

Aos profissionais da linha da frente

Percursos clínicos para um apoio proativo à lactação

Apresentamos a nova geração

Tecnologia inovadora do Magic InBra™

Cuidar bem

Soluções para a amamentação baseadas na ciência

Dedicados à Amamentação

Durante mais de 60 anos, a Medela tem vindo a promover a amamentação e o aleitamento através da ciência, investigação, educação e de soluções inovadoras. De maneira a fortalecer este foco e a garantir o alinhamento com o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno da OMS, a Medela introduziu uma mudança essencial no seu portefólio.

A partir de 1 de julho de 2025, a Medela cessou a produção e a venda mundial de biberões, tetinas e chupetas, após o término de todas as atividades de comercialização em junho de 2023. Estas medidas refletem o nosso compromisso firme e de longo prazo com os princípios do Código da OMS e com a proteção e promoção da amamentação em todo o mundo.

Esta decisão, tomada pelo Presidente Michael Larsson e pelo CEO Thomas Golücke, com o total apoio do Conselho de Administração e Gestão Empresarial, reafirma a missão da Medela de ser a principal defensora da amamentação a nível global. Ao retirar produtos que possam estar abrangidos pelo Código da OMS, a Medela reforça a sua colaboração com as comunidades de investigação, amamentação e aleitamento.

Capacitar mães, famílias e profissionais de saúde
Mantemos o nosso foco em apoiar famílias em todo o mundo, garantindo que cada bebé tenha acesso ao leite humano — a melhor nutrição para um início de vida saudável —, sempre com clareza, cuidado e dedicação. Como parte deste compromisso, capacitamos profissionais de saúde, mães e famílias com novos conhecimentos provenientes da investigação, com formações em amamentação e com soluções inovadoras para a extração e o cuidado da mama. Estes esforços foram concebidos para apoiar, proteger e promover a amamentação, enfrentando desafios como a obtenção de uma produção de leite completa e a concretização de uma amamentação direta bem-sucedida.



Saiba mais sobre o nosso compromisso com o Código da OMS, a estratégia que sustenta esta decisão e os principais marcos do nosso percurso de transição.

Conteúdo

02 Dedicados à amamentação

Totalmente comprometidos com o Código da OMS

04 Aos profissionais da linha da frente

Destacar os percursos clínicos para um apoio proativo à lactação

14 Descobrindo a magia

Apresentamos a nova geração de extratores de leite pessoais

18 Cuidar bem

Um guia rápido com soluções para a amamentação baseadas na ciência

Productos Medicinales Medela, S.L. – Sucursal Portugal,

Tel: +351 808203238, Fax: +351 808 203 239,
E-mail: info@medela.pt, www.medela.pt

Texto e edição:

Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG

Design: www.ruheundsturm.de, Munique

Impresso por: OFFSET INFANTA, S.L.U, C/ Cirerers, 82,
08940 Cornellà de Llobregat, Barcelona

Fontes de imagens:

Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG;
Adobe Stock: 306877583, 430354398, 441151372,
550895316, 168123422, 21748861, 251572501

Aos profissionais da *linha da frente*

Percursos clínicos para apoio proativo à lactação

As taxas de amamentação continuam abaixo do ideal: menos de 50% dos bebés recebem uma dieta exclusivamente de leite humano durante os primeiros 6 meses de vida.¹ Embora existam muitos fatores que contribuem para esta realidade, uma recente mesa-redonda internacional de enfermeiros especialistas em obstetrícia, liderada por uma investigadora doutorada em aleitamento, concluiu que, para melhorar tanto a taxa de amamentação exclusiva a curto prazo como a sua duração a longo prazo, é fundamental identificar precocemente e gerir fatores de risco específicos da mãe e do bebé. Foram identificados os fatores de risco mais significativos que podem perturbar o aleitamento fisiológico normal², e foram desenvolvidos percursos clínicos para guiar os profissionais de saúde na prestação de apoio à amamentação e nos cuidados às famílias.³

1 Uma lacuna **nas diretrizes**

Assegurar que mães e bebés possam atingir os seus objetivos de amamentação está no cerne dos cuidados pós-natais, mesmo quando não existem protocolos adequados para orientar os profissionais de saúde. Atualmente, há orientação clínica disponível para apoiar mães saudáveis a iniciar a amamentação e estabelecer uma produção de leite humano ideal.⁴⁻⁶ A Organização Mundial de Saúde publicou diretrizes clínicas para o cuidado de recém-nascidos pequenos, doentes e prematuros⁷ e o Modelo de 10 Passos Spatz⁸ para a promoção e proteção de leite humano em recém-nascidos vulneráveis foi implementado internacionalmente, demonstrando resultados clínicos significativos. No entanto, mães com fatores de risco conhecidos para a amamentação, mesmo quando dão à luz bebés presumivelmente saudáveis, podem continuar a enfrentar um risco elevado de não atingir a produção plena de leite, uma vez que frequentemente não são contempladas nos protocolos hospitalares vigentes. Por exemplo, um estudo transversal recente⁹ confirmou que as taxas de início da amamentação com leite materno próprio e de continuação às 12 semanas após o

nascimento de bebés prematuros tardios foram significativamente inferiores às observadas em bebés de outras idades gestacionais. Até à data, não existem diretrizes clínicas publicadas que abordem especificamente os cuidados de mães com fatores de risco conhecidos que afetem o aleitamento fisiológico, nem para aquelas com dificuldades em iniciar a amamentação durante o internamento hospitalar. Como consequência, estas mães podem não receber o apoio necessário para alcançar o volume ideal de leite no período crítico da ativação secretória. São necessários planos de amamentação personalizados para identificar e apoiar estas mães desde o início. Abordagens reativas, que apenas intervêm quando surgem problemas, tendem a falhar, pois uma ativação secretória tardia compromete toda a trajetória da amamentação. De facto, a ativação secretória tardia — definida como mais de 72 horas pós-parto — está associada a perda de peso neonatal excessiva, comportamento de amamentação abaixo do ideal ao 7º dia, aumento da suplementação com leite de fórmula e redução da duração da amamentação.¹⁰⁻¹⁴

“Esperar para ver” não é uma opção!

As mulheres com ativação secretória tardia apresentam 60% mais de probabilidade de interromperem a amamentação às 4 semanas pós-parto.¹⁵

Aproveitar **essa janela crítica**

As alterações hormonais pós-parto, juntamente com uma estimulação eficaz da mama, são fatores fundamentais para permitir a ativação secretória com sucesso.



Referências: Meier PP et al. Clin Perinatol. 2017; 44(1):1-22; 5-396; 226; Spatz DL. J Perinat Neonatal Nurs. 2004;38(4):385-396; Spatz DL. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012;41(1):138-143; Neville MC. J Mammary Gland Biol Neoplasia (2009) 14:269-270; Hoban R et al. Breastfeed Med. 2018; 13(2):135-141.

2 Uma questão de **tempo**

As primeiras duas semanas após o parto são determinantes para estabelecer uma boa produção de leite e mantê-la a longo prazo. No entanto, existe uma janela ainda mais curta — as primeiras 72 horas — que é crítica para iniciar o aleitamento com sucesso. O motivo deste período crítico está relacionado com alterações no desenvolvimento da glândula mamária, orientadas por controlo endócrino, que ocorrem de forma muito intensa nos primeiros dias pós-parto. Durante a gravidez, a secreção de leite começa por volta das 20 semanas, mas os níveis elevados de progesterona inibem a produção total de leite até depois do parto, quando as alterações hormonais desencadeiam a ativação secretória.^{16,17} Após o parto, há uma rápida queda nos níveis de progesterona, facilitada pela expulsão da placenta. Assim que os níveis de progesterona caem, a prolactina fica livre para atuar, promovendo a ativação secretória. A prolactina apoia o fechamento das junções estreitas dos lactócitos, que vedam os alvéolos, garantindo que o leite permaneça dentro deles e não flua para os tecidos circundantes. Cada sessão de amamentação, cada estimulação regular do mamilo e da aréola, seja através da amamentação ou da extração, envia a mensagem ao cérebro da mãe para “produzir prolactina”.¹⁷

A oxitocina também desempenha um papel crucial. Após estimular as contrações durante o trabalho de parto, a oxitocina mantém-se elevada nos primeiros dias pós-nascimento, preparando o organismo para as interações de amamentação subsequentes. Os impulsos de oxitocina que ocorrem durante a sucção são essenciais para a ejeção do leite disponível ao longo do aleitamento.

Consequentemente, durante este período, a estimulação regular e a extração eficaz de leite são essenciais para ativar a produção de leite da mãe. Os fatores de risco – sejam hormonais, glandulares ou relacionados com extração insuficiente devido a dificuldades de sucção do bebé – podem perturbar este processo e devem ser identificados e geridos de forma proativa. É por isso que apoiar e preparar as futuras mães durante a gravidez – identificando potenciais fatores de risco e desenvolvendo planos de amamentação que permitam a ativação secretória atempada – é um pré-requisito fundamental para o sucesso da amamentação a longo prazo.

O apoio à amamentação deve iniciar-se **durante a gravidez**

A Prof.^a Viktoria Vivilaki, Presidente da Associação Europeia de Enfermeiros Especialistas em Obstetrícia, é uma defensora firme das mesas-redondas que promovem recomendações em prol do apoio proativo ao aleitamento. As suas expectativas para o futuro são claras.

Por que é tão importante o apoio proativo ao aleitamento?

A gestão proativa do aleitamento desempenha um papel essencial para garantir o sucesso da amamentação. A iniciação precoce e o apoio estratégico em centros maternos e em maternidades têm um impacto significativo na produção de leite a longo prazo e na confiança das mães. Face às taxas de amamentação em declínio em alguns países europeus, é crucial estabelecer uma estrutura baseada em evidência científica para melhorar a prática clínica perinatal.

Quando deve iniciar-se o apoio?

O apoio à amamentação deve iniciar-se durante a gravidez e continuar imediatamente após o parto. Deve ser parte integrante dos cuidados perinatais, e não um serviço opcional. É importante definir expectativas realistas e abordar preocupações iniciais. As recomendações que definimos salientam a necessidade de orientação estruturada e proativa para evitar dificuldades iniciais na amamentação, especialmente em mães com risco de lactogénese tardia. Esta abordagem reduz a suplementação desnecessária e aumenta o sucesso da amamentação.

Como devem os enfermeiros especialistas em obstetrícia implementar estas recomendações na prática diária?

Os enfermeiros especialistas em obstetrícia são fundamentais no apoio à amamentação. A implementação envolve a educação sobre rotinas de aleitamento para garantir práticas normalizadas baseadas em evidência, bem como apoio prático nas primeiras horas após o parto, assegurando uma pega e posicionamento ideais. Também é essencial garantir um seguimento próximo após a alta hospitalar, realizado por enfermeiros da comunidade especialistas em obstetrícia. A colaboração entre profissionais é fundamental: é necessário trabalhar em conjunto para identificar precocemente mães em risco, garantindo um apoio imediato e contínuo.

Prof.^a Viktoria Vivilaki
Presidente da Associação
Europeia de Enfermeiros
Especialistas em
Obstetrícia

Não adie a intervenção!

Seja qual for o fator de risco identificado, adotar uma abordagem proativa no apoio ao aleitamento é sempre benéfico.

”

3 Avaliar corretamente

Ao avaliar os fatores de risco, os especialistas diferenciam entre fatores maternos pré-existent, fatores que surgem durante o parto e fatores específicos do bebê. Algumas mães enfrentam um início lento do aleitamento devido a fatores de risco comuns, não modificáveis, como diabetes¹⁸⁻²⁰, IMC elevado²¹⁻²⁴, Síndrome do Ovário Poliquístico (SOP)^{25,26}, parto prolongado²⁷⁻²⁸, parto por cesariana^{29,30}, ou hemorragia pós-parto.^{31,32} Estes fatores podem atrasar a ativação secretória e dificultar que se alcance o volume crítico de leite de 500 ml/dia até ao dia 14.^{33,34} Se os fatores de risco se devem a um parto prolongado ou cesariana inesperada, o risco é igualmente elevado. Se o bebê nascer com baixo peso³⁵⁻³⁷ ou com uma anomalia facial, como fenda palatina³⁸, e não conseguir estimular e/ou alimentar-se eficazmente, a jornada de amamentação também está em risco.

É fundamental dar especial atenção às mulheres com hipoplasia glandular.³⁹⁻⁴¹ Em resumo, quanto maior o número de fatores de risco, maior o desafio, tornando essencial a identificação e avaliação precoces durante os cuidados pré-natais. Com base nestas avaliações, deve ser elaborado um plano de aleitamento perinatal personalizado, para preparar as famílias e para orientar os cuidados. Um plano sólido faz toda a diferença. A documentação das preferências de suplementação e a sua partilha com a equipa que vai realizar o parto assegura a continuidade dos cuidados. Após o nascimento, o contacto pele com pele precoce, a amamentação direta e a extração manual de colostro são passos vitais iniciais. Se a amamentação for tardia ou ineficaz, deve iniciar-se imediatamente a extração com recurso a extratores de uso hospitalar, para estimular as mamas e proteger a produção de leite.^{2,3}

Fatores de risco maternos

→ Doenças/Distúrbios

Diabetes¹⁸⁻²⁰
Obesidade²¹⁻²⁴
Síndrome do ovário poliquístico^{25,26}
Distúrbios da tireóide⁴²

→ Medicação/Tratamento

Após quimioterapia⁴³
Após radioterapia⁴⁴
Medicamentos que inibem o aleitamento⁴⁵⁻⁴⁷

→ Preocupações com a mama

Hipoplasia glandular³⁹⁻⁴¹
Cirurgia da mama^{48,49}
Perfuração (“piercings”) nos mamilos⁵⁰
Anomalias do mamilo^{14,51}

→ Outros fatores

Conceção assistida⁵²
Indução do parto^{53,54}
Primiparidade^{14,23,55}

Fatores de risco do nascimento e do bebê

→ Parto

Trabalho de parto prolongado/stressante^{27,28}
Cesariana^{29,30}
Hemorragia pós-parto^{31,32}

→ Bebê

Idade de gestação^{56,57}
Peso reduzido ao nascer³⁵⁻³⁷
Anomalias faciais (por exemplo, lábio leporino/fenda palatina)³⁸

→ Pós-parto

Separação da mãe e do bebê^{58,59}
Contacto pele com pele interrompido ou tardio^{60,61}
Primeira amamentação tardia^{62,63}

→ Práticas de extração de leite e de alimentação

Amamentação pouco frequente < 8 vezes em 24 horas⁶⁴
Extração de leite pouco frequente < 5 vezes em 24 horas⁶⁵
Suplementação alternativa a LPM⁶⁶



4 A intervenção correta

O apoio contínuo e prático é essencial, e a intervenção adequada depende sempre dos fatores de risco subjacentes previamente identificados. A mesa-redonda internacional definiu dois percursos clínicos (consultar página 12) para orientar os cuidados, incluindo uma abordagem específica para mulheres com tecido glandular insuficiente², que provavelmente não conseguirão alcançar uma produção de leite plena. A cirurgia da mama – seja de aumento ou de redução – é um dos procedimentos estéticos mais realizados em todo o mundo. Graças a um

conhecimento mais aprofundado da função mamária durante a amamentação e aos avanços nas técnicas cirúrgicas, muitas mulheres conseguem amamentar após a cirurgia. Ainda assim, a intervenção cirúrgica pode comprometer a produção de leite, e quanto maior a quantidade de tecido glandular removido, maior a probabilidade de não se atingir uma produção completa.^{48,49} O tratamento do cancro da mama também envolve frequentemente cirurgia – como mastectomia total ou parcial – associada a quimioterapia e radioterapia.^{43,44}

Estes tratamentos podem remover, provocar cicatrizes ou inibir o tecido mamário funcional, afetando a capacidade de produção de leite. Embora a amamentação após radio ou quimioterapia seja possível, é comum verificar-se uma produção reduzida devido ao impacto no tecido glandular.

Casos da prática clínica demonstraram que, com uma abordagem estruturada e proativa, mesmo mulheres em situação de elevado risco podem ser preparadas para alcançar sucesso na amamentação. Uma revisão sistemática recente mostrou que 40 em 42 mulheres (95,2 %) com tecido glandular insuficiente produziram leite humano durante menos de um mês.³⁹ Não obstante, um estudo de caso demonstrou que com intervenção intensiva – incluindo o uso de extrator hospitalar e administração de domperidona – uma mãe conseguiu manter uma produção diária de cerca de 400 ml de leite durante os primeiros 6 meses de vida do bebé.⁴¹

A formação dos profissionais de saúde é uma prioridade máxima

Salomé Álvarez Rodríguez, ex-Presidente da Federação Espanhola de Associações de Enfermeiros Especialistas em Obstetrícia e coautora da comissão científica, expõe como pretende implementar as recomendações em Espanha.

Uma das nossas principais iniciativas é a organização de workshops e seminários para enfermeiros especialistas em obstetrícia e para outros profissionais. Estes encontros serão dedicados às boas práticas de apoio à amamentação, às técnicas eficazes e à gestão de desafios comuns. Também irão proporcionar oportunidades valiosas para partilha de experiências e discussão de casos práticos, contribuindo para uma comunidade profissional mais forte e informada.

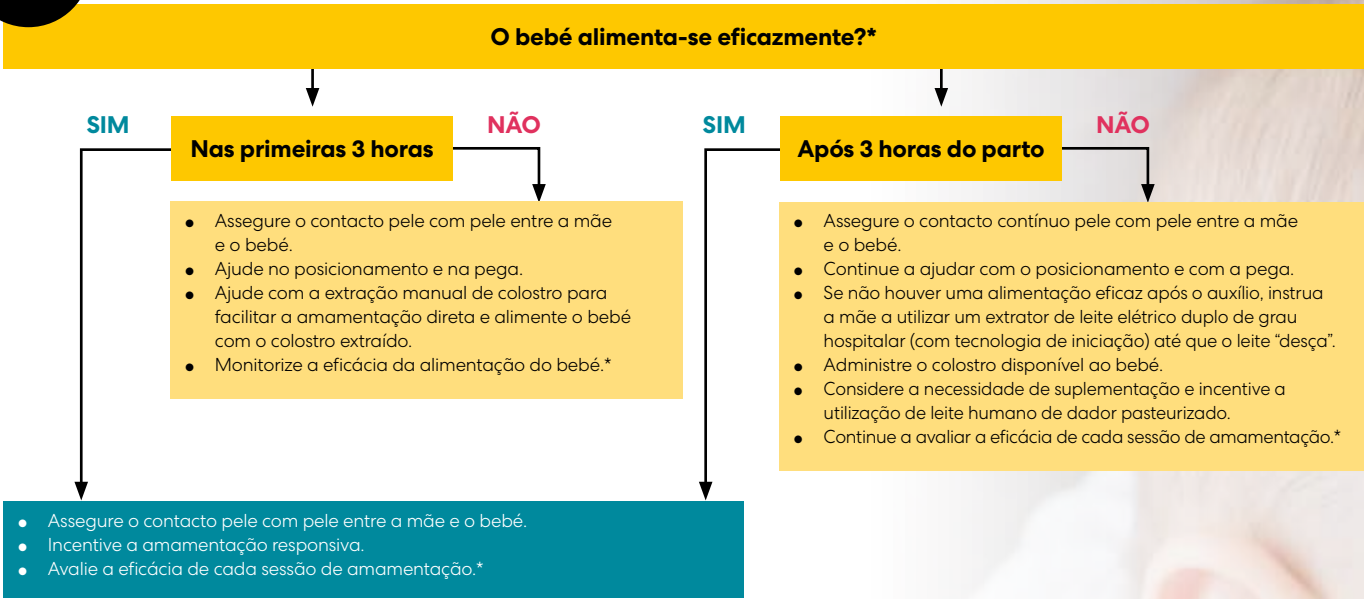
A formação de profissionais de saúde é uma prioridade máxima. Estamos também a lançar programas de formação para enfermeiros especialistas em obstetrícia, enfermeiros e médicos que destacam a importância da amamentação, o apoio às mães antes e após o parto e a abordagem de situações complexas. O nosso objetivo é assegurar que todos os profissionais estejam bem preparados e alinhados com as boas práticas atuais. Um dos impactos esperados é um aumento significativo das taxas de amamentação. A implementação destas recomendações pode ajudar as mães a superar barreiras como a falta de informação, o apoio limitado ou as dificuldades práticas. Uma abordagem proativa e estruturada, iniciada ainda antes do parto, pode fazer uma diferença real.

A legislação também desempenha um papel essencial. Estamos a promover políticas que facilitem a amamentação, como uma licença de maternidade adequada, espaços apropriados nos locais de trabalho e a inclusão da amamentação em programas de saúde pública. Estas medidas são essenciais para criar um ambiente em que as mães se sintam apoiadas e capacitadas. Com estas iniciativas, procuramos construir em Espanha um sistema de apoio forte e sustentável à amamentação. A minha visão é que todas as mães, independentemente da sua origem ou localização, tenham acesso a um acompanhamento abrangente e contínuo que lhes permita amamentar com sucesso e satisfação.

Salomé Álvarez Rodríguez
Ex-Presidente da
Federação Espanhola de
Associações de
Enfermeiros Especialistas
em Obstetrícia

Percursos clínicos para um apoio proativo à lactação

Para mães com risco de ativação secretória tardia ou diminuição da produção de leite e/ou recém-nascidos com risco de dificuldades na alimentação



Para mães com probabilidade de ter uma produção de leite reduzida



*A avaliação da eficácia da alimentação inclui a frequência e duração das sessões de amamentação, a produção de fezes e de urina, o peso do bebé, a sua aparência e nível de atividade, bem como o aspeto dos mamilos da mãe e do tecido mamário antes e depois das sessões de amamentação. Os pais devem ser instruídos sobre a fisiologia da produção de leite, a importância de uma ativação secretória atempada para assegurar uma produção de leite robusta a longo prazo, e de que forma os fatores de risco da mãe e/ou do bebé podem influenciar o volume obtido.

Exemplos de percursos adaptados de: Spatz DL et al. J Midwifery Womens Health. 2025 Mar-Apr;70(2):343-349 3 and Slater CN,et al. Am J Matern Child Nurs. 2025 Jul-Aug 01;50(4):192-203.

Leia as recomendações completas da mesa-redonda internacional nestes dois artigos:



Saiba como colocar em prática o apoio proativo ao aleitamento através do nosso e-learning gratuito:



Para aceder às informações mais recentes sobre investigação em aleitamento, recomendamos o Número Especial de julho de 2025 da Breastfeeding Medicine, já disponível em acesso aberto.



Referências: 1 WHO, UNICEF: Global Breastfeeding Scorecard 2023. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-NFS-23.17> 2 Spatz DL et al. Nurs Womens Health. 2024 Aug;28(4):256-263. 3 Spatz DL et al. J Midwifery Womens Health. 2025 Mar-Apr;70(2):343-349 3 4 Moore ER et al. Cochrane Database Syst Rev. 2016;11:CD003519. 5 Holmes AV et al. Breastfeed Med. 2013;8(6):469-473. 6 UNICEF, WHO. Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services – the Revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Licence: CC by-NC-SA 3.0 IGO. World Health Organization; 2018. 7 UNICEF, WHO. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding. The Baby-Friendly Hospital Initiative for Small, Sick and Preterm Newborns. Licence: CC by-NC-SA 3.0 IGO. WHO & UNICEF; 2020. 8 Spatz DL et al. J Perinat Neonatal Nurs. 2004;18(4):385-396 9 Parker L. JAMA Netw Open. 2025 Mar 3;8(3):e250024. 10 Huang L et al. J Nutr. 2020;150(4):894-900. 11 Chapman DJ et al. J Hum Lactation. 1999;15(2):107-11. 12 Hruschka DJ et al. J Nutr. 2003;133(8):2592-9. 13 Michel MP et al. Archives de Pédiatrie. 2007;14(5):454-60. 14 Dewey KG et al. Pediatrics. 2003;112(3 Pt 1):607-19 15 Brownell E et al. J Pediatr. 2012 Oct;161(4):608-14. 16 Hartmann BT et al. Early Hum Dev. 2007; 83(10):667-673. 17 Pang WW, Hartmann PE. J Mammary Gland Biol Neoplasia. 2007; 12(4):211-221. 18 Wu Jing-Ling et al. Breastfeed Med. 2021; 16(5):385-392. 19 Suwaydi MA et al. BMC. Pregnancy. Childbirth. 2022; 22(1):350. 20 Longmore DK et al. Diabetologia. 2020; 63(12):2571-2581. 21 Preusting I et al. J Hum Lact. 2017;33(4):684-691. 22 Bui LM et al. Breastfeed Med. 2025. 23 Nommensen-Rivers LA et al. Am J Clin Nutr. 2010; 92(3):574-584. 24 Poston L et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016; 4(12):1025-1036. 25 Vanky E et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008; 87(5):531-535. 26 Joham AE et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016; 95(4):458-466. 27 Grajeda R, Pérez-Escamilla R. J. Nutr. 2002; 132(10):3055-3060. 28 Dewey KG. J Nutr. 2001; 131(11):3012S- 5S. 29 Hobbs AJ et al. BMC. Pregnancy. Childbirth. 2016; 16:90. 30 Brown A, Jordan S. J Adv Nurs. 2013;69(4):828-839. 31 Thompson JF et al. Int Breastfeed J. 2010; 5:5. 32 Farah E et al. J Midwifery Womens Health. 2021; 66(5):631-640. 33 Meier PP et al. J Perinatol. 2016; 36(7):493-499. 34 Hoban R et al. Breastfeed Med. 2018; 13(2):135-141. 35 Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. J Am Diet Assoc. 1999; 99(4):450-454; quiz 455-456. 36 Parker MG et al. Pediatrics. 2021; 148(5). 37 Parker LA et al. J Hum Lact. 2021;37(3):581-592. 38 Madhoun LL et al. Cleft Palate Craniofac J. 2020; 57(4):477-486. 39 Kam RL et al. Breastfeed Med. 2021; 16(8):594-602. 40 Spatz DL, Miller J. J Perinat Educ. 2021; 30(1):13-18. 41 Duran MS, Spatz DL. J Hum Lact. 2011; 27(4):394-397. 42 Amino N, Arata N. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2020; 34(4):101438. 43 Stopniski S et al. Breastfeed Med. 2017; 12(2):91-97. 44 Leal SC et al. Expert Rev Anticancer Ther. 2013; 13(2):159-164. 45 Anderson PO. Breastfeed Med. 2017;12(3):128-130. 46 Hale TW. 19th edition. New York, NY: Springer publishing company; copyright 2021. 715 p. 47 Aljafar K et al. Br J Clin Pharmacol. 2003; 56(1):18-24. 48 Kraut RY et al. PLoS One. 2017;12(10):e0186591. 49 Schiff M et al. Int Breastfeed J. 2014;9:17. 50 Garbin CP et al. JAMA. 2009; 301(24):2550-2551. 51 Shilpa Umesh Bagal. et al. International Journal of Health Sciences & Research. 2017; 7(4):280-288. 52 Barrera CM et al. Am J Obstet Gynecol. 2019; 220(3):261.e1-261.e7. 53 Reed R. London: Pinter & Martin; 2018. (Why it matters; vol 14). 54 Dahlen HG et al. BMJ Open. 2021; 11(6):e047040. 55 Hurst NM. J Midwifery Womens Health. 2007; 52(6):588-594. 56 Boies EG, Vaucher YE. Breastfeed Med. 2016; 11(10):494-500. 57 Dong D et al. Int Breastfeed J. 2022;17(1):6. 58 Pérez-Escamilla R et al. Am J Public Health. 1994; 84(1):89-97. 59 Eden C. J Hum Lact. 2024; 40(4):535-538. 60 Widström AM et al. Acta Paediatr. 2019; 108(7):1192-1204. 61 UNICEF, WHO. Geneva: World Health Organization; 2018. 56 p. 62 Salaria EM et al. Lancet. 1978; 2(8100):1141-1143. 63 NEOVITA Study Group. Lancet Glob Health. 2016; 4(4):e266-275. 64 Huang S-K, Chih M-H. Breastfeed Med. 2020; 15(10):639-645. 65 Hoban R et al. J Perinatol. 2024;44(11):1597-1606. 66 Feldman-Winter L et al. Pediatrics. 2020; 145(4):e20183696.



Por trás da

magia

As mães que extraem leite beneficiam da conveniência e liberdade proporcionadas pelos extratores portáteis.¹ No entanto, optar pelo conforto não deve significar comprometer a eficiência, a potência ou a produção de leite. É por isso que o extrator de leite de nova geração Magic InBra™ combina desempenho hospitalar de referência com tecnologia inovadora, oferecendo conforto e discrição.

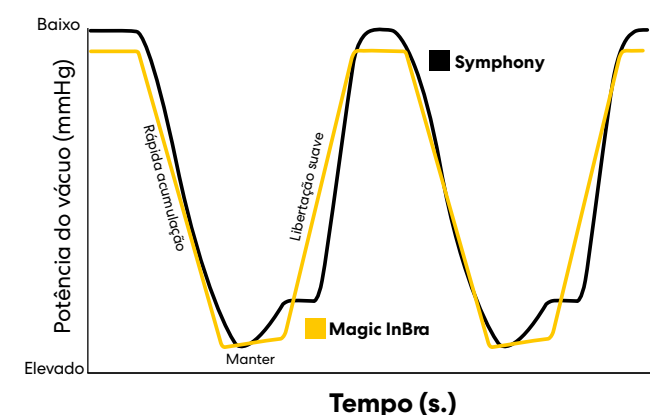
O desempenho hospitalar vai muito além da potência do vácuo. Um dos seus segredos está no padrão de extração: durante a amamentação, os bebês instintivamente geram vácuo de forma rápida e libertam-no gradualmente, maximizando a extração de leite de maneira natural e eficiente. O extrator Symphony®, marca nº 1 em hospitais², reproduziu com sucesso este comportamento com o seu padrão de extração^{®3} clinicamente comprovado, conseguindo o equilíbrio ideal entre conforto e eficiência.

ADN hospitalar dentro e fora de casa

O Magic InBra™ é o primeiro extrator de uso pessoal a incorporar totalmente este ADN hospitalar, oferecendo uma extração altamente eficiente e confortável: desenvolvimento rápido, retenção confortável e libertação suave do vácuo para promover a produção de leite e otimizar o conforto durante a extração. Em combinação com outras funcionalidades e práticas que definem o desempenho hospitalar – o funil com abertura de 105°,

responsável por um incremento de até 11 % na extração de leite⁴; tamanho adequado do funil e extração com Vácuo de Conforto Máximo (MCV)⁵; e até 18 % de leite adicional através da extração dupla⁶ – o Magic InBra™ garante a continuidade dos cuidados ao levar para casa a mesma tecnologia e funcionalidades de extração utilizadas no hospital.

Padrões de extração Medela



Magic InBra™ em destaque

Desempenho hospitalar de confiança

Baseado no modelo Symphony®, o extrator de leite nº 1 utilizado em hospitais em todo o mundo.²

Tecnologia FluidFeel™ inovadora

Inspirada no comportamento do bebê. Extração suave, mesmo em níveis elevados de vácuo.

Design anatómico ultrafino

Adapta-se à forma da mama lactante. Funil com ângulo de 105°: até mais 11% de leite⁴.

Silencioso e ultraleve

Apenas 38dB e um dos extratores de sutiã mais leves do mercado, com apenas 200 g.

Vista superior transparente e modo noturno

Facilita o alinhamento do mamilo e a visualização do fluxo de leite.

Performance reativa, controlada por sensores

Transição automática do modo de estimulação para o modo de extração.

Controlo remoto via aplicação

Permite acompanhar, registar e ajustar o tempo, as definições e o volume de leite extraído em cada sessão.

Fácil de limpar e de montar

Mais leite em menos tempo

+ 18 % de leite em metade do tempo, com teor energético adicional⁶ graças à extração dupla.



Por trás da magia

Tecnologia FluidFeel™

Inovação baseada em investigação para uma extração suave com resultados eficazes

Um microambiente inspirado na amamentação

Sabe-se que a temperatura morna em torno do mamilo tem impacto positivo na extração de leite.^{8,9} De forma intuitiva, o bebé estimula o fluxo de leite e depois extrai-o com movimentos delicados mas potentes, mantendo o mamilo confortavelmente envolvido em leite morno. Esta sensação de conforto, aliada à aplicação do vácuo, é essencial para um fluxo bem-sucedido⁶ e influencia diretamente a forma como o leite pode ser extraído.⁷

Os cientistas da Medela replicaram este processo natural através da inovadora FluidFeel™ Technology, que proporciona uma experiência de extração semelhante à amamentação. A tecnologia assegura uma vedação constante e suave na mama e mantém o mamilo rodeado de leite durante todo o processo, criando um ambiente confortável e favorecendo um fluxo otimizado.

Transição automática do modo de estimulação para o modo de extração

Com um sistema de duas câmaras e vários sensores, a Fluid Feel™ Technology garante que cada sessão seja aproveitada ao máximo. Durante a fase de estimulação, as primeiras gotas de leite são recolhidas no canal (câmara um). Assim que ocorre a ejeção, o leite flui para o recipiente (câmara dois). Os sensores integrados detetam esta transição e ativam automaticamente a mudança para a fase de extração – tal como o bebé passa naturalmente da sucção não nutritiva para a nutritiva. A precisão desta transição é crucial, pois a primeira ejeção de leite é a mais potente e representa cerca de 36% da produção total.¹⁰

A investigação demonstra que as mães que utilizam extratores portáteis têm maior probabilidade de prolongar a duração da amamentação em comparação com as que utilizam extratores de leite tradicionais.¹



Nos extratores convencionais, cabe à mãe detetar esta ejeção inicial e mudar manualmente para o modo de extração. No entanto, 21% das ejeções não são percebidas pela mãe.¹¹ O Magic Inbra™ elimina esta variante da equação, garantindo que a primeira ejeção seja totalmente aproveitada.

Experiência de extração suave e silenciosa

A nova tecnologia FluidFeel™ aumenta o conforto da mãe durante a extração, graças à vedação contínua e delicada do extrator na mama, que reduz a tensão no mamilo e assegura uma extração suave, mesmo sob níveis de vácuo mais elevados. O sistema preenchido com fluido sustenta a unidade do motor, contribuindo para uma experiência de extração mais silenciosa e eficiente.

Referências: 1 Colbenson GA et al. Breastfeed Med. 2022; 17(6):537–543. 2 NICU & Maternity Ward. Data available upon request. 3 Mitoulas L et al. J Hum Lact. 2002; 18(4):353–360. 4 Sakalidis VS et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020; 99(11):1561–1567. 5 Kent JC et al. Breastfeed Med. 2008; 3(1):11–19. 6 Prime DK et al. Breastfeed Med. 2012; 7(6):442–447. In comparison to sequential single pumping. 7 Cannon AM et al. Early Hum Dev. 2016; 96:1–6. 8 Gardner H et al. Sci Rep. 2019; 9(1):11854. 9 Kent JC et al. J Hum Lact. 2011; 27(4):331–338. 10 Prime DK et al. Breastfeed Med. 2011; 6(4):183–190. 11 Kent JC et al. J Hum Lact. 2003; 19(2):179–186

Para mais informações
sobre estas tecnologias, diretamente
apresentadas por especialistas em
amamentação e designers de produto,
assista ao vídeo deste webinar.



Cuidados da mama

UM GUIA RÁPIDO COM SOLUÇÕES PARA A AMAMENTAÇÃO BASEADAS NA CIÊNCIA

A amamentação é uma experiência profundamente pessoal para as mães. Quando surgem desafios, manter uma rotina completa de cuidados da mama é essencial para fortalecer o vínculo delicado entre mãe e bebê.

Esta é a nossa visão sobre os quatro desafios mais frequentes na amamentação, para apoiar na sua prática diária.



Encontre todas as soluções e mais informação aqui:



4 Desafios

1



MAMILOS DORIDOS

Mais de 97% das mães sentem pele seca e mamilos doridos nas primeiras semanas após o parto, enquanto estabelecem a amamentação com o bebé.¹ É importante manter a pele do mamilo protegida e hidratada tanto durante a gravidez como na amamentação.

O **Purelan™** ajuda a repor o equilíbrio natural de hidratação da pele, proporcionando suavidade e proteção contra mamilos secos e doridos após a amamentação. Com lanolina 100% pura, de grau médico, a Lanolina em Creme Purelan™ é certificada como natural pela EcoCert e Natrue. Nutre e protege eficazmente a pele, com uma textura rica que ajuda a manter a hidratação e reforçar a barreira cutânea. É segura para o bebé, não sendo necessário removê-la antes da amamentação.

➤ **Outras soluções potenciais: Bálsamo Orgânico para Mamilos, Protetores de Mamilos**

2



MAMILOS GRETADOS

Problemas na pega e dores podem provocar mamilos gretados dolorosos em muitas mulheres que amamentam.¹

As **almofadas de hidrogel** são uma opção eficaz de tratamento, que proporciona alívio imediato da dor^{2,3} e favorece a recuperação dos mamilos, criando um ambiente húmido que ajuda na cicatrização do tecido danificado.⁴ Ajudam a aliviar e refrescar a pele, oferecendo proteção contra fricções e prevenindo lesões adicionais.

➤ **Outras soluções potenciais: Bálsamo Orgânico para Mamilos, Protetores de Mamilos**

3



DIFICULDADES NA PEGA

Podem surgir dificuldades na pega se o bebé tiver dificuldades em agarrar a mama, quando a mãe tem mamilos gretados ou quando os mamilos são planos ou invertidos.^{5,6}

Os **Protetores de Mamilos Contact™** apoiam temporariamente a mãe e o bebé durante a pega, protegendo os mamilos gretados e doridos e permitindo que cicatrizem. O seu formato recortado exclusivo maximiza o contacto pele com pele, enquanto o silicone ultrafino e flexível otimiza a estimulação do mamilo.

➤ **Outras soluções potenciais: Formadores de mamilo**

4



PERDAS DE LEITE

As perdas de leite são normais nas primeiras semanas, à medida que o leite “desce” e a produção se estabelece.⁷ No entanto, em algumas ocasiões, podem ser desconfortáveis ou causar embaraço.

Os **protetores de seios**, como os **Protetores de Seios Ultrarespiráveis da Medela**, absorvem discretamente o leite materno, protegendo a roupa. Com um núcleo de três camadas que absorve 50x o seu próprio peso, também ajudam a prevenir manchas de gordura quando usados com cremes para mamilos, como o Purelan™.

➤ **Outras soluções potenciais: Coletores de Leite, Protetores de Seios Laváveis Safe & Dry™**

Referências: 1 Jiménez Gómez MI et al. Breastfeed Med. 2021; 16(4):325–331. 2 Eaglstein WH. Dermatol Surg. 2001; 27(2):175–181. 3 Broussard KC, Powers JG. Am J Clin Dermatol. 2013; 14(6):449–459. 4 Nuutila K, Eriksson E. Adv Wound Care (New Rochelle.). 2021; 10(12):685–698. 5 Kronborg H et al. Matern Child Nutr. 2017; 13(1). 6 Coentro VS et al. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2022; 51(1):73–82. 7 Lauwers J. Second edition. Burlington MA: Jones & Bartlett Learning; 2016. 262 pages.

Symphony®

Desempenho hospitalar de confiança.
Novo conforto "mãos-livres"
em casa.

Concebido para uso doméstico e hospitalar, e baseado em décadas de investigação clínica, Symphony® é o n.º 1 em extratores de leite de aluguer.^{1,2} Está clinicamente comprovado que ativa, constrói e mantém com sucesso uma produção de leite adequada, comparável ao volume obtido pelo bebé ao ser amamentado diretamente.^{3,4}



Dois programas de extração baseados na investigação e no comportamento natural de sucção do bebé na mama.³



Produz até 18% mais leite, com um teor energético mais elevado, em caso de extração dupla.⁵



Copas "mãos-livres" anatomicamente desenhadas para maior discricção, liberdade de movimentos e conforto em casa.

Referências: 1 Breast pumps – based on distribution in maternity wards and NICUs 2 Based on MiBaby survey with 596 mums in Germany, March 2023 3 Meier PP et al. J Perinatol. 2012; 32(2):103–110. 4 Neville MC et al. Am J Clin Nutr. 1988; 48(6):1375–1386. 5 Prime DK et al. Breastfeed Med. 2012; 7(6):442–447.

Medela AG
Lättichstrasse 4b, 6340 Baar, Switzerland, www.medela.com



Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG
Georg-Kollmannsberger-Str. 2, 85386 Eching, Germany



Symphony® and Magic InBra™ are a medical device.



Agora disponível com
copas de recolha Hands-Free

Disponíveis em três tamanhos.
Os kits de extração tradicionais continuam disponíveis como opção.

Recomende Symphony® para **ajudar as mães a ultrapassar os desafios da amamentação** em qualquer fase do seu percurso.



Para mais informações