

JORNAL PARA A UCIN & MATERNIDADE

# *O início*

Manual de Lactação

## **Intervenção na lactação**

A diferença que uma abordagem proactiva pode fazer

## **Melhores práticas**

Histórias de sucesso inspiradoras que transformam a ciência em cuidados

## **Aumentar a quantidade**

Melhoria da qualidade para obter mais leite na UCI neonatal

# Turning Science into care

O primeiro passo para cuidar é compreender. É por isso que acreditamos em colaborações estreitas com cientistas de renome e especialistas em lactação para desenvolver produtos que vão para além da forma e da função. Tudo com um objetivo: tornar simples, intuitiva e eficaz a forma mais delicada de cuidar.

Compreendemos as necessidades dos novos pais e dos profissionais que se dedicam aos seus cuidados. De facto, há tanto tempo que cuidamos de mães, bebés, pacientes e profissionais de saúde que o transformámos numa ciência.

A Medela está profundamente empenhada na investigação e investe continuamente em estudos básicos e exploratórios para melhorar os resultados na área da saúde. Desde 1961, estabelecemos parcerias com profissionais de saúde e especialistas de renome em leite humano de todo o mundo para fazer avançar a investigação e desenvolver práticas baseadas em provas. Este investimento não só estabeleceu os padrões da indústria, como também constitui a base científica para a inovação de produtos e a prática clínica.

Uma das colaborações fundamentais da Medela é com a Universidade da Austrália Ocidental (UWA), estabelecida em 1996. Esta parceria resultou em descobertas revolucionárias sobre a função da glândula mamária, a síntese e a remoção do leite. Atualmente, a Professora Donna Geddes lidera a colaboração de investigação Medela-UWA, um programa de investigação abrangente que explora os aspectos intrincados da amamentação, lactação humana e alimentação infantil. O nosso envolvimento

com os médicos e os pais na UCIN permite-nos identificar lacunas nos cuidados e, ao ouvirmos diretamente os profissionais de saúde sobre as suas necessidades de equipamento, garantimos que se podem concentrar em prestar cuidados excepcionais aos doentes.

É com estes conhecimentos profundos que continuamos a inovar produtos para nutrir e melhorar os resultados de saúde. Ao analisar o peito em lactação e a sucção do bebé, por exemplo, desenvolvemos a nossa tecnologia patenteada 2-Phase Expression®, que imita o ritmo natural de amamentação do bebé para criar e manter o fornecimento de leite materno, e formulámos a bomba tira leite Symphony PLUS® com a exclusiva Initiation Technology® para ativar e aumentar o fornecimento de leite. Utilizando exames 3D de milhares de seios lactantes, encontramos o ângulo de abertura ideal para os nossos protectores de seios e desenvolvemos os nossos copos mãos-livres com forma anatómica para aumentar o conforto e a remoção do leite. Queremos inovar em soluções, não apenas em produtos. Transformar a ciência em cuidados simples, intuitivos e eficazes para curar, nutrir a saúde e criar laços.

«Promovendo a investigação,  
observando o comportamento natu-  
ral e prestando atenção aos nossos  
clientes, transformamos a ciência em  
cuidados de saúde, para proteger a  
saúde ao longo de gerações.»

Michael Larsson, Presidente

## Content

- 02 Medela – Turning Science into Care**  
Quem somos
- 04 Apoio proactivo à lactação:**  
Percepções da especialista em lactação  
Dra. Rebecca Hoban
- 10 Aumentar a quantidade:**  
Melhoria da qualidade para obter mais  
leite na UCI neonatal
- 18 Melhores práticas:**  
Histórias de sucesso clínico sobre como  
transformar a ciência em cuidados
- 26 Symphony Plus:**  
A referência no apoio à lactação -  
na enfermaria e em casa



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: 21748861, 431920443, 106055878, 106055878,  
100664546; Getty Images: 590951387



# O APOIO AO ALEITAMENTO É UMA *emergência*

Com as suas perspetivas novas e inovadoras sobre os biomarcadores de leite, a Dra. Rebecca Hoban defende de forma empenhada uma abordagem mais proativa no apoio ao aleitamento.

A Dra. Rebecca Hoban é Neonatologista e Diretora de Medicina de Amamentação na University of Washington/Seattle Children's Hospital em Seattle, EUA, e Professora Associada de Pediatria na University of Washington.

Os seus projetos atuais incluem a melhoria da produção de leite da mãe na UCI neonatal e os biomarcadores de leite para prever o sucesso do aleitamento.



## **Por que razão é tão importante diagnosticar as dificuldades de aleitamento logo no início?**

O que vimos nos nossos estudos no Rush University Medical Center foi que a maioria das mães com bebés com muito baixo peso à nascença atingiu os seus objetivos de aleitamento no início e forneceu leite durante os primeiros dias, mas depois as taxas desceram a pique nas semanas a meses seguintes. Sabemos que as mães destes bebés muito prematuros têm muitos fatores de risco para o aleitamento, começando pelo facto de não terem conseguido terminar a gravidez, pelo que as suas mamas ainda não estão totalmente desenvolvidas. O parto pode ser por cesariana e elas próprias terem condições de saúde pré-existent, razão pela qual estão a ter um parto prematuro. Também não tiveram a hipótese de aprender sobre o aleitamento e de tomar uma decisão informada. Tudo isto afeta diretamente os resultados do aleitamento. Os problemas do aleitamento que fazem com que as taxas de alimentação com leite humano desçam aos seis meses não acontecem aos seis meses. Há sim algo mais a acontecer durante os primeiros dias que está a fazer com que estas mães não atinjam os seus objetivos de aleitamento. Assim, diagnosticar as dificuldades do aleitamento no início pode orientar a intervenção precoce durante essa janela muito limitada no tempo para ter efeitos no aleitamento a longo prazo; esta fase importante da “programação da mama”.

## **Como podemos diagnosticar precocemente estes desafios quanto ao aleitamento?**

Atualmente temos muito poucas opções para diagnosticar mães dependentes de extratores de leite que enfrentam dificuldades. A nossa identificação


de volumes reduzidos é apenas retrospectiva e, nesse momento, os volumes de leite já deixaram de aumentar. Tradicionalmente perguntamos às mães “O seu leite desceu? Sente uma mudança nas suas mamas?”. No entanto, esta medida é problemática porque as mães obesas, por exemplo, podem ter menos probabilidades de ter esta sensação. Por isso, não é um marcador muito bom no que se refere à ativação secretória. Pode argumentar que, em vez disso, se pode basear no volume extraído no início – monitorizar os volumes de leite extraído ou fazer um teste de peso ao bebé – mas isto também é problemático porque, na verdade, não mede o que está a acontecer na mama. Se o leite for muito pouco é porque a mãe não está a extrair? Ou porque não está a produzir leite suficiente? Não conseguimos dizer. Tenho estado focada nos biomarcadores de leite humano como uma medição direta do que está a acontecer na mama em tempo real.

## **Conte-nos mais sobre como funciona esta abordagem impulsionada por biomarcadores.**

Quando olhamos para biomarcadores, estamos, na verdade, a medir o fecho das junções apertadas no epitélio mamário. Assim que a inibição da progesterona desaparece, é a prolactina que catalisa o fecho destas junções apertadas. Este fecho evita que os componentes do leite saiam da glândula e é o primeiro passo crucial para o aleitamento a longo prazo. O sódio é um biomarcador essencial aqui. À medida que as junções apertadas se fecham, o sódio no leite desce muito rapidamente e os volumes de leite sobem. Os nossos estudos demonstraram claramente como o sódio no leite aumenta imediatamente quando o número de sessões



# a médica!

A newborn baby is lying in a hospital bed, wearing a nasal cannula. The baby is wrapped in a white blanket. The background is a soft-focus view of the hospital room.

Muitas mães têm vários fatores de risco para o aleitamento, que depois interagem, resultando numa população que vai enfrentar desafios desde o início.

de extração diárias diminui – e logo no dia seguinte, os volumes de leite descem. Além disso, descobrimos que ao medirmos os níveis de sódio no leite, conseguimos dizer logo três dias após o parto, quem iria atingir o volume (produzir >500 ml diariamente às duas semanas)! E um estudo anterior nosso demonstrou que atingir o volume às duas semanas é o elemento mais forte para prever a alimentação com leite da própria mãe aquando da alta da UCI neonatal. Por isso, no terceiro dia, temos uma janela para o futuro sobre quem irá fornecer leite meses mais tarde! E isto significa que temos a oportunidade de intervir proativamente!

#### Uau, isto parece ser o futuro do aleitamento!

É possível. Atualmente temos financiamento do governo canadiano para analisar mais a situação com um piloto. Medir os níveis de sódio é tão fácil que a mãe pode fazê-lo sozinha e pode ter um impacto tão grande. Precisamos de cuidados de aleitamento em tempo real, personalizados e baseados em dados, que possam prever preocupações, mesmo antes de se tornarem óbvias. Desta forma, os profissionais clínicos podem intervir imediatamente quando ainda existe potencial para salvaguardar a jornada de aleitamento de uma mãe. Podíamos dar “receitas de extração” individualizadas, por assim dizer. Uma extração mais frequente nesses primeiros dias críticos tem mais probabilidades de aumentar a prolactina, de atingir uma iniciação eficaz e de normalizar os biomarcadores. Com base num biomarcador de leite humano, o sódio, esta intervenção atempada é possível!

#### Na sua experiência, que outros fatores podem influenciar o atingir o volume?

Precisa de estimulação e extração de leite para atingir o volume. A prolactina é um interveniente muito

importante aqui. Catalisa o fecho importante das junções apertadas e também regula os genes que ajudam as mães a produzir mais células produtoras de leite e também previne a morte delas.

#### Então, como produzimos mais prolactina?

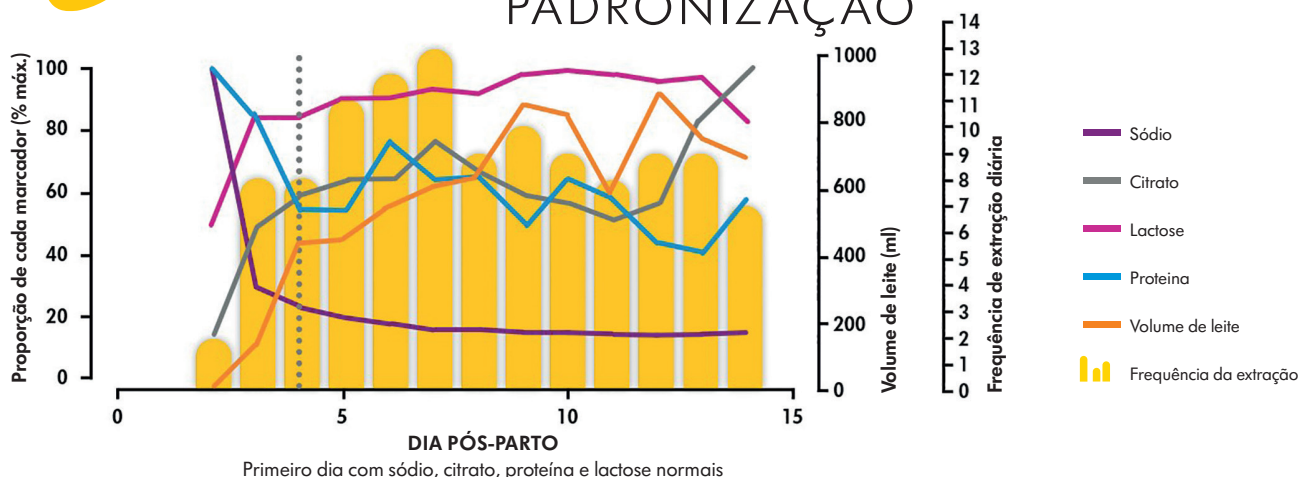
A prolactina é libertada com o acto de mamar ou a sucção e é libertada muito mais nas primeiras semanas de aleitamento do que nos meses mais tarde. Por isso, a extração frequente e eficaz desde o início é realmente essencial para as mães dependentes de extratores de leite. No entanto, ainda existem hospitais a aconselhar as mães a extrair leite manualmente nos primeiros três dias, em vez de extrair leite com um extrator elétrico duplo. Isto é de enlouquecer porque temos os dados para provar que a extração com um extrator é muito mais eficaz! Num estudo de Lussier e colaboradores publicado em 2015<sup>1</sup>, as mães de bebés com muito baixo peso à nascença foram aleatorizadas para um extrator elétrico ou extração manual na primeira semana. As mães que receberam o extrator produziram o dobro do leite na primeira semana! Mesmo após a primeira semana, quando as mães a quem foi dito para extrair manualmente primeiro também receberam um extrator, nunca chegaram aos resultados das outras. Mesmo ao primeiro mês, essas mães estavam a produzir significativamente menos leite do que as mães que começaram pela extração com um extrator. Perderam a janela crítica para a programação da mama e este é um momento que nunca podemos recuperar.

“Precisamos de cuidados de aleitamento em tempo real, personalizados e baseados em dados, que possam prever preocupações, mesmo antes de se tornarem óbvias.

Os biomarcadores podem dar-nos esta janela para o futuro e ajudar-nos a identificar quem precisa de apoio logo no início.”

# Biomarcador

## PADRONIZAÇÃO



# COMPARAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO EFICAZ DO BEBÉ COM

## Metodos de Extração

	Vácuo	Compressão tátil	Recolha de colostro	Ativar eficazmente as células produtoras de leite	Risco reduzido de ativação secretória tardia
	✓	✓	✓	✓	✓
	✓	✗	✓*	✓	✓
	✗	✓	✓	✗	✗

\*Por vezes os pequenos volumes de colostro são difíceis de recuperar, o que pode levar ao desperdício





### **Utiliza o termo “programação da mama”. O que quer dizer com isso?**

É importante que, tal como as famílias, saibamos que o nosso objetivo nestes primeiros dias e semanas não é produzir leite para o recém-nascido nessa altura em particular. O nosso objetivo é ter leite suficiente mais tarde, quando têm quatro ou seis meses. Os bebés prematuros não comem quase nada nos primeiros dias, dependendo de até que ponto estão doentes, por isso tem de ter muito cuidado com a pergunta “Há leite suficiente?” O bebé pode estar a comer apenas 8 ml por dia, mas isso não significa que a mãe esteja a produzir leite suficiente para garantir o aleitamento a longo prazo e que tenha leite suficiente quando esse bebé de 500 g tiver 4 kg. O bebé prematuro acabará por necessitar de tanto leite como um bebé de termo e temos de garantir que essa produção de leite está disponível quando esse dia chegar. É por isso que todas as mães têm de programar as suas mamas independentemente da ingestão atual do recém-nascido. Por isso, a pergunta “Há leite suficiente?” não é a pergunta certa a fazer.

A pergunta que devemos fazer é: “A mãe chegou ao volume?” Para isso, a extração frequente, mesmo à noite, é tão importante como a extração precoce.

### **Qual é a sua recomendação para as enfermeiras?**

Precisamos de realçar realmente a importância da estimulação precoce, frequente e eficaz da mama em mães com bebés prematuros. Sabemos que estas mães precisam de começar a extrair leite com um extrator elétrico duplo com tecnologia de Iniciação nas primeiras seis horas após o parto. E isto não acontece por magia, precisamos de começar a falar sobre isto antes do parto! Idealmente, as mães devem extrair leite pelo menos oito vezes por dia, bem como ter contacto pele com pele com os seus bebés. No que diz respeito a esta janela das primeiras seis horas, existe um ótimo estudo de Leslie Parker<sup>2</sup> que aleatorizou mães para começarem nas primeiras seis horas ou depois e o grupo que começou a extrair na janela das 6 horas produziu o dobro do leite durante a primeira semana, em comparação com as que começaram mais tarde.



**As mães precisam de saber: Não estão a extrair para produzir muito leite aqui e agora. Estão a fazê-lo para programar a mama de modo a terem produção suficiente mais tarde.**



<sup>1</sup> Lussier MM et al. Daily breastmilk volume in mothers of very low birth weight neonates: a repeated-measures randomized trial of hand expression versus electric breast pump expression. *Breastfeed Med.* 2015; 10(6):312–317. <sup>2</sup> Parker LA et al. Association of timing of initiation of breastmilk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low-birth-weight infants. *Breastfeed Med.* 2015; 10(2):84–91. <sup>3</sup> Parker LA et al. Timing of milk expression following delivery in mothers delivering preterm very low birth weight infants: A randomized trial. *J Perinatol.* 2020; 40(8):1236–1245. <sup>4</sup> Mercado K et al. What Is the Impact of NICU-Dedicated Lactation Consultants? An Evidence-Based Practice Brief. *Adv Neonatal Care.* 2019; 19(5):383–393.

Essa é a diferença de uma dieta exclusiva com leite da mãe ou não, em alguns casos! Curiosamente, as mães dependentes de extratores de leite que começaram um pouco mais tarde nesse período de 6 horas na verdade produziram mais leite nos primeiros três dias e às seis semanas do que as que começaram na primeira hora.<sup>3</sup> O estudo chegou à conclusão de que o stress de extrair logo que possível pode ser contraproducente e que dar às mães algumas horas para recuperar, de facto, fez com que extraíssem com mais frequência nos primeiros dias e permitiu-lhes produzir mais leite.<sup>3</sup>

### Como podemos conseguir uma extração de leite eficaz?

O acto de mamar do bebé de termo é o padrão de ouro: Deve ter uma boa sucção e existe alguma compressão e as duas, em conjunto, libertam prolactina e oxitocina. O extrator elétrico proporciona sucção, mas não compressão – enquanto a extração manual comprime, mas não envolve sucção. Por isso só o extrator é que liberta prolactina. E se se lembrar dos benefícios da prolactina que mencionei anteriormente, ela é fundamental para o ciclo de feedback de produzir mais leite. Por isso, se não tiver um bebé a agarrar a mama adequadamente e a extrair leite e não utilizar um extrator, simplesmente não conseguirá estabelecer uma produção de leite suficientemente boa. Um extrator duplo elétrico de grau hospitalar com tecnologia de Iniciação deve ser o padrão de cuidados para mães que dependem do extrator para a sua iniciação do aleitamento. - E, a propósito, isso também inclui mães de bebés prematuros moderados ou tardios, ou mesmo de bebés de termo precoces ou de mães diabéticas que não conseguem extrair leite suficiente. Temos de garantir que extraem leite depois de o bebé ter estado na mama para apoiar totalmente a programação da mama. A extração manual simplesmente não é suficiente para estabelecer o aleitamento e nunca deve ser utilizada sozinha em mães em risco ou dependentes de extratores de leite.

### Como podemos garantir que as mães recebem toda esta informação?

Na nossa UCI neonatal, temos uma abordagem muito proativa: O nosso objetivo é que todas as mães consultem um consultor em aleitamento materno nas primeiras 24 horas após o parto. Existem estudos, como o de Mercado e colaboradores,<sup>4</sup> que mostram até que ponto isto pode ser benéfico: Quando estão envolvidos consultores em aleitamento, uma maior proporção de bebés na UCI neonatal será alimentada com leite da própria mãe e essas taxas de alimentação aquando da alta são muito mais elevadas. Também damos muita importância à educação sobre amamentação à cabeceira da cama. As enfermeiras que estão junto das camas das mães veem as famílias ao longo do dia, pelo que são uma forma realmente crítica de comunicação. Também damos a todas as mães uma lista de controlo e um kit de colostro quando

pegamos nos recém-nascidos pela primeira vez. Desta forma, garantimos que a mãe recebe logo as primeiras instruções importantes. É tão importante partilharmos a ciência! Precisamos de apoio proativo ao aleitamento! Precisamos de um sentido de urgência! Precisamos de educar os enfermeiros, precisamos de educar os nossos colegas médicos, precisamos de educar os pais, para as famílias poderem escolher e cumprir os seus objetivos de aleitamento – em vez de ser a sua produção de leite a escolher por eles.

**Se amanhã alguém criasse um comprimido que pudesse proteger contra ECN, diabetes, alergias, cancro e tanto mais, as pessoas provavelmente pagariam mil milhões de dólares para o obter. Mas já o temos! Chama-se leite da mãe! É um medicamento mágico e temos de nos certificar de que todos os bebés o podem receber.**

## A DRA. REBECCA HOBAN RECOMENDA

### Extraia o volume!



#### LISTA DE CONTROLO PARA MÃES

- ✓ Inicie a extração nas primeiras 6 horas após o parto com um extrator elétrico duplo (de grau hospitalar) com tecnologia de Iniciação
- ✓ Alugue ou compre um extrator elétrico duplo para uso doméstico
- ✓ Extraia leite a cada 2-3 horas - pelo menos 8x por dia
- ✓ Acorde pelo menos uma vez à noite para extrair leite
- ✓ Peça para falar com o consultor em aleitamento materno na enfermaria pós-parto o mais rapidamente possível
- ✓ Não se preocupe se não obtiver nada ou só algumas gotas quando extrai o leite – isso é normal, continue!
- ✓ Quando chegar à UCI neonatal, fale com o enfermeiro ou consultor em aleitamento materno do seu bebé

### Partilhe a ciência!



#### LISTA DE CONTROLO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- ✓ Aconselhamento precoce (se possível, pré-natal) de famílias sobre a importância do leite da própria mãe e o contacto pele com pele precoce.
- ✓ Extração precoce, frequente e eficaz com um extrator elétrico duplo (de grau hospitalar) com tecnologia de Iniciação. A extração manual por si só não deve ser utilizada de forma rotineira durante a janela crítica de iniciação do aleitamento com dependência do extrator
- ✓ Apoio proativo ao aleitamento.
  1. Educação prática sobre o que é normal; as consultas sobre aleitamento devem ser um padrão
  2. Monitorização atenta da extração + volumes diários nas primeiras 2 semanas
  3. Equacione verificar os biomarcadores (níveis de sódio no leite) como meio de diagnosticar e orientar os desafios do aleitamento

# AUMENTANDO *a dose*

COMO MELHORAR A DISPONIBILIDADE DE LEITE DA PRÓPRIA MÃE  
NO HOSPITAL E FORA DELE

---



A exposição prolongada e em doses elevadas ao leite da mãe tem um impacto significativo nos resultados de saúde subsequentes dos bebês.<sup>1,2</sup> Isto é especialmente verdade para as crianças que nascem prematuramente e/ou com problemas de saúde - no entanto, muitas vezes a disponibilidade atempada dessa dose saudável de ouro líquido não é um dado adquirido. A boa notícia é que: A investigação mostra que intervenções normalizadas e a implementação de cuidados baseados em provas fazem toda a diferença e conduzem a melhores resultados. **6 indicadores a ter em conta para que o aleitamento da mãe - e o fornecimento de leite materno ao bebé - seja correto desde o início.**

## **I** DECISÃO INFORMADA

Apoiar a alimentação do seu bebé vulnerável com leite materno (LPM) é uma decisão que deve ser tomada conscientemente. No entanto, só é possível tomar uma decisão informada quando as mães e as famílias têm acesso a informação normalizada e fiável para orientar as suas escolhas. Por conseguinte, os pais devem receber, o mais cedo possível, informações consistentes e baseadas em evidências sobre o aleitamento e a alimentação dos bebês. Quase sempre, as mães decidem extrair leite se compreenderem que o seu leite é uma intervenção médica essencial e que mais ninguém pode fornecê-lo ao seu bebé. Para além disso, as mães afirmam sistematicamente estar mais empenhadas se compreenderem o valor do seu leite baseado em evidências.<sup>3-8</sup>

As famílias da UCI neonatal, em particular, experimentam frequentemente um estado de choque, desespero e impotência. As discussões com o pessoal médico sobre o valor crítico da LPM podem mudar a sua perspetiva para uma perspetiva de esperança e um sentimento de novo objetivo. Num estudo realizado no Centro Médico da Universidade de Rush, nos EUA, após terem sido orientadas através da informação, 98% das mães optaram por extrair leite - embora 50% tivessem tido a intenção de alimentar com leite de fórmula antes.<sup>3</sup> Mais recentemente, o Prof. Sven Wellmann, da KUNO Klinik St. Hedwig, Krankenhaus Barmherzige Brüder, em Regensburg/ Alemanha, obteve resultados igualmente impressionantes num estudo semelhante (ver página 12/13).

## FAÇA-O CORRETAMENTE

- ✓ **Fornecer aos pais informações precoces** sobre a importância e os benefícios da LPM.
- ✓ **Educar todos os profissionais e garantir que a comunicação é coerente** em todos os departamentos para evitar confusões.



## II MOMENTO DA PRIMEIRA EXTRAÇÃO

Está provado que a estimulação precoce da mama tem um impacto positivo na futura produção de leite e nos resultados subsequentes da alimentação. De acordo com as diretrizes da OMS, o contacto pele-a-pele e a amamentação devem ocorrer na primeira hora após o nascimento.<sup>9</sup> Se a amamentação não for (ainda) possível ou eficaz, a mama deve ser estimulada através de extração dupla com uma bomba elétrica, idealmente nas primeiras três horas após o nascimento, e nunca depois de seis horas. Esta ativação atempada da produção de leite da mãe é fundamental, uma vez que se trata de um acontecimento único que ou é atingido em todo o seu potencial - ou não. Sem um apoio adequado – proativo! – ao aleitamento, as mães de

bebés vulneráveis, que ainda não conseguem estimular a mama de forma eficaz, correm um risco elevado de atraso na ativação secretória (entrada de leite) e de produção de leite abaixo do ideal. Por outro lado, as mães que não conseguem amamentar mas utilizam um extrator elétrico duplo para estimulação e retiram leite cedo têm mais probabilidades de continuar a bombear às seis semanas - e têm mais probabilidades de ainda estarem a amamentar/expressar no momento da alta.<sup>4,10-14</sup>

Resumindo:

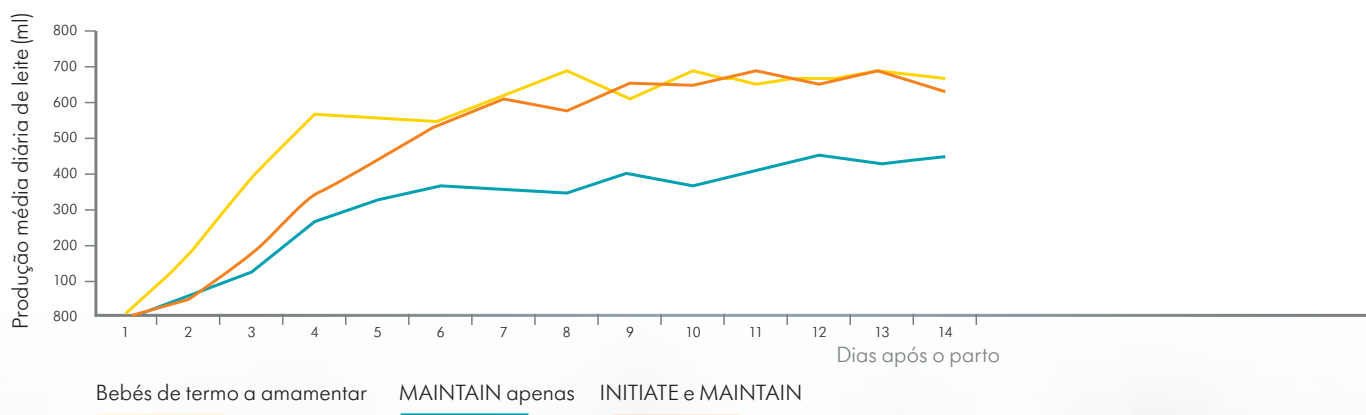
A iniciação precoce da extração significa mais LPM para os bebés a longo prazo.



### FAÇA-O CORRETAMENTE

- ✓ **Facilitar o modo de extração dupla precoce** com um extrator hospitalar elétrico duplo com tecnologia de iniciação.
- ✓ **Ajude a mãe a encontrar o tamanho correto do funil** e a montar os kits de extração.
- ✓ **Ajude-a** nas suas primeiras extrações.  
Para obter apoio, pode aceder a instruções passo-a-passo em vários idiomas através do Medela Symphony Hub em [medela.com/symphony-hub](https://medela.com/symphony-hub)
- ✓ **Certifique-se de que define expectativas adequadas** e de que a consulta regularmente.

As mães dependentes de extratores de leite que têm volumes de leite inferiores a 150 ml/dia no DIA 4 após o nascimento têm uma probabilidade >9 vezes maior de ter um baixo fornecimento de leite<sup>15</sup> e >7 vezes maior de serem alimentadas com fórmulas na altura da alta da UCI Neonatal e posteriormente.<sup>17</sup>



Neville MC et al. Am J Clin Nutr. 1988; 48(6):1375-1386  
Meier PP et al. J Perinatol. 2012; 32(2):103-110

## III EXTRAÇÃO FREQUENTE

A extração frequente é de grande importância durante os primeiros 14 dias após o nascimento para iniciar e criar volumes de leite adequados para a futura produção de leite. As alterações hormonais após o parto desempenham um papel crucial: Nos primeiros dias após o parto, a descida da progesterona e o aumento da prolactina, bem como a estimulação mamária, são os fatores fisiológicos que desencadeiam o início de uma produção de leite significativa (entrada de leite) entre 24 e 72 horas. Quando o bebê não consegue mamar, as mães devem ser apoiadas no sentido de extraírem leite pelo

menos oito ou mais vezes em 24 horas, incluindo uma vez durante a noite, para aproveitarem o aumento adicional da secreção de prolactina durante esse período.<sup>10</sup> Quando o leite é retirado frequentemente, as mamas são drenadas eficazmente para criar uma reserva de leite adequada até ao 14º dia. Por sua vez, se a extração de leite for pouco frequente neste período inicial pós-parto, pode ocorrer um atraso no início da entrada de leite e é muito provável que os volumes de leite permaneçam permanentemente inferiores ao necessário.<sup>15,16</sup>

### FAÇA-O CORRETAMENTE

- ✓ **Certifique-se que a mãe tem acesso** a um extrator e aos acessórios sempre que precisar deles.
- ✓ **Ofereçam às mães um Registo de Extração** para monitorizarem as extrações diárias e os volumes de leite.
- ✓ **Forneça orientações claras.** Estipule, pelo menos, uma sessão de extração entre as 00:00 e as 07:00 horas da manhã (sem intervalo superior a cinco horas!)



# IV MOMENTO DA "DESCIDA" DO LEITE

Como já foi referido antes, qualquer atraso na entrada do leite está associado a riscos de baixo volume de leite e a uma duração mais curta do aleitamento.<sup>18,19</sup> A entrada do leite ocorre normalmente entre 24 e 72 horas após o nascimento.<sup>20</sup> Subjetivamente, as mães relatam este acontecimento com uma sensação de plenitude mamária, seios sensíveis e lágrimas emocionais. Objetivamente, nas mães dependentes de extrator de leite, este é o momento em que atingem

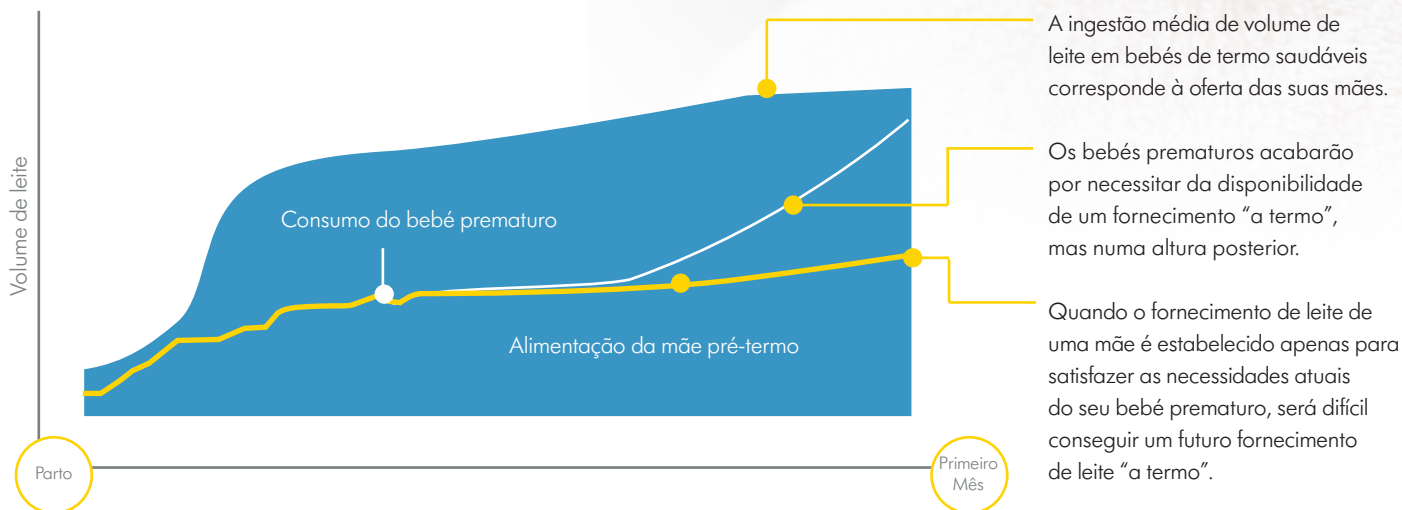
pela primeira vez um volume total extraído de  $\geq 20$  ml numa sessão de extração. A entrada de leite para além das 72 horas é definida como um atraso no início do aleitamento.<sup>20</sup> De facto, as mães com um atraso no início da entrada de leite têm 60% mais probabilidades de deixar de amamentar às quatro semanas.<sup>18</sup> Além disso, um baixo volume de leite no dia 4 está associado a uma probabilidade oito vezes maior de baixa produção de leite às seis semanas.<sup>15</sup>



## FAÇA-O CORRETAMENTE

- ✓ **Identifique as mães com fatores de risco** de ativação secretória retardada, para que a sua educação e apoio ao aleitamento possam ser proativos e direcionados.
- ✓ **Assegurar a ativação precoce da extração**, bem como a extração frequente, se a amamentação não for eficaz.
- ✓ **Track pump volumes!**

## Satisfazer as necessidades futuras DO BEBÉ



## FATORES DE RISCO PARA O ALEITAMENTO TARDIO:

### pré-natal

Obesidade materna<sup>21,22,24</sup>  
 Diabetes<sup>23,26</sup>  
 Cirurgia da mama<sup>25</sup>  
 Primiparidade<sup>23,26,28</sup>  
 Indução do parto<sup>27,28</sup>  
 Cesariana planeada<sup>29</sup>



### Pós-natal:

Cesariana não planeada<sup>29</sup>  
 Trabalho de parto/parto difícil ou prolongado; stress/dor psicológica<sup>30-33</sup>  
 Hemorragia pós-parto<sup>23,34</sup>  
 Bebé prematuro ou prematuro tardio<sup>23,35</sup>  
 Separação mãe – bebé<sup>9,36</sup>  
 Primeira sessão de amamentação tardia<sup>37</sup>  
 Suplementação nas primeiras 48 horas<sup>23,28</sup>  
 Baixa frequência de amamentação e/ou extração<sup>38,39</sup>  
 Produtos com retenção de placenta<sup>40</sup>





## V ATINGIR O VOLUME

A chegada ao volume é definida como um volume total diário de leite > 500 ml até ao 14º dia após o nascimento.<sup>41,42</sup> Indica que a produção de leite está no bom caminho para satisfazer as necessidades do bebé a longo prazo: O facto de chegar ao volume até ao 14º dia é o indicador mais forte de alimentação LPM na alta da UCI Neonatal. Desenvolver a produção de leite nos primeiros 14 dias beneficia dos elevados níveis das

hormonas da produção de leite.<sup>43</sup> É também por isso que, um mês após o parto, é mais difícil aumentar significativamente a produção de leite.<sup>41,44</sup> Assim que a mãe começa a ganhar volume, deve ser ajudada a atingir 700 ml ou mais por dia para satisfazer as necessidades diárias de ingestão de um bebé saudável nascido de termo.

### FAÇA-O CORRETAMENTE

- ✓ **Incentivar sempre a extração dupla.** Ajuda a obter até 18% mais leite com um teor em gordura mais elevado, em metade do tempo.
- ✓ **Monitorize os volumes diários de leite** para poder intervir imediatamente se surgirem problemas.
- ✓ **Verificar regularmente se os funis estão bem ajustados.** O conforto é importante para um bom fluxo de leite.
- ✓ **Ajuste sempre o extrator para o nível de vácuo mais elevado e confortável** para ajudar a extrair mais leite em menos tempo.





# VI

## DOSE DE LEITE DA PRÓPRIA MÃE

A dose de leite materno refere-se à proporção (%) ou quantidade (ml/kg/dia) de alimentações orais constituídas por LPM. A LPM é uma intervenção médica na UCI Neonatal e atua de forma dose-resposta nos bebês nascidos prematuramente. Doses mais elevadas de leite materno (e evitar leite de fórmula de origem bovina) são intervenções de baixo custo que reduzem o risco de muitas morbidades, como ECN e sépsis, e que também demonstram reduzir a duração do internamento hospitalar.<sup>4, 45-53</sup>

O que é importante é registar sempre o volume de cada dose de leite materno dado ao bebê. Idealmente, os registos de alimentação deveriam especificar a composição relativa e o volume de cada alimento: Quanto era LPM, quanto era leite humano de dadora (LHD) e quanto era leite de fórmula. O leite de dadora deve ser sempre o substituto preferido do LPM, se disponível. (Para o efeito, leia também a nossa entrevista na página 2 sobre os bancos de leite!)



## FAÇA-O CORRETAMENTE

- ✓ **Reveja as políticas e os procedimentos de alimentação e assegure-se que o pessoal é informado.**
- ✓ **Assegure uma extração de leite precoce e frequente.** Não se esqueça de acompanhar!
- ✓ **Facilitar a utilização da LHD como ponte** para evitar a fórmula bovina, caso a disponibilidade da LPM sofra atrasos.
- ✓ **Estipular que os registos de alimentação definam a composição relativa e o volume de cada alimento:**  
LPM:LHD:Fórmula. O objetivo é que todos os bebês da UCI Neonatal recebam: 100% de leite humano (LPM/LHD) nos primeiros 14 dias e >50 ml/kg/dia de LPM (dose média diária) nos primeiros 28 dias.

**References:** 1 Johnson TJ et al. J Pediatr. 2013; 162(2):243–249. 2 Patel RM. Am J Perinatol. 2016; 33(3):318–328. 3 Meier PP et al. Pediatr Clin North Am. 2013; 60(1):209–226. 4 Meier PP et al. Clin Perinatol. 2017; 44(1):1–22. 5 Spatz DL. J Perinat Neonatal Nurs. 2004; 18(4):385–396. 6 Miracle DJ et al. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2004; 33(6):692–703. 7 Spatz DL. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012; 41(1):138–143. 8 Meier PP et al. In: Family Larsson-Rosenquist Foundation, editor. 1st ed. Stuttgart: Thieme; 2018. 9 WHO, UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003. 1-30 p. 10 Spatz DL et al. J Perinat Educ. 2015;24(3):160-170. 11 Parker LA et al. J Perinatol. 2012; 32(3):205–209. 12 Parker LA et al. Breastfeed Med. 2015; 10(2):84–89. 13 Parker LA et al. FASEB J. 2017; 31(1 Suppl):650.19. 14 Parker LA et al. J Perinatol. 2020; 40(8):1236–1245. 15 Hill PD, Aldag JC. J Perinat Neonatal Nurs. 2005; 19(3):273–282. 16 Kim YJ et al. Clin Exp Pediatr. 2020 Aug;63(8):312–313. 17 Murase et al., J Hum Lact., 2014 18 Brownell E et al. J Pediatr. 2012; 161(4):608–614. 19 Nommsen-Rivers LA et al. Am J Clin Nutr. 2010; 92(3):574–584. 20 Boss M et al. F1000Res. 2018; 21 Poston L et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016; 4(12):1025–1036. 22 Preusting I et al. J Hum Lact. 2017; 33(4):684–691. 23 Hurst NM. J Midwifery Womens Health. 2007; 52(6):588–594. 24 Rasmussen KM, Kjolhede CL. Pediatrics. 2004; 113(5):e465–471. 25 Kraut RY et al. PLoS One. 2017; 12(10):e0186591. 26 Wu J-L et al. Breastfeed Med. 2021; 16(5):385–392. 27 Dahlen HG et al. BMJ Open. 2021; 11(6):e047040. 28 Dewey KG et al. Pediatrics. 2003; 112(3):607–619. 29 Hobbs AJ et al. BMC. Pregnancy. Childbirth. 2016; 16:90. 30 Dewey KG. J Nutr. 2001; 131(11):3012S–3015S. 31 Grajeda R, Pérez-Escamilla R. J Nutr. 2002; 132(10):3055–3060. 32 Nommsen-Rivers LA et al. Am J Clin Nutr. 2010; 92(3):574–584. 33 Brown A, Jordan S. J Adv Nurs. 2013; 69(4):828–839. 34 Thompson JF et al. Int Breastfeed J. 2010; 5:5. 35 Boies EG, Vaucher YE. Breastfeed Med. 2016; 11:494–500. 36 Pérez-Escamilla R et al. Am J Public Health. 1994; 84(1):89–97. 37 Salariya EM et al. Lancet. 1978; 2(8100):1141–1143. 38 Spatz DL et al. J Perinat Educ. 2015; 24(3):160–170. 39 Furman L et al. Pediatrics. 2002; 109(4):e57. 40 Hernández-Aguilar M-T et al. Breastfeed Med. 2018; 13(9):559–574. 41 Meier PP et al. J Perinatol. 2016; 36(7):493–499. 42 Hoban R et al. Breastfeed Med. 2018; 13(2):135–141. 43 Pang WW, Hartmann PE. J Mammary Gland Biol Neoplasia. 2007; 12(4):211–221. 44 Daly SE, Hartmann PE. J Hum Lact. 1995; 11(1):21–26. 45 Bigger HR et al. J Perinatol. 2014; 34(4):287–291. 46 American Academy of Pediatrics - Section on Breastfeeding. Pediatrics. 2012; 129(3):e827–e841. 47 Hylander MA et al. Pediatrics. 1998; 102(3):E38. 48 Hylander MA et al. J Perinatol. 2001; 21:356–362. 49 Meinen-Derr J et al. J Perinatol. 2009; 1(1):57–62. 49 Patel AL et al. J Perinatol. 2013; 33(7):514–519. 50 Sisk PM et al. J Perinatol. 2007; 27(7):428–433. 51 Taylor SN et al. Breastfeed Med. 2009; 4(1):11–15. 52 Patel AL et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2017; 102(3):F256–F261.



**As normas necessárias estão bem documentadas: a formação do pessoal de saúde, a informação aos pais, a disponibilidade de extratores de leite, O extrator duplo precoce, a administração de colostro. Mas: Só conta para o doente se aplicarmos estas medidas de forma coerente!**

Sven Wellmann, Diretor de Neonatologia na KUNO Klinik St Hedwig, Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg, Alemanha

## AVALIAR - EDUCAR - ANALISAR

Pretende iniciar um programa de melhoria da qualidade e controlar as suas práticas de lactação? Nós tratamos de si! Para mais informações e ferramentas úteis, clique aqui:



Interessado em saber mais sobre os investigadores de topo? Encontre palestras exclusivas e gratuitas na nossa Universidade Medela!



# Melhores casos de lactação

## DESAFIOS, HISTÓRIAS DE SUCESSO E PERSPECTIVAS

Transformar a ciência da lactação em cuidados práticos para benefício das mães e dos bebês é o desafio que os profissionais de saúde dedicados enfrentam e conquistam todos os dias. Por isso, em vez de nos limitarmos a dar a nossa opinião sobre como tirar partido dos resultados da investigação para melhorar os seus protocolos e resultados diários, decidimos passar a palavra aos especialis-

tas clínicos: Continue a ler enquanto partilham as suas melhores práticas sobre como transformar com sucesso a ciência em cuidados. Desde a administração precoce de colostro até ao sucesso da amamentação a longo prazo em bebês prematuros tardios. Prepare-se para se inspirar!



Dra. Rosalina Barroso, Diretora da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, em Portugal, sobre como implementar novas práticas com êxito através da iniciativa de MQ na UCI neonatal.



# Um roteiro

## PARA AUMENTAR A DOSE DE LEITE MATERNO LEITE MATERNO NA NOSSA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

### **Qual foi o seu motivador para começar a trabalhar com o kit de ferramentas de MQ na UCI neonatal?**

Analisámos o scorecard na UCI neonatal e reconhecemos as lacunas nos dados que tínhamos sobre o aleitamento, bem como a oportunidade de melhorar a dose de leite da própria mãe para os nossos bebés mais vulneráveis. Existe uma grande quantidade de evidências que demonstram que a alimentação com leite da própria mãe para bebés prematuros e com muito baixo peso ao nascimento reduz o risco de muitas complicações da prematuridade e os custos que estas implicam, melhorando assim significativamente a saúde do bebé. O que desenvolvemos com o kit de ferramentas da Medela de MQ do aleitamento na UCI neonatal foi o roteiro para aumentar efetivamente a dose de leite da própria mãe na nossa UCI neonatal.

### **O que foi preciso para o implementar?**

Penso que o trabalho de equipa é essencial para implementar um programa deste tipo. Garantimos de que tínhamos o envolvimento das áreas do trabalho de parto e do parto, do serviço de obstetrícia e da UCI neonatal. E temos uma equipa muito motivada. Depois, a educação é essencial para garantir que todos os membros da equipa estão conscientes das suas funções e podem fornecer às famílias informação consistente sobre o valor do leite da própria mãe e como desenvolver uma produção de leite adequada. Para isso, é importante planear sessões de formação quando ingressam novos colaboradores.

### **Quais foram as barreiras com que se deparou?**

Uma das barreiras que descobrimos no início foi o desafio que representa a extração durante as primeiras três horas após o parto. Outra foi o intervalo de tempo entre a primeira extração na sala de parto e a segunda extração no departamento de obstetrícia. Atribuímos esta lacuna ao facto de a mãe ter passado de um serviço para outro. Para resolver isto, incluímos um enfermeiro da sala de partos e um do serviço de obstetrícia na nossa equipa de base de MQ para que pudessem ser motivadores

de mudança de práticas nos seus próprios serviços. Também percebemos como era difícil para muitas mães reconhecerem a importância da extração frequente nos primeiros dias quando não estavam a obter volumes significativos de leite. Além disso, as mães tinham tendência para não registar as suas sessões de extração, o que fez com que os dados fossem incompletos. Para gerir as expectativas maternas nos primeiros dias pós-parto, demos então especial atenção à comunicação sobre a extração durante estes dias. Explicámos a importância de ter registos de extração, pois estes permitem-nos monitorizar de perto o aleitamento e intervir de forma adequada, quando necessário. Outra barreira que temos em Portugal é o facto de não existirem prescrições ou reembolsos para cuidados e equipamentos de aleitamento. Para além disso, as mães que não têm equipamento de extração em casa só podem extrair leite quando vêm à UCI neonatal para verem o seu bebé. A resultante redução do número de sessões de extração tem um impacto negativo na produção de leite materno. O que fizemos para ultrapassar isto foi emprestar extratores de leite Symphony a mães com recursos económicos muito baixos.

### **Como vão manter esta mudança no seu hospital?**

Achamos que sessões de educação adicionais para todo o pessoal, para refrescar a sua compreensão do enquadramento científico e das melhores práticas, são fundamentais para garantir a sustentabilidade. Temos de nos certificar que todos estão sempre cientes das suas funções e responsabilidades para apoiar a iniciação e a dosagem de LPM.

### **Existe um próximo passo para a MQ no seu hospital? Em que irão focar-se a seguir?**

O nosso foco é continuar a melhorar a dose de leite da própria mãe para bebés prematuros e a estudar a relação entre o leite da própria mãe e as morbilidades. E também gostaríamos de certificar a nossa UCI neonatal como a primeira UCI neonatal amiga do bebé em Portugal.

# Colostro bucal

## DEVE SEMPRE SER O PRIMEIRO ALIMENTO

Aniko Deierl, consultora de neonatologia no Imperial College NHS Healthcare Trust em Londres, e a sua equipa obtêm resultados excelentes com o seu incentivo de mais disponibilidade de colostro altamente bem-sucedido em UCI neonatal.



Os "Packs de Colostro" que Aniko Deierl e a sua equipa entregam salientam quão importantes estas primeiras gotas de ouro são para o bebé.

**O colostro é ouro líquido e deve ser sempre a primeira alimentação dos bebés, especialmente na UCIN. Este é o objetivo estratégico que temos estado a tentar implementar há três anos.**

Quando iniciámos este projeto MQ em 2020 e medimos a situação, apenas 10 – 20% dos bebés em UCIN <34 semanas de gestação recebiam colostro nas primeiras 24 horas. Nessa altura, o colostro nas primeiras 24 horas não fazia parte das nossas medidas de resultados, por isso os números baixos foram de certa forma uma surpresa, apesar da nossa taxa de alimentação com leite materno no momento da alta rondasse os 80%, que é mais alta do que a média nacional.

### Successos sustentáveis

**O nosso objetivo era aumentar este número,** estabelecendo como objetivo 80% de bebés da UCIN (<34 semanas de gestação) a receberem colostro nas primeiras 24 horas nos 12 meses seguintes. O caminho para aí não foi sempre fácil, especialmente com o período da COVID que afetou negativamente de forma significativa a relação próxima necessária para a extração do colostro com a mãe. Ainda assim, fizemos progressos significativos: Os números variam todos os meses, mas por enquanto, temos 50 – 80% a receber colostro nas primeiras 24 horas de vida. Agora apercebemo-nos de que a sustentabilidade do nosso sucesso é o verdadeiro desafio: Temos de continuar a incentivar para garantir que todos os dias, cada bebé tem a oportunidade de beneficiar de colostro na fase inicial. Temos de garantir que os bebés prematuros (<34 semanas) recebem colostro bucal nas primeiras seis horas

após o parto, idealmente como primeira alimentação, e que o aleitamento inicial está bem estabelecido para que as mães possam chegar a um volume ótimo e os bebés possam continuar a beneficiar do leite da própria mãe.

### Incentivar o padrão do ouro líquido

Para alcançar este objetivo, implementámos um novo procedimento operacional padrão e enfermeiros especialistas de obstetrícia neonatal formados e uma equipa multidisciplinar a trabalhar nisso. Comprámos especificamente extratores de leite Medela Symphony com o programa INITIATE para todas as nossas áreas, incluindo a enfermaria de partos, para que todas as mães possam iniciar a extração dupla usando o programa INITIATE até duas horas após o parto. Damos pequenas formações presenciais para enfermeiros especialistas de obstetrícia regularmente. Também nos certificamos de que os enfermeiros especialista de obstetrícia dão os nossos 'Packs de Colostro Ouro Líquido' às mães antes ou diretamente após o parto, incluindo todos os acessórios para extração dupla, seringas, um cartão de extração rápida e material de informação sobre o colostro. Os médicos de neonatologia são instruídos a incluir informações sobre o colostro ao fazer aconselhamento pré-natal e espera-se que a equipa de neonatologia chame o enfermeiro especialista de obstetrícia e verifique se a primeira extração tem lugar nas primeiras duas horas quando o bebé é transferido para a UCIN. Quanto mais cedo os enfermeiros de neonatologia receberem o colostro recolhido, mais cedo o conseguem administrar oralmente.

## DECIDIR MÉTRICAS:

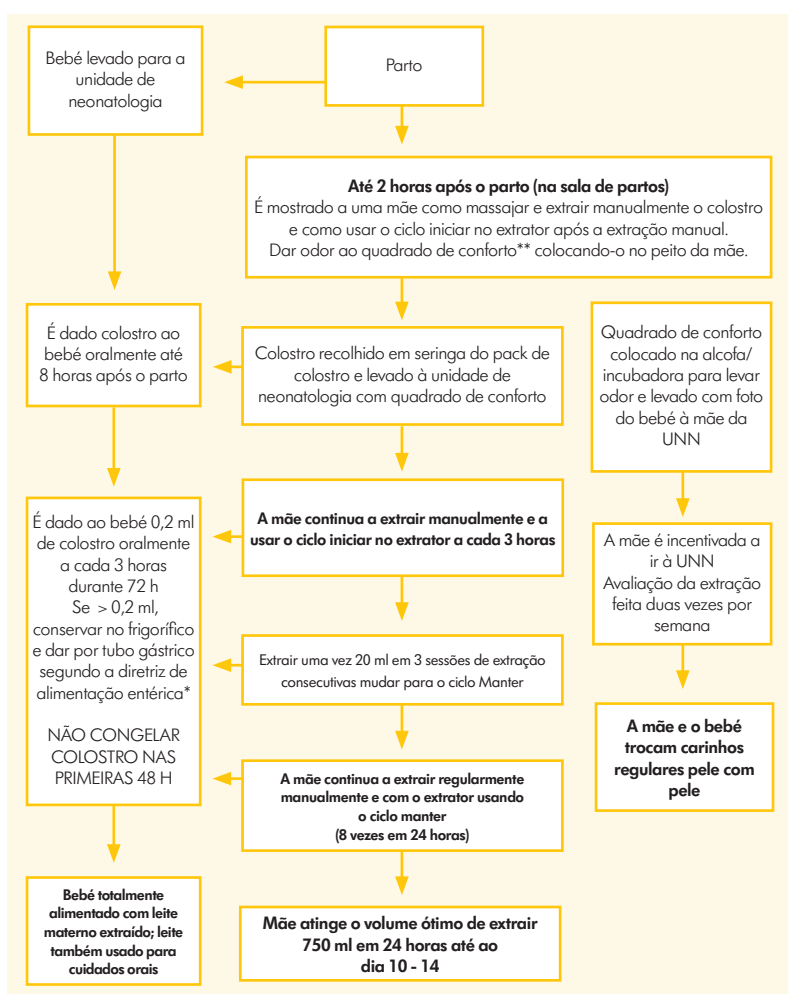
- % bebês a receber colostro em até 6 horas
- % de bebês que recebem colostro nas primeiras 24 horas
- % de bebês que recebem colostro como primeira mamada
- % de bebês que receberam LMEM\* no dia 14
- % de bebês que recebiam LMEM no dia da alta

Não se trata apenas de nutrição – é preparação intestinal! É seguro dar colostro em pequenos volumes (0,2 – 0,3 ml) mesmo em bebês ventilados, porque é absorvido pela mucosa oral. A alimentação entérica não deve ser retardada para além das oito horas de via, mas o bebê beneficia muito se o colostro bucal for a primeira mamada. Colocar gotas do leite da mãe na mucosa oral do bebê não é nutrição - é preparação intestinal! Também vimos uma associação entre o colostro inicial e uma proporção mais elevada de aleitamento materno exclusivo aos 7 e 14 dias após o parto.”

### OS NOSSOS 4 PRINCIPAIS ORIENTADORES

- 1) EDUCAÇÃO** da mãe e da equipa de neonatologia/ maternidade sobre os benefícios do colostro (pré/pós-natal)
- 2) EQUIPAMENTO APROPRIADO** em todas as áreas (enfermaria de partos, enfermaria pós-natal, UCIN) para apoiar a extração inicial de colostro, incluindo os nossos "Packs Colostro" e extratores de leite materno Symphony com Tecnologia Initiation
- 3) A POIA A EXTRAÇÃO INICIAL** de colostro e o alitamento inicial de colostro idealmente nas primeiras seis horas de vida
- 4) APOIAR O ALEITAMENTO** e o percurso para a alimentação por sucção durante a permanência na UCIN para alcançar uma amamentação bem-sucedida no fim

### Procedimento operacional padrão no Imperial College London



\* leite materno extraído da mãe

\*\*quadrados de tricô texturados que são usados para captar o cheiro da mãe, e depois são colocados na incubadora com o bebê

# Duas abordagens

## PARA MELHORAR AS TAXAS DE ALEITAMENTO MATERNO NA SAÍDA DA UCIN

O que há de melhor em reunir dezenas de especialistas em aleitamento de toda a Europa é que todos trazem consigo histórias de sucesso! Dois exemplos que tiveram impacto no Simpósio da Medela de 2023 em Munique: no sentido de elevar a fasquia das taxas da amamentação exclusiva aquando da alta nas UCI neonatais.

O caminho para o sucesso é uma combinação de compromisso multidisciplinar, personalização dos cuidados e sistematização da prática

**O Dr. Manuel Cunha, Diretor de Departamento e Coordenador da Unidade de Neonatologia e Pediatria no Hospital de Cascais, em Portugal, sobre como, em quatro anos, conseguiu aumentar as taxas de amamentação aquando da alta na UCI neonatal em mais de 30 pontos percentuais.**



**O Dr. Manuel Cunha** recebeu o Best Abstract Award da Medela no Simpósio Europeu de 2023

“Em 2018, o indicador da amamentação exclusiva aquando da alta para recém-nascidos com menos de 35 semanas de gestação no nosso hospital foi de 39,8%. Claramente demasiado baixo! Quando avançámos no sentido de melhorar este indicador de qualidade, todas as práticas clínicas foram revistas com base nas melhores evidências disponíveis e nas indicações da Direção Geral de Saúde portuguesa, da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Como resultado, definimos um plano de ação com estratégias direcionadas tanto para profissionais, como para pais e recém-nascidos.

Um protocolo novo para a administração do colostro na orofaringe do dia do nascimento até a autonomia da alimentação revelou-se um fator chave. 40% dos bebés receberam agora o seu primeiro colostro nas primeiras 24 horas após o nascimento. Foram implementadas iniciativas para promover a amamentação, tais como a extração frequente e regular de leite – manual e com extração dupla elétrica – logo que possível após o parto, feedback positivo para as mães relativamente a cada gota

de leite que extrairam, promoção do contacto pele com pele, sucção não nutritiva e alimentação com seringa, bem como feedback regular para todos os membros da equipa sobre os resultados obtidos.

Também promovemos uma gestão sistemática das existências de leite materno através do sistema MilkTrac® já implementado no nosso hospital. A utilização de tecnologia para apoiar o processo operacional permitiu-nos melhorar a conformidade do processo e monitorizar passos chave para o sucesso do projeto.

E os resultados são, de facto, impressionantes: No final do nosso projeto, o indicador de qualidade da amamentação exclusiva aquando da alta tinha aumentado para 73,1% em 2022! Um resultado intimamente relacionado com a quantidade de leite que os bebés recebem no final da primeira semana, o que, por sua vez, está relacionado com o momento da primeira recolha. Atribuímos este sucesso ao envolvimento de uma equipa multidisciplinar e à formação na recolha e administração precoces de colostro, bem como a uma abordagem personalizada aos cuidados e à sistematização da prática que oferece as mesmas oportunidades a todos os bebés e famílias.”



Descobrimos que informar as mães antes do parto é um verdadeiro fator de mudança. Especialmente nos partos prematuros, o apoio e a formação precoces são cruciais.

**Mais de 70% de taxa de amamentação aquando da alta – a melhor apresentação de caso do Prof. Miguel Sáenz de Pipaón Marcos, médico do Departamento de Neonatologia do Hospital La Paz, em Madrid, Espanha, espantou os participantes no workshop. O que impõe que se pergunte: Como é que conseguiu isto, Doutor?**

“Em primeiro lugar, foi um trabalho árduo – e um verdadeiro trabalho de equipa de médicos, parteiras e enfermeiros. Formámos um “Grupo de Trabalho de Leite Humano” que é co-presidido por um neonatologista e um obstetra. O envolvimento dos enfermeiros e parteiras desde o início é fundamental. Juntos, definimos um protocolo de leite humano que implica formação recorrente a cada quatro meses através de cursos obrigatórios para todo o pessoal, para renovar e perpetuar o conhecimento. A unidade de aleitamento e a equipa de nutrição monitorizam a ingestão de leite da própria mãe (LPM) pelos bebés – os sistemas eletrónicos preenchidos pelos enfermeiros conseguem distinguir os diferentes tipos de leite: LPM, leite humano de dadoras ou leite de fórmula. Temos reuniões mensais em todas as diferentes unidades, onde analisamos os dados resumidos de vários bebés, e também temos reuniões internas semanais na enfermaria de neonatologia, onde discutimos casos individuais.

Em geral, descobrimos que a informação antes do parto é um verdadeiro fator de mudança.

Especialmente nos partos prematuros, é fundamental apoiar e dar formação às mães o mais cedo possível sobre como extrair o seu leite. Na nossa experiência, as mães com partos prematuros inesperados têm muito mais dificuldade em produzir leite. Por isso nomeámos, como consultores em aleitamento, um enfermeiro neonatal e uma parteira, que são responsáveis pelo aconselhamento pré-natal. A nossa equipa concebeu folhetos informativos e, atualmente, também estamos a preparar códigos QR para apoiar as mães com informação escrita.

Sempre que possível, os bebés ficam com as mães logo após o nascimento. Os bebés muito prematuros recebem os cuidados em quartos individuais com uma cama para a mãe ou o pai. As mães são incentivadas a recolher o seu colostro o mais cedo possível após o parto. Primeiro extraindo manualmente (nas primeiras três horas), depois extraindo com extrator (nas primeiras seis horas após o parto). Recolher colostro o mais cedo possível e dá-lo ao bebé de imediato é um fator vital! De facto, o colostro é prescrito como “medicação” pelo médico assistente a cada bebé imediatamente após a admissão na UCI neonatal. Também trabalhamos com o banco de dadoras regional para usar leite humano de dadoras como ponte, enquanto a produção de leite da própria mãe ainda se está a desenvolver. Para atingir o volume, a mãe é sempre apoiada por parteiras, enfermeiros e consultores em aleitamento.



**O Prof. Miguel Sáenz de Pipaón Marcos**

acredita no envolvimento de enfermeiros e parteiras para instalar um protocolo de leite humano.

#### PARA MAIS INFORMAÇÕES

Assista à gravação do nosso simpósio na nossa Universidade Medela digital.

Pontos CPD disponíveis!



# Motivar

## A COMUNICAÇÃO FAZ A DIFERENÇA

Quais são os pré-requisitos para o sucesso a longo prazo da amamentação em bebês prematuros tardios? O Prof. Sven Wellmann encontrou respostas claras num estudo de intervenção prospectivo realizado na Alemanha.



**Sven Wellmann, Diretor de Neonatologia na KUNO Klinik St Hedwig, Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg, Alemanha**

80 - 90% de todos os bebês prematuros nascem entre as 32 e as 36 semanas de gravidez como bebês prematuros moderados e tardios. Na KUNO Klinik St. Hedwig, esta situação afeta cerca de 300 crianças por ano. Como normalmente requerem poucos cuidados intensivos, este grande grupo de bebês prematuros corre muitas vezes o risco de ser ignorado na prática clínica quotidiana –no entanto, também precisam urgentemente de apoio. Estas crianças perdem quatro a oito semanas cruciais de desenvolvimento no útero – com consequências não só a curto mas também a longo prazo: O peso corporal e o volume cerebral dos bebês prematuros nascidos com 34 semanas de gestação são cerca de 40% inferiores aos dos bebês nascidos de termo e a maturação dos seus órgãos é incompleta.<sup>1</sup> Cerca de um em cada dois recém-nascidos deste grupo é também afetado por uma perturbação da adaptação respiratória, especialmente as crianças após uma cesariana, devido à remoção inadequada de líquido dos pulmões do bebê.<sup>2,3</sup> Estes bebês prematuros moderados e tardios têm um resultado neurológico médio cerca de 6% pior após os 18 meses<sup>4</sup> e um risco cardiometabólico e

respiratório acrescido aos 3 -12 anos de idade.<sup>5,6</sup> Por conseguinte, colocámos a questão: Qual a melhor forma de apoiar estes bebês prematuros tardios? Quais são os fatores que determinam o sucesso da amamentação a longo prazo?

### O treino faz a diferença

A nossa intervenção: uma ação de formação de grande envergadura destinada às mães e ao nosso pessoal das enfermarias ginecológicas e pediátricas. Todos os pais receberam um pacote informativo normalizado antes e depois do nascimento. Colocámos cartazes - na área de espera para o registo de nascimento, na sala de partos, nas enfermarias - distribuímos folhetos e mostrámos vídeos de formação, tudo com uma identidade corporativa uniforme. Utilizámos o Neo-Milk\* como única fonte de informação para os pais e para o pessoal. Proporcionámos uma formação abrangente a enfermeiros especialistas de obstetria, enfermeiras, médicos e a todos os que apoiam as mães antes e depois do parto. A fim de assegurar a disponibilidade de leite materno para todas as crianças e especialmente para os bebês prematuros,



## A INTERVENÇÃO

- Campanha de formação abrangente e precoce para pais (futuros)
- Formação exaustiva de todo o pessoal (parteiras, enfermeiros, médicos)
- Implementação de uma fonte única de informação (Neo-Milk\*) com visibilidade transversal
- Criação de um banco de leite para garantir a disponibilidade de leite humano para todas as crianças

## O RESULTADO

**26,5%**

mais bebés foram alimentados com leite materno após a intervenção do que antes!

criámos também o nosso próprio banco de leite. Os resultados obtidos foram surpreendentes: 75% dos bebés deste grupo de intervenção foram alimentados com leite materno aquando do controlo geral alemão ("U4") aos 3-4 meses de idade. Antes de iniciarmos a intervenção, este valor era de apenas 48,5%. Para além disso, mais do dobro das mães do grupo de intervenção tinham beneficiado de aconselhamento sobre amamentação.<sup>2</sup>

### A experiência da autoeficácia

Isto mostra como é essencial que cheguemos às mães cedo e de forma abrangente com informações sobre a importância do leite materno e da amamentação e que lhes proporcionemos aconselhamento contínuo como profissionais informados. Um fator de sucesso decisivo no nosso estudo foi, entre outras coisas, o facto de a mãe produzir pelo menos 500 ml/dia de leite materno no 14º dia após o parto. Além disso, a experiência precoce da mãe em termos de autoconfiança e autoeficácia em relação à amamentação (medida 14 dias após o nascimento) foi um fator de previsão independente da alimentação com leite materno aos 3 – 4 meses de idade.

Para o efeito, todas as recomendações devem ser implementadas de forma coerente: informação precoce para a mãe, extração precoce e regular com extração dupla, ensaios regulares de amamentação e orientação coerente por parte dos profissionais com uma plataforma de informação normalizada.

### A cesariana continua a ser um fator de abrandamento

O parto por cesariana continua a ser um desafio: O nosso estudo conseguiu mostrar que o parto por cesariana tem um impacto negativo na alimentação com leite materno no momento do controlo "U4". É necessário prestar especial atenção à rotina de amamentação das novas mães. É necessário que todo o pessoal compreenda a importância do leite materno para os bebés prematuros moderados e tardios.

Só assim poderemos criar as condições para o sucesso a longo prazo do aleitamento materno.

**References:** **1** Fenton TR, Kim JH. BMC Pediatr. 2013 Apr 20;13:59. **2** Gromann J et al. Incidence of neonatal respiratory morbidity after vaginal and caesarean delivery in the late-preterm and term period – a retrospective cohort study, Swiss Med Wkly. 2024;154:3798. **3** Wellmann S et al. Neonatology. 2021;118(1):116-121. **4** Ryan MA et al. Front Pediatr. 2023 Nov 30;11:1256872 **5** Yoshida-Montezuma Y et al. JAMA Netw Open. 2022 May 2;5(5):e2214379. **6** Du Berry C et al. EClinicalMedicine. 2022 Jul 29;52:101597. \*Neo-MILK is a scientific project in Germany, aiming to improve breastfeeding support and establish human milk banks in neonatal intensive care units. neo-milk.uni-koeln.de

# SYMPHONY® PLUS

## Um extrator – uma combinação única

Com estes dois programas baseados em investigação, o extrator de leite Symphony com o cartão Symphony® PLUS é a melhor opção para garantir um bom arranque e um bom desenvolvimento quando existem dificuldades iniciais e, se necessário, mantém a produção de leite da mãe a longo prazo.

Durante os primeiros dias após o nascimento, os bebés sugam de forma diferente da altura em que o aleitamento é estabelecido: O seu comportamento de sucção ainda é irregular e inclui pausas frequentes – um ritmo concebido especialmente pela natureza para estimular o aleitamento após o nascimento, de forma otimizada. O Symphony oferece o programa INICIAR para assegurar a simulação mais precisa deste processo de desencadeamento da amamentação.

Imita o ritmo de sucção e pausa do bebé recém-nascido durante os primeiros dias de aleitamento. Após a ativação secretória, a mãe pode mudar para o programa MANUTENÇÃO, que imita o ritmo de sucção de um recém-nascido saudável durante o aleitamento estabelecido, com base na tecnologia 2-Phase Expression comprovada: Inicialmente, o bebé estimula

a mama da mãe através de ciclos de sucção rápidos e curtos. Assim que o reflexo da ejeção de leite é acionado e o leite começa a fluir, o bebé muda para um padrão de sucção mais regular. A tecnologia 2-Phase Expression imita com precisão este ritmo, permitindo que o leite seja extraído de forma mais eficaz.

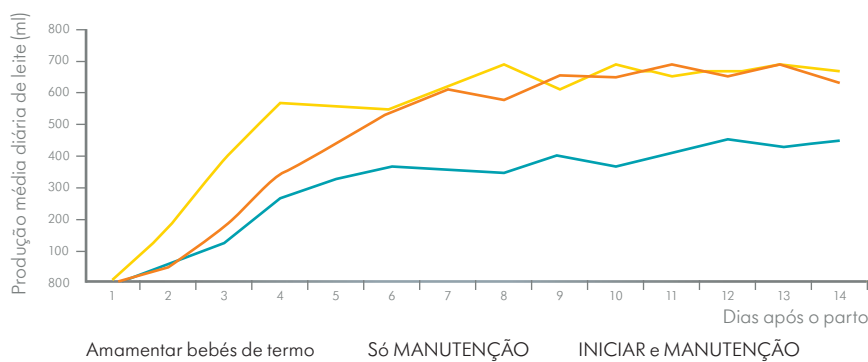
No entanto, é a combinação destes dois programas que tornam o Symphony tão único: Como parte de um ensaio clínico aleatório, os investigadores investigaram a eficácia dos programas INICIAR e MANUTENÇÃO. Os participantes foram mães de bebés prematuros, todas elas a precisar de um extrator de leite, divididas em dois grupos: Um grupo utilizou o Symphony com o programa INICIAR até a ativação secretória ter ocorrido e depois mudou para o programa MANUTENÇÃO. O outro grupo só utilizou MANUTENÇÃO!

### Os resultados

Em comparação com as mães que utilizaram só MANUTENÇÃO, as mães que utilizaram INICIAR seguido de MANUTENÇÃO:<sup>1</sup>

- Conseguiram volumes diários de leite significativamente mais elevados nas primeiras duas semanas.
- Tinham mais probabilidades de atingir uma produção superior a 500 ml (16,9 fl oz) por dia no final da segunda semana.
- Depois de utilizar INICIAR seguido de MANUTENÇÃO, extraíram volumes semelhantes aos ingeridos por um bebé de termo, do dia seis e ao dia 14 após o nascimento.<sup>1,2</sup>

Como preparar o Symphony, passo a passo:



Neville MC et al. Am J Clin Nutr. 1988; 48(6):1375–1386  
Meier PP et al. J Perinatol. 2012; 32(2):103–110

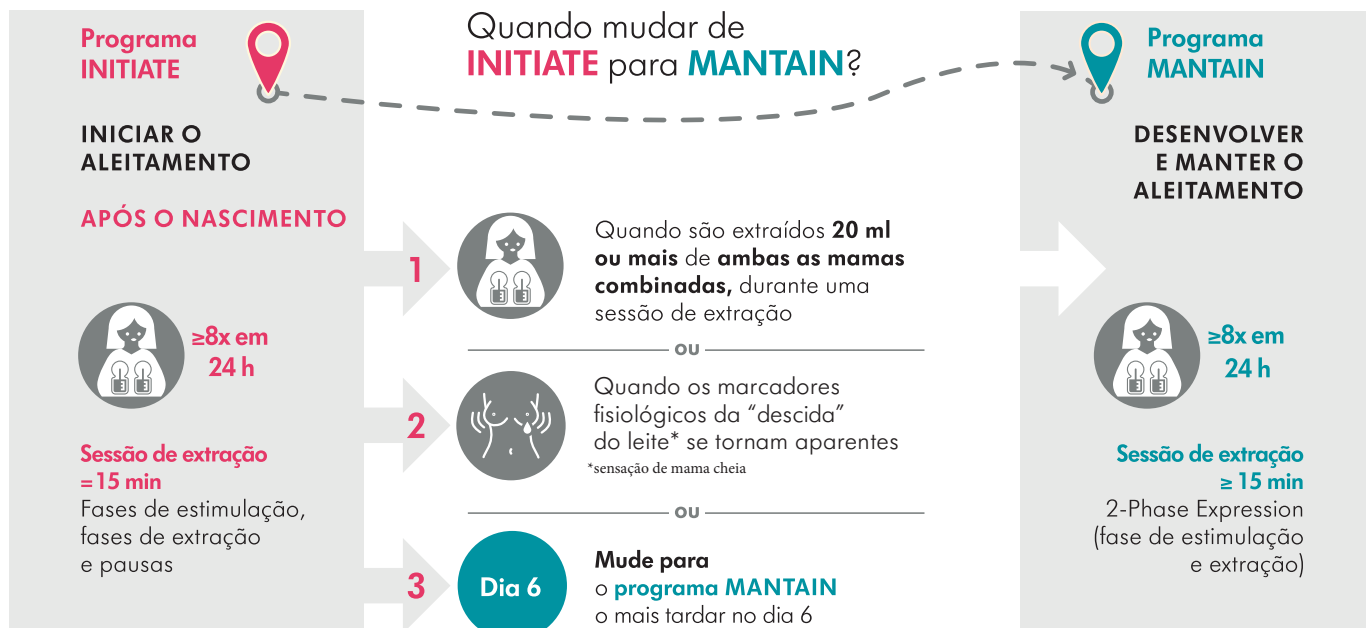
# ica de programas

As mães que utilizaram  
**INICIAR** atingiram  
a ativação secretória<sup>4</sup>  
1,2 dias mais depressa



## BENEFÍCIOS DA EXTRAÇÃO DUPLA

Além de ser mais rápida – uma grande vantagem para profissionais de saúde e mães atarefadas –, a investigação mostra que a extração dupla, aquando do aleitamento estabelecido, obtém, em média, mais 18% de leite em comparação com a extração simples de uma mama de cada vez.<sup>3</sup> E o leite extraído também tinha um teor energético mais elevado.<sup>3</sup>



### PARA MAIS INFORMAÇÃO

Dica: A nossa formação eletrónica Symphony está agora disponível em 10 línguas na Universidade Medela



# Damos-lhe suporte para que possa apoiar as mães

## Adoramos partilhar!

A mais recente investigação sobre aleitamento, estudos de amamentação relevantes, melhores casos da prática clínica e, claro, tudo o que há para saber sobre a melhor forma de usar os nossos produtos. Então tem tudo o que precisa para ajudar as mães a alcançar os seus objetivos de amamentação.

### NEWSLETTER

Subscreva agora para as notícias mais recentes do mundo da investigação sobre amamentação e aleitamento, melhores casos de toda a Europa, tecnologias inovadoras e desenvolvimento de produto entusiasmante.



### SYMPHONY HUB

O nosso sistema de suporte digital sobre como usar o nosso extrator hospitalar e de aluguer, Symphony. Com instruções passo-a-passo simples, vídeos úteis, links e exemplos visuais, todos otimizados para utilização em dispositivos móveis.



### MEDELA UNIVERSITY

Subscreva para cursos online gratuitos e palestras a pedido sobre amamentação e aleitamento, realizadas por cientistas de renome internacional. Pontos CPD disponíveis!



### QUAISQUER QUESTÕES, FEEDBACK OU PENSAMENTOS QUE GOSTASSE DE PARTILHAR? GOSTARÍAMOS DE O OUVIR!

Contacte-nos em  
[info@medela.pt](mailto:info@medela.pt)