

Protocolo Clínico #14 ABM: Consultório Médico Amigo da Amamentação— Otimizando o Atendimento a Bebês e Crianças

Swathi Vanguri,¹ Hannah Rogers-McQuade,² and Natasha K. Sriraman³⁻⁵;
e Academia de Medicina da Amamentação

Resumo

Um objetivo principal da Academia de Medicina da Amamentação (Academy of Breastfeeding Medicine – ABM) é o desenvolvimento de protocolos clínicos para manejo de condições médicas comuns que podem impactar no sucesso da amamentação. Esses protocolos servem apenas como guias para o cuidado de mães e bebês e não determinam uma linha exclusiva de tratamento ou servem como padrão de cuidado médico. Variações no tratamento podem ser adequadas de acordo com as necessidades individuais de cada paciente.

Background

O ALEITAMENTO MATERNO É CONHECIDO HÁ MUITO TEMPO como o método mais benéfico de alimentação infantil. Não amamentar está relacionado a um risco aumentado de morte súbita do lactente, enterocolite necrotizante, diarreia, infecções respiratórias, e otite média. É sabido que os benefícios da amamentação continuam ao longo da infância e mesmo até a fase adulta, sendo relacionado a queda nos índices de obesidade e sobrepeso, diabetes tipo 2, e aumento dos pontos de quociente de inteligência.¹ Além disso, a amamentação também tem fatores de proteção para a mãe, incluindo redução do risco de hemorragia pós-parto, doença cardíaca, câncer de mama, e câncer de ovário.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam o início da amamentação dentro da primeira hora de vida, e amamentação exclusiva até os 6 meses de idade. Depois disso, eles recomendam a adição de alimentação complementar segura, nutritiva e apropriada para a idade, juntamente com a amamentação continuada até os 2 anos ou mais.^{2,3} Apesar de os benefícios da amamentação serem bem conhecidos, de acordo com a OMS, ao redor do mundo, apenas aproximadamente 40% dos bebês abaixo de 6 meses são exclusivamente amamentados. Menos de 20% dos bebês são amamentados até 12 meses em países de alta renda, e apenas 67% dos bebês de países de baixa e média renda recebem qualquer leite materno entre 6 meses e 2 anos de idade.¹

Existem muitas causas subjacentes contribuindo para os baixos índices de amamentação, incluindo ambientes que não apoiam mães que amamentam. Isso vai desde políticas públicas que não protegem a decisão da mulher em amamentar (isto é, licença maternidade inadequada e falta de espaços seguros para ordenhar leite) até as atitudes e crenças de outros (parceiro, familiares, profissionais da saúde) que frequentemente interagem com a mãe e o bebê. Membros da família, médicos, e outros profissionais da saúde, todos tem um papel em influenciar as escolhas das mães a respeito da alimentação infantil. A percepção dos pais sobre as atitudes da equipe do hospital em relação à amamentação demonstrou ser preditivo de falha na amamentação a 6 semanas de idade.⁴ Similarmente, outro estudo mostrou que as mulheres tem maiores chances de estar amamentando com 1 e

3 meses se elas percebem que o seu obstetra e pediatra são a favor da amamentação.⁵ Portanto, é importante que médicos e outros profissionais da saúde, que trabalham próximos à díade mãe/bebê, demonstrem seu apoio à amamentação, tanto diretamente durante a consulta quanto indiretamente, ao exibir seu consultório como “amigo da amamentação”. Seguindo a linha da Iniciativa Hospital Amigo da Criança da OMS e UNICEF (IHAC), que solicita que qualquer estabelecimento de atendimento a mães e recém-nascidos implementem Os 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, o consultório se mostrou ser um ambiente em que intervenções pensadas podem impactar positivamente as taxas de amamentação exclusiva.⁶ A implementação dessas práticas, especificamente em ambientes de atendimento primário, mostrou influenciar positivamente as taxas de amamentação e de aleitamento materno exclusivo.^{7,8} Levando em consideração a revisão de 2018 da IHAC,³ esse protocolo atualizado busca oferecer recomendações para o consultório que vão contribuir com o objetivo da OMS de elevar as taxas de aleitamento materno exclusivo entre bebês de 6 meses de idade para 50% até 2025. Para o propósito deste protocolo, o termo “amamentação” inclui tanto aleitamento diretamente do seio como alimentação com leite materno ordenhado.

Recomendações

A qualidade da evidência de cada recomendação está anotada entre parênteses. Os níveis de evidência estão listados como I-V, sendo nível I o maior, como definido pelos Níveis de Evidência do Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2001.

1. Estabelecer, por escrito, uma política de clínica/consultório amigo da amamentação.⁸⁻¹⁰

Colaborar com colegas e funcionários da clínica durante o desenvolvimento da política e informar novos funcionários a respeito da mesma. Fornecer cópias das suas políticas práticas para hospitais, médicos, e outros profissionais da saúde que trabalham com você, incluindo outros médicos, enfermeiras, obstetrias, consultoras de lactação, e pessoal de apoio da clínica. (III)

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Crozer-Keystone Health System, Upland, Pennsylvania, USA.

²Center City Pediatrics, Philadelphia, Pennsylvania, USA.

³Department of Pediatrics, Eastern Virginia Medical School, Norfolk, Virginia, USA.

⁴Division of General Academic Pediatrics, Children’s Hospital of the King’s Daughters, Norfolk, Virginia, USA.

⁵Division of Community Health & Research, Eastern Virginia Medical School, Norfolk, Virginia, USA

2. Educar os funcionários da clínica em habilidades de apoio à amamentação e implementar as habilidades com pacientes.
 - a. Educar enfermagem e pessoal de apoio (recepcionista, assistentes, farmacêuticos, etc) da clínica sobre os benefícios da amamentação e treiná-los nas habilidades necessárias para apoiar a amamentação, incluindo o início da amamentação, como resolver problemas comuns, amamentação em livre demanda, de acordo com o papel de cada um na assistência às mães.^{11,12} Considerar utilizar o *Baby friendly hospital initiative training course for maternity staff* dos cursos da OMS/UNICEF, que é acessível no site da OMS.¹³
 - b. Abordar a amamentação na primeira visita de pré-natal assim como nas visitas subsequentes com o obstetra. Também abordar na primeira visita do recém-nascido ao pediatra e conforme a necessidade nas visitas subsequentes no mínimo até, e inclusive, os 6 meses. Todas as práticas de consultório médico devem fornecer às mães suporte qualificado em lactação para avaliar a adequação do aleitamento e manutenção de amamentação exclusiva, principalmente nos primeiros dias/semanas após o nascimento. Se possível, considerar empregar uma Consultora em Lactação Certificada pelo Comitê Internacional (IBCLC) ou estabelecer uma relação com as IBCLC locais a quem você pode encaminhar pacientes.⁹ (III) Além disso, pessoas leigas mas experientes em apoio a amamentação podem ser empregadas.⁷ Oferecer cuidado inclusivo culturalmente e etnicamente, entendendo que algumas famílias seguem práticas culturais próprias, em relação a descarte do colostro, alimentação materna durante lactação, e introdução precoce de alimentos sólidos. Fornecer acesso a funcionários multilíngues, intérpretes médicos, e material educativo etnicamente variado, conforme a necessidade na sua prática. (III)
3. Seguir as orientações do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno da OMS.
 - a. Manter fora da visão dos pacientes qualquer literatura que promova alimentação artificial, incluindo fórmula infantil e para crianças. Apesar de ser compreensível que algumas clínicas necessitam manter fórmula *in loco*, estes suprimentos devem ser mantidos em uma área trancada, onde apenas o médico ou profissionais de saúde tenham acesso a eles em caso de real necessidade de um lactente. (I) De acordo com o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno da OMS, não deve haver promoção, demonstração, ou propaganda de substitutos do leite materno.¹⁴ (VII) Um estudo publicado em 2016 mostrou uma redução nas taxas de amamentação exclusiva nas famílias que recebiam amostras de fórmula pelo correio.¹⁵ Portanto, pode ser extrapolado que receber amostras de fórmula em uma clínica médica tenha efeito parecido.
 - b. Como profissionais da saúde, não devemos aceitar incentivos que possam ser interpretados como promoção de fórmula infantil. Médicos, devido ao seu conhecimento e expertise, gozam da confiança dos pacientes e seus familiares. Como resultado, é essencial que evitemos qualquer tipo de patrocínio ou relação com companhias que possam gerar conflitos de interesse. Médicos podem ser influenciados por presentes ou patrocínios recebidos dessas empresas, o que pode influenciar negativamente a orientação dada aos pacientes em termos de saúde e bem-estar.¹⁶
 - c. Médicos/profissionais da saúde devem fornecer informação baseada em evidência, factual, sobre a importância da amamentação e os riscos da alimentação artificial para todas as mães nas visitas do pré-natal e em qualquer consulta que uma lactante solicite suplementação. Além disso, para aquelas mães que não conseguem amamentar ou tem a amamentação contraindicada, fornecer informação sobre a fórmula infantil (comparando com o leite materno), incluindo os riscos de uso inapropriado (isto é, dissolução para mais ou para menos e água contaminada), para os lactentes onde o uso se fizer necessário.¹⁷ Informação nestes tópicos pode ser acessada no *website* da OMS em Segurança Alimentar.^{18,19}
4. Conhecer as leis locais e nacionais relacionadas à amamentação.
 - a. Conhecer as leis que protegem contra discriminação em relação a amamentar em público. Muitos países tem leis em vigor que protegem mulheres da discriminação contra amamentação ou ordenha em locais públicos. Por exemplo, nos Estados Unidos, todos os 50 estados e territórios possuem leis que permitem as mulheres a amamentar em espaços públicos e privados.²⁰ Diversos estados também permitem que lactantes sejam dispensadas do dever de participar de um júri popular. (V) No Reino Unido e Austrália, é considerado discriminação de sexo tratar uma mulher inadequadamente por estar amamentando uma criança de qualquer idade.^{21,22} Políticas ou iniciativas que promovem a amamentação em países onde não há leis específicas no assunto também devem ser de conhecimento dos profissionais da saúde, para melhor ajudar a apoiar as lactantes.
 - b. Conhecer a lei da licença maternidade do seu país. Estar a par da licença maternidade disponível e dos planos da mãe durante esse período pode ajudar o profissional da saúde a fornecer o melhor apoio para que a mãe atinja seus objetivos na amamentação desde cedo. Licença maternidade nos países desenvolvidos varia desde 12 semanas não remuneradas (Estados Unidos) até 36 semanas remuneradas (Noruega).²³ Licença maternidade mais longa *versus* retorno tardio ao trabalho mostrou aumentar a duração da amamentação.^{24,25}
 - c. Preparar as mães para defender o direito a continuar ordenhando no local de trabalho ao retornar ao trabalho. Estar atento às leis que permitem que as mulheres o façam ser sofrerem discriminação. Nas Filipinas, todos os locais de trabalho devem fornecer estações de lactação limpas e um intervalo de lactação de 40 minutos a cada jornada de 8 horas.²⁶ Nos Estados Unidos, os empregadores devem oferecer “intervalo razoável para uma funcionária ordenhar leite materno para seu filho por até um ano após o nascimento ... e um local, que não seja um banheiro, com privacidade e livre de intromissões ... para ordenhar leite materno.”²⁷ (V) Muitas mulheres referem o retorno ao trabalho como o motivo de parar de amamentar exclusivamente. Empoderar as mulheres a continuar a amamentar após retornar ao trabalho através de educação em como trabalhar com seu empregador a respeito da ordenha e armazenamento do leite.²⁸
5. Promover a amamentação em seu local de trabalho.

De acordo com as leis anteriormente mencionadas, clínicas médicas devem incentivar as mulheres a amamentar na sala de espera ou em sala privativa (que não o banheiro) sem receio de interrupção ou intimidação. Considerar exibir placas que expressem esse incentivo em todas as áreas para pacientes, incluindo salas de espera e de exame. Exemplos na sequência (Fig. 1).



FIG. 1. (Esq) Placa criada para o *Center for Women's Health at Silverside of Prospect-Crozer Health System*. (Dir) Placa criada pelo *Virginia Department of Health*. Criada por Dr. Swathi Vanguri.

O consultório médico amigo da amamentação deve ser consistente na sua promoção e apoio ao aleitamento materno. É importante estender às médicas, enfermeiras, e auxiliares da sua clínica, a mesma proteção dada às mães. (IV)^{29,30} Considerar fornecer bombas extratoras na clínica além de um espaço receptivo à amamentação, ordenha e armazenamento de leite para as funcionárias.

6. Normalizar a amamentação.

Além de exibir placas, existem outras maneiras sutis de normalizar a amamentação. Por exemplo, retratar díades de amamentação em pôsteres nas salas de espera e exame, que representam os seios como órgãos funcionais, pode ajudar tanto pacientes como familiares a entender o seu apoio à amamentação. Entretanto, é muito importante que estas imagens sejam reflexo cultural, étnico e racial da sua população de pacientes. Da mesma forma, devem ser inclusivas em orientação sexual e gêneros. (V)³¹ Também existem vídeos disponíveis que podem ser exibidos nas salas de espera que promovem a amamentação.^{32,33} As pacientes e suas famílias precisam se identificar com as imagens para serem influenciadas por elas.³⁴

Campanhas de marketing social já mostraram que retratar imagens positivas de amamentação com fotografias variadas, que espelham a diversidade das populações de cada país, melhoram as taxas de aleitamento materno na comunidade.³⁵

Na sequência, exemplos de imagens racialmente e etnicamente diversificadas, retratando a amamentação de forma positiva (Figs. 2-4).

7. Considerações quando realizando o cuidado pré-natal.

Se estiver fazendo o pré-natal da mãe, introduza o assunto da alimentação infantil no primeiro trimestre e continue a expressar o seu apoio à amamentação ao longo da gestação. Se você é um médico que atende no cuidado pós-natal, considere oferecer uma consulta pré-natal para já iniciar uma relação com a família. Atente-se às influências culturais e sociais sobre as

preferências maternas em relação à alimentação infantil e discuta sobre obstáculos que possam impedi-la de atingir seus objetivos.³⁶ Use perguntas abertas, como “O que você já ouviu falar sobre amamentação?” para questionar sobre o plano alimentar para o bebê. Forneça material educacional que enfatize as diversas formas que o aleitamento materno beneficia o bebê e a mãe.



FIG. 2. Exemplo de imagem de diversidade étnica e racial retratando a amamentação de forma positiva. Fonte: <https://wicbreastfeeding.fns.usda.gov/wic-staff>



FIG. 3. Posições para amamentação (Fonte: Shutterstock).

Identificar pacientes com fatores de risco para a lactação (como mamilos planos ou invertidos, história de cirurgia nas mamas, falta de aumento dos seios durante a gestação, experiência anterior de insucesso com amamentação) para permitir um cuidado individualizado para a situação da paciente, o que pode incluir o encaminhamento a um especialista em lactação.³⁷ Uma boa fonte de informação é a Diretriz da OMS chamada de “Protegendo, promovendo e apoiando a amamentação em instituições que prestam serviços de cuidado materno-infantil.”³⁸

Encorajar a presença de ambos pais em consultas pré-natal e em cursos de amamentação pré-natal e oferecer educação direta a todos os membros da família envolvidos no cuidado infantil (pai, avós, etc.).³⁹ (I) Já foi mostrado que o contato pele-a-pele entre o pai e o bebê leva a aumento de cortisol, dopamina, e ocitocina no pai, o que resulta em uma melhor conexão e reprogramação do cérebro paterno para criar uma associação positiva com interação próxima com seu bebê.⁴⁰⁻⁴² (II-a, II-b, II-c, III)

- a. Estar ciente das poucas contraindicações ao aleitamento materno para educar e apoiar mães a qualquer momento da sua jornada de amamentação. Entretanto, ofertar leite materno ordenhado sem amamentar diretamente do seio é permissível em certos problemas maternos.^{2,43}
- b. Estar ciente das recomendações em aleitamento materno para mães com HIV, e como podem variar entre os países. Por exemplo, diretrizes atualizadas da OMS recomendam que mães HIV positivas em tratamento antirretroviral procedam com aleitamento materno exclusivo nos 6 primeiros meses, mas os Estados Unidos ainda listam o *status* de HIV positivo como uma contraindicação à amamentação, seja exclusiva, qualquer volume, ou ofertar leite materno ordenhado.⁴⁴
- c. Estar ciente da segurança de um medicamento durante a lactação antes de prescrever, e quando apropriado, considerar medicações alternativas com mais evidência para apoiar a segurança do uso. O risco-benefício deve ser pesado contra os riscos de não amamentar quando estiver recomendando início ou modificação de tratamentos. Cada mãe é diferente e essa discussão com um médico amigo da amamentação deve ser não só encorajada como considerada necessária. Mantenha uma lista de fontes de informação para auxiliar neste processo, incluindo

experientes pediatras, médicos de família, obstetras, farmacêuticos, e websites de boa reputação que abordam uso de medicamentos na lactação, como LactMed, E-lactancia, Embryotox, e algum site específico do seu país que aborde esse tema.⁴⁵⁻⁴⁷

Desfaça os mitos a respeito do uso de certos medicamentos (isto é, antidepressivos, antibióticos, e opioides) durante a lactação, e os efeitos no lactente.^{48,49} Evidência anedotal mostra que as mães desistirão de amamentar enquanto estiverem usando antibióticos, antidepressivos ou anticonvulsivantes, seja como resultado de instruções diretas ou suposição sobre o risco para o seu bebê. Elas devem ser educadas cedo de que muitos medicamentos comuns são seguros para usar durante a lactação e, pelo menos, ser informadas sobre recursos disponíveis para verificar quais medicamentos são compatíveis com a amamentação.

8. Cuidado pós-parto imediato

A interação do médico com a díade no período pós-parto imediato depende do sistema de saúde e sistema de seguro saúde do país. Por exemplo, se você trabalha em um sistema em que você faz consultas enquanto o bebê ainda está internado, você pode colaborar com hospitais locais e profissionais de maternidade da sua comunidade^{50,51} e ofertar as suas práticas de início de amamentação dentro da primeira hora após o parto em salas de parto e unidades neonatais. Utilizar aconselhamento pré-natal para discutir os possíveis desafios que as mães podem encontrar nas rotinas hospitalares ou funcionários do hospital. Deixar orientações no hospital ou casa de parto instruindo a equipe de enfermagem a evitar fornecer fórmula/água/glicose a um bebê em aleitamento materno sem orientação específica do médico. Além disso, conversar com os supervisores de enfermagem para proibir a distribuição de amostras comerciais de fórmula, cupons para desconto em fórmula, e/ou mamadeiras para as mães.^{15,52}

Demonstrar apoio à amamentação durante as visitas (*rounds*) hospitalares. Ajudar mães a iniciar e continuar amamentando. Aconselhar mães a seguir o estado de alerta do bebê, já que ele está relacionado aos sinais de fome e saciedade e garantir que o lactente seja amamentado em livre demanda, com a recomendação de 8-12 vezes ao longo de 24 horas.⁵³ É importante garantir que as mamadas estejam sendo efetivas e identificar cedo os sinais de ingestão abaixo do ideal, para que a produção de leite materno possa ser protegida, e o lactente seja protegido das consequências de baixa ingestão de leite.⁵⁴ (II-a)

9. Realizando a ponte entre o cuidado pós-parto e ambulatorial

Como parte do seu protocolo em conectar o cuidado intra e extra-hospitalar dos seus pacientes, encorajar as lactantes a alimentar o recém-nascido apenas com leite humano e evitar oferecer fórmula, glicose ou outros líquidos suplementares, a não ser que indicado pelo médico.⁵⁵ Aconselhar as mães a evitar o uso de mamadeiras e chupetas até que a amamentação esteja bem estabelecida.^{56,57} (I, III) Garantir que sejam oferecidos pelo hospital materiais adequados para a díade no momento da alta para que possam continuar a receber apoio até a primeira consulta ambulatorial. Esse material deve incluir informações sobre amamentação, contatos de consultoras em lactação ou outros membros da comunidade que estejam disponíveis para oferecer apoio à mãe em casa.

- a. Obstetras: A OMS recomenda uma consulta pós-parto para a mãe nas primeiras três semanas após o parto.⁵⁸ Muitos obstetras avaliam as pacientes também com 6 semanas pós-parto.



FIG. 4. Pôster do departamento de saúde de Nova Iorque, 2012.

- b. Pediatras e outros Médicos de Atenção Primária: Estudos mostram uma grande variedade no tempo em que o lactente é visto pelo médico. Dependendo do tempo que durou a internação hospitalar pode variar entre 48 horas até 3 semanas de idade para a primeira avaliação do recém-nascido, que é coberta por seguro saúde. Nesse sistema, essa é a primeira oportunidade para o Pediatra demonstrar apoio à amamentação. Dependendo do sistema de saúde, que difere entre público e privado, as famílias podem ter acesso a enfermeiras obstetras e visitas domiciliares. Entretanto, independentemente da localização, em muitos países e culturas, a díade mãe-bebê permanece em casa onde recebe ajuda da família e amigos.^{59,60} (I, II-b)
- c. Assistentes de Médico (*Physician Assistants*), Enfermeiras e Obstetrias: Em muitos locais do mundo, a primeira consulta pós-alta é feita por profissionais da saúde que não o médico.⁶¹ Obstetrias cuidam da mãe e do bebê nos dias e semanas que sucedem a alta em muitos países europeus. Por lei, toda mulher na Alemanha tem acesso a cuidados com uma Obstetria da concepção até a introdução de alimentação complementar (tipicamente entre 5-6 meses após o parto ou até mais se houverem problemas).⁶¹ (II-b)

Garantir acesso a um profissional treinado em lactação ou consultora de lactação para tratar de quaisquer dúvidas no assunto que possam surgir durante cada consulta. Aconselhar a mãe que será avaliada uma mamada durante a consulta, então a mesma deve informar à equipe se o lactente demonstra sinais de fome na sala de espera. Providenciar um local confortável,

privativo, para a dupla, para facilitar a avaliação adequada. Começar questionando aos pais perguntas abertas, por exemplo, “Como está indo a amamentação?” e então focar nas suas preocupações. Tirar o tempo necessário para sanar as dúvidas que a mãe possa ter. Avaliar a pega e a transferência adequada de leite cedo durante o acompanhamento. Identificar fatores de risco para a lactação e avaliar peso, hidratação, icterícia, sinais de fome, e eliminações do bebê. Fornecer apoio médico para mãe com mamilos machucados ou outros problemas de saúde que impactam a amamentação. Mantenha seguimento de perto até que os pais se sintam confiantes e o lactente esteja indo bem, com ganho de peso adequado baseado nas Curvas de Crescimento da OMS.^{62,63} (III)

10. Cooperação multidisciplinar

Encorajar o cuidado multidisciplinar da amamentação entre os especialistas do pré-natal, que são, obstetras, obstetrias, e demais médicos. Colaborar e compartilhar informações com todos os membros da equipe envolvidos no cuidado da díade utilizando prontuários eletrônicos se disponíveis ou através de outros meios.⁶⁴ (V)

11. Educação: para o paciente

Incorporar lembretes de educação sobre amamentação em diferentes idades gestacionais, começando na primeira visita pré-natal. Isso inclui mas não se limita aos benefícios da amamentação, pele-a-pele, sinais de fome do bebê, alojamento conjunto, ordenha manual, obtenção de uma bomba extratora, armazenamento de leite materno, proteção da amamentação no retorno ao trabalho/estudo. Fornecer informação relevante para apoiar a amamentação quando mãe e bebê receberem alta do hospital. Nos Estados Unidos, a recomendação é que qualquer material educacional seja em linguagem acessível para pessoas com escolaridade em ou abaixo do nível fundamental (5º ano).^{65,66} (IV, V)

Na sequência, exemplos de material educativo básico entregues no pré-natal para pacientes obstétricas em diferentes idades gestacionais (Figs. 5 e 6).



FIG. 5. “Você está produzindo leite” entregue para pacientes do Crozer-Chester Medical Center após 20 semanas de gestação, durante ultrassom morfológico. Criado por Dr. Swathi Vanguri.

12. Educação: para o profissional da saúde

Garantir que todos médicos, profissionais da saúde, enfermeiras, farmacêuticos, e equipe tenham educação adequada sobre amamentação durante sua formação. Deve haver educação teórica e prática. Apesar do ensino sobre amamentação começar nos anos pré-clínicos, as faculdades de medicina podem não estar preparando os futuros médicos adequadamente neste assunto.⁶⁷ (III-b) De fato, estudos mostram que médicos obstetras durante o treinamento da residência tem menos chance de conversar com as

Como a amamentação pode me ajudar:

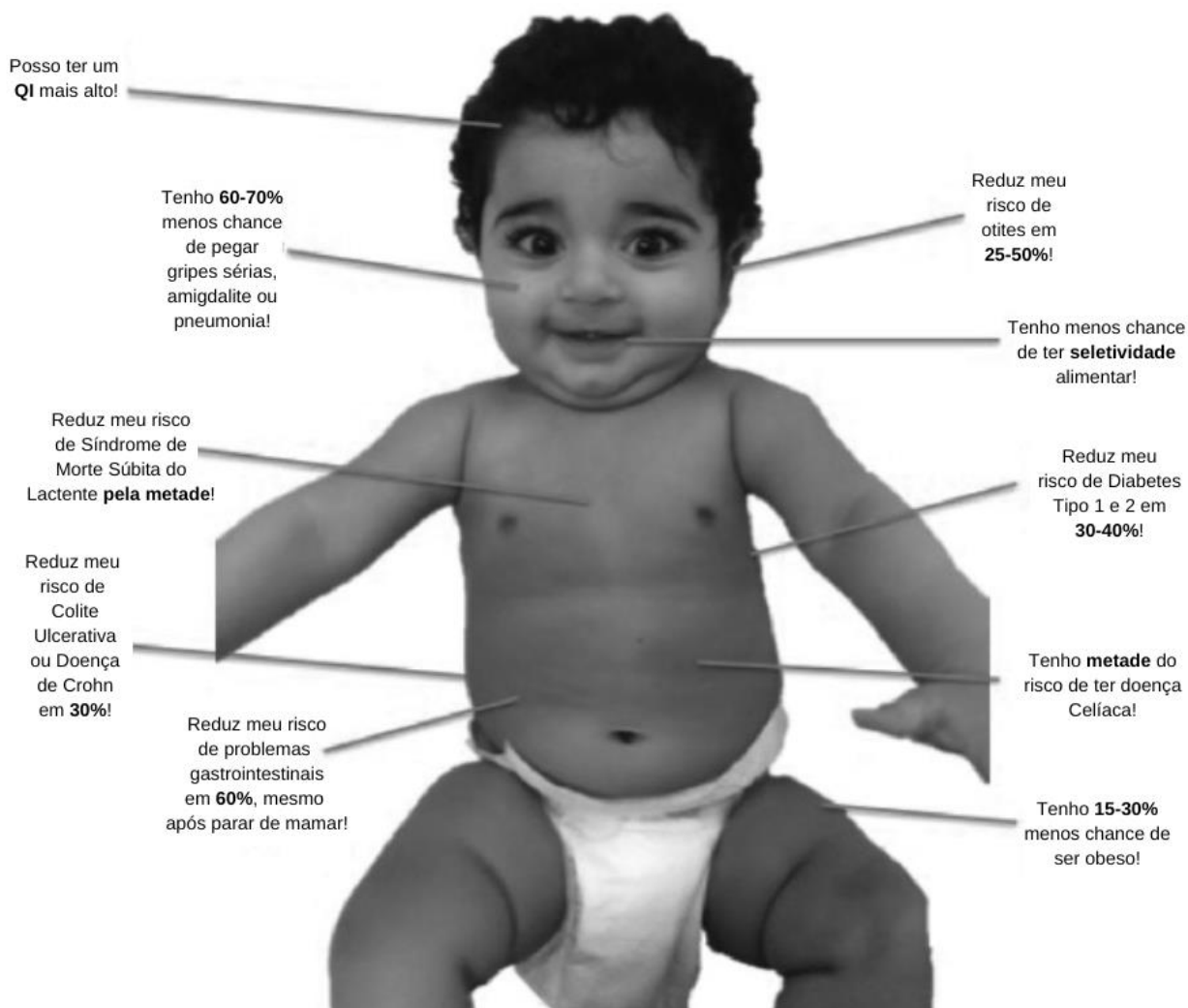


FIG. 6. “Benefícios da Amamentação” entregue às pacientes do *Crozer-Chester Medical Center* com 28 semanas. Criado por Dr. Swathi Vanguri.

pacientes sobre amamentação no pré-natal do que enfermeiras e enfermeiras obstetras.⁶⁸ (III-a) Além disso, médicos pediatras mais jovens, em comparação com mais velhos, relatam sentir menos confiança na sua habilidade para resolver problemas comuns da amamentação e conversar sobre amamentação com os pais.⁶⁹ (IV) Os médicos tem um papel importante em influenciar a amamentação, já que o começo e duração da amamentação melhoram quando a mãe sente que essa forma de alimentação é a desejada pelo seu médico.^{4,5} (II-b, II-c) Uma revisão sistemática mostrou que estudantes de enfermagem não recebem educação em amamentação adequada, particularmente no que tange avaliação e manejo da amamentação. Todos os estudos mostraram que o conhecimento dos estudantes de enfermagem foi influenciado pelo momento da saúde materna e infantil, experiências prévias de amamentação, gênero e influências culturais.⁷⁰ (III-a)

Áreas sugeridas para educação incluem os riscos da alimentação artificial, a fisiologia da lactação, manejo dos problemas mais comuns, contra-indicações médicas para aleitamento materno, e habilidades práticas para avaliar a pega e transferência de leite adequadas. Tornar recursos educacionais disponíveis para referência rápida por profissionais de saúde na sua prática (livros, protocolos, links da web, etc.). (Tabela 1)

13. Coletar dados sobre amamentação

Trabalhar com a administração local de saúde para ajudar a acompanhar o início e a duração da amamentação em sua prática e aprender sobre estatísticas de amamentação em sua comunidade. Estar ciente das barreiras à amamentação na sua população de pacientes e considerar focar suas intervenções naqueles com menos chance de iniciar a amamentação ou de amamentar por menores períodos (o que vai variar de status socioeconômico dependendo do país em que você mora).¹ (II-3) Já que é sabido que ser exposto a qualquer dos *10 Passos* aumenta as taxas de início e duração da amamentação em um hospital,⁷¹⁻⁷³ é especialmente importante para o profissional amigo da amamentação garantir que as suas pacientes sejam expostas a tantos dos *10 Passos* quantos forem possíveis na sua prática.

Recomendações para Pesquisas Futuras

Mais pesquisas no impacto das recomendações desse protocolo são imperativas para determinar quais medidas tem o maior impacto de suporte de lactantes e de melhora das taxas de amamentação. Portanto, é útil levantar dados de pacientes antes e depois de implementar essas práticas. Mais pesquisas a respeito

TABELA 1. RECURSOS BASEADOS EM EVIDÊNCIAS

| Recurso | Website |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| American Academy of Pediatrics Breastfeeding | www.aap.org/en-us/advocacy-andpolicy/aap-healthinitiatives/Breastfeeding/Pages/default.aspx |
| Academy of Breastfeeding Medicine | www.bfmed.org |
| ABM Protocols | www.bfmed.org/protocols |
| Australian Breastfeeding Association | www.breastfeeding.asn.au/ |
| Baby Friendly USA | www.babyfriendlyusa.org/ |
| Breastfeeding Consortium | www.bfconsortium.org/ |
| Breastfeeding Promotion Network of India | www.bpni.org |
| E-Lactancia | www.e-lactancia.org/ |
| Infant Risk Website (Thomas Hale, PhD) | www.infantrisk.com/category/breastfeeding |
| International Breastfeeding Centre | https://ibconline.ca/ |
| La Leche League | www.llli.org |
| LACTMED - Recommend downloading Free APP | www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/ |
| The Breastfeeding Network Drugs Factsheets | https://www.breastfeedingnetwork.org.uk/drugs-factsheets/ |
| UNICEF Baby Friendly UK | www.unicef.org.uk/babyfriendly/ |
| World Health Organization, Breastfeeding | www.who.int/healthtopics/breastfeeding#tab=tab_1 |
| World Alliance for Breastfeeding Action | https://waba.org.my/ |

ABM, Academia de Medicina da Amamentação; UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância.

do impacto da promoção da amamentação culturalmente e racialmente competente nas taxas de amamentação vão ajudar a entender a melhor maneira de garantir um consultório amigo da amamentação. Além disso, também é útil realizar uma pesquisa com os funcionários da equipe antes e depois de implementar o treinamento de pessoal e acomodações amigáveis para amamentação para entender melhor suas experiências pessoais com pacientes que amamentam e o impacto dessas interações em si mesmos e nos pacientes.

Referências

- Victory CG, Bahl R, Barros A, et al.; The Lancet Breastfeeding Series Group. Lancet series 1: Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387:475–490.
- Eidelman AI, Schanler RJ; American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827–e841.
- World Health Organization (WHO), UNICEF. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. Implementation Guidance. Available at www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhiimplementation/en/ (accessed September 13, 2020).
- Radzynski S, Callister LC. Mother's beliefs, attitudes, and decision making related to infant feeding choices. *J Perinat Educ* 2016;25:18–28.
- Ramakrishnan R, Oberg CN, Kirby RS. The association between maternal perception of obstetric and pediatric care providers' attitudes and exclusive breastfeeding outcomes. *J Hum Lact* 2014;30:80–87.
- Corriveau SK, Drake EE, Kellams AL, et al. Evaluation of an office protocol to increase exclusivity of breastfeeding. *Pediatrics* 2013;131:942–950.
- Milinc M, Cattaneo A, Macaluso A, et al. Prevalence of breastfeeding in a baby friendly pediatric practice: An experience in Trieste, Italy. *Int Breastfeed J* 2019;14:44.
- Meek JY, Hatcher AJ; AAP Section on Breastfeeding. The breastfeeding-friendly pediatric office practice. *Pediatrics* 2017;139:e20170647.
- UNICEF: Breastfeeding and Family-Friendly Policies, an Evidence Brief. Available at www.unicef.org/sites/default/files/2019-07/UNICEF-Breastfeeding-Family-Friendly%20Policies-2019.pdf (accessed September 13, 2020).
- Hernandez-Aguilar MT, Bartick M, Schreck P, et al.; The Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #7: Model maternity policy supportive of breastfeeding. *Breastfeed Med* 2018;13:559–574.
- Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al.; The Lancet Breastfeeding Series Group. Lancet series 2: Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* 2016;387:491–504.
- Pe´rez-Escamilla R, Martinez, JL, Segura-Pe´rez S. Impact of the baby-friendly hospital initiative on breastfeeding and child health outcomes: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2016;12:402–417.
- World Health Organization (WHO), UNICEF. Baby friendly hospital initiative training course for maternity staff. 2020. Available at <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008915> (accessed October 21, 2020).
- World Health Organization. International code of marketing of breast-milk substitutes. 1981. Available at www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/en/ (accessed September 13, 2020).
- Waite WM, Christakis D. The impact of mailed samples of infant formula on breastfeeding rates. *Breastfeed Med* 2016;11:21–25.
- Wright CM, Waterston JR. Relationships between paediatricians and infant formula milk companies. *Arch Dis Child* 2006;91:383–385.
- Centers for Disease Control (CDC). Infant formula feeding, 2018. Available at www.cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/formula-feeding/index.html (accessed September 13, 2020).
- World Health Organization (WHO), UNICEF. Safe preparation, storage and handling of powdered infant formula. Available at <https://www.who.int/foodsafety/publications/powdered-infant-formula/en/> (accessed October 21, 2020).
- World Health Organization (WHO), UNICEF. How to Prepare Formula for Bottle-Feeding at Home. Available at https://www.who.int/foodsafety/publications/micro/PIF_Bottle_en.pdf (accessed October 21, 2020).
- National Conference of State Legislatures. Breastfeeding State Laws, 2020. Available at www.ncsl.org/research/health/breastfeeding-state-laws.aspx (accessed September 13, 2020).
- Equality and Human Rights Commission. Equality Act of 2010. Available at

- www.equalityhumanrights.com/en/equality-act/equality-act-2010 (accessed September 13, 2020).
22. Australian Breastfeeding Association. Breastfeeding in public—your legal rights. Available at <https://www.breastfeeding.asn.au/bf-info/breastfeeding-and-law/legalright> (accessed September 13, 2020).
 23. OECD Family Database, Parental Leave Systems. Available at www.oecd.org/els/soc/pf2_1_parental_leave_systems.pdf (accessed September 13, 2020).
 24. Jia N, Dong X-Y, Song Y-P. Paid maternity leave and breastfeeding in urban China. The care economy, gender, and inclusive growth in China. *Feminist Econ* 2018;24:31–53.
 25. Chai Y, Nandi A, Heymann J. Does extending the duration of legislated paid maternity leave improve breastfeeding practices? Evidence from 38 low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health* 2018;3:e001032.
 26. The LawPhil Project. Expanded Breastfeeding Promotion Act of 2009. Available at https://lawphil.net/statutes/repacts/ra2010/ra_10028_2010.html (accessed September 13, 2020).
 27. US Department of Labor. Break time for nursing mothers. Affordable Care Act. 2010. Available at www.dol.gov/agencies/whd/nursing-mothers (accessed September 13, 2020).
 28. Eglash A, Simon L.; The Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #8: Human milk storage information for home use for full-term infants, revised 2017. *Breastfeed Med* 2017;12:390–395.
 29. Cantu RM, Gowen MD, Tang X, et al. Barriers to breastfeeding in female physicians. *Breastfeed Med* 2018;13:341–345.
 30. Melnitchouk N, Scully RE, Davids JS. Barriers to breastfeeding for US physicians who are mothers. *JAMA Intern Med* 2018;178:1130–1132.
 31. Ferri RL, Rosen-Carole CB, Jackson J, et al.; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #33: Lactation care for lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, questioning, plus patients. *Breastfeed Med* 2020;15:284–293.
 32. Office on Women’s Health, US Department of Health and Human Services. It’s Only Natural, Mother’s Love. Mother’s Milk. www.womenshealth.gov/blog/its-only-naturalmothers-love-mothers-milk (accessed September 13, 2020).
 33. Video is from ABM. Available at https://www.youtube.com/watch?v=r4_LbcRxGki&feature=youtu.be (accessed January 31, 2020).
 34. Vinjamuri D. Diversity in advertising is good marketing. *Forbes*. 2015. Available at www.forbes.com/sites/davidvinjamuri/2015/12/11/diversityinadsisgoodmarketing/#485d9adf4248 (accessed September 13, 2020).
 35. Jones K, Power M, Queenan J, et al. Racial and ethnic disparities in breastfeeding. *Breastfeed Med* 2015;10:186–196.
 36. Gallo S, Kogan K, Kitsantas P. Racial and ethnic differences in reasons for breastfeeding cessation among women participating in the special supplemental nutrition. *J Midwifery Womens Health* 2019;64:725–733.
 37. Rosen-Carole C, Hartman S; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #19: Breastfeeding promotion in the prenatal setting, revision 2015. *Breastfeed Med* 2015;10:451–457.
 38. World Health Organization (WHO), UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Available at <https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/brea> [stfeedingfacilities-maternity-newborn/en/](https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/) (accessed October 21, 2020).
 39. Furman L, Killpack S, Matthews L, et al. Engaging intercity fathers in breastfeeding support. *Breastfeed Med* 2016;11:15–20.
 40. Chen EM, Gau ML, Liu CY, et al. Effects of father-neonate skin-to-skin contact on attachment: A randomized controlled trial. *Nurs Res Pract* 2017;2017:8612024.
 41. Kuo Patty X, Braungart-Rieker JM, Burke Lefever JE, et al. Fathers’ cortisol and testosterone in the days around infants’ births predict later paternal involvement. *Horm Behav* 2018;106:28–34.
 42. Bergman N. The Neuroscience behind the skin-to-skin imperative. Gold Learning: Online Continuing Education of The Academy of Breastfeeding Medicine, 2016. Available at www.goldlearning.com/lecture/528 (accessed September 13, 2020).
 43. Centers of Disease Control (CDC). Contraindications to breastfeeding for feeding expressed breastmilk to infants. Available at www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeedingspecial-circumstances/contraindications-to-breastfeeding.html (accessed September 9, 2020).
 44. World Health Organization (WHO). Updates on HIV and Infant Feeding Guideline, 2016. Available at www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/hiv-infant-feeding-2016/en/ (accessed September 13, 2020).
 45. LACTMED. Available at <https://toxnet.nlm.nih.gov/pda/lactmed.htm> (accessed September 13, 2020).
 46. E-Lactancia Available at www.e-lactancia.org/ (accessed September 13, 2020).
 47. Embryotox. Available at <https://www.embryotox.de/> (accessed September 13, 2020).
 48. Ryan SA, Ammerman SD, O’Connor ME, AAP Committee on Substance Use and Prevention. AAP section on breastfeeding. Marijuana use during pregnancy and breastfeeding: Implications for neonatal and childhood outcomes. *Pediatrics* 2018;142:e20181889.
 49. Sriraman NK, Melvin K, Meltzer-Brody S; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #18: Use of antidepressants in breastfeeding mothers. *Breastfeed Med* 2015;10:290–299.
 50. Aryeetey R, Dykes F. Global implications of the new WHO and UNICEF implementation guidance on the revised Baby-Friendly Hospital Initiative. *Matern Child Nutr* 2018;14:e12637.
 51. Marinelli A, Del Prete V, Finale E, et al. Breastfeeding with and without the WHO/UNICEF baby-friendly hospital initiative. *Medicine (Baltimore)* 2019;98:e17737.
 52. Rosenberg KD, Eastham CA, Kasehagen LJ, et al. Marketing infant formula through hospitals: The impact of commercial hospital discharge packs on breastfeeding. *Am J Public Health* 2008;98:290–295.
 53. Kandiah J, Burian C, Amend V. Teaching new mothers about infant feeding cues may increase breastfeeding duration. *Food Nutr Sci* 2011;2:259–264.
 54. Feldman-Winter L, Kellams A, Peter-Wohl S, et al. Evidence-based updates on the first week of exclusive breastfeeding among infants ≥ 35 weeks. *Pediatrics* 2020;145:e20183696.
 55. Kellams A, Harrel C, Omage S, et al. Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy, term breastfed neonate, revised 2017. ABM protocol #3. *Breastfeed Med* 2017;12:1–11.
 56. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cup feeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111:511–518.

57. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, et al. Pacifiers and breastfeeding: A systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:378–382.
58. World Health Organization (WHO), UNICEF. Postnatal care for Mothers and Newborns. Available at https://www.who.int/maternal_child_adolescent/publications/WHO-MCAPNC-2014-Briefer_A4.pdf?ua=1 (accessed October 21, 2020).
59. Paul IM, Beiler JS, Schaefer EW, et al. A randomized trial of single home nursing visits vs. office-based care after nursery/maternity discharge: The Nurses for Infants Through Teaching and Assessment After the Nursery (NITTANY) Study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012;166:263–270.
60. Brodribb W, Zadoroznyi M, Dane A. The views of mothers and GPs about postpartum care in Australian general practice. *BMC Fam Pract* 2013;14:139.
61. Mattern E, Lohmann S, Ayerle GM. Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17:389.
62. Brand E, Kothari C, Start MA. Factors related to breastfeeding discontinuation between hospital discharge and 2 weeks postpartum. *J Perinat Educ* 2011;20:36–44.
63. World Health Organization (WHO). The WHO Child Growth Standards. Available at <https://www.who.int/childgrowth/en/> (accessed September 13, 2020).
64. United States Breastfeeding Committee (USBC). Best practices guide for implementation of newborn exclusive breast milk feeding in electronic health records. Available at www.usbreastfeeding.org/ehr-ebmf-guide (accessed September 13, 2020).
65. Stossel LM, Segar N, Gliatto P, et al. Readability of patient education materials available at the point of care. *J Gen Intern Med* 2012;27:1165–1170.
66. The Joint Commission. “What Did the Doctor Say?”: Improving Health Literacy to Protect Patient Safety. Available at www.jointcommission.org/-/media/tjc/idev-imports/topicsassets/what-did-the-doctor-say-improving-health-literacy-toprotect-patient-safety/improving_health_literacy.pdf?db=web&hash=0FC8437817D493B2C0223D100557889E (accessed September 13, 2020).
67. Biggs K, Fidler KJ, Shenker NS, et al. Are the doctors of the future ready to support breastfeeding? A cross-sectional study in the UK. *Int Breastfeed J* 2020;15:46.
68. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Optimizing support for breastfeeding as part of obstetric practice, committee opinion #756. *Obstet Gynecol* 2018;132:e187–e196.
69. Feldman-Winter L, Szucs K, Milano A, et al. National trends in pediatricians' practices and attitudes about breastfeeding: 1995 to 2014. *Pediatrics* 2017;140:e20171229.
70. Yang S-F, Salamonson Y, Burns E, et al. Breastfeeding knowledge and attitudes of health professional students: A systematic review. *Int Breastfeed J* 2018;13:8.
71. Hawkins SS, Stern AD, Baum CF, et al. Gillman compliance with the Baby-Friendly Hospital Initiative and impact on breastfeeding rates. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 2014;99:F138–F143.
72. Perrine CG, Galuska DA, Dohack JL, et al. Vital signs: improvements in maternity care policies and practices that support breastfeeding—United States, 2007–2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015;64:1112–1117.
73. Yotebleng M, Labbok M, Soeters HM, et al. Ten Steps to Successful Breastfeeding programme to promote early initiation and exclusive breastfeeding in DR Congo: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob Health* 2015;3:e546–e555.

Os protocolos da ABM expiram em 5 anos a partir da data de publicação. O conteúdo deste protocolo está atualizado no momento da publicação. Revisões baseadas em evidências são feitas dentro de 5 anos ou antes se houver mudanças significativas na evidência.

Swathi Vanguri, MD, Autora Principal
Hannah Rogers-McQuade, MD, MA
Natasha K. Sriraman, MD

Membros do Comitê de Protocolos da ABM:
Michal Young, MD, FABM, Chairperson
Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson
Melissa Bartick, MD, MSc, FABM
Sarah Calhoun, MD
Lori Feldman-Winter, MD, MPH
Laura Rachael Kair, MD, FABM
Susan Lappin, MD
Ilse Larson, MD
Ruth A. Lawrence, MD, FABM
Yvonne Lefort, MD, FABM
Kathleen A. Marinelli, MD, FABM
Nicole Marshall, MD, MCR
Katrina Mitchell, MD, FABM
Catherine Murak, MD
Eliza Myers, MD
Sarah Reece-Stremtan, MD
Casey Rosen-Carole, MD, MPH, MEd
Susan Rothenberg, MD, IBCLC, FABM
Tricia Schmidt, MD
Tomoko Seo, MD, FABM
Elizabeth K. Stehel, MD
Nancy Wight, MD
Adora Wonodi, MD

Tradução para Português-BR por:
Giovana M. Rorato, MD, IBCLC

Para correspondência: abm@bfmed.org