

MANUAL DE ALEITAMENTO MATERNO



Ministério da Saúde
Direcção-Geral da Saúde

EDIÇÃO
Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional
Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés

2007

MANUAL DE ALEITAMENTO MATERNO

Edição
Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional
Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés
Edição Revista de 2007

Título: *Manual de Aleitamento Materno*
Edição revista (2007)

Editor:

Comité Português para a UNICEF
Av.^a António Augusto de Aguiar, 56 – 3.º Esq.
1069-115 Lisboa
Telefone: 213 577 500
Fax: 213 547 913
E-mail: erodrigues@unicef.pt

Autores:

Leonor Levy
Helena Bértolo

Revisão Técnica e Científica:

João Gomes-Pedro
Purificação Araújo
Luís Magão
Alice Curado
Isabel Loureiro

Revisão:

António Massano

Capa:

Isabel Garcia

Impressão: Gráfica 2000

Depósito Legal: 176764/02

ISBN: 96436

ÍNDICE

Nota Introdutória	5
1. Aleitamento Materno em Portugal	7
2. Vantagens do Aleitamento Materno	8
3. Sucesso do Aleitamento Materno	9
4. Pontos de Viragem em Aleitamento Materno	10
5. Prática do Aleitamento Materno	16
6. Leite Materno e Ambiente	17
7. Contra-indicações do Aleitamento Materno	19
8. Como Funciona a Amamentação	20
9. Como Ultrapassar Pequenas Dificuldades	29
Nota Final	41

Nota Introdutória

Este *Manual de Aleitamento Materno* foi feito com a intenção de a ajudar.

Dar de mamar é uma prioridade da sua vida porque é bom para si e para o seu bebé.

As pequenas dificuldades podem ser ultrapassadas com meia dúzia de estratégias que neste livro lhe são propostas.

Esperamos, sinceramente, que a amamentação por si sonhada seja um sucesso.

Boa sorte e felicidades para si e para o seu bebé.

1. Aleitamento Materno em Portugal

Em Portugal não existem estatísticas sobre a incidência e a prevalência do **aleitamento materno**. Os estudos efectuados no nosso país sugerem que a evolução do **aleitamento materno** se processou de maneira semelhante à de outros países europeus.

A industrialização, a II Grande Guerra Mundial, a massificação do trabalho feminino, os movimentos feministas, a perda da família alargada, a indiferença ou ignorância dos profissionais de saúde e a publicidade agressiva das indústrias produtoras de substitutos do leite materno tiveram como consequência uma baixa da incidência e da prevalência do **aleitamento materno**. Foram as mulheres com maior escolaridade que mais precocemente deixaram de amamentar os seus filhos, sendo rapidamente imitadas pelas mulheres com menor escolaridade.

Este fenómeno alastrou aos países em desenvolvimento, com consequências gravíssimas em termos de aumento da mortalidade infantil. A partir dos anos 70, verificou-se um retorno gradual à prática do **aleitamento materno**, sobretudo nas mulheres mais informadas.

Alguns estudos portugueses apontam para uma alta incidência do **aleitamento materno**, significando que mais de 90% das mães portuguesas iniciam o **aleitamento materno**; no entanto, esses mesmos estudos mostram que quase metade das mães desistem de dar de mamar durante o primeiro mês de vida do bebé, sugerindo que a maior parte das mães não conseguem cumprir o seu

projecto de dar de mamar, desistindo muito precocemente da amamentação.

Por todas estas razões, é essencial que em Portugal se continuem a implementar medidas que promovam um maior sucesso do **aleitamento materno**.

2. Vantagens do Aleitamento Materno

O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, salvo raras excepções.

As vantagens do **aleitamento materno** são múltiplas e já bastante reconhecidas, quer a curto, quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida.

O **aleitamento materno** tem vantagens para a mãe e para o bebé: o leite materno previne infecções gastrintestinais, respiratórias e urinárias; o leite materno tem um efeito protector sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca; o leite materno faz com que os bebés tenham uma melhor adaptação a outros alimentos. A longo prazo, podemos referir também a importância do **aleitamento materno** na prevenção da diabetes e de linfomas.

No que diz respeito às vantagens para a mãe, o **aleitamento materno** facilita uma involução uterina mais precoce, e associa-se a uma menor probabilidade de ter cancro da mama entre outros. Sobreretudo, permite à mãe sentir o prazer único de amamentar.

Para além de todas estas vantagens, o leite materno constitui o método mais barato e seguro de alimentar os bebés e, na maioria das situações, protege as mães de uma nova gravidez. No entanto, é fun-

damental que todas as seguintes condições sejam cumpridas: **aleitamento materno** praticado em regime livre, sem intervalos nocturnos, sem suplementos de outro leite, nem complementado com qualquer outro tipo de comida. Esta protecção pode prolongar-se até aos 6 meses do bebé e enquanto a menstruação não voltar.

3. Sucesso do Aleitamento Materno

O sucesso do **aleitamento materno** pode ser definido por uma amamentação mais prolongada. Existe hoje o consenso entre os pediatras de que a duração ideal do **aleitamento materno** exclusivo, ou seja, sem que seja oferecido ao bebé mais nenhum alimento, é de 6 meses.

Isto não basta, no entanto; é ainda preciso que o bebé tenha um bom estado nutricional, ou seja, aumente de peso de maneira adequada e tenha um bom desenvolvimento psicomotor.

O sucesso do **aleitamento materno** pode ainda ser definido pela qualidade da interacção entre mãe e bebé, durante a mamada, pois este proporciona a oportunidade de contacto físico e visual e a vivência da cooperação mútua entre a mãe e o bebé. Uma boa interacção entre a mãe e o bebé durante a mamada pode ser definida como uma *valsa* na qual cada um dos interlocutores, mãe e bebé, emite sinais ao outro, sinais esses que são descodificados, dando origem a comportamentos de resposta contingentes e adequados, conduzindo a uma adaptação mútua de mãe e bebé, cada vez mais rica e complexa. Alguns autores responsabilizam a inexistência de bons padrões interactivos – entre mãe e bebé durante a mamada – pela falência do crescimento de causa não-orgânica que se verifica em algumas crianças.

Num **aleitamento materno** com sucesso, verifica-se habitualmente uma boa transferência de leite entre a mãe e o bebé; a transferência de leite refere-se não só à quantidade de leite que a mãe produz, como também àquela que o bebé obtém, sendo a actuação do bebé particularmente importante na regulação da quantidade de leite que ingere, na duração da mamada e na produção do leite pela mãe.

Ao falarmos de sucesso, temos também de ter em conta o projecto materno; sob o ponto de vista da mãe, a prática do **aleitamento materno** de curta duração pode ser um sucesso desde que corresponda às suas expectativas.

4. Pontos de Viragem em Aleitamento Materno

A intervenção em pediatria corresponde a actuar nos períodos críticos ou melhores períodos da vida humana; assim, os “pontos de viragem” são entendidos como oportunidades preferenciais para a intervenção em saúde, nomeadamente na promoção da saúde e prevenção da doença, através da promoção de práticas saudáveis, e neste contexto tem especial relevância a prática do **aleitamento materno**.

Para que a amamentação tenha sucesso, devem conjugar-se três factores:

- A decisão de amamentar
- O estabelecimento da lactação
- O suporte da amamentação

Decisão de amamentar

A decisão de amamentar é uma decisão pessoal, sujeita a muitas influências, resultantes da socialização de cada mulher.

Muitas mulheres nem sabem bem por que decidiram amamentar e, quando lhes é perguntada a razão, dizem que vão amamentar *porque sim*; provavelmente estas mulheres cresceram naquilo que alguns autores chamam *meio aleitante*, ou seja, um ambiente em que o **aleitamento materno** era praticado de maneira natural, sem ser posta a questão de como alimentar os bebês; provavelmente estas mulheres tinham sido amamentadas pelas suas mães e viram outras mães a amamentar os seus filhos, tendo tido, assim, experiências positivas relacionadas com a amamentação.

Este tipo de experiência é proporcionado pelas famílias alargadas em que várias gerações coabitam, existindo uma transmissão de saberes e de práticas tradicionais favoráveis ao **aleitamento materno**. Uma experiência prévia com sucesso com um ou mais filhos também se reflecte positivamente na decisão de amamentar o futuro bebé.

Outras mães decidem amamentar porque valorizam positivamente as consequências do **aleitamento materno**, quando comparado com outro tipo de alimentação, podendo ser ou não influenciadas pelo seu companheiro, amigas, mãe ou profissionais de saúde, sendo especialmente importante a percepção do seu próprio controlo sobre a prática do **aleitamento materno**, traduzindo-se por uma maior confiança nas suas capacidades de amamentar o seu filho.

Não podemos nem devemos culpabilizar uma mãe que não quer ou não pode amamentar, providenciando nestes casos os conselhos adequados à prática de uma alimentação com leites artificiais.

Temos, no entanto, a obrigação de informar e aconselhar todas as futuras mães quanto à prática do **aleitamento materno**, nomeadamente as mães indecisas.

Para além de veicular informações quanto às vantagens do **aleitamento materno** para o bebé, é importante esclarecer as futuras mães sobre as vantagens do **aleitamento materno** para a própria mãe, nomeadamente sobre o prazer que uma mãe esclarecida e apoiada pode encontrar no **aleitamento materno**, pondo assim a tónica não no *dever*, mas no *direito* e no *prazer* de amamentar.

Alguns estudos sugerem que as mães que escolhem amamentar por razões ligadas às vantagens do **aleitamento materno** para as mães amamentam durante mais tempo, com maior prazer e experimentam menos *crises lácteas*, ou seja, o sentimento de terem menos leite, crises estas que podem ser reais ou não.

Uma gestação planeada ou desejada parece ser um pré-requisito importante para o sucesso do **aleitamento materno**, sugerindo a importância das consultas de planeamento familiar.

O 3.º trimestre da gestação tem sido apontado como o primeiro ponto de viragem em termos de sucesso do **aleitamento materno**, constituindo uma oportunidade privilegiada para uma primeira entrevista entre a futura mãe e o pediatra do bebé, a fim de discutir o regime alimentar do bebé. Neste primeiro contacto devem veicular-se conhecimentos sobre a prática e a técnica do **aleitamento materno**, averiguar-se os conhecimentos e atitudes dos futuros pais face ao **aleitamento materno** e a existência, ou não, de mitos relacionados com a amamentação.

Parece especialmente importante a definição prévia da duração do **aleitamento materno**, pelo que a futura mãe deverá ser motivada para um maior compromisso em termos de amamentação.

Para uma maior motivação materna, a mãe deverá ser elucidada sobre as vantagens do **aleitamento materno** para a mãe e para o bebê, o efeito de “dose-resposta” e o prazer que a amamentação pode constituir para uma mãe bem preparada para amamentar.

Alguns autores sugerem que a frequência de aulas de preparação para o parto durante a gestação deverá ainda fazer parte da preparação da futura mãe, no sentido de a familiarizar com os procedimentos do trabalho de parto e do parto, bem como do início da amamentação.

Estabelecimento da lactação

O estabelecimento da lactação tem sido apontado como o 2.º ponto de viragem, sendo decisivas as práticas hospitalares ligadas ao trabalho de parto, parto e pós-parto para um **aleitamento materno** com sucesso.

A antropologia, a sociologia e a história têm procurado apreender o significado de acontecimentos tão importantes como o parto, para diferentes povos de diferentes culturas. Em todos os povos é possível encontrar crenças e práticas ligadas à procriação, à gestação e ao parto, constituindo este uma “entrada na vida” ou um ritual de passagem. Vários estudos mostram também que todos os povos se preocupam com os cuidados a fornecer ao recém-nascido, como sejam o primeiro banho, a amamentação, as aprendizagens, os berços e as embaladeiras.

Poucas experiências humanas alcançam os níveis de *stress*, ansiedade, dor e tumulto emocional ocorridos durante um parto e no pós-parto imediato. Sendo o parto uma ocasião de especial sensibilidade ao ambiente, não admira que acontecimentos,

interacções e intervenções ocorridos durante este período possam ter consequências duradouras em termos emocionais e comportamentais.

Acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o parto, no período do pós-parto imediato e durante a estada da mãe e do bebé no hospital podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração do **aleitamento materno**.

Aqueles factores por si só, ou em interacção uns com os outros, podem contribuir para o sucesso ou, pelo contrário, pôr em perigo a amamentação.

Um comunicado conjunto da OMS/UNICEF (*Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*) contempla 10 medidas importantes para o sucesso do **aleitamento materno** que deveriam ser implementadas nos serviços de saúde vocacionados para a assistência a grávidas e recém-nascidos, definindo objectivos e estratégias que, a serem cumpridos, confeririam a esses mesmos serviços de saúde a categoria de “Hospital Amigo dos Bebés”.

Em Portugal existe, constituída, uma Comissão Nacional *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés* com sede na UNICEF.

Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (OMS/UNICEF)

1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.
2. Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.
3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.

4. Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Dar de mamar sempre que o bebé queira.
9. Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito.
10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.

Na sequência da actividade desenvolvida pela Comissão Nacional *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*, vários hospitais e maternidades portuguesas têm-se candidatado a “Hospital Amigo dos Bebés”, estando actualmente em curso a avaliação das candidaturas.

Manutenção da amamentação

O 3.º ponto de viragem será o suporte da amamentação depois da alta da maternidade.

Os primeiros quinze dias de vida do bebé, até que a lactação esteja bem estabelecida, são especialmente importantes. Durante este

período de tempo, a mãe deverá ser ajudada por alguém que a substitua nas tarefas caseiras, a fim de poder dedicar-se plenamente ao seu bebê e ter o apoio de profissionais de saúde competentes e disponíveis no centro de saúde, através de consulta telefónica ou mesmo visita domiciliária, se necessário.

Um ambiente calmo e caloroso, uma alimentação simples e cuidada e algumas regras elementares sobre a prática do **aleitamento materno** serão uma ajuda preciosa para o seu sucesso.

5. Prática do Aleitamento Materno

A duração da mamada não é importante, pois a maior parte dos bebés mamam 90% do que precisam em 4 minutos. Alguns bebés prolongam mais as mamadas, por vezes até 30 minutos ou mais; o que interessa é perceber que o bebé está a obter leite da mama da mãe e não está a fazer da mama da mãe uma chupeta, pois isto pode macerar os mamilos, criar fissuras e levar a mãe a desistir da amamentação.

Uma mãe pode perceber se o bebé está mesmo a mamar quando constata que a sucção é mais lenta do que com uma chupeta, quando verifica que o bebé enche as bochechas de leite ou, muitas vezes, quando ouve o bebé a engolir o leite.

O horário não é o mais importante; o bebé deve ser alimentado quando tem fome – chama-se a isto o *regime livre* –, não se devendo impor ao bebé um regime rígido. Quando um bebé tem fome acorda para comer, e este alerta é importante para uma melhor ingestão de leite materno. No entanto não se deve deixar o bebé dormir mais de 3 horas durante o primeiro mês de vida.

Quando um bebé começa a mamar na mama da mãe, o primeiro leite que obtém é mais rico em água e lactose, que é o açúcar do

leite; à medida que a mamada prossegue, o leite vai tendo cada vez mais gordura.

O que é importante é que o bebé esvazie uma mama em cada mamada; o bebé deve primeiro esvaziar a primeira mama e se depois disso continuar com fome é que lhe é oferecida a segunda mama; chupar e esvaziar a mama é o segredo para uma maior produção de leite.

Não interessa pesar o bebé antes e depois de uma mamada, nem fazer análises ao leite, pois existe uma grande variabilidade do leite materno ao longo do dia, quer em qualidade, quer em quantidade. A pesagem do bebé nas consultas de saúde e uma boa progressão do seu peso garantem que o bebé está a ser bem alimentado.

Todas as mães se preocupam muito com os alimentos que devem comer. Se na família houver casos de alergia, as mães não deverão abusar do leite e dos seus derivados. Caso contrário, as mães deverão praticar uma dieta saudável e variada, evitando comer grandes quantidades de qualquer alimento ou alimentos mais alergizantes ou que possam excitar o bebé.

Porém, o que é mais importante é a ausência de *stress*, pois este é inimigo da lactação, dado que impede a ejeção do leite, que fica assim retido na mama.

6. Leite Materno e Ambiente

Infelizmente, na actualidade o leite materno também contém outros componentes, consequência da industrialização. Estes produtos tóxicos, como por exemplo as dioxinas, existem no ar que respiramos e em alguns dos alimentos que ingerimos.

Cerca dos 6 meses de idade, o bebé começa a comer outro tipo de alimentos para além do leite materno ou de um substituto deste

leite, até se integrar, por volta do ano de vida, no regime alimentar da família.

Depois do desmame, os produtos de consumo diário – carne, peixe, leite e queijos gordos e gorduras animais, e ainda a *fast-food* e os alimentos fabricados – são os principais fornecedores de dioxinas para a população em geral, não esquecendo o papel da poluição.

No entanto, os maiores especialistas mundiais nesta matéria consideram o leite materno como insubstituível, continuando a aconselhar o **aleitamento materno**, não deixando de recomendar, no entanto, medidas tendentes a reduzir as dioxinas que o **aleitamento materno** pode transmitir.

Existem numerosos artigos científicos acerca dos malefícios das dioxinas em toda a comunidade, nas gestantes e nos fetos.

Os estudos publicados sobre esta matéria não contestam a presença de dioxinas no leite materno, mas todos sustentam o papel importante do leite materno nas várias dimensões do desenvolvimento do bebé.

Interessa difundir conselhos e propostas preventivos, tendentes à diminuição da transferência materna de dioxinas para a próxima geração, a qual pode ser evitada ou, pelo menos, diminuída através de diferentes medidas: a regulamentação para a descarga de dioxinas, uma redução do consumo de produtos animais e alimentos fabricados, a substituição de gorduras animais por gorduras vegetais e a ingestão de leite e queijo magros em vez de gordos, em todas as idades, prática esta também recomendada para a prevenção da obesidade, cada vez mais prevalente na nossa sociedade, nomeadamente em crianças e adolescentes.

Tais práticas levariam a uma menor acumulação de poluentes nas adolescentes, futuras mães, com uma menor passagem de dioxinas

durante e depois da gestação, aconselhando-se ainda que, durante o período de **aleitamento materno**, a mãe não tente perder peso.

7. Contra-indicações do Aleitamento Materno

- **Contra-indicações temporárias**

Existem certas situações em que as mães não devem amamentar os seus bebés, até essas mesmas situações estarem resolvidas; por exemplo, mães com algumas doenças infecciosas como a varicela, herpes com lesões mamárias, tuberculose não tratada ou ainda quando tenham de efectuar uma medicação imprescindível. Durante este período de tempo, os bebés devem ser alimentados com leite artificial por copo ou colher, e a produção de leite materno deverá ser estimulada.

- **Contra-indicações definitivas**

As contra-indicações definitivas do **aleitamento materno** não são muito frequentes, mas existem. Trata-se de mães com doenças graves, crónicas ou debilitantes, mães infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), mães que precisem de tomar medicamentos que são nocivos para os bebés e, ainda, bebés com doenças metabólicas raras como a fenilcetonúria e a galactosemia.

8. Como Funciona a Amamentação

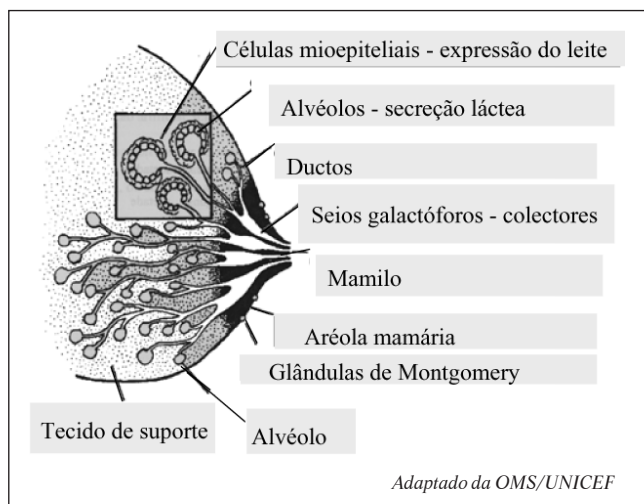


Figura 1 - Anatomia da mama

Observe o mamilo e a área de pele mais escura que o rodeia e que se chama aréola mamária. Na aréola encontram-se as pequenas glândulas chamadas glândulas de Montgomery que segregam um fluido oleoso para manter a pele saudável.

Dentro da mama estão os alvéolos que são pequeninos sacos feitos de células secretoras de leite. Há milhões de alvéolos – a figura mostra apenas alguns deles.

Uma hormona chamada prolactina faz com que estas células produzam leite.

Em torno dos alvéolos há células musculares, as células mioepiteliais, que se contraem e expulsam o leite para fora dos alvéolos. Uma hormona chamada ocitocina provoca a contracção dessas células musculares.

Pequenos tubos, ou ductos, levam o leite dos alvéolos para o exterior. Sob a aréola, os ductos tornam-se mais largos e formam os

seios galactóforos, onde o leite é colectado em preparação para a mamada. Os ductos tornam-se outra vez mais estreitos à medida que passam através do mamilo.

Os alvéolos e os ductos estão rodeados por tecido de sustentação e por gordura.

A gordura e o tecido de sustentação é que dão a forma à mama e fazem a maior parte da diferença entre uma mama grande e uma pequena. Tanto as mamas grandes como as pequenas contêm a mesma quantidade de tecido glandular e podem produzir uma grande quantidade de leite.

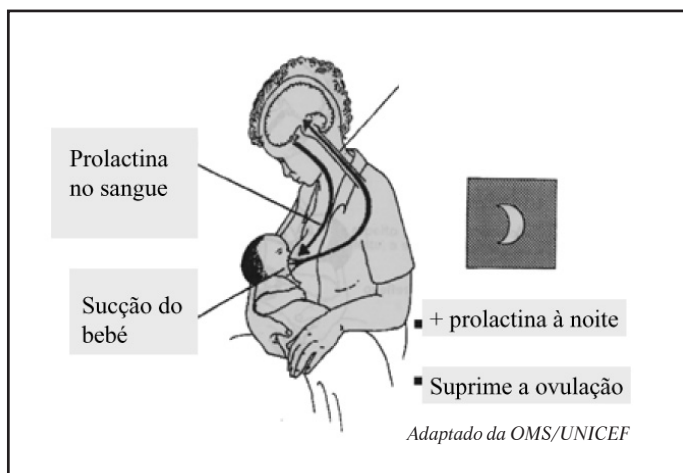


Figura 2 - Prolactina

Quando um bebé mama, impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro. Em resposta, a parte anterior da hipófise na base do cérebro segrega prolactina. A prolactina vai através do sangue para a mama, fazendo com que as células secretoras produzam leite.

A maior parte da prolactina está no sangue cerca de 30 minutos após a mamada – o que faz com que a mama produza leite para a mamada SEGUINTE. Para esta mamada, o bebê toma o leite que já está na mama.

Ou seja, quanto mais o bebê suga, mais leite é produzido.

- Mais prolactina é produzida à noite; portanto, amamentar durante a noite é especialmente importante para manter a produção de leite.
- A prolactina faz com que a mãe se sinta relaxada e algumas vezes sonolenta; logo, geralmente a mãe descansa bem, mesmo amamentando durante a noite.
- A prolactina suprime a ovulação; assim, a amamentação pode ajudar a adiar uma nova gestação, sobretudo se a amamentação for praticada também durante a noite.

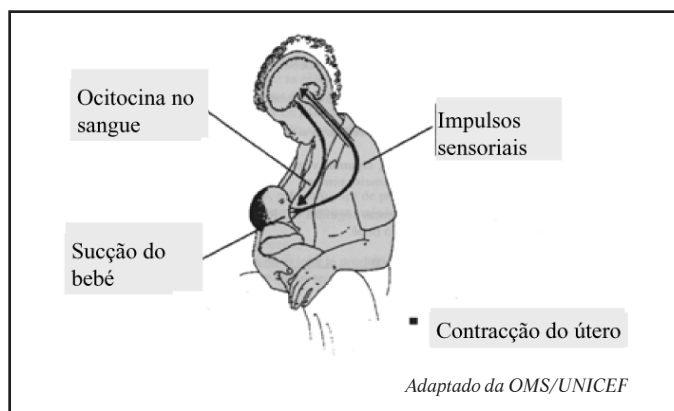


Figura 3 - Ocitocina

Quando um bebê suga, impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro. Em resposta, a parte posterior da hipófise na base do cérebro segrega uma hormona chamada ocitocina.

A ocitocina vai através do sangue para a mama e produz a contracção das células musculares, ou células mioepiteliais, em torno dos alvéolos. Isto faz com que o leite colectado nos alvéolos flua através dos ductos para os seios galactóforos. Chama-se a isto reflexo da ocitocina ou reflexo de ejeção.

A ocitocina é produzida mais rapidamente que a prolactina. A ocitocina faz com que o leite que já está na mama flua para ESTA mamada. A ocitocina pode começar a actuar antes que o bebé sugue, quando a mãe está preparada para amamentar.

Se o reflexo da ocitocina não funciona bem, o bebé pode ter dificuldade em receber leite. Pode ter-se a impressão que as mamas deixaram de produzir leite.

De facto as mamas continuam a produzir leite, mas este não flui.

A ocitocina provoca a contracção do útero no pós-parto, o que ajuda a reduzir as perdas de sangue, para além de acelerar a involução uterina.

Por vezes, nos primeiros dias aparecem dores uterinas, que podem ser bastante fortes, e também pequenas perdas de sangue.

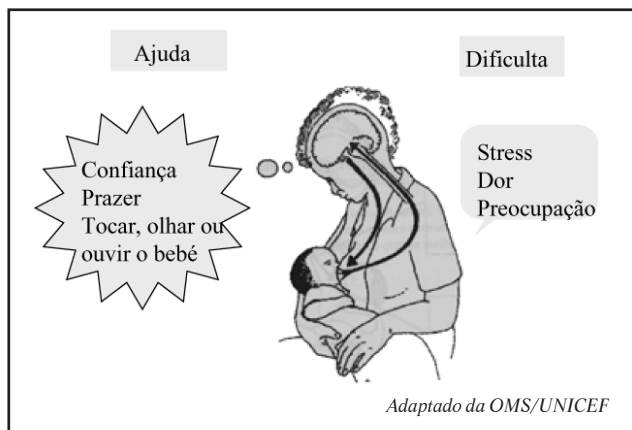


Figura 4 - Ocitocina

Como ajudar o reflexo da ocitocina:

Sentimentos agradáveis como sentir-se contente com o seu bebé, ter prazer com o bebé, tocá-lo, olhar ou mesmo ouvir o bebé chorar podem ajudar o reflexo da ocitocina. A confiança na sua capacidade de amamentar e a convicção de que o seu leite é o melhor para o bebé também são importantes para ajudar o leite a fluir.

O que pode dificultar ou bloquear o reflexo da ocitocina:

Sentimentos desagradáveis como dor, preocupação, dúvidas se a mãe tem leite suficiente e, de um modo geral, o *stress* podem bloquear o reflexo e parar o fluxo de leite.

Assim:

- A mãe precisa de ter o seu bebé sempre junto a si, para que possa olhar para ele, tocá-lo e perceber as suas necessidades. Esta prática ajuda o seu corpo a preparar-se para a amamentação e ajuda o leite a fluir.
- Se uma mãe está separada do bebé entre as mamadas, o reflexo da ocitocina pode não funcionar facilmente.
- É preciso ter empatia para com os sentimentos da mãe que está a amamentar.
- É importante fazê-la sentir-se bem e aumentar a sua confiança na sua capacidade de amamentar o bebé, ajudando assim o seu leite a fluir.

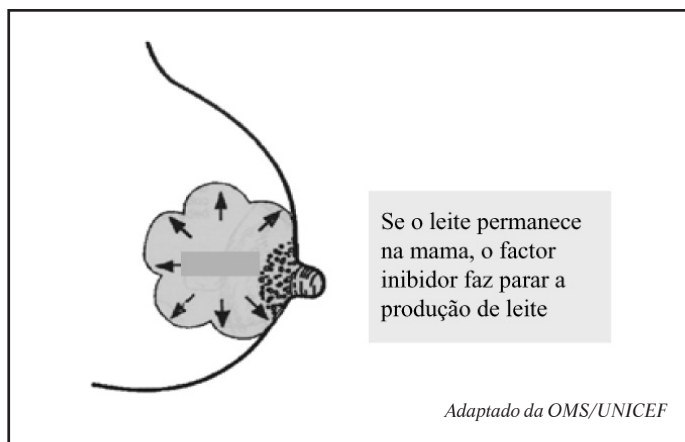


Figura 5 - Factor inibidor

A produção do leite materno é também controlada dentro da própria mama.

Existe uma substância no leite materno que pode diminuir ou inibir a produção de leite. Se muito leite é deixado na mama, o factor inibidor faz com que as células deixem de produzir leite. Isto ajuda a proteger a mama dos efeitos desagradáveis de uma produção de leite exagerada. A inibição da produção de leite é, obviamente, necessária se o bebé morre ou pára de mamar por alguma razão.

Se o leite materno é removido, o factor inibidor também é removido. Então a mama produz mais leite.

Assim:

- Se um bebé pára de mamar numa das mamas, essa mama deixa de produzir leite.
- Se o bebé mama mais de uma mama, essa mama produz mais leite e torna-se maior que a outra.
- Para uma mama continuar a produzir leite, o leite deve ser removido.

- Se um bebê não pode mamar de uma ou das duas mamas, o leite deve ser removido por expressão, manual ou com bomba, para permitir que a produção continue.

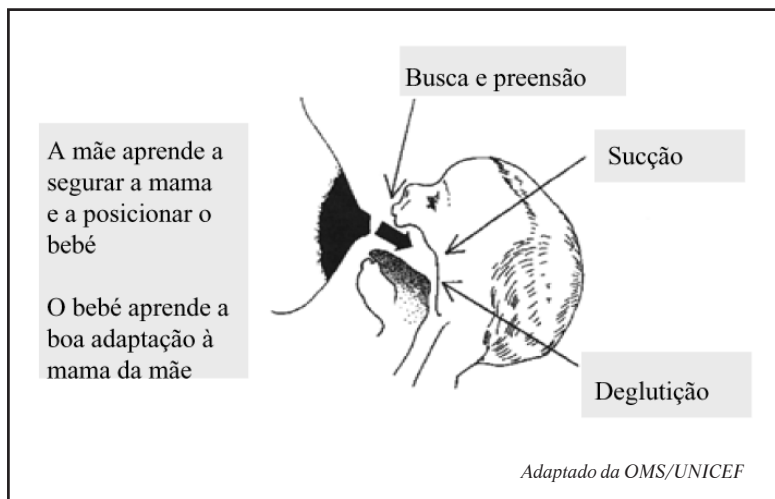


Figura 6 - Reflexos do bebê

Existem três principais reflexos do bebê relacionados com a amamentação: o reflexo de busca e preensão, o de sucção e o de deglutição.

Quando alguma coisa toca nos lábios ou nas bochechas do bebê, ele abre a boca e pode virar a cabeça à procura daquilo que lhe tocou. O bebê põe a língua para baixo e para fora. Este é o reflexo de busca e preensão.

Quando alguma coisa toca o palato do bebê, ele começa a sugar e, quando a sua boca se enche de leite, ele engole. São reflexos que acontecem automaticamente, sem que o bebê tenha de os aprender.

Existem, porém, algumas coisas que a mãe e o bebê têm de aprender.

Uma mãe tem de aprender como segurar a sua mama e posicionar o bebé, para que ele pegue bem na mama.

O bebé tem de aprender como pegar na mama para ter uma sucção eficaz.

Note, no desenho, como o bebé se aproxima da mama. Ele aproxima-se da mama por debaixo do mamilo. Isto ajuda a uma boa adaptação ou pega entre a sua boca e a mama da mãe porque:

- O mamilo está posicionado para o palato do bebé, podendo assim estimular o reflexo de sucção.
- O lábio do bebé está posicionado para debaixo do mamilo, de modo a colocar a língua por baixo dos seios galactóforos.

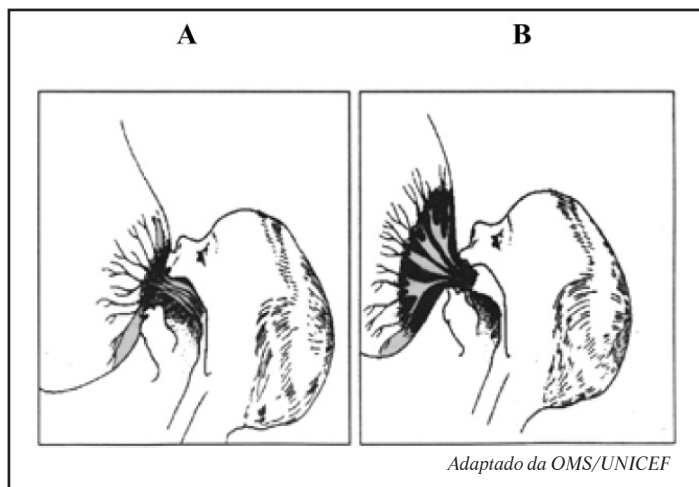


Figura 7 - Adaptação entre mãe e bebé (pega)

Bebé A

- A boca do bebé apanha a maior parte da aréola e dos tecidos que estão sob ela, incluindo os seios galactóforos.

- O bebé estica o tecido da mama para fora, para formar um longo bico.
- O mamilo constitui apenas um terço do bico.
- O bebé mama na aréola e não no mamilo.

*O bebé **A** está bem adaptado à mama de mãe (boa pega).*

Bebé B

- A boca do bebé não apanha a maior parte da aréola e dos tecidos que estão sob ela, e os seios galactóforos não estão incluídos nesses tecidos.
- O bebé não consegue esticar o tecido da mama para fora a fim de formar um longo bico.
- O mamilo constitui a totalidade do bico.
- O bebé mama apenas no mamilo.

*O bebé **B** não está bem adaptado à mama de mãe (má pega).*

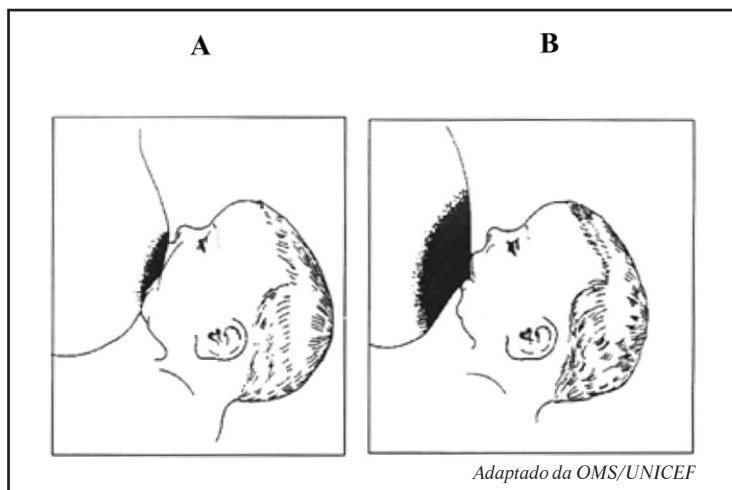


Figura 8 - Adaptação entre mãe e bebé (pega)

Bebé A:

- O queixo do bebé toca a mama.
- A boca do bebé está bem aberta.
- O seu lábio inferior está virado para fora.
- Pode-se ver mais aréola acima do que abaixo da boca do bebé.
- Isto mostra que o bebé está atingindo os seios galactóforos com a sua língua, o que ajuda a expressão do leite.

O bebé A está bem adaptado à mama da mãe (boa pega).

Bebé B:

- O queixo do bebé não toca na mama.
- A boca do bebé não está bem aberta.
- O seu lábio inferior não está virado para fora.
- Pode-se ver a mesma quantidade de aréola acima e abaixo da boca do bebé.
- Isto mostra que o bebé não está a atingir os seios galactóforos com a sua língua, o que dificulta a expressão do leite.

O bebé B não está bem adaptado à mama da mãe (má pega).

9. Como Ultrapassar Pequenas Dificuldades

• Dificuldades precoces

Nas primeiras semanas de amamentação podem surgir algumas dificuldades, principalmente para as mães que estão a amamentar pela primeira vez.

Logo após o nascimento do bebê (por vezes ainda durante a fase final da gravidez), surge o primeiro leite chamado **colostro** – um líquido branco transparente ou amarelo, que se mantém durante 2 a 3 dias e que é muito importante para proteger o bebê de infecções e para o ajudar a evacuar.

❖ MAMAS MUITO CHEIAS E DOLOROSAS (INGURGITADAS)

Quando o leite “sobe”, por volta do 2.º-3.º dias, as mamas podem ficar quentes, mais pesadas e duras, devido ao aumento de leite e à quantidade de sangue e de fluidos nos tecidos da mama. A mãe pode ter um ligeiro aumento da temperatura corporal que não ultrapassa, em regra, os 38° C, durante 24 horas. Habitualmente, o leite sai com facilidade e a mãe continua a dar de mamar sem dificuldade. Pode dar de mamar com frequência para retirar o leite, ou retirá-lo manualmente ou com bomba. Depois de alguns dias, sentirá as mamas vazias e confortáveis.

Algumas vezes, especialmente se o leite não é retirado em quantidade suficiente, as mamas podem ficar ingurgitadas. Nesta situação as mamas ficam tensas, brilhantes e dolorosas, e pode ser difícil retirar o leite. A aréola está tensa e é difícil para o bebê agarrar uma quantidade suficiente da mama para poder sugar. A mãe pode amamentar menos porque tem dor. A produção de leite diminui porque a criança mama durante pouco tempo, de modo não eficaz, e o leite não é retirado.

A mama pode ficar infectada porque o leite não é drenado e, especialmente, se a mãe tem fissuras nos mamilos.

Para prevenir o ingurgitamento

- As mães devem dar de mamar em horário livre (sempre que o bebé quiser).
- Colocar a criança a mamar em posição correcta e verificar os sinais de boa pega.

Para tratar o ingurgitamento

- Retirar o leite da mama, colocando o bebé a mamar, se possível, ou com expressão manual ou bomba (lavar as mãos cuidadosamente antes de tocar nas mamas).
- Quando conseguir retirar um pouco de leite, a mama fica mais macia e o bebé poderá sugar mais eficazmente.
- Se o bebé não consegue mamar, a mãe deve retirar o leite para um copo (manualmente ou com bomba) e dá-lo ao bebé.
- Deve continuar a retirar com a frequência necessária para que as mamas fiquem mais confortáveis e até que o ingurgitamento desapareça.

A mãe consegue retirar o leite mais facilmente se estimular o **reflexo de ocitocina** (ver Figura 4); este funciona melhor se:

- Estiver descontraída e com o bebé por perto;
- Passar com o chuveiro ou com água quente (parches);
- Beber uma bebida morna (não café, chá preto ou cacau);
- Massajar levemente com a ponta dos dedos ou com a mão fechada na direcção dos mamilos.

Se as mamas apresentarem edema (inchaço), pode aplicar água fria ou gelo, depois de retirar o leite.

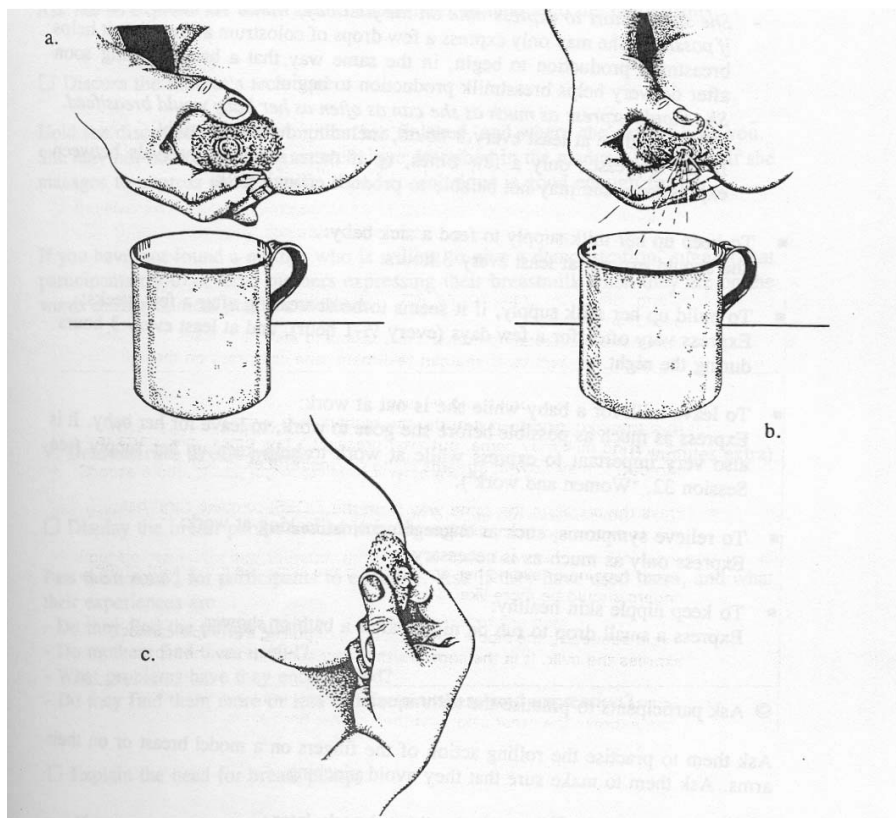
Como extrair o leite manualmente:

- Lave as mãos antes de iniciar a extracção;
- Sente-se confortavelmente, coloque o polegar sobre a parte superior da aréola e o indicador sob a aréola mamária e pressione em direcção ao tórax (costelas); não deve deslizar os dedos para não magoar;
- Pressione e solte de seguida, não deve sentir dor; se sentir, é porque não está a aplicar a técnica correctamente;
- O leite deve começar a sair, primeiro em pequena quantidade e depois em maior quantidade;
- Rode os dedos para massajar todos os locais;
- Faça a expressão do leite até sentir a mama flácida (mole) (ver Figura 9).

❖ BLOQUEIO DOS DUCTOS

No mamilo abrem-se cerca de 10 a 20 canais que drenam o leite. Pode acontecer que alguns destes canais fiquem obstruídos, possivelmente por leite espesso. A mulher que amamenta pode sentir um nódulo (inchaço) doloroso numa parte da mama, e o local ficar avermelhado. A mulher não tem febre e sente-se bem.

Esta situação tem como causas prováveis o uso de roupas apertadas (*soutien*), uma pancada na mama, ou porque a criança não suga daquela parte da mama.



Adaptado da OMS/UNICEF

Figura 9 - Extração manual

Para tratar o ducto bloqueado

- Para resolver esta situação, a mãe deve amamentar em diferentes posições de modo a esvaziar todas as partes da mama (por exemplo, colocando o corpo do bebé debaixo do braço).
- Pode ainda fazer uma leve pressão, com os dedos, no sentido do mamilo para ajudar a esvaziar aquela parte da mama.

- A mãe deve usar roupas largas e um *soutien* que apoie, mas não comprima.

❖ MASTITE

Se o ducto (canal) bloqueado não drenar o leite, ou no caso de ingurgitamento mamário grave, o tecido mamário pode infectar. Neste caso, parte da mama fica avermelhada, quente, com tumefacção (inchada) e dolorosa. A mulher tem febre, normalmente elevada, e sente grande mal-estar – estamos em presença de mastite, pelo que deve consultar o seu médico.

Para tratar a mastite

O médico assistente indicará quais os medicamentos que a mãe deve tomar.

Entretanto, é fundamental que:

- A mãe repouse;
 - Retire o leite manualmente, ou com bomba;
 - Possa continuar a amamentar do lado não afectado.
- A situação melhora, habitualmente em um ou dois dias.

❖ MAMILOS DOLOROSOS E/OU COM FISSURAS (GRETADOS)

A causa mais comum de dor nos mamilos é uma má adaptação do bebé à mama materna (pega incorrecta).

Por vezes a pele do mamilo parece completamente normal, outras vezes nota-se uma fissura na extremidade ou na base do mamilo.

A amamentação é dolorosa, podendo levar a mãe a amamentar durante menos tempo e/ou com menor frequência. A criança que suga só o mamilo não consegue retirar leite suficiente, ficando frustrada. O leite não é retirado com eficácia, o que poderá levar a diminuição da produção de leite.

Para prevenir dor/fissuras nos mamilos

- Coloque a criança numa posição correcta (cabeça em linha recta com o corpo, face de frente para o mamilo);
- Verifique sinais de boa pega do bebé (ver Figura 8);
- Não deve lavar os mamilos com sabão, devem ser lavados unicamente uma vez ao dia;
- Não deve interromper a mamada, o bebé deve deixar a mama espontaneamente;
- Se a mãe tiver de interromper, deve colocar um dedo, suavemente, na boca do bebé de modo a interromper a sucção.

Mamilos com fissuras (gretas)

Muitas vezes, a criança continua a mamar em má posição durante alguns dias, o que pode causar lesão do mamilo. O mamilo pode ficar com fissuras, o que pode favorecer a entrada de “micróbios” e causar infecção – mastite.

Para tratar os mamilos dolorosos e/ou com fissuras

Na maior parte das vezes, a dor desaparece logo que a pega do bebé é corrigida.

- Pode iniciar a amamentação pelo mamilo não doloroso;
- Deve aplicar uma gota de leite no mamilo e aréola, após o banho e após cada mamada – isto facilita a cicatrização;
- A mãe deve expor os mamilos ao ar e ao sol, sempre que possível, no intervalo das mamadas.

Se a dor é tão intensa que mesmo melhorando a pega do bebé não desaparece, a mãe pode retirar o leite e dar ao bebé com copo ou colher, até que o mamilo melhore ou cicatrize.

Mamilos planos e invertidos

Algumas mães pensam que os seus mamilos são muito pequenos para amamentar, mas o tamanho dos mamilos em “repouso” não é importante, dado que o mamilo é só 1/3 da porção da mama que o bebé deve introduzir na boca para sugar plenamente.

O mamilo fica mais saliente nas últimas semanas de gravidez e/ou logo após o parto, pelo que não é necessário fazer qualquer manobra ou usar qualquer método durante a gravidez.

Para além deste aspecto, a mãe pode tentar rodar o mamilo entre os dedos de modo a ficar mais saliente.

A utilização de moldes de mamilos durante a gravidez é desaconselhada, dado que não é evidente que ajudem a melhorar o formato do mamilo e podem lesá-lo.

O que é importante é que a mãe coloque o bebé ao peito logo após o nascimento (durante a primeira hora); evite o uso de tetinas e de chupetas, para evitar que o bebé tenha maior dificuldade em pegar.

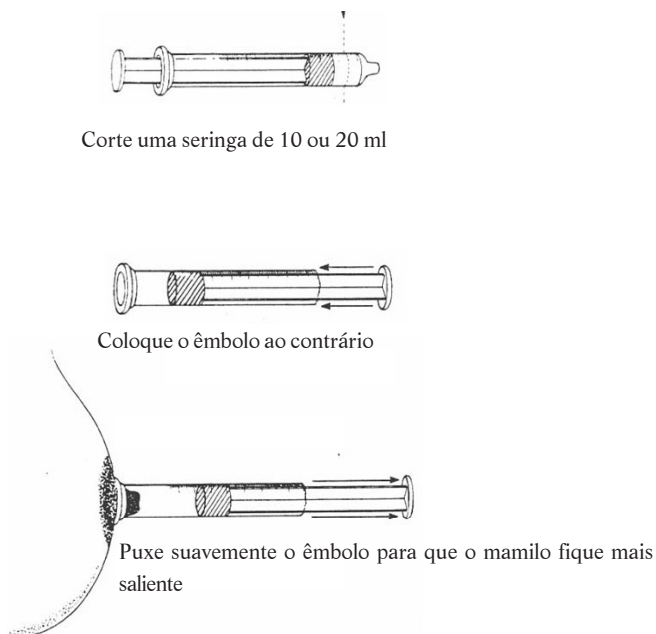
Pode deixar o bebé pegar do modo que ele quer, ter contacto pele a pele com o bebé e tentar em várias posições.

Se a mama está muito cheia, o mamilo fica menos saliente, pelo que é favorável retirar uma porção de leite antes de colocar o bebé ao peito.

A mãe pode ainda tentar espremer um pouco de leite para a boca do bebé; normalmente, após provar o leite, ele fica mais motivado para mamar.

Pode também tentar que o mamilo fique mais saliente, utilizando uma bomba ou uma seringa de 20 ml (ver Figura 10), várias vezes ao dia durante 30-60 segundos, e sempre antes de ir amamentar.

Se a mãe continua com dificuldades, após tentar estas técnicas, pode pedir ajuda a um profissional de saúde ou a alguém com experiência em amamentação.



Adaptado da OMS/UNICEF

Figura 10 - Extracção do leite

- **Dificuldades tardias**

❖ **POUCO LEITE/CHORO DO BEBÉ**

Algumas mães pensam que o seu leite é insuficiente porque:

- O bebé chora mais do que o habitual;
- Quer sugar mais frequentemente;
- Demora muito a mamar;
- Adormece a mamar.

Muitas vezes, as mães têm bastante leite, mas falta confiança de que o seu leite é suficiente. Todas as mulheres possuem um número semelhante de células produtoras de leite, independentemente do tamanho das mamas.

Por vezes as mães tentam amamentar a criança em horário bem determinado (rígido); deixam a criança esperar muito tempo para mamar; trocam de mama, quando o bebé não esvaziou totalmente a primeira (a criança não ingere quantidade suficiente da gordura que está no final da mamada e fica insatisfeito).

O que fazer?

- A mãe deve amamentar sempre que o bebé tenha fome (em horário livre);
- O bebé deve esvaziar uma mama até ao fim (até que ele pare espontaneamente), só depois a mãe deve oferecer a outra; na mamada seguinte deve alternar;
- Acordar o bebé e não o deixar muito agasalhado, dado que isso favorece o adormecimento.

Se quer **aumentar** a produção de leite:

- A mãe pode amamentar com mais frequência durante alguns dias;
- Amamentar também de noite (a liberação de prolactina é superior durante a noite);
- Retirar o leite, sempre que não esteja com o bebê.

Se a criança está a aumentar de peso, está decerto a alimentar-se em quantidade suficiente.

❖ VOLTAR AO TRABALHO

Voltar a trabalhar é, na maior parte das vezes, motivo de alguma ansiedade e preocupação. No entanto, a legislação apoia o aleitamento materno, mas as situações variam de mãe para mãe:

- O emprego da mãe pode ser próximo do domicílio;
- Talvez seja possível levar a criança para uma ama ou creche perto ou no local de trabalho;
- Alguém poderá levar a criança para mamar enquanto a mãe trabalha;
- Se estas hipóteses não forem viáveis, a mãe pode retirar o leite antes de sair de casa e deixá-lo para ser dado ao bebê;
- No local de trabalho, deve retirar com a frequência com que o bebê mamaria;
- Amamente sempre que estiver em casa, à noite, logo pela manhã, e sempre que possível.

Como deve conservar o leite:

- ▶ Existem sacos de plástico esterilizados para o efeito.
- ▶ Pode ainda guardar em biberão esterilizado.

Validade:

- *48 horas no frigorífico.*
- *No congelador até 3 meses, mas de acordo com as instruções, por exemplo: nos frigoríficos que têm duas estrelas (**), o leite materno pode permanecer durante 2 meses.*

Nota Final

Esperamos que este *Manual* lhe tenha sido útil.

Para qualquer esclarecimento complementar que julgue oportuno, poderá contactar a Comissão Nacional *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*.

Morada: Avenida António Augusto de Aguiar, 56 – 3.º Esq.

1069-115 Lisboa

Telefone: 213 577 500

Fax: 213 547 913

E-mail: erodrigues@unicef.pt

Em caso de dúvidas ou dificuldade contacte o seu Centro de Saúde.

Existem ainda *linhas telefónicas de Apoio ao Aleitamento Materno*:

Mama Mater – Associação de Aleitamento Materno de Portugal

Telefone: 214 532 019

www.mamamater.pt

SOS Amamentação: Telefone: 213 880 915

www.sosamamentacao.org

FICHA DE AVALIAÇÃO

Por favor faça uma cruz em cima da resposta que melhor se adapta ao seu caso e envie a folha do questionário para o Comité Português para a UNICEF, R. António Augusto de Aguiar, n.º 56, 3.º Esq, 1069-115 Lisboa, ou entregue no seu Centro de Saúde.

- Este Manual de Aleitamento Materno foi útil?

Muito	Bastante	Médio	Pouco	Nada
--------------	-----------------	--------------	--------------	-------------

- Achou fácil a linguagem utilizada neste Manual de Aleitamento Materno?

Muito	Bastante	Médio	Pouco	Nada
--------------	-----------------	--------------	--------------	-------------

- Os conselhos deste Manual de Aleitamento Materno correspondem às suas dificuldades?

Muito	Bastante	Médio	Pouco	Nada
--------------	-----------------	--------------	--------------	-------------

- Este Manual de Aleitamento Materno influenciou a sua decisão de amamentar o seu bebé?

Muito	Bastante	Médio	Pouco	Nada
--------------	-----------------	--------------	--------------	-------------

- Este Manual de Aleitamento Materno ajudou-a no estabelecimento da lactação?

Muito	Bastante	Médio	Pouco	Nada
--------------	-----------------	--------------	--------------	-------------

- Este Manual de Aleitamento Materno conseguiu tranquilizá-la sobre a prática do aleitamento materno?

Muito	Bastante	Médio	Pouco	Nada
--------------	-----------------	--------------	--------------	-------------