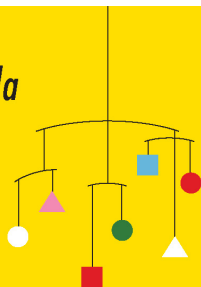


*A hora de tirar a fralda*

*O leite materno  
e a inteligência*

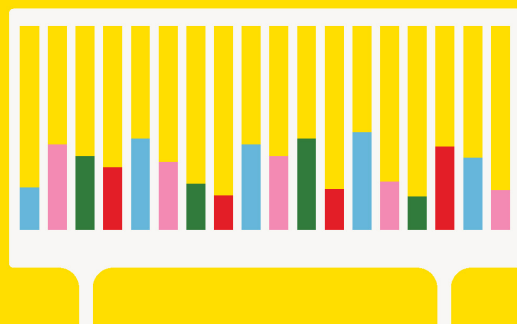


*A rotina de sono*

*O tempo de tela*

*e muito mais*

# Criar filhos sem mitos



Como as evidências científicas podem  
ajudar a formar crianças saudáveis e felizes,  
do nascimento à pré-escola

## EMILY OSTER

*Autora de O guia da grávida bem informada*

### **ADVERTÊNCIA**

Este livro expressa as opiniões pessoais da autora, uma conceituada economista que apresenta aqui suas conclusões com base na análise de numerosos estudos científicos. Ele não é um manual médico nem substitui consultas regulares com obstetras e pediatras. Todas as decisões no âmbito da saúde devem ser discutidas com o médico responsável pelo desenvolvimento da criança.

PARTE I

# No início

Só que, enquanto você está olhando para o bebê ou refletindo sobre o sentido da vida, podem surgir algumas questões que exigirão decisões. Melhor pensar nisso com antecedência, já que o pós-parto não será seu momento mais funcional. Os dias após o parto costumam ser bastante confusos, e podem ficar mais ainda por causa dos conselhos, muitas vezes conflitantes, que você receberá de médicos e profissionais de saúde, familiares, amigos e do mundo da internet.

O primeiro capítulo desta seção discute questões que podem surgir já no hospital – procedimentos que talvez sejam realizados durante a internação ou complicações que podem surgir logo no início. O segundo capítulo fala sobre as primeiras semanas em casa.

Há várias decisões importantes sobre a criação de filhos – amamentação, vacinação, onde o bebê vai dormir – que você provavelmente vai querer tomar cedo (em alguns casos, até antes do nascimento). Mas, como elas afetam muito mais do que apenas essas primeiras semanas, vou deixá-las para a Parte II.

## CAPÍTULO 1

# Os três primeiros dias

Se o seu parto foi normal, é provável que você passe apenas uma noite no hospital. Se foi uma cesariana ou se tiver surgido alguma complicação durante o parto, talvez passe duas ou três noites. Houve um tempo em que as mulheres ficavam internadas por sete a dez dias para se recuperar do parto, mas isso é passado. Os planos de saúde às vezes são tão rigorosos nesse sentido que uma amiga sugeriu que tentássemos ter o bebê após a meia-noite, só para ficarmos mais uma noite no hospital. (Isso presumia um nível de controle que eu definitivamente não tinha, mas explica por que às vezes os médicos esperam até o último segundo para prosseguir com a internação.)

Dependendo do seu temperamento (e do hospital), essa pode ser uma fase agradável ou pode gerar um quê de frustração. A grande vantagem do hospital é que há quem cuide de você e ajude a cuidar do bebê. Às vezes, no caso das mães que desejam amamentar, é possível obter informações sobre aleitamento materno e contar com enfermeiras para avaliar se o sangramento está normal e se o bebê está bem.

A desvantagem é que o hospital não é a sua casa. Você não tem suas coisas por perto, o ambiente pode ser um pouco claustrofóbico, sem falar na comida, que costuma ser horrível. Quando tive Penelope, passamos os dois primeiros dias num grande hospital de Chicago. Temos uma foto péssima desse período: Jesse achou que seria engraçado posar ao meu lado com uma capa de revista que trazia um artigo sobre Britney Spears intitulado “Minha nova vida”. Digamos que eu estava começando “minha nova vida” um pouco acima do peso.

Na maior parte do tempo você fica lá, sentada, olhando o bebê e postando alguma coisa nas redes sociais. Mas de vez em quando entra alguém para fazer algum procedimento no recém-nascido: um teste auditivo, o teste do pezinho... E às vezes perguntam o que você quer fazer.

“Quer que a gente faça a circuncisão no bebê enquanto ainda está aqui?”

Como tomar uma decisão dessas? Para muitos, não é óbvio. Não é um procedimento obrigatório. Depende muito de você.

Há muitas maneiras de fazer escolhas nessa situação. Você pode ir atrás do que seus amigos fazem, do que seu médico recomenda, ou pode pesquisar na internet o que as pessoas dizem. É claro que, no caso da circuncisão, nada disso ajuda. Cerca de metade dos bebês do sexo masculino nos Estados Unidos são circuncidados, a outra metade não é, o que significa que você pode encontrar muita gente contra ou a favor. (Por que metade? É difícil dizer. Algumas pessoas fazem por motivos religiosos; outras por questões de saúde; outras ainda para manter o padrão, já que o pai da criança é circuncidado. No Brasil, esse percentual é bem menor.

Este livro defende uma abordagem mais estruturada para a tomada de decisões. Primeiro, os dados. Trata-se de esclarecer se há riscos e quais são eles. E os benefícios, quais são? São relevantes? Às vezes uma determinada escolha traz benefícios, mas eles são tão minúsculos que talvez nem valha a pena considerá-los. Da mesma forma, às vezes há riscos, mas são ínfimos em relação aos outros riscos que você corre todos os dias.

Em seguida, essas evidências devem ser associadas a suas preferências. Seus familiares são a favor ou não? É importante para você que o pênis do seu filho seja parecido com o do pai? Não há dados que respondam essas perguntas, mas elas são uma peça importante do quebra-cabeça.

É por isso que não se pode confiar na opinião de uma pessoa qualquer na internet. Ela não conhece suas preferências, não faz parte da sua família e, sinceramente, não tem a menor ideia do que é certo para o pênis do seu filho.

No caso de decisões que se *pode* planejar, é útil refletir sobre elas com certa antecedência. Os primeiros dias no hospital são pesados; esse não é o momento ideal para tomar decisões importantes. É bom estar preparada para saber o que está acontecendo durante o período de adaptação à sua “nova vida”.

Normalmente tudo corre bem e, em alguns dias, você vai arrumar a mala do bebê para colocá-lo no carro e ir embora. Mas esse também é um mo-

mento em que surgem algumas complicações comuns do recém-nascido – icterícia, perda de peso excessiva – e você talvez precise enfrentá-las. É bom estar ciente dessas complicações com antecedência também, pois assim você vai poder participar mais ativamente das decisões relacionadas a elas.

## O ESPERADO

### Banho no recém-nascido

O bebê nasce coberto de sangue, secreções, um pouco de líquido amniótico e uma cobertura cerosa chamada verniz caseoso, que o protege de infecções no útero. Em algum momento, alguém pode sugerir dar um banho nele.

Eu me lembro da enfermeira tentando nos mostrar como lavar Penelope numa banheira infantil, mais ou menos 24 horas após o parto, como recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS). Observamos com muita atenção e concluímos que era impossível e provavelmente esperaríamos até que ela tivesse idade para tomar banho sozinha. Duas semanas depois, cedemos ao acúmulo de leite azedo nas mãozinhas dela. Guardamos como recordação fotos de um bebê em pânico que provavelmente não nos perdoou até hoje.

Mas estou desviando do assunto.

Era comum dar banho no bebê imediatamente – nos primeiros minutos após o parto, talvez até antes de entregá-lo à mãe. Hoje há certa resistência a essa prática por duas razões. Primeiro, há uma tendência crescente a favor do contato imediato pele a pele (ainda falarei mais sobre isso), motivo pelo qual mãe e bebê costumam ser deixados sozinhos por algumas horas logo após o nascimento. Um dos benefícios do contato pele a pele parece envolver o aleitamento. E alguns estudos sugerem que o aleitamento bem-sucedido também está associado a um banho mais tardio, depois das primeiras horas.<sup>1</sup> Já que não há nenhuma justificativa plausível para dar banho no bebê assim que ele nasce, temos uma boa razão para adiar esse momento.

A outra preocupação com o banho precoce é que ele pode afetar a temperatura corporal do bebê. Recém-nascidos às vezes têm dificuldade de regular a própria temperatura. Acredita-se que banhá-los – e, mais importante, deixá-los molhados por muito tempo após o banho – possa acarretar impactos negativos. Só que os dados não sustentam essa alegação. Estudos

que analisaram o banho *imediatamente* após o parto não detectaram efeitos consideráveis na temperatura do recém-nascido.<sup>2</sup>

Parece haver alguma evidência de que os bebês que recebem banhos de esponja, em particular, apresentam maior variação na temperatura a curto prazo – ou seja, durante o banho e logo depois.<sup>3</sup> Isso acontece porque o bebê, molhado e nu, fica mais tempo exposto à temperatura ambiente. O problema não é tanto a variação da temperatura, mas o fato de que ela pode ser mal interpretada como sinal de infecção. Isso poderia levar a outras intervenções desnecessárias. Por esse motivo, o banho de banheira é a modalidade preferida na maioria dos hospitais.

Portanto, um banho não é algo terrível, mas também não há nenhuma razão para banhar seu bebê além do fato de ele nascer sujo. A maior parte do sangue pode ser simplesmente removida com algodão úmido. Ninguém banhou Finn no hospital e ele só foi tomar seu primeiro banho em casa duas semanas depois, seguindo a tradição da família. Nada de ruim aconteceu com ele e, a julgar pela reação de Finn quando finalmente tomou banho, Jesse acredita que deveríamos ter esperado até mais.

## Circuncisão

A circuncisão masculina é a remoção cirúrgica do prepúcio. A prática é documentada desde o antigo Egito e adotada em vários lugares do mundo. Há diversas teorias sobre sua origem – a minha favorita é a de que algum líder nasceu sem prepúcio e fez com que todos os súditos o removessem também. O fato é que a prática pode ter começado por diferentes razões, em diferentes lugares.

O procedimento pode ser realizado em várias idades; em algumas culturas, costuma coincidir com a puberdade, como parte de um ritual de iniciação. Nos Estados Unidos, no entanto, a circuncisão é realizada logo após o nascimento. Para os praticantes do judaísmo, ela é feita num ritual chamado *brit milá*, no oitavo dia de vida do bebê. Fora isso, o bebê pode ser circuncidado antes de sair do hospital ou num procedimento ambulatorial, alguns dias depois. Em princípio, a circuncisão pode ser realizada assim que se confirma o funcionamento correto do pênis (ou seja, depois que o neném faz xixi pela primeira vez).



A circuncisão é opcional. Não é comum em todos os lugares – os europeus, por exemplo, não costumam praticá-la. Historicamente, é bastante comum nos Estados Unidos, embora as taxas de circuncisão tenham diminuído ao longo do tempo, de cerca de 65% dos nascimentos de meninos em 1979 para 58% em 2010.

Se você faz parte de um grupo religioso no qual a circuncisão é uma prática tradicional, muito provavelmente circuncidará seu filho. Entre aqueles que não fazem parte desse grupo, há um debate saudável que questiona se a circuncisão é uma boa ideia. Há quem critique, acreditando ser uma forma arriscada de mutilação, e há quem a defenda, argumentando que existem vários benefícios para a saúde. O debate pode ficar acirrado, por isso é importante analisar os dados.

O maior risco da circuncisão, como o de qualquer procedimento cirúrgico, é a possibilidade de infecção. No caso de circuncisões infantis realizadas em ambiente hospitalar, os riscos são muito pequenos. As estimativas indicam que 1,5% das circuncisões infantis gerem pequenas complicações, e quase nenhuma resulta em complicações graves.<sup>4</sup> Esses números se baseiam em estudos que incluem alguns países em desenvolvimento, de modo que mesmo os efeitos adversos mais brandos provavelmente serão menos frequentes em nações desenvolvidas.

Outro risco é o chamado “resultado estético inadequado” – a presença de prepúcio residual, o que exigirá nova cirurgia. Embora não existam estimativas precisas de quão comum isso é, parece ultrapassar um pouco a taxa geral de complicações adversas.<sup>5</sup>

Muito raramente, os bebês podem desenvolver estenose do meato uretral, condição em que a uretra (o tubo por onde passa a urina) fica comprimida, dificultando a saída do xixi. Isso é mais comum em meninos circuncidados do que em não circuncidados, o que deixa evidente que a condição está associada à circuncisão, mas vale reforçar que é uma condição extremamente rara.<sup>6</sup> A reparação da estenose do meato uretral é possível, mas exige uma segunda cirurgia. Há evidências limitadas de que a estenose pode ser evitada utilizando-se vaselina ou pomada reparadora no pênis do bebê durante os seis primeiros meses.<sup>7</sup>

Existe também um debate – especialmente entre aqueles que se opõem à circuncisão – sobre a perda da sensibilidade peniana resultante do proce-

dimento. Não há evidências a respeito. Pequenos estudos realizados sobre a sensibilidade peniana (nos quais se toca de leve o pênis com um objeto) não revelaram resultados consistentes em homens circuncidados quando comparados a não circuncidados.<sup>8</sup> Os pesquisadores também devem ter deduzido que ninguém gosta de cutucões no pênis, com ou sem prepúcio.

Os riscos são basicamente esses, mas a circuncisão também proporciona alguns benefícios. O principal é a prevenção de infecções do trato urinário (ITU). Meninos circuncidados são muito menos propensos a desenvolver ITU. Cerca de 1% dos meninos não circuncidados terá alguma ITU na infância. Entre os circuncidados, a estimativa é de apenas 0,13%.<sup>9</sup> Trata-se de um dado altamente significativo, e em geral se admite que a proteção é real. No entanto, vale dizer que o benefício é pequeno em termos absolutos: seria necessário circuncidar cem meninos para evitar uma ITU.

Os meninos não circuncidados também podem desenvolver fimose, condição que impede puxar o prepúcio para trás. A fimose exige tratamento – normalmente com um creme à base de corticoide – e, em alguns casos, pode demandar cirurgia no futuro. Calcula-se que o risco geral de necessidade de uma circuncisão posterior para o problema (ou outros problemas associados) seja de 1% a 2% – um risco pequeno, mas existente.<sup>10</sup>

Os benefícios também envolvem menor risco de HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e menor risco de câncer de pênis. No caso do HIV e de outras ISTs, existem boas evidências de vários países africanos sugerindo que os riscos são menores entre homens circuncidados, mas isso num contexto em que a maior parte da transmissão do HIV é heterossexual. Nos Estados Unidos, a maior parte da transmissão ocorre no sexo entre homens ou pelo uso de drogas injetáveis. Os dados não evidenciam se a proteção conferida pela circuncisão se aplica a homens que fazem sexo com homens – e certamente não se aplica aos usuários de drogas injetáveis.<sup>11</sup>

O câncer de pênis é extremamente raro, afetando cerca de 1 em cada 100 mil homens. O risco de câncer de pênis invasivo aumenta com a falta de circuncisão, especialmente entre aqueles que tiveram fimose na infância.<sup>12</sup> De novo, mesmo com o aumento do risco relativo, o número de casos permanece muito baixo.

A Academia Americana de Pediatria sugere que os benefícios da circuncisão para a saúde superam os riscos, mas ressalta que tanto os benefícios

quanto os malefícios são muito pequenos. A decisão muitas vezes se resume à preferência pessoal ou a algum tipo de vínculo cultural – razões válidas para fazer ou não o procedimento.

Se você optar pela circuncisão, é preciso considerar maneiras para aliviar a dor. No passado, acreditava-se que recém-nascidos não sentiam dor como os adultos; assim, era comum fazer o procedimento sem administrar nenhum tipo de anestésico – muitas vezes utilizando apenas um pouco de água com açúcar. Isso acabou se revelando um equívoco, pois há indícios de que os bebês que tinham sentido dor durante a circuncisão reagem pior à dor das vacinas, mesmo quatro a seis meses depois.<sup>13</sup>

Diante disso, é altamente recomendável administrar ao bebê algum tipo de alívio durante o procedimento. O método mais eficaz parece ser o bloqueio do nervo peniano dorsal, que envolve a injeção de um anestésico na base do pênis antes da circuncisão. O médico pode também associar o uso de um anestésico tópico.<sup>14</sup>

### **Triagem neonatal e teste auditivo**

No hospital, a equipe médica vai querer aproveitar o tempo de internação para realizar pelo menos dois exames adicionais no bebê: a triagem neonatal e o teste auditivo.

A triagem neonatal é usada para identificar diversos possíveis problemas. No Sistema Único de Saúde brasileiro, o Programa Nacional de Triagem Neonatal pesquisa sete doenças, e a Lei nº 14.154 prevê ampliar para 50 o total. Em laboratórios particulares, os exames oferecidos em diferentes modalidades de triagem neonatal estudam mais de uma centena de doenças.

Um bom exemplo – provavelmente o distúrbio mais comum detectado na triagem neonatal – é a fenilcetonúria (PKU, na sigla em inglês), um distúrbio genético que afeta cerca de 1 em cada 10 mil recém-nascidos. Esses bebês nascem sem a capacidade de decompor naturalmente um aminoácido chamado fenilalanina. Pessoas com PKU precisam seguir uma dieta com baixa ingestão proteica, já que a proteína contém grande quantidade de fenilalanina. Caso contrário, a proteína pode se acumular no corpo de uma pessoa com PKU, inclusive no cérebro, e levar a complicações extremamente graves, como deficiência intelectual acentuada e morte.

Uma vez detectada a PKU, no entanto, modificações alimentares tornam o distúrbio perfeitamente controlável, e as consequências negativas podem ser evitadas. O problema é que, se a PKU não for detectada logo após o nascimento, os danos cerebrais ocorrem quase de imediato, já que o leite materno e as fórmulas lácteas contêm quantidades significativas de proteína. Sem o exame, você só ficaria sabendo quando fosse tarde demais.

Sendo assim, a triagem neonatal para esse distúrbio – e outros semelhantes – é fundamental para melhorar o prognóstico. Para realizar esses testes de triagem, basta uma pequena picada no calcanhar do bebê, totalmente isenta de riscos. Se seu filho não apresentar nenhum desses distúrbios (o que é o cenário mais provável), pronto, foi só uma picadinha para a coleta de sangue.

Além disso, a equipe médica também fará um teste auditivo no bebê – o teste da orelhinha. Às vezes, o equipamento é levado até o quarto e o teste é realizado lá, mas pode ser feito em outro local. A perda auditiva é relativamente comum, podendo afetar de 1 a 3 em cada mil crianças. Hoje se defende cada vez mais a detecção precoce da perda auditiva, uma vez que a intervenção antecipada (por exemplo, com próteses ou implantes auditivos) pode melhorar a aquisição da linguagem e diminuir a necessidade de intervenções futuras.

Como você pode imaginar, o teste auditivo realizado no bebê é diferente do realizado no adulto – recém-nascidos não levantam a mão quando ouvem um sinal sonoro e, sinceramente, é bem provável que estejam dormindo. Assim, utilizam-se sensores na cabeça ou sondas auriculares. Os sensores ou sondas podem verificar se as orelhas média e interna estão respondendo como esperado a um tom.<sup>15</sup>

Esses exames são excelentes para detectar perda auditiva (captam 85% a 100% dos casos), mas ocorrem muitos falso-positivos. Segundo estimativas, 4% dos bebês apresentarão problemas no teste, mas apenas 0,1% a 0,3% terá de fato alguma perda auditiva. A reprovação no teste auditivo costuma preceder o encaminhamento para um centro auditivo formal, o que é uma boa ideia, dada a necessidade de detectar precocemente algum problema. Mas também vale lembrar que a maioria dos bebês que não passam no teste não tem problemas auditivos; se o seu bebê

apresentar algum problema nesse primeiro teste, talvez seja pertinente realizá-lo de novo enquanto você estiver no hospital para descartar um falso-positivo.

### **Alojamento conjunto**

Nos primeiros dias no hospital, você passará bastante tempo com o bebê. A questão é se você *quer* ficar ao lado dele o tempo todo. O parto é exaustivo e muitas mulheres têm dificuldade para dormir com o recém-nascido no mesmo quarto. Antigamente, os berçários permitiam à mulher se recuperar e descansar durante algumas horas no hospital, mas as coisas mudaram.

Nas últimas décadas, vimos o surgimento dos Hospitais Amigos da Criança, que precisam seguir dez passos para promover o sucesso do aleitamento materno. Esses princípios incluem: não oferecer ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a menos que haja indicação médica; não oferecer chupeta; e informar a todas as gestantes sobre os benefícios da amamentação. Vou esmiuçar esses assuntos nos próximos capítulos, inclusive a questão de evitar a chupeta, um tópico particularmente controverso.

Outra exigência dos Hospitais Amigos da Criança é que eles devem praticar o “alojamento conjunto”. Ou seja, a menos que haja uma contraindicação clínica, mãe e bebê devem permanecer juntos no mesmo quarto 24 horas por dia.

Maravilha, certo? Por que você iria querer ficar longe do seu filho? E, de fato, pode ser muito bom. Quando Finn nasceu, acabei ocupando um quarto enorme, com uma cama gigantesca, por um dia inteiro (obrigada, Women and Infants Hospital!). Havia espaço suficiente para Jesse e eu ficarmos na cama, nos revezando para dormir, com Finn entre nós. Hoje percebo que a vida do meu filho começou de um jeito incrível.

Não costuma ser assim. O mais provável é que você vá para uma sala de recuperação com o bebê num berço ao seu lado, uma configuração muito menos confortável. Recém-nascidos fazem barulhos estranhos e não deixam a mãe dormir. Antes do nascimento de Penelope, mães experientes me aconselharam a mandar a bebê para o berçário – mesmo que fosse apenas por algumas horas – para eu poder dormir um pouco. E foi o que fiz (na

época, o Prentice Hospital em Chicago não se qualificava como Hospital Amigo da Criança).

As recomendações de alojamento conjunto não são isentas de controvérsias. É sempre complicado pensar em políticas baseadas em regras que eliminam as escolhas dos pacientes. Por outro lado, há evidências de que o alojamento conjunto é muito benéfico para algumas mulheres – por exemplo, para aquelas cujos bebês têm síndrome de abstinência neonatal (resultado do uso de opioides pela mãe durante a gravidez). Portanto, há razões para encorajar mulheres e hospitais a fazê-lo.

Do ponto de vista deste livro, porém, não estou interessada em comentar sobre políticas, e sim sobre o que os dados dizem que você deve fazer se tiver escolha. Dormir ou não no mesmo quarto do bebê? Priorizar um Hospital Amigo da Criança?

Há um dilema bastante claro aqui: o alojamento conjunto interfere no sono materno, mas pode ser benéfico ao bebê. Mas é benéfico o suficiente para compensar o sono perdido nos primeiros dias? Para responder a essa questão, precisamos saber mais sobre esses benefícios. E, para isso, precisamos dos dados.

O principal suposto benefício do alojamento conjunto é que ele favorece o aleitamento materno, embora não existam muitas evidências a respeito. Há nítidas correlações: as mulheres que mantêm o bebê ao seu lado 24 horas por dia após o parto são mais propensas a amamentar, mas isso é difícil de interpretar como fator causal, pois existem outras diferenças entre essas mulheres. Mais notavelmente, as que *querem muito* amamentar podem estar mais propensas a manter o bebê a seu lado para facilitar o processo. Talvez o aleitamento materno favoreça o alojamento conjunto, e não o contrário.

Nas evidências de que dispomos, os resultados não são claros. Num estudo suíço de grande porte, que comparou os resultados da amamentação entre bebês nascidos em Hospitais Amigos da Criança e em outros lugares, os autores encontraram um maior índice de aleitamento materno nos Hospitais Amigos da Criança. Só que é difícil saber se isso provém do alojamento conjunto ou de algum outro fator.<sup>16</sup> Os hospitais diferiam em vários aspectos, e o estudo não tinha como controlar quem iria *escolher* aquele tipo de hospital, uma escolha que provavelmente estava associada à intenção de amamentar.

Em questões como essa, o “padrão-ouro” para tirar conclusões é um estudo randomizado. Veja como um estudo randomizado funcionaria nesse caso: primeiro, iríamos selecionar um grupo de mulheres e designar aleatoriamente metade delas ao alojamento conjunto e a outra metade ao alojamento separado; em todos os outros aspectos, mãe e bebê receberiam o mesmo tratamento. Como a escolha dos grupos teria sido aleatória, a comparação entre eles permitiria conclusões mais confiáveis. Se no grupo do alojamento conjunto as taxas de aleitamento materno fossem mais altas, poderíamos atribuir isso ao alojamento conjunto. Por outro lado, se não houvesse diferença nas taxas de aleitamento materno, isso sugeriria ausência de relação entre os dois fatores.

No caso do alojamento conjunto, a questão foi estudada num ensaio randomizado realizado com 176 mulheres. Os resultados não foram muito animadores. O estudo não encontrou impacto no aleitamento seis meses depois do parto nem no tempo médio de amamentação.<sup>17</sup> O estudo revelou, sim, algum aumento no aleitamento materno aos 4 dias de vida do recém-nascido, embora seja um pouco difícil interpretar essa informação, uma vez que os pesquisadores incentivaram o aleitamento num horário fixo para alguns grupos e não para outros.

Os dados não parecem apoiar os benefícios do alojamento conjunto para o sucesso do aleitamento materno; na melhor das hipóteses, podemos afirmar que *alguns* efeitos são possíveis. Mas alguns hospitais dirão que você deve optar pelo alojamento conjunto mesmo que os benefícios sejam incertos: não haveria razão para *não* o desejar.

No entanto, essa afirmação não é totalmente correta: pode haver, sim, uma boa razão para *não* optar pelo alojamento conjunto. Nos dias que se seguem ao parto, a mulher costuma estar muito cansada. No hospital, ela provavelmente terá mais apoio do que em casa, e mandar o bebê para o berçário pode permitir que ela aproveite os cuidados especializados dispensados a ela e ao bebê. Saber que os dados não estão definitivamente do lado do alojamento conjunto pode tornar essa escolha mais fácil para algumas mães.

Além disso, o alojamento conjunto pode ter (pequenos) riscos. Muitas mulheres adormecem enquanto amamentam; a probabilidade aumenta com o cansaço da mãe, e a privação do sono materno pode contribuir para o risco de o bebê se machucar seriamente se a mãe, exausta, pegar no sono

enquanto o segura.<sup>18</sup> Há também preocupações com a segurança de se compartilhar a cama em geral, seja no hospital ou em casa (voltaremos a esse assunto em outro capítulo).

Um artigo de 2014 relatou 18 casos de morte ou quase morte infantil resultantes do compartilhamento de leitos hospitalares.<sup>19</sup> A pesquisa não comentou os níveis de risco geral, pois o objetivo era simplesmente juntar relatos de caso para mostrar que essa era uma fatalidade possível.

Outro estudo relatou que 14% dos bebês nascidos em Hospitais Amigos da Criança corriam “risco” de cair da cama, principalmente pelo fato de as mães adormecerem enquanto amamentavam.<sup>20</sup> Mas é bom deixar uma coisa bem clara: não é que 14% dos recém-nascidos tenham caído do berço, e sim que as enfermeiras sentiram que 14% deles corriam *risco* de cair.

Na minha opinião, a melhor conclusão a que se pode chegar é a seguinte: se você tiver a opção de mandar o bebê para o berçário durante algumas horas e quiser fazê-lo, faça. Não há evidências contundentes de que você esteja atrapalhando o aleitamento, se isso for importante para você. E, se notar que está quase adormecendo com o bebê no colo, peça ajuda.

## **O INESPERADO**

### **Perda de peso neonatal**

Muitos pais de primeira viagem se surpreendem com a enorme ênfase dada pelo hospital no ganho ou na perda de peso do recém-nascido. Se você deu à luz um bebê saudável e teve um parto relativamente tranquilo, a maioria das conversas daqui por diante vai girar em torno da amamentação e do peso do seu filho. É óbvio que você quer que ele cresça saudável, e o peso é uma métrica importante para monitorar isso. Mas, quando está no pós-parto e tentando amamentar pela primeira vez, essa pode ser uma conversa muito complicada. A perda de peso pode parecer um fracasso seu – você fez um ótimo trabalho durante a gestação e, agora que o bebê nasceu, você estragou tudo. (Não estragou! É só impressão sua.)

O peso do recém-nascido é monitorado com bastante cuidado no hospital. A equipe do berçário pesa o bebê uma vez ao dia e, muitas vezes, volta para relatar alguma alteração. No segundo dia após o parto de Penelope,



eles a trouxeram de volta ao quarto às duas da manhã e me informaram que ela havia perdido 11% do peso corporal e que tínhamos que começar a suplementar imediatamente. Eu estava sozinha, desanimada, confusa e despreparada para tomar uma decisão. As lições que tirei disso foram: nunca deixe seu marido ir para casa descansar e, talvez menos importante, tenha em mente que a perda de peso é um risco.

Dado o foco no peso, é importante se preparar. Eis a primeira coisa a saber: quase todos os recém-nascidos perdem peso após o parto, e aqueles que são amamentados perdem ainda mais. Os mecanismos causadores disso são bem conhecidos. No útero, o feto recebe nutrientes e absorve calorias pelo cordão umbilical. Ao sair do útero, o bebê tem que descobrir como comer. É complicado (para a mãe e para ele) e, nos primeiros dias, o leite ainda não é abundante. O colostro pode ou não ser a substância mágica que os consultores em aleitamento materno defendem, mas a quantidade é pequena (especialmente na primeira gestação).

O fato de a perda de peso ser esperada significa que você deve cogitar essa possibilidade, mas sem se desesperar ao receber a notícia.

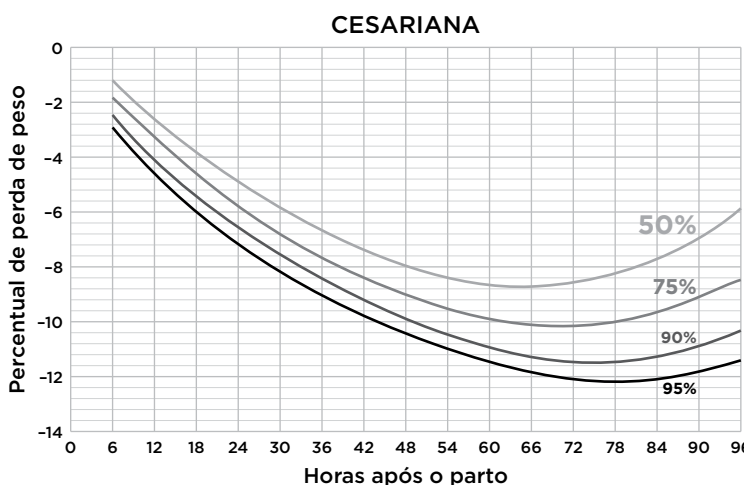
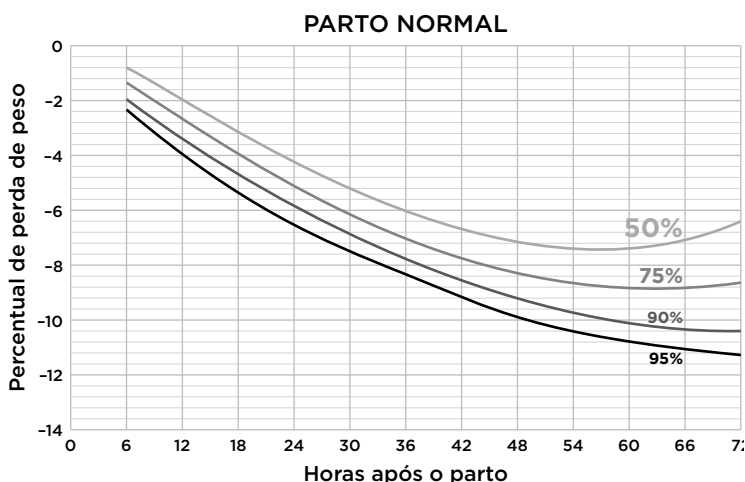
O peso é monitorado por boas razões. A perda de peso não é um problema em si, mas a perda excessiva pode indicar dificuldades na amamentação – por exemplo, que a amamentação não está funcionando bem. Isso pode ser um indício de que o recém-nascido não está recebendo líquido suficiente, o que representa um risco de desidratação. Bebês desidratados podem se esforçar mais para se alimentar, entrando numa espiral negativa. Em situações raras, isso pode ter consequências graves.

O monitoramento do peso pode ser uma forma de detectar possíveis problemas desde cedo, quando ainda dá tempo de corrigi-los, e o monitoramento eficaz requer entender quanto de peso os recém-nascidos costumam perder. Em geral, uma coisa é considerada um problema quando está muito fora da faixa de normalidade. Não há nada na biologia que afirme que uma perda de, digamos, 10% do peso ao nascer seja um limite para o surgimento de problemas. Se a maioria dos recém-nascidos perde 10% do peso ao nascer, você não deve se preocupar se o seu perder também.

Descobrir a faixa de perda de peso normal entre recém-nascidos exige dados que, até recentemente, não eram fáceis de encontrar. Em 2015, no entanto, um grupo de autores publicou um artigo muito interessante no

periódico *Pediatrics*. Eles usaram dados de registros hospitalares de 160 mil nascimentos para representar graficamente a perda de peso entre bebês amamentados pela mãe nas horas que se seguiram ao parto.<sup>21</sup>

Apresento a seguir uma versão dos gráficos do estudo relativos aos bebês que foram amamentados (na sequência falarei sobre a alimentação com fórmula). Os autores agruparam os recém-nascidos entre os que nasceram de parto normal e os que nasceram de cesariana. O eixo horizontal mostra a idade do bebê em horas; o vertical mostra o percentual de perda de peso. As linhas indicam a variação. A linha superior, por exemplo, mostra a evolução da perda de peso dos bebês no percentil 50 ao longo do tempo.



Com esses números, podemos ver a perda de peso média e a faixa de variação. Por exemplo, em 48 horas, o bebê médio que nasceu de parto normal perdeu 7% de seu peso corporal, e 5% dos bebês perderam pelo menos 10%. Em alguns casos, a perda de peso continuou por 72 horas.

Em média, os bebês nascidos de parto cesáreo perdem um pouco mais de peso inicialmente. Observe que o gráfico dos bebês nascidos de cesariana analisa um período mais longo, uma vez que eles normalmente ficam mais tempo no hospital (aguardando a recuperação da mãe).

O que isso tem de útil? Basicamente, permite que os médicos (e, em princípio, os pais) avaliem a perda de peso do recém-nascido em relação à média e, assim, verifiquem se está fora do padrão. O gráfico diz que, se um bebê nasce de parto cesáreo, a expectativa é que ele perca um pouco mais de peso. Portanto, se isso de fato acontecer, não vai demandar necessariamente uma intervenção.

Os autores do artigo criaram um site, [www.newbornweight.org](http://www.newbornweight.org), no qual é possível inserir a hora de nascimento do seu filho, o tipo de parto, o método de alimentação, o peso ao nascer e o peso atual para saber se está dentro da média.

Quando tive Penelope, a regra no hospital era suplementar o aleitamento materno se o recém-nascido perdesse mais de 10% do peso corporal. Mas, como nos mostram os gráficos, para considerar esse percentual um ponto de corte razoável, é preciso examinar quando o bebê foi pesado e quais as circunstâncias específicas. Nas 72 horas após o parto, considera-se que 10% de perda de peso estão dentro da normalidade. Um percentual semelhante 12 horas após o parto seria definitivamente uma perda grave, um ponto fora da curva.

Esses gráficos referem-se a recém-nascidos alimentados com leite materno. Os que recebem fórmula perdem muito menos peso (ao contrário do leite materno, o leite da mamadeira não tem que “descer”). A título de comparação, enquanto o bebê médio amamentado perdeu 7% de seu peso nas primeiras 48 horas após o parto, o bebê médio alimentado com fórmula perdeu apenas 3%. A perda de mais de 7% ou 8% de peso é muito rara nesse grupo. Os mesmos autores que elaboraram os gráficos anteriores criaram também gráficos relativos à alimentação com fórmula, e o site permite que você faça seus próprios cálculos.

Se você descobrir, como eu, que seu bebê ultrapassou os limites de perda de peso, o que deve fazer? Normalmente, os hospitais recomendam a suplementação com fórmula ou, em alguns casos, leite materno doado (a suplementação com água ou água com açúcar era comum no passado, mas não é uma boa ideia).

Se isso acontecer, talvez você fique preocupada, achando que vai dificultar a amamentação – foi o que aconteceu comigo. Não há muitas evidências a respeito, pois é muito difícil isolar o impacto de uma breve suplementação. Mas, se é que de fato sabemos alguma coisa, é que *não há razão* para pensar que um breve período de suplementação com fórmula afetará a longo prazo o sucesso do aleitamento materno (se esse for seu objetivo).<sup>22</sup> A suplementação raramente seria recomendada antes de 48 ou 72 horas, por isso é válido prestar atenção ao peso do bebê antes disso. Se ele está perdendo peso rápido demais, é bom tentar descobrir o motivo.

Um último comentário: a maior preocupação é que a perda de peso seja um sinal de desidratação. Mas isso também é algo que você pode monitorar diretamente. Se o bebê estiver fazendo xixi com alguma frequência e não apresentar a língua seca, há uma boa chance de não estar desidratado. Por outro lado, se você detectar esses sinais, a suplementação pode ser uma boa ideia, mesmo que a perda de peso ainda não seja significativa.

O foco no peso e na alimentação é suficiente para assustar muitos pais inexperientes (grupo do qual já fiz parte). Os dados aqui são tranquilizadores em ambas as direções. A perda de peso é absolutamente normal, e é até esperada. Portanto, não entre em pânico. E, se tiver que suplementar, não se preocupe também.

## Icterícia

Na primeira gestação, estamos preparados para alguma surpresa. Afinal, tudo é novidade. Até eu, uma pessoa extremamente neurótica, sabia que nem tudo sairia perfeito. Por exemplo, não compramos roupinhas que deixassem o cordão umbilical exposto para cicatrizar melhor. E não foram poucas as vezes em que saímos correndo para comprar alguma coisa que tinha faltado.

Na segunda gravidez, é mais fácil ter a sensação de que sabemos o que estamos fazendo. Eu me sentia preparada para o parto de Finn. Tinha tudo

para o enxoval. Tinha um berço. Eu até estava munida de dados sobre perda de peso, caso acontecesse (não aconteceu). Nenhum problema de saúde me pegaria desprevenida.

É óbvio que era pura ilusão. Dois dias após a alta, recebi uma ligação da médica de Finn: meu filho estava com icterícia. Precisei levá-lo às pressas de volta ao hospital com sua roupinha de inverno para outro pernoite. Isso prova que não aprendo com meu excesso de confiança e sempre haverá surpresas pelo caminho.

A icterícia é uma condição na qual o fígado não consegue processar totalmente a bilirrubina, um subproduto da decomposição das hemácias. O fígado é responsável pela quebra da bilirrubina e, a princípio, qualquer pessoa pode ter icterícia, mas recém-nascidos correm um risco maior por algumas razões. Há uma quantidade maior de células sanguíneas sendo decompostas logo após o nascimento, o que aumenta a carga de bilirrubina imposta ao fígado. Quando o bebê nasce, o fígado ainda é imaturo e, portanto, tem dificuldade em excretar essa carga maior no intestino. Por fim, nos primeiros dias de vida, os bebês não se alimentam muito, então a bilirrubina permanece no intestino, onde é reabsorvida na corrente sanguínea.

Em altas concentrações, a bilirrubina é neurotóxica (o que significa que pode lesionar o cérebro). Por isso, em casos extremos, a icterícia é potencialmente grave. Quando não tratada, pode levar a uma condição chamada *kernicterus*, uma forma de dano cerebral permanente.

Isso assusta, motivo pelo qual a icterícia é levada muito a sério, mas na imensa maioria dos casos não evoluirá para *kernicterus*, mesmo quando não tratada. A icterícia também é muito comum, sobretudo em recém-nascidos amamentados: cerca de 50% apresentam essa condição em algum grau. É importante notar que os efeitos da lesão cerebral *não* ocorrem em uma escala contínua: em concentrações baixas ou moderadas, a bilirrubina não atravessa a barreira hematoencefálica e, portanto, não danifica o cérebro.

Para entender melhor os riscos relativos, ocorrem de dois a quatro casos de *kernicterus* nos Estados Unidos por ano. No Brasil, entre 2010 e 2019 ocorreram 1.008 óbitos por icterícia neonatal e *kernicterus*. No entanto, dezenas de milhares de crianças são tratadas para icterícia toda semana. Os protocolos são extremamente rigorosos, e os médicos estão dispostos a tratar muitos bebês com icterícia que estariam bem e se recuperariam por conta

própria só para evitar um único caso de dano cerebral. Portanto, embora provavelmente seja uma boa ideia se submeter ao tratamento se as diretrizes sugerirem, há poucos motivos para se preocupar com o pior cenário.

O maior sinal de icterícia é a coloração amarelada (ou alaranjada) da pele. O fato de seu bebê estar amarelo, no entanto, não significa necessariamente que ele precise de tratamento, e a cor, em si, não diagnostica icterícia. A Dra. Li nos disse numa consulta quando Penelope tinha 4 dias de vida: “As pessoas vão dizer que ela está amarela. Ignorem e ponto.”

Na maioria dos bebês, a icterícia simplesmente se resolve por conta própria à medida que eles se alimentam e crescem. Só exames podem dizer se a icterícia atingiu um nível problemático. Muitos hospitais fazem um rastreio inicial com uma luz especial capaz de estimar os níveis de bilirrubina através da pele e usam isso para decidir se seu bebê precisa ser submetido a um exame para analisar os níveis de bilirrubina no sangue. Em alguns casos, podem pular direto para o exame sanguíneo, que em geral demanda uma picada no calcanhar para coletar uma ou duas gotas. O resultado é expresso em números (até 12mg/dl); quanto mais alto o número, maior o grau de icterícia.

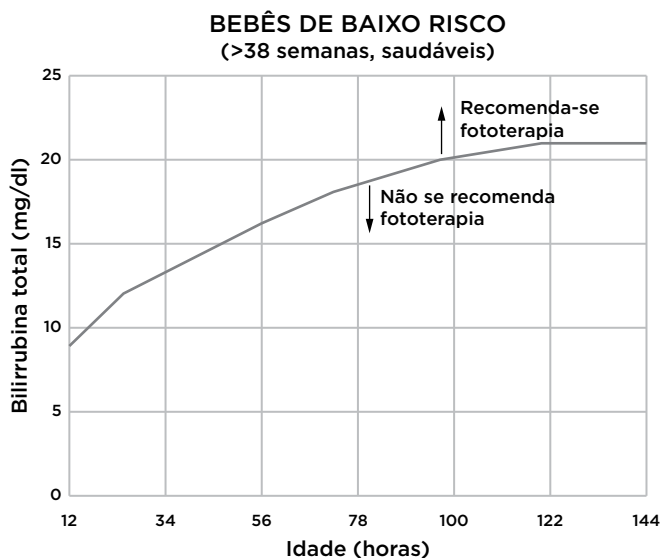
Assim como ocorre na perda de peso, a interpretação desse exame depende da idade do bebê. Os níveis de bilirrubina costumam se elevar nos primeiros dias após o nascimento, por isso os médicos comparam os resultados do exame com os valores de referência para o número de horas que se passaram desde o nascimento.

A principal decisão que o médico precisa tomar é se os níveis de bilirrubina são altos o suficiente para a fototerapia. Esse tipo de tratamento costuma ser realizado no hospital e envolve fazer com que a criança passe um tempo só de fralda e proteção nos olhos num berço que emite luz fluorescente azul. A luz decompõe a bilirrubina em outras substâncias que são eliminadas pela urina.

O tempo de tratamento (que não interrompe as mamadas) é de algumas horas ou dias, dependendo da gravidade e da resposta do bebê. Exames de sangue diários ou mais frequentes mantêm o médico a par do progresso da terapia.

Em geral, níveis mais altos de bilirrubina são piores – mas quão alto é o suficiente para demandar tratamento? A resposta depende da idade exata do bebê em horas e de outras características.

Os médicos começam analisando se seu bebê é de baixo risco (nascido com mais de 38 semanas de gestação, e saudável em outros aspectos), de médio risco (36 a 38 semanas de gestação e saudável, ou 38 ou mais semanas com outros sintomas) ou de alto risco (abaixo de 38 semanas de gestação com outros sintomas). Uma vez que tenham determinado o nível de risco, os médicos usam gráficos como os apresentados anteriormente para decidir se o bebê precisa de fototerapia. Se os níveis de bilirrubina estiverem acima dos pontos de corte, inicia-se o tratamento. O gráfico a seguir representa um recém-nascido de baixo risco. Aqui, para um bebê de 72 horas, um número acima de 17 sugeriria a necessidade de tratamento.<sup>23</sup> Para recém-nascidos de maior risco, os pontos de corte são mais baixos e a intervenção médica é mais rigorosa.



Assim como existe um site para determinar quando a perda de peso neonatal representa um risco, existe também um site que informa a necessidade de fototerapia de acordo com os níveis de bilirrubina. O [www.bilitool.org](http://www.bilitool.org) foi pensado para médicos, mas qualquer pessoa que tenha curiosidade pode acessá-lo (conteúdo em inglês).

Vale notar que essas diretrizes evoluem com o tempo e, enquanto escre-

vo este livro, a tendência é torná-las menos rigorosas e tratar a icterícia de forma mais moderada. Se necessário, pergunte ao seu médico que diretrizes ele está usando.

É muito raro, mas casos extremamente graves ou não tratados de icterícia podem precisar de outros tratamentos que não a fototerapia. A última alternativa é a exsanguinotransfusão, procedimento no qual o sangue do neonato é retirado em pequenas quantidades e substituído por sangue compatível. O procedimento pode salvar vidas, mas, com uma boa tecnologia de monitoramento, raramente é necessário.

A icterícia é mais comum em alguns bebês do que em outros. Recém-nascidos alimentados exclusivamente no peito têm maior probabilidade de apresentá-la. Lactentes de origem asiática correm mais risco. Também é mais comum quando mãe e bebê têm tipos sanguíneos diferentes. Raramente, existem distúrbios sanguíneos subjacentes que podem exacerbar a icterícia neonatal.

A perda excessiva de peso do recém-nascido é um fator de risco, assim como hematomas resultantes do parto. Hoje percebo que nossa experiência com Finn não deveria ter sido tão inesperada, já que ele apresentou vários hematomas logo após o nascimento.

### **UMA OBSERVAÇÃO: DE VOLTA À SALA DE PARTO**

Algumas intervenções são realizadas logo após o nascimento do bebê, em geral antes mesmo de a mãe deixar a sala de parto. Entre elas estão a possibilidade de ligadura tardia do cordão umbilical, uma dose de vitamina K para melhorar a coagulação sanguínea e um tratamento ocular para evitar possíveis complicações de infecções sexualmente transmissíveis não tratadas pela mãe.

Essas intervenções foram abordadas em detalhes no penúltimo capítulo do meu livro anterior, *O guia da grávida bem informada*. Mas, como ocorrem após o nascimento, vou relembra-las aqui.



## Clampeamento tardio do cordão umbilical

Há controvérsias sobre o melhor momento de se ligar o cordão umbilical. Deve-se fazer isso imediatamente após o nascimento, como preconiza a prática-padrão? Ou deve-se esperar alguns minutos para que o bebê reabsorva um pouco de sangue? Essa última opção é conhecida como “clampeamento tardio do cordão umbilical”. O argumento a favor do adiamento é que o sangue reabsorvido da placenta é valioso.

No caso de bebês prematuros, há ótimas evidências a favor do clampeamento tardio.<sup>24</sup> Estudos randomizados apontam melhora da volemia, menor risco de anemia e, conseqüentemente, menor necessidade de transfusão, entre outros desfechos.

No caso de bebês que nascem a termo, as evidências também favorecem em grande parte o clampeamento tardio, embora sejam menos claras.<sup>25</sup> Em particular, retardar o clampeamento do cordão umbilical diminui o risco de anemia mais tarde e aumenta os estoques de ferro, mas também aumenta ligeiramente o risco de icterícia.

Em suma, as recomendações favorecem cada vez mais o clampeamento tardio, se possível.

## Vitamina K

Durante décadas, a prática-padrão tem sido a aplicação de uma dose de vitamina K nas primeiras horas após o nascimento para prevenir distúrbios hemorrágicos. A falta de vitamina K pode causar sangramento inesperado em cerca de 1,5% dos bebês na primeira semana de vida e está associada a distúrbios hemorrágicos raros, mas muito mais graves no futuro. Isso pode ser prevenido com a suplementação da vitamina.<sup>26</sup>

Na década de 1990, houve uma breve controvérsia sobre a possibilidade de a administração de vitamina K aumentar a incidência de câncer infantil. A preocupação se baseava em estudos muito pequenos, com métodos suspeitos, e os trabalhos de acompanhamento subsequentes refutaram essa ligação.<sup>27</sup> Não há, portanto, riscos conhecidos para uma dose de vitamina K, que proporciona nítidos benefícios. (Adam, meu maravilhoso editor médico, recomenda fortemente a administração em neonatos.)

## Tratamento ocular com antibiótico

Se a mãe tiver uma infecção sexualmente transmissível não tratada – gonorreia, em particular – e o filho nascer de parto normal, há um risco substancial de a IST provocar cegueira. Por isso, recomenda-se aplicar profilaticamente uma pomada oftálmica antibiótica no neonato. Isso pode prevenir 85% a 90% das infecções e não tem nenhuma desvantagem conhecida.

As razões para esse tratamento são cada vez menos comuns, já que todas as gestantes passam por exames para detectar e tratar ISTs. E, se você sabe que não corre risco, os antibióticos são desnecessários. Em muitos países, a mãe pode optar por não administrar a pomada no bebê, por isso é bom refletir com antecedência sobre o assunto. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a profilaxia da conjuntivite neonatal com iodopovidona a 2,5%, eritromicina 0,5% ou tetraciclina 1%.

## Resumindo

- Banhos precoces em recém-nascidos são desnecessários, mas não são prejudiciais. Banhos de banheira são melhores que banhos de esponja.
- A circuncisão tem pequenos benefícios e também pode acarretar pequenos riscos. Geralmente é uma questão de preferência.
- O alojamento conjunto não tem efeitos comprovados sobre o aleitamento materno. Se você optar por manter o bebê ao seu lado o tempo todo, cuidado para não dormir com ele no colo.
- A perda de peso neonatal deve ser monitorada e comparada com a média esperada. Consulte [www.newbornweight.org](http://www.newbornweight.org) (em inglês).
- A icterícia é monitorada com um exame de sangue e deve ser tratada se fugir aos valores de referência. Consulte [www.bilitool.org](http://www.bilitool.org) (em inglês).
- Recomenda-se o clampeamento tardio do cordão umbilical, em especial em bebês prematuros. A suplementação de vitamina K também é uma boa ideia. Os antibióticos oculares provavelmente são desnecessários para a maioria dos bebês, mas são obrigatórios em alguns casos e não apresentam desvantagens conhecidas.

CONHEÇA OS LIVROS DE EMILY OSTER

O guia da grávida bem informada

Criar filhos sem mitos

Para saber mais sobre os títulos e autores da Editora Sextante,  
visite o nosso site e siga as nossas redes sociais.

Além de informações sobre os próximos lançamentos,  
você terá acesso a conteúdos exclusivos  
e poderá participar de promoções e sorteios.

[sextante.com.br](http://sextante.com.br)

