 <p>SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE</p>	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	Preencher quando não houver etiqueta		
		Paciente: _____		
	<b>ALEITAMENTO ARTIFICIAL E USO DE MAMADEIRA</b>	Data de Nascimento: _____		
		Prontuário: _____		

### LEITE ARTIFICIAL

**QUAIS AS VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO?** Leite materno é mais adequado nutricionalmente para o recém-nascido. É de fácil digestão e possui elementos que melhoram a defesa contra infecções e reduzem o risco de doenças crônicas no futuro (como asma, diabetes, hipertensão, obesidade e colesterol alto). E, claro, facilita a formação de laços afetivos entre a mãe e o bebê. Estimula também o bom desenvolvimento orofacial.

**O QUE É ALEITAMENTO ARTIFICIAL?** Consiste em oferecer ao recém-nascido, por boca, uma fórmula, modificada artificialmente, que permita substituir ou complementar o leite materno.

**POR QUE FOI INDICADO FÓRMULA PARA MEU BEBÊ?** O uso da fórmula estará indicado em algumas situações:

- ( ) bebê com dificuldade de sucção ao seio materno, necessitando complementação;
- ( ) tratamento da hipoglicemia, quando o leite materno não estiver disponível;
- ( ) contra-indicação para não possam amamentar por infecções maternas que possam ser transmitidas pelo leite;
- ( ) mãe com dificuldade no processo de amamentação, seja por redução da produção ou outra condição que seja impeça a amamentação
- ( ) solicitação da mãe para que seja administrado pelo motivo: \_\_\_\_\_

**QUAIS OS RISCOS E DESVANTAGENS DO USO DE FÓRMULAS?** O bebê pode ter algum grau de desconforto abdominal ou mesmo desenvolver alergia (alergia a proteína do leite de vaca). Possui a desvantagem de não oferecer ao recém-nascido anticorpos de defesa como no leite materno, predispondo a um risco maior de infecções. Para amenizar o risco, a CSH adota um cuidado especial quanto ao preparo da fórmula em lactário, assim como escolha de fórmulas de alto padrão no mercado, de menor alergenicidade e maior digestibilidade.

### DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Diante do que me foi exposto e como responsável legal pelo menor, declaro que:

1. Fui esclarecido(a) que o leite materno é a melhor opção para amamentar o bebê;
2. Fui informado sobre o que será realizado, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis. Pude fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível, permitindo o adequado entendimento;
3. Concordo e autorizo a equipe de saúde da maternidade a oferecer o leite artificial para meu filho(a):

Nome do Responsável Legal (letra de forma): \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: ( ) mãe ( ) pai ( ) responsável legal


Assinatura: \_\_\_\_\_

Aracaju, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

### DEVE SER ASSINADO PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE APLICOU O TERMO

Declaro que expliquei de forma clara e objetiva sobre o aleitamento artificial ao paciente e/ou seu responsável, assim como os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido a perguntas para esclarecer todas as dúvidas pertinentes. De acordo com meu entendimento, o seu responsável legal está em condições de compreender o tratamento proposto.

Assinatura e número do conselho: \_\_\_\_\_

 <p>SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE</p>	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	Preencher quando não houver etiqueta	
	<b>ALEITAMENTO ARTIFICIAL E USO DE MAMADEIRA</b>	Paciente:	
		Data de Nascimento:	
		Prontuário:	

### USO DE MAMADEIRA OU CHUCA

#### QUAIS AS FORMAS DE OFERECER LEITE A UM RECÉM-NASCIDO?

- a) **Seio materno:** preferencial, mas em algumas situações técnicas, não é possível
- b) **Copinho:** sempre que a mãe pretende manter a amamentação é primeira escolha, pois tem maior correlação com alta amamentando e amamentação aos 6 meses
- c) **Mamadeira/chuca:** terceira opção, quando a amamentação ao seio materno ou copinho não puder acontecer ou ainda em situações específicas onde poderá ser indicada

#### POR QUE FOI INDICADO O USO DE MAMADEIRA/CHUCA PARA MEU BEBÊ?

- ( ) informado pela puérpera ou responsável que a mesma não tem intenção de amamentar
- ( ) bebê com fissura labial e fenda palatina, onde a chuca facilita a obstrução do orifício e facilita a pega (Chuca da Lillo);
- ( ) bebê com disfunções orais moderada (sucção ausente, padrão mordedor, travamento mandibular, tensão oral, entre outros)
- ( ) bebê com distúrbios de deglutição (disfagia), após avaliação e indicação do fonoaudiólogo
- ( ) amamentação ao seio materno foi contraindicada e será necessário utilizar fórmula
- ( ) Não se aplica o uso de mamadeira ou chuca para esse bebê

#### QUAIS AS DESVANTAGENS DO USO DA MAMADEIRA?

Em alguns casos, a utilização de bicos artificiais (mamadeira) pode confundir o bebê no momento de sugar o seio materno, por serem de texturas e formatos diferentes, fazendo com que tenha preferência pela mamadeira. Quando a “confusão de bicos” acontece, o bebê vai para o peito e chora, fica agitado, se inclina para trás, se afasta do peito empurrando-o, pega e solta o peito toda hora, sem conseguir mamar com tranquilidade. É importante ressaltar que qualquer utensílio de alimentação utilizado em paralelo a amamentação ou de forma mais intensa que o próprio seio, poderá ocasionar disfunções orais, confusão de bico ou fluxo.

### DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Diante do que me foi exposto e como responsável legal pelo menor, declaro que:

1. Fui esclarecido(a) que o leite materno é a melhor opção para amamentar o bebê;
2. Fui informado sobre o que será realizado, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis. Pude fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível, permitindo o adequado entendimento;
3. Concordo e autorizo a equipe de saúde da maternidade a utilizar o utensílio indicado (mamadeira ou chuca) para ofertar o leite

Nome do Responsável Legal (letra de forma): \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: ( ) mãe ( ) pai ( ) responsável legal

Assinatura: \_\_\_\_\_

Aracaju, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

### DEVE SER ASSINADO PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE APLICOU O TERMO

Declaro que expliquei de forma clara e objetiva sobre o aleitamento artificial ao paciente e/ou seu responsável, assim como os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido a perguntas para esclarecer todas as dúvidas pertinentes. De acordo com meu entendimento, o seu responsável legal está em condições de compreender o tratamento proposto.

Assinatura e número do conselho: \_\_\_\_\_