

AMAMENTAÇÃO E O BABYWEARING

B E B Ê N O P A N O 2 0 1 7

Catarino Firmino

Elisabete Rôla

Talyta Moraes

Tatiana Motinho



Foto: Amamenta Setúbal | © Patrícia Ferreira



1. O MOMENTO DO NASCIMENTO.....	005
1.1. O que acontece no corpo da mãe?.....	005
1.2. O que acontece com o bebê?.....	016
2. AS PRIMEIRAS HORAS DE VIDA E O IMPACTO DELAS NO FUTURO.....	021
2.1. A “Hora Dourada”.....	021
2.2. Teoria da vinculação e sua importância.....	023
2.3. Contacto pele a pele e método “mãe canguru” (exterogestação).....	028
2.4. Como são fundamentais para o sucesso da amamentação prolongada.....	041
2.5. Amamentação, transformações no corpo, bebê e mãe.....	053
2.6. Como é que o bebê mama.....	061
3. DESENVOLVIMENTO DO RECÉM NASCIDO.....	070
3.1. Transportar de forma ergonómica.....	070
3.2. Benefícios para o bebê.....	072
3.3. Benefícios para a mãe.....	073
3.4. Usar um portabebês.....	074
3.5. Amamentar num portabebês, vantagens, como fazer.....	076
3.5.1. Carregadores mais comuns no mercado (brasileiro e português)	076
3.5.2. Carregadores tradicionais	083
3.6. Problemas na amamentação.....	092
4. BEBÊS COM NECESSIDADES ESPECÍFICAS.....	098
4.1. Bebê com síndrome de down.....	098
4.2. Gémeos.....	099
4.3. Problemas neurológicos – Hipotónicos, hipertónicos, distónicos.....	100

4.4. Refluxo gastroesofágico.....	100
5. TESTEMUNHOS REAIS.....	100
5.1. A mãe.....	100
5.2. O pai.....	107
5.3. Profissionais de saúde.....	109
6. DIVERSIDADE CULTURAL	113
6.1. Testemunhos reais.....	113
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117

1. O MOMENTO DO NASCIMENTO

1.1. O que acontece no corpo da mãe?

O corpo da mulher é feito para parir. Tudo nele é feito para parir. Desde as emoções e hormônios liberados até os músculos que cobrem todo o útero da mulher.

Se formos pela ancestralidade, a mulher não precisa de nada para parir, já que pode fazer tudo sozinha, mas culturas milenares criaram – e até hoje criam – mitos sobre o parto como forma de dominação sobre a feminilidade e o poder procriativo da mulher.

Para o processo do nascimento acontecer, a mulher precisa principalmente de contrações uterinas efetivas. Essas contrações – involuntárias – acontecem nos músculos que compõem o útero e, como todo músculo no nosso corpo quando contraídos, ficam mais curtos e duros; quando relaxados, ficam mais compridos e moles.

“Todos os nossos músculos se contraem, tanto os voluntários quanto os involuntários e normalmente suas contrações não causam dor. A dor, em geral, é manifestação de algum problema mecânico, infeccioso ou emocional. Sabemos que nossas emoções influem nas contrações. Por exemplo, quando estamos apaixonados ou quando temos medo nosso coração pode bater mais depressa. Algumas pessoas, quando estão com uma emoção que as tensiona, sentem dores no abdômen, dor no estômago”.

(PAMPLONA. Vitória; COSTA. Tomaz Pinheiro da; CARVALHO. Marcus Renato de. DA GRAVIDEZ À AMAMENTAÇÃO. P 109)

Isso também acontece no nosso útero. Sem estarmos grávidas ou em trabalho de parto, nosso útero contrai involuntariamente, seja com a menstruação, com as relações sexuais ou

com a amamentação. Mas como o útero é pequeno, não percebemos tanto.

Essa mágica toda acontece com a ajuda, principalmente, dos hormônios. Eles estão presentes durante toda a gestação, trabalho de parto, parto e pós parto da mulher. E são eles:



A ocitocina tem ação dupla: ela contrai o útero, possibilitando o nascimento do bebê e a saída da placenta. Por isso é o hormônio mais importante para o nascimento. Além disso, é ela a responsável por contrair os dutos mamários para que o leite materno seja liberado.

*-- MICHEL ODENT
(em entrevista à revista Pais&Filhos Brasil, 2013)*

- OCITOCINA/ OXITOCINA

Em quesito nascimento, a ocitocina é o principal hormônio para as contrações uterinas acontecerem. Ele é o/a famoso/a “hormônio/hormona do amor”, responsável além das contrações, pela redução no sangramento durante o parto, pela estimulação a liberação do leite materno; pelo desenvolvimento do apego e empatia entre pessoas, pela produção de prazer no orgasmo, pela produção do medo ao desconhecido.

É o/a hormônio/hormona da calma e conexão, da vontade de empurrar, do “reflexo de ejeção fetal”, do comportamento maternal e dos sentimentos de bem estar e amor. É o/a principal hormônio/hormona responsável pelo parto em todos os mamíferos.

A sua produção, durante a gestação, é acumulativa. Ou seja, os seus receptores aumentam em média, 100 a 200 vezes, atingindo nível máximo durante o parto.

A ocitocina/oxitocina tem efeitos opostos ao das catecolaminas descritas abaixo.

- ENDORFINAS

Hormônio/hormona semelhantes à morfina, sua liberação aumenta com a dor, esforço, estresse e medo, e tende a antagonizar sentimentos desagradáveis. Melhoram o bom humor,

aumentam a resistência, aumentam a disposição física e mental, aliviam as dores, melhoram a concentração, entre outros efeitos.

Durante o trabalho de parto, são úteis em criar um estado de transe (desligamento e comportamento instintivo) característico em mulheres em trabalho de parto. As endorfinas contribuem para um sentimento de “euforia” que muitas mulheres sentem após partos não medicalizados, pois uma vez que a dor e o estresse acabam, a mulher ainda está sob o efeito de resquícios da endorfina produzida.

Elas trabalham em conjunto com a ocitocina. Em um trabalho de parto, mulheres relatam que as contrações não são sempre com a mesma intensidade, mas na verdade, aquela contração de menor intensidade foi ajudada com a produção da endorfina, causando sensação de bem estar a mulher. As contrações, geralmente, são com a mesma intensidade; elas só parecem menores, quando as endorfinas são produzidas, amenizando a contração uterina.

- RELAXATINA

É o/a hormônio/hormona produzido/a pela placenta, aumentando o número de receptores para a ocitocina, além de produzir um ligeiro amolecimento das articulações pélvicas (articulações da bacia) dando-lhes a flexibilidade necessária para o parto, afrouxa a união entre os ossos da bacia e alarga o canal de passagem do feto.

Tem ação importante no útero para que ele se distenda, a medida em que o bebê cresça.

- CATECOLAMINAS (ADRENALINA, EPINEFRIA, NORADRENALINA, CORTISOL E OUTROS)

São hormônios/hormonas do estresse produzidos/as, principalmente, em resposta a luta ou fuga. São secretados quando uma pessoa está assustada, com raiva, ou está em situação de perigo real ou imaginado. Seus efeitos fisiológicos permitem que o corpo tenha resistência, se defenda ou fuja diante de situação de perigos.

Com a produção delas no primeiro estágio do trabalho de parto, as contrações podem

ficar espaçadas ou continuarem sem progresso na dilatação. Os batimentos cardíacos fetais podem diminuir e a mulher pode tornar-se tensa, alerta, temerosa e com uma atitude protetora de seu bebê não nascido. Mas, na penúltima fase do trabalho de parto, o aumento das catecolaminas será de uma utilidade ímpar, ajudando a mobilizar a força, esforço e estado de alerta necessário para empurrar o bebê para fora. As catecolaminas inibem os efeitos da ocitocina/oxitocina e das endorfinas.

- PROLACTINA

É o/a hormônio/hormona de “fazer ninho”. Prepara os seios para a amamentação durante a gravidez e após o parto, e promove a síntese do leite. Possui um efeito comportamental calmante na mãe, promovendo o comportamento altruísta da mãe e a habilidade de colocar as necessidades do bebê acima das dela.

RAIVA, MEDO OU ESTRESSE

Comportamental (resposta fisiológica)

pupilas dilatadas

↑ captação de oxigênio

desvio da circulação sanguínea dos órgãos internos (incluindo útero) para os membros

↑ batimento cardíaco e pressão arterial

↑ glicose sanguínea

↑ estrogênio (mulheres) ou testosterona (homens)



RESPOSTA

Mulheres: “Proteger e buscar ajuda”
(Proteger a prole e procurar uma rede de apoio)

Homens: “Luta e fuga”
(Se defender ou correr)

O CORPO SE PREPARA PARA AGIR E GASTAR MAIS ENERGIA

Efeitos da ansiedade materna - resposta: “proteger e buscar ajuda” - durante o trabalho de parto

o excesso de catecolaminas no primeiro estágio do trabalho de parto

↓ circulação sanguínea

↓ contrações uterinas

↑ duração do primeiro estágio

↓ aporte sanguíneo para a placenta

↑ produção de catecolaminas do feto

- conservação fetal de oxigênio

- desaceleração dos batimentos cardíacos fetais

↑ percepção negativa e pessimista a respeito dos eventos

↑ necessidade de suporte e reafirmação

excesso de catecolaminas no segundo estágio de trabalho de parto

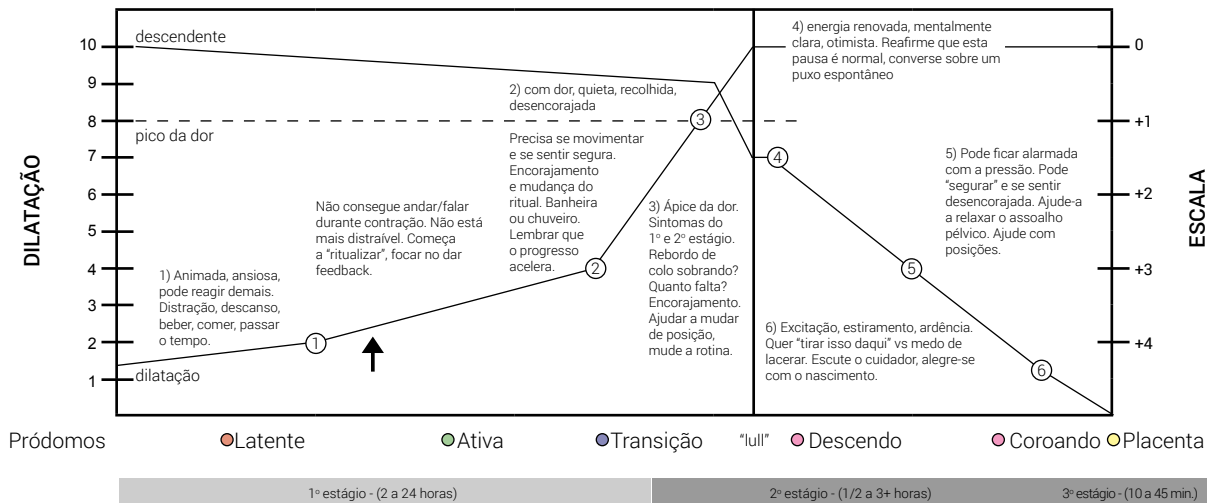
- efeitos fetais listados acima

- “reflexo de ejeção fetal” (rápida expulsão do feto)



A MULHER SE BENEFICIA AO EVITAR OU REDUZIR O ESTRESSE

SIMKIN, Penny. PT, CD (DONA INTERNATIONAL). Formação de Doulas por Ana Paula Markel. Capítulo 5.



PRINCIPAIS HORMÔNIOS ENVOLVIDOS:

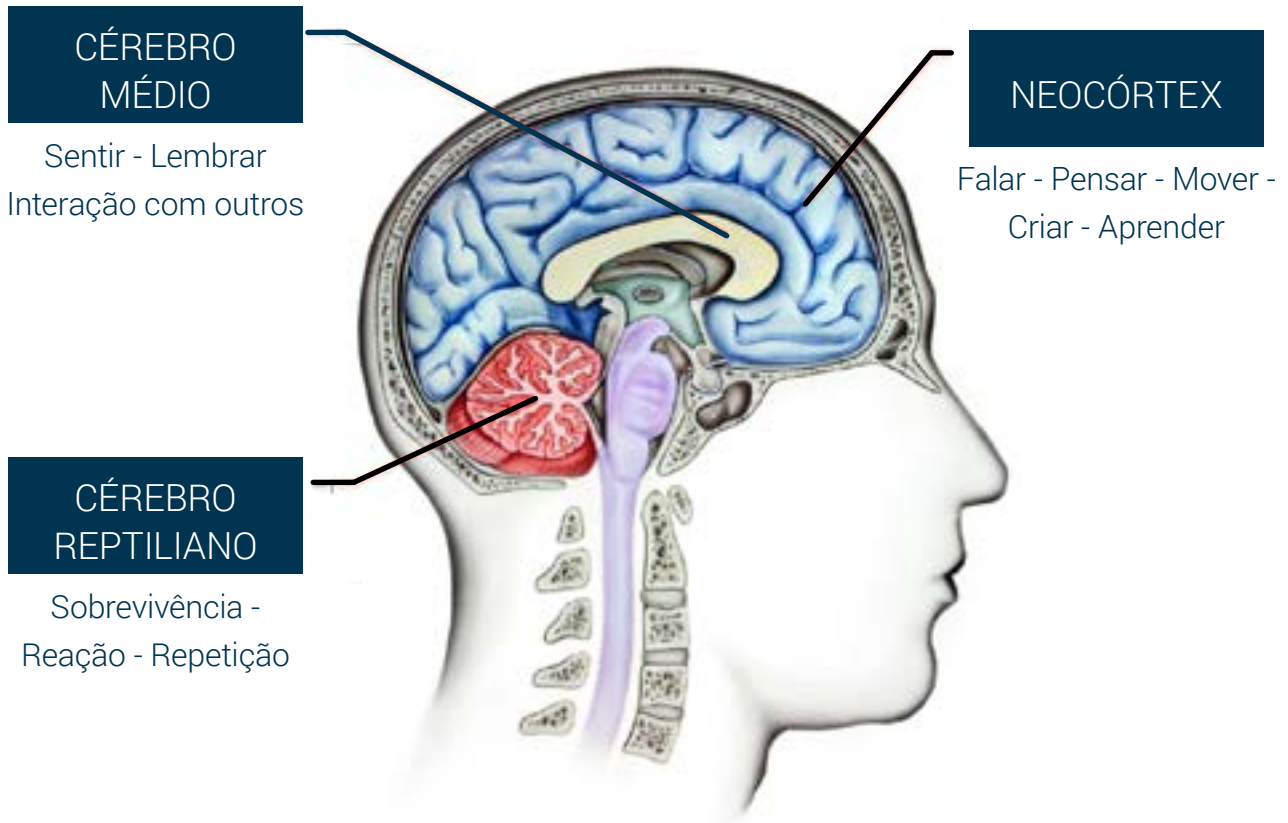
- relaxatina, adrenalina e ocitocina.
- ocitocina, endorfina e adrenalina.
- relaxatina, adrenalina e ocitocina.
- ocitocina e relaxatina.
- ocitocina.

SIMKIN, Penny. PT, CD (DONA INTERNATIONAL). Formação de Doulas por Ana Paula Markel. Capítulo 5.

NEOCÓRTEX

É a parte do cérebro responsável por comandar a razão e o discernimento. Estimulado pela comunicação verbal, conduzindo ao afastamento do estado primitivo e é a nossa maior fonte de inibições.

Com o trabalho de parto fluído, é normal acontecer do neocórtex "ser desligado", ou seja, as mulheres perdem as inibições e seu instinto primitivo é acionado.



FONTE: PINTEREST. USUÁRIO EM.

AS FASES DO TRABALHO DE PARTO

• PRÓDOMOS

Fisiologicamente, o cérvix se afina, amolece e move-se para frente. A mulher tem contrações de treinamento (contrações de Braxton-Hicks), sem dilatação, cólicas semelhantes a menstruais. São importantes e úteis para a centralização e amolecimento do colo e descida do bebê.

Por estar bem no final da gestação, a mulher pode se sentir mais cansada e muito mais vulnerável.

- FASE LATENTE

Fisiologicamente, o cérvix continua a afinar (ou se apagar) e começa o processo de dilatação. Primeiro estágio de dilatação e ela pode ocorrer até 6 centímetros.

A mulher ainda pode estar coerente, mas como a fase pode se prolongar, ela pode mesclar com preocupações. Momento para desconectar o neocórtex.

- FASE ATIVA

Normalmente, a cabeça do bebê se encaixa nessa fase e começa a descender. As contrações uterinas entram em um ritmo e aumentam gradativamente. Segundo estágio da dilatação e ela fica entre 6 e 8 centímetros.

A mulher pode demonstrar emoções negativas, encontra um ritual próprio e, normalmente, tem a necessidade instintiva de se movimentar.

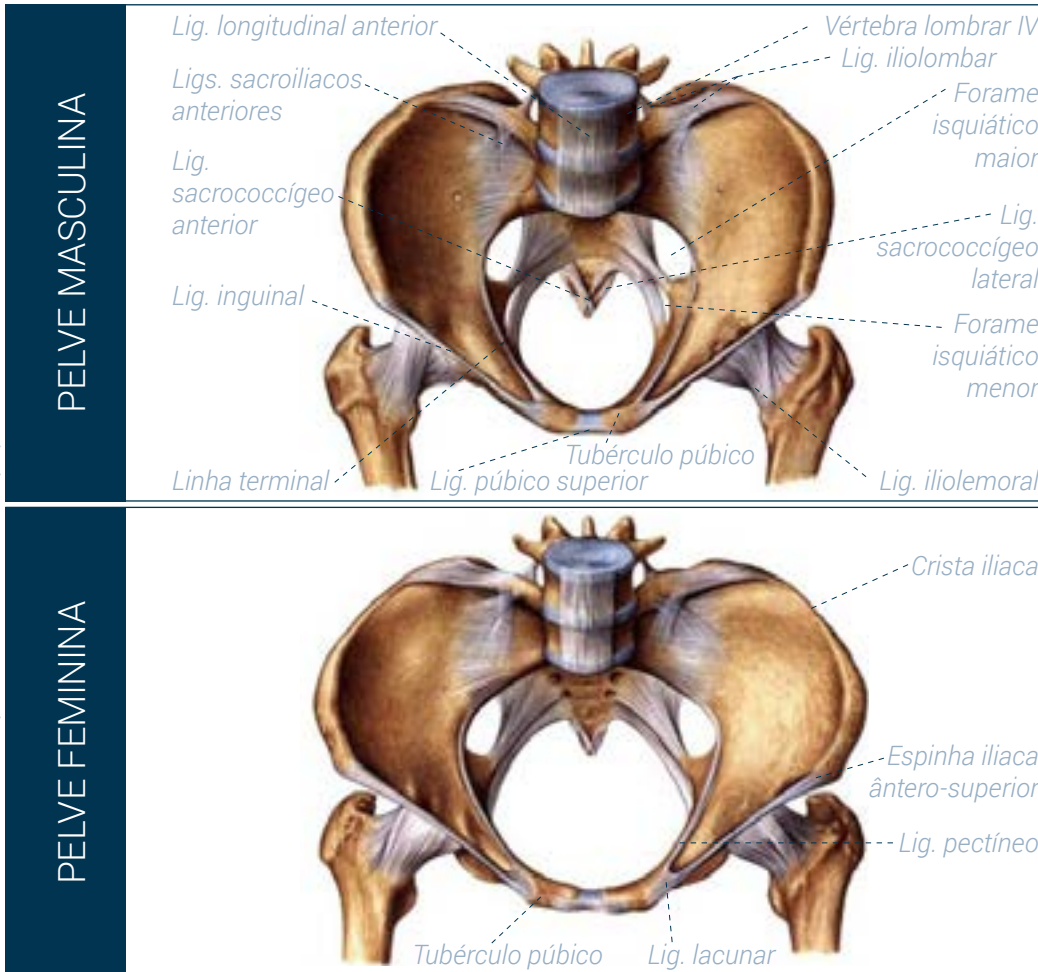
- FASE DA TRANSIÇÃO

O bebê começa a descer e as contrações uterinas ficam muito próximas e de grande intensidade. Esse é o terceiro estágio da dilatação, estando entre 8 e 10 centímetros (dilatação total). O útero está se adaptando agora que a cabeça do bebê está descendo, saindo dele e entrando no canal de parto.

Para a mulher, é a fase do medo ou raiva, da desistência. Após passar pelo começo da transição, ela sente-se opostamente diferente, confiante, aliviada, energia renovada. É nessa fase que a mulher entra em contato com a famosa “partolândia”.

• FASE DO EXPULSIVO

FONTE: http://www.laifi.com/laifi.php?id_laifi=1223&idC=21132#



“A estrutura óssea da pelve masculina e feminina é basicamente a mesma. Nas mulheres, porém a abertura do centro da bacia é maior para que durante a gestação, mais especificamente no trabalho de parto, a cabeça do bebê possa passar de forma natural”.

Esta fase se inicia quando o bebê faz a rotação e começa a descer pelo canal de parto. Ele desce com movimentos suaves para frente e para trás durante as contrações e quando o bebê está com a cabeça coroando, é natural a mulher sentir um círculo de fogo na vagina.

- DEQUITAÇÃO

A dequitação é a saída da placenta. Enquanto a placenta não for expulsa pelo corpo da mulher, o parto não se finalizou, já que precisa-se que os hormônios do parto continuem trabalhando para a dequitação ser completa e com sucesso.

Neste momento é de suma importância o contato pele a pele do bebê com a mulher. A famosa “Hora Dourada” ou “Golden Hour” (veja sobre no próximo capítulo).

IMPORTANTES ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS

- SAÍDA DO TAMPÃO MUCOSO

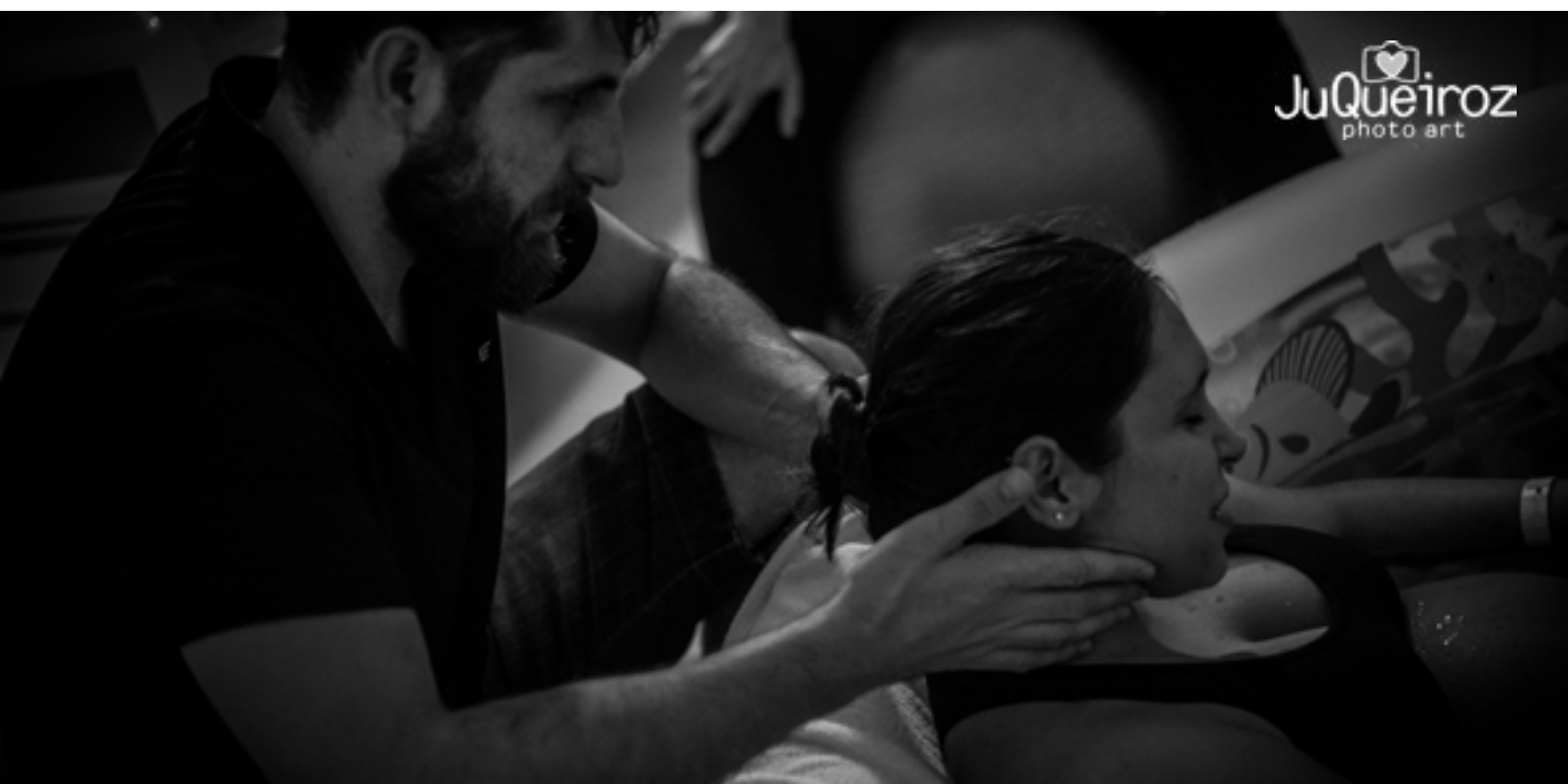
O tampão mucoso é uma secreção espessa, consistente, que pode sair (ou não!) com raias de sangue, tem aparência de clara de ovo ou parecido com um catarro. A saída do tampão pode acontecer nos pródomos, no início do trabalho de parto ou durante ele.

Esse muco é responsável por impedir a entrada de micróbios no útero, onde está o bebê. Ficando localizado no colo do útero.

- ROMPIMENTO DA BOLSA AMNIÓTICA

A bolsa é uma espécie de saco repleta de líquido amniótico onde o bebê fica dentro durante a gravidez inteira, protegido de choques térmicos e mecânicos que podem ocorrer

O rompimento da bolsa pode acontecer antes do início do trabalho de parto, durante o trabalho de parto, durante o expulsivo ou o bebê pode nascer dentro dela (empelicado). Quando se rompe, o líquido é liberado – em pequena ou grande quantidade.

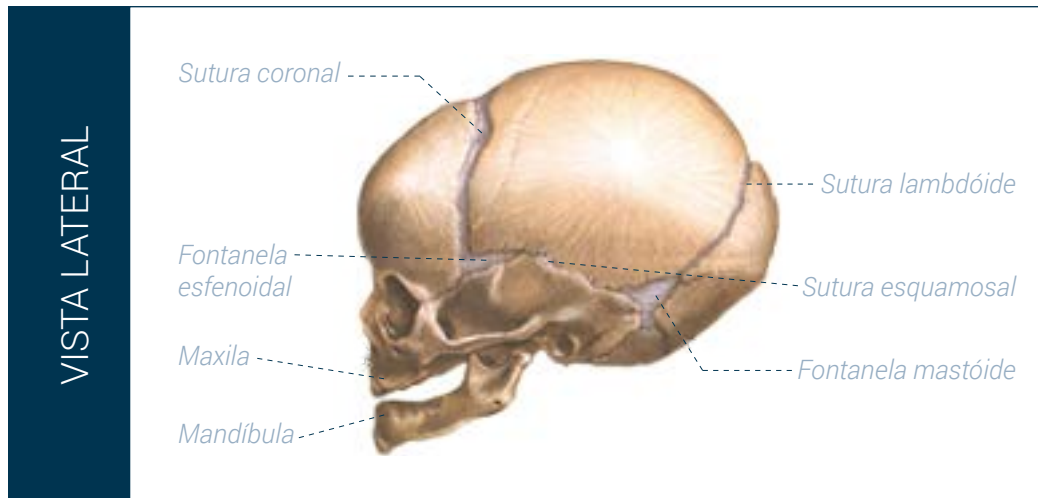


1.2. O que acontece com o bebê?

O trabalho de parto só se inicia quando a maturação fetal está completa, sendo que, o pulmão é o último órgão a se desenvolver intra-útero. Após seu desenvolvimento, o bebê libera surfactantes no líquido amniótico, fazendo com que se inicie as contrações uterinas e toda a liberação dos hormônios necessários para o trabalho de parto.

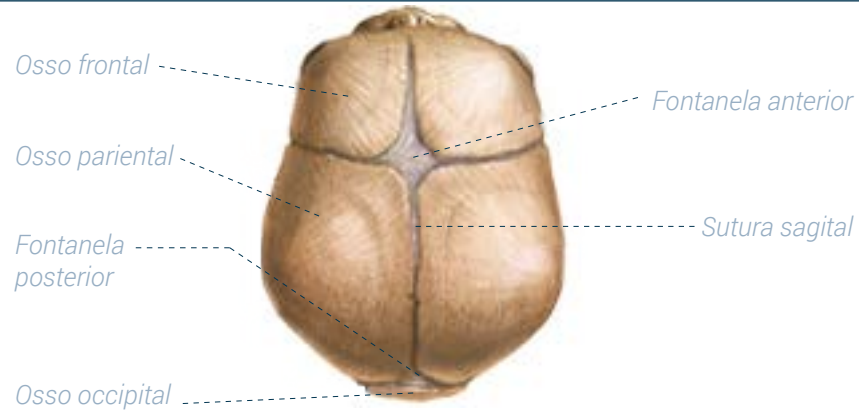
O feto e o recém-nascido produzem os mesmos hormônios que a mãe, o que contribui para o bem estar fetal durante o parto, a adaptação neonatal, o início da amamentação e outras funções possíveis.

Para o processo do nascimento, os ossos da cabeça do bebê não são soldados, facilitando a passagem pelo canal vaginal. Eles são moles e separados, formando o que se chama de moleira ou fontanela.



FONTE: <http://default.adam.com/content.aspx?productId=125&pid=70&gid=1127>

VISTA SUPERIOR



Crânio do recém-nascido. "As 'suturas' ou linhas anatômicas onde as placas ósseas do crânio se unem podem ser facilmente sentidas no recém-nascido. O espaço em forma de diamante da parte superior do crânio e o espaço menor da parte posterior geralmente são chamadas de 'fontanelas' em crianças pequenas". A.D.A.M., Inc.

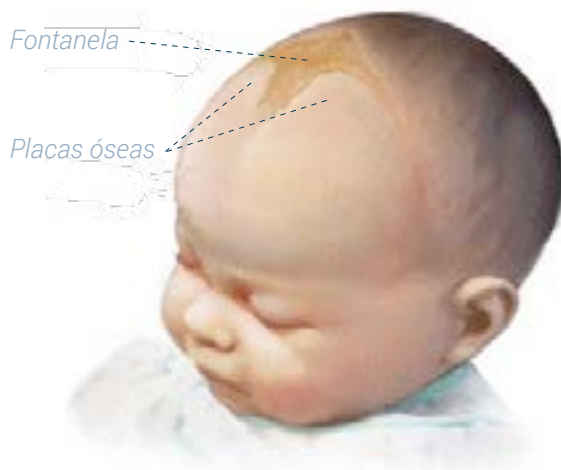


Imagem mostrando a fontanela na cabeça de um recém-nascido. "Ao passar pelo canal vaginal eles se amoldam e a cabeça do bebê fica menor do que ficará depois do nascimento. Às vezes, por causa disto, a cabeça tem um aspecto comprido logo depois do parto, mas aos poucos, vai ficando com a forma arredondada. (PAMPLONA. Vitória; COSTA. Tomaz Pinheiro da; CARVALHO. Marcus Renato de. DA GRAVIDEZ À AMAMENTAÇÃO. P 117)

FONTE DA IMAGEM: <http://seupediatra.com/decifrando/o-que-e-moleira-ou-fontanela/>



VÉRNIX CASEOSO

Com propriedades antimicrobianas e textura parecida com queijo, o vérnix caseoso é um material grosso que fica grudado na pele do bebê. É produzido por glândulas sebáceas na gestação e pode começar a partir das 18 semanas, diminuindo até o nascimento.

Sua principal função é proteger a pele do bebê da desidratação no útero, já que ele fica em contato com o líquido amniótico o tempo inteiro. Indica-se que, ao nascimento, não se retire o vérnix, pois este continua a alimentar a pele do bebê no pós parto imediato.

INDICAÇÕES PÓS PARTO IMEDIATO

“O clampeamento tardio do cordão umbilical, o contato imediato pele a pele e o início da amamentação exclusiva são três práticas simples que, além de proporcionar benefício instantâneo ao recém-nascido, podem ter impacto ao longo prazo na nutrição e na saúde da mãe e do bebê e, possivelmente, afetem o desenvolvimento da criança muito além do período neonatal e do puerpério”. (CHAPARRO, C.M., LUTTER, C. Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Organização Pan-Americana da Saúde: Washington D.C., dezembro de 2007).



Nascer é um tremendo esforço, e adaptar-se ao mundo aqui fora não deve ser uma tarefa fácil. Seria maravilhoso se todos os bebês pudessem fazer isso com calma, sem pressa e num ambiente amoroso e delicado. Afinal de contas, para humanizar o nascimento não é necessário “fazer coisas”. Justamente ao contrário, para suavizar o nascimento precisamos apenas “não fazer nada”.

*-- ANA CRISTINA DUARTE
(Palavra Da Parteira |
Humanizando A Recepção
Ao Recém Nascido | www.maternidadeativa.com.br)*



2. AS PRIMEIRAS HORAS DE VIDA E O IMPACTO DELAS NO FUTURO

2.1. A “Hora Dourada”

A “Hora Dourada” é a primeira hora de vida do recém-nascido neste mundo. Ela é realizada logo após o nascimento, antes mesmo do clampeamento do cordão umbilical e a recomendação é que, “se o bebê estiver ativo e reativo, colocar diretamente sobre o abdômen ou tórax da mãe, de bruços, com a pele do recém-nascido em contato com a pele da mãe. Enquanto a pele da mãe auxiliar a regular a temperatura do recém-nascido, cobrir as costas do bebê e o abdômen e tórax da mãe com um cobertor seco e aquecido, protegendo a cabeça do recém-nascido com um gorro ou um pano para evitar a perda de calor”. (CHAPARRO, C.M., LUTTER, C. Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Organização Pan-Americana da Saúde: Washington D.C., dezembro de 2007. Página 16)

Todo esse processo deve ocorrer durante a primeira hora de vida e todos os procedimentos de rotina devem ser postergados, mas manter a supervisão frequente. Não se limitar a esse processo somente à sala de parto, mas deve ser praticado sempre que possível.

Essa prática é essencial na primeira hora de vida, pois aproveita o período de alerta e o comportamento inato do bebê de abocanhar e sugar a mama, geralmente sem requerer nenhuma ajuda em particular. “O bebê chora vigorosamente e apresenta um reflexo de sucção muito forte, procura instintivamente a mama, através do cheiro, e começa a mamar com bons reflexos de procura, sucção e deglutição. Neste momento, os olhos do recém-nascido permanecem abertos, sugerindo uma ótima oportunidade para que se estabeleça contato visual e vinculação. Em seguida, logo depois dessa primeira hora mágica, o recém-nascido entra em um período de sonolência excessiva que o desconecta do mundo por algumas horas”.

BENEFÍCIOS IMEDIATOS		BENEFÍCIOS A LONGO PRAZO	
Lactente	Mãe	Lactente	Mãe
Melhora a efetividade da primeira mamada e reduz o tempo de obtenção de sucção efetiva;	Melhoram os comportamentos de afeto e vínculo da mãe;	Existe associação positiva entre índices de aleitamento materno nos primeiros 4 meses pós parto e maior duração de amamentação.	Melhoram os comportamentos de afeto e apego da mãe.
Regula\mantém a temperatura corporal;	Diminui a dor causada pelo ingurgitamento mamário.		
Melhora a estabilidade cardiorrespiratória*.			

* Recém-nascidos prematuros.

(CHAPARRO, C.M., LUTTER, C. *Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Organização Pan-Americana da Saúde: Washington D.C., dezembro de 2007. Página 17. Tabela 3: Resumo dos benefícios imediatos e no longo prazo do contato pele a pele da mãe e seu recém-nascido logo após o parto).*

Além dos já citados, existem outros benefícios da prática da “Hora Dourada”:

- Estimula a liberação de ocitocina (é a maior produção de ocitocina que será produzida pelo corpo da mulher em todo o processo);
- Com a liberação de ocitocina, existe a contração uterina (para o útero voltar ao lugar mais rápido), além de ser o hormônio responsável pela ejeção do leite;

- Com a estabilidade cardiorrespiratória, existe a redução do choro, do estresse e aumento os níveis de glicose no sangue do bebê;
- Bactérias maternas começam a colonizar a pele do filho como forma de defesa;
- É importante que quanto mais cedo a amamentação é iniciada, frequente e efetiva, a produção de leite se estabelece e se previne a perda excessiva de peso neonatal.

“Ruim foi sair de um local confortável e vir para um mundo cheio de luz e barulho sendo minimizado com a segurança de um colo de mãe, cheio de mãe e calor de mãe”. (ROMANO, C. Blog Padecendo no Paraíso. <http://padecendo.com.br/primeira-hora-pos-parto-a-hora-de-ouro-por-camila-romano/>)

2.2. Teoria do apego\vinculação

Teoria do apego ou teoria da vinculação, é a teoria que descreve certos aspectos a curto e longo prazo de relacionamento entre humanos e entre outros primatas. O seu princípio mais importante declara que um recém nascido precisa desenvolver um relacionamento com, pelo menos, um cuidador primário para que o seu desenvolvimento social e emocional ocorra normalmente. A teoria do apego é um estudo interdisciplinar que abrange os campos das teorias psicológica, evolutiva e etológica. Imediatamente após a Segunda Guerra Mundial, as crianças órfãs e sem lar apresentaram muitas dificuldades, e o psiquiatra e psicanalista John Bolwby foi convidado pela Organização das Nações Unidas (ONU) a escrever um panfleto sobre o assunto. Posteriormente, ele formulou a teoria do apego.

Os bebês apegam-se a adultos que são sensíveis e receptivos às relações sociais com eles, e que permanecem como cuidadores compatíveis por alguns meses durante o período de cerca de seis meses a dois anos de idade. Quando um bebê começa a gatinhar e a andar, ele começa a usar as figuras de apego (pessoas conhecidas) como uma base segura para explorar mais



Nenhuma criança de 10 anos quer andar no carrinho, nem usar fralda, nem permite que a mãe limpe seu bumbum. E tampouco quer andar no colo. Elas deixam que as carreguem por muito pouco tempo. É preciso desfrutar, porque, em alguns anos, elas não vão querer mais.

*-- CARLOS GONZÁLEZ
(em entrevista à revista Crescer Brasil, 2016)*

e voltar de novo a eles. A reacção dos pais leva ao desenvolvimento de padrões de apego; estes, por sua vez, levam aos modelos internos de funcionamento, que irão guiar as percepções individuais, emoções, pensamentos e expectativas em relacionamentos posteriores. A ansiedade pela separação ou dor após a perda de uma figura de apego é considerada uma reacção normal e adaptável para um recém-nascido apegado. Estes comportamentos podem ter evoluído porque aumentam a probabilidade de sobrevivência da criança.

O comportamento infantil associado ao apego é principalmente a busca por proximidade a uma figura de apego. Para formular uma teoria abrangente sobre a natureza das ligações afectivas prematuras, Bowlby explorou uma variedade de campos, incluindo biologia evolutiva, teoria da relação de objectos (um ramo da psicanálise), teoria de sistemas de controle, e campos da etologia e da psicologia cognitiva. Após documentos preliminares a partir de 1958, Bowlby publicou um estudo completo em três volumes Apego, Separação e Perda (1969 – 82).

As pesquisas feitas pela psicóloga do desenvolvimento Mary Ainsworth nas décadas de 1960 e 70, reforçaram os conceitos básicos, introduziu o conceito de “base segura” e desenvolveu a teoria de um número de padrões de apego em recém-nascidos: apego seguro, apego inseguro-evitativo e apego inseguro-ambivalente. Posteriormente, foi identificado um quarto padrão, o apego desorganizado.

Na década de 1980, a teoria foi estendida para apego em adultos. Outras interações podem ser interpretadas como componentes do comportamento de apego; estes incluem relacionamentos entre pares em qualquer faixa etária, atracção romântica e sexual, e reacções

quanto à necessidade de cuidado de recém-nascidos, doentes ou idosos.

Nos primórdios da teoria, psicólogos académicos criticaram Bowlby, e a comunidade psicanalítica isolou-o pelo seu afastamento dos princípios psicanalíticos; no entanto, a teoria do apego tornou-se, desde então, “a abordagem dominante para a compreensão do desenvolvimento social precoce, e deu origem a um grande surto de pesquisas empíricas sobre a formação de relacionamentos estreitos em crianças”. Críticas posteriores à teoria do apego referem-se ao temperamento, à complexidade das relações sociais e às limitações dos padrões discretos para as classificações. A teoria do apego tem sido significativamente modificada como resultado de pesquisas empíricas, mas os conceitos tornaram-se geralmente aceites. A teoria do apego tem formado a base de novas terapias e esclarecido as já existentes, e seus conceitos têm sido usados na formulação de políticas sociais e de amparo de crianças para dar apoio aos primeiros relacionamentos de vinculação das crianças.

Dentro da teoria, apego significa um vínculo afectivo ou ligação entre um indivíduo e uma figura de apego (comumente um cuidador). Estes laços podem ser recíprocas entre dois adultos, mas entre uma criança e um cuidador são baseados nas necessidades de segurança e protecção da criança, fundamentais na infância. A teoria propõe que crianças se apegam instintivamente a quem cuide delas, com a finalidade de sobreviver, incluindo o desenvolvimento físico, social e emocional. A meta biológica é a sobrevivência, e a meta psicológica é a segurança. A teoria do apego não é uma descrição exaustiva dos relacionamentos humanos, nem é sinónimo de amor ou afecto, embora estes possam indicar que os vínculos existem. Em relações criança-adulto, o vínculo da criança é chamado de “apego” e o equivalente recíproca do cuidador é classificado como “vinculação de cuidado”.

Recém-nascidos estabelecem ligações afectivas com qualquer cuidador compatível que seja sensível e receptivo em interacções sociais com eles. A qualidade do compromisso social é mais influente que a quantidade de tempo despendido. A mãe biológica é, normalmente, a principal figura de apego, mas este papel pode ser desempenhado por qualquer um que

se comporte de uma maneira “maternal”. Na teoria do apego, isto significa um conjunto de comportamentos que envolve uma activa interacção social com o recém-nascido e reacções imediatas a sinais e abordagens. Nada na teoria sugere que o pai, ou outras pessoas, não estão igualmente susceptíveis a tornarem-se as principais figuras de apego, basta que eles provejam a maior parte do cuidado e da interacção social à criança em questão. Alguns recém-nascidos direccionam o comportamento de apego (busca por proximidade) para mais de uma figura. Estas figuras são organizadas hierarquicamente, com a principal figura de apego no topo.

O conjunto de metas do sistema comportamental de apego é manter um vínculo com uma figura de apego acessível e disponível. “Alarme” é o termo usado para activação do sistema comportamental de apego causado por medo ou perigo. “Ansiedade” é a antecipação ou o medo de ser descartado pela figura de apego. Se a figura não está disponível ou não responde, ocorre a angústia da separação. Em recém-nascidos, a separação física pode causar ansiedade e raiva, seguidas de tristeza e desespero. Aos três ou quatro anos de idade, a separação física não é mais uma ameaça aos vínculos da criança com a figura de apego. Ameaças à segurança em crianças mais velhas e em adultos surgem a partir de uma ausência prolongada, interrupção na comunicação, indisponibilidade emocional ou sinais de rejeição ou abandono.

O sistema comportamental de apego serve para manter ou alcançar maior proximidade com a figura de apego. Comportamentos pré-apego ocorrem nos primeiros seis meses de vida. Durante a primeira fase (as oito primeiras semanas), recém-nascidos sorriem, balbuciam e choram para atrair a atenção dos cuidadores. Embora recém-nascidos desta idade aprendam a diferenciar os cuidadores, estes comportamentos são direccionados a qualquer um que esteja próximo. Durante a segunda fase (de dois a seis meses), o bebé aumenta sua habilidade de discriminação entre adultos conhecidos e desconhecidos, tornando-se mais receptivo para com o cuidador; seguir e segurar-se são adicionados à gama de comportamentos. Apego claro e certo desenvolve-se na terceira fase, entre seis meses e dois anos. O comportamento do bebé em relação ao cuidador torna-se organizado numa base de comportamento intencional para



alcançar as condições que o façam sentir -se seguro. Ao final do primeiro ano, o bebé é capaz de demonstrar uma série de comportamentos de apego destinados a manter proximidade. Estes manifestam-se como protesto contra a partida do cuidador, saudação pelo seu retorno, agarrar-se a ele quando assustado e acompanhá-lo quando é capaz. Com o desenvolvimento da locomoção, o bebé começa a usar o cuidador ou os cuidadores como uma base segura para explorar. A exploração do bebé é maior quando o cuidador está presente, porque o seu sistema de apego está relaxado e livre para explorar. Se o cuidador está inacessível ou insensível, o comportamento de apego é exibido mais fortemente.

Ansiedade, medo, doença e fadiga causarão a um bebé o aumento dos comportamentos de apego. Após o segundo ano, quando o bebé começa a enxergar o cuidador como uma pessoa independente, é formada uma parceria corrigida por objectivos mais complexos. Bebés começam a perceber objectivos e sentimentos de outros e planeiam as suas acções em conformidade. Por exemplo, enquanto recém-nascidos choram por causa da dor, bebés de dois anos de idade choram para chamar os seus cuidadores, e se isso não funcionar, choram mais alto, calam-se ou vão atrás do cuidador.

2.3. Contato pele com pele e método “mãe canguru”

CRITÉRIOS PARA O TRANSPORTE SEGURO DE RECÉM-NASCIDOS, FAVORECENDO O CONTACTO PROLONGADO COM PELE COM PELE, DURANTE O PERÍODO PÓS-PARTO.

Os profissionais de saúde estão cada vez mais conscientes dos benefícios de contacto pele com pele (CPP) diário e prolongado entre pais e bebé, não só durante o período imediatamente após o parto (horas), mas também nos dias e mesmo semanas seguintes (Calais, Dalbye, Nyqvist e Berg, 2010), tendo em vista a grande diversidade de dados, eles concordam que ele tem uma série de efeitos positivos.

Estudos sobre os cuidados de mãe canguru (CMC) têm mostrado os benefícios CPP em aspectos como a estabilidade e desenvolvimento fisiológico do recém-nascido, prematuridade (Nygqvist, Anderson, Bergman, Cattaneo, CHARPAK, Davanzo, Ewald, Ibe, Ludington-Hoe, Mendoza, Pallas-Allonso, Ruiz Peláez, Sizun e Widström, 2010), a maturação autónoma e neuro-comportamental (Feldman e Eidelman, 2003), a auto-regulação (Feldman, Eidelman, Sirota e Weller, 2002), perceptivo-cognitivo e motor de desenvolvimento, além de o processo de envelhecimento do bebé (Feldman, Eidelman, Sirota e Weller, 2002) e interacção, proximidade e contacto físico pais-filho (Feldman, Eidelman, Sirota e Weller, 2003).

Estudos em animais demonstraram a relação entre a estimulação, o toque, e oxitocina, em adição aos feitos positivos desta hormona em sistemas que o stress regular, competências sócio emocionais, limiares de dor e consumo de nutrientes (Uvnas Moberg, 2003). Muitos estudos com diferentes espécies demonstram a ligação entre oxitocina e animais de criação (Pedersen e Prange, 1979; Champagne, Diorio, Sharman e Meaney, 2001; Maestripieri, Hoffman, Anderson, Carter e Higley, 2009, para citar alguns).

A relação entre oxitocina e padrões de cuidado parental também foi encontrado nos estudos realizados por muitos pesquisadores em humanos (Feldman, Weller, Zagoory-Sharon e Levine (2007); Levine, Zagoory-Sharon Feldman e Weller (2007); Gordon, Zagoory-Sharon, Leckman e Feldman (2010a, 2010b).

Pesquisas recentes sobre os efeitos do CPP prolongado (além das primeiras horas pós-parto) em bebés nascidos a termo têm demonstrado efeitos significativos sobre os sintomas depressão pós-parto e stress fisiológico da mãe (Bigelow, Energia, Maclellan-Peters, Alex e McDonald, 2012), a duração da amamentação (Bigelow, 2012; Pisacane, Continisio, Afiado, Tagliamonte e Continisio, 2012), e o desenvolvimento de competências sócio emocionais (Bigelow e Energia, 2012), da organização de sono e da activação do sistema nervoso autónomo do bebé (Morgan, Horn e Bergman, 2011). Hoje temos várias pessoas favorecendo o contacto prolongado pai ou mãe e recém-nascido. Nos parágrafos seguintes iremos analisar

a posição óptima, transporte da criança, e os resultados de estudos longitudinais, transversal e retrospectivo sobre factores hipoteticamente relacionados, e o uso de portabebés.

POSIÇÃO ÓPTIMA DE TRANSPORTE

A maioria da literatura científica (teses de doutoramento, artigos científicos, monografias) em critérios para melhor transporte de recém-nascidos favorecendo o seu correto desenvolvimento fisiológico só existe em alemão (ver, por exemplo, Kirkilionis (1989, 1992, 1997a, 1997b, 2010), Büschelberger (1964, 2012), Hassnstein (2007) e Fettweis (2010)). No entanto, existe uma vasta experiência clínica e literatura científica revisada por pares sobre prematuros em Inglês. Dadas as características normais cardiorrespiratórias e o desenvolvimento do sistema músculo-esquelético humano, os critérios para o transporte seguro de prematuros também são aplicáveis aos recém-nascidos a termo, durante os primeiros meses de sua vida. Ambas as recomendações da literatura cientista alemã, como da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) sobre Método Mãe Canguru (CMC) apoiam esta hipótese.

No entanto, para a conveniência dos leitores que não são de língua alemã, focaremos em recomendações da OMS para o CMC escrito em Inglês e traduzido também pela organização de saúde espanhola.

Na sua publicação “Método madre canguro. Guía práctica”(2003), a Organização Mundial da Saúde (páginas 23-24) descreve a posição CMC da seguinte forma:

“Colocar o bebé entre as mamas da mãe na posição vertical para que o seu peito fique em contacto com o peito da mãe “(ver Figura 1).



Figura 1: Colocação do recém-nascido na posição canguru

“Sustenta-se o bebé com uma faixa. Com a cabeça virada para um lado, ele estará numa posição ligeiramente estendida. A parte superior do ligante é logo abaixo da orelha do bebé. A posição da cabeça ligeiramente inclinada mantém as vias aéreas abertas e permite o contacto visual mãe-filho. É uma necessidade para evitar a inclinação para frente como a hiperextensão da cabeça. Os quadris devem ser flexionados e as pernas estendidas numa postura que lembra

uma rã; os braços também devem ser flexionados.” (Figura 1).

O tecido tem que estar amarrado com alguma força, para que ao levantar-se a mãe, o bebê não escorregue.

Deve ser assegurado que a parte mais apertada do tecido excede o peito do bebê. O abdômen não deve ser restrito e deve estar na altura da epigástrica da mãe. Assim, o bebê tem espaço suficiente para o movimento de respiração abdominal. A respiração da mãe estimula o bebê (Figura 2).



Figura 2: Recém-nascido em posição canguru

Com base na descrição da posição CPP, podemos resumir os critérios para o transporte seguro do recém-nascido da seguinte forma:

1. O bebé deve ser transportado na posição vertical.
2. A criança deve ser transportada no peito com a mãe, em contacto com esta.
3. O abdómen da criança, deve estar no nível da epigástrica da mãe, para que não empurre a mãe.
4. A cabeça deve ser virada para o lado numa posição ligeiramente inclinada.
5. O topo da faixa deve estar logo abaixo da orelha do bebé.
6. O topo da faixa fornece suporte adequado para a cabeça do bebé, segurando-a na posição desejada.
7. As pernas vão ser dobradas, ligeiramente afastados e á altura da anca (posição rã).
8. Os braços são dobrados nos cotovelos, palmas/punho sobre o peito da mãe (o bebé está agrupado).
9. Uma vez em posição de "rã", a espinha dorsal da criança permanece ligeiramente curva (na posição semelhante á "in utero").
10. A faixa deve permitir contacto pele a pele.
11. Quem carrega o bebé deve ver o seu rosto.

Estes critérios coincidem com os resultados das pesquisas realizadas por biólogos e ortopedistas alemães, cujas recomendações são centros de formação Alemã especializada em carregar (como Dresdner Trageschule, CLAUWI ou Trageschule NRW, para nomear alguns).

DURAÇÃO DAS SESSÕES DE CPP

Quanto à duração das sessões do CPP (e, portanto, o tempo que se pode carregar o bebé, sem risco e em segurança na posição canguru), a OMS (2003) estabelece (p 24):

“O contacto pele a pele deve começar de forma gradual, de modo a que a mãe ou pai se vá habituando a esta nova realidade. No entanto, deve ser evitado sessões com duração inferior a 60 minutos, porque as mudanças frequentes são muito stressantes para os bebés. A duração diária de contacto com a pele deve aumentar gradualmente para se tornar o mais contínua possível, dia e noite, e só interromperem para mudar fraldas, especialmente se não existem métodos alternativos para controlar a temperatura.”

Tendo em vista o exposto, e se considerarmos a imaturidade fisiológica e, portanto, fragilidade geral prematura do recém-nascido a termo, não há razões médicas que recomendem limitar a duração de cada sessão de transporte.

O que foi acima escrito também mostra que, é considerado seguro a criança dormir assim, pelo menos enquanto a mãe ou o pai ficarem acordados.

O SONO DOS PAIS DURANTE O MÉTODO MÃE-CANGURU

Há preocupações razoáveis por parte dos pais, e estes devem seguir as directrizes rigorosas publicadas pelas autoridades sanitárias internacionais para dormir com um recém-nascido, segundo a qual os pais devem permanecer acordado durante o CPP de recém-nascido, a longo prazo. Estas directrizes recomendam que o recém-nascido deve dormir na mesma divisão da casa que os pais, embora no seu próprio berço (ver, por exemplo, o relatório do Grupo de Trabalho Síndrome da Morte Súbita Infantil, Lua, 2011).

No entanto, para aqueles pais que escolhem co-dormir, as autoridades médicas e de saúde Dinamarquesas, por exemplo, estabeleceram as condições para a redução do risco de síndrome Morte Súbita (Sundhedsstyrelsen, 2011) (recomendo para aqueles que desejam aprofundar no assunto a revisão da McKenna e McDade (2005), no qual são analisados vários aspectos desta prática). O estudo recente da Morgan, Horn e Bergman (2011) sobre os efeitos da separação mãe recém-nascido (dois dias) na organização do sono e activação do sistema

nervoso autónomo do bebé sugerem que esta separação traz algumas consequências.

Não podemos ignorar a contradição entre as recomendações sobre CMC para bebés prematuros e não fazer co-dormir com o bebé nascido a termo. Neste sentido, a OMS (2003) recomenda o seguinte: “A mãe vai dormir melhor com o bebé em posição canguru numa posição reclinada ou semi-reclinada, de cerca de 15 graus em relação à horizontal. Isto pode ser conseguido por uma cama ajustável, se disponível, ou com várias almofadas empilhadas (Figura 3). Foi observado que esta posição pode diminuir o risco de apneia para o bebé (Jenni 6 et al., 1977). Se a mãe achar a posição semi-reclinada desconfortável, é preferível dormir como preferir, uma vez que os benefícios decorrentes do CMC são muito maiores do que o risco de apneia.”



Figura 3: Dormir e descansar durante o CMC

FACTORES DE RISCO

A preocupação dos profissionais de saúde sobre a segurança da CPP prolongada em bebés, está historicamente focado nos seguintes aspectos:

1. Os factores de risco cardiorrespiratórias.
2. As consequências a longo prazo no desenvolvimento adequado da coluna vertebral do bebé.
3. As consequências a longo prazo da posição vertical e da posição “rã” no desenvolvimento dos quadris do bebé.

FACTORES DE RISCO CARDIORRESPIRATÓRIOS

As trágicas mortes de crianças associadas ao pouch sling ocorreram nos Estados Unidos em 2009 (CSPIA, 2012), estas confirmaram os temores daqueles profissionais que tinham sido avisados do risco do uso de portabebés que impedem a respiração do bebé.

Coincidentemente, todas estas mortes ocorreram em portabebés mal concebidos (Figura 4) não preenchendo os critérios de colocação adequada listados acima (Figura 1).



Figura 4: Exemplo, em desenho, de um portabebés que provocou as mortes dos bebés nos EUA

Nestes slings, o bebê é colocado em decúbito dorsal e no peito, decúbito lateral, dos pais, causando uma curvatura excessiva da coluna vertebral e apertando o queixo do bebê contra ele, provocando uma difícil respiração. Tudo indica que este facto, combinado com uma possível rotação do corpo e da face da criança causada pelo movimento dos pais ao caminhar, e roupas em excesso foram a causa das trágicas mortes (Kirkilionis, 2010).

Na Alemanha, no entanto, não se detectou nenhuma morte de recém-nascidos por causa deste motivo, mesmo quando tais acessórios têm sido utilizados ao longo dos últimos quarenta anos, o que é atribuído ao facto de que, em geral, a qualidade dos produtos vendidos é elevada e o nível de educação dos pais sobre o assunto são maiores (Kirkilionis, 2010).

Voltando para estudos controlados, e aos riscos cardiorrespiratória dos bebês associados a este transporte, Stening et al. (2002), realizou-se um estudo que procurou determinar se o transporte no pouch sling pode provocar ao bebê um risco de alterações clinicamente relevantes na sua constante cardiorrespiratória. No decorrer de um estudo cruzado de três período em que foram monitorados continuamente 24 prematuros e 12 a termo, foram analisados o transporte na vertical, na horizontal e permanecerem nos seus carrinhos. Registou-se a saturação de oxigénio gravado, o ritmo cardíaco, o fluxo de ar nasal, a respiração abdominal e os movimentos. Os pesquisadores concluíram que o uso do pouch sling não aumentou o risco de alterações cardiorrespiratórias, clinicamente relevantes em bebês nascidos a termo ou prematuros.

CONSEQUÊNCIAS A LONGO PRAZO DA POSIÇÃO VERTICAL NO DESENVOLVIMENTO ADEQUADO DA COLUNA VERTEBRAL DO BEBÊ

A partir dos anos setenta começou-se a espalhar na Alemanha a prática de transporte, de nascidos a termo, em portabebês, o que levantou temores entre os profissionais médicos que a posição vertical da criança afectava o desenvolvimento da sua coluna vertebral. Esta

preocupação foi com base no pressuposto de que o bebé não pode ficar de pé ou sentada até os 6 ou 7 meses de idade. Acreditava-se, portanto, que, colocando o bebé na vertical antes que pudesse fazê-lo naturalmente, sob a sua coluna, era exercido um esforço que poderia causar a sua degeneração, o que não se manifestaria até á idade escolar. Essa preocupação existe ainda nos dias de hoje nos países da Europa Central e Oriental, uma vez que é costume transportar aos bebés deitados, em decúbito dorsal, até cerca dos 6 meses de idade.

Dois estudos alemães examinaram esse risco. No primeiro, em que participaram 192 bebés (Kirkilionis, 1989, 1992), mostrou-se que não havia nenhuma relação entre a duração do transporte diário e da idade em que o bebé começou a ser transportado na posição vertical, e um aumento de danos posturais. Não foi observado aumento de patologias na coluna em bebés que tinham sido transportados em portabebés entre 2 e 2/5 horas diárias, nem em quem fez isso durante 4, 5, 6 ou mais horas por dia, alguns desde a primeira semana de idade. Nenhum dos bebés mais tarde mostrou alterações posturais que possam ter sido causadas pela utilização precoce de um portabebés. Também Kirkilionis (1997) teve a interessante observação de que, desde bebé á um promontório ângulo (entre a espinha e tibia) e uma coluna ligeiramente arredondada (como um "C"), ao contrário dos adultos, cuja coluna é em "S" - A posição supina com as pernas esticadas em um berço- como recomenda a maioria dos médicos, faz um recesso na parte inferior das costas do bebé. Geralmente, a curvatura da coluna vertebral não começa a formar-se até 6 meses de idade, coincidindo com a criança engatinhar. Por outro lado, a coluna de um bebé correctamente transportado mantém uma curvatura fisiologicamente óptima e, conseqüentemente, uma melhor adaptação para o estado de desenvolvimento do recém-nascido.

Enquanto isso, Kavruk (2010) num estudo retrospectivo investigou alterações posturais e a espinha dorsal de 181 bebés com idades entre 5 e 7 anos. As observações clínicas ortopédicas foram realizadas na base de medições instrumentais (MediMouse). Os pais responderam através de questionários, perguntas sobre uma vasta gama de factores relacionados ao estilo



de vida, demográficos, psicológicos, de saúde e rotinas de transporte dos seus filhos. Nenhuma alteração ao desenvolvimento postural foi observada na coluna vertebral significativa em bebés que tinham sido transportados em portabebés de modo comum durante os primeiros meses de vida (mesmo por longos períodos).

CONSEQUÊNCIAS A LONGO PRAZO DA POSIÇÃO VERTICAL E DA POSIÇÃO “RÃ” NO DESENVOLVIMENTO CORRETO DAS ARTICULAÇÕES DO QUADRIL DO BEBÉ

Houve menos preocupação entre os profissionais da área médica sobre os efeitos da posição “rã” no desenvolvimento dos quadris do bebé. Supõe-se que esta posição é a que adopta o bebé automaticamente e naturalmente quando colocado no peito da mãe (Kirkilionis, 1997a). A literatura científica sobre o tratamento da displasia da anca infantil (ver, exemplo, artigos Dezateux e Rosendahl, 2007, Bracken, Tran, Ditchfield, 2012) diz que a posição de rã, com as pernas dobradas e em abdução (separadas), com a ajuda de uma tala ou tipóia é uma grande vantagem para o bebé que foi diagnosticado com displasia da anca.

Foi observado que esta posição favorece o desenvolvimento correto das articulações, quadril e cabeça femoral no acetábulo. Estudos semelhantes ao de Kirkilionis mas em relação aos efeitos adversos observáveis na posição com pernas estendidas, em decúbito dorsal, sobre a coluna vertebral do bebé, têm mostrado que ao colocar fraldas de modo a manter as pernas do bebé estendidas (juntas) favorece a displasia da anca (Kutlu, Memik, Mutlu, Kutlu, Arslan, 1992; Yamamuro T., Ishida K., 1984). O plano nacional de prevenção aprovado no Japão em 1975 e cujo objectivo era evitar o uso prolongado de fraldas em crianças, para ficarem

Eu queria ter sido carregada, e queria ter vivenciado o carregar como algo natural na minha cultura. Eu queria ter sido estimulada e respeitada na propria consciência corporal.
-- ELENA DE REGOYOS
(Carregar bebês: instinto ou técnica? | <http://mamaedoula.blogspot.com.br/>)

com quadris e joelhos aduzidos, reduzida em mais de cinco vezes a taxa de displasia da anca (Ishida K. 1977; T. K. Yamamuro Ishida 1984).

Um portabebés parece perfeitamente adequado para as necessidades fisiológicas do bebé enquanto a prática de coloca-los por períodos prolongados em cadeiras de veículos (ovos), baloiços e berços, com as pernas estendidas é menos recomendada para o correto desenvolvimento das articulações do quadril.

Vantagens:

- É um método fácil de aplicar e eficaz
- Oferece bem-estar aos bebés prematuros, recém-nascidos como a bebés mais velhos
- O ideal seria ser feito logo nos primeiros instantes de vida
- Facilita a amamentação porque o bebé se encontra perto da mãe

Estudo no Instituto materno Infantil de Bogotá (Colombia), realizado por DR. Edgar Rey provou que:

- O contacto pele com pele num prematuro é tão eficaz como uma incubadora
- Não aumenta o risco de apneia, refluxo gástrico esofágico
- Diminui a dor e ao stress do bebé e dos pais
- Melhora a recuperação do bebé
- Ajuda na organização do sono
- É uma forma viável para transportar o bebé
- Ajuda no desenvolvimento neurológico do bebé
- Ajuda a mãe e a família a perceber as necessidades do bebé, reduz a ansiedade de separação
- É uma forma do bebé criar laços de vinculação com a mãe

CONCLUSÃO

Desde que os critérios acima sejam cumpridos, o portabebés é uma maneira segura de os pais manterem um contacto “pele a pele” prolongado e consistente com o recém-nascido.

2.4. Como são fundamentais para o sucesso da amamentação prolongada

O RECÉM-NASCIDO, CONTACTO IMEDIATO

Um lactante nasce com a capacidade de procurar a mama, reconhecê-la e aproximar-se dela. Quando é colocado nu, imediatamente depois do parto (antes mesmo de se cortar o cordão umbilical) sobre o corpo da mãe, começa a mexer-se ao fim de alguns minutos, arrastando-se pelos seus próprios meios até á mama para começar a mamar, numa posição normalmente perfeita. O seu guia principal é o cheiro: se durante o parto uma das mamas da mãe for lavada com sabão o bebé orientar-se-á até á mama não lavada. Um recém-nascido pode deslocar-se e alcançar um disco absorvente do soutien da mãe situado a 17 cm de distância. Provavelmente a coloração do mamilo e da aréola, que escurecem durante a gravidez, e a protrusão do mamilo, que entra em contacto com o rosto do bebé, ajudam-no a localizar o ponto exacto (referência em vídeo: <https://youtu.be/4eQdQ1Ww9-k>).

Este comportamento instintivo é muito sensível a interferências externas. No estudo de Righard e Alade, todos os bebés permaneciam em contacto “pele com pele” com a mãe durante os primeiros 20 minutos depois do parto; mas, no grupo “separado”, o bebé era então levado para ser pesado e para efectuem outros procedimentos rotineiros, sendo entregue novamente à mãe ao fim de 40 minutos; em contrapartida, no grupo “em contacto”, o bebé nunca era separado da mãe durante as primeiras 2 horas. A separação “breve” foi suficiente para que muitos recém-nascidos não conseguissem encontrar a mama ou não mamassem em posição correcta. A



administração de petidina (analgésico utilizado em toda a Europa) durante o parto também interferia com o início da amamentação e potenciava o efeito de separação.

Estas separações precoces contribuem provavelmente para a grande prevalência de problemas de sucção. No estudo de Mikiel-Kostyra, os lactantes que tinham estado pelo menos 20 minutos em contacto “pele com pele” com a sua mãe foram amamentados de forma exclusiva durante mais 1,3 meses e foram desmamados 2,1 meses mais tarde do que aqueles que não disfrutavam desse contacto inicial.

Christensson e colaboradores demonstraram que os bebés em contacto “pele com pele” com a mãe possuem a temperatura e a glicemia mais altas (mesmo sem terem ainda mamado), frequência respiratória menor (menos desconforto) e choram muito menos do que os que estão num berço. Gómez Papí e colaboradores constataram um aumento progressivo da temperatura do recém-nascido em contacto com a mãe. A mãe é a melhor fonte de calor para o recém-nascido: sempre à temperatura constante, sem perigo de arrefecimento ou sobreaquecimento accidental. O contacto deve ser “pele a pele”, pois a roupa impede a transferência de calor. É um erro vestir o bebé ou a mãe para que não arrefeçam, pois a roupa não produz calor, apenas evita a sua perda. Os recém-nascidos têm predisposição para hipotermia precisamente porque não conseguem produzir calor endógeno suficiente e necessitam de uma fonte externa de calor, a mãe.

Também a prática da aspiração gástrica, totalmente desnecessária, interfere com o comportamento do recém-nascido quando este procura a mama.

Imediatamente depois do parto, o bebé é enxuto com uma toalha (para diminuir o arrefecimento por evaporação) e colocado nu sobre a mãe, também destapada. Ambos devem ser cobertos com uma envolta. Pode colocar-se um gorro ao bebé para evitar a perda de calor pela cabeça. A temperatura da sala de partos deve ser adequada para a comodidade de mãe e filho. A avaliação do índice de Apgar e a identificação (pulseira, impressão plantar – não é praticada em Portugal) são efectuadas com o bebé sobre a mãe. A profilaxia ocular (no Brasil,

aplica-se o colírio PVPI – Iodopovidona), a vitamina K, o peso e outras medidas podem esperar duas horas.

A “observação” não constitui uma justificação para separar o recém-nascido da mãe. É um momento delicado para ambos e é mais fácil para o pessoal observá-los aos dois em conjunto.

Outra grande vantagem do contacto precoce é que o lactante é colonizado rapidamente pela flora saprófita da mãe em vez da flora patogénica dos hospitais e da qual são portadores muitos profissionais de saúde.

Separar o bebé da mãe, além de dificultar a amamentação, aumenta o risco de hipoglicemia, o desconforto respiratório e a hipotermia. É uma prática sem justificação científica.

VOLUME DE LEITE NOS PRIMEIROS DIAS

Uma das principais causas do fracasso precoce da amamentação é a administração precoce de suplementos (leite ou soro glicosado), partindo da crença errada de que a mãe não tem leite suficiente durante os primeiros dias. Muitas vezes somos também responsáveis por esta crença, com frases como “no início não há leite, apenas colostro” ou “até ao terceiro dia não se produz a subida do leite”. O colostro não é nada mais do que um tipo de leite. O aumento da quantidade de leite ao terceiro dia não é repentino, mas gradual desde o primeiro dia e, de qualquer maneira, se o recém-nascido mama correctamente e “a pedido” desde o início, a quantidade de leite é a necessária a cada momento. O aleitamento artificial também se inicia com pequenas quantidades e os bebés que tomam biberão/mamadeira também perdem peso nos primeiros dias.

Saint e colaboradores mediram uma ingestão média de 37ml durante as primeiras 24 horas; 400ml durante o terceiro dia e 700ml durante o quinto. Casey e colaboradores encontraram números semelhantes: 13g/Kg no primeiro dia, 98g/Kg no terceiro e 155g/Kg no quinto. Em contrapartida, Dollberg e colaboradores encontraram uma ingestão de apenas 9,6g/Kg no

primeiro dia e de 13g/Kg no segundo... num hospital sem alojamento conjunto, com a primeira mamada 8 horas depois do parto e o horário das mamadas estabelecido com intervalos de 4 horas. A diferença mostra que as normas do hospital influenciam de forma decisiva o sucesso da amamentação.

A produção de leite aumenta com a frequência da amamentação. No estudo de De Carvalho, os bebês do grupo experimental (grupo onde foi indicado às mães que amamentassem, mal o bebê demonstrasse interesse, sem esperar que ele chorasse, mesmo que apenas tivesse passado um quarto de hora desde a mamada anterior) mamaram mais três vezes por dia (10 em relação a 7) e aos 15 dias tinham já aumentado mais 200g do que o grupo de controlo (grupo onde apenas foi dito às mães que amamentassem a pedido). Na nossa cultura, a ideia de que um bebê deve “aguentar” o mais possível, idealmente três oras, entre mamadas encontra-se tão generalizada que mesmo as mães que amamentam segundo o pedido do bebê provavelmente não ouvem ou interpretam mal os sinais do seu filho.

ALOJAMENTO CONJUNTO

Cerca de duas horas depois do parto procede-se à pesagem do recém nascido e às medidas profiláticas indicadas e entrega-se o bebê novamente à mãe. O bebê passará as 24 horas do dia com a mãe. As visitas médicas podem realizar-se no mesmo local, o que permite responder ao mesmo tempo às perguntas da mãe. Mal seja possível, a mãe deverá lavar e vestir o seu filho com a ajuda do pessoal da enfermaria (isso não é obrigatório, já que qd mais tempo o bebê ficar com o verniz, é melhor). O hábito antigo de colocar todos os bebês num berçário e leva-los à mãe apenas para serem amamentados não tem fundamento científico, facilita as infecções e dificulta o vínculo afectivo e a amamentação.

Nalguns hospitais, o bebê é separado da mãe durante a noite “para que a mãe possa descansar”. Quando a mãe insiste em ficar com o bebê para o amamentar, asseguram-lhe que

“se chorar, trá-lo-ão de volta”. Nesse caso a mãe irá despertar tanto como se deixassem o bebé no quarto (ou pior, porque se o seu sono for leve irá despertar sempre que um bebé chore ou que o carrinho de bebé passe pelo corredor, mesmo que não seja o do seu filho). É provável que deixem o bebé chorar sem que seja alimentado, o que aumentará a perda de peso; ou dar-lhe-ão um biberão, o que irá interferir com a amamentação. Este primeiro biberão dado no hospital frequentemente é o evento que mais influenciará o bebé numa futura alergia ao leite de vaca. É o que se chama “biberão secreto”, pois em muitos centros hospitalares e enfermeira não está autorizada a dar biberão sem ordem médica, mas também não se atreve a acordar o médico por algo tão irrisório, optando por dar o beberão sem o anotar nos registos. Em Florianópolis (Santa Catarina, Brasil), e em muitos hospitais em Portugal, nomeadamente o Hospital Garcia de Orta em Almada (1º hospital em Portugal com a política amigos dos bebés) não se usa mais berçários, deixando o bebé sempre junto à mãe.

Na verdade, Keefe conclui com as suas observações que a mãe dorme melhor e que se sente mais capaz de cuidar do seu filho quando o tem consigo durante as 24 horas. Rapidamente aprende a distinguir o choro do seu filho e nem chega a despertar quando o choro é de outro bebé.

AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA EM LIVRE DEMANDA

Os recém-nascidos saudáveis amamentados em livre demanda não necessitam de nenhum outro líquido.

Só é possível amamentar em livre demanda um bebé em alojamento conjunto. O que não significa “sempre que o bebé chore”, pois o choro é um sinal tardio de fome. Antes de chorar, o lactante manifesta a sua fome com sinais precoces; aumento de actividade, movimento de procura, chupar os punhos. Se o bebé não estiver com a mãe, é provável que ninguém observe esses sinais. Alguns bebés começarão a chorar ao fim de alguns minutos e, embora

Amamentar com amor | A Mamã Fotografa By Joana Barbiro



tardamente, conseguirão mamar, mas outros voltarão a adormecer durante horas.

A amamentação a pedido implica amamentar ao primeiro indício de que o bebé está pronto a mamar mas também respeitar o facto de ele se recusar a fazê-lo. Regra geral, não é necessário acordar um bebé para que mame. Mas há uma excepção importante a esta regra: quando o bebé não ganha ou está a perder peso. Nestes casos, é fácil entrar num círculo vicioso que agrava o problema: o bebé está tão fraco que apenas chora. Tendo em conta que todos os recém-nascidos perdem peso, às vezes é preciso oferecer-lhes mama activamente. É preciso ter cuidado acrescido com os que pesam menos de três quilos, nascem no limite das 37 semanas ou mostram sonolência excessiva. Normalmente, a primeira amamentação na sala de partos não levanta problemas. Mas depois muitos recém-nascidos permanecem bastante sonolentos entre 6 a 10 horas e apenas mamam. Isto pode ser considerado como normal e, embora se dê de mamar à menor oportunidade, não é preciso acordá-lo nem ficar preocupado ou preocupar a mãe. Após as primeiras 12 horas, o recém-nascido deveria mamar pelo menos 8 ou 10 vezes a cada 24 horas (se forem mais, melhor ainda). Não devem existir regras rígidas (do tipo “não deixar passar mais de 4 horas”); não há nenhum inconveniente em deixar o bebé dormir cinco horas se foi amamentado várias vezes antes de adormecer.

Neste caso, como em tudo o resto, é preciso actuar com prudência e consideração no que toca ao bebé e à mãe. Há meio século não se dava de mamar ao recém-nascido até às 72 horas depois do parto; e muitos de nós ainda se lembram de períodos de espera de 24 ou 12 horas “porque o intestino tem que se purgar”. Agora ouvimos exageros opostos como, “se ficar mais que 4 horas sem mamar entrará em hipoglicemia”.

Muitos bebés mamam relativamente pouco durante os dois primeiros dias, mas a partir do terceiro começam a pedir mama continuamente. O mesmo bebé que tinha dormido seis horas nas primeiras noites, acorda agora de hora em hora. Esta mudança de atitude marca o início da recuperação do peso. Isto preocupa algumas mães, que acham que o bebé que dorme está “satisfeito” e o que chora “está com fome”. Pensam que “o leite acabou” e às vezes recorrem

ao biberão (sobretudo se lhes deram amostras gratuitas do hospital). É preciso explicar-lhes que no início o bebé não estava satisfeito, pelo contrário, perdia peso. E se dormia tranquilo era porque nesses dias é normal perder peso. A única maneira de o recuperar é mamando bastante e durante alguns dias o bebé fá-lo-á mais do que o habitual. Não é permanente: o lactante irá recuperar o peso perdido em poucos dias, a produção de leite aumentará e a frequência da amamentação irá estabilizar (mais ou menos). Hoje em dia este aumento súbito da frequência da amamentação acontece quando a mãe já está em casa e não tem ninguém a quem pedir informações, por isso os esclarecimentos devem ser feitos antes da alta hospitalar, para evitar surpresas.

HOSPITAIS AMIGOS DOS BEBÉS (NO BRASIL, SE CHAMA, "HOSPITAIS AMIGO DA CRIANÇA")

Em 1991, a Organização Mundial de Saúde e a UNICEF lançaram a iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, que pretende criar em todos os hospitais do mundo, condições adequadas ao início da amamentação e fazer com que se respeite o código da OMS para que as mães possam decidir livremente sobre a forma de alimentar os seus filhos.

Para ser reconhecido como "amigo dos bebés" um hospital deve cumprir três requisitos:

- Seguir os dez passos;
- Ter uma taxa de aleitamento materno no momento da alta superior a 75% ou 10% superior á média nacional;
- Não aceitar amostras gratuitas de leite artificial.

A eficiência da intervenção foi demonstrada por um grande estudo na Bielorrússia: em 16 hospitais escolhidos aleatoriamente, foi feita formação aos profissionais para que passassem a ser "amigos dos bebés", enquanto outros 15 hospitais serviam de controlo. A amamentação exclusiva aumentou significativamente (aos 3 meses, de 6,4 para 43%) e a incidência de diarreia e eczema atópico diminuiu.

DEZ PASSOS PARA UM ALEITAMENTO MATERNO COM SUCESSO

Todos os serviços de maternidade e cuidados aos recém-nascidos deverão:

1	Ter uma prática de promoção do aleitamento materno escrita, afixada e transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde;
2	Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente essa política;
3	Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno;
4	Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento;
5	Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos filhos temporariamente;
6	Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica;
7	Praticar o alojamento conjunto, permitir que as mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
8	Dar de mamar sempre que o bebê queira;
9	Não dar tetinas, bicos artificiais ou chuchas às crianças amamentadas ao peito;
10	Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno encaminhando as mães para este, após a alta do hospital ou maternidade.

FONTE: www.unicef.com.br

COMENTÁRIO AOS DEZ PASSOS

A amamentação não é obrigatória. Nenhum dos dez passos obriga a mães ou filhos a fazer o que quer que seja.

A ordem não é arbitrária. Primeiro será necessário estabelecer uma norma escrita, específica para cada hospital. Não se trata de fotocopiar os dez passos e de os afixar na parede, mas sim de estabelecer como serão colocados em prática, quem será responsável por cada ponto, como serão avaliados... Logicamente, representantes dos obstetras, pediatras, enfermeiros e parteiras deverão reunir-se para criar uma norma consensual; o programa está destinado ao fracasso se não se contar com o apoio de todos os profissionais. Em segundo lugar, é necessário formar todo o pessoal. Em terceiro, informar as grávidas dos procedimentos e dos respectivos objectivos. Então, poderão ser postos em prática os outros pontos, pois, o início precoce da amamentação facilita a sua aplicação.

Por vezes não respeitar as etapas pode dar maus resultados. Por exemplo, uma pessoa, poderá decidir de forma autoritária que o mais fácil é suprimir o soro glicosado. Apenas será necessário dar a ordem que não se compre mais. No entanto se os profissionais envolvidos não compreenderem a medida (ou inclusive se opuserem a ele), se ninguém ajudar as mães com a correcção da pega e, os bebés mamarem tardiamente e pouco, rapidamente começarão a surgir situações de desidratação. Voltarão a ser necessários os soros glicosados e a promoção da amamentação será abandonada como iniciativa perigosa e inútil. Em compensação, se as crianças mamarem com frequência e, o pessoal apoiar as mães com entusiasmo e conhecimentos sólidos, os soros glicosados desaparecerão de forma natural, porque os bebés não precisam de os tomar.

O passo número 4 não defende que o bebé tenha de mamar na primeira meia hora de vida. Alguns bebés não o fazem antes dos 60 ou 80 minutos. O que se propões que seja feito na primeira meia hora é ajudar as mães a iniciar o aleitamento, ou seja entregar-lhe o filho,



Foto: Sara Steyer

encorajá-la a amamentar e dar-lhes condições para tal.

No 6º passo, a frase “a não ser que sejam prescritos segundo indicação médica” implica uma responsabilidade. Se um bebé perder 17% do seu peso e sofrer uma desidratação hipernatrémica, terá falhado o cuidado médico, alguém terá deixado de administrar um biberão de suplemento quando este estava indicado.

2.5 Amamentação, transformações no corpo, bebé e mãe

ANATOMIA E FISIOLOGIA

Em redor do mamilo há uma zona mais escura, a aréola, de tamanho variável. Durante a gestação, a aréola alarga-se e escurece. No bordo da aréola crescem alguns pêlos (completamente normais que não trazem qualquer dificuldade ao lactante) e observam-se diversas papilas de um ou dois milímetros de diâmetro, as glândulas de Montgomery. Estas são constituídas por uma glândula sebácea e uma minúscula glândula mamária, cujas secreções combinadas protegem a aréola e o mamilo.

A aréola contém fibras musculares involuntárias, cuja contracção (por efeito da oxitocina) provoca a protrusão do mamilo.

Cada mama é formada por 7 a 10 lóbulos (antes pensava-se que eram 15 a 25) que desembocam no mamilo de forma independente por intermédio de outros tantos canais (ductos galactóforos).

A partir do mamilo os ductos galactóforos dividem-se e subdividem-se até chegar às unidades ultra estruturais da mama, os ácinos ou alvéolos mamários, minúsculos saquinhos constituídos por células secretoras e rodeados de células contrácteis (mioepiteliais). Na mama em repouso funcional quase não existem ácinos e o sistema de canais assemelha-se a uma árvore sem folhas.

DESENVOLVIMENTO DA MAMA

Nos primeiros dias de vida a glândula mamária pode apresentar-se proeminente tanto nos rapazes como nas raparigas e mesmo segregar algum leite. O denominado “leite das bruxas” (nome utilizado em Portugal) surge pelo afeito dos estrogénios maternos que atravessaram a placenta e não está relacionado com o facto de o leite ser materno ou artificial. Não convém espremer ou manipular a mama do bebé (risco de mastite) devendo tranquilizar-se os pais que se trata de uma situação completamente normal e passageira.

Ao fim de poucos dias, passado o efeito dos estrogénios, a mama ficará em repouso.

Na puberdade os estrogénios produzem na rapariga um aumento progressivo do tamanho da mama, ao mesmo tempo que os canais galactóforos se ramificam e alongam. O início do desenvolvimento mamário pode ser assimétrico e acontecer meses antes numa mama em relação à outra.

Na mulher a acumulação de gordura torna a mama maior em relação à de outros mamíferos. A diferença de dimensão da mama entre mulheres surge pela variação na quantidade de gordura e não na quantidade de tecido mamário. As mulheres com mamas pequenas podem amamentar sem problemas.

Durante a gravidez os ácinos desenvolvem-se e multiplicam-se produzindo um aumento geralmente notável do volume da mama. No entanto, algumas mães amamentam normalmente e não referem aumento mamário durante a gestação (o que é mais provável em mulheres com mamas grandes, em que só uma pequena parte é tecido glandular).

CONTROLO DO VOLUME DE LEITE

As principais hormonas que regulam a produção do volume de leite são a prolactina, a oxitocina e o FIL (factor inibidor da lactação).

Tanto a oxitocina como a prolactina são segregadas na hipófise, em resposta à estimulação do mamilo. A prolactina actua sobre células secretoras da mama, estimulando a secreção de leite, ao passo que a oxitocina actua sobre as células mioepiteliais, provocando a respectiva contracção e ejeção de leite.

PROLACTINA

O nível de prolactina aumenta de forma notável durante a gravidez; no entanto os estrogénios libertados pela placenta inibem a sua acção e a produção de leite é quase nula. Após o parto e a expulsão da placenta, os níveis de estrogénios descem rapidamente e, portanto, a prolactina entra em acção, iniciando-se a secreção de leite (processo conhecido em Portugal e Espanha, como a “subida do leite” e na maior parte da América como “descida do leite”).

Durante a amamentação o nível basal de prolactina é sempre elevado e aumenta ainda mais quando o bebé mama. Horas depois de o bebé mamar o nível de prolactina desce gradualmente. Se o bebé voltar a mamar antes de a hormona alcançar o nível basal, o novo pico de prolactina irá alcançar um valor ainda mais alto. Dar de mamar frequentemente ainda que de forma breve, estimula melhor a produção de leite do que mamadas prolongadas mas pouco frequentes.

É no período nocturno que tanto os níveis basais como os picos de prolactina são mais elevados, pelo que dar de mamar durante a noite é importante para a manutenção da amamentação.

Passado uns meses de amamentação, tanto o nível basal como os picos de prolactina são mais baixos, apesar da quantidade de leite ser maior. Ao que parece, a prolactina perde relevância comparativamente ao controlo local da produção de leite.

OCITOCINA / OXITOCINA

A oxitocina é segregada em picos de apenas alguns minutos de duração. O reflexo de



Sem o apoio qualificado, competente e consistente da amamentação em cada comunidade, é difícil saber verdadeiramente quantas mães lutam contra essa sensação de leite insuficiente, ou uma impossibilidade real de amamentar exclusivamente o bebê.

-- DIANA CASSAR

Uhl, MPH, IBCLC

*(Sensação de pouco leite
| Traduzido por: Gabriela
de O. M. da Silva | Grupo
Virtual de Amamentação
do Brasil)*

secreção da oxitocina, ou reflexo de ejeção do leite, é gerido de forma espontânea.

Não é necessário o estímulo físico da mama, bastará apenas um estímulo condicionado (ouvir o bebé chorar, ver o bebé, pensar em dar de mamar...) para o desencadear.

Muitas mulheres identificam este reflexo como uma sensação de formigueiro ou pressão na mama, enquanto o leite goteja. Os nomes populares para este fenómeno são muito variados –“subida do leite”, “descida do leite”, “vinda de leite”, “golpe de leite”.

Algumas mulheres nunca referem esta sensação, ainda que a amamentação decorra normalmente e a quantidade de leite seja adequada.

O medo e a preocupação podem inibir temporariamente o reflexo de ejeção do leite e dificultar a amamentação através de dois mecanismos: a inibição directa do reflexo condicionado de produção de oxitocina e o efeito antagónico da adrenalina. É a história que tantas mães ouviram: “teve um desgosto e secou-lhe o leite”. Acredita-se que seja um mecanismo de cariz adaptativo: quando a fêmea tem de fugir, o leite deixa imediatamente de sair pois, caso contrário, iria deixar um rasto de leite muito fácil de seguir para qualquer predador. Mas a secreção de prolactina e, conseqüentemente, a produção de leite, não se alteram; nestes casos, é necessário assegurar à mãe que, “se se sentar tranquilamente a dar de mamar”, o leite voltará a sair.

Outros medos e preocupações, entre os quais o de não ter leite suficiente, inibem a oxitocina e dificultam a lactação. Mas seria um erro pensar que “o stress da vida moderna” ou a insegurança da mãe impedem a amamentação. Ao

longo de milhões de anos as mulheres deram de mamar estando submetidas a preocupações muito mais sérias: escravidão, guerra, fome e doença. O verdadeiro problema é que, hoje me dia, quando o bebé chora e se aborrece, a mãe recorre rapidamente ao biberão, muitas vezes com a amostra gratuita de leite que lhe foi entregue ao sair do hospital. É o biberão, e não a preocupação, que acaba por destruir a amamentação.

FIL

Tanto a oxitocina como a prolactina são transportadas no sangue até às duas glândulas mamária. No entanto ocasionalmente, vemos mães que amamentamos seus filhos durante meses de uma única mama, enquanto a outra permanece inactiva. Terá de existir portanto, um mecanismo de controlo local que seja independente para cada uma das mamas.

Durante muito tempo pensou-se que este controlo local era puramente físico: a pressão do leite não extraído comprimia os vasos sanguíneos, dificultando a chegada das hormonas e dos nutrientes necessários para produzir mais leite. Sabemos hoje em dia que existe também uma hormona local, conhecida por FIL, responsável pelo controlo autócrino da glândula mamária.

O FIL (feedback inhibitor of lactation, inibidor retroactivo da lactação), a que iremos chamar “factor inibidor da lactação”, para utilizar as mesmas iniciativas, é um peptídeo identificado no leite humano e no de outros mamíferos. Se o bebé mama muito, extrai o inibidor e produz-se muito leite. Se o bebé mama pouco, o inibidor permanece na mama e limita a produção de leite. O leite é segregado de forma contínua, o que se pode demonstrar através de medições seriados do volume mamário. A velocidade de produção de leite é directamente proporcional à quantidade de leite extraído na mamada anterior. Desta forma, a produção de leite adapta-se perfeitamente às necessidades do lactente, de uma mamada para a seguinte, e separadamente para uma das mamas.

Após os seis meses de amamentação aumenta a eficiência do tecido mamário para

segregar leite, o que permite manter uma produção apreciável ainda que as mamas diminuam de tamanho.

CONTROLO DA COMPOSIÇÃO DO LEITE

A concentração de lípidos no leite materno aumenta progressivamente no decorrer da mamada e o leite final pode conter cinco vezes mais lípidos do que o leite inicial. Muitas mulheres acreditam que o leite “aguado”, ao observar o primeiro leite que goteja espontaneamente da mama; na realidade, o leite materno contém mais gordura do que o leite de vaca inteiro. A concentração final de lípidos é tanto maior quanto mais leite o bebé tiver mamado dessa vez.

No final da mamada o leite na mama é rico em gordura. Se o bebé voltar a mamar, poucos minutos depois, não irá encontrar leite inicial mas sim directamente o leite final. Este vai sendo diluído pelo leite inicial produzido à medida que o tempo passa.

A concentração média de lípidos no leite ingerido de cada vez (ou seja, a quantidade de lípidos que o lactente obtém) é directamente proporcional à quantidade de leite extraído dessa mama na mamada anterior e na mamada actual sendo, inversamente proporcional ao tempo decorrido entre elas. Por outro lado a duração de cada toma, não está estatisticamente relacionada com a concentração de lípidos no leite, já que também não está relacionada com a quantidade de leite ingerida. O volume de leite ingerido por unidade de tempo varia muito de um lactante para outro, de uma mamada para outra e ao longo de uma mesma mamada.

Além do mais, se o bebé beber leite das outras mamas, dificilmente chegará ao leite final da segunda, pelo que terá tomado duas “doses” de leite inicial e apenas uma de leite ingerido será menor.

Em conclusão, o lactante pode regular à vontade a composição do leite modificando três factores: o tempo entre mamadas sucessivas, a quantidade de leite ingerido de cada vez e se toma leite de uma só mama ou das duas. Desconhece-se se o lactante é capaz de regular

também outros aspectos da composição do leite. Se a ingestão calórica for fixa, aqueles que decidem ingerir menos gorduras obterão em troca proteínas e lactose. Nalgumas mulheres a concentração de proteínas é muito distinta entre uma mama e a outra, o que poderia ter alguma relação com a preferência que alguns lactantes desenvolvem por uma delas.

Quando se tira o bebê arbitrariamente do peito antes de ele ter terminado de mamar (por exemplo, aos 10 minutos), oferecendo-se-lhe o leite inicial, pobre em calorias, da segunda mama, em vez do leite final da primeira. Nalguns casos, o volume de leite inicial necessário para substituir o leite final perdido supera a capacidade gástrica do lactante. O bebê tem fome, mas simplesmente não tem espaço para mais leite. Isto faz com que fique insatisfeito e choroso, pedindo mama constantemente. Ao tomar menos lípidos ingere mais proteínas e mais lactose, o que pode ocasionar uma intolerância parcial à lactose por sobrecarga. A lactose não digerida fermenta no tubo digestivo produzindo gases, cólicas, fezes ácidas e muito líquidas (diarreia osmótica). Woolridge e Fisher estudaram cinco lactantes que apresentavam estes sintomas e que regressaram à normalidade dizendo-se simplesmente à mãe que deixa-se o seu filho mamar da primeira mama enquanto ele quisesse antes de lhe oferecer a segunda.

Num estudo posterior, Woolridge e Fisher tentaram reproduzir estes sintomas num grupo de voluntários saudáveis, pedindo às mães que limitassem a sucção da primeira mama a dez minutos. Tal como esperavam, com esta limitação, a concentração de lípidos obtida pelo lactante de uma única vez era muito inferior mas observaram com surpresa que, ao longo de 24 horas, os lactantes conseguiam obter uma quantidade de lípidos normal, com base na modificação dos outros factores: a frequência das mamadas e o mamar numa das mamas ou nas duas.

Assim, parece que face à fixação arbitrária do tempo de mamar, a maioria dos lactantes (mas não todos) é ainda capaz de obter leite com a composição desejada, modificando outros factores. Infelizmente, durante o século passado tornou-se moda limitar simultaneamente os três mecanismos de controlo do lactante (uma ou duas mamas, frequência e tempo a mamar),

com regras do tipo “dez minutos de cada mama a cada quatro horas”. Este procedimento elimina qualquer possibilidade de regulação e o leite obtido pode ter uma composição muito diferente da desejada. Seguindo aquelas regras, muito poucas mães conseguiam dar de mamar para além de algumas semanas. Quando, por puro acaso, a quantidade e a composição do leite obtido se assemelhavam àquelas de que os seus filhos necessitavam, então a amamentação prolongava-se.



2.6 Como é que o bebé mama

O POSICIONAMENTO

A oxitocina provoca a contracção das células mioepiteliais que rodeiam as células secretoras e o leite acumula-se nos ductos galactóforos por baixo da aréola. É daí que o lactante tem que retirar o leite, espremendo activamente a aréola com a língua.

O bebé não mama gerando vácuo, mas sim fazendo força com a língua para cima e na sua própria direcção. Para isso é imprescindível que tenha a língua debaixo da aréola. Entre a língua e a mama não há fricção, porque a língua não se desloca, sendo ao invés percorrida por uma onda de pressão, semelhante a uma contracção peristáltica, que se faz sentir desde a ponta da língua até à base.

O bebé para fazer uma pega adequada tem que abrir muito a boca, ter os lábios invertidos, abocanhar uma grande parte da mama, e ficar mais visível a aréola em cima do que em baixo. Se o bebé só agarrar o mamilo a pega não é boa.

SÍNDROME DA PEGA INADEQUADA

Quando o bebé não está correctamente colocado na mama (por exemplo, se tiver a boca pouco aberta e só agarrar o mamilo), produz-se uma cascata de sintonias e sinais:

- Não conseguindo apertar a mama com a língua, o bebé tenta obter o leite formando vácuo, um método pouco eficaz que exige mais força para obter menos leite. As bochechas afundam-se, como ao tomar um refresco com uma palhinha (idealmente, as bochechas do lactante não se afundam pelo contrário, ficam salientes ao mamar, como ao mastigar);
- Ao fazer mais força sobre menos superfície, a pressão aumenta, provocando dor e fissuras

no mamilo. Além disso a língua comprime o mamilo contra o palado duro traumatizando-o;

- O mamilo pode estar rosado pela erosão da fricção, e a cor destaca-se sobre o fundo da aréola;

- Como a sucção não é eficaz, o bebé mama durante muito tempo, muitas vezes mais de meia hora, e não solta a mama para si mesmo, tendo a mãe de lhe tirar a mama da boca. Em vez de mamar, o bebé espera que lhe caia na boca o leite, que goteja espontaneamente por efeito da oxitocina;

- O bebé engole ar e faz barulho ao mamar;

- Apesar das mamadas muito longas, o bebé não parece satisfeito, voltando a pedir mama pouco tempo depois;

- As mamadas tornam-se muito frequentes; alguns bebés mamam sem interrupção, durante horas;

- O lactante ingere uma grande quantidade de leite inicial, pobre em calorias, mas não consegue obter o leite final, rico em gorduras. O volume total de leite ingerido é superior á sua capacidade gástrica, pelo que frequentemente regurgita e vomita;

- As mamas da mãe reagem a esta situação produzindo mais leite inicial e a sua hipófise produz mais oxitocina do que o habitual. É como um mecanismo de segurança, para que o lactante que não mama eficazmente receba, pelo menos, algum leite. A maior produção de leite e um esvaziamento insuficiente levam ao ingurgitamento e por vezes à mastite;

- O excesso de oxitocina (não devido a qualquer anomalia da hipófise, mas derivado da pega inadequada) faz com que a mãe note uma forte “descida do leite”, por vezes de forma repentina;

- O lactante ingere menos gordura que o habitual, mas mais proteínas e mais lactose. A sobrecarga de lactose pode produzir uma intolerância relativa. As bactérias intestinais actuam sobre a lactose não digerida, produzindo gases, dejeções diarreicas e ácidas (não confundir os gases que se formam no cólon por fermentação e que se expulsa ao arrotar; o lactante que não mama correctamente pode sofrer de ambos os problemas);



- O lactante tem muitos motivos para estar incómodo: tem fome mas, ao mesmo tempo, o estômago está cheio que não consegue mamar mais; tem ar no estômago e gases no cólon; sofre de cólicas e fica com as nádegas irritadas pela acidez das fezes; por vezes, engasga-se com o jorro de leite que sai disparado com a “descida do leite”; a mãe está esgotada e deprimida pela dor e pela necessidade de dormir. Não é de estranhar que o bebé passe o dia a chorar e irrequieto e que por vezes, “lute contra a mama”: procura-a, morde-a, estica-a, solta-a, choroso...;

- O aumento de peso é muito variável. Se a mãe tiver tentado seguir os preceitos clássicos dos “dez minutos de três (ou de quatro em quatro) horas”, o bebé irá aumentar pouco ou perder peso. Mas se der de mamar a pedido é possível, apesar de tudo, que aumente normalmente, ou até que aumente demais. Alguns lactentes, apesar de terem ingerido já calorias suficientes, continuam a pedir e a mamar em excesso, talvez porque lhes falta a sensação de saciedade que as gorduras provocam.

É, portanto, um erro pensar que a amamentação corre sempre bem se o bebé está a aumentar de peso. Se para engordar o bebé tiver de sofrer vômitos, cólicas e diarreia, e a mãe fissuras, ingurgitamentos e falta de sono, a amamentação não está a correr bem. Há que ajudar a mãe a conseguir uma pega mais adequada.

Descrevemos o caso típico. Nem todos os casos são tão dramáticos. A dor nos mamilos e o não soltar da mama espontaneamente parecem estar entre os sintomas mais constantes; infelizmente, ainda não existem estudos descritos para conhecer a frequência dos diferentes sintomas.

Há muito mais em amamentar do que somente leite materno.

-- DR. JACK NEWMAN

(Citação na página Pediatria

Descomplicada: <http://pediatriadescomplicada.com.br/2015/02/27/como-saber-se-o-bebe-esta-mamando-bem-como-saber-se-efetivamente-retira-leite-do-peito/>)

PROBLEMAS FREQUENTES COM O POSICIONAMENTO

Já vimos as causas e consequências de uma pega inadequada. Veremos agora algumas das más posições mais frequentes.

A posição para mamar é uma variável contínua. Entre o bebé que mama na perfeição e o que mama muito mal (ou nem sequer mama) existe um vasto leque de pegas, algumas das quais podem provocar problemas ligeiros que nem sempre serão identificados como tal pela mãe. Por exemplo, um bebé que pede mama 15 vezes por dia e precisa de cerca de 15 minutos em cada mama pode estar com uma pega não muito boa, e talvez pedisse menos se a pega melhorasse. Algumas mães podem sentir-se sobrecarregadas por aquilo que parecem ser pedidos excessivos do bebé e o melhorar da pega aumentará a sua satisfação com a amamentação; outras podem considerar a situação normal se ela não chegar a provocar dor, fissuras, ingurgitamento ou vómitos, e até desfrutar de uma relação muito próxima. Se a mãe e o bebé estão satisfeitos é melhor não intervir.

Quando a pega causa problemas, o mais típico é a boca do bebé estar pouco aberta e este agarrar apenas o mamilo. Para o evitar recomenda-se frequentemente não introduzir na boca apenas o mamilo, mas sim toda a aréola. Mas há aréolas muito grandes que de forma nenhuma irão caber na boca; e por vezes, ao tentar introduzir a aréola na boca do bebé pela parte superior (que é aquela que a mãe vê), a aréola sai da boca pela parte inferior, sem que a mãe o consiga evitar. O mamilo acaba por ficar demasiado próximo do lábio inferior sem deixar espaço para a língua, o que impede uma sucção correcta. Este problema pode ser evitado colocando o bebé a que, antes de abrir a boca, o mamilo não fique à altura da sua boca mas sim do nariz.

Também é frequente o bebé chuchar no lábio inferior juntamente com a mama. Esta situação pode ser evitada se esperarmos que o bebé tenha a boca bem aberta antes de o aproximar da mama. Por vezes, pode ser útil baixar o queixo com o dedo para lhe abrir a boca.

Wiessinger recomenda nestes casos introduzir a mama na boca do bebé com um movimento rotativo suave para baixo, que faça esticar o lábio ao mesmo tempo que ele abre a boca. Para o compreender, experimente com um balão cheio ou com uma laranja. Abra a boca e tente introduzir o balão frontalmente. Da segunda vez, apoie o balão sobre o lábio inferior e gire-o para baixo ao mesmo tempo que o introduz na boca, até entrar em contacto com o lábio superior. Verá como consegue introduzir uma porção muito maior.

Em muitos quadros antigos a mãe aperta a mama formando um V com os dedos indicador e médio – o que não cria problemas se as pontas dos dedos estiverem suficientemente afastadas do mamilo. Mas se a mãe mantiver os dedos junto ao mamilo, provavelmente impede o bebé de o agarrar bem. Para o evitar, recomenda-se que a mãe não aperte a mama de forma alguma; ou, se for necessário, que o faça com o polegar por cima e os outros dedos por baixo, formando um amplo C.

Também não é conveniente carregar na mama com um dedo para separar do nariz do bebé; ao fazê-lo, facilmente se estira o mamilo para cima retirando-o do sítio. Como a mãe sustenta mas não aperta a cabeça do bebé, este pode mover-se facilmente se tiver o nariz tapado. Às vezes é útil deslocar ligeiramente o bebé na direcção dos seus pés, fazendo com que estique a cabeça e com que o nariz se separe um pouco da mama.

O recém-nascido normalmente explora a mama antes de mamar. Durante a exploração, pode ter a boca um pouco aberta e a língua numa posição inadequada. Se nesse momento tentar força-lo a mamar, facilmente rejeitará a mama ou ficará mal colocado. Se, pelo contrário, lhe permitir que explore durante uns segundos, acaba por decidir-se, abrir muito a boca e colocar a língua para baixo. É nesse momento em que deve aproximá-lo firmemente até à mama, pelas costas (não pela nunca, o que provocaria um reflexo de extensão). Em vez disso, algumas mães inclinam-se em direcção aos filhos e permanecem inclinadas durante toda a mamada; este acto pode, a longo prazo, provocar dor de costas e alguns bebés têm dificuldades em sustentar a cabeça para mamar.

Há alturas em que a pega inadequada se deve a causas anatómicas. Por parte da mãe, os mamilos invertidos quase nunca provocam problemas, desde que alguém lhe explique a posição correta e a ajude a colocar o recém-nascido. O mamilo não é imprescindível para a amamentação e sabemos de casos de mães que amamentaram durante vários meses, apesar de lhe ter sido extirpado um mamilo na infância. Os mamilos demasiado grandes podem causar problemas, pois o recém-nascido não consegue colocar a língua debaixo da aréola. Felizmente, o problema melhora conforme o bebé cresce (aumentando, portanto, o tamanho da boca).

Pela parte do bebé, um freio demasiado curto pode impedir que a língua se coloque sobre a gengiva, o que dificulta a amamentação e provoca dores e fissuras no mamilo. Nestes casos, a extremidade da língua costuma apresentar uma bifurcação e não consegue separar a da região infra-lingual, pelo que o recém-nascido não consegue fazer protusão da língua. O problema desaparece rapidamente ao cortar o freio. Também foram observados problemas com freios muito curtos, que impedem a eversão do lábio inferior ou do lábio superior.

A POSIÇÃO DO CORPO

O fundamental para a amamentação são a posição e o movimento dos lábios e da língua. Se os lábios e a língua estiverem bem, o lactante irá mamar bem em qualquer posição. No entanto há posturas corporais que costumam dificultar a amamentação, sobretudo dos recém-nascidos.

Recorde-se sempre que a postura do corpo é secundária. É possível encontrar alguns recém-nascidos (e muitos lactantes maiores) que mamam sem problemas em posturas inverosímeis; não se deve intervir se não houver problemas reais com a amamentação.

Normalmente, o lactante mama melhor se tiver a cabeça alinhada com o corpo, de modo a que não precise de dobrar, esticar, girar nem virar o pescoço para mamar. Em qualquer



Foto: Sara Steyer

destes casos, não só sente incómodo, como lhe custa a chegar à mama e, é provável que agarre só o mamilo.

Podem surgir problemas quando se amamenta na mesma postura em que se daria um biberão. O aleitamento artificial é muito mais frequente em público ou nos meios de comunicação do que a amamentação e muitas mães imitam inconscientemente essa posição.

Para dar o biberão, a mãe costuma pegar no bebé, colocando-lhe a mão sobre as nádegas, de modo a que a cabeça repouse sobre o seu cotovelo. O bebé olha para cima, pois é daí que vem o biberão.

Mas a mama não está em cima, está à frente do bebé, pelo que este terá de ter todo o corpo virado para a mãe e junto a ela: barriga com barriga, com um bracinho por cima e outro por baixo.

Além disso, a mama não está virada para o lado, como o cotovelo, e sim para a frente. Por isso, não é conveniente colocar a mão nas nádegas do bebé, mas sim nas costas, de modo a que a cabeça não repouse no cotovelo e sim no antebraço, em frente à mama. Este é um dos problemas que se vê na prática com mais frequência; muitas vezes, basta sugerir à mãe que mova o bebé uns centímetros na direcção dos seus pezinhos.

Nem todas as mães se sentem bem na mesma posição – depende do tamanho e orientação das mamas. Algumas estão mais centradas, outras mais afastadas da linha média. Em alguns casos, o mamilo aponta para a frente e o bebé deve estar totalmente em frente da mãe; noutros, o mamilo aponta mais para baixo e o bebé deve estar um pouco inclinado para cima. O importante é que, antes de abrir a boca, sem necessidade de virar, dobrar ou rodar o pescoço, o mamilo esteja em frente ao nariz do bebé.

A mãe habitualmente fica mais cómoda se tiver os pés um pouco elevados (com um banco, ou sentada numa cadeira muito baixa) e cruzar as pernas ou colocar almofadas por baixo do bebé, para não ter de suportar todo o peso com o braço.

Para amamentar na cama, mãe e filho podem estar de lado, um em frente ao outro. Para

oferecer a segunda mama, a mãe pode abraçar o filho e girar com ele, ou inclinar-se um pouco sobre ele e dar-lhe ambas as mamas no mesmo lado da cama. É conveniente que as enfermeiras ensinem a mãe a amamentar deitada na cama durante a estadia no hospital. As mamadas nocturnas tornam-se cómodas se a mãe poder permanecer deitada (e rapidamente aprenderá a fazê-lo meio a dormir), mas podem tornar-se esgotantes se a mãe tiver de se erguer e sentar na cama, ou se tiver de se levantar todas as vezes para amamentar numa cadeira.

CONTACTO VENTRAL

Recentemente, Colson chamou a atenção para o facto que as posturas habitualmente recomendadas, sentada ou de lado na cama, são muitas vezes incómodas para a mãe e para o bebé. Segundo o termo biological nurturing, o cuidar biológico, propõe que muitas crianças (talvez a maioria) mamam melhor quando não os colocam ao peito mas os deixam agarrar na mama espontaneamente quando o peso do bebé não está assente sobre as suas costas nem sobre o braço da mãe, mas sim com a sua superfície ventral sobre o corpo da mãe. A mãe pode estar de barriga para cima na cama, ou reclinada num cadeirão ou sofá e o bebé sobre ela, de barriga para baixo. Toda a face ventral do tórax, o abdómen e os músculos do bebé contactam com a mãe. Se se coloca o bebé com a cabecita perto da mama, em pouco tempo se dirige para ela e mama espontaneamente. Nesta posição o bebé só moverá a cabeça para cima e para baixo, como que golpeando a mama com a boca antes de começar a mamar; e é normal. Temos visto mamar deste modo bebés que durante semanas se tinham negado a mamar na posição sentada.

Não existe uma só posição que seja “a melhor” para todos os casos, cada criança e mãe encontram a sua, que vão variando ao longo do tempo.

Esta posição de barriga para cima na cama com o bebé de barriga para baixo, pode ser especialmente útil depois de uma cesariana. Uma almofada debaixo dos pés do bebé servirá

para que não pontapeie e sutura. Há que estar atento, pois em alguns casos a mama fica aplanada pela gravidade e torna-se difícil para o bebé adaptar-se nesta posição.

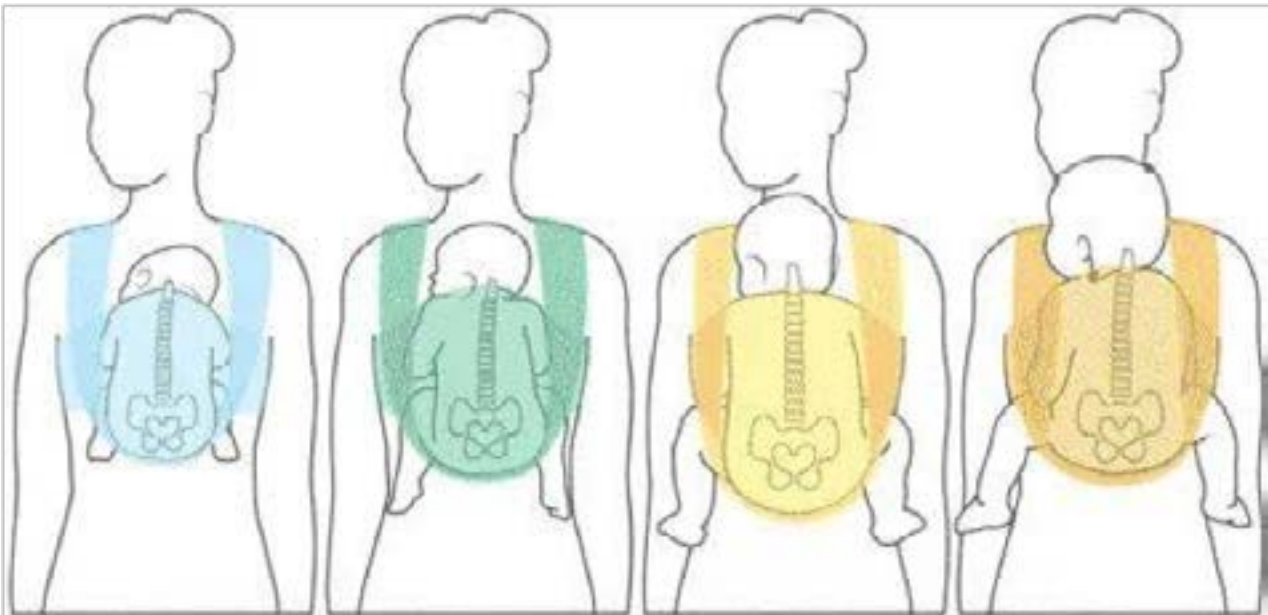
3. DESENVOLVIMENTO DO RECÉM-NASCIDO

3.1. Transportar de forma ergonómica

Assegura de forma constante um contacto entre bebé e mãe. Não há limite de idade e peso. O portabebés tem que ser ergonómico, ou seja, respeitar a fisiologia do bebé e do adulto.



Fonte: Internet

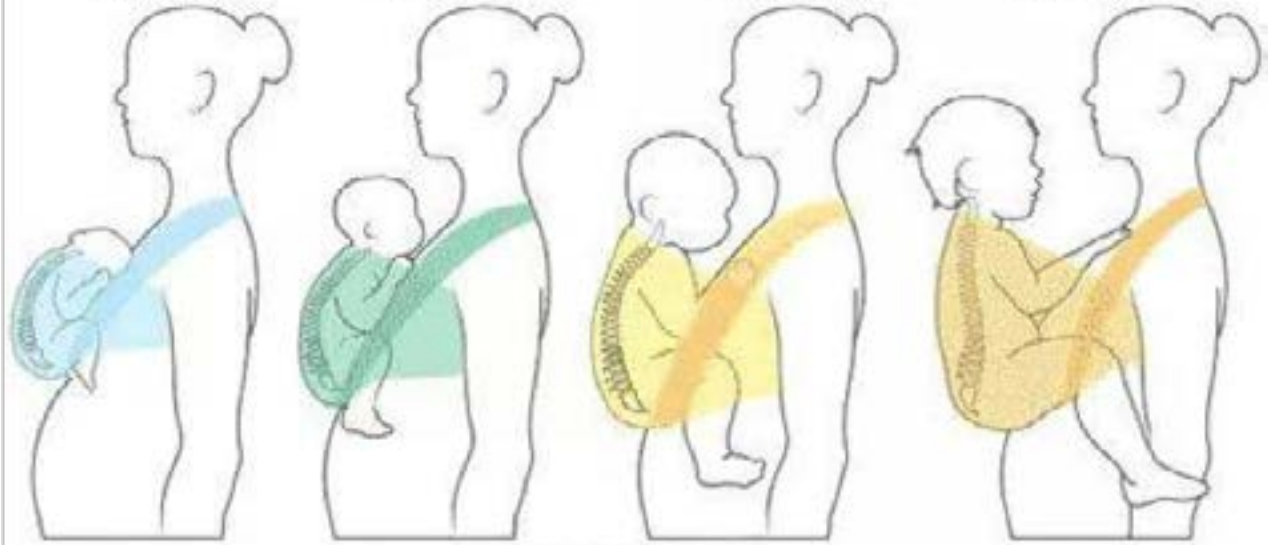


0-3 Months

4-6 Months

7-9 Months

10-12+ Months



3.2 Benefícios para o bebé

Tem mais benefícios de que qualquer outro tipo de contacto afectivo, ex: carícias, beijos, massagem.

- Sensação de segurança: depois do parto, o bebé reconhece o corpo da mãe como o seu habitat, é junto da mãe que ele se sente seguro. Conforme cresce, esta sensação de segurança permanece, e vai-se ampliando aos restantes familiares próximos, ex: pai e avós;

- Tranquilidade: se o bebé se sentir seguro permanece tranquilo. Sabe que a sua sobrevivência está segura por isso não activa nenhum sistema de alarme, choro;

- Melhora a qualidade do sono: a ligeira flexão das pernas do bebé e o seu reflexo palmar e plantar (mãos e pés), mostram que os bebés estão adaptados a serem levados na vertical. O bebé espera estar junto á mãe, porque é ela quem ele conhece, se separado dela á uma diminuição da frequência cardíaca, da temperatura corporal, e do sono;

- Sistema digestivo funciona melhor: em contacto com a mãe a temperatura aumenta, o que favorece a expulsão dos gases;

- Sistema respiratório, circulatório, imunológico, neurológico, locomotor, nervoso: funcionam melhor;

- Promove um apego seguro: este contacto entre mãe e filho caso seja contínuo, permite ao bebé aprender intuitivamente, porque este observa os estímulos do exterior. Assim está melhor preparado para interpretar e responder de forma rápida e eficaz ao que o rodeia. O resultado é um adulto mais seguro de si mesmo e independente;

- Diminuição do choro: está provado que os bebés que são levados no colo choram menos, sentem menos stress, tem menos gastos energéticos;

- Favorece a amamentação: o contacto pele com pele ajuda na produção da oxitocina e da prolactina, hormonas responsáveis pela produção do leite materno;

- Previne a plagiocefalia: a plagiocefalia postural é quando um lado do crânio do bebé está achatado. Isto acontece porque o bebé não tem controlo sobre o pescoço, e ao estar deitado todo o peso da sua cabeça está sobre aquele lado do crânio. Só quando está numa posição vertical é que essa pressão não é exercida. Ao estar num portabebés, o tecido molda-se ao crânio do bebé não o afectando;

- Protege o desenvolvimento da coluna: o dorso do recém-nascido é curvado naturalmente para a frente, e conforme este vai sustentando melhor a cabeça, o dorso vai deixando de estar tão curvado. A posição ideal do recém-nascido é com o dorso em forma de “c”. Quanto mais tempo este se manter nesta posição melhor para o seu desenvolvimento fisiológico. Esta posição protege a zona cervical. Por volta dos 6 meses, quando o bebé já começa a sentar-se sozinho, a curvatura das costas já não é tão acentuada. Ao estar na vertical, o bebé tem uma possibilidade de movimentos maior do que na horizontal, o que por sua vez melhora e desenvolve a sua musculatura.

3.3. Benefícios para a mãe

- Favorece a amamentação: já foi referido o motivo;
- Favorece as relações sociais: há um maior vínculo mãe filho, e futuramente com os restantes membros familiares próximos, porque o bebé vê o colo como um lugar seguro, logo é uma ajuda para introduzir mais pessoas àquele círculo familiar (ex: pai e avós);
- Melhor desempenho materno/paterno: se os bebés estão mais tranquilos, dormem mais e melhor, choram menos, o que para os pais traduz-se numa sensação de competência parental bem-sucedida, e por tanto aumenta-lhes a auto-estima;
- Aumenta a autonomia e mobilidade: com um porta bebés os pais conseguem realizar a sua vida diária. Sentem uma sensação de adaptação á nova situação em vez de frustração. Os pais podem ter as mãos livres. Na rua têm fácil mobilidade, até mesmo ao sair de casa;

- Menor risco de depressão pós parto: como o habitat do bebe recém-nascido é o corpo da mãe, é de esperar que o corpo dela esteja fisiologicamente preparado para o carregar ao colo. Sem este contacto, pode acontecer um desequilíbrio endócrino, que pode levar a uma depressão pós parto;

- Boa postura para o adulto: carregar ao colo não tem um impacto negativo sobre quem carrega o bebe, desde que este seja carregado correctamente num portabebes ergonómico. O bebé recém-nascido tem menos peso do que aquele que a mãe adquiriu durante a gravidez, o corpo da mãe já está preparado para carregar esse peso. Conforme o bebé vai crescendo o peso vai aumentando, de forma gradual, por isso a mãe não sente abruptamente esse aumento.

3.4. Usar um portabebés

Tem que ter os seguintes requisitos:

- Respeita as normas de um porte seguro (o item que foi abordado anteriormente);
- O bebé está na altura correta (o rabo do bebé, termo usado em Portugal (bunda, palavra usada no Brasil) ao nível do umbigo de quem carrega, e a cabeça á distancia de um beijo);
- Suporte das costas do bebé adequado, um bebé com um grau de desenvolvimento maior tem que se conseguir mover livremente (a tela não pode ser rija/dura). Se o bebé estiver a dormir, o portabebés tem que suste as costas e o pescoço;
- Dá suporte de joelho a joelho do bebé, não permitindo que este fique com as pernas penduradas mas sim em “m” (mostrar imagem de como fica as pernas e a bacia de um bebé num porta bebés);
- Adapta-se ao crescimento do bebé;
- Tem que ser cómodo para quem carrega e fácil de usar;



JuQueiroz
photo art

Para o porte ser seguro:

- Colocar o bebê na vertical, porque na horizontal o bebê não pode ter os joelhos separados um do outro. Os bebês com refluxo nessa posição horizontal ficam incômodos;
- Para a anca e as costas estarem de forma correta, a anca deve ser basculhada para a frente, com as suas pernas em contacto parcial com quem carrega;
- O portabebês tem que estar bem tencionado, dando apoio a todos os pontos das costas;
- A cabeça de um recém-nascido, ou de um bebê a dormir, tem que estar firme e apoiada, suavemente contra o corpo da mãe;
- O queixo tem que estar para cima, de forma a que as vias respiratórias não estejam bloqueadas e obstruídas, para que não se ocorra uma asfixia;
- A barriga do bebê tem que estar em contacto com o corpo da mãe, para que este não se curve demasiado e o queixo baixe;
- A cara do bebê tem que estar sempre bem visível.

3.5 Amamentar num portabebês, vantagens, como fazer

3.5.1. Carregadores mais comuns no mercado (brasileiro e português)

Atualmente no cenário brasileiro e português podemos encontrar alguns modelos de carregadores mais usados e conhecidos.

RING SLING

Mais conhecido por sling de argolas, basicamente confeccionado em tecido rígido entre 1.80/2.20 metros de comprimento por 70/75 cm de largura, possui em uma de suas extremidades um par de argolas que devem ser próprias para babywearing idealmente em

alumínio anodizado ou nylon injetado sem emendas, o tecido passa entre as argolas sendo assim o carregador mais prático para uso desde RN até crianças maiores. O sling de argolas é considerado um carregador de apoio, pois nele carrega todo o peso em um só ombro (podendo ir mudando de ombro). Pode ser usado na frente (peito a peito), lado e costas.

Para amamentar neste carregador existem basicamente 2 posições que podem ser escolhidas pela mãe quanto ao seu conforto e anatomia do seio:

- Posição cavalinho: O bebê fica na posição sentado deslocado ao corpo da mãe e mama na posição vertical. O bebê necessita de apoio na cabeça enquanto mama (Foto 1).

- Posição semi sentado: Nessa posição o bebê fica semi sentado no pano na posição de berço, com pernas lateralmente no corpo da mãe, com cabeça mais alta em relação ao bumbum como se estivesse sentado no colo (transversal). Nesta posição existe a possibilidade do pano apoiar a cabeça do bebê, ou caso a mãe ache mais confortável apoiar a cabeça do bebê com o braço (Foto 2).



Foto 1: Sara Steyer



Foto 2

CANGURU ERGONÔMICO

Popularmente conhecido como mochila ergonômica, o nome é um referencial a sua aparência que lembra uma mochila comum. É um carregador pré formado, possui um painel fixo com alças, fivelas de engate (fabricadas especificamente para suporte/tração de peso) encontradas na cinta e nas alças, estas também possuem correias para ajuste adequado do carregador no corpo, são práticas para uso, distribuem o peso nos ombros e quadril.

As indicações de uso assim como os tamanhos de cada mochila variam dependendo de cada fabricante, os modelos que existentes atualmente no mercado são:

- Mochilas de tamanho padrão indicados idealmente para bebês que sustentam sozinho pescoço e coluna, sentantes por volta de 6/7 meses.
- Mochilas toddlers com painel maior tanto na altura como na largura indicado para bebês maiores acima de 1 ano e meio a 2 anos aproximadamente.
- Mochila evolutiva com ajustes em suas extremidades para se adequarem a bebês pequenos não sentantes ainda, que já tenham um controle cervical ativo por volta de 3/4 meses.
- Mochila preschool que seria uma mochila para crianças entre 3/4 anos.
- E um modelo exclusivo recém-lançado do mercado para uso com bebês desde RN com ajustes que se assemelham ao sling de argolas conseguimos ajustar ponto a ponto sendo uma mochila indicada para bebês pequenos RNs.

As mochilas ergonômicas podem ser usadas nas posições de frente (peito a peito) costas e algumas lateralmente também.

Para amamentar neste carregador é necessário observar o ponto de conforto da mãe e bebê. Com o bebê no carregador podemos observar a altura confortável para oferecer o seio,



Foto: Camila Bentes Do Lago

podemos então regular da seguinte maneira:

- Dar um pouco de folga nas correias dos reguladores da cinta e das alças ate que consigamos descer esta altura para que o bebê alcance o seio, se necessário observando a necessidade podemos levar o carregador para uma posição mais deslocada referente ao seio ofertado;
- Com o bebe no carregador, outra opção, é soltar mais os ajustes dos reguladores frontais superiores e assim ofertar o seio ao bebê.

WRAP SLING

Carregador de bebê confeccionado em tecidos diferenciados (rígidos, elásticos ou semi elásticos) uma espécie de faixa que pode variar de tamanho e largura de acordo com cada marca/fabricante.

A variedade de tamanhos facilita o uso e adequação para cada tipo de porte físico diferente que seja simplificando seriam tamanhos que conseguimos finalizar amarrações para que não sobre pano em

excesso ou falta tecido suficiente para determinadas amarrações.

Os Wraps são carregadores indicados para uso desde RN até quando a mãe desejar usar (dependendo do material do wrap) são versáteis e possibilitam inúmeras amarrações desde posições frontais, laterais e costas.

Ele é o carregador mais indicado para uso em bebês recém nascidos, pois sua característica principal é o aporte total à coluna e pescoço do bebê, respeitando sua posição fisiológica natural. Super acolhedora para os bebês, o wrap é um carregador que distribui o peso do bebê uniformemente pelos ombros, costas e quadris de quem carrega.

Os tecidos usados atualmente no Brasil e Portugal são os tecidos rígidos e os tecidos elásticos, por vezes podem também aparecer tecidos que não se encaixariam em nenhuma destas categorias, mas que poderíamos caracterizá-los como semi elásticos (malhas sem elastano).

- Wraps de tecido rígido

Podemos encontrar os confeccionados em tear manual, tear semi industrial e tear industrial com tramas 100% algodão ou outras fibras naturais ou mesmo sintéticas. Eles são indicados para uso desde RN até crianças maiores dependendo da gramatura do tecido podemos carregar até crianças maiores com conforto e segurança.

- Wraps elásticos (com pequena quantidade de elastano a composição)

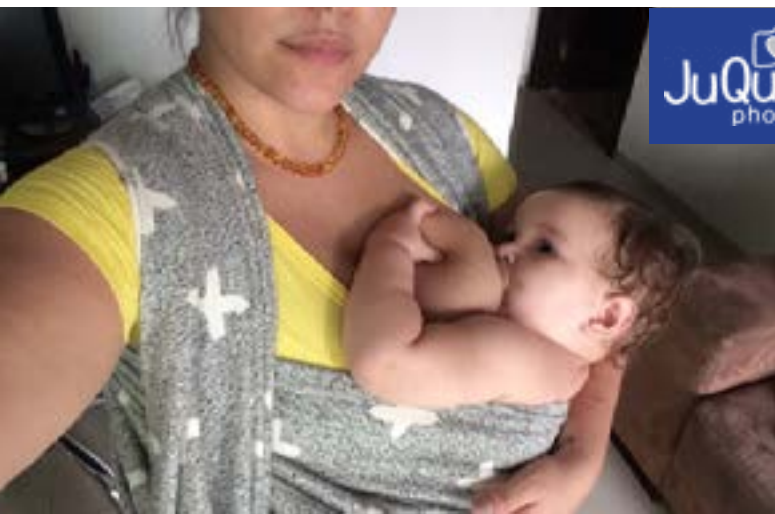
Basicamente algodão + elastano, este tecido possui característica de acolhimento e suavidade, a memória elástica deste tecido é essencial, pois ela determina a capacidade de se moldar perfeitamente ao corpo do bebê sem deformar. Por ser um tecido elástico existe uma indicação para uso com bebês pequenos até um peso adequado para o carregar, sendo necessário a troca deste material por outro carregador ou outro wrap de tecido rígido.

- Wraps de tecidos tipo malhas (sem elastano na composição)

Eles são classificados popularmente de semi elásticos. No Brasil este tipo de tecido é bem conhecido, bem no início quando os tecidos próprios para carregar ainda não predominavam no cenário brasileiro, foi-se criada uma forma para que esse carregar pudesse ser praticado, então as malhas foram usadas para a confecção desses wraps, as malhas mais usadas são as 100% algodão, a malha é um tecido com características de trama super flexível trazendo mobilidade ao pano o que também facilita a deformação mais rápida do tecido quando aplicada um determinado peso a esse tecido, sendo assim um tecido que pode ser usado basicamente com bebês Rns sendo ele também um material que terá que ser substituído futuramente por outro carregador ou outro wrap de tecido rígido.

Para amamentar no wrap sling podemos usar duas técnicas diferentes:

- Posição de berço/semi sentado: nesse processo para amamentar o bebê, partindo de uma amarração frontal cruz envolvente seria necessário desfazer o nó e posicionar o bebê na posição berço onde a cabeça do bebê fica mais elevada em relação ao bumbum e pernas lateralmente no corpo da mãe tecido indo até a marcação dos joelhos, bebê mama e a



amarração deve ser feita novamente que a posição para amamentar seja mantida.

Ao finalizar a mãe deve voltar o bebe novamente para a posição vertical.

- Posição verticalizada: numa amarração frontal a mãe pode amamentar o bebe somente baixando a altura em que esse bebe é carregado, ou seja, que o bebe consiga mamar no seio sem que seja alterada a amarração.

EX: Cruz envolvente, canguru frente, amarração lateral (bebe na altura do seio).



3.5.2. Carregadores tradicionais

O homem sente necessidade de carregar os seus filhos, seja apenas para se deslocar ou trabalhar.

Carregando os seus bebés seja em qual for o carregador, conseguem ter as duas mãos livres para qualquer actividade que necessitem de fazer, muitas vezes mesmo para trabalhar ou apenas só para terem os filhos junto a si, o que promove uma amamentação livre e sempre a disposição e uma necessidade de "colo" satisfeita.

Cada país/região do mundo tem um porta bebê tradicional projetado para atender às suas necessidades específicas, ou seja, clima quente/frio, o tipo de trabalho fazem as mães, as posições culturais e por ai vai.

Por exemplo:

- O povo mexicano usam o Rebozo , que é um quadrado de pano tecido amarrado sobre um ombro com o bebê geralmente nas costas, às vezes e chamado de Chal, dependendo do comprimento;
- Os peruanos têm uma Manta que fica sobre os ombros como uma capa, e o bebê fica no alto de volta da mãe chama-se Aguayo;
- Os guatemaltecos usam Parraje - semelhante a um Rebozo;
- Europeus usam uma mistura de malotes, wraps e portadores de pano curtas;
- Pessoas do Alasca / canadenses tem a amauti que é uma jaqueta ártica muito grossa com uma 'bolsa' bebê na parte de trás, baby se encaixa mesmo sob o capô de grandes dimensões;
- Mães Papua Nova Guiné usam um Bilum - (pescoços muito fortes) um saco de rede



Carregar o bebê junto a si é um ato cultural primitivo e milenar.

-- VIVIANE LEMOS

(Babywearing pelo mundo ...um breve olhar para o ato de se amarrar o bebe com o pano junto a si:

<http://maternagemviva.blogspot.com.br/2015/06/babywaring-pelo-mundo-um-breve-olhar.html>

fixada na testa com o bebê pendurado na parte de trás;

- Mães indonésias usam um Selendang que é uma longa ornamentado envoltório;
- Mães aborígenes usam para manter seus bebês em portadores feito de casca de árvore, semelhante aos cradleboards usados por nativos americanos, mas sem a cobertura de pano;
- Mães asiáticas usam uma variedade de operadoras, incluindo Mei-tai / Hmong / Bei (China), Onbuhimo (Japão), Podaegi (Coréia), além de muitos usam um “portador” de tiras longas que vão sob as axilas e as coxas de bebê para traz de volta;
- Mães galês costumava usar seus bebês em xales, chamados ‘Siol Fagu’ (xale de enfermagem);
- Mães etíopes usam um cobertor com correias superiores, semelhantes ao Onbuhimo;
- Mães africanas usam uma ‘ Khanga ‘ também conhecido como capulana que é um pedaço de pano amarrado ao redor do torso curto-ish, assim que o bebê senta-se baixo na parte de trás;
- Mulheres Maori carregavam seus bebês em um pano dentro de seus mantos, ou em um Pikau linho (mochila).

Alguns carregadores:

AGUAYO

Tem origem no Peru, e designa-se por Manta ou Aguayo. É um pedaço de tecido rígido, pouco maleável, que se dobra de forma quase triangular, e normalmente os bebês vão deitados nas costas. São feitos com materiais sintéticos, mas antigamente era feito com lã.

Vantagens: As pessoas conseguiam trabalhar com os seus filhos sempre junto a si.

Desvantagens: Os bebês eram sempre carregados nas costas, para a frente de quem carregava, estar livre para poder trabalhar.

Para amamentar neste modelo podemos fazer da seguinte forma:

A mãe traz o bebé para a frente mesmo dentro do carregador e dá de mamar no maior do conforto, quando terminar apenas tem de rodar o bebé e o carregador novamente para as costas.

CAPULANA

Tem origem em Africa e denomina-se de Khanga ou Capulana. As características do tecido africano é um rectângulo colorido, tecido firme e com estampas muito coloridas.

A capulana é usada nos países africanos de diferentes maneiras: em Moçambique por exemplo, as mulheres usam-na no seu dia-a-dia e principalmente em cerimónias tradicionais como funerais, casamentos, ritos de iniciação, cerimónias mágico-religiosas, etc. Também chamada de “pano” em Angola, “kitenge” ou “chitengue” na Zâmbia, Namíbia e “canga” no Brasil, o seu uso vai muito além da moda: o tecido é usado pelas mulheres para carregar os seus filhos nas costas, para carregar trouxas, para inúmeras funções, como toalha, cortina, pano de mesa, etc.

Quem pensa que é só um pedaço de tecido engana-se: o carinho e cuidado com que as mulheres tratam este tecido é distinto. Acredite se quiser, cada uma delas pode ter várias histórias para contar. A capulana que carregou o seu primeiro filho, a capulana que casou a sua filha, que carregou a colheita do ano x e por aí vai. Com certeza se elas falassem teriam muito para contar.

Carregar bebé à la africana não é para qualquer um, são feitas amarrações de torso, devido às mulheres africanas terem umas curvas lombares mais acentuadas e as mulheres trabalham inclinadas para baixo, assim o bebé fica mais apoiado nas costas.

A origem das estampas é do Batik indonésio introduzido na Africa há mais de 150 anos. Para tingir as estampas é usado cera.

Sua característica principal é não ter frente e verso, os dois lados são iguais, oferecendo

praticidade, charme para o uso e para as amarrações.

Vantagens: Prático para instalar bebê e com preço acessível à todos

Desvantagens: Incomoda quem aprecia carregar bebê sustentado pelos ombros e esta amarração necessita ajustes frequentes.

Para amamentar neste modelo podemos fazer da seguinte forma:

A amamentação neste caso será apenas rodar o bebê e o carregador para o quadril ou para a frente, aí o bebê estará numa boa posição para mamar.

MEH DAI | MEI TAI

Meh dai é um porta bebe tradicional pré-formado de origem chinesa, ele consiste em um corpo quadrado com faixas de amarrar, duas superiores (ombros) e duas inferiores (cinta), existem variadas combinações para uso dessas faixas dependendo da necessidade de quem usa. O bebe é transportado nesta porta bebe nas posições barriga com barriga, lado e costas. Alguns modelos podem ser ajustados na largura usando uma tira para adaptação de bebes menores de 6 meses, dependendo do molde do meh dai alguns podem ser usados ate por volta de 2 anos de idade da criança (dependendo do porte físico de cada bebe) Este porta bebe é leve, bem fresco e super pratico para uso, pois pode ser levado na bolsa.

Existe também uma versão japonesa deste carregador chamado de onbuhimo, ele possui também um painel quadrado e faixas superiores de amarrar nos ombros e na parte inferior ao invés de alças como no meh dai existem argolas para que as faixas passem por elas, dessa forma sendo um carregador que não possui alças de amarrar na cintura.

Vantagens: O meh Dai/Mei Tai é bem prático para uso pode ser levado na bolsa, para mães

e pais que tem dificuldade em carregar nas costas o mei tai é uma opção que facilita bastante esse carregar.

Desvantagens: As alças compridas requerem maior habilidade nos ajustes, pontos de tensão mais apurados, dependendo do fabricante o painel pode ser um pouco “estreito” e ter menor duração de uso se as alças não forem largas suficientes para acomodar corretamente as pernas do bebe (de joelho a joelho) além de influenciar diretamente no conforto do carregar.

Para amamentar neste modelo podemos fazer da seguinte forma:

Descer a altura do bebe no carregador ate que fique num ponto favorável para que o bebe abocanhe o seio, pode ser feito uma manobra para facilitar a posição e que o bebe fique mais lateralizado, deslizando as faixas inferiores da cinta mais para a lateral de forma que o painel saia da parte central do corpo e fique mais deslocado para o lado.



PODAEGI

Carregador tradicional coreano, a sua pronuncia correta seria “Podégui”, ele é semelhante ao meh dai porem tem um painel bem comprido de forma retangular de tecido tipo um avental, alças superiores que vão sobre os ombros cruzam no bumbum e amarra na frente ou nas costas. Existem também retângulos menores que cobre somente o corpo do bebe tipo um quadrado.

O bebe vai neste carregador na posição sentado. Pode ser usado de frente também, porém é mais usado na posição costas.

Vantagens: Um carregador prático de uso, fácil de amarrar para quem não curte fazer muitas amarrações ou não tem tanta paciência, para caprichar nos ajustes. Uma excelente opção para usos rápidos, facilita a amamentação.

Desvantagens: Dependendo do tipo de alça pode ser desconfortável para uso prolongado. Poucos ajustes finos, ou seja, mais difícil de ajustar próximo a nuca caso bebê não sustente pescoço sozinho. Por ser bem resumido (painel e alças superiores compridas) é menos versátil para variar nas amarrações.

Para amamentar neste modelo podemos fazer da seguinte forma:

Muito semelhante ao Meh dai pode ser feito da mesma forma baixando a altura do bebe no carregador para que ele alcance o seio e consiga mamar no peito.

REBOZO

Rebozo é um carregador tradicional de origem mexicana e está presente na cultura desde o século 17, o tecido é tradicional da cultura dos povos indígenas do México. A palavra rebozo

é quer dizer “rebozar” cobrir-se.

No México acompanha toda uma vida humana desde o nascimento até a morte.

O rebozo é um pano originalmente confeccionado em algodão de aproximadamente 2 metros por 50/70 cm de largura (pode variar). Neste carregador o bebe é carregado de lado ou nas costas de forma assimétrica algumas vezes também é carregado deitado (verticalmente).

O tecido é envolto o corpo da mãe com o bebe e finalizado com um nó duplo.

Vantagens: Pano bem prático para usar, levar na bolsa é uma vantagem que o rebozo proporciona para usos rápidos. Facilita a amamentação. Pode ser usado desde RN desde que bem ajustado ponto a ponto. O nó deslizante no tecido funciona como uma espécie de argola que não necessita ser refeito sempre que usar, já pode deixar feito o nó e ajustar quando precisar colocar ou tirar o bebê.

Desvantagens: Para algumas pessoas pode ser um carregador limitado (por conta das suas dimensões). Usado sempre com o apoio em um só ombro pode gerar dores ou desconforto ao carregar (principalmente se o bebe for grande e pesado) Nesse caso seria interessante revezar os lados (os ombros de apoio).

Para amamentar neste modelo podemos fazer da seguinte forma:

O bebe é posicionado verticalmente no carregador na frente do corpo da mãe, mais baixo para que o bebe alcance o seio, por muitas



Foto: Sara Steyer

vezes o bebe é carregado já desta forma mesmo sem amamentar.

TIPOIA

Podemos encontrar na cultura brasileira, os índios que foram nossos percussores no carregar tradicional. Carregar bebes e crianças é algo natural e muito praticado na cultura indígena, eles carregam de lado preferencialmente mas também nas costas e ate nos ombros. Os carregadores são confeccionados com o que tem disponível nas aldeias como cipós, fibra de coco, palha de buriti etc.

Cada tribo desenvolve o seu tipo de carregador dependendo de cada tradição das tribos. Uns são mais ornamentais e trabalham mais com os vegetais e outras mais com faixas de tecidos tipo tecelagem totalmente manual. Algumas tribos usam cestos de palah também como carregadores.

Alguns tipos e sua determinada origem (tribo):

- Tipoia de fibra de coco da etnia Bororo (Rondônia);
- Tipoia trançada da etnia Kayapo (São Feliz de Xing);
- Tipoia de algodão da etnia Guajajara (Barra do Corda);
- Cesto porta-bebê e munti uso feito no Mato-Grosso.

Vantagens: Rápido para uso, já pode ficar diretamente no corpo para colocar o bebe quando necessário. Facilita a locomoção da mãe com o bebê, favorece a amamentação.



Foto: Sara Steyer

Desvantagens: Dependendo de quem usa pode ser desconfortável a largura desta tipoia, se muito fina cravar no ombro de quem carrega. Em caso de bebés pequenos não dá suporte a coluna (sendo necessário apoio com a mão).

Para amamentar neste modelo podemos fazer da seguinte forma:

Usualmente as índias usam suas tipoias já apoiadas em suas ancas (lateralmente) de forma que amamentação seja em livre demanda e ofertada a todo o momento ao bebé.

XAILE

Tem origem na Europa, usava-se nas áreas mais rurais. É um tecido tipo cobertor de sofá, que se dobrava em forma triangular e usava-se com o bebé de lado, tem sempre de ter um apoio de um dos braços de quem carrega para o bebé não cair.

A maneira de pôr o xaile e segurar com ele a criança é característica, não só da região Serra da Estrela, mas de quase todas as aldeias portuguesas e surpreendentes as fotografias de Miranda do Douro, onde o método mais comum



era trazer os bebés sobre as costas (por vezes das avós ou das irmãs) durante todo o dia, tal e qual se faz ainda hoje na maioria dos países africanos. O método de transportar os bebés presos no xaile, era conhecido em toda a Europa até há pelo menos cinquenta anos. Por cá já só há algumas avós que o sabem usar, mas no País de Gales é considerado parte do património cultural da região, e há até algumas empresas que se dedicam à venda de “nursing shawls” para o efeito.

Vantagem: Tinham sempre o bebé junto a si, sejam eles carregados pelos pais ou outros familiares.

Desvantagem: Nalgumas imagens, nota-se que quem carregava o bebé, tinha de o segurar com um braço, por o bebé ficar tipo enrolado no xaile debaixo do braço, sem estar preso de alguma maneira.

Para amamentar neste modelo podemos fazer da seguinte forma:

A mãe colocaria o bebé na posição de lado e com o bebé enrolado no xaile conseguia dar de mamar perfeitamente.

3.6 Problemas na amamentação

No período da amamentação poderá sentir o seu peito dolorido e os mamilos mais sensíveis. Para evitar complicações como as gretas nos mamilos, o ingurgitamento mamário ou a inflamação mamária deve cuidar do seu peito com muito cuidado desde o primeiro dia em que amamenta (ou mesmo na gravidez).

Para prevenir os desconfortos associados à amamentação é indispensável que o bebé agarre de forma correta o peito. A boca do bebé deve segurar não só o mamilo mas também parte da auréola.

PROBLEMAS MAIS FREQUENTES NA MÃE

Hiperlactação

O hiperlactação, superabundância excessiva de leite é um problema que pode ocorrer enquanto amamenta o seu bebê. A maioria dos bebês de mães que tem leite em excesso ganham peso mais rápido que o normal. Ter um peso mais alto que o normal é problema só quando há dificuldades por causa do excesso de leite. Damos algumas sugestões para que seja mais fácil amamentar o seu bebê e poder desfrutar da amamentação.

O hiperlactação é produzida pela regulação de leite inadequada, onde é apresentado um gotejamento constante ou derrame para fora da mama, especialmente quando se muda o bebê de um peito para o outro.

O bebê também nos diz que estamos produzindo muito leite, por meio de sinais como falta de ar ou asfixia.

Como evitar e tratar:

- Retirar dos mamilos certa quantidade de leite, minutos antes de amamentar o seu bebê, no caso de sentir os peitos muito cheios.
- Tenha cuidado e sempre que você amamentar só oferecem-lhe um dos seus seios (20 minutos no máximo).
- Ofereça o mesmo peito para o bebê mamar até que ele esvazie por completo e só então mude para o outro. Ficar trocando de um seio para o outro vai estimular ainda mais a produção;
- Evite o uso de conchas de silicone. Além de abafarem os seios e criarem ambiente propício a fungos e bactérias, podem, pela pressão, estimular a produção de leite;
- Coloque o bebê para mamar em uma posição mais verticalizada, como a de cavalinho. Isso ajuda o bebê a ter controle sobre a mamada;
- Procure amamentar em uma posição mais deitada, ou de lado, ao invés da tradicional

sentada. Isso vai dificultar a ejeção do leite e, conseqüentemente, diminuir o fluxo;

- Se o bebê engasgar ou largar o peito, aguarde ele se restabelecer e coloque-o novamente para mamar. Coloque ele para arrotar se necessário;
- Considere ser uma doadora de leite materno, os bancos de leite estão sempre precisando de reservas.

Fissura ou rachadura

Ocorre quando a posição do bebê e a pega do mamilo estão erradas. A pele dos mamilos tonar-se mais sensível durante a amamentação o que pode dar origem a desconforto. A pele dos mamilos pode ficar irritada, ressecar, por vezes criar gretas. Ainda durante a gravidez, os seus seios sofreram alterações que os prepararam para a amamentação e é natural que sinta alguma sensibilidade mamária durante toda a gravidez ou alguns meses antes do parto.

O facto de o mamilo gretar não está directamente associado à frequência com que dá de mamar ou à sua duração, mas antes ao modo como o bebê agarra o peito. Ainda no hospital/ maternidade será ensinada a verificar a posição correcta do seu bebê para amamentar. O bebê deve agarrar bem o peito e não apenas o mamilo.

Como evitar e tratar:

- Posicionar o bebê correctamente, dar de mamar de forma correcta, sentada ou deitada, mas de modo a que se sinta confortável e que o bebê esteja de frente para o mamilo. O bebê não deve estar em esforço para conseguir fazer a sucção o que também pode causar dor à mãe.
- Começar a dar o peito pela mama sadia e depois passar para a mama com rachaduras;
- Expor as mamas aos raios do sol ou à luz artificial (lâmpada de 40 watts a uma distância de 30 cm);
- Proteger a pele dos mamilos com um creme adequado para a tornar mais flexível e resistente.

- Tratar as irritações dos mamilos mal sinta algum sinal de desconforto.
- Proteger o mamilo do contacto com a roupa, mantendo-o bem limpo e seco.
- Limpar os mamilos muito bem após a amamentação. Se possível, passar algum tempo sem os cobrir.
- Após o banho e após cada mamada aplicar e deixar secar algumas gotas de leite materno no mamilo e auréola.

Ingurgitamento

Ocorre quando a mãe produz mais leite do que o bebê consegue mamar. As mamas ficam endurecidas ou empedradas.

Por volta do terceiro dia pós-parto sentirá o seu peito mais cheio e firme, sensação que pode ser acompanhada por um ligeiro desconforto. Esta alteração (descida do leite) é sinal de que o colostro começa a mudar para leite de transição (4 a 5 dias após o parto) e designa-se ingurgitamento fisiológico (cerca de 15 dias após o parto, o leite de transição dá lugar à produção do leite maduro).

A ingurgitação acontece quando os seios ficam doridos e tensos devido à deficiente drenagem do leite. O ingurgitamento pode ser passageiro (até 24 horas) ou durar vários dias (4 a 5 dias). O importante é não desistir e procurar ajuda dos profissionais para manter a amamentação e encontrar estratégias que a ajudem a diminuir o ingurgitamento. Gradualmente, o seu corpo ajusta-se e começa a produzir exactamente a quantidade necessária para o seu bebé.

Um aspecto fundamental para o sucesso da amamentação é a forma como o seu bebé pega no mamilo. Ajude-o a encontrar a posição ideal para amamentar o que também favorecer o seu bem-estar e a integridade dos mamilos.

Uma forma de evitar que o leite fique “empedrado” é colocar o bebé para mamar sob livre demanda, sempre que ele quiser ou ordenhar manualmente o excesso de leite. Ingurgitamento



Se um duto bloqueado ou ingurgitado não for desobstruído, o tecido mamário poderá infectar. Parte da mama fica vermelha, quente, inchada e amolecida. A mulher tem febre e não se sente bem. Isto é mastite.
-- MARCUS RENATO
(Peito empedrado: ingurgitamento, mastite e galactocele | Blog Mãe Natural, 09 de outubro de 2009)

geralmente ocorre nos dois peitos e nas duas primeiras semanas após o parto. Se as mamas estiverem muito cheias, retirar o excesso e oferecer o peito com maior frequência. Se não melhorar em 24 horas, a mama ficar avermelhada e a mãe tiver febre, deve procurar o médico para evitar complicações como mastite ou abscessos.

Como evitar e tratar:

- Continuar a amamentar aumentando a frequência das mamadas (o que estimula a drenagem do leite).
- Retirar manualmente o excesso de leite.
- Aplicar compressas quentes ou frias no peito para aliviar o desconforto e a tensão mamária.
- Esvaziar um peito antes de oferecer o outro.
- Coloque o bebê a mamar primeiro na mama mais cheia.
- Se a mama continuar congestionada após amamentar, deve esvaziar manualmente, até se sentir bem.
- Evitar roupas que apertem as mamas.
- Descansar
- Experimente massajar o peito para ajudar à “descida do leite”: segure o seio com as duas mãos, uma de cada lado, e faça uma ligeira pressão da base até ao mamilo. Repita este movimento 5 vezes, sempre com muita delicadeza. De seguida, faça o mesmo movimento mas com uma mão e cima e outra em baixo da mama. Pode fazer esta massagem 1 a 2 vezes por dia.

Mastite

A mastite caracteriza-se por uma inflamação (dor, vermelhão, calor localizado) com ou

sem infecção, que pode ser acompanhada por febre e sintomas do tipo gripal. A mastite é uma sequência da ingurgitação de um ou dos dois seios.

Como evitar e tratar:

- Retirar manualmente o excesso de leite. Se a mãe não melhorar em 24 horas, deve ir ao serviço de saúde para ser tratada.

- Continuar a amamentar aumentando a frequência das mamadas (o que estimula a drenagem do leite).

- Após a mamada, esvaziar a mama manualmente ou extrair o leite com a ajuda de uma bomba para libertar os ductos (canais mamários) bloqueados.

- Seguir as indicações de como tratar o ingurgitamento.

- Consultar o seu médico.

- Repousar

PROBLEMAS MAIS FREQUENTES NO BEBÉ

Torcicolo muscular congênito (TMC)

Consiste numa deformidade do pescoço envolvendo um encurtamento do músculo esternocleidomastoideu (ECM) devido a um processo de rotura ou fibrose muscular decorridos durante a gestação ou no decurso do trabalho de parto, que é detetada ao nascimento ou após o mesmo. Constitui a terceira causa mais frequente de anomalia musculoesquelética à nascença, ocorrendo em menos que 1 a 2% dos recém-nascidos, sendo mais comum naqueles com apresentação intrauterina pélvica.

O TMC pode traduzir-se:

- Numa limitação dos movimentos cervicais (nem sempre presente);

- Inclinação do pescoço para o lado do encurtamento do músculo ECM afetado;

- Rotação do pescoço, com orientação da face para o lado contrário.

Como evitar e tratar:

- Durante a alimentação: colocar a cabeça da criança numa posição de modo a que ela rode o pescoço para o lado do músculo ECM afetado.

Exemplo: Se o seu bebé apresenta um torcicolo direito, ampare a sua cabecinha com o braço esquerdo, de modo que ele tenha que efetuar um movimento de rotação do pescoço para o lado direito (para o lado afetado) para se alimentar ao seu seio esquerdo ou para beber pelo biberão.

COMO O BABYWEARING PODE AJUDAR NA SOLUÇÃO DESTES PROBLEMAS:

Pode ajudar porque para tratar alguns destes problemas, por exemplo o Ingurgitamento e a mastite o bebé tem que mamar muito para ajudar a esvaziar o peito, e ao estar em contacto com a mãe procura mais a mama.

Nota final: O sucesso da amamentação deve-se, também, à forma como encara a própria amamentação. Mantenha-se calma e confiante, descanse, descomplique e siga o seu instinto.

4. BEBÊS COM NECESSIDADES ESPECÍFICAS

4.1. Bebê com síndrome de down

As crianças com síndrome de Down podem ter dificuldades em mamar: a hipotonia faz com que não mantenham a postura adequada e a cardiopatia, por vezes associada, pode fazer com que se fiquem enquanto mamam. Contudo, a amamentação é, para eles, especialmente importante. Há que ajudar a mãe a colocar o bebé na melhor posição, adverti-la de que as mamadas podem ser mais longas e frequentes do que o habitual e, se for necessário,

ensiná-la a retirar leite e a dá-lo, caso mamar seja muito difícil (em bebés prematuros poderá acontecer o mesmo).

Lembre-se de que os bebés com síndrome de Down costumam progredir mais lentamente do que o normal, tanto com amamentação como com aleitamento artificial.

4.2. Gémeos

O mais difícil quando se dá de mamar a gémeos é ter que suportar os comentários negativos em redor. De resto, qualquer mãe pode produzir leite suficiente para duas crianças. A chave do êxito é a mesma que com uma criança: o início imediato após o parto, alojamento conjunto e, amamentação frequente.

Foram publicados vários casos de amamentação exclusiva a trigémeos (a mãe descrita por Saint amamentava 27 vezes ao dia os seus trigémeos de 2 meses e produzia mais de 3 litros de leite por dia), e alguns de quadrigémeos (até 34 mamadas por dia, com aumento de peso satisfatório).

Ao princípio, sobretudo se a mãe for inexperiente, provavelmente será mais fácil dar-lhes o peito em separado. Uma vez dominada a técnica, pode alternar-se os peitos, mas às vezes cada criança tem o “seu” peito favorito, o que também não é nenhum problema (alguns livros antigos advertem que se a criança mamar constantemente do mesmo lado verá a mãe sempre com o mesmo olho, que se desenvolverá melhor do que o outro; a criança tem o resto do dia para ver a mãe com ambos os olhos ao mesmo tempo).

Uma forma de auxiliar estas mães com pouca experiência pode ser colocar um bebé em cada anca, num portabebés, numa posição vertical. Assim poderá amamenta-los sem ser á vez, e terá mais controle sobre aquilo que está a fazer pois terá as duas mãos disponíveis.

Em Espanha existe um grupo de apoio específico para mães de gémeos: Multilactia (<http://perso.wanadoo.es/gema.carcamo>).

(www.multilacta.org)

4.3. Problemas neurológicos – Hipotónicos, hipertónicos e distonicos

Outros bebés com problemas neurológicos a que se associe hipotonia, hipertonia ou descoordenação podem ter dificuldade em mamar.

Os bebés hipotónicos costumam mamar melhor se estiverem em posição horizontal sobre uma almofada, com a cabeça e nádegas quase ao mesmo nível. Pode ser útil segurar o queixo com o polegar e com o indicador, enquanto a palma da mão apoia o peito (posição DanCer – explicar melhor qual é essa posição, talvez imagem?) e, este é comprimido.

4.4. Refluxo gastroesofásico

A amamentação é particularmente recomendável nestes casos, pois diminui a duração dos episódios de refluxo. Por outro lado, os alimentos espessados (como os leites anti-regurgitantes) são praticamente inúteis no tratamento do refluxo. Constitui um erro grave desmamar uma criança para lhe dar um destes leites.

Se esta estiver a ser transportada num portabebés, o ideal é estar numa posição vertical.

5. Testemunhos Reais

5.1. A mãe



NOME: Ana Chamorro | BEBÊ: Afonso Rodrigues (3 meses)

ESCOLARIDADE: Licenciatura

LOCALIZAÇÃO: Portugal

COMO FOI/É AMAMENTAR SEU BEBE NO CARREGADOR?

É confortável e transmite segurança mantendo a sensação de privacidade.

COM QUAIS CARREGADORES E AMARRAÇÕES TENTOU AMAMENTAR SEU BEBÊ?

Ring Sling e Wrap (amarrações não sei os nomes).

COM QUAL DELES SENTIU MAIS CONFORTO E EFICIÊNCIA?

Wrap.

QUAIS MAIORES BENEFÍCIOS SENTIDOS POR VOCÊ E SEU BEBÊ NESSE PROCESSO?

Maior ligação com o meu bebê mesmo fora de casa.

COMO ISSO FOI EVOLUINDO CONFORME O BEBÊ CRESCEU?

Ainda só tem 3 meses por isso não notamos muita diferença.

QUE REAÇÃO OBSERVOU-NOS OUTROS AO VÊ-LA AMAMENTAR CARREGANDO? SENTIU ALGUMA DIFERENÇA?

Na cidade onde vivo não é muito habitual o babywearing portanto os olhares são sempre de admiração.

QUAL FOI A PRINCIPAL VANTAGEM DE AMAMENTAR NO CARREGADOR?

Prático e privado.

QUAL FOI A PRINCIPAL DESVANTAGEM?

Às vezes a postura não ajuda devido ao bebê já estar comprido.

RECOMENDARIA/RECOMENDA A OUTRAS MÃES QUE CARREGUEM NO PANO E AMAMENTEM SEUS BEBES?

Sim, sem dúvida.

O PAI TAMBÉM CARREGA/OU O SEU FILHO NALGUM PORTA BEBÉS? SE SIM QUAL?

Sim, o pai prefere o Mei Tai.

ELE APOIOU A SUA COMPANHEIRA CARREGAR E AMAMENTAR?

Sim.

ACHOU QUE A MÃE AO CARREGAR E AMAMENTAR TEVE UMA MAIOR LIGAÇÃO COM O BEBÉ?

Sim.

NOTOU QUE A SUA COMPANHEIRA AO CARREGAR/AMAMENTAR SUPEROU MAIS FACILMENTE ALGUM PROBLEMA QUE POSSA TER SURGIDO N AMAMENTAÇÃO?

Não.

REGISTOU ALGUMA REACÇÃO POR PARTE DE PESSOAS EXTERIORES AO VER A SUA COMPANHEIRA CARREGAR OU AMAMENTAR?

Ficam sempre surpreendidos por não ser algo muito comum onde vivemos.



NOME: Catarina | BEBÊ: Lucas (18 meses - nasceu de 42 semanas)

ESCOLARIDADE: Formada em design de moda sustentável e inovação, fez formações na área da saúde e maternidade, acompanha famílias no pré e pós parto

LOCALIZAÇÃO: Costa da Caparica, Portugal

COMO FOI/É AMAMENTAR SEU BEBE NO CARREGADOR?

É sem dúvida alguma uma grande ajuda desde que ele nasceu, além disso posso ficar com os braços livres para realizar outras tarefas quando ele adormece ou acaba de mamar. Confesso até que já dei de mamar na rua, enquanto anda.

COM QUAIS CARREGADORES E AMARRAÇÕES TENTOU AMAMENTAR SEU BEBÊ?

Todos os carregadores e todas as posições possíveis e imaginárias, acho que só às costas é que nunca experimentei porque não tenho maminhas nas costas ahahahahah. Tenho pano rígido e elástico, mei tai, mochila, ring sling, pounch sling e até um híbrido, uma mistura de mochila com mei tai.

COM QUAL DELES SENTIU MAIS CONFORTO E EFICIÊNCIA?

Depende, quando ele era recém-nascido preferia o ring sling, agora por questões de conforto prefiro optar pelo mei tai ou mochila. O meu bebê tem 13 quilos e preciso de ter apoio nos dois ombros, além disso o pano não é muito prático.

QUAIS MAIORES BENEFÍCIOS SENTIDOS POR VOCÊ E SEU BEBÊ NESSE PROCESSO?

Sempre achei que o lugar de um bebê era junto à mãe e a única forma de estar junto é no colo. Para facilitar dar colo nada melhor que o carregador ergonômico, por isso desde que o Lucas nasceu sempre foi carregado. Não conseguia que fosse de outra forma, com ele sempre junto a mim conseguia perceber quais eram as suas necessidades e além disso foi muito mais fácil estimular a produção de leite pois ele estava constantemente junto a mim fazer a oxitocina funcionar... O Lucas sentia-me cheirava-me e ouvia-me, tinha o meu amor o meu colo, tenho a certeza que será muito mais feliz e seguro de si mesmo por o estar a criar com apego. Benefício para mim!? Todos e mais algum, sempre senti as minhas capacidades e o meu papel de mãe muito bem desempenhado, foi menos difícil adaptar-me a esta nova realidade.

COMO ISSO FOI EVOLUINDO CONFORME O BEBÊ CRESCEU?

Carregar tornou a minha ligação com o Lucas muito forte. Temos uma vinculação imensa. Conforme ele foi crescendo continuava a dar colo, o que fez com que fosse um bebê que pouco chorasse. Ele esteve sempre feliz tal como eu.

QUE REACÇÃO OBSERVOU-NOS OUTROS AO VÊ-LA AMAMENTAR CARREGANDO?

Algumas pessoas não se apercebiam, outras achavam piada achavam engraçado conseguir amamentar num pedaço de tecido, outras apoiavam e perguntavam como poderiam fazer igual. Foi raro ter ouvido comentários impróprios e inapropriados.

SENTIU ALGUMA DIFERENÇA? (PREFERIR OUTRO CARREGADOR, OUTRA AMARRAÇÃO)

Como disse antes conforme o peso do Lucas aumentou comecei a preferir algo que desse suporte aos dois ombros. Nunca usei muito o pano por não ser prático apesar de todos os dias fazer amarrações com ele. Sempre amamentei preferencialmente em posições verticais porque ele se engasgava muito.

QUAL FOI A PRINCIPAL VANTAGEM DE AMAMENTAR NO CARREGADOR?

O Lucas depois de mamar adormecia sempre ou quase sempre, e assim podia continuar com ele no meu colo e ter as mãos livres ou até ir á rua passear.

QUAL FOI A PRINCIPAL DESVANTAGEM?

Não vejo nenhuma desvantagem. Espera, achei uma. Não tinha a desculpa de ficar no sofá horas e horas com ele ao colo a ver televisão ahahahah estava na brincadeira. Não vejo nenhuma desvantagem em algo que só tem pontos fortes e positivos.

RECOMENDARIA/RECOMENDA A OUTRAS MÃES QUE CARREGUEM NO PANO E AMAMENTEM SEUS BEBES?

No pano ou em outro carregador, recomendo sim!!! E até para quem não amamenta recomendo, é uma excelente forma de criar laços de amor e afecto com o bebé. Até os restantes membros de família devem carregar. O contacto físico com o bebé é extremamente importante, dá-lhes segurança confiança e amor.

NOME: Nilziane Busatto Milach | BEBÊ: Antônio Milach Tavares (21 meses - nasceu de 41 + 1 semanas)
ESCOLARIDADE: Pós-graduação
LOCALIZAÇÃO: Município de Aquiraz, Ceará, Brasil



COMO FOI/É AMAMENTAR SEU BEBÊ NO CARREGADOR?

Muito prático e libertador, especialmente durante o puerpério, quando praticamos a extergestação e quando estamos na rua, pois não preciso parar o que estou fazendo para amamentar. Posso fazer compras no supermercado ao mesmo tempo em que o bebê mama.

COM QUAIS CARREGADORES E AMARRAÇÕES TENTOU AMAMENTAR SEU BEBÊ?

Já tentei com meh dai, mochila ergonômica, wrap, sling de argolas e pouch. Em wrap utilizava as amarrações lado ajustável ou lado mais legal.

COM QUAL DELES SENTIU MAIS CONFORTO E EFICIÊNCIA?

Pouch, slings de argolas e wraps com amarrações laterais.

QUAIS MAIORES BENEFÍCIOS SENTIDOS POR VOCÊ E SEU BEBÊ NESSE PROCESSO?

A praticidade do bebê já estar na posição apropriada para mamar, necessitando apenas “sacar” o peito, facilitando o fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê.

COMO ISSO FOI EVOLUINDO CONFORME O BEBÊ CRESCEU?

No início, quando o bebê era menor, muitas vezes não necessitava afrouxar os ajustes para facilitar a amamentação mas, hoje, como está mais alto, preciso afrouxar para que ele desça um pouco.

QUE REAÇÃO OBSERVOU NOS OUTROS AO VÊ-LA AMAMENTAR CARREGANDO?

Sempre evitei prestar atenção nas reações das pessoas enquanto carregou/amamento. Faço o que tenho que fazer sem me preocupar com uma possível reação negativa, então geralmente não presto atenção nisso. Quando nos abordam, costumo receber a pessoa com simpatia e as abordagens quase sempre foram positivas. No máximo perguntam: "Ele ainda mamar?". Respondo: "Mama, e muito!" e saio de perto, mas nunca recebi comentário sobre amamentação no carregador especificamente.

SENTIU ALGUMA DIFERENÇA? (PREFERIR OUTRO CARREGADOR, OUTRA AMARRAÇÃO)...

Meu primeiro wrap foi de malha, que logo deixou a desejar devido o peso do bebê aumentar. Logo conheci os wraps rígidos, depois meh dai (o mais confortável na minha opinião), slings de argolas, sempre preferindo amarrações e carregadores que me possibilitassem carregar lateralmente para facilitar a amamentação.

QUAL FOI A PRINCIPAL VANTAGEM DE AMAMENTAR NO CARREGADOR?

Praticidade e ajuda no processo de vínculo com o bebê.

QUAL FOI A PRINCIPAL DESVANTAGEM?

Ultimamente preciso, além de descer a amarração, suspender a mama, que é volumosa, mas quando era pequeno não via nenhuma desvantagem.

RECOMENDARIA/RECOMENDA A OUTRAS MÃES QUE CARREGUEM NO PANO E AMAMENTEM SEUS BEBÊS?

Sim, sempre! E faria tudo de novo se tivesse um novo bebê.

5.2. O pai

NOME: Armando Chaves | BEBÊ: Guilherme (10 meses - nasceu de 36 semanas)

ESCOLARIDADE: 12º ano

LOCALIZAÇÃO: Zona da Amadora, Portugal.



TAMBÉM CARREGA/OU O SEU FILHO NALGUM PORTA BEBÉS? SE SIM QUAL?

Sim sempre carreguei no ring sling e neste momento a praticar o pano.

APOIOU A SUA COMPANHEIRA CARREGAR E AMAMENTAR?

Sim em ambas as situações.

ACHOU QUE A MÃE AO CARREGAR E AMAMENTAR TEVE UMA MAIOR LIGAÇÃO COM O BEBÊ?

No nosso caso penso que não se aplica. Tivemos gémeos e o segundo bebé faleceu, logo a ligação com o nosso filho foi muito diferente desde início. O carregar surgiu como uma necessidade pois após perdermos o nosso filho e não queríamos largar o Guilherme um segundo.

NOTOU QUE A SUA COMPANHEIRA AO CARREGAR/AMAMENTAR SUPEROU MAIS FACILMENTE ALGUM PROBLEMA K POSSA TER SURGIDO N AMAMENTAÇÃO?

Felizmente não, a Ana não teve problemas na amamentação. O carregar tornou-se realmente uma necessidade que claro que fez toda a diferença.

REGISTROU ALGUMA REACÇÃO POR PARTE DE PESSOAS EXTERIORES AO VER A SUA COMPANHEIRA CARREGAR OU AMAMENTAR?

Apenas alguns (poucos) comentários e sempre positivos.



NOME: Bruno | BEBÊ: Lucas (18 meses - nasceu de 42 semanas)

ESCOLARIDADE: 12º ano

LOCALIZAÇÃO: Lisboa, Portugal.

TAMBÉM CARREGA/OU O SEU FILHO NALGUM PORTA BEBÉS? SE SIM QUAL?

Às vezes, na mochila porque é o mais fácil de colocar e sou um pouco trapalhão

APOIOU A SUA COMPANHEIRA CARREGAR E AMAMENTAR?

Sim ela tem um instinto materno espectacular, eu sabia que seria uma decisão acertada para a família

ACHOU QUE A MÃE AO CARREGAR E AMAMENTAR TEVE UMA MAIOR LIGAÇÃO COM O BEBÉ?

Sim, até eu sem amamentar, só com o simples facto de carregar tive uma maior ligação

NOTOU QUE A SUA COMPANHEIRA AO CARREGAR/AMAMENTAR SUPEROU MAIS FACILMENTE ALGUM PROBLEMA K POSSA TER SURGIDO N AMAMENTAÇÃO?

Provavelmente pode ter ajudado a que tudo corresse bem

REGISTOU ALGUMA REACÇÃO POR PARTE DE PESSOAS EXTERIORES AO VER A SUA COMPANHEIRA CARREGAR OU AMAMENTAR?

Algumas pessoas ficavam incomodadas por amamentar na rua, outras achavam natural



NOME: Mauricio Tavares | BEBÊ: Antônio Milach Tavares (21 meses - nasceu de 41 + 1 semanas)

ESCOLARIDADE: Superior completo

LOCALIZAÇÃO: Município de Aquiraz, Ceará, Brasil

TAMBÉM CARREGA/OU O SEU FILHO NALGUM PORTA BEBÉS? SE SIM QUAL?

Infelizmente não. Tentei poucas vezes, mas não encontrei uma forma confortável de carregar.

APOIOU A SUA COMPANHEIRA CARREGAR E AMAMENTAR?

Sim, sempre achei isso natural e bom para nosso filho.

ACHOU QUE A MÃE AO CARREGAR E AMAMENTAR TEVE UMA MAIOR LIGAÇÃO COM O BEBÉ?

Não percebo diferença entre amamentar no sling ou deitados ou sentados... Eles são muito ligados, independente de amamentar no sling ou não.

NOTOU QUE A SUA COMPANHEIRA AO CARREGAR/AMAMENTAR SUPEROU MAIS FACILMENTE ALGUM PROBLEMA QUE POSSA TER SURTIDO NA AMAMENTAÇÃO?

Ela dizia que ao carregar o bebê ficaria mais próximo do peito e sentiria seu cheiro, então acredito que sim.

REGISTOU ALGUMA REAÇÃO POR PARTE DE PESSOAS EXTERIORES AO VER A SUA COMPANHEIRA CARREGAR OU AMAMENTAR?

Nunca notei e ela nunca deixou de amamentar em público, mas como sei que ela tem vergonha de ficar com as mamas à mostra, ajudo a esconder a parte da mama que pode ficar aparecendo, deixando ela e o bebê confortáveis.

5.3. Profissionais de saúde

NOME: Maria Jesus | IDADE: 47 anos

PROFISSÃO: Enfermeira e consultora saúde materna

LOCALIZAÇÃO: Portugal



COMO O PROFISSIONAL EM AMAMENTAÇÃO VÊ ESSA POSSIBILIDADE DE CARREGAR O BEBE JUNTO DO CORPO E AMAMENTAR?

Existe essa possibilidade e deveria haver muito mais, mas as mães não estão muito des-
pertas para essa opção.

EXISTE NA SUA VISÃO ALGUMA CONTRA INDICAÇÃO? SE SIM POR QUÊ?

Não.

QUAL A RELAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO COM IMPORTÂNCIA DO COLO?

Estão interligados, não é possível uma mulher amamentar se não der.

BEBÊS CARREGADOS NO PANO MANTÉM CONTATO DIRETO COM O CORPO DA MÃE COM O SEIO MATERNO, VOCÊ VÊ COMO ALGO QUE SE RELACIONA POSITIVAMENTE COM A AMAMENTAÇÃO? SE SIM POR QUÊ?

Sim, a proximidade, o cheiro, o contato pele com pele, é uma relação muito positiva.



NOME: Juliana Adada Sell | CRP 12.01131

PROFISSÃO: Psicóloga, doula pós parto e consultora em aleitamento materno

LOCALIZAÇÃO: Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

COMO O PROFISSIONAL EM AMAMENTAÇÃO VÊ ESSA POSSIBILIDADE DE CARREGAR O BEBE JUNTO DO CORPO E AMAMENTAR?

O contato pele a pele facilita a relação de afeto com o bebê, proporcionando tb um efeito positivo na produção de leite. Visto que os hormônios da lactação sofrem influência do estado emocional da mãe. Além disso, estar próximo ao seio facilita o acesso do bebê ao mama, tendo sua fonte de alimento e afeto sem restrições.

EXISTE NA SUA VISÃO ALGUMA CONTRA INDICAÇÃO? SE SIM POR QUÊ?

Talvez exista em alguns bebês, mas não sou apta a avaliar. Penso que um profissional da área de fisioterapia que pode julgar se há restrições físicas no uso do sling.

QUAL A RELAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO COM IMPORTÂNCIA DO COLO?

O colo é muito importante para os bebês, principalmente no primeiro trimestre. É a forma que se sentem seguros, protegidos e tranquilos. Estar no colo aproxima a mãe-bebê, e tudo que fortalece a relação colabora com a produção de leite. Além do bebê estar próximo do seio e poder mamar em livre demanda. No entanto, algumas mães podem sentir-se sufocadas de estar direto com os bebês no colo, então o uso de carregadores pode dar a sensação de liberdade maior de movimentos por liberar os braços.

BEBÊS CARREGADOS NO PANO MANTÊM CONTATO DIRETO COM O CORPO DA MÃE COM O SEIO MATERNO, VOCÊ VÊ COMO ALGO QUE SE RELACIONA POSITIVAMENTE COM A AMAMENTAÇÃO? SE SIM POR QUÊ?

Muito positivo. a pele é a parte que mais precisa de contato, o contato pele a pele regulariza a temperatura, aumenta certos hormônios e produz a sensação de bem-estar. A falta de contato físico pode fazer mal à criança. E por estar neste contato direto vai afetar tanto amamentação, por estimular mais a mãe (sabe-se que só olhar uma foto do filho pode aumentar produção de leite.. imagine estar em contato direto). Como ajuda o bebê a sentir-se mais calmo, por sentir a pele, o cheiro, o batimento cardíaco da mãe. Bebê calmo pode mamar com mais calma, que também acalma a mãe... e um ciclo virtuoso mais harmônico na amamentação.

NOME: Carina Veloso De Luca Janesch | Coren: 69614

PROFISSÃO: Enfermeira e consultora em aleitamento materno

LOCALIZAÇÃO: Florianópolis, Santa Catarina, Brasil



COMO O PROFISSIONAL EM AMAMENTAÇÃO VÊ ESSA POSSIBILIDADE DE CARREGAR O BEBE JUNTO DO CORPO E AMAMENTAR?

Grande incentivo e apoio a amamentação, Por propiciar um momento diferenciado de acolher o bebê, entendendo suas necessidades de extergestação, facilitando o vinculo, diminuindo a força e aumento o conforto da mãe junto ao seu bebê, desta forma fortalecendo vinculos, desenvolvimento e qualidade na maternidade e paternidade.

EXISTE NA SUA VISÃO ALGUMA CONTRA INDICAÇÃO? SE SIM POR QUÊ?

Não acredito em contra indicação em estar junto ao seu bebê, conectado e de forma confortável desde que respeite a ergonomia da fisiologia dos dois e a vontade e disponibilidade da mae/pai de fazerem uso do carregador.

QUAL A RELAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO COM IMPORTÂNCIA DO COLO?

Entendo como necessidade do bebê que ainda é completamente dependente, sente saudades do útero materno(seu lar) e precisa desse aconchego para seu desenvolvimento físico, mental e emocional. Penso nessa necessidade muito relacionada a Amamentação que é a forma do bebê estar junto a mãe, ao cólo, sentindo-se acolhido, auxiliando se equilibrar fisicamente e emocionalmente, a se adaptar nesse mundo aonde tem vários desconfortos, ansiedades, medos, desafios e aprendizados.

BEBÊS CARREGADOS NO PANO MANTÉM CONTATO DIRETO COM O CORPO DA MÃE COM O SEIO MATERNO, VOCÊ VÊ COMO ALGO QUE SE RELACIONA POSITIVAMENTE COM A AMAMENTAÇÃO? SE SIM POR QUÊ?

Claro que sim. Vejo isso como a eficiencia e importancia do método canguru, que envolve a extergestação.

Mas claro na amamentação, para que o bebe se sinta confortável e bem para exercer o aprendizado da amamentação, não o da sucção, que ele já possui, ao nascer no periodo correto, mas sim do aprendizado de utilizar a sucção, seu conforto de estar acolhido junto ao seio materno e entender sua necessidade de amamentação, que irá perceber alivio do desconforto (fome) e com isso auxilia ao seu desenvolvimento fora do ventre materno.

6. Diversidade Cultural

6.1. Testemunhos reais

NOME: Virginia | BEBÊ: Neuza (5 meses - nasceu de 41 semanas)

ESCOLARIDADE: 4º ano mas quer estudar , infelizmente não teve essa oportunidade de onde veio

LOCALIZAÇÃO: Monte da Caparica, Portugal



O QUE VOCÊS PENSAM SOBRE AMAMENTAR?

Acho que é natural, tão natural como comer e beber água. Sou uma mulher o meu corpo foi feito para dar outras vidas, para parir e para amamentar os meus filhos.

E O QUE PENSA A VOSSA CULTURA DO ATO DE AMAMENTAR?

É um acto natural, e sempre será visto assim.

TIVERAM ALGUMA DIFICULDADE/DÚVIDAS NA AMAMENTAÇÃO?

Não, na nossa cultura as mulheres amamentam constantemente. Ou é a vizinha ou é a nossa tia ou a prima ou a mãe a irmã. Existe sempre alguém a amamentar.

QUE AJUDAS TIVERAM E POR PARTE DE QUEM?

Se precisa-se de ajuda de certeza que pediria a outra mulher.

O QUE PENSAM SOBRE CARREGAR?

Hoje em dia existem carrinhos, mas nós não temos nem dinheiro para eles nem sabemos bem os usar. Onde nasci as mulheres levavam os filhos nas costas e uma trouxa na cabeça. Carregar faz parte de ser mãe.

USAM ALGUM TIPO DE CARREGADOR?

Sim. Uma capulana, elas servem para carregar, para vestir, servem para tudo.

PORQUE O FAZEM ASSIM?

Porque sempre fizemos assim, passou da minha avó para a minha mãe e da minha mãe para mim e passará para as minhas filhas. E antes da minha avó já era assim. Sempre será assim.

O QUE PENSA A VOSSA CULTURA DESSA MANEIRA DE CARREGAR O BÉBÉ?

È a maneira que podemos, não há outra forma onde nasci, só aqui na Europa, em África não temos dinheiro quase para comer quanto mais para luxos.



NOME: Maria Joaquina | BEBÊ: Joana (2 meses - nasceu de 39 semanas)

ESCOLARIDADE: 4º ano

LOCALIZAÇÃO: Portugal

O QUE VOCÊS PENSAM SOBRE AMAMENTAR?

Eu dou de mamar ao meu filho, ainda tenho leite.

E O QUE PENSA A VOSSA CULTURA DO ATO DE AMAMENTAR?

Desde que tenham leite as mães dão de mamar, senão compram latas de leite.

TIVERAM ALGUMA DIFICULDADE/DÚVIDAS NA AMAMENTAÇÃO?

No hospital não tinha leite, mas a enfermeira insistiu e ajudou e agora dou de mamar sempre que o bebe tem fome.

QUE AJUDAS TIVERAM E POR PARTE DE QUEM?

As enfermeiras ajudaram, e os familiares mais velhos.

O QUE PENSAM SOBRE CARREGAR?

Carregamos os bebés nos braços.

USAM ALGUM TIPO DE CARREGADOR?

Não.

PORQUE O FAZEM ASSIM?

Não temos outra maneira.

O QUE PENSA A VOSSA CULTURA DESSA MANEIRA DE CARREGAR O BÉBÉ

Todos carregamos os bebés assim.



7. Referências bibliográficas:

Aguayo Maldonado J (ed.). La lactancia materna. Serie Manual Universitario, nº52. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2001.

Bigelow, A. 2012. <http://people.stfx.ca/abigelow/dvds-mother-infant-skin-to-skin-contact.htm>. Accessed Dec. 10, 2012.

Bigelow AE, Power M. 2012. The effect of mother-infant skin-to-skin contact on infants' response to the Still Face Task from newborn to three months of age. *Infant Behav Dev.* 35(2):240-51. Epub 2012 Jan 14.

Bigelow A, Power M, Maclellan-Peters J, Alex M, McDonald C. 2012. Effect of Mother/Infant Skin-to-Skin Contact on Postpartum Depressive Symptoms and Maternal Physiological Stress. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012 Apr 26. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01350.x. [Epub ahead of print].

Bracken J, Tran T, Ditchfield M. 2012. Developmental dysplasia of the hip: Controversies and current concepts. *J Paediatr Child Health.* 48(11):963-73 .

Büschelberger H. 1964. Ätiologie, Prophylaxe und Frühbehandlung der Luxationshüfte. *Beitr Orthopäd.* 11:535-48.

Büschelberger H. 2012. Das Tragetuch: eine Möglichkeit zur Wiederherstellung des biologisch vorgegebenen Verhaltens bei der Pflege von Neugeborenen, Säuglingen und Kleinstkindern. <http://www.didymos.de/DIDYMagazin/Babys-verstehen/Vom-Lernen/>. Downloaded 12:57,

Dec. 6, 2012.

Calais E, Dalbye R, Nyqvist Kh, Berg M. 2010. Skin-to-skin contact of fullterm infants: an explorative study of promoting and hindering factors in two Nordic childbirth settings. *Acta Paediatrica*. 99(7):1080-90

Champagne F, Diorio J, Sharma S, Meaney MJ. 2001. Naturally occurring variations in maternal behavior in the rat are associated with differences in estrogen-inducible central oxytocin receptors. *Proc Natl Acad Sci U S A* 98:12736 –12741.

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna: guía para profesionales. Monografías de la A.E.P nº5. Madrid: Ergón, 2004.

CPSIA. 2012. <http://www.cpsc.gov/cpsc/pub/prerel/prhtml10/10177.html>. Downloaded 09:54, Dec. 6, 2012

Dezateux C, Rosendahl K. 2007. Developmental dysplasia of the hip. *Lancet*. 5;369(9572):1541-52.

Dr.Carlos González, Manual Prático do Aleitamento Materno, 1ª edição, 2011.

Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. 2002. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics*. 110(1 Pt 1):16-26

Feldman R, Eidelman AI. 2003. Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) accelerates autonomic

and neurobehavioural maturation in preterm infants. *Dev Med Child Neurol.* 45(4):274-81.

Feldman R, Gordon I, Schneiderman I, Weisman O, Zagoory-Sharon O. Natural variations in maternal and paternal care are associated with systematic changes in oxytocin following parent-infant contact. *Psychoneuroendocrinology.* 2010 Sep;35(8):1133-41

Feldman R, Weller A, Sirota L, Eidelman AI. 2002. Skin-to-Skin contact (Kangaroo care) promotes self-regulation in premature infants: sleep-wake cyclicity, arousal modulation, and sustained exploration. *Dev Psychol.* 38(2):194-207.

Feldman R, Weller A, Sirota L, Eidelman AI. 2003. Testing a family intervention hypothesis: the contribution of mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care) to family interaction, proximity, and touch. *J Fam Psychol.* 17(1):94-107

Feldman R, Weller A, Zagoory-Sharon O, Levine A. 2007. Evidence for a neuroendocrinological foundation of human affiliation: Plasma oxytocin levels across pregnancy and the postpartum period predict mother-infant bonding. *Psychol Sci* 18:965–970

Fettweis. E. 2010. Über das Tragen von Babys und Kleinkindern in Tüchern oder Tragehilfen. *Orthopädische Praxis* 46, 2 11

Gordon I, Zagoory-Sharon O, Leckman JF, Feldman R. 2010a. Oxytocin and the development of parenting in humans. *Biol Psychiatry.* 15;68(4):377-82.

Gordon I, Zagoory-Sharon O, Leckman JF, Feldman R. 2010b. Oxytocin, cortisol, and triadic family interactions. *Physiol Behav.* 2;101(5):679-84

Hassenstein, B. 2007. Verhaltensbiologie des Kindes (mit Helma Hassenstein) – 6. Aufl. – Münster : Monsenstein und Vannerdat.

Ishida K. 1977. Prevention of the development of the typical dislocation of the hip. Clin. Orthop. Relat. Res. 1977; 126: 167–9.

Jenni OG et al. 1997. Effect of nursing in the head elevated tilt position (15 degrees) on the incidence of bradycardic and hypoxemic episodes in preterm infants. Pediatrics, 100:622-625.

Kavruk, H. 2010. Der Einfluss des Tragens von Säuglingen und Kleinkindern in Tragehilfen auf die Entwicklung von Haltungsschäden im Schulkindalter – Untersuchungen mit der Medi-Mouse®. Doctoral dissertation. University of Cologne. <http://d-nb.info/1000935817/34/>

Kirkilionis, E. 1989. Der menschliche Säugling als Tragling - unter besonderer Berücksichtigung der Prophylaxe gegen Hüftdysplasie. Dissertationsarbeit - Biologisches Institut der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg.

Kirkilionis, E. 1992. Das Tragen des Säuglings im Hüftsitz - Eine spezielle Anpassung des menschlichen Traglings. Zool. Jb. Physiol. 96. 395-415.

Kirkilionis, E. 1997a. Die Grundbedürfnisse des Säuglings und deren medizinische Aspekte. Teil 1. Notabene Medici 2, p. 61-66.

Kirkilionis, E. 1997b. Die Grundbedürfnisse des Säuglings und deren medizinische Aspekte. Teil 2. Notabene Medici 3, p. 117-121.

Kirkilionis, E 2010. Tragen ist nicht gleich tragen. Deutsche Hebammen Zeitschrift. Pgs. 58-61

Kutlu A, Memik R, Mutlu M, Kutlu R, Arslan A. 1992. Congenital dislocation of the hip and its relation to swaddling used in Turkey. J. Pediatr. Orthop. 12: 598–602.

La Liga de la Leche Internacional. El arte femenino de amamentar. México:Pax, 2001.

Lawrence RA, Lawrence RM: Breastfeeding. A guide for the medical profession. 6th ed. Louis: Mosby, 2005.

Levine A, Zagoory-Sharon O, Feldman R, Weller A. 2007. Oxytocin during pregnancy and early postpartum: individual patterns and maternal-fetal attachment. Peptides. 28(6):1162-9.

Maestriperi D, Hoffman CL, Anderson GM, Carter CS, Higley JD. 2009. Mother-infant interactions in free-ranging rhesus macaques: Relationships between physiological and behavioral variables. Physiol Behav 96:613– 619.

McKenna JJ, McDade T. 2005. Why babies should never sleep alone: a review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding. Paediatr Respir Rev. 2005 Jun;6(2):134-52.

Morgan BE, Horn AR, Bergman NJ. Should neonates sleep alone? Biol Psychiatry. 2011 Nov 1;70(9):817-25

Mohrbacher N, Stock J.The breastfeeding answer book. 3rd ed. Schaumburg: La Leche League Internacional, 2003.

Newman J, Pitman T The ultimate breastfeeding book of answers. Roseville: Prima Publishing, 2000.

Pedersen CA, Prange AJ Jr. 1979. Induction of maternal behavior in virgin rats after intracerebroventricular administration of oxytocin. Proc Natl Acad Sci U S A. 76(12):6661-5.

Pisacane A, Continisio P, Filosa C, Tagliamonte V, Continisio GI. 2012. Use of baby carriers to increase breastfeeding duration among term infants: the effects of an educational intervention in Italy. Acta Paediatr. 101(10):e434-8

Renfrew M, Fisher C, Srms S. Breastfeeding. getting breastfeeding right for you. 2nd ed. Berkeley, Celestial Arms, 2000.

Renfrew MJ, Woolridge MW, McGill HR. Enabling women to breastfeed. A review of practices which promote or inhibit breastfeeding – with evidence-based guidance for practice. London, The Stationery Office, 2000.

Riordan J. Breastfeeding and Human Lactation. 3rd ed. Boston, Jones & Bartlett, 2004.

Sandra Oliveira, Nascer Saudável – Gravidez e Parto informado, 1ª edição, 2017.

Stening W, Nitsch P, Wassmer G, Roth B. 2002. Cardiorespiratory stability of premature and term infants carried in infant slings. Pediatrics. 110(5):879-83.

Stuart-Macadam P, Dettwyler KA, eds.: Breastfeeding. Biocultural perspectives. New York:

Aldine de Gruyter, 1995

Sundhedsstyrelsen. 2011. Forebyg vuggedød – og undgå skæv hovedfacon og fladt baghoved. ISBN (electronic version): 978-87-7104-313-6.

12

Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, Moon RY. 2011. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. Pediatrics. 128(5):1030-9.

Uvnas Moberg K. 2003. The Oxytocin Factor - Tapping the Hormone of Calm, Love and Healing. Perseus Books Group. ISBN 0738207489.

VINAVER, N; KEIJZER, M; TUYL, T.V. A Técnica do Rebozo Revelada - Guia de massagem para gravidez e parto. Tradução Luciana Carvalho. Ema Livros - Parto com Prazer. 2015.

World Health Organisation. 2003. Kangaroo Mother Care. A Practical Guide.. ISBN 92 4 159 035 1

Yamamuro T, Ishida K. 1984. Recent advances in the prevention, early diagnosis, and treatment of congenital dislocation of the hip in Japan. Clin. Orthop. Relat. Res. 184: 34–40.

SITES DE ESTUDOS

Internacionais:

:: 007 Breasts - www.007b.com

:: Academy of Breastfeeding Medicine - www.bfmed.org
:: Biblioteca Cochrane - <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>
:: Birth Issues in Perinatal Care - [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)-1523-536X/issues](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)-1523-536X/issues)
:: Breastfeeding online - www.breastfeedingonline.com
:: College of Midwives of British Columbia - <http://www.cmbc.bc.ca>
:: Dr. Jack Newman & Edith Kernerman - www.drjacknewman.com
:: Evidence – Based Birth - <http://www.evidencebasedbirth.com/>
:: Geneva Foundation for Medical Education and Research - http://www.gfmer.ch/000_Homepage_En.htm
:: ILCA, International Lactation Consultant Association - www.ilca.org
:: Kellymom, Breastfeeding & Parenting - www.kellymom.com
:: Midwife Thinking - <http://www.midwifethinking.com/>
:: Mother-Baby Behavioral Sleep Laboratory - www.nd.edu/~jmckenn1/lab
:: National Institute for Health and Clinical Excellence - <http://nice.org.uk/>
:: OMS Europa - BFHI - www.euro.who.int/nutrition/Infant/20020730_2
:: Ontario Midwives - <http://www.ontariomidwives.ca/care/guidelines>
:: Promom, Promotion of Mother’s Milk, Inc. - www.promom.org
:: Revisões Cochrane - <http://www.cochrane.org/search/site/reviews>
:: Royal College Of Midwives - <http://www.rcm.org.uk/ebm/>
:: The American Congress of Obstetricians and Gynaecologists - <http://www.acog.org/>
:: The Royal College of Obstetricians & Gynaecologists - <http://www.rcog.org.uk/>
:: The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada - <http://sogc.org/>
:: Thoughts on Breastfeeding - www.kathydettwyler.org
:: www.beautifulcervix.com
:: www.bellybelly.com.au

:: www.bondingandbirth.org
:: www.breastcrawl.org
:: www.childbirthconnection.org
:: www.nct.org.uk
:: www.scienceandsensibility.org
:: www.skintoskincontact.com

Em espanhol:

:: ACPAM - www.acpam.org
:: Alba Lactancia Materna - www.albalactanciamaterna.info
:: Asociación Española de pediatría - www.aeped.org
:: Crianza Natural - www.crianzanatural.com
:: Dar de mamar - www.dardemamar.com
:: FEDALMA - www.fedalma.org
:: Fundación LACMAT - www.lacmat.org.ar
:: Hospital de Dènia - www.e-lactancia.org
:: IBFAN - www.ibfan.org
:: Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) - www.ihan.org.es
:: La lactancia, necesidad humana y divina - www.egiptologia.com/content/view/354/41/
:: La Leche League - www.lilli.org
:: WABA, World Alliance for Breastfeeding Action - www.waba.org.my

Em português:

:: Associação Gravidez e Parto - www.associacaogravidezparto.pt
:: Direcção Geral de Saúde - <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>
:: GAMA SP - <https://www.maternidadeativa.com.br/>

:: UNICEF BR - https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10003.htm
:: UNICEF PT - <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101114&sid=1810111414&cid=5376;>
https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf; https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10013.htm
:: <http://aervilhacorderosa.com/2009/01/as-mulheres-do-meu-pais/>
<https://brasil.babycenter.com/thread/1364807/hiperlacta%C3%A7%C3%A3o-ou-fluxo-do-leite-muito-forte#ixzz4pfcHirT>
:: <https://institutomae.com/o-que-e-hiperlactacao/>
:: <http://mamaedoula.blogspot.com.br/2014/10/guia-pratica-tipos-de-porta-bebe.html>
:: <http://maternagemviva.blogspot.pt/2015/06/babywaring-pelo-mundo-um-breve-olhar.html>
:: <https://monicaaguarsouza.blogspot.pt/2017/03/capulana-um-tecido-carregado-de-historia.html>
:: <http://www.carrego-no-pano.com/carregar-bebe-no-tecido-africano-9/>
:: <http://www.carrego-no-pano.com/tipoias-indigenas-127/>
:: <http://www.cuidandomibebe.es/hiperlactancia-en-el-amamantamiento-del-bebe/>
:: <http://www.educare.pt/opiniao/artigo/ver/?id=11580&langid=1>
:: <https://www.maemequer.pt/a-vida-com-o-seu-bebe/alimentacao-do-bebe/amamentacao/que-inconvenientes-podem-surgir-durante-a-amamentacao/>
:: <http://www.portersonenfant.fr/les-porte-bebes/les-porte-bebes-preformes/>
:: www.amamentar.net
:: www.leitematerno.org
:: www.mamamater.org
:: www.sosamamentacao.org.pt



Foto: Talyta Morais

AMAMENTAÇÃO E O BABYWEARING

BEBÊ NO PANO 2017



Foto: Amamenta Setúbal | © Patrícia Ferreira