

Protocolo Clínico #35 ABM: Apoiando a Amamentação Durante Hospitalização Materna ou Infantil

Melissa Bartick, MD, MS,¹ Maria Teresa Hernández-Aguilar, MD, MPH, PhD,² Nancy Wight, MD,³
Katrina B. Mitchell, MD,⁴ Liliana Simon, MD, MS,⁵ Lauren Hanley, MD,⁶
Samantha Meltzer-Brody, MD, MPH,⁷ e Robert M. Lawrence, MD⁸;
e Academia de Medicina da Amamentação

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 diretrizes 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. A Academia de Medicina da Amamentação (ABM) reconhece que nem todos indivíduos lactantes se identificam como mulheres. Entretanto, utilizar linguagem neutra não é possível em todos os idiomas em todos os países e para todos os leitores. A posição da ABM (<https://doi.org/10.1089/bfm.2021.29188.abm>) é de interpretar os protocolos clínicos dentro do contexto da inclusão de todos indivíduos, seja breastfeeding,⁹ chestfeeding,¹⁰ ou human milk-feeding.¹¹

Introdução

MÃES QUE AMAMENTAM OU BEBÊS e crianças amamentadas podem necessitar de hospitalização por motivos clínicos ou cirúrgicos, seja ao nascimento ou um pouco mais tarde, e mães lactantes algumas vezes podem precisar de internação psiquiátrica. Infelizmente, a hospitalização de uma lactante ou de um lactente pode levar a ruptura da amamentação e desmame não-intencional,¹⁻³ assim como outras complicações como a mastite.⁴ Entretanto, existem poucas diretrizes formais para orientar no manejo da lactação durante hospitalização.⁵⁻¹¹ O presente protocolo descreve o cuidado recomendado para lactantes ou lactentes hospitalizados, e serve para definir os padrões para implementar essas políticas.

Profissionais de fora de unidades de obstetrícia, pediatria ou neonatologia podem ter experiência limitada no cuidado com lactantes e podem ter conhecimento limitado sobre a fisiologia ou o manejo da lactação. Além disso, eles podem não entender os riscos de curto e longo prazo das interrupções para a amamentação.^{4,12-14} Profissionais com treinamento inadequado podem substituir práticas orientadas por evidência por sua experiência pessoal com amamentação.⁵ Ademais, a presença de um bebê ou criança pequena em aleitamento materno em uma unidade de internação adulto clínica ou cirúrgica, área

perioperatória, ou unidade de tratamento intensivo (UTI), pode trazer preocupação a respeito da segurança do lactente e levantar dúvidas sobre a responsabilidade hospitalar. O manejo da amamentação em relação a medicações, procedimentos, e líquidos, também pode exigir atenção especial. Por fim, os profissionais podem não estar familiarizados com a melhor forma de abordar uma lactante sobre seus próprios desejos e/ou expectativas de iniciar ou continuar a lactação, e como melhor ajudar a atingir os seus objetivos através de decisões informadas e compartilhadas.¹⁵

Os Protocolos da ABM #7 (Modelo de Política de Maternidade para Apoiar o Aleitamento Materno),¹⁶ #15 (Analgesia e Anestesia na Lactante),¹⁷ #25 (Jejum Pré-operatório para o Bebê Amamentado),¹⁸ e #31 (Radiologia e Medicina Nuclear na Lactante)¹⁹ podem servir como complementos úteis para esse protocolo.

Background

Aleitamento materno é a forma biologicamente normativa de alimentar o bebê humano. Os riscos de desmame precoce incluem aumento de infecções e doenças crônicas na criança, aumento do risco de diabetes tipo 2, doença cardiovascular, e câncer de mama e ovário nas mulheres.²⁰ Em

¹Department of Medicine, Mount Auburn Hospital and Harvard Medical School, Cambridge and Boston, Massachusetts, USA.

²Breastfeeding Clinical Unit, Dr. Peset University Hospital, Valencia, Spain.

³Retired; Neonatology, Sharp Mary Birch Hospital for Women and Newborns, San Diego, California, USA.

⁴Breast Surgical Oncology, Ridley Tree Cancer Center at Sansum Clinic, Santa Barbara, California, USA.

⁵Department of Pediatrics, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA.

⁶Department of Psychiatry, UNC Center for Mood Disorders, University of North Carolina Chapel Hill School of Medicine, Chapel Hill, North Carolina, USA.

⁷Department of Obstetrics and Gynecology, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA.

⁸Division of Pediatric Infectious Disease, Department of Pediatrics, University of Florida, Gainesville, Florida, USA.

^{9,10,11} (NdT) Neste contexto, estas palavras não encontram tradução específica para Português-BR até o momento.

todo o mundo, é estimado que elevar as taxas de amamentação para níveis universais poderia prevenir 823.000 mortes anuais em crianças menores de 5 anos.¹² Amamentação em níveis ótimos também tem o potencial de prevenir mais 98.243 mortes maternas por câncer e diabetes tipo 2, anualmente, ao redor do mundo.¹⁴ A Organização Mundial da Saúde e a maioria das autoridades de saúde recomendam amamentação exclusiva por 6 meses, seguida por amamentação associada a alimentação complementar até os dois anos ou mais.²¹ Alimentação com leite humano é particularmente importante para prematuros, que apresentam um risco mais alto de enterocolite necrotizante e mortalidade relacionada se alimentados com fórmula para prematuros em vez de leite humano.^{22,23} Aleitamento materno exclusivo é especificamente importante para reduzir o risco de morte associada a infecções, otite média, infecção gastrointestinal, e hospitalização por infecção do trato respiratório inferior.^{20,24}

Fisiologia

Uma revisão básica da fisiologia da lactação é importante para servir como base para entender o manejo da lactante ou do lactente hospitalizado. Amamentação é uma relação entrelaçada complexa entre a mãe e o bebê que pode ser afetada negativamente por interferências externas, estresse, e influências culturais negativas.^{25,26} Permanecer em alojamento conjunto, e manter o bebê ao alcance da mãe, permite mamadas frequentes nos primeiros sinais de fome.

Espera-se que recém-nascidos e bebês pequenos mamem em torno de 8-12 vezes a cada 24 horas. Por volta do segundo ou terceiro dia de vida, eles podem se alimentar consideravelmente conforme o leite transiciona de colostro a leite maduro. Ocitocina é secretada pela mãe em resposta à sucção do bebê, contato pele-a-pele, e toque manual do bebê ao seio,²⁷ e também por olhar para, ouvir, cheirar ou pensar no seu bebê.²⁸ A secreção de ocitocina estimula o fluxo do leite para os ductos que terminam no mamilo e aréola (o reflexo de ejeção), de onde ele é removido pela sucção do bebê.²⁹ Esse hormônio tem muitos efeitos psicológicos e fisiológicos, incluindo o aumento da conexão entre mãe e bebê, a produção de uma sensação de bem-estar e calma, o aumento do relaxamento, o aumento do limiar de dor, e a redução do batimento cardíaco e pressão arterial.³⁰ Por outro lado, intervenção médica durante o parto, medo e ansiedade podem inibir a secreção de ocitocina, potencialmente interferindo na amamentação.^{28,30,31}

Pesquisas indicam que a separação mãe-bebê causa estresse significativo no recém-nascido.^{32,33} Além disso, díades de amamentação compartilham fisiologia circadiana em relação aos níveis de cortisol.^{34,35}

Separação é associada com desmame precoce não desejado e redução da exclusividade da amamentação.³ A prolactina estimula a produção de leite inicialmente após o parto. Dentro de algumas semanas, o efeito da prolactina se torna menos relevante e um sistema de “oferta e demanda” determina a manutenção da produção de leite. Mamadas à noite são particularmente importantes para manter produção de leite volumosa.³⁶ Se os seios permanecem cheios, a produção de leite é reduzida; por outro lado, se a mãe amamenta frequentemente, a produção de leite aumenta. Então, mamadas frequentes, incluindo durante a noite, garantem uma produção de leite adequada.³⁶

Interrupção abrupta da amamentação devido à separação de mãe e bebê pode levar a desconforto nos seios e ingurgitamento.^{4,29,37} Além disso, utilizar a bomba extratora, em vez da mamada diretamente no seio, é um fator de risco para redução na produção de leite, assim como é a mastite.³⁷

A separação impede a proteção imunológica para o lactente contra doenças infecciosas.^{38,39} Isso acontece porque a mãe passa anticorpos e outros fatores imunomodulatórios para o bebê em resposta aos patógenos aos quais ela é exposta.³⁸ Leucócitos do leite e IgA secretora³⁸ também aumentam em resposta a uma infecção no bebê,³⁹ indicando que há comunicação

do bebê para a mãe, que se imagina que acontece durante a mamada diretamente no seio.³⁸ Manter mãe e bebê juntos é particularmente importante para proteger contra infecções hospitalares em uma criança hospitalizada.³⁸

A ordenha com bomba extratora ou a ordenha manual são ferramentas úteis para manter a produção de leite quando o bebê não consegue mamar diretamente no seio.⁴⁰ Entretanto, ordenha só deveria ser utilizada após avaliação criteriosa da necessidade real de separar mãe e bebê. Um bebê saudável é capaz de extrair leite com mais eficiência que uma bomba ou a mão.⁴¹ Ordenha, então, pode levar a redução na produção de leite e também pode reduzir a confiança da mãe na sua capacidade de nutrir o seu bebê através da amamentação.⁴² Além disso, as pesquisas indicam que leite ordenhado pode não oferecer a mesma proteção imunológica que leite obtido diretamente do seio, porque a quantidade de células e a atividade celular é reduzida com o armazenamento e congelamento.^{43,44}

Recomendações

Para cada recomendação, a qualidade da evidência (níveis de evidência 1, 2 ou 3) e o grau de recomendação (A, B e C) estão anotados como definido pelos critérios do sistema SORT (*strength of recommendation taxonomy*).⁴⁵

1. *Criar uma política para apoiar a lactante e o bebê em aleitamento materno.*
 - a. Qualquer instituição que interna mulheres em idade fértil ou crianças < 2 anos deveria ter uma política como essa em prática. Um estabelecimento deveria ter uma política escrita sobre a gestão da amamentação na mãe lactante hospitalizada ou no bebê amamentado, sempre que eles estiverem hospitalizados fora de um setor de maternidade ou neonatal.^{6,8} Uma política deve incluir elementos que permitam que o bebê e sua mãe estejam juntos tanto quanto possível, desde que não haja contraindicações médicas. Ela deve especificar onde é permitido o bebê estar, qual equipe pode rotineiramente cuidar do bebê, quem é responsável pelo cuidado do bebê se a mãe é a paciente, e quais permissões são concedidas ao cuidador do bebê, que precisa ter visitação irrestrita. Pode especificar o tipo ideal de quarto para a díade (por exemplo, quarto privativo se disponível). A política também deve incluir instruções sobre equipamentos de sono seguro para o bebê (por exemplo, especificando que a instituição fornecerá tal equipamento ou se os pais podem levar o seu próprio). Se a instituição não oferece rotineiramente cuidados de maternidade ou serviços de internação pediátrica, ou não tem acesso a equipe de suporte qualificada à lactação e ao equipamento básico que geralmente está disponível em outros hospitais locais (por exemplo, bombas extratoras de leite e recipientes para armazenamento de leite materno, berços ou mini berços, e equipe qualificada de suporte à amamentação), então a política deve considerar incluir planos para transferência para uma instituição próxima onde as necessidades dos pacientes possam ser atendidas de maneira mais adequada.⁸
- As mães lactantes também podem se ver hospitalizadas longe de casa ou longe de seu filho. Se mãe e criança ambas necessitem hospitalização, a política deve incluir esforços para que sejam mantidos na mesma instituição, mesmo que isso exija transferência. Se a criança necessita internação, a instituição deve, idealmente, fornecer suporte para as necessidades básicas da mãe lactante (alimentação, higiene, acomodações, etc.).
- Os principais colaboradores do hospital devem estar envolvidos na criação da política.⁸
- Nível de evidência: 3. Grau de recomendação: C.
- b. A política deve incluir elementos necessários para apoio adequado à amamentação. Além da política de manter mãe

e bebê juntos, a política deve incluir acesso a suporte com a amamentação; planos que incluem ordenha, armazenamento e manipulação do leite materno sempre que necessário^{5,8}; acesso a equipamentos⁴ e acesso da equipe a recursos de alta qualidade em segurança de medicamentos.⁵ A política também deve incluir estratégias de comunicação na passagem de caso, para garantir que todos os membros da equipe de saúde do paciente estejam cientes do plano de amamentação ou ordenha de leite.⁵ Por exemplo, se existe planejamento de uma cirurgia, a equipe multidisciplinar da unidade de internação deve comunicar às equipes anestésica e cirúrgica o plano de amamentação ou ordenha da mãe, especialmente se ela é a paciente.^{5,17} Documentar a última mamada ou ordenha, e a expectativa de tempo até a mamada ou ordenha seguinte, deve fazer parte das anotações rotineiras de prontuário, sendo a informação repassada entre os turnos e equipes, e deve ser conversada com a mãe se o paciente é o bebê.

Nível de evidência: 3. Grau de recomendação: C.

2. *Manter a mãe que amamenta e seu bebê juntos.*

Bebês amamentados devem ter acesso ilimitado às suas mães,^{29,33,34,38,41} as quais devem ter necessidades básicas e alimentação acomodadas pela instituição tanto quanto possível. A mãe é a fonte de nutrição do bebê e o seu leite tem efeitos terapêuticos. Amamentação tem importância vital em situações quando o bebê está fora do ambiente habitual, doente, machucado, ou necessitando de cuidados clínicos ou cirúrgicos.

Quanto menor o bebê, mais essencial é que esteja o máximo de tempo possível junto da sua mãe, para estabelecer e manter a amamentação.^{16,21,46,47} Manter lactantes e seus bebês juntos é importante para a amamentação direta no seio,^{38,39,43,48} responder aos sinais de fome,²¹ compartilhar resposta imunológica aos patógenos,³⁸ prevenir ingurgitamento e mastite,²⁹ prevenir sofrimento materno ou infantil,^{35,49} preservar a produção de leite materno,²⁹ preservar o compartilhamento de ciclo circadiano,³⁴ e, por último, manter aleitamento materno exclusivo.^{1,2} Se ambos mãe e bebê são hospitalizados, eles devem ser internados na mesma instituição, e, se possível, em alojamento conjunto.

Níveis de evidência: 1-3. Grau de recomendação: B.

3. *Utilizar diretrizes baseadas em evidência para ordenha e armazenamento de leite.*

- a. A amamentação diretamente ao seio é preferível a ordenha com bomba extratora ou ordenha manual: Sempre que possível, preferir a amamentação diretamente ao seio a ordenha com bomba ou ordenha manual de leite materno naquelas duplas que normalmente amamentam diretamente.^{38,39,43} Segurar um bebê ao seio para mamar pode ser feito até por uma mãe que está fraca e debilitada por alguma doença, especialmente se a amamentação já está estabelecida. Algumas lactantes podem estar muito fracas para lidar com uma bomba extratora sozinhas, já que para fazer isso é preciso configurar o equipamento a cada sessão, higienizar, e armazenar o leite ordenhado. Essa ação pode ser um desafio maior se a mãe não está familiarizada com a bomba fornecida, e profissionais com conhecimento devem estar disponíveis para demonstrar o uso. Algumas mães podem ter resultados variados com a ordenha, incluindo dificuldade para provocar um reflexo de ejeção, ou extração ineficiente,⁴² fazendo com que a amamentação diretamente ao seio seja especialmente importante.

Níveis de evidência: 1-2. Grau de recomendação: B.

- b. Frequência da ordenha de leite: Uma lactante deve amamentar ou ordenhar na mesma frequência em que ela normalmente faria se ela e/ou o bebê não estivessem hospitalizados ou separados. Manter uma

frequência semelhante é importante para manter a produção de leite em andamento, prevenir desconforto e ingurgitamento,^{29,50} e fornecer leite ao bebê.⁵¹ Um bebê < 6 meses de idade, em aleitamento materno exclusivo, geralmente mama entre 8 e 12 vezes a cada 24 horas, enquanto um bebê de 6 a 12 meses pode mamar 5 a 6 vezes por dia, e um bebê de 12 meses pode mamar somente 3 a 4 vezes ao dia.⁵² Também é importante fornecer diretrizes de uma gama de volumes normais esperados na ordenha, tipicamente 700-980 mL por dia (25-35 oz) por volta dos dias 10-14 após o parto e é esperado que esse volume se mantenha pelos primeiros 6 meses de vida do bebê.⁵³

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

- c. Tipo de bomba extratora: Uma bomba elétrica dupla, de nível hospitalar, é considerada a maneira ideal de ordenhar para mães que estão separadas de seus bebês e necessitam substituição completa da amamentação pela ordenha.^{40,41} Mães que amamentam podem ter as suas próprias bombas e podem preferir utilizá-las. A higienização das peças deve ser realizada de acordo com diretrizes baseadas em evidências,^{54,55} e/ou pelas instruções do fabricante. Bombas fabricadas para uso individual não devem ser utilizadas por mais de uma pessoa. A ação da bomba combinada com massagem gentil dos seios pode aumentar a quantidade de leite ordenhado.⁴⁰ Se nem o bebê nem uma bomba estiver disponível, ordenha manual pode ser realizada, mas sozinha não é tão efetiva em extrair leite quanto uma bomba.⁴¹ Materiais em vídeo sobre ordenha manual existem e estão disponíveis.⁵⁶

Idealmente, uma bomba manual deve ser disponibilizada como reserva, já que a mãe lactante pode não ter acesso a uma bomba elétrica sempre. Apesar de menos eficiente, é portátil e fácil de utilizar, e dá mais flexibilidade à mãe para ordenhar leite no caso de precisar sair do hospital durante uma internação prolongada. Se a mãe vai ficar em casa a maior parte do tempo, deve ser organizado para que ela utilize uma bomba elétrica dupla neste local, se possível.

Níveis de evidência: 1-2. Grau de recomendação: A

- d. Maneiras auxiliares de aumentar o volume de leite extraído: Relaxamento, calor brando, massagem gentil e música também podem ajudar a aumentar o volume de leite.⁴⁰ Imagens, sons, ou cheiro do seu bebê podem ajudar a provocar um reflexo de ejeção.²⁸ Além disso, é importante reduzir o estresse e as distrações o máximo possível.³¹

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B

- e. Armazenamento de leite ordenhado: O leite humano pode ser armazenado em temperatura ambiente (20-22°C, 68-72°F) por até quatro horas, tempo após o qual ele precisa ser refrigerado.⁵⁶ Idealmente, o leite deve ser armazenado em uma geladeira no quarto da mãe lactante ou do bebê amamentado (se não estiver no berçário). Também pode ser armazenado em bolsas térmicas com gelo em gel (ou gelo comum substituído conforme derrete), onde pode ser armazenado por até 24 horas até que possa ser transportado para o destino desejado.^{10,57} Protocolos de armazenamento variam de país para país. Todo leite ordenhado deve ser etiquetado com o dia da ordenha e a identificação da paciente, e o armazenamento deve seguir as regulamentações locais, ou aquelas de organizações de acreditação hospitalar relevantes. O leite deve ser transportado em recipientes refrigerados como bolsas térmicas com gelo em gel (ou gelo comum conforme descrito

acima). Uma vez que o leite ordenhado chega ao seu destino, ele deve ser prontamente refrigerado, congelado ou utilizado.

Nível de evidência: 3. Grau de recomendação: C.

4. *Cuidado de suporte com o bebê da mãe lactante.*

Uma mãe lactante hospitalizada pode estar doente demais para cuidar do seu bebê além de amamentar, ou pode estar indisponível para cuidar do bebê devido a procedimentos ou exames. Se uma mãe deseja continuar amamentando, um cuidador deve tomar conta do bebê na beira do leito materno. Frequentemente, a presença de um cuidador específico para o bebê é exigida pelas políticas do hospital.⁵ A equipe do hospital não é responsável pelo cuidado do bebê em aleitamento materno. Assim sendo, visitação irrestrita e acomodac o para a pessoa que cuida do beb  e essencial.

Nível de evidência: 3. Grau de recomendação: C.

5. *Fornecer equipamento necessário.*

Os estabelecimentos devem fornecer uma bomba elétrica dupla para mães lactantes hospitalizadas,^{40,41} se esse   o padrão de cuidado nas maternidades locais. (Bombas elétricas duplas são a forma de ordenha ideal nessa situa o, mas podem não estar disponíveis em todas as partes do mundo.) Os beb s de mães lactantes hospitalizadas necessitam um local seguro para dormir, como um berço ou mini berço, então espera-se que os locais que d o assistência a mães lactantes forneçam os mesmos tipos de equipamentos que seriam encontrados em hospitais locais que possuem maternidade ou internac o pediátrica. Muitos leitos hospitalares não são propícios para cama compartilhada e políticas hospitalares específicas podem precisar tratar dos detalhes a respeito dos leitos hospitalares para fornecer um ambiente de sono seguro para o bebê. Cadeirinhas de carro, carrinhos de beb  ou cadeirinhas de descanso não são considerados locais seguros ou adequados para o bebê dormir.⁵⁸ Pode ser necessário algum dispositivo para alimentar o beb  se o bebê está com fome e a mãe está longe para algum exame ou procedimento, ou se o bebê não   capaz de mamar diretamente ao seio.   geralmente recomendado que se evite o uso de bicos artificiais ou mamadeiras para alimentar recém-nascidos que ainda não estabeleceram adequadamente a amamenta o,²¹ no lugar, utilizar sonda-dedo (*finger feeding*) ou dispositivos como pequenas colheres, seringas, ou sistema de nutri o suplementar se o bebê não consegue uma transferência de leite adequada quando mamando diretamente ao seio. As famílias podem optar por utilizar seus próprios equipamentos de alimenta o do beb  e outros materiais. Eles deveriam ser autorizados a fazê-lo, a não ser que exista alguma contraindica o médica para a mãe ou o beb . Uma balanc  infantil pode ajudar a garantir que o bebê esteja se desenvolvendo adequadamente enquanto a mãe está hospitalizada, com o peso do bebê sendo avaliado pelo profissional que assiste normalmente o beb  ou por um profissional com conhecimento na área, como quem está auxiliando a mãe com a lacta o.

Níveis de evidência: 1-2. Grau de recomenda o: B.

6. *Utilizar recomenda es baseadas em evidência sobre a segurança de medicamentos, incluindo agentes para diagnóstico radiológico.*

A maioria das medica es   segura durante a amamenta o. Vários fatores afetam o manejo medicamentoso, incluindo a idade atual e a gestacional do beb , e a quantidade e a propor o da dieta do lactente que   composta pelo leite materno. Os riscos dos medicamentos devem ser pesados contra os riscos, para a mãe e o beb , de não amamentar, e medica es e tratamentos alternativos podem ser considerados se for apropriado. Então,   essencial que a equipe médica tenha conhecimento de fontes confiáveis de onde retirar informa o segura sobre a lacta o. Fontes confiáveis podem variar ao redor do mundo mas incluem LactMed,⁵⁹ o InfantRisk Center,⁶⁰ e e-lactancia.⁶¹ Ressalta-se que

os medicamentos podem afetar o beb  e/ou a produ o de leite e os profissionais devem estar atentos aos dois potenciais efeitos.

Contraste iodado a contraste de gadolínio intravenosos não exigem interrup o da amamenta o ou descarte de leite materno ordenhado.^{19,62} Entretanto, agentes radioativos de diagnóstico ou tratamento geralmente necessitam interrup o da amamenta o ou reten o do leite ordenhado até que a radioatividade tenha reduzido o suficiente, a depender do agente.⁶¹ Favor consultar o Protocolo da ABM #31, "Exames de radiologia e medicina nuclear em mulheres lactantes", para mais informa es.¹⁹ Em alguns casos, podem ser realizados exames alternativos em vez daqueles que utilizam agentes radioativos. Por exemplo, um ecocardiograma de estresse pode ser considerado em vez de um exame que utiliza agente radioativo (NdT, no Brasil um exemplo   a cintilografia miocárdica com MIBI-Tc99m) para avalia o de isquemia card ca.

Recomenda es de medicamentos, incluindo agentes radiológicos, devem ser fornecidas de acordo com referências de alta-qualidade. Uma mãe lactante deve ser tranquilizada de que cada medica o dada a ela foi investigada para segurança.^{10,63,64}

Nível de evidência: 2. Grau de recomenda o: B.

7. *Considerar que a necessidade de líquidos da mãe lactante   diferente.*

A necessidade de líquidos da mãe lactante, tipicamente, vai ser maior que da mãe não-lactante. Uma mãe amamentando exclusivamente um beb  de 6 meses de idade pode produzir aproximadamente 800 mL de leite por dia, variando de 450 a 1200 mL por dia,⁵³ enquanto que aquelas que não amamentam exclusivamente podem produzir menos leite. Quando calculando a necessidade de líquidos de uma mãe, particularmente se ela não está autorizada a ingerir alimentos ou líquidos por via oral,   importante adicionar esses valores ao total. Para mães que estão autorizadas a ingerir líquidos,   importante que sejam autorizadas a beber líquidos suficientes para saciar sua sede, que   estimulada pela libera o de ocitocina.

Nível de evidência: 2. Grau de recomenda o: B.

8. *Garantir que os filhos de lactantes sejam mantidos em locais aceitáveis.*

- a. Unidades clínicas ou cirúrgicas e perioperatórias:   seguro para a mãe lactante manter seu bebê junto com ela no quarto de internac o de uma unidade clínica ou cirúrgica, a não ser que protocolos específicos de controle de infec o hospitalar relacionados   infec o materna impeçam isso. Faz -lo   importante para evitar a separa o da díade (ver "Manter a mãe que amamenta e seu bebê juntos"). Se disponível, um quarto privativo providencia um ambiente calmo, e permite espaço para um cuidador para o bebê.¹⁰ Da mesma forma,   aceitável que um lactente esteja em uma área perioperatória, a não ser que protocolos específicos de controle de infec o hospitalar relacionados   infec o materna impeçam isso. Alguns hospitais podem não permitir visitantes em áreas perioperatórias, mas o beb  de uma mãe lactante e seu cuidador deveriam ser consideradas exce es.

Nível de evidência: 2. Grau de recomenda o: B.

- b. UTI Adulto: Em uma UTI, existem preocupa es adicionais relacionadas a equipamentos, controle de infec o, manuten o de sinais vitais adequados, e outros cuidados com a mãe lactante que podem tornar a presença do bebê desafiadora. Ao mesmo tempo, a presença do filho pode ajudar a acalmar a mãe, estabilizar os sinais vitais dela, e inspirar um forte desejo de recupera o para o bem do seu beb .⁸ A libera o de ocitocina pela amamenta o e contato pele-a-pele com o beb  pode ter efeitos fisiológicos terapêuticos na mãe lactante. Por outro lado, uma mãe separada de seu beb  pode adicionar mais ansiedade

àquela já existente devido ao seu estado crítico. Mesmo a mãe que não está completamente consciente pode se beneficiar da sensação do toque, cheiro e sons de seu bebê.⁸

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

9. Considerar controle e prevenção de infecções.

Bebês que são separados de suas mães podem ser expostos a diferentes patógenos contra os quais a mãe lactante não está produzindo anticorpos específicos.³⁸ Da mesma forma, a mãe lactante será incapaz de produzir leite rico em leucócitos em uma resposta direta a uma certa infecção no bebê se a díade está separada.³⁸ Com poucas exceções, bebês não exigem separação de suas mães, nem interrupção da amamentação devido a uma infecção.

Infecções que contraindicam amamentação ou alimentação com leite ordenhado são: brucelose não tratada (até que seja tratada), vírus Ebola e herpes ativo no seio (é aceitável oferecer leite ordenhado do seio não afetado se todas as lesões estavam cobertas no momento da ordenha).⁶⁵ As autoridades geralmente recomendam contra a amamentação em casos de infecção por HTLV tipo 1 ou 2, mas podem existir situações em que os benefícios superam os riscos.^{65,66} Infecções que a mãe pode oferecer leite ordenhado mas não deve amamentar diretamente inclui a varicela materna perinatal (especificamente catapora) que se desenvolveu dentro de 5 dias antes do parto ou 2 dias após.⁶⁵ Para HIV, a Organização Mundial da Saúde publicou diretrizes de alimentação infantil que dependem de cada circunstância.⁶⁷ Para tuberculose que não está tratada ou quando a mãe ainda está contagiosa, oferecer leite ordenhado é seguro (se o medicamento utilizado pela mãe não é contraindicado), mas as orientações em relação à separação variam, dependendo se a díade vive em um local de poucos recursos, e se existe possibilidade da mãe ter uma infecção por germe resistente.⁶⁸

A amamentação pode continuar com SARS-CoV-2 com higiene respiratória e das mãos.⁶⁹ Uma pessoa de apoio pode ser necessária para ajudar com os cuidados ao bebê se a mãe está muito doente. Ressalta-se que algumas infecções, incluindo formas de hepatites virais, e infecções contra as quais a equipe médica utiliza precauções de contato, como *Clostridium difficile* e enterococos resistente à vancomicina, não são infecções para as quais a amamentação seja contraindicada, nem são essas infecções tais que qualquer precaução especial com o bebê precise ser tomada. Outros pacientes na unidade de internação não deveriam ser uma preocupação de contágio para o bebê. No entanto, por precaução, a equipe hospitalar deve minimizar o manuseio do bebê, exceto para aqueles prestadores cujo atendimento o exige (p. ex., profissionais de lactação ou pediatria).

Nível de evidência: 3. Grau de recomendação: C.

10. Fornecer apoio com a amamentação à paciente cirúrgica adulta.

Mulheres lactantes podem precisar passar por procedimentos cirúrgicos agendados ou de urgência.

- a. Procedimentos agendados: Procedimentos cirúrgicos planejados devem incluir atenção à manutenção da lactação, como delineado no plano de cuidado perioperatório por Simon et al. e Rieth et al. no *Memorial Sloan Kettering Cancer Center* (Nova Iorque).^{5,6} Isso exige identificação pré-operatória de mães lactantes; atenção específica à alimentação infantil e/ou ordenha de leite materno na sala de pré-operatório, manejo criterioso de fluidos intraoperatórios e analgésicos não-opioides quando plausível, e promover o reencontro mãe-bebê na sala de recuperação quando clinicamente seguro. A mãe lactante pode amamentar seu bebê assim que ela estiver acordada e alerta, pois o anestésico é eliminado do leite quando ele é eliminado do sistema

nervoso central.⁵⁹ Anestesiologistas deveriam estar familiarizados com a segurança dos agentes anestésicos para a amamentação, e utilizar analgésicos preferíveis para lactantes (ver Protocolo ABM #15, Analgesia e Anestesia da Mãe Lactante).¹⁷

Ademais, para procedimentos complexos em pacientes internados, que podem exigir intubação no pós-operatório e/ou recuperação em UTI, o cirurgião deve coordenar com a equipe da paciente para criar um plano para apoio à amamentação e redução de complicações. Essa equipe incluiria, mas não estaria limitada a, os seguintes médicos e demais profissionais: anestesiologistas, enfermeiras do centro cirúrgico (do pré-operatório e sala de recuperação), enfermeiras de sala cirúrgica, intensivistas, enfermeiras intensivistas, enfermeiras da internação, médicos especialistas em amamentação e consultoras de lactação. Para pacientes que requerem manejo intensivo de medicações (p. ex., pacientes de transplantes), deve ser identificado um farmacêutico que esteja familiarizado com referências em lactação (p. ex., LactMed,⁵⁹ e-lactancia,⁶¹ InfantRisk Center⁶⁰). Os profissionais da saúde devem estar familiarizados com a segurança dos antibióticos na amamentação (ver seção “Medicamentos”). Outras drogas comuns no período perioperatório, como anticoagulantes, devem ser analisadas caso a caso. Por exemplo, a segurança da heparina é bem estabelecida, mas novas drogas anticoagulantes ainda não possuem dados claros até o presente momento.

Outras considerações à equipe incluem as seguintes:

- Calcular o tempo completo estimado que a mãe ficará separada do bebê e/ou sem acesso a uma bomba extratora, dando atenção ao transporte, intubação, posicionamento, e preparação pré-operatória. Em casos onde se espera um tempo de separação >4 horas, um plano para ordenha de leite intraoperatória deveria ser feito.
 - O local onde serão feitas incisões em relação às mamas lactantes deve ser considerado. Por exemplo, procedimentos torácicos podem necessitar de incisões que podem atrapalhar o fluxo vascular em direção ao seio e de drenagem do mesmo. Os cirurgiões devem estar preparados para uma vascularização considerável devido ao seio lactante.
 - Se é esperado emprego de enxertos artificiais (p. ex., procedimentos vasculares), deve ser tomado cuidado para evitar a contaminação do enxerto com leite materno.
 - O manejo em UTI está descrito na sequência.
- b. Procedimentos de urgência e emergência (p.ex. cirurgia de trauma): Condições de urgência ou emergência que variam em gravidade desde colecistite até obstrução intestinal e trauma multissistêmico, representam cenários desafiadores para o manejo da lactação. Como já mencionado, se possível, deve ser dada atenção à manutenção da ordenha de leite, entendendo a segurança das medicações na lactação, e promovendo o reencontro da mãe e bebê tão logo for clinicamente seguro. Cirurgiões de trauma devem estar atentos que devido à vascularização do seio lactante, as mulheres lactantes estão em maior risco para hematoma no seio por trauma do cinto de segurança ou do airbag. Além disso, as mulheres podem ter veias colaterais calibrosas em toda a parede torácica e deve-se prestar atenção a sangramentos quando inserindo acessos

venosos centrais, drenos de tórax, e outros dispositivos de intervenção e/ou monitoramento (ver seções anteriores em “Medicamentos”, “Manter a mãe que amamenta e seu bebê juntos” e “Ordenha de leite”).

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

11. *Apoiar a mãe que deseja amamentar e fica inconsciente logo após o parto.*

Como já descrito em procedimentos de urgência e emergência, se uma mãe está incapaz de se comunicar ou está inconsciente, não se pode presumir que amamentar não é importante para ela ou não seria importante para ela no futuro. O familiar respondendo por ela nas questões de saúde, se ela tiver alguém, é esperado que tome as decisões que ele acredita que a mãe faria por si mesma se pudesse. Além disso, se a mãe está no pós-parto imediato e a remoção de leite não começa prontamente, pode ser difícil ou impossível para ela amamentar exclusivo.^{51,70} As consultas com o bebê podem requerer esforços coordenados das equipes de lactação e pediatria, mas podem beneficiar a recuperação imediata da paciente, bem como trazem benefícios ao bebê.⁸ Uma mãe sedada ou inconsciente pode ter benefícios quando na presença do seu bebê, com melhora nos sinais vitais e pode ser incentivada a se recuperar.⁷¹ Deve haver planejamento para que haja uma pessoa experiente para realizar a ordenha de leite, se a mãe não é capaz de fazer sozinha. Instrução adequada à equipe que cuida de pacientes ordenhando com bomba ou que necessitam auxílio para a ordenha, deve incluir conhecimento das configurações da bomba, ajuste correto do funil, e sinais de lesões mamilares. Negligenciar estas considerações pode resultar em dano anatômico significativo, dor, e possível infecção.⁷²

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

12. *Fornecer apoio à mãe lactante admitida na unidade psiquiátrica.*

As indicações para uma mãe lactante ser internada na unidade psiquiátrica são inúmeras. Entretanto, independentemente do tipo de unidade psiquiátrica, o protocolo padrão deveria ser que a equipe hospitalar apoie a continuidade da lactação, se for do desejo da paciente.

- a. Ter uma política por escrito ou um protocolo específico para a unidade psiquiátrica para apoiar estas pacientes. Possuir uma política por escrito para todos pacientes internados é importante para o sucesso da amamentação e manutenção da lactação,^{6,8} mas operacionalizar o apoio a uma mãe lactante em uma unidade psiquiátrica é particularmente complexo e exige apoio extra da equipe e supervisão da paciente. Ter uma política por escrito ou um protocolo específico para a unidade psiquiátrica para apoiar estas pacientes é muito importante para ter sucesso na manutenção da lactação. Protocolos nos quais a visita do bebê é possível podem também ajudar a promover a ligação mãe-filho e podem melhorar o bem-estar materno como um todo e melhorar a conexão. A visita deveria ser um objetivo quando ela pode ser apoiada com segurança. (Ver seções sobre “Manter a mãe que amamenta e seu bebê juntos” e “Criar uma política para apoiar a lactante”).

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

- b. Preferir unidades de internação mãe-bebê. Ao redor do mundo, existe uma ampla gama de tipos de unidades psiquiátricas onde mulheres em período perinatal podem receber tratamento para transtornos psiquiátricos que são graves o suficiente para necessitar de hospitalização. Estas podem incluir uma unidade psiquiátrica geral, unidade psiquiátrica que só atende mulheres, ou uma unidade psiquiátrica especializada no período perinatal. A última é a

melhor opção para mulheres em período perinatal.⁷³

Unidades psiquiátricas especializadas para mulheres durante o período perinatal, frequentemente chamadas de Unidades Mãe-Bebê (em inglês, *Mother-Baby Units – MBUs*) foram inicialmente desenvolvidas em 1948 no Reino Unido. Atualmente, elas podem ser encontradas na Bélgica, França, Alemanha, Holanda, Estados Unidos, Austrália, Nova Zelândia, e outras partes do mundo.⁷⁴⁻⁷⁶ A forma de tratamento de uma paciente internada em uma MBU aborda os transtornos mentais dentro do contexto do funcionamento materno e com atenção especial à conexão entre mãe e bebê.^{74,76-78} Importante mencionar, unidades de internação especializadas em mulheres no período perinatal são muito mais prováveis de levar à preservação da amamentação.⁷⁹ Nos Estados Unidos, a primeira unidade psiquiátrica especializada no período perinatal foi inaugurada em 2011. Além do mais, em contraste com a maioria das demais MBUs, as unidades psiquiátricas perinatais dos EUA não permitem que os bebês passem a noite com as suas mães, mas visitação intensa, fornecimento de bombas extratoras de nível hospitalar, e um local seguro para receber o bebê e amamentar estão disponíveis.⁷⁷

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

- c. Apoiar o contato da mãe com seu bebê durante a hospitalização. MBUs são ideais.⁷³ Na ausência delas, a visitação deve ser um objetivo quando ela pode ser feita com segurança. (Ver seções sobre “Manter a mãe que amamenta e seu bebê juntos” e “Criar uma política para apoiar a lactante”). A habilidade da criança visitar com segurança a paciente psiquiátrica hospitalizada dependerá de vários fatores que primariamente focam na segurança. Isso inclui a habilidade da mãe em interagir apropriadamente com a criança e a disponibilidade de um local apropriado para visitas entre a mãe e o bebê na unidade psiquiátrica ou perto dela. Em muitos casos, visitação supervisionada pela equipe precisará ser recomendada para garantir a segurança na interação mãe-bebê. Em muitas unidades psiquiátricas, a visita de menores de idade é proibida, mas leva-se em consideração que uma díade em amamentação ainda deve se encontrar em um local separado, se possível. Portanto, o objetivo principal deve ser que todas as pacientes lactantes tenham uma visita segura e supervisionada quando apropriado.

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

- d. Ajudar a mãe a ordenhar seu leite sempre que a amamentação direta não seja possível. Uma bomba elétrica dupla deve estar acessível (se esse é o padrão de cuidado nas maternidades locais, dado que tais bombas não estão disponíveis em todas as partes do mundo). A equipe deve estar familiarizada com o uso de tais bombas, ou outras equipes dentro do hospital deveriam ser consultadas para ajudar no apoio da mãe lactante hospitalizada em uma unidade psiquiátrica. Leite ordenhado deve ser etiquetado e armazenado, como já mencionado, em um refrigerador adequado na unidade (ver “Ordenha e armazenamento de leite”).

Uma das dificuldades da ordenha em uma unidade psiquiátrica é o risco de autoagressão pela paciente. Os tubos de uma bomba extratora são considerados um risco de estrangulamento porque eles podem ser utilizados para tentativa de suicídio. Portanto, pacientes lactantes, em uma unidade de internação psiquiátrica frequentemente necessitam supervisão

enquanto realizam ordenha, o que pode ser desconfortável dado que é uma atividade que as mulheres preferem fazer com privacidade. As equipes psiquiátricas devem estar atentas a esses desafios e pesar cuidadosamente os riscos de autoagressão contra o direito à privacidade, sendo este último geralmente a preferência da paciente enquanto realiza ordenha. Após completar a ordenha, os tubos devem ser retirados da posse da paciente até a próxima sessão. Utilizar uma bomba manual ou ensinar ordenha manual de leite podem ser opções se o uso da bomba extratora elétrica é um risco de segurança à mãe e não é possível a supervisão no momento do uso.

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

- e. Auxiliar com a ordenha de leite se a mãe é incapaz de fazê-lo. A mãe lactante internada com um diagnóstico psiquiátrico pode ser incapaz de ordenhar leite sozinha devido à natureza do seu diagnóstico. Por exemplo, se ela está em estado agudo de psicose, com comportamento desorganizado, ou em estado catatônico. Se essa é a situação, os objetivos dela com a amamentação devem ser discutidos com o familiar/cuidador respondendo por ela, para melhor ajudá-la durante essa fase. Pode ser necessário ter um membro de uma equipe de amamentação ou outro profissional com conhecimento para ajudar com a ordenha de leite. Se a ordenha de leite não acontecer por períodos prolongados, outras complicações relacionadas à lactação podem surgir (ver “Apoio à paciente inconsciente”).

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

- f. Levar em consideração a amamentação quando planejando um tratamento com medicamentos psicotrópicos. Uma avaliação bem pensada dos riscos e benefícios de medicamentos psicotrópicos que são efetivos e tem o melhor perfil de segurança para mulheres que amamentam deve ser uma parte importante do plano de tratamento. O tratamento sólido da doença psiquiátrica é fundamental e precisa ser uma prioridade máxima. Apesar de muitas dessas medicações serem consideradas seguras na lactação, algumas vezes, combinações de várias drogas psiquiátricas pode ser preocupante para o bebê. A segurança dos medicamentos deve ser avaliada tanto individualmente quanto no contexto do regime de tratamento completo, e o bebê deve ser monitorado para efeitos adversos. (Ver “Medicações” para sugestão de referências) Além disso, medicações antipsicóticas podem aumentar os níveis de prolactina e dessa forma estimular a produção de leite.

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

13. *Facilitar a amamentação para bebês ou crianças em aleitamento materno que estão hospitalizadas.*

A amamentação é muito importante para bebês e crianças hospitalizadas. Entretanto, a perda de apetite devido a uma doença, jejum para exames, e separação da mãe lactante podem criar desafios significativos. Se bebês ou crianças em aleitamento materno são hospitalizadas todos os esforços devem ser feitos para permitir acesso ilimitado à mãe lactante, cuja alimentação e necessidades básicas devem ser acomodadas. O estresse materno de estar com o filho hospitalizado já mostrou que pode impactar a amamentação.^{4,26} Se o bebê for separado da mãe, ou estiver com perda do apetite, a mãe lactante deveria idealmente ordenhar seu leite com uma bomba elétrica dupla tão frequentemente quanto o bebê iria normalmente mamar, para manter a produção de leite e ter leite disponível para o bebê. Suporte de lactação qualificado pode ser necessário (ver “Ordenha de leite”). As mães podem precisar de segurança, encorajamento e orientação se os volumes

ordenhados parecerem baixos. Contato pele-a-pele pode ajudar a facilitar a amamentação direta assim como ajudar a manter o volume de leite ordenhado se o bebê é incapaz de amamentar diretamente.⁸⁰ Referências online estão disponíveis.^{81,82} Condições crônicas nas crianças podem ser desafios adicionais e exigir apoio especial, treinamento e habilidades dos profissionais da saúde e equipamentos.⁴

Algumas vezes, o paciente pediátrico pode ser o irmão mais velho de um bebê em aleitamento materno, e mãe lactante pode estar no hospital com seu bebê a tiracolo. Nessas circunstâncias, o bebê em aleitamento materno deve ser autorizado a permanecer no quarto com a mãe lactante e o irmão hospitalizado, a não ser que protocolos específicos de prevenção de infecção impeçam isso. Um local seguro para o bebê dormir deve ser providenciado, como um berço ou mini berço. Se a presença do bebê em aleitamento materno na unidade não é possível devido a riscos específicos para o bebê ou limitações de logística, apoio qualificado em lactação pode ser necessário para a mãe.

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

Considerações especiais:

- a. Crianças internadas na unidade de tratamento intensivo pediátrica (UTIP): Bebês e crianças podem ser internados para tratamento de doenças sérias, como infecções, câncer, correção de alguma malformação congênita, ou trauma, qualquer um desses pode exigir procedimentos cirúrgicos complexos e/ou hospitalizações prolongadas. Frequentemente, esses bebês ou crianças, ao menos inicialmente, estão debilitados demais para amamentar, e/ou doentes demais para receber qualquer tipo de nutrição enteral. Além disso, a mãe lactante pode estar muito sobrecarregada com a saúde do filho para pensar sobre questões a respeito da amamentação.⁴ Portanto, é primordial que as mães lactantes sejam totalmente encorajadas e apoiadas para ordenhar seu leite e manter sua produção de leite⁸³ (ver acima). Para manter a produção de leite, a mãe deve ser encorajada e apoiada a ordenhar desde o primeiro contato com o sistema de saúde, seja o departamento de emergência ou a internação. Quando um bebê ou criança em aleitamento materno está sendo transferido de um hospital externo para uma UTIP pela equipe de transporte, deve haver coordenação entre todas as equipes envolvidas para fornecer à mãe a capacidade de completar a ordenha de leite de forma oportuna, se necessário.

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

- b. Suporte respiratório: Aproximadamente um terço dos pacientes pediátricos que necessitam intubação e ventilação mecânica desenvolvem algum grau de disfagia. Isso é ainda mais prevalente em crianças com <25 meses de idade.⁸⁴ Mesmo se o bebê estava em aleitamento materno antes da admissão hospitalar, fazer a transição de volta ao seio pode ser um desafio adicional e pode exigir apoio e orientação especializados em lactação.

Os bebês que estavam mamando bem antes da doença aguda e que ainda não estão de volta à sua condição basal, em termos de estado respiratório ou neurológico, algumas vezes necessitam algum suporte respiratório, como um cateter nasal ou cateter nasal de alto fluxo. Em crianças com bronquiolite que necessitam de cateter nasal de alto fluxo, eventos adversos relacionados à alimentação parecem ser raros, independentemente do método de alimentação.⁸⁵ Amamentação diretamente ao seio pode ser preferível já que ela permite que o bebê regule melhor o fluxo de leite ao seio, e também ajuda a acalmar o bebê.²⁸ Além disso, amamentação direta é

superior à oferta de leite ordenhado por outras razões já descritas anteriormente (ver “Ordenha de leite”).

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

- c. Crianças com doenças congênitas. Recém-nascidos e bebês com doenças congênitas graves como doença cardíaca, renal, digestiva, pulmonar podem necessitar de hospitalizações frequentes ou prolongadas em enfermaria pediátrica ou unidade de tratamento intensivo pediátrica. Esses pacientes frequentemente estão em maior risco para complicações infecciosas, enterocolite necrotizante, dificuldades de alimentação, e falência de crescimento, então por isso a amamentação e o leite materno oferecem a eles uma proteção especial. Ao mesmo tempo, eles podem ter algumas condições crônicas como hipotonia, sonolência, baixo ganho de peso, e outras condições que geram desafios adicionais e podem exigir apoio especializado em lactação e/ou equipamentos.⁴ Muitos bebês necessitam hospitalização enquanto a amamentação ainda está se estabelecendo e podem não conseguir mamar diretamente no começo. Educação e cuidado em amamentação baseados em evidências devem ser fornecidos às mães e famílias durante o pré-natal e continuar durante a hospitalização infantil.²¹ Bebês que são capazes de mamar diretamente podem ficar clinicamente mais estáveis enquanto o fazem, com redução no estresse e na necessidade de medicamentos analgésicos ou de controle da pressão sanguínea.^{28,30}

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

- d. Suporte de lactação para o bebê ou criança que necessita cirurgia: Um bebê que necessita passar por qualquer tipo de cirurgia pode não ser capaz de se alimentar em absoluto, ou pode ser capaz de se alimentar apenas por um breve período de tempo. Por isso, a mãe pode precisar ordenhar leite (ver acima e Protocolo ABM #25, Jejum Pré-procedimento¹⁸). Quando um bebê assim é internado para cirurgia após a amamentação estar bem estabelecida, amamentar diretamente deve ser facilitado e encorajado assim que possível. Alguns desses bebês ou crianças podem ter várias sondas, acessos, e drenos no período pós-operatório imediato. As mães precisarão de suporte qualificado adicional para amamentar seus bebês evitando deslocar acessos, sondas, e drenos, e deve ser dada atenção ao controle de dor do bebê. A transição de volta ao seio pode ser lenta. Uma equipe multidisciplinar com conhecimento de todos esses aspectos é necessária para o cuidado dessas díades.⁴

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

- e. Balanço hídrico rigoroso e amamentação para o bebê doente: Crianças criticamente doentes frequentemente requerem um rigoroso controle do balanço hídrico para manter o funcionamento dos órgãos vitais, o que é desafiador quando um bebê está mamando diretamente no seio. Apesar disso, é preferível permitir e encorajar o bebê a mamar diretamente em vez de utilizar outras formas de alimentação, que poderiam permitir uma aferição de volumes mais aproximada⁸⁶ (ver “Ordenha de leite” e “Suporte respiratório”). Um estudo pequeno feito com bebês com cardiopatia congênita, em uma unidade semi-intensiva cardíaca pediátrica, mostrou que testes de pesagem na amamentação foram úteis para apoiar a amamentação, fornecer uma avaliação mais precisa da ingestão e otimizar o balanço hídrico.⁸⁷

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

14. Promover tomadas de decisão compartilhadas.

Algumas vezes, o adoecimento materno vai apresentar à mãe uma decisão difícil sobre interromper a amamentação. Dependendo da idade do bebê e das circunstâncias da vida da mãe, ela poderia já estar considerando interromper a amamentação antes de adoecer. É importante que ela tenha informação precisa para tomar essa decisão, particularmente sobre a segurança de medicamentos necessários para tratar a sua condição. Uma paciente pode ter suposto incorretamente que ela precisaria interromper a amamentação devido à sua doença. Ocasionalmente, um profissional de saúde pode ter erroneamente recomendado que ela interrompesse a amamentação. As mães devem ser informadas sobre os riscos do desmame precoce à saúde delas e de seus bebês¹⁵ (ou, se desejado, isso pode ser chamado de “benefícios da amamentação continuada”). Em contraste, uma mãe pode fortemente desejar continuar amamentando mas supôs que isso não seria possível. Outras mães podem ter passado por uma redução drástica da produção de leite como resultado de ficarem separadas de seus bebês ou outras interrupções na remoção do leite devido ao adoecimento. Essas mães vão necessitar de suporte especializado de lactação para retomar a amamentação de forma segura e garantir ganho de peso adequado do bebê. Apesar disso, é importante que a decisão da mãe seja feita após uma explicação completa sobre os riscos e benefícios maternos e infantis, e com acesso a apoio profissional de amamentação quando necessário.

Nível de evidência: 3. Grau de recomendação: C.

Síntese

Apoiar uma mãe lactante ou um bebê ou criança em aleitamento materno durante uma hospitalização é importante e pode ajudar na recuperação, especialmente de doenças críticas. Mesmo quando são circunstâncias difíceis, como a pandemia do SARS-CoV-2, que tornam necessário restringir visitas em hospitais, a presença de uma pessoa de apoio para a mãe deveria ser fortemente considerada para permitir que ela mantenha proximidade com seu bebê. Sempre que possível, o cuidado da mãe lactante e do bebê em aleitamento materno deve ser realizado no mesmo estabelecimento, e estes locais devem trabalhar para adaptar a sua infraestrutura para apoiar adequadamente as famílias em amamentação.

Áreas para Pesquisas Futuras

Como pouco foi publicado sobre esse assunto, mais relatos de experiências seriam bem-vindos, incluindo exemplos de políticas e séries de casos.

Referências

1. Courtois E, Thibault P. [Impact of hospitalization of an infant during breast-feeding: Mother-child investigation]. *Rech Soins Infirm* 2010;102:50–58.
2. Heilbronner C, Roy E, Hadchouel A, et al. Breastfeeding disruption during hospitalisation for bronchiolitis in children: A telephone survey. *BMJ Paediatr Open* 2017;1:e000158.
3. Bartick MC, Valdes V, Giusti A, et al. Maternal and infant outcomes associated with maternity practices related to COVID-19: The COVID mothers study. *Breastfeed Med* 2021;16:189–199.
4. Hookway L, Lewis J, Brown A. The challenges of medically complex breastfed children and their families: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2021:e13182.
5. Simon JA, Carabeta M, Rieth EF, et al. Perioperative care of the breastfeeding patient. *AORN J* 2018;107:465–474.
6. Rieth EF, Barnett KM, Simon JA. Implementation and organization of a perioperative lactation program: A descriptive study. *Breastfeed Med* 2018;13:97–105.

7. Australian Breastfeeding Association. Breastfeeding and hospitalisation. Australian Breastfeeding Association. 2017. <https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/breastfeeding-andhospitalisation> (accessed January 29, 2021).
8. Watson J, Hermann S, Johnson B. Developing a policy to support breastfeeding in women who are hospitalized and acutely ill. *Nurs Womens Health* 2013;17:188–196.
9. Dumphy D. The breastfeeding surgical patient. *AORN J* 2008;87:759–766; quiz 767–770.
10. Wenner L. Care of the breastfeeding mother in medicalsurgical areas. *Medsurg Nurs* 2007;16:101–104.
11. Shanahan H, Ashton J. Breastfeeding Women Admitted to Hospital Clinical Guideline V3.1. Truro, United Kingdom: NHS Royal Cornwall Hospitals, 2020.
12. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387:475–490.
13. Bartick MC, Jegier BJ, Green BD, et al. Disparities in breastfeeding: Impact on maternal and child health outcomes and costs. *J Pediatr* 2017;181:49–55 e46.
14. Walters DD, Phan LTH, Mathisen R. The cost of not breastfeeding: Global results from a new tool. *Health Policy Plan* 2019;34:407–417.
15. Haiek LN, LeDrew M, Charette C, et al. Shared decisionmaking for infant feeding and care during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Matern Child Nutr* 2021:e13129.
16. Hernandez-Aguilar MT, Bartick M, Schreck P, et al.; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #7: Model maternity policy supportive of breastfeeding. *Breastfeed Med* 2018;13:559–574.
17. Reece-Stremtan S, Campos M, Kokajko L, et al. ABM clinical protocol #15: Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, revised 2017. *Breastfeed Med* 2017;12:500–506.
18. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #25: Preprocedural fasting for the breastfeeding infant: “NPO” guidelines. *Breastfeed Med* 2012;7:197–202.
19. Mitchell KB, Fleming MM, Anderson PO, et al. ABM clinical protocol #31: Radiology and nuclear medicine studies in lactating women. *Breastfeed Med* 2019;14:290–294.
20. Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, et al. Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. *Matern Child Nutr* 2017;13:3–6; Erratum in *Matern Child Nutr* 2017;2013(2012):null.
21. World Health Organization. Guideline: Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding in Facilities: Providing Maternity and Newborn Services. Geneva: World Health Organization, 2017.
22. Colaizy TT, Bartick MC, Jegier BJ, et al. Impact of optimized breastfeeding on the costs of necrotizing enterocolitis in extremely low birthweight infants. *J Pediatr* 2016;175:100–105 e102.
23. O’Connor DL, Gibbins S, Kiss A, et al. Effect of supplemental donor human milk compared with preterm formula on neurodevelopment of very low-birth-weight infants at 18 months: A randomized clinical trial. *JAMA* 2016;316:1897–1905.
24. Khan J, Vesel L, Bahl R, et al. Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life: Effects on neonatal mortality and morbidity—A systematic review and meta-analysis. *Matern Child Health J* 2015;19:468–479.
25. Gyamfi A, O’Neill B, Henderson W. Black/African American breastfeeding experience: Cultural, sociological, and health dimensions through an equity lens. *Breastfeed Med* 2021:103–111.
26. Foligno S, Finocchi A, Brindisi G, et al. Evaluation of mother’s stress during hospitalization can influence the breastfeeding rate: Experience in intensive and non intensive departments. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:1298.
27. Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Nissen E, et al. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: Effects of infant hand massage and sucking. *Birth* 2001;28:13–19.
28. Uvna’s Moberg K. Oxytocin effects in mothers and infants during breastfeeding. *Infant* 2013;9:201–206.
29. Boss M, Gardner H, Hartmann P. Normal human lactation: Closing the gap. *F1000Res* 2018;7:F1000 Faculty Rev-801.
30. Uvna’s-Moberg K, Ingemar A, Magnusson D. The psychobiology of emotion: The role of the oxytocinergic system. *Int J Behavioral Medicine* 2005;12:59–65.
31. Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *J Nutr* 2001;131:3012S–3015S.
32. Vetulani J. Early maternal separation: A rodent model of depression and a prevailing human condition. *Pharmacol Rep* 2013;65:1451–1461.
33. Feldman-Winter L, Goldsmith JP, Committee On Fetus and Newborn, Task Force On Sudden Infant Death Syndrome. Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. *Pediatrics* 2016;138:e20161889.
34. Jonas W, Bisceglia R, Meaney MJ, et al. The role of breastfeeding in the association between maternal and infant cortisol attenuation in the first postpartum year. *Acta Paediatr* 2018;107:1205–1217.
35. Crenshaw JT. Healthy birth practice #6: Keep mother and newborn together—It’s best for mother, newborn, and breastfeeding. *J Perinat Educ* 2019;28:108–115.
36. Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, et al. Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breast milk throughout the day. *Pediatrics* 2006;117:e387–e395.
37. Johnson HM, Mitchell KB. Lactational phlegmon: A distinct clinical entity affecting breastfeeding women within the mastitis-abscess spectrum. *Breast J* 2020;26:149–154.
38. Hassiotou F, Hepworth AR, Metzger P, et al. Maternal and infant infections stimulate a rapid leukocyte response in breastmilk. *Clin Transl Immunology* 2013;2:e3.
39. Riskin A, Almog M, Peri R, et al. Changes in immunomodulatory constituents of human milk in response to active infection in the nursing infant. *Pediatr Res* 2012;71:220–225.
40. Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression. for lactating women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;9:CD006170.
41. Meier PP, Patel AL, Hoban R, et al. Which breast pump for which mother: An evidence-based approach to individualizing breast pump technology. *J Perinatol* 2016;36:493–499.
42. Felice JP, Geraghty SR, Quagliari CW, et al. “Breastfeeding” without baby: A longitudinal, qualitative investigation of how mothers perceive, feel about, and practice human milk expression. *Matern Child Nutr* 2017;13:e12426.
43. Felice JP, Rasmussen KM. Breasts, pumps and bottles, and unanswered questions. *Breastfeed Med* 2015;10:412–415.
44. Lawrence RA. Storage of human milk and the influence of procedures on immunological components of human milk. *Acta Paediatr Suppl* 1999;88:14–18.
45. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, et al. Strength of recommendation taxonomy (SORT): A patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *J Am Board Family Pract* 2004;17:59–67.
46. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2016: CD006641.
47. Ng CA, Ho JJ, Lee ZH. The effect of rooming-in on duration of breastfeeding: A systematic review of randomised and

- non-randomised prospective controlled studies. *PLoS One* 2019;14:e0215869.
48. Fewtrell M, Kennedy K, Lukoyanova O, et al. Short-term efficacy of two breast pumps and impact on breastfeeding outcomes at 6 months in exclusively breastfeeding mothers: A randomised trial. *Matern Child Nutr* 2019;15:e12779.
 49. Silberman SL. Pioneering in family-centered maternity and infant care: Edith B. Jackson and the Yale rooming-in research project. *Bull Hist Med* 1990;64:262–287.
 50. Lee S, Kelleher SL. Biological underpinnings of breastfeeding challenges: The role of genetics, diet, and environment on lactation physiology. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2016;311:E405–E422.
 51. World Health Organization.(2009). Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44117>.
 52. Centers for Disease Control and Prevention. Table 3.2. Median number of feedings of each food in the past 7 days by infant age, among babies who consumed each food. U.S. Department of Health and Human Services. Infant Feeding Practices Survey II Web site. 2008. https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/ifps/data/ifps2_tables_ch3.pdf (accessed February 20, 2021).
 53. Institute of Medicine (US), Committee on Nutritional Status During Pregnancy and Lactation. 5: Milk volume. In: Nutrition During Lactation. Washington, DC: National Academies Press (US), 1991.
 54. Centers for Disease Control and Prevention. How to keep your breast pump kit clean: The essentials. US Department of Health and Human Services. 2020. <https://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/healthychildcare/infantfeeding/breastpump.html> (accessed January 29, 2021).
 55. Flores-Anto'n B, Martin-Cornejo J, Morante-Santana MA, et al. Comparison of two methods for cleaning breast pump milk collection kits in human milk banks. *J Hosp Infect* 2019;103:217–222.
 56. Stanford Medicine Newborn Nursery, Morton J. Hand expression of breastmilk. Stanford University. 2006. <http://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breastfeeding/hand-expressing-milk.html> (accessed January 29, 2021).
 57. Centers for Disease Control and Prevention. Proper storage and preparation of breast milk. Department of Health and Human Services. 2020. https://www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/handling_breastmilk.htm (accessed January 29, 2021).
 58. Task Force On Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2016;138:e20162938.
 59. LactMed: Drugs and Lactation Database. <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT> (accessed September 20, 2006).
 60. Texas Tech University Health Sciences Center. InfantRisk Center at Texas Tech University Health Sciences Center: Breastfeeding. Texas Tech University Health Sciences Center. 2021. <https://www.infantrisk.com/category/breastfeeding> (accessed January 29, 2021).
 61. e-lactancia. Is it compatible with breastfeeding? Association for the Promotion of and Scientific and Cultural Research in Breastfeeding of Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (World Health Organization). 2021. www.e-lactancia.org/ (accessed February 20, 2021).
 62. Sachs HC, Committee On Drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: An update on selected topics. *Pediatrics* 2013;132:e796–e809.
 63. Odom EC, Li R, Scanlon KS, et al. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics* 2013;131:e726–e732.
 64. Brown A, Finch G, Trickey H, et al. 'A Lifeline When No One Else Will Give You the Answer': An Evaluation of the Breastfeeding Network kdrugs in Breastmilk Service. Scotland: Breastfeeding Network, 2019.
 65. Centers for Disease Control and Prevention. Contraindications to breastfeeding or feeding breast milk to infants. US Department of Health and Human Services. 2019. <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-specialcircumstances/contraindications-to-breastfeeding.html> (accessed January 29, 2021).
 66. Carneiro-Proietti AB, Amaranto-Damasio MS, Leal-Horiguchi CF, et al. Mother-to-child transmission of Human T-Cell Lymphotropic Viruses-1/2: What we know, and hat are the gaps in understanding and preventing this route of infection. *J Pediatric Infect Dis Soc* 2014;3 Suppl 1:S24–S29.
 67. World Health Organization. Updates on HIV and Infant Feeding. Geneva: World Health Organization, 2021.
 68. Loveday M, Hlangu S, Furin J. Breastfeeding in women living with tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2020;24:880–891.
 69. World Health Organization. Breastfeeding and COVID-19. Scientific Brief. 2020. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/breastfeeding-and-covid-19#:~:text=WHO%20recommends%20that%20mothers%20with,confirmed%20COVID%2D19> (accessed October 16, 2020).
 70. Auerbach KG, Avery JL. Relactation: A study of 366 cases. *Pediatrics* 1980;65:236–242.
 71. Turner T. Why North Carolina mom believes newborn saved her life. ABC News [Internet]. 2015. Available from: <https://abcnews.go.com/Health/north-carolina-mom-believes-newborn-saved-life/story?id=34836156> (accessed August 22, 2021).
 72. Eglash A, Malloy ML. Breastmilk expression and breast pump technology. *Clin Obstet Gynecol* 2015;58:855–867.
 73. Wisner KL, Jennings KD, Conley B. Clinical dilemmas due to the lack of inpatient mother-baby units. *Int J Psychiatry Med* 1996;26:479–493.
 74. Cazas O, Glangeaud-Freudenthal NM. The history of Mother-Baby Units (MBUs) in France and Belgium and of the French version of the Marce checklist. *Arch Womens Ment Health* 2004;7:53–58.
 75. Galbally M, Sved-Williams A, Kristianopoulos D, et al. Comparison of public mother-baby psychiatric units in Australia: Similarities, strengths and recommendations. *Australas Psychiatry* 2019;27:112–116.
 76. Kimmel MC, Lara-Cinisomo S, Melvin K, et al. Treatment of severe perinatal mood disorders on a specialized perinatal psychiatry inpatient unit. *Arch Womens Ment Health* 2016;19:645–653.
 77. Meltzer-Brody S, Brandon AR, Pearson B, et al. Evaluating the clinical effectiveness of a specialized perinatal psychiatry inpatient unit. *Arch Womens Ment Health* 2014;17:107–113.
 78. Buist A, Minto B, Szego K, et al. Mother-baby psychiatric units in Australia—The Victorian experience. *Arch Womens Ment Health* 2004;7:81–87.
 79. Hill R, Law D, Yelland C, et al. Treatment of postpartum psychosis in a mother-baby unit: Do both mother and baby benefit? *Australas Psychiatry* 2019;27:121–124.
 80. Vittner D, McGrath J, Robinson J, et al. Increase in oxytocin from skin-to-skin contact enhances development of parent-infant relationship. *Biol Res Nurs* 2018;20:54–62.
 81. Children's Hospital of Philadelphia. Maintaining your milk supply while your baby is hospitalized. Children's Hospital of Philadelphia. 2021. <https://www.chop.edu/pages/maintaining-your-milk-supply-while-baby-hospitalized> (accessed February 15, 2012).

82. Children's Wisconsin. Breastfeeding your hospitalized child. Children's Wisconsin. 2021. <https://childrenswi.org/medical-care/neonatology/breastfeeding-resources/breastfeeding-your-hospitalized-child> (accessed February 15, 2021).
83. Ben Gueriba K, Heilbronner C, Grimaud M, et al. Simple actions to support breastfeeding can avoid unwanted weaning in infants younger than 6 months hospitalized for bronchiolitis: A before/after study (Bronchilact II). *Arch Pediatr* 2021;28:53–58.
84. Hoffmeister J, Zaborek N, Thibeault SL. Postextubation dysphagia in pediatric populations: Incidence, risk factors, and outcomes. *J Pediatr* 2019;211:126–133 e121.
85. Shadman KA, Kelly MM, Edmonson MB, et al. Feeding during high-flow nasal cannula for bronchiolitis: Associations with time to discharge. *J Hosp Med* 2019;14:E43–E48.
86. Combs VL, Marino BL. A comparison of growth patterns in breast and bottle-fed infants with congenital heart disease. *Pediatr Nurs* 1993;19:175–179.
87. Gregory C. Use of test weights for breastfeeding infants with congenital heart disease in a cardiac transitional care unit: A best practice implementation project. *JBIC Database System Rev Implement Rep* 2018;16:2224–2245.

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.

Melissa C. Bartick, MD, MS, FABM, Autora Principal
Maria Teresa Hernández-Aguilar, MD, MPH, PhD
Nancy Wight, MD, FABM
Katrina B. Mitchell, MD
Liliana Simon, MD, MS
Lauren Hanley, MD
Samantha Meltzer-Brody, MD, MPH
Robert M. Lawrence, MD

Membros do Comitê de Protocolos da ABM:
Elizabeth Stehel, MD, Chair
Lawrence Noble, MD, FABM, Translations Chair
Melissa C. Bartick, MD, MS, FABM
Sarah Calhoun, MD
Laura Kair, MD, MAS, FABM
Susan Lappin, MD, FABM
Ilse Larson, MD
Yvonne LeFort, MD, FABM
Nicole Marshall, MD, MCR
Katrina Mitchell, MD
Susan Rothenberg, MD, IBCLC, FABM
Tomoko Seo, MD, FABM
Gina Weissman, DMD, RN
Nancy Wight, MD, FABM
Lori Feldman-Winter, MD, MPH
Adora Okogbule-Wonodi, MD
Michal Young, MD, FABM
Deena Zimmerman, MD, MPH

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

Para correspondência: abm@bfmed.org