

PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM SITUAÇÃO DE CALAMIDADE: TOOLKIT

JÚNIA APARECIDA LAIA DA MATA (ORG)

PROJETO DE PROTEÇÃO E PROMOÇÃO
DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL (PROSMI)







Direitos autorais reservados. Distribuição gratuita. Proibida a venda desta obra.

Organizadora

Júnia Aparecida Laia da Mata

Coordenadora do Projeto

Júnia Aparecida Laia da Mata

Elaboração dos Conteúdos

Clara Fróes de Oliveira Sanfelice - Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0664704614004226>

Fernanda de Souza Freitas Abbud - Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7846741618607825>

Júnia Aparecida Laia da Mata - Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5860573628004372>

Luiza Helena Kirst - Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0317109758522738>

Marcella Moreira Aguiar - Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9959686452132492>

Monalisa Nascimento dos Santos Barros - Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6531843633892645>

Nanucha Teixeira da Silva - Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9354168938347602>

Suellen Cristina Dias Emidio - Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0320785444051146>

Ilustração de Capa

Paula Mastroberti

Ilustrações dos Conteúdos

Camila Chaves

João Vitor Cavalcante

Revisão

Liliane Darós

Julia Mastroberti Buarque Soares

Kezia Mausolf

Luísa Onofre

Projeto Gráfico

Cesar Escher

Mari Schantz Santana

Nicolas Fedrizzi

Paula Mastroberti

Samantha Flôor

Instituições Participantes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Realização

Grupo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Parto Domiciliar Planejado (GIEPDP)/UFRGS

www.ufrgs.br/giepdp

Instagram: @giepdp.ufrgs

Coordenação Editorial

Paula Mastroberti

Parceria

Projeto Ilustraê - UFRGS

Apoio

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ).

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Proteção e promoção da saúde materno-infantil em situação de calamidade : toolkit / [organização Júnia Aparecida Laia da Mata ; ilustração Paula Mastroberti]. -- 1. ed. -- Porto Alegre, RS : Ed. dos Autores, 2024.

Vários autores.
Vários colaboradores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-01-03571-0

1. Crianças - Saúde e higiene - Manuais, guias, etc 2. Desastres naturais 3. Gestantes - Cuidado e tratamento 4. Profissionais de saúde 5. Promoção da saúde 6. Rio Grande do Sul (RS) - Aspectos sociais 7. Saúde pública I. Mata, Júnia Aparecida Laia da. II. Mastroberti, Paula.

24-208667

CDD-613

Índices para catálogo sistemático:

1. Promoção da saúde 613

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM SITUAÇÃO DE CALAMIDADE: TOOLKIT

JÚNIA APARECIDA LAIA DA MATA (ORG)



PROJETO DE PROTEÇÃO E PROMOÇÃO
DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL (PROSMI)





PALAVRAS DA ORGANIZADORA

Este projeto nasceu de uma mãe. No dia 4 de maio de 2024, fui prestar suporte às vítimas da catástrofe causada pelas fortes chuvas e enchentes no Rio Grande do Sul (RS), no abrigo organizado na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ESEFID-UFRGS). É indescritível o que senti ao adentrar naquele ginásio lotado de pessoas, que tiveram que deixar os seus lares para salvar suas vidas, e se encontravam em situação de vulnerabilidade. Meus olhos percorreram aquele lugar e uma cena específica me mobilizou: uma mãe, em cima de um colchão que estava no chão em meio a tantos outros, tentando organizar algumas roupas que acabara de receber como doação, e seu bebê de 28 dias chorando no colo da avó, sensível aos múltiplos sons que percorriam aquele espaço. Fui até aquela mãe, indaguei se podia ajudá-la e recebi um sinal positivo. Após certo tempo ali, perguntei o nome do bebê, parecia com fome, o acolhi nos meus braços, arrumei as suas roupas e o embalei em uma manta. Depois, perguntei se ela estava amamentando. Ela informou que sim e, então, questionei se desejava apoio para amamentá-lo naquele momento. E novamente recebi uma resposta positiva. Naquele cenário caótico, ela buscava um local para se sentar e amamentar. Encontramos uma cadeira de plástico cheia de sacolas, a ajudei a se posicionar, ela se sentou, colocou o seu bebê para amamentar e dialogamos. Pude ouvir sua história e sobre como a tragédia afetou a sua família. Me coloquei no lugar daquela mãe, que, em pleno puerpério, foi obrigada a deixar subitamente sua casa com seu bebê nos braços sem saber para onde ir, vivenciando medo, tristeza, riscos e insegurança. Agora, ela estava ali em meio a pessoas desconhecidas tendo que se adaptar a uma situação extremamente difícil, em uma fase desafiadora da vida. Foi por essa mãe e esse recém-nascido, e por tantas outras que conheci que experienciaram a tragédia no RS, que criei o Projeto de Proteção e Promoção da Saúde Materno-Infantil (PROSMI). Como Enfermeira Obstetra e Mãe, fiquei particularmente mobilizada com a vulnerabilidade das gestantes, puérperas, dos recém-nascidos e das crianças diante da calamidade. Em catástrofes, esse grupo é o mais vulnerável e precisa de atenção especial. O PROSMI representa um suporte para os profissionais da saúde atuantes na linha de frente para que atendam, de maneira segura e qualificada, gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças. Ele foi materializado por um time de voluntários, que se doaram e se empenharam em dar uma resposta rápida aos problemas causados pela emergência. Que sigamos fortes e unidos para recuperar a saúde materno-infantil no RS, pois mãos solidárias salvam vidas.

Júnia Aparecida Laia da Mata

PALAVRAS DA COORDENADORA EDITORIAL

Quando fui chamada a conduzir os trabalhos de criação do corpo gráfico que derivou nesta publicação, senti um misto de alegria e alívio. Em tempos de calamidade, como a que assolou o Rio Grande do Sul no final de abril de 2024, pode ser muito difícil pensar na arte como um instrumento apropriado para agir e atuar junto àqueles que demandam por tantas outras urgências. Contudo, as colegas da Enfermagem, representadas por Júnia, nos mostraram, mais uma vez, que a arte tem lugar em meio a tanta tristeza. No domínio expressivo de traços, formas e cores, organizamos o caos instaurado e contribuimos para acolher e promover o bem-estar junto aos que estão em situação de vulnerabilidade. É curioso lembrar que a ação extensionista Ilustraê!, apoiadora do projeto que culmina neste material, já nasceu em caráter interdisciplinar, e devido a outra calamidade: a partir de um convite de colegas do Curso de Jornalismo, atuamos em parceria durante a pandemia de covid-19, desde 2020, no lugar de fotógrafos, então impossibilitados de sair às ruas e de registrar o cotidiano vivido durante o período de quarentena. Àqueles que acreditam na incapacidade da arte para colaborar em situações extremas e desesperadoras como as que o Rio Grande do Sul vive neste momento, penso que esta publicação, cujo resultado admirável só foi possível graças à dedicação de toda a equipe voluntária que trabalhou, em prazo exíguo, no *design* e nas ilustrações, pode ser uma resposta, entre tantas outras que oferecemos. Para além de oficinas feitas para dar alento e alegria a adultos, adolescentes e crianças, para além do prazer estético que a arte propicia, acreditamos sobretudo no seu potencial humanizador; e manter-se humano é crucial, em tempos difíceis.

Paula Mastroberti



PROJETO DE PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL – PROSMI

O QUÊ?

Projeto desenvolvido pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em parceria com a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). É voltado para a produção de *toolkits* com foco na promoção da saúde materno-infantil. Nesta edição, o projeto se concentra na produção de materiais de apoio para o enfrentamento da calamidade no Rio Grande do Sul (RS), Brasil.

PARA QUEM?

Profissionais da saúde atuantes na linha de frente da catástrofe no RS, na atenção às famílias, gestantes, parturientes, puérperas, recém-nascidos e crianças.

POR QUÊ?

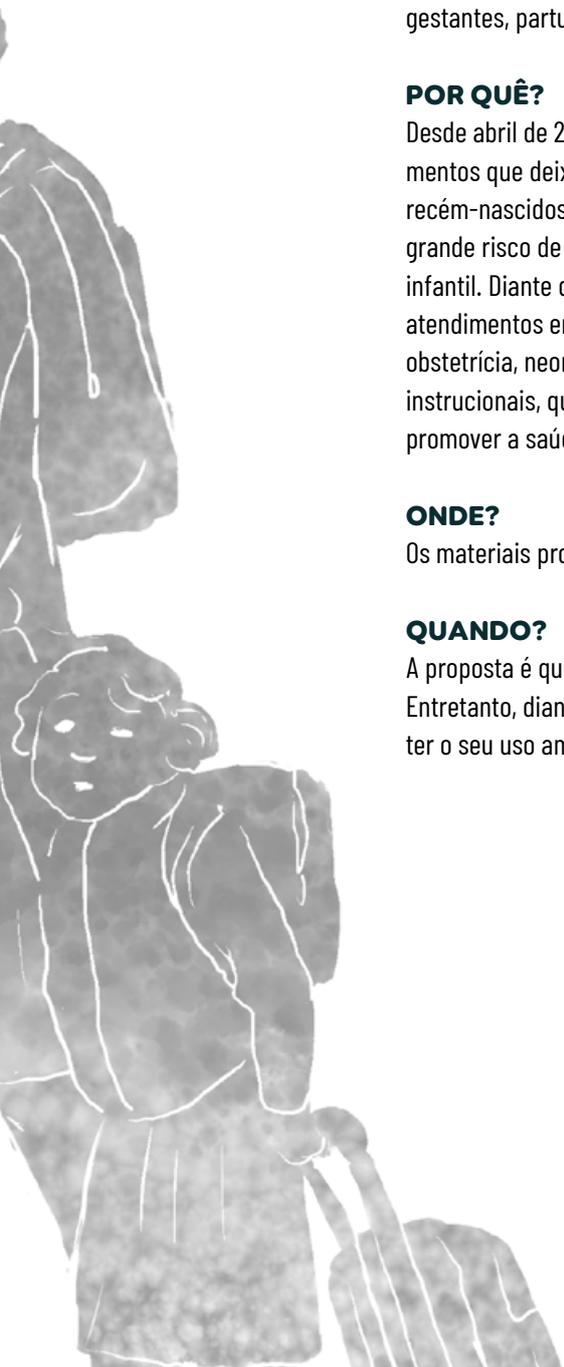
Desde abril de 2024, o RS enfrenta uma calamidade sem precedentes, com enchentes e alagamentos que deixaram um número significativo de famílias, gestantes, parturientes, puérperas, recém-nascidos e crianças desabrigados e em situação de extrema vulnerabilidade. Há grande risco de adoecimento desse público e, também, de impacto na mortalidade materna e infantil. Diante da emergência, houve acolhimento em abrigos improvisados e a organização de atendimentos em saúde por profissionais voluntários, incluindo também não especialistas em obstetrícia, neonatologia e pediatria. Por isso, é fundamental a criação e o preparo de materiais instrucionais, que sirvam de apoio àqueles atuantes na linha de frente, com vistas a proteger e promover a saúde materno-infantil, prevenindo maiores danos.

ONDE?

Os materiais produzidos pelo projeto poderão ser aplicados em todo o Estado do RS.

QUANDO?

A proposta é que o material seja amplamente adotado durante o período de emergência. Entretanto, diante dos impactos de curto e longo prazos causados pela calamidade, ele poderá ter o seu uso ampliado.





SUMÁRIO

ATENÇÃO À GESTANTE EM SITUAÇÃO DE CALAMIDADE

Luiza Helena Kirst, Júnia Aparecida Laia da Mata _____ 10

APOIO EMOCIONAL À GESTANTE EM SITUAÇÃO DE CALAMIDADE

Marcella Moreira Aguiar, Monalisa Nascimento dos Santos Barros, Júnia Aparecida Laia da Mata _____ 14

MANEJO DO MEDO EM GESTANTES EM SITUAÇÃO DE CALAMIDADE

Marcella Moreira Aguiar, Monalisa Nascimento dos Santos Barros, Júnia Aparecida Laia da Mata _____ 18

RECONHECENDO OS SINAIS DE TRABALHO DE PARTO EM GESTANTES ABRIGADAS

Júnia Aparecida Laia da Mata, Clara Fróes de Oliveira Sanfelice, Luiza Helena Kirst _____ 22

APOIO À AMAMENTAÇÃO EM SITUAÇÃO DE CALAMIDADE

Nanucha Teixeira da Silva, Luiza Helena Kirst, Júnia Aparecida Laia da Mata _____ 26

CUIDADOS COM RECÉM-NASCIDOS EM SITUAÇÃO DE CALAMIDADE

Fernanda de Souza Freitas Abbud, Suellen Cristina Dias Emídio, Júnia Aparecida Laia da Mata _____ 30

USO DE FÓRMULA EM RECÉM-NASCIDOS EM SITUAÇÃO DE CALAMIDADE

Nanucha Teixeira da Silva, Júnia Aparecida Laia da Mata _____ 40



Luiza Helena Kirst
Júnia Aparecida Laia da Mata

ATENÇÃO À GESTANTE EM SITUAÇÃO DE CALAMIDADE

SITUAÇÃO DE CALAMIDADE NO RIO GRANDE DO SUL E A SAÚDE DAS GESTANTES

Chuvas intensas, enchentes e alagamentos em larga extensão, resultantes das mudanças climáticas, acometeram o RS no final de abril de 2024, e deixaram gestantes desabrigadas e em situação de extrema vulnerabilidade.

Os impactos causados pela calamidade na saúde física e emocional das gestantes, bem como nos seus bebês, podem ser minimizados por meio de ações efetivas de promoção da saúde e cuidado.

OBJETIVO

Oferecer orientações aos profissionais da saúde atuantes na linha de frente sobre como acolher e cuidar de gestantes vitimizadas pela calamidade no RS, acolhidas em abrigos.

ACOLHIMENTO DE GESTANTES EM ABRIGOS

Recomenda-se que as gestantes sejam acolhidas nos abrigos com a sua família, mantendo a sua rede de apoio, e que seja realizada, da forma mais breve possível, uma entrevista com um profissional de saúde.

RECEPÇÃO DA GESTANTE



JÁ INICIOU O PRÉ-NATAL E POSSUI CADERNETA DA GESTANTE?



Se sim, verificar no documento se a gestação é de alto ou baixo risco e encaminhá-la o quanto antes para uma unidade de referência para vinculação e continuidade do acompanhamento.



Se iniciou o pré-natal e não possui caderneta da gestante, preencher uma nova caderneta, com os dados fornecidos, e encaminhá-la para uma unidade de referência para vinculação e continuidade do acompanhamento.



JÁ SE ALIMENTOU? QUANDO COMEU PELA ÚLTIMA VEZ?

Gestantes não devem ficar muitas horas sem se alimentar. Mesmo diante da situação de calamidade, elas devem ser estimuladas a se alimentar a cada 3 horas, de forma fracionada. E os abrigos precisam priorizar o bem-estar deste público.

A gestante apresenta algum dos sinais de alerta na gestação? Veja o quadro abaixo.



SINAIS DE ALERTA NA GESTANTE

BASEADOS NO MANUAL DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE¹

Na presença de qualquer um dos sinais¹ abaixo, encaminhar a gestante para um serviço de saúde especializado e de referência do abrigo:



Sangramento vaginal



Perda de líquido pela vagina



Dor de cabeça intensa ou persistente, em especial na região da nuca



Dor epigástrica (na região alta da barriga)



Pressão arterial elevada (igual ou maior do que 140x90 mmHg)



Falta de ar



Visão embaçada ou com pontos brilhantes (chamados de escotomas)



Febre



Vômitos repetidos e intensos



Tosse repetitiva



Dor de garganta



Perda de olfato (anosmia)



Perda do paladar (ageusia)

A gestante apresentou algum sinal que pode acompanhar o trabalho de parto? Se sim, veja o quadro abaixo. É necessária avaliação e cuidados especializados.



SINAIS QUE PODEM ACOMPANHAR O TRABALHO DE PARTO

Costumam acontecer todos ou alguns destes sinais, antes ou durante o trabalho de parto:

CONTRAÇÕES UTERINAS FREQUENTES

Pressão na região da barriga, que pode ser percebida pela gestante como dolorosa ou não, gerando endurecimento do abdome, que permanece por alguns segundos (em torno de 40-60 segundos). Às vezes, vêm acompanhadas de queixa de desconforto nas costas. Costumam iniciar a cada 10 minutos, na fase inicial do trabalho de parto (latente - até 5 cm de dilatação). Na fase mais avançada do trabalho de parto (ativa - mais de 5 cm de dilatação), podem chegar a 5 contrações a cada 10 minutos.

VONTADE FREQUENTE DE IR BANHEIRO OU DE VOMITAR

Pode acontecer em momentos antes do início do trabalho de parto ou em estágio mais avançado.

PERDA DE LÍQUIDO PELA VAGINA

Toda vez que a gestante se abaixa ou se mexe, sai líquido sem parar da vagina, excluindo a eliminação de urina.

PERDA DO TAMPÃO MUCOSO

O tampão é uma secreção gelatinosa que pode ser transparente, amarelada, acastanhada ou com rajadas de sangue.

PERDA DE SANGUE PELA VAGINA

A presença de gotas de sangue pode indicar alguma dilatação do colo do útero.



TEM ALGUM FERIMENTO OU SANGRAMENTO?

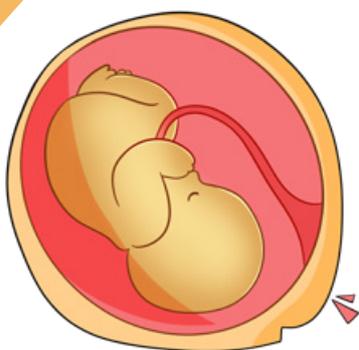
Se sim, precisa ser submetida, o mais breve possível, à avaliação e cuidados especializados.



DURANTE A EVACUAÇÃO DO SEU LOCAL DE ORIGEM ENTROU NA ÁGUA?

Se sim, precisa ser submetida à avaliação e cuidados especializados.

SENTIU O BEBÊ SE MEXER NAS ÚLTIMAS HORAS?



É importante que o bebê se mexa em todos os turnos. É possível que por conta da situação atual a gestante não tenha percebido as movimentações fetais. Por isso, é fundamental orientá-la a se alimentar, tentar descansar por um período e, assim, se atentar aos movimentos do bebê. A gestante precisará passar por avaliação por profissional de saúde habilitada(o), ou seja, Enfermeira(o) Obstetra, Médica(o) Obstetra, Médica(o) de Família ou Obstetrix, para verificar o bem-estar materno e fetal.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA A CADERNETA E O ACOMPANHAMENTO NO ABRIGO

Ao preencher a nova caderneta da gestante, **considere as informações do quadro abaixo**. Se a pessoa tiver a caderneta, verifique os dados.



Está com quantas semanas de gestação?



É gestação de um bebê ou mais?



Tem outros filhos? Se sim, qual é a idade deles?



Quantas vezes engravidou?



Paridade (quantos partos ou quantas cesáreas teve)?



Teve aborto? Se sim, quantos?

COLETAR O SEGUINTE HISTÓRICO NA GESTAÇÃO ATUAL:

- ▶ Se teve sangramento em algum momento, alguma internação, covid-19 ou infecção urinária.
- ▶ Se tem alguma doença crônica: hipertensão arterial, diabetes, anemias, hipotireoidismo.
- ▶ Se tem diabetes gestacional.
- ▶ Se tem alguma doença infectocontagiosa: infecção pelo HIV, hepatites, sífilis ou outras.
- ▶ Se faz uso contínuo de alguma medicação. Se sim, qual? Trouxe consigo a medicação.
- ▶ Está em uso de vitamina? Se sim, quais? Trouxe consigo?
- ▶ Está com companheiro(a)? Se sim, é importante que este(a) participe das conversas e decisões.

MONITORAMENTO DAS GESTANTES ACOLHIDAS NO ABRIGO

Em uma situação de calamidade, gestantes fazem parte do grupo mais vulnerável e com risco à vida. Por isso, é fundamental uma atenção especial a esse público. O abrigo precisa criar estratégias para registro das gestantes e acompanhamento do seu estado de saúde.

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES NO LOCAL PODEM MONITORAR SE AS GESTANTES:



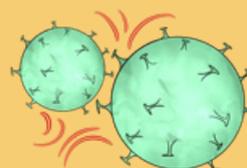
TÊM SE ALIMENTADO ADEQUADAMENTE



TÊM SE HIDRATADO



ESTÃO TOMANDO SUAS VITAMINA, CONFORME PRESCRIÇÃO²



NÃO ESTÃO EM CONTATO COM PESSOAS DOENTES²



Pode ser ofertado para as gestantes álcool à 70% para a higienização das mãos sempre que necessário, e recomendado o uso de máscara, quando estiverem em locais com grande aglomeração de pessoas.



O acompanhamento pré-natal precisa ser garantido para o bem-estar materno e fetal.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 692 p.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Natural Disaster Safety for Expecting and New Parents. Acesso em 15 mai. 2024. Disponível em: <https://www.cdc.gov/reproductive-health/emergency-preparation-response/safety-messages.html>

APOIO EMOCIONAL À GESTANTE EM SITUAÇÃO DE CALAMIDADE



Marcella Moreira Aguiar
Monalisa Nascimento dos Santos Barros
Júnia Aparecida Laia da Mata

SITUAÇÃO DE CALAMIDADE NO RIO GRANDE DO SUL E A SAÚDE MENTAL DAS GESTANTES

A gestação, por si só, representa um período de intensas adaptações psicológicas, sociais e físicas. Diante de um desastre natural, como o ocorrido no RS, a gestante acometida pode sofrer grandes impactos na saúde mental. Devido à calamidade, muitas tiveram de deixar os seus

lares às pressas para salvar suas vidas e passaram por situações de intenso estresse. É fundamental oferecer uma atenção especial a essa população, para proteger e promover a saúde materno-infantil e evitar mortes.

OBJETIVO

Fortalecer a atenção à saúde mental das gestantes vitimizadas pela calamidade no RS por meio de orientação aos profissionais de saúde atuantes na linha de frente.

MEDIDAS FUNDAMENTAIS EM UMA SITUAÇÃO DE CALAMIDADE



Preparar as respostas, com mapeamento prévio de serviços obstétricos e de saúde mental, disponíveis na comunidade



Responder aos desastres e reabilitar as condições de vida e de vivências da gestação, do parto e do pós-parto, da forma mais positiva possível



Prevenir riscos futuros e iminentes na gestação, no parto e no pós-parto



Reduzir riscos emocionais e/ou físicos existentes

APOIO EMOCIONAL À GESTANTE

No apoio emocional à gestante em situação de calamidade, o profissional de saúde deve:



Realizar a escuta qualificada (ouvir com atenção e sensibilidade o que ela tem a dizer e, após a escuta, oferecer suporte)



Não julgar, acolher e orientar



Garantir sigilo ético¹



Encaminhar ao psicólogo, para apoio psicológico, sempre que necessário

O SUPORTE EMOCIONAL À GESTANTE FRENTE A UMA CALAMIDADE²:

Pode ser compreendido como um espaço de acolhimento e de expressão para gestantes que o buscam espontaneamente ou que são encaminhadas a um serviço.

Deve ser oferecido, preferencialmente, de forma presencial. Se não for possível, ações remotas podem ser organizadas.

Deve trabalhar percepção de risco, planos de assistência obstétrica, mobilização comunitária de suporte às gestantes, visando reivindicar do poder público as intervenções estruturais necessárias.

Deve promover a autonomia das gestantes afetadas e evitar vitimização ou patologização das mesmas.

Deve oferecer mapeamento da continuidade da assistência pré-natal e encaminhamento dos casos para serviços ou profissionais do município, ou da região atingida.

Deve contribuir para processos de nomeação do sofrimento psíquico e validação das emoções e sentimentos expressados.

Deve considerar os processos de compreensão do comportamento expressado pelas gestantes que vivenciam condições de vulnerabilidades no contexto apresentado: perda da casa, da equipe de referência ao seu cuidado, possivelmente a perda de entes queridos ou das memórias de uma vida.

Deve compreender que a vivência do luto tem também como função proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência das perdas.

Deve ser um espaço sensível em relação à cultura obstétrica da gestante e demais recursos simbólicos – o que inclui experiências religiosas, modalidades de cuidado comunitárias e concepções morais, opções de via de nascimento do bebê, crenças e medos presentes.

Deve prevenir e manejar os problemas de saúde mental e bem-estar psicossocial que possam ocorrer.

Deve facilitar a formação de redes de cuidado comunitária entre gestantes e/ou puérperas e o apoio social na comunidade, especialmente com as demais mulheres.

Deve ser um espaço de expressão do luto, em que a gestante sinta ser possível falar dos receios da morte, do medo, da incerteza e do viver sem inibições ou restrições.

Deve proporcionar à gestante o reconhecimento das condições que podem aumentar a sua vulnerabilidade e a do seu bebê, com indicações claras de como procurar ajuda.

AÇÕES QUE COLABORAM PARA O SUPORTE EMOCIONAL⁴



Fique atento(a)

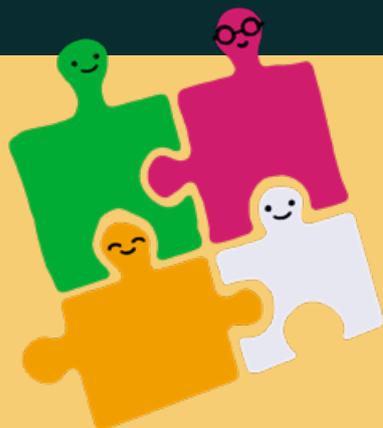
Não se deve prescindir da ajuda comunitária, tampouco desvalorizar a solidariedade, mas propiciar que essa ação encontre o respaldo institucional adequado³.

Os voluntários devem ter clareza de que são mediadores entre a cidadã fragilizada e o Estado³.

Quanto aos profissionais na linha de frente, não se pode induzir convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções³.

EM SITUAÇÕES DE ABRIGAMENTO, DEVE-SE CONSIDERAR³:

- ▶ A perda de privacidade
- ▶ A demora na solução permanente para a vida da família da gestante
- ▶ A insegurança na assistência imediata à gestação
- ▶ A convivência constante de grupos com valores, crenças e práticas divergentes



1

Integrar informações dos diversos serviços de saúde para gestação e parto na região junto aos coordenadores dos serviços.



2

Divulgar e sensibilizar grupos e comunidades sobre estratégias de prevenção e mitigação do desastre, comportamentos esperados e necessidade do suporte psicossocial às gestantes e puérperas.



3

Estimular construção de planos de preferências de parto realistas e condizentes com a oferta de serviços disponíveis.



4

Ter como norte o fortalecimento da rede comunitária – e não sua substituição –, ressaltando a importância das Unidades Básicas de Saúde, Unidades da Política de Assistência Social, maternidades, centros de parto normal, grupos de gestantes, associações de doulas, organizações não governamentais (ONGs) e demais pessoas e instituições formais e informais de referência, fomentando um trabalho contínuo com a comunidade local.

É importante não reforçar o assistencialismo, sobretudo estratégias morais de correção comportamental e adaptação afetiva, em que a gestante sinta o que está sendo oferecido como gesto de caridade⁵.

VOCÊ SABIA?



Uma das prioridades em emergências é proteger e melhorar a saúde mental e o bem-estar psicossocial das pessoas, especialmente de grupos específicos como as gestantes e puérperas.



O cuidado deve focar na produção de vínculos, com intervenções pensadas inter-setorialmente, ressaltando as demandas da própria gestante, da família e da comunidade de forma mais ampla⁴.



Situações de desastre tendem a agravar condições ou problemas preexistentes⁵.



As intervenções de saúde mental e atenção psicossocial devem ser acionadas nas primeiras horas após um desastre, sendo considerados serviços básicos e de segurança².



São esperadas reações intensas nas primeiras 72 horas após os desastres, como: reação imediata de alarme, reações fisiológicas, motoras e cognitivas (taquicardia, sudorese, hiperatividade, aflição, agressividade), agitação desordenada, fuga, pânico, crise emocional e incapacidade de reagir ou paralisia².



A maioria das reações agudas é mais bem manejada sem o uso de medicamentos e conforme os princípios dos Primeiros Cuidados Psicológicos⁵.



Em situações severas de agravo à saúde mental, os serviços de referência precisam estar definidos para encaminhamento da gestante.



A assistência imediata não finda a tragédia humanitária, que comporta demandas mais complexas.

Estar em um abrigo exige um exercício de tolerância muito difícil de manejar frente a um processo gestacional que implica, ainda, uma data provável de parto.

Mitigar riscos, prevenir e preparar a gestante é também uma forma de contribuir para o enfrentamento da calamidade.



REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Psicologia. Nota Técnica sobre a atuação da psicologia na gestão integral de riscos e desastres, relacionadas com a política de proteção e defesa civil. 2016.
2. Conselho Federal de Psicologia. Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) na gestão integral de riscos, emergências e desastres / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 1. Ed. Brasília: CFP, 2021.
3. Organização Pan-americana da Saúde. Primeiros cuidados psicológicos: guia para trabalhadores de campo. Brasília: OPAS, 2015.
4. Freitas CM et al. Orientações para gestão de risco de desastres e emergências em saúde pública: abordagem integrada à atenção primária e vigilância em saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Fiocruz, ENSP, CEPEDDES, 2023.
5. Valencio N, Siena M, Marchezini V, Gonçalves JC (Orgs). Sociologia dos desastres – construção, interfaces e perspectivas no Brasil. São Carlos: RiMa Editora, 2009.

MANEJO DO MEDO EM GESTANTES EM SITUAÇÃO DE CALAMIDADE

Marcella Moreira Aguiar | Monalisa Nascimento dos Santos Barros | Júnia Aparecida Laia da Mata



SITUAÇÃO DE CALAMIDADE NO RIO GRANDE DO SUL E A EMOÇÃO MEDO NAS GESTANTES

Diante do desastre natural que assolou o RS, em abril de 2024, gestantes perderam bens, algumas delas, seus entes queridos, e ficaram desabrigadas, tendo que ser acolhidas em locais improvisados, dividindo espaços com desconhecidos. Frente à calamidade vivida, muitas delas podem manifestar a emoção

medo de forma intensa e contínua, o que pode repercutir na sua saúde física, mental e no bem-estar do bebê. Por isso, o manejo do medo é fundamental no cuidado às gestantes vitimadas pela tragédia.

OBJETIVO

Fortalecer a atenção à saúde materno-infantil diante da calamidade ocorrida no RS por meio de orientações sobre como manejar o medo em gestantes, aos profissionais de saúde atuantes na linha de frente.

O QUE É O MEDO?

O medo é uma reação fisiológica que acontece no corpo como forma de preparação para situações de perigo, sejam elas reais ou imaginárias. Ao sentir medo, o corpo emite uma descarga de estresse que causa reações como: aumento do hormônio cortisol, foco aumentado em sinais que

possam prever o perigo, palpitações, sudorese, enjoos, tremores, boca seca, dormência nas extremidades do corpo e redução da oxigenação no cérebro, que provoca dificuldade de tomada de decisões com base na realidade. Em situações de calamidade é esperado o aumento na situação de alerta!

O QUE POTENCIALIZA O MEDO DURANTE A GESTAÇÃO?



A gestação representa o evento de vida mais complexo de uma pessoa, podendo ser um período bastante estressante, e produz alterações biológicas, influenciadas pela carga genética, psicológica e, especialmente em situação de calamidade, marcada por uma estrutura social permeada por dúvidas e expectativas!



Em nossa cultura, é comum o medo do parto, agravado pela forma como a mídia retrata a cena ou os relatos de vivências negativas de outras pessoas. Isso é potencializado em situações de emergências e desastres. Geralmente, o medo está associado à dor percebida, ao sofrimento e à sensação de desamparo.

A SITUAÇÃO DE CALAMIDADE E O MEDO

Sobreviventes de uma calamidade podem desenvolver sintomas cognitivos, físicos e emocionais associados ao trauma vivido. As gestantes podem se sentir ou serem incapazes de tomar decisões de forma razoável. Os atendimentos nesses casos devem mitigar os sinais e sintomas agudos, reestabelecer a funcionalidade, revisar vínculos e objetivos traçados para devolver alguma possibilidade de autogestão para a gestante.

VOCÊ SABIA?



O medo intenso do parto é capaz de promover alterações fisiológicas no organismo materno, como aumento da pressão arterial, prolongamento da fase ativa da dilatação do colo do útero (5 cm de dilatação até o nascimento), maior risco de pré-eclâmpsia, parto prematuro, cesariana de emergência, parto vaginal operatório, depressão pós-parto, baixos índices de amamentação e maior admissão do recém-nascido em unidades de terapia intensiva (UTIs)².

Existe uma correlação significativa entre a gravidade dos sintomas depressivos/ansiosos durante a gestação e a qualidade da experiência de parto vivenciada pela pessoa³.

Uma experiência de parto negativa explica parte da incidência dos quadros de ansiedade e depressão pós-parto³.

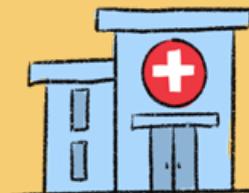
CERCA DE 80% DAS GESTANTES APRESENTAM ALGUM GRAU DE MEDO DO PARTO DURANTE A GESTAÇÃO, em sua maioria, na forma leve e que pode ser manejado até o momento do trabalho de parto².

14% DAS GESTANTES que sentem medo podem desenvolver quadros disfuncionais que ultrapassam os limites da normalidade e se tornam severos e incapacitantes, com repercussões negativas para quem gesta e para o recém-nascido².

Experiências muito dolorosas tendem a aprisionar a pessoa ao momento exato do trauma, levando-a a revisitar facilmente as sensações experimentadas, como cheiros, sensações térmicas, sons e imagens. Nesses casos, para elaborar e atribuir novos sentidos, a pessoa pode precisar falar muitas vezes do que viveu, até conseguir achar um novo sentido para a dor vivenciada².



Em uma situação de calamidade, em que grande parte dos locais estão destruídos, as referências de assistência encontram-se instáveis e existe dificuldade de acesso à informação, as gestantes acabam se sentindo vulneráveis e desamparadas, reforçando a percepção da gestação e do parto como eventos perigosos.



A calamidade agrava ainda mais a percepção de insegurança e aumenta as dúvidas quanto à possibilidade de acesso aos serviços de saúde. O medo, os transtornos de ansiedade, o estresse e o sentimento de perda são apenas alguns dos efeitos que podem ser experimentados nesse cenário.

O QUE FAZER PARA MANEJAR O MEDO EM GESTANTES EM SITUAÇÃO DE CALAMIDADE?

A autoeficácia percebida é definida como as crenças que uma pessoa tem a respeito de sua capacidade em agir conforme o esperado, em atividades que influenciam eventos significativos de sua vida.

ASSIM, ALGUMAS MEDIDAS PODEM SER EFICAZES NO DESENVOLVIMENTO DA AUTOEFICÁCIA:

1



Educação perinatal por Enfermeiras (os), Enfermeiros (as) Obstetras e Doulas, que pode ser aplicada em abrigos ou instituições de saúde².

2



Identificação e reestruturação de pensamentos disfuncionais (pensamentos que aumentam a sensação indesejada) são técnicas que auxiliam a regulação emocional e a mudança comportamental, com efeitos sobre a resposta ao estresse².

3



Técnicas como a psicoeducação, a confrontação empática, a exposição e o relaxamento podem trazer respostas rápidas nesses casos².

4



Treinamento em *mindfulness* (meditação com atenção plena), pois amplia a atenção e regula a ansiedade³.

5



Promover grupos de gestantes, pois favorece o empoderamento pessoal e a solidificação de redes de suporte social¹.

6



O uso de auto-hipnose é eficaz na reconstrução de crenças e na reelaboração dos medos.

O medo severo pode comprometer a saúde mental e prejudicar a conexão da gestante com o bebê, repercutindo também no vínculo entre mãe e filho após o nascimento. Em situações de desestrutura ambiental real que comprometa as condições comunitárias, a sensação de descontrole percebida pela gestante, em função da calamidade, pode agravar o medo percebido, incluindo o medo de não ter o suporte necessário para viver a experiência da gestação e do parto de forma segura².

Em uma situação de calamidade, é fundamental garantir a continuidade do pré-natal, abordando também os aspectos emocionais, seja em abrigos, ou por meio de serviços de saúde de referência estabelecidos.

A educação perinatal pode ser uma estratégia potente na promoção do bem-estar materno e fetal, ela tem potencial para auxiliar o manejo de crenças disfuncionais a respeito da gestação e do parto, facilitando a reestruturação cognitiva.



Fique atento(a) !

Esperar um filho é um dos acontecimentos mais importantes da vida, quando relacionado ao desejo da maternidade. Entretanto, o medo de que esse desejo possa ser interrompido causa emoções e sentimentos negativos como tristeza, raiva, ansiedade, desapontamento e frustração, podendo desencadear depressão no período gestacional⁴.

Existe uma correlação significativa entre a gravidade dos sintomas de ansiedade anteriores (na gestação) e a experiência de parto³.

Presenciar uma calamidade pode agravar quadros psiquiátricos já existentes ou desenvolver transtornos mentais em pessoas que já tenham predisposição.

Em uma emergência, é fundamental ter organizados serviços e profissionais de referência para encaminhar as gestantes com quadros disfuncionais. Esse público é prioridade em um desastre.



REFERÊNCIAS

1. Mello RS, Toledo SF, Mendes AB, Melerato CR, Mello DS. Medo do parto em gestantes. *Femina*. 2021;49(2):121-8.
2. Nunes LRC, Coutinho FC, Santos VA. Medo do parto: uma revisão das intervenções baseadas na terapia cognitivo-comportamental. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo. 2022;24(1):1-22.
3. Santos K, Aguiar MM, Barros MNS, Carvalho F, Puccia M, Pereira A. (2022). A versão brasileira do Questionário sobre a Experiência de Parto - CEQ-2BR: validação e confiabilidade. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*. 2022;11:e4464.
4. Bezerra JC et al. Dificuldades, medos e expectativas de gestantes no período gravídico. *Saúde Coletiva (Barueri)*. 2021;11(69):8560-8571.

RECONHECENDO OS SINAIS DE TRABALHO DE PARTO EM GESTANTES ABRIGADAS



Júnia Aparecida Laia da Mata
Clara Fróes de Oliveira Sanfelice
Luiza Helena Kirst

SITUAÇÃO DE CALAMIDADE NO RIO GRANDE DO SUL E A IMPORTÂNCIA DE RECONHECER OS SINAIS DO TRABALHO DE PARTO

As enchentes e inundações ocorridas no RS, desde o final de abril de 2024, inviabilizaram o acesso de muitas gestantes aos serviços de saúde dos seus municípios. O colapso no sistema de saúde de alguns locais, causado pela calamidade, representa um grande desafio para as gestantes no terceiro trimestre gestacional. Além disso, aquelas acolhidas em abrigos estão

sendo assistidas também por profissionais que não são da especialidade de obstetrícia, já que, na emergência, o atendimento à saúde tem sido realizado por profissionais voluntários. Para atender esse público, é fundamental saber reconhecer o trabalho de parto e os sinais de alerta.

OBJETIVO

Oferecer orientações sobre os sinais de trabalho de parto para os profissionais atuantes na linha de frente da calamidade no RS.

O QUE É O TRABALHO DE PARTO?

O trabalho de parto envolve a presença de contrações (ondas) frequentes e ritmadas, que geram o apagamento e a dilatação do colo do útero.

COMO ACONTECE O TRABALHO DE PARTO? ELE ACONTECE EM 4 PERÍODOS¹:

DILATAÇÃO



Inicia com as contrações uterinas ritmadas, o apagamento e a dilatação do colo do útero. Finaliza com a dilatação total de 10 cm.

EXPULSÃO



Inicia com a dilatação total do colo do útero (10 cm) e finaliza com o completo nascimento do bebê.

DEQUITAÇÃO



É o período em que a placenta vai se descolar, descer e nascer.

GREENBERG



É a primeira hora após a saída da placenta.

O TRABALHO DE PARTO TEM 2 PRINCIPAIS FASES:

FASE LATENTE

Inicia com as contrações uterinas, espaçadas, e finaliza quando a dilatação alcança 5 cm².

FASE ATIVA

Ocorre a partir de 5 cm de dilatação², com presença de contrações regulares e, comumente, mais intensas.

Ao cuidar de gestantes, principalmente no terceiro trimestre, é importante que o profissional da saúde tenha conhecimentos sobre o trabalho de parto para desempenhar orientações, prestar cuidados e encaminhar a gestante para assistência especializada, quando necessária.

COMO POSSO SABER SE O TRABALHO DE PARTO INICIOU?

PRESENÇA DE CONTRAÇÕES UTERINAS FREQUENTES:

Pressão na região da barriga, que pode ser percebida pela gestante como dolorosa ou não, gerando endurecimento do abdome, que permanece por alguns segundos (em torno de 40-60 segundos). Às vezes, elas vêm acompanhadas de queixa de desconforto nas costas. Costumam iniciar a cada 10 minutos, na fase inicial do trabalho de parto (latente - até 5 cm de dilatação)³. Na fase mais avançada do trabalho de parto (ativa - mais de 5 cm de dilatação), podem chegar a 5 contrações a cada 10 minutos.

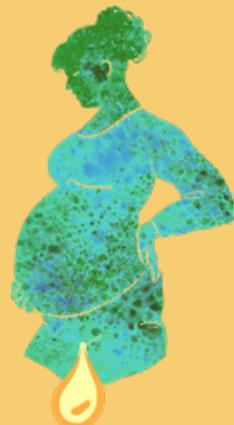
EXISTEM ALGUNS SINAIS QUE ACOMPANHAM O TRABALHO DE PARTO E QUE PODEM SER FACILMENTE IDENTIFICADOS PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE:



PERDA DE SANGUE PELA VAGINA: a presença de gotas de sangue pode indicar alguma dilatação do colo do útero.



PERDA DO TAMPÃO MUCOSO: o tampão é uma secreção gelatinosa, que pode ser transparente, amarelada, acastanhada ou com rajadas de sangue³. Ele sai pela vagina quando há dilatação do colo do útero.



VONTADE FREQUENTE DE IR AO BANHEIRO OU DE VOMITAR: pode acontecer em momentos antes do início do trabalho de parto ou em estágio mais avançado.



PERDA DE LÍQUIDO PELA VAGINA: quando sai líquido sem parar, toda vez que a gestante se abaixa ou se mexe, excluindo a eliminação de urina ou outras secreções. É normal que as contrações uterinas se intensifiquem após a ruptura da bolsa das águas³.



Fique atento(a)



Quando houver perda de líquido amniótico pela vagina, sua coloração deve ser clara, podendo apresentar alguns grumos.



Se o líquido amniótico apresentar coloração esverdeada, amarelada ou sanguinolenta, é importante encaminhar imediatamente a gestante para a assistência especializada³.

Gestantes de terceiro trimestre, vítimas de calamidade, alojadas em abrigos, precisam de atenção especial, tendo garantido o acompanhamento pré-natal, seja no local ou em uma instituição de saúde de referência.



EXISTEM SINAIS DE ALERTA⁴, QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO IMEDIATO DA GESTANTE PARA UM HOSPITAL:



**SANGRAMENTO
VAGINAL
ABUNDANTE**



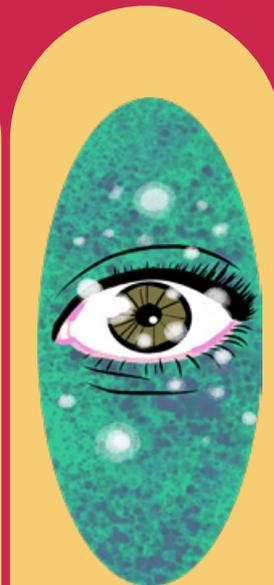
**DOR DE CABEÇA
SÚBITA, INTENSA
OU PERSISTENTE,
EM ESPECIAL NA
REGIÃO DA NUCA**



**DOR EPIGÁSTRICA
(NA REGIÃO ALTA
DA BARRIGA)**



**PRESSÃO
ARTERIAL mmHg
(IGUAL OU MAIOR
QUE 140X90 MMHG)**



**VISÃO EMBAAÇADA
OU COM PONTOS
BRILHANTES
(CHAMADOS
DE ESCOTOMAS)**

Em uma situação de calamidade, o ideal é que gestantes sejam acolhidas em locais adequados para elas, e que recebam cuidados de **profissionais habilitadas(os), como Enfermeiras(os) Obstetras, Obstetrizes, Médicas(os) Obstetras ou Médicas(os) de Família.**

REFERÊNCIAS

1. Montenegro CABF, Rezende Filho J. Rezende: obstetrícia fundamental. 13 ed. Editora Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2017.
2. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
3. Sanfelice CFO, Bueno TM. Material Educativo de Preparação para o Parto. Unicamp BFCM [recurso eletrônico] 2022 [acesso em 13 de maio 2024]. Disponível em: <https://www.bibliotecadigital.unicamp.br/bd/index.php/detalhes-material/?code=III356>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestão de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 692 p.

APOIO À AMAMENTAÇÃO EM SITUAÇÃO DE CALAMIDADE



Nanucha Teixeira da Silva
Luiza Helena Kirst
Júnia Aparecida Laia da Mata

SITUAÇÃO DE CALAMIDADE NO RIO GRANDE DO SUL E A AMAMENTAÇÃO

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos da América (EUA) preconiza que, diante de um desastre natural, a forma mais segura para alimentar um bebê é por meio da amamentação¹. A continuidade do aleitamento materno durante a situação de calamidade, como a ocorrida no RS, é uma

estratégia fundamental para a garantia da alimentação e hidratação da criança, bem como da sua saúde. Por isso, os profissionais da saúde, atuantes na linha de frente na atenção às vítimas da tragédia, precisam acessar conhecimentos para o apoio e a manutenção da amamentação.

OBJETIVO

Oferecer orientações sobre como apoiar a amamentação para os profissionais da saúde atuantes na linha de frente da calamidade no RS.

DESAFIOS DA AMAMENTAÇÃO EM SITUAÇÃO DE CALAMIDADE

A amamentação é o padrão ouro de alimentação para os bebês humanos, isso significa que não há alimento mais rico e completo para eles². Porém, sabemos que amamentar pode ser bem desafiador, ainda mais em situações de calamidade, em que condições de saneamento, higiene e acesso a serviços de saúde podem estar comprometidos e limitados. Sendo assim, todo profissional de saúde que atua em um cenário onde há lactantes, principalmente puérperas, precisa saber como orientar e manejar possíveis complicações.



EM UMA SITUAÇÃO DE CALAMIDADE, A AMAMENTAÇÃO SALVA VIDAS!

ALGUNS TERMOS IMPORTANTES SOBRE AMAMENTAÇÃO:



QUEM É A PUÉRPERA?

É uma pessoa que está passando pelo puerpério, período que inicia no pós-parto imediato e segue, aproximadamente, até 6 semanas.



QUEM É O RECÉM-NASCIDO?

É o bebê entre 0 e 28 dias de vida.



QUEM É A LACTANTE?

É a pessoa que amamenta.



QUEM É O LACTENTE?

São os bebês que recebem amamentação. O Ministério da Saúde³ recomenda que os bebês sejam amamentados exclusivamente até os 6 meses de vida e, de forma complementar, até os dois anos ou mais.



O QUE É O COLOSTRO?

É o primeiro leite que o bebê terá contato, rico em anticorpos e capaz de suprir as necessidades nutricionais do recém-nascido em situações fisiológicas e quando estabelecida a livre-demanda²⁻³.



O QUE É A APOJADURA?

Corresponde a fase de descida do leite, quando sua produção é abundante, normalmente entre o 3º e 5º dia após o parto. Nela, é comum a puérpera sentir as mamas mais pesadas, maiores e quentes². Também é nesse período que podem surgir desafios mais recorrentes, como dor para amamentar, fissuras mamilares, ingurgitamento mamário e mastite.



O QUE É AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA?

É quando o bebê se alimenta exclusivamente do leite materno no seio. É indicada para recém-nascidos até os 6 meses de vida.



O QUE É ALEITAMENTO MISTO?

É quando o lactente se alimenta tanto de leite materno quanto de fórmula artificial.



O QUE É AMAMENTAÇÃO EM LIVRE-DEMANDA?

É amamentar conforme a necessidade do bebê, sem estabelecer limites de tempo ou intervalos fixos entre as mamadas. Essa é a recomendação do Ministério da Saúde³.



O QUE É O DESMAME PRECOCE?

É o desmame que acontece durante o período de amamentação exclusiva (primeiros 6 meses de vida).



O QUE É A AMAMENTAÇÃO CRUZADA?

É quando uma lactante amamenta um bebê que não seja o seu. Não é recomendada devido ao risco de transmissão de doenças infectocontagiosas como HIV e vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV)²⁻⁴.

O LEITE MATERNO

O **leite materno** é especialmente feito para os bebês humanos, pois além de fornecer as calorias e os nutrientes específicos para cada criança, ele garante defesas por meio de **anticorpos** que enriquecem a **imunidade** dos lactentes².

COMO APOIAR A AMAMENTAÇÃO?

É importante saber orientar o que esperar da amamentação e como manejar possíveis complicações, além de estar atento(a) ao bem-estar tanto da mãe quanto do bebê.

PARA SE ESTABELECEER UMA MAMADA EFICIENTE E SEM DOR:



É importante que o bebê esteja bem posicionado, alinhado ao corpo da mãe e com uma pega assimétrica, ou seja, abocanhando mais a aréola na parte inferior dos lábios, mantendo o queixo mais encostado na mama e o nariz livre⁴.



A aréola deve estar macia e elástica, porém, na apojadura, ela pode ficar mais endurecida devido ao ingurgitamento mamário. Neste caso, o(a) profissional irá orientar a puérpera a massagear a aréola com pressão digital em todo seu entorno até começar a drenar leite.



Após a massagem, pode-se realizar extração manual do leite materno, até a aréola ficar macia e elástica o suficiente, para o bebê conseguir fazer uma pega profunda e eficiente, consequentemente sem dor.

PONTOS IMPORTANTES

- ▶ Não existe leite materno fraco, isso é um mito. Porém, pode existir leite materno insuficiente. Para garantir que o bebê está ingerindo a quantidade de leite adequada, é recomendado que sua primeira consulta de puericultura seja realizada nos primeiros 10 dias de vida³ na Unidade Básica de Saúde de referência.
- ▶ Abrigos que receberem puérperas nos primeiros 10 dias pós-parto precisam encaminhá-las para a primeira consulta puerperal e o bebê para a puericultura ou oferecer, no local, atendimento com profissionais habilitados(as).
- ▶ O(a) profissional de saúde que está assistindo o binômio mãe-bebê deve observar se o bebê está urinando e evacuando diariamente. Espera-se que haja a troca de 5 a 6 fraldas do bebê por dia a partir do 3^o-4^o dia de vida, coincidindo com a apojadura.
- ▶ Não oferecer nenhum outro alimento ou líquido que não seja o leite da própria mãe (no seio ou ordenhado) ou fórmula artificial (prescrita por pediatra ou nutricionista materno-infantil)²⁻⁴.
- ▶ Não é recomendada a amamentação quando a lactante é portadora do vírus HIV ou do HTLV pelo risco de transmissão vertical²⁻³.
- ▶ Na impossibilidade de acontecer a amamentação (por exemplo, no caso de separação mãe-bebê), deve-se utilizar fórmula láctea artificial adequada prescrita para o lactente²⁻³.
- ▶ Ao acolher uma puérpera em abrigo, é fundamental investigar se o bebê está em aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida para evitar a inserção de outros alimentos na sua dieta. O leite materno deve ser priorizado para esse grupo.
- ▶ A manutenção do aleitamento materno também depende do bem-estar da mãe. Por isso, deve ser oferecido apoio emocional às puérperas abrigadas.
- ▶ A hidratação é fundamental para uma boa produção do leite materno. Puérperas abrigadas devem receber água de forma adequada e ser incentivadas a se hidratar.
- ▶ Se possível, os abrigos podem organizar um espaço acolhedor para a amamentação, onde as puérperas tenham tranquilidade e privacidade para amamentar seus filhos.

Alerta



Se a puérpera sentir as mamas quentes na apojadura, ela poderá usar compressas frias a fim de aliviar os sintomas característicos dessa fase. Se observar febre, calafrios, áreas avermelhadas e endurecidas, **recomenda-se avaliação médica** para diagnosticar possível quadro de mastite (inflamação/infecção na mama).



Se houver fissuras mamilares (lesões), recomenda-se identificar primeiramente a possível causa. Normalmente, está relacionada à posição e à pega do bebê no seio materno².



Recomenda-se manter os mamilos arejados e minimamente hidratados (pode-se usar o próprio leite materno em situações mais precárias, mas, se houver acesso, pode-se utilizar uma gota de ácidos-graxos essenciais (AGE) ou uma fina camada de lanolina pomada apenas onde houver lesão). Se mesmo após o manejo clínico as lesões mamilares persistirem, recomenda-se avaliação com especialista (por exemplo, consultoras em lactação voluntárias).



Estar atento(a) aos sinais de desmame precoce: muitas lactantes podem estar inseguras diante de toda situação de estresse e achar que o seu leite é insuficiente para alimentar os seus bebês. Diante disso, acabam introduzindo o uso de bicos artificiais, como chupetas e mamadeiras com fórmula artificial, o que confere risco importante para confusão de bicos e fluxo^{2,4}. Além da insegurança, a dor é outro fator relevante que motiva o desmame precoce.

SINAIS DE ALERTA PARA ENCAMINHAR O RECÉM-NASCIDO PARA AVALIAÇÃO DE URGÊNCIA:

apatia, febre, ausência de tônus muscular, ausência de diurese por mais de 12 horas, ausência de evacuação por mais de 48 horas^{2,4}.

REFERÊNCIAS

1. Centers for Disease Control and Prevention. Infant and Young Child Feeding in Emergencies (IYCF-E) Toolkit. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nutrition/emergencies-infant-feeding/downloads/IYCF-E-Toolkit-H.pdf>
2. Perilo TVC. Tratado do especialista em cuidado materno-infantil com enfoque em amamentação. 1 ed. 2019 Belo Horizonte: Mame Bem, 2019.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 23. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2 ed., 2015.184p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
4. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. Early essential newborn care: clinical practice pocket guide. 2nd edition [Internet]. 2022. 126p. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361145/9789290619659-eng.pdf?sequence=1>

CUIDADOS COM RECÉM-NASCIDOS EM SITUAÇÃO DE CALAMIDADE



Fernanda de Souza Freitas Abbud
Suellen Cristina Dias Emidio
Júnia Aparecida Laia da Mata

SITUAÇÃO DE CALAMIDADE NO RIO GRANDE DO SUL E CUIDADOS COM OS RECÉM-NASCIDOS

Diante do desastre natural que acometeu o RS, desde o final de abril de 2024, muitos recém-nascidos (bebês com até 28 dias de vida) foram acolhidos em abrigos. Em uma situação de calamidade como a ocorrida,

causadora de extrema vulnerabilidade, a atenção a esse grupo deve ser prioridade, a fim de garantir o bem-estar dos bebês, prevenir agravos e mortalidade neonatal.

OBJETIVO

Oferecer orientações sobre cuidados com os recém-nascidos para os profissionais da saúde atuantes na linha de frente da calamidade no RS.

PRIORIDADES DE CUIDADOS COM OS RECÉM-NASCIDOS DIANTE DE UMA CALAMIDADE

1

Garantir a alimentação segura

2

Promover a higiene do recém-nascido

3

Estimular o vínculo entre o recém-nascido e a pessoa responsável pelo cuidado

GARANTINDO A ALIMENTAÇÃO SEGURA DO RECÉM-NASCIDO¹⁻²



AMAMENTAÇÃO

A amamentação exclusiva desde o nascimento garante a sobrevivência dos recém-nascidos, considerando sua vulnerabilidade no contexto da emergência. Diante da atual condição de calamidade do RS, o profissional de saúde que está atuando junto às famílias desabrigadas precisa incentivar a amamentação e organizar um local específico com mais privacidade, respeitando as diversidades culturais das lactantes. É importante tranquilizar as pessoas lactantes que, mesmo sob estresse ou com a escassez de alimentos, é possível manter a produção de leite humano.

COMO PROMOVER O ALEITAMENTO MATERNO?¹⁻⁴

Estimular a amamentação em livre-demanda: o recém-nascido deve ser alimentado sempre que demonstrar sinais de fome.

QUAIS SÃO OS SINAIS DE FOME DO RECÉM-NASCIDO?



Movimentos de busca: o bebê vira a cabeça e abre a boca em direção ao peito da mãe ou a qualquer objeto que toque sua bochecha.



Choramingo ou choro



Agitação



Sucção da mão ou dos dedos



Língua passando pelos lábios



Sons de sucção



Olhos abertos e em alerta

ORIENTAR A PEGA CORRETA⁴:

COMO ALINHAR O TRONCO DO RECÉM-NASCIDO?



1

A cabeça do bebê deve estar alinhada com o corpo, sem torção excessiva.



2

A coluna vertebral do bebê deve estar em uma posição neutra, sem curvaturas excessivas ou tensão.



3

Os ombros do bebê devem estar relaxados e nivelados.



4

Os braços do bebê devem estar relaxados ao lado do corpo ou apoiados de forma confortável.



5

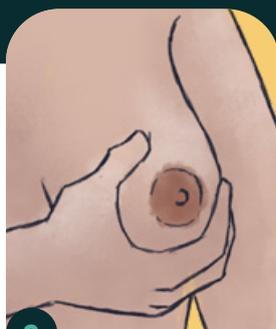
O recém-nascido deve ser estimulado a abocanhar a maior parte possível da aréola.

COMO É A PEGA CORRETA?4



1

A pessoa lactante deve estar na posição mais confortável possível.



2

Segurar a mama em formato de "C".



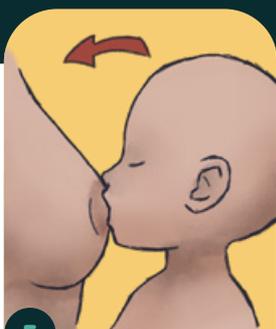
3

Posicionar o recém-nascido de frente para a mama, alinhando seu nariz com o mamilo.



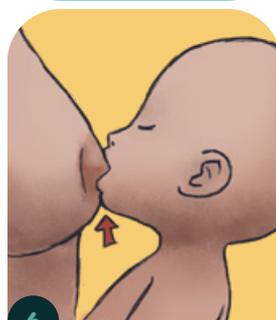
4

Tocar o mamilo no lábio inferior do recém-nascido.



5

Levar o recém-nascido até a mama.



6

O recém-nascido deve encostar o queixo na mama, assim, libera o nariz e aumenta a amplitude para fazer a pega correta.



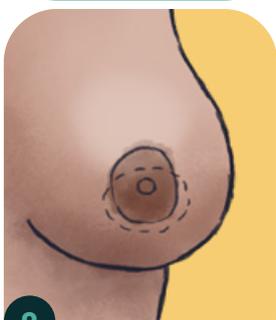
7

Se não estiver liberado o nariz, ele irá para trás e soltará a mama.



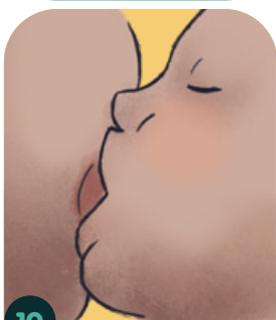
8

Inclinar a cabeça do recém-nascido facilita que o queixo encoste na mama e abra mais a boca.



9

A pega é assimétrica. O recém-nascido deve pegar mais a porção inferior da aréola do que a superior.



10

Os lábios do recém-nascido devem estar confortavelmente evertidos (virados para fora), principalmente o lábio inferior.

COMO PROMOVER UMA AMAMENTAÇÃO CONFORTÁVEL E O POSICIONAMENTO CORRETO DA PEGA?



No abrigo, encostar o colchão próximo à parede para que a lactante tenha apoio na coluna.



Oferecer almofadas ou travesseiros, sempre que disponíveis, para apoio da coluna, se a lactante estiver deitada ou apoiada na parede.



Orientar que a lactante fique com os pés apoiados no chão se estiver sentada em cadeira.



Estimular relaxamento dos ombros.

SÃO POSIÇÕES COMUNS DO RECÉM-NASCIDO DURANTE A AMAMENTAÇÃO:



INVERTIDA



TRADICIONAL INVERTIDA



TRADICIONAL



DEITADA



CAVALINHO

EXTRAÇÃO MANUAL DO LEITE HUMANO



Apojadura: é a descida do leite que acontece, em geral, após 72 horas pós-parto.



Não utilizar bomba extratora (machuca, extrai pouco leite, pode aumentar o edema, diminui a confiança no processo, gera dor e pode fissurar).



Bomba extratora exige higienização correta. Em situação de calamidade, a higiene pode ficar comprometida.



Trabalhar o mínimo na massagem (apenas para alívio do desconforto), sempre pensar na flexibilização do complexo da aréola e mamilar.



Massagear a mama começando do centro para as extremidades (sentido anteroposterior).



Usar a parte interna dos dedos.



Fazer movimentos circulares até onde estiver sentindo ingurgitamento (áreas endurecidas com leite humano em estado sólido).



Colocar os dedos polegar e indicador em "C" posicionados no limite da aréola.



Levar a pele para trás tocando as glândulas e fazer leve pressão.



Manter os dedos no mesmo lugar, sem escorregar, fazendo pressão ritmada.



Manter a aréola/mama secos durante a extração do leite materno.

COMO SABER SE TUDO VAI BEM?⁴

- ▶ Após a mamada, o mamilo mantém aspecto arredondado e íntegro (sem lesões).
- ▶ Lactante sem dor durante toda a mamada ou somente desconforto inicial que melhora durante o processo.
- ▶ Bebê está ativo, principalmente no início da mamada, mantém ritmo e interesse pela mama.
- ▶ Recém-nascido fica mais relaxado durante e após a mamada.

NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA DO BEBÊ, DEVE-SE OBSERVAR⁴:

1º E 2º DIAS

Fezes escuras (mecônio);
diurese 1 a 3 fraldas / dia.

DO 3º AO 6º DIA

Fezes verde-escuras;
diurese (troca de 3 a 6 fraldas por dia).

7º DIA EM DIANTE

Fezes pastosas e amarelo-mostarda
(pelo menos uma vez ao dia); diurese
(troca de 6 ou mais fraldas por dia).



O bebê retomou o peso de nascimento em 15 dias?

É importante realizar a pesagem do bebê. Caso não haja balança pediátrica no local, pesar o cuidador com o bebê despido no colo e pesar novamente o cuidador, subtraindo esta última medida da primeira. Assim, pode-se estimar o peso do bebê e acompanhar o seu desenvolvimento.

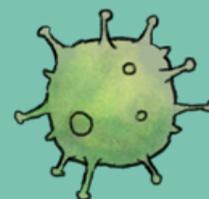
USO DE BICOS ARTIFICIAIS¹⁻³



Mamadeiras, bicos e chupetas nas situações de emergência devem ser rigorosamente evitados.



O uso de chupetas para consolar as crianças pequenas, nas emergências pode impedir que elas recebam toda a atenção emocional que necessitam.



O uso desses produtos aumenta o risco de infecções e morte.

PROMOVENDO A HIGIENE DO RECÉM-NASCIDO³

Em situações de desastre, garantir uma boa higiene dos recém-nascidos é crucial para prevenir doenças e proteger sua saúde.

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS CUIDADOS DE HIGIENE QUE DEVEM SER PRESTADOS AOS BEBÊS?

LIMPEZA DO COTO UMBILICAL: COMO PROCEDER?^{3, 5}

- 1 Higienizar as mãos com água e sabão ou com álcool em gel antes de proceder com a limpeza do coto umbilical.
- 2 Realizar a limpeza, no mínimo 1 vez ao dia, lavando-o com água e sabão neutro e secando-o suavemente.
- 3 Após a limpeza, umedecer uma haste flexível com álcool a 70% e aplicar em toda a circunferência da base do coto (entre o coto e a pele), repetindo até que o cotonete saia limpo, apenas 1 vez ao dia. Após limpar a base, aplicar também no restante do coto.
- 4 Caso não haja álcool a 70% disponível, deve-se lavar bem o coto com água e sabão, e, após, secar bem.
- 5 Posicionar a fralda abaixo do umbigo para evitar o contato do coto com a urina e as fezes do bebê.
- 6 Evitar o uso de faixas ou outras substâncias no coto que possam interferir no processo de cicatrização e aumentar o risco de infecção.
- 7 Manter os cuidados de higiene e a aplicação do álcool a 70% por, pelo menos, 10 dias após o desprendimento do coto.

- TROCA DE FRALDAS**
- ▶ O bebê deve ser mantido sempre seco para que se evitem assaduras.
 - ▶ Podem ser usadas fraldas limpas e descartáveis, se disponíveis, ou tecidos limpos e macios.

COMO REALIZAR A TROCA DE FRALDAS?



1 Colocar o bebê em uma superfície limpa e segura.



2 Tirar a fralda suja e dobrá-la, como se fosse fechá-la, e deixar embaixo do bumbum do bebê.



3 Usar algodão embebido em água para remover resíduos de urina, fezes e cremes para assaduras.



4 Higienizar os genitais da criança de frente para trás com suavidade, sem friccionar demais.



5 Secar bem as dobrinhas do bebê com o algodão.



6 Colocar e fechar a fralda, sem apertar demais ou deixá-la muito frouxa.



Lenços umedecidos têm componentes que facilitam assaduras, por isso, se possível, os abrigos devem fornecer algodão para a higiene dos bebês. Inclusive, devem alertar para que não sejam doados lenços umedecidos, mas algodão para uso em recém-nascidos.

HIGIENE CORPORAL^{1,3}

Em uma catástrofe, cuidar de um bebê pode ser especialmente desafiador. No entanto, garantir a sua higiene básica é crucial para sua saúde e bem-estar.

VAMOS FALAR SOBRE O BANHO?

O primeiro banho do recém-nascido a termo saudável deve ser adiado por pelo menos 24 horas após o nascimento.

QUANDO FOR NECESSÁRIO O BANHO:

1



Procurar um local longe de elementos perigosos, como chuva, vento ou calor excessivo. Se estiver em um abrigo ou em área de evacuação, deve-se buscar instalações com água corrente.

2



Reunir recipientes limpos para água (bacia, balde ou banheira), sabonete neutro (se disponível) e uma toalha limpa.

3



Se a água disponível não estiver limpa, ela deve ser filtrada ou fervida antes de usar.

4



Certificar-se de que a água não esteja muito quente. É necessário testar com o dorso da mão antes de banhar o bebê.

5



Com cuidado, imergir o bebê na bacia, balde ou banheira e limpar o seu corpo com água e sabonete, prestando atenção às áreas de dobras da pele.

6



Enxaguar o bebê com água limpa, removendo todo o sabão.

7



Secar o bebê com uma toalha limpa, prestando atenção especial às áreas úmidas.

8



Vestir o bebê com roupas limpas e confortáveis. É importante mantê-lo aquecido.

9



Caso o banho de imersão em banheira não seja possível, pode-se utilizar panos úmidos para realizar a higienização o bebê.

SINAIS DE ALERTA AO AVALIAR UM RECÉM-NASCIDO (0 A 28 DIAS)³

Não se alimenta adequadamente (aleitamento materno ou alimentação artificial).

Tem histórico de convulsões.

Frequência respiratória > 60 incursões respiratórias por minuto.

Retração torácica.

Hipotonia, ausência de choro.

Febre (temperatura > 37,5 °C).

Hipotermia (temperatura < 35,5 °C).

Icterícia (pele amarelada) nas primeiras 24 horas após o nascimento, ou palmas e plantas dos pés amareladas em qualquer idade.



Caso o recém-nascido apresente alguns dos sintomas acima, se possível, solicitar avaliação de profissional especialista ou encaminhar para a unidade de saúde de referência do abrigo.

CHECAR SE O RECÉM-NASCIDO TEVE ACESSO A³:



TESTE DO OLHINHO
(TRIAGEM OFTALMOLÓGICA NEONATAL)



TESTE DA ORELHINHA
(TRIAGEM AUDITIVA/EMISSÕES OTOACÚSTICAS)



TESTE DO PEZINHO



TESTE DO CORAÇÃOZINHO



VACINAÇÃO:
VACINA DE BCG
E HEPATITE B

Se tiver a caderneta da criança, verificar nos registros. Se o recém-nascido acolhido no abrigo não tiver caderneta, deve ser providenciada uma nova.

SONO

Orientar a colocar o recém-nascido para dormir de barriga para cima durante o primeiro ano de vida.

ESTIMULANDO O VÍNCULO ENTRE RECÉM-NASCIDO E A PESSOA RESPONSÁVEL PELO CUIDADO^{1,3}

O vínculo entre um recém-nascido e a pessoa responsável pelo seu cuidado é um elo fundamental que começa a se formar desde os primeiros momentos após o nascimento e continua a se desenvolver ao longo dos primeiros anos de vida. Esse vínculo é essencial para o desenvolvimento saudável e o bem-estar emocional da criança, principalmente em situações de desastres.

EXISTEM VÁRIAS FACETAS DO VÍNCULO

VÍNCULO FÍSICO

O contato físico deve ser estimulado imediatamente após o nascimento, sendo conhecido como “pele a pele”. Ele é crucial para iniciar o vínculo físico. O toque, o calor e o cheiro proporcionam conforto e segurança ao recém-nascido, promovendo uma sensação de proximidade e proteção.

VÍNCULO EMOCIONAL

É construído por meio de interações afetuosas, como o olhar nos olhos, o sorriso, a fala suave e o contato visual frequente. Essas interações estimulam a liberação de hormônios como a ocitocina, que promove o apego e o cuidado mútuo.

VÍNCULO ALIMENTAR

A amamentação é um aspecto fundamental. Além de fornecer nutrição essencial, o ato de amamentar fortalece o vínculo emocional, criando um momento íntimo de conexão.

VÍNCULO PSICOLÓGICO

O recém-nascido aprende a confiar na pessoa responsável pelo seu cuidado como uma fonte de conforto e segurança, formando a base para futuros relacionamentos interpessoais saudáveis.

VÍNCULO DE CUIDADO

A pessoa responsável pelo cuidado desempenha um papel central na proteção do recém-nascido, atendendo às suas necessidades básicas de alimentação, higiene, conforto e segurança. Esse cuidado constante fortalece o vínculo e promove um senso de confiança.

COMO PROMOVER O VÍNCULO^{1,3}

1

Incentivar o contato físico entre recém-nascido e a pessoa responsável pelo cuidado.

2

Encorajar a pessoa responsável pelo cuidado a participar ativamente nos cuidados diários do bebê, como alimentação, troca de fraldas, banho e conforto.

3

Incentivar a comunicação constante com o recém-nascido por meio do uso de voz suave e calmante.



Importante



FALAR E CANTAR

Mesmo em meio a circunstâncias difíceis é importante falar, cantar e interagir verbalmente com o recém-nascido. Isso ajuda a estimular seu desenvolvimento cognitivo e linguístico e fortalece o vínculo emocional com seus cuidadores.

ATENÇÃO INDIVIDUALIZADA

Dedicar tempo individualizado para interagir e cuidar do recém-nascido, mesmo que os recursos sejam limitados. Criar momentos de tranquilidade e conexão entre o bebê e seus cuidadores.

RESPEITO PELAS NECESSIDADES DO BEBÊ

Estar atento(a) e sensível às necessidades individuais do recém-nascido, respondendo prontamente aos seus sinais de fome, desconforto, sono ou desejo de interação.

CONTATO VISUAL COM O BEBÊ

Estimular a pessoa responsável pelo cuidado a fazer contato visual frequente com o bebê durante as interações.

CRIAÇÃO DE ROTINAS ACOLHEDORAS

Estabelecer rotinas diárias previsíveis para o bebê, incluindo momentos para alimentação, sono, higiene e interação. Isso ajuda a proporcionar um senso de segurança e estabilidade em meio ao caos.

AUTOCUIDADO DOS CUIDADORES

Reconheça que os cuidadores também podem estar passando por estresse e dificuldades emocionais em situações de desastre. Promova o autocuidado dos cuidadores, oferecendo apoio emocional, descanso adequado e oportunidades para compartilhar preocupações e emoções.

TOQUE E CARINHO

Demonstrar carinho e afeto por meio do toque suave e acolhedor. Segurar o bebê nos braços, fazer carícias gentis e responder às suas necessidades de conforto e segurança.

INCORPORAÇÃO DE OUTROS CUIDADORES

Se possível, envolva outros membros da família ou voluntários no cuidado e na interação com o recém-nascido. Isso pode ajudar a aliviar a carga dos cuidadores principais e oferecer ao bebê diferentes fontes de afeto e estímulo.

ADAPTAÇÃO ÀS CIRCUNSTÂNCIAS

Os cuidadores precisarão de suporte para adaptar os cuidados de afeto e vínculo às circunstâncias específicas do desastre, utilizando recursos disponíveis de maneira criativa e priorizando o bem-estar emocional do recém-nascido.

REFERÊNCIAS

1. Feitosa ALF, Torres KCC. Amamentação em emergências e desastres naturais: o que os profissionais de saúde precisam saber. Rev CEFAC. 2023;14;25(6):e10023. DOI: 10.1590/1982-0216/202325610023s.
2. Colameo AJ. Alimentação de lactentes e crianças pequenas em situações de emergência: manual de orientações para a comunidade, profissionais de saúde e gestores de programas de assistência humanitária. 1 ed. São Paulo: IBFAN Brasil e Senac São Paulo, 2009. 40 p.
3. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization, 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Balassino B. Curso de consultoria em amamentação. Curso online. Thinkific. Acesso em: 13 de setembro de 2020. Disponível em: <https://biancabalassiano.thinkific.com>
5. SBP. Departamento de Dermatologia. Atualização sobre os cuidados com a pele do recém-nascido. Documento científico. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamentos Científicos de Dermatologia e Neonatologia (2019-2021), 2021.

USO DE FÓRMULA EM RECÉM-NASCIDOS EM SITUAÇÃO DE CALAMIDADE

Nanucha Teixeira da Silva | Júnia Aparecida Laia da Mata



SITUAÇÃO DE CALAMIDADE NO RIO GRANDE DO SUL E O USO DE FÓRMULA EM RECÉM-NASCIDOS

Em uma situação de calamidade, como a ocorrida no Rio Grande do Sul (RS) por causa das intensas chuvas e enchentes, é fundamental que os recém-nascidos acolhidos em abrigos, em aleitamento materno, permaneçam sendo amamentados. A amamen-

tação salva vidas. No caso da necessidade do uso de fórmula (crianças desacompanhadas, órfãs ou que já se alimentam com fórmulas), é preciso conhecer as especificidades desse tipo de alimentação para oferecê-lo com segurança.

OBJETIVO

Oferecer orientações sobre o uso de fórmula em recém-nascidos para os profissionais da saúde atuantes na linha de frente da calamidade no RS.

CONCEITOS IMPORTANTES¹

LACTANTE

Pessoa que amamenta.

LACTENTE

Criança que está sendo amamentada. O Ministério da Saúde¹ recomenda que os bebês sejam amamentados exclusivamente até os 6 meses de vida e, de forma complementar, até os 2 anos ou mais.

AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA

Indicada para recém-nascidos até os 6 meses de vida, neste caso, o bebê se alimenta exclusivamente do leite materno no seio.

ALEITAMENTO

Ato de ofertar leite, que pode ser materno ou artificial.

ALEITAMENTO MISTO

Quando o lactente se alimenta tanto de leite materno quanto de fórmula artificial.

SITUAÇÕES EM QUE PODE OCORRER A INTERRUPÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

1

Separação não planejada da mãe e do bebê.

2

Contraindicação de amamentação (como infecção por HIV e HTLV).



Bebês que não estão mais em amamentação exclusiva (quando acontece desmame precoce) devem usar fórmula láctea artificial para lactentes adequada para sua idade e necessidades.



Em situação de calamidade, o uso de fórmulas lácteas artificiais pode conferir riscos de contaminação e alergias alimentares se não forem bem indicadas e preparadas nas condições minimamente adequadas.



Importante !

A fórmula artificial é um alimento preparado a partir do leite de vaca, ou seja, é um leite de vaca modificado pela indústria para ser digestível por bebês humanos lactentes. Sendo assim, na possibilidade de se estabelecer a amamentação, sempre será investido nela antes da introdução de uma fórmula artificial.

A indicação da fórmula artificial deve ser prescrita por pediatra ou nutricionista materno-infantil. Caso não exista prescrição e o bebê já faça uso de fórmula, o cuidador principal deve ser consultado sobre qual é a formulação utilizada pelo lactente.

Até os 6 meses de vida, os bebês devem receber exclusivamente leite, seja materno ou artificial.

A partir dos 6 meses de vida, o bebê começa a introdução alimentar, quando passa a receber alimentos sólidos e água também¹.

Até os 12 meses de idade, o leite é o principal alimento na dieta de um bebê. Após essa idade, os alimentos sólidos ganham destaque e passam a ser a principal fonte de nutrição¹. No caso das fórmulas artificiais, existem dois tipos, para lactentes de 0 a 6 meses e para lactentes a partir de 6 meses.





PAPEL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

O profissional da saúde responsável pelo cuidado da dupla mãe-bebê em uma situação de calamidade deve observar:



Condições de higiene e acesso à água potável no local.



Higienização adequada dos utensílios utilizados para preparo e oferta da fórmula. Eles devem ser limpos em água corrente tratada e detergente neutro com auxílio de uma escova própria para tal uso.



Esterilização dos mesmos utensílios pelo menos uma vez ao dia. Isso pode ser feito por meio de fervura (ferver por 5 minutos em imersão em uma panela, por exemplo) ou no micro-ondas (em um esterilizador ou em um pote plástico para micro-ondas, com a tampa furada, colocar 2cm de água e os utensílios higienizados, ligar o micro-ondas na potência máxima por 5 minutos).



Antes de preparar a fórmula, a pessoa responsável deve lavar as mãos.



A fórmula deve ser preparada conforme as instruções de cada fabricante. Não precisa ser em água quente, mas deve ser preferencialmente em água filtrada, pois a água mineral pode conter quantidade variável de eletrólitos que podem não ser adequados para um recém-nascido. Na ausência de água filtrada, utiliza-se a água mineral com a menor quantidade de sódio possível.



Atenção



A quantidade ofertada deve ser conforme prescrição médica ou da nutricionista, e os intervalos são a cada 3 horas para bebês no período de aleitamento exclusivo, ou seja, aqueles que têm de 0 a 6 meses de idade.



Para aqueles bebês que mamam no seio, mas também recebem fórmula artificial como complemento, conforme orientação profissional, atentar a quantidade e para quantas vezes por dia ela deve ser ofertada.



Em caso de recém-nascidos, deve ser dada preferência a métodos de oferta que minimizem os impactos da confusão de bicos e fluxo, como copinho ou colher dosadora. Na impossibilidade desses meios de oferta, oferecer mamadeira pelo método *paced feeding* (manter o bebê mais sentado no colo, posicionar a mamadeira a 90º e fazer pausas a cada 3-4 sugadas)³.



O profissional de saúde também deve estar atento ao tipo de leite que vai ser ofertado, pois há uma variedade no mercado e nas doações.



O composto lácteo é diferente da fórmula láctea artificial. Ele contém uma série de elementos que não são recomendados para lactentes, como açúcar e óleos, e tem apenas 50% de leite. E, ainda, há crianças com necessidades especiais que precisam de fórmulas artificiais especiais. Nesses casos, o uso indevido de outra fórmula pode acarretar danos à saúde do lactente.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n.23. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2 ed. 2015. 184p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 48 p. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/criancas_que_nao_podem_ser_amamentadas.pdf
- 3 Law-Morstatt L, Judd DM, Snyder P, Baier RJ, Dhanireddy R. Pacing as a treatment technique for transitional sucking patterns. J Perinatol. 2003; 23:483-488.







Este *toolkit* foi produzido de forma voluntária por todos os envolvidos em prol da recuperação da saúde materno-infantil no Estado do Rio Grande do Sul, após a calamidade de abril de 2024.

Mãos solidárias salvam vidas

Júnia Aparecida Laia da Mata

