg/dL

Neonatos hipoglicêmicos com sintomas graves requerem intervenção urgente com dextrose intravenosa. Para todos os neonatos que recebem intervenção, independentemente dos sintomas ou etiologia subjacente, deve-se visar as concentrações de glicose entre os seguintes limites:

Limite inferior

- <48 horas após o nascimento: <50 mg/dL
- ≥48 horas após o nascimento: <60 mg/dL

Limite superior

- 90 a 100 mg/dL

Como proceder nas unidades

Se o recém-nascido apresentar critérios para a triagem, o estímulo à amamentação na primeira hora de vida deve ser mais intensivo. A enfermeira responsável pela unidade sempre deve ser comunicada sobre os valores de glicemia, a fim de avaliar, individualmente, o binômio mãe-bebê. Após a avaliação, cabe a ela comunicar e discutir, com a equipe médica, os resultados de HGT, bem como solicitar avaliação para os pacientes que apresentam sinais e sintomas de hipoglicemia.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL

FLUXOGRAMA PARA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NA TRIAGEM DA HIPOGLICEMIA NEONATAL

Atenção!!

Para RN que não apresenta fatores de risco ou sintomatologia para hipoglicemia, NÃO É RECOMENDADO realizar hemoglicoteste.

RN com fatores de risco para hipoglicemia*

Colocar RN em CPP e estimular/auxiliar amamentação no seio materno tão logo seja possível

* Fatores de risco para hipoglicemia:

- PIG
- GIG
- Prematuro
- Filho de mãe DM

RN SUGOU O SEIO MATERNO?

Não

Sim

Se RN não sugou ou a 1ª mamada foi postergada por algum motivo:
Estimular/auxiliar na mamada e realizar HGT de 90 a 120 minutos após o nascimento

Realizar HGT 30 minutos após a 1ª mamada

*Importante!

A avaliação do RN e identificação de sinais/sintomas de hipoglicemia é feita pela enfermeira.
A enfermeira discute com a equipe médica as condutas frente à hipoglicemia neonatal.

NEONATO SINTOMÁTICO**?

** Sintomatologia para hipoglicemia neonatal:

- letargia
- convulsões
- coma
- sintomas leves (nervosismo ou tremores)

Não

Sim

Se neonato **ASSINTOMÁTICO**, são considerados os seguintes valores (HGT) para intervenção:

- <4 horas após o nascimento: <25 mg/dL
- 4 a <24 horas após o nascimento: <35 mg/dL
- 24 a <48 horas após o nascimento: <45 mg/dL
- ≥48 horas após o nascimento: <55 mg/dL

Se neonato **SINTOMÁTICO**, são considerados os seguintes valores (HGT) para intervenção:

- <45 mg/dL

RESULTADOS DENTRO DOS VALORES ESPERADOS?

Não

Sim

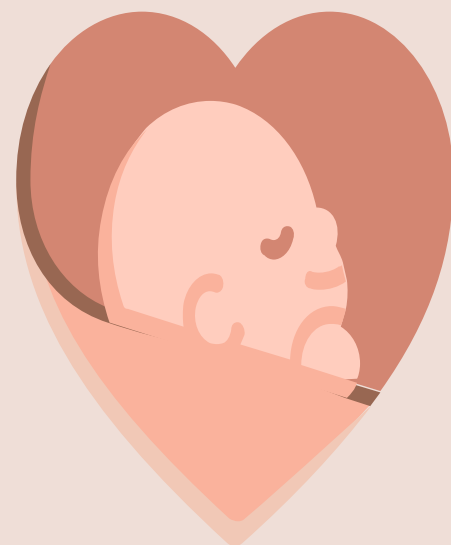
Enfermeira discute com equipe médica as condutas subsequentes

- Alimentação oral, com preferência pelo leite materno direto da mama ou ordenhado e, na impossibilidade, oferta de fórmula láctea conforme discussão com enfermeira e prescrição médica
- Estimular/auxiliar amamentação em intervalos de 2h a 3h
- Verificar HGT pré-alimentação conforme apurado pelo pediatra

Referência: UpToDate, 2022



Intercorrências neonatais na amamentação



Recém-nascido prematuro (34-36 semanas 6 dias)

Os recém-nascidos pré-termo (RNPT) apresentam diferentes padrões e demandas nutricionais quando comparados a um recém-nascido a termo. Quanto à amamentação, o RNPT apresenta um padrão de sucção ainda em desenvolvimento, pois a coordenação da sucção-respiração-deglutição começa a partir da 32ª semana de vida.

Nos casos em que o RNPT necessita de internação em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) ou Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), sua alimentação pode iniciar através da sonda nasogástrica ou orogástrica, passando, também, pelo copo e, depois, para o aleitamento materno. Enquanto o aleitamento não iniciar, a equipe de saúde tem o importante papel de acolher todas as dúvidas e angústias dos pais, apresentar o cenário da unidade a eles, orientar a mãe sobre como manter a lactação e realizar avaliação contínua para iniciar a amamentação o mais precocemente possível, observando a individualidade de cada bebê.

Ações a serem realizadas antes de iniciar o aleitamento materno

- Logo após o parto, ajudar/orientar a mãe a realizar a ordenha de estímulo se o bebê não puder mamar e, após passar a apojadura, orientar a ordenha para extração do leite materno, a fim de oferecer ao recém-nascido. É importante que essa ordenha seja realizada à beira-leito;

- Incentivar os pais a visitarem, tocarem e realizarem pequenos cuidados com o RNPT, assim que possível, garantindo que a mãe tenha um local adequado para ficar perto do bebê;



Quando a mãe fica com seu recém-nascido na UTIN, ela começa a produzir anticorpos contra muitos dos vírus aos quais o bebê é exposto. Esses anticorpos são passados ao bebê pelo leite materno.



- Colocar o recém-nascido em **Método Canguru** - o contato pele a pele auxilia na termorregulação, na normalidade do padrão respiratório e no desenvolvimento do bebê, além de favorecer o aumento da produção de leite.



Consiste em colocar o bebê, apenas de fralda, em posição vertical, no colo da mãe, cobrindo-o com a camisola. Se isso for realizado enquanto o bebê recebe alimentação por sonda, ele pode associar a sensação de saciedade com a mama.

Ações a serem realizadas quando o aleitamento materno iniciar

- Orientar às mães que o período inicial será de momentos de aproximação com a mama/amamentação. Explicar o que devem esperar durante a mamada: que dure um longo tempo devido às pausas frequentes que o recém-nascido faz para descansar durante a mamada e que pode haver engasgos, pois o tônus muscular do bebê está em adaptação e sua sucção não é totalmente coordenada;

IMPORTANTE:

A maturidade é o fator mais importante a ser considerado na avaliação individualizada de cada bebê. O peso e a idade gestacional não são medidas precisas para avaliar a capacidade de sucção-deglutição-respiração.

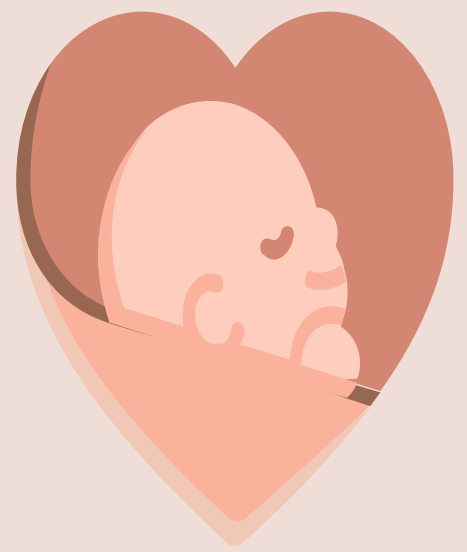
- Planejar mamadas silenciosas, tranquilas e um pouco longas (cerca de uma hora para cada mamada);

- Acalmar o recém-nascido se estiver muito agitado e esperar que ele se reorganize fisiologicamente para iniciar a mamada;

- Realizar a amamentação na posição de cavaleiro;
- A ordenha da mama pode ser realizada antes da mamada, para estimular o processo de ejeção e facilitar a sucção do bebê, quando o recém-nascido está internado para ganhar peso.



Intercorrências neonatais na amamentação



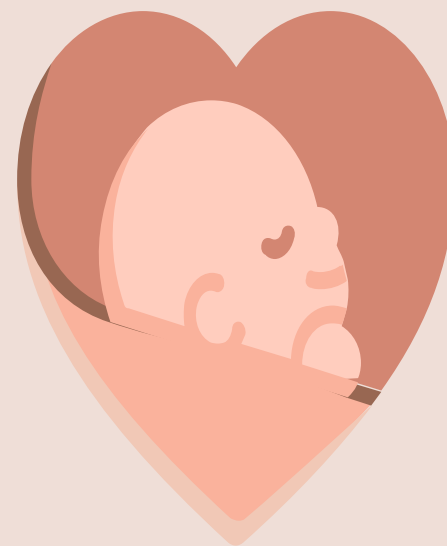
Gemelares

A produção láctea de uma mãe que amamenta exclusivamente gemelares é suficiente para as necessidades nutricionais de ambos os filhos. Os fatores primordiais para o sucesso dessa amamentação serão o tempo que essa mãe terá para amamentar e o apoio e incentivo por parte dos profissionais de saúde e de sua rede de apoio. Orientar a mãe sobre a amamentação:

- No começo da amamentação, orientar que cada bebê seja amamentado separadamente, para ela poder se concentrar no posicionamento e na pega da mama pelo bebê, assim como para conhecer as dificuldades e facilidades de cada um - quando os bebês conseguirem pegar a mama corretamente, a mãe pode alimentá-los ao mesmo tempo, se quiser;
- A mãe deve realizar o rodízio das mamas nas mamadas, ou seja, se o gemelar A sugou a mama esquerda e o gemelar B a direita, na próxima mamada, é aconselhável que inverta as mamas, pois se um dos bebês apresentar uma sucção mais efetiva que o outro, com o revezamento, a mãe pode garantir a produção láctea igual nas mamas.



Intercorrências neonatais na amamentação



Recém-nascido com problemas neurológicos

Recém-nascido com Síndrome de Down ou outras comorbidades neurológicas, geralmente, apresentam dificuldades na coordenação motora-oral, na deglutição e na sucção e na coordenação de ambas com a respiração.

Os bebês com Síndrome de Down apresentam tônus diminuído e a base da língua mais grossa, fatores estes que podem dificultar a mamada. O profissional de saúde deve avaliar a sucção, colocando o dedo mínimo enluvado, na posição em que a parte mole do dedo toque o palato e a parte da unha fique na língua, para avaliar o padrão de sucção desse bebê e se ele pode ser amamentado (SEGRE et al., 2015). Se o bebê não conseguir mamar no peito, ele pode receber o leite materno através da ordenha e do oferecimento no copo.

Atenção: O dedo enluvado não deve ser utilizado para oferecer fórmula láctea para o recém-nascido. Trata-se de um procedimento técnico da fonoaudiologia, utilizado para avaliar reflexos de sucção e deglutição no recém-nascido.

Algumas orientações:

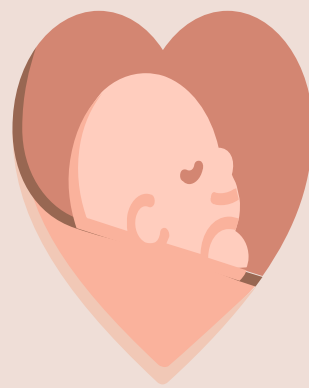
- Acolher todos os sentimentos, angústias e medos dos pais, sendo uma rede de apoio para eles;
- Encorajar o contato desde cedo, assim como o início precoce da alimentação, avaliando o padrão de sucção. Realizar amamentação assistida do binômio;
- Observar o estado de sono e vigília do bebê, que precisa estar acordado para mamadas frequentes/efetivas e ser estimulado para permanecer alerta durante as mamadas;
- Ajudar com o posicionamento e a pega da mama pelo bebê;
- Orientar a mãe a colocar o neonato na posição de cavaleiro, apoiar sua mama com a mão e segurar o queixo do bebê com o polegar e o indicador, formando a letra “c”, para estabilizar a mandíbula do bebê, enquanto a outra mão segura a base da cabeça do RN (posição de Dancer).

Figura 20- Posição de Dancer.



A – Posição da mão da mãe. B – Posição do bebê no peito com apoio.

Fonte: Lawrence e Lawrence, 2016.



Fenda labial e fenda palatina

Quando ocorre uma formação inadequada da cavidade oral, podem surgir algumas más formações, como a fenda labial e a fenda palatina. A fenda labial pode ser simples ou completa, uni ou bilateral.

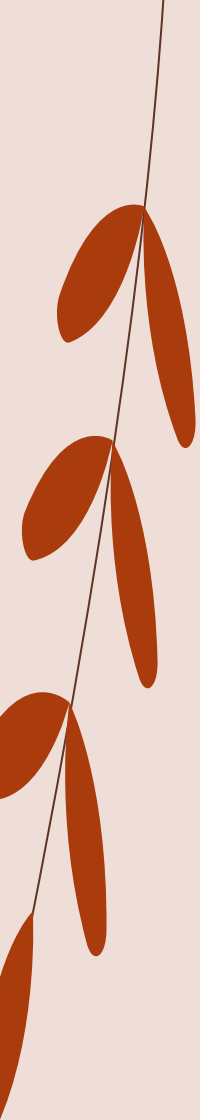
A forma simples compromete apenas a parte mole dos lábios, sob forma de fenda, que, eventualmente, avança até a narina. Já nas formas completas, todo o palato é comprometido, o nariz é deformado e os dentes serão anormais. As formas bilaterais podem ser simples ou totais (DEL CASTANHEL; DELZIOVO; ARAÚJO, 2016).

A fissura palatina pode abranger o palato mole e/ou duro. Há, ainda, formas intermediárias, podendo a anomalia estar ou não associada à fenda labial (DEL CASTANHEL; DELZIOVO; ARAÚJO, 2016). Essas condições podem acarretar problemas para a criança, tais como: dificuldade na amamentação, infecções frequentes de vias aéreas superiores e problemas na dentição e na fonação.

O aleitamento materno é possível nesses casos, porém, precisa ser avaliado por uma equipe multidisciplinar para haver a liberação da amamentação.

A época ideal para o tratamento cirúrgico da fenda labial é após o primeiro mês de vida, e para a fissura palatina, em torno do 18º mês, associando-se o tratamento com fonoaudiólogo e ortodontista.





Orientações na amamentação:

- Orientar/reforçar a importância da amamentação para bebês com fendas, devido ao maior risco de apresentar otite média e infecções do trato respiratório superior;
 - Se o recém-nascido estiver usando sonda orogástrica, estimular a ordenha e oferecimento do leite da mãe para o bebê;
 - Orientar a mãe a oferecer o copo com o próprio leite ordenhado;
 - Segure o bebê de modo que seu nariz e garganta estejam acima da mama. Isso evitará que o leite vaze para a cavidade nasal, que dificulta a respiração do bebê durante a mamada. O tecido da mama ou o dedo da mãe podem tapar a fenda no lábio para ajudar o bebê a manter a sucção.
- 
- 
- 

Intercorrências maternas na amamentação

Dor nos mamilos/mamilos machucados

Dor discreta ou moderada nos mamilos, no começo das mamadas, mas que desaparece ao longo dela, é normal. Ocorre devido à forte sucção dos mamilos e não deve persistir além da primeira semana. No entanto, ter os mamilos muito doloridos e machucados não é normal e requer intervenção. A dor pode ser causada por:

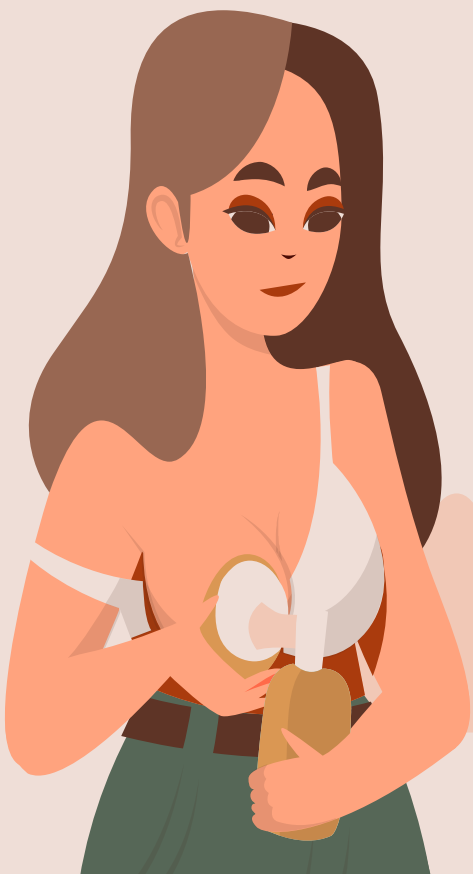
- Trauma/lesão mamilar por posicionamento e pega inadequados - causa mais comum;
- Mamilos curtos, planos ou invertidos;
- Crianças com disfunções orais ou freio lingual excessivamente curto;
- Sucção não nutritiva prolongada;
- Uso impróprio de bombas de extração de leite;
- Uso de cremes e/ou óleos no mamilo, exposição prolongada a forros úmidos e uso de protetores de mamilos (intermediários); e,
- Técnica inadequada para interrupção da sucção da criança.

O trauma mamilar é traduzido por eritema, edema, fissuras, bolhas, “marcas” brancas, amarelas ou escuras, hematomas ou equimoses no mamilo.



Fonte: Brasil, 2009b.

Se for preciso interromper a mamada, fazer a introdução do dedo indicador ou mínimo, pela comissura labial (canto da boca) do bebê, de maneira que a sucção seja interrompida, antes de a criança ser retirada do seio.





São medidas de prevenção do trauma mamilar:



- Amamentação com técnica adequada (posicionamento e pega adequados) e em livre demanda;
- Manter os mamilos secos e não utilizar produtos que retiram sua proteção natural (como sabões, álcool ou qualquer produto secante) ou protetores (intermediários) de mamilo;
- Evitar ingurgitamento mamário e realizar a ordenha manual da aréola, antes da mamada, se ela estiver ingurgitada;
- Utilizar técnica adequada quando for necessária a interrupção da mamada.

IMPORTANTE! Mesmo com o mamilo com fissuras, quando o recém-nascido realiza a pega de maneira correta, a mulher não sentirá dor ao amamentar. Ela pode sentir um desconforto no início da mamada, mas, logo em seguida, a percepção de dor passa. Enquanto persistir a queixa de dor, faz-se necessário reavaliar e corrigir a mamada.

Além de corrigir o problema que está causando a dor mamilar, faz-se necessário intervir para aliviar a dor e promover a cicatrização das lesões o mais rápido possível, evitando a entrada de bactérias. Pode-se sugerir as seguintes medidas de conforto:

- Iniciar a mamada pela mama menos afetada;
- Fazer a ordenha de um pouco de leite, antes da mamada, para desencadear o reflexo de ejeção de leite;
- Usar diferentes posições para amamentar, reduzindo a pressão nos pontos dolorosos ou áreas machucadas;



- Fazer uso de coxim mamilar (compressa ou pano de boca enrolado e fechado em formato de “rosca”) entre as mamadas, eliminando o contato da área machucada com a roupa;
- Usar analgésicos sistêmicos, por via oral, se houver dor importante.

O uso de leite ordenhado da mãe é recomendado, pois contém substâncias hidratantes e cicatrizantes. Já cremes, óleos, antissépticos, saquinhos de chá ou outras substâncias tópicas devem ser evitados.

ATENÇÃO! Ofertar fórmula láctea porque a mulher está com dor ao amamentar NÃO é a primeira escolha de tratamento, pois essa conduta pode contribuir para a manutenção da dor durante a mamada, além de não auxiliar no processo de aprendizagem da mamada e interferir na produção de leite. Só se deve interromper temporariamente a amamentação na mama afetada se a lesão mamilar for muito extensa ou se a mulher não estiver conseguindo amamentar por causa da dor. No entanto, a mama deve ser esvaziada por ordenha manual.

Demora na descida do leite

Em algumas mulheres, a “descida do leite” ou apojadura ocorre após o quarto dia depois do nascimento. Nesses casos, o profissional de saúde deve:

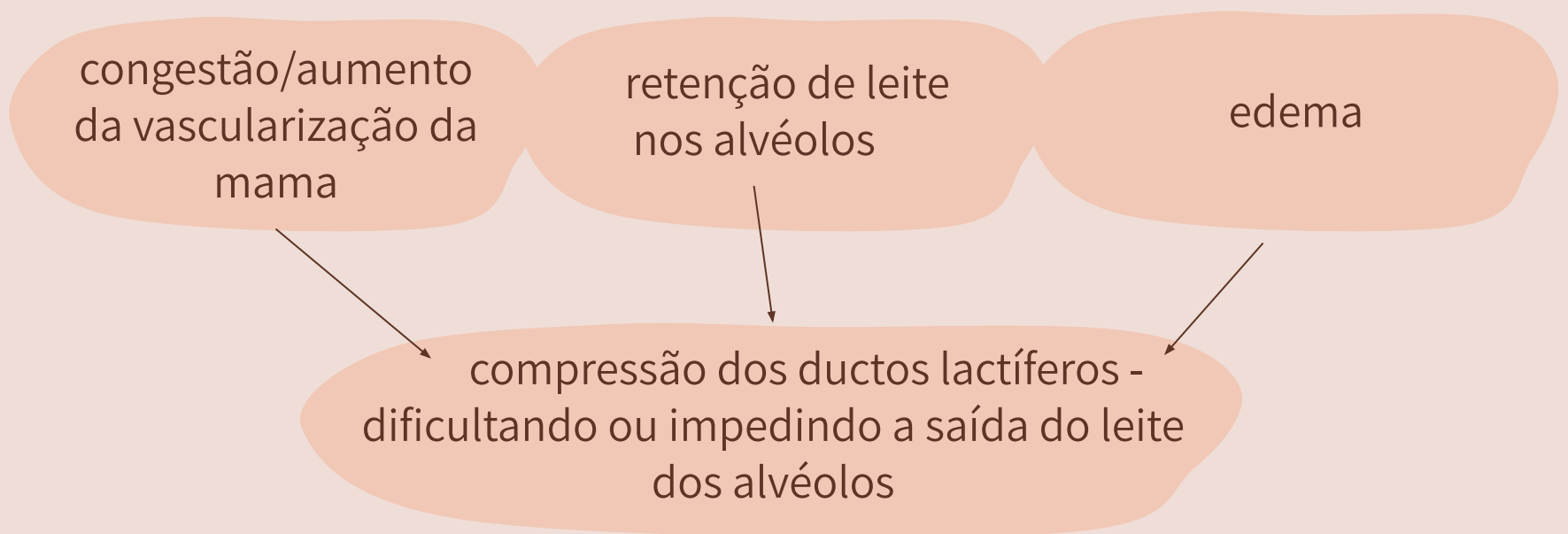
- Desenvolver confiança na mãe e orientar medidas de estimulação da mama, como sucção frequente do bebê e ordenha;
- Se após avaliação houver a necessidade de ofertar fórmula láctea, deve ser realizada por translactação, para que o bebê continue a estimular a mama e perceba que, ao sugar o seio da mãe, sente-se saciado.

A translactação consiste em colocar um recipiente contendo leite, conectado ao mamilo, por meio de uma sonda. Assim, ao sugar o mamilo, a criança recebe o suplemento.

Intercorrências maternas na amamentação

Ingurgitamento mamário

No ingurgitamento mamário, há três componentes básicos:



Quando o ingurgitamento é fisiológico, é discreto e representa um sinal positivo de que o leite está “descendo”, sendo necessário, apenas, realizar uma ordenha de alívio, a fim de facilitar a pega do recém-nascido. Já no ingurgitamento patológico, a mama fica excessivamente distendida, o que causa grande desconforto. Às vezes, é acompanhado de febre e mal estar, podendo haver áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes, os mamilos ficam achatados e, muitas vezes, o leite não flui com facilidade.

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, a amamentação em livre demanda, iniciada o mais cedo possível, preferencialmente, logo após o parto, com técnica correta, e o não uso de complementos (água, chás e outros leites) são medidas eficazes na prevenção do ingurgitamento.





Se o ingurgitamento mamário patológico não pode ser evitado, recomendam-se as seguintes medidas:

- Massagens delicadas das mamas, com movimentos circulares, nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento, para fluidificar o leite viscoso acumulado;

- Ordenha manual da aréola antes da mamada, para facilitar a pega adequada do bebê e ordenha da mama, se o bebê não sugar;

- Amamentação em livre demanda;

- Suporte para as mamas, com o uso ininterrupto de sutiã com alças largas e firmes, para aliviar a dor e manter os ductos em posição anatômica;

- Uso de analgésicos sistêmicos/anti-inflamatórios. Ibuprofeno é considerado o mais efetivo, auxiliando, também, na redução da inflamação e do edema. Paracetamol ou dipirona podem ser usados como alternativas;

- A crioterapia (aplicação de gelo ou gel gelado) deve ser realizada após o esvaziamento da mama, em intervalos regulares, após ou nos intervalos das mamadas - em situações de maior gravidade, podem ser feitas de duas em duas horas.

O esvaziamento da mama é essencial para dar alívio à mãe, diminuir a pressão dentro dos alvéolos, aumentar a drenagem da linfa e do edema e não comprometer a produção do leite.



Importante! O tempo de aplicação não deve ultrapassar 20 minutos devido ao efeito rebote, ou seja, um aumento de fluxo sanguíneo para compensar a redução da temperatura local.

Referências



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Promovendo o aleitamento materno. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 18 p. Álbum seriado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 260 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido : guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. (Cadernos de atenção básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da saúde. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: método canguru: manual técnico. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 340 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. 265 p.

CARVALHO, M. R.; GOMES, C. F. Amamentação: bases científicas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. cap. 9.

CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. Aspectos socioculturais da amamentação. In: _____. Aleitamento materno: manual prático. 2. ed. Londrina: PML, 2006, p. 41-49. abut BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. (Cadernos de atenção básica, n. 23).



Referências



DEL CASTANHEL, M. S.; DELZIOVO, C. R.; ARAÚJO, L. D. (org.). Promoção do leite materno na atenção básica. Florianópolis: UFSC, 2016. (Formação para Atenção Básica). apud RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretária de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Programa de Aleitamento Materno. Protocolo e diretrizes de atendimento em aleitamento materno. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2020. 115p.

ANATOMIA da mama feminina. Kenhub, 07 set. 2020. Anatomia. Disponível em: <https://www.kenhub.com/pt/library/anatomia/anatomia-da-mama-feminina>. Acesso em: 02 out. 2020.

LACERDA, S. M. M.; MAIA, E. R. Aleitamento materno entre mães adolescentes: um estudo sobre desmame na atenção básica. Cad. Cultura Ciên., Fortaleza, v.1, n. 1, p. 44-59, 2009.

LAWRENCE, R. A.; LAWRENCE, R. M. Breastfeeding infants with problems. In: LAWRENCE, R. A.; LAWRENCE, R. M. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 8. ed. Philadelphia: Elsevier, 2016. cap. 14, p. 483-523. abut RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretária de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Programa de Aleitamento Materno. Protocolo e diretrizes de atendimento em aleitamento materno. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2020. 115p.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretária de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Programa de Aleitamento Materno. Protocolo e diretrizes de atendimento em aleitamento materno. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2020. 115p.

ROZANCE, Paul J. Management and outcome of neonatal hypoglycemia . UPTODATE 2022. Literature review current through: Dec 2022. | This topic last updated: Jul 12, 2022. Acesso em Dez de 2022.

SILVA, L. A.; NAKANO, M. S. N.; GOMES, F. A.; STEFANELLO, J. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 48-56, 2009. abut RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretária de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Programa de Aleitamento Materno. Protocolo e diretrizes de atendimento em aleitamento materno. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2020. 115p.



Referências



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite materno. Genebra: OMS, 2009. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69938/WHO_FCH_CAH_09.01_por.pdf;jsessionid=BF6629A7E954420B34AE6BB2F2D6EB5E?sequence=2. Acesso em: 24 fev. 2022.

SEGRE, C. A. M. et al. Perinatologia: fundamentos e prática. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2015. p. 888-890. abut RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretária de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Programa de Aleitamento Materno. Protocolo e diretrizes de atendimento em aleitamento materno. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2020. 115p.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. Estratégias de comunicação terapêutica. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri: Manole, 2012. abut RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretária de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Programa de Aleitamento Materno. Protocolo e diretrizes de atendimento em aleitamento materno. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2020. 115p.

TOMELERI, K. R.; MARCON, S. S. Mãe adolescente cuidando do filho na primeira semana de vida. Rev. Bras. Enferm., Brasília, DF, v. 62, n. 3, p. 355-361, jun. 2009.

VAN VELDHUIZEN-STAAAS, C. Overabundant milk supply: an alternative way to intervene by full drainage and block feeding. Int. Breast. J., v. 2 p. 11, 2007. abut BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. (Cadernos de atenção básica, n. 23).

VINHA, V. H. P. Projeto aleitamento materno: autocuidado com a mama puerperal. São Paulo: Sarvier: Fapesp, 1994. 185 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Positioning a baby at the breast. In: INTEGRATED infant feeding counselling: a trade course. Genebra: WHO, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Hypoglycaemia of the Newborn Review of the Literature Division of Child Health and Development and Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood. World Health Organization, Geneva, 1997.

