



Curso Extracurricular
“Nutrição sob a Perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde”

Sebenta de Apoio

Unidade Temática 2. Primeiros 1000 dias

Junho, 2020

ÍNDICE

	Pág.
1. Conceito dos Primeiros 1000 Dias	2
1.1. Importância dos primeiros 1000 dias	2
1.2. Implementação do conceito dos primeiros 1000 dias em Moçambique	9
1.3. Crenças, mitos e superstições nos primeiros 1000 dias e as consequências na saúde e desenvolvimento da criança	11
2. Gravidez	14
2.1. Estado nutricional da grávida e influência no desenvolvimento do feto	14
2.2. Necessidades nutricionais e recomendações alimentares na gravidez	19
2.3. Suplementação na gravidez	27
2.4. Stress, actividade física e hábitos de sono na gravidez	28
2.5. Consequências da exposição a substâncias tóxicas durante a gravidez	32
3. Primeiros 6 meses de vida	36
3.1. Aleitamento Materno Exclusivo: importância e recomendações	36
3.2. Promoção do aleitamento materno – vantagens, técnicas e factores que interferem	46
3.3. Substitutos do leite materno e em que situações	67
3.4. A mãe trabalhadora e o aleitamento materno – realidade em contexto urbano e rural	70
4. Dos 6 aos 24 meses de vida	76
4.1. Diversificação Alimentar / Alimentação Complementar	76
4.2. Aleitamento materno: a importância de continuar	76
4.3. Fortificação caseira de alimentos	93
4.4. Aleitamento artificial – boas práticas de preparação, manipulação e conservação de fórmulas lácteas para lactentes ...	95

1. Conceito dos primeiros 1000 dias

1.1. Importância dos primeiros 1000 dias

O que são os primeiros 1000 dias?

Os primeiros 1000 dias de vida correspondem ao período que vai desde o primeiro dia de gestação até os 2 anos de idade (270 dias de gestação + 365 dias 0-12 meses + 365 dias 12-24 meses).



Figura 1. Primeiros 1000 dias de vida.¹

O período dos primeiros 1000 dias é considerada uma **JANELA DE OPORTUNIDADE DE OURO**, que pode mudar radicalmente o destino da criança, não apenas no que diz respeito ao crescimento e desenvolvimento, mas também em questões intelectuais e sociais.

¹ Imagem retirada de: www.maqueama.com.br

GRAVIDEZ

Uma gravidez saudável é essencial para garantir a saúde da criança a longo prazo.

Uma gravidez saudável cria a base para a saúde ao longo da vida de uma criança. Durante a gravidez, os bebés estão inteiramente dependentes das suas mães para receberem a nutrição necessária para ajudar seu corpo a crescer e desenvolver-se adequadamente.

Qual a importância da **nutrição** da mãe durante a gravidez? Uma das principais razões é que alimenta o desenvolvimento do cérebro do bebé que cresce muito rapidamente – quando o bebé nasce, o seu cérebro contém 100 bilhões de neurónios. A qualidade da dieta de uma mãe durante a gravidez também pode afectar o metabolismo do seu futuro filho e seu risco de desenvolver condições como obesidade, diabetes e doenças cardíacas mais tarde na vida.

As mães devem ingerir uma dieta nutritiva durante a gravidez, tanto pela sua saúde como pela saúde do seu bebé. Uma dieta saudável durante a gravidez ajuda a garantir que o bebé nasça com um peso saudável - nem muito grande nem muito pequeno - o que reduz os riscos de complicações no nascimento e futuros problemas de saúde para o bebé.

A dieta da mãe durante a gravidez condiciona as preferências alimentares da criança mais tarde na vida. Incrivelmente, os sentidos do olfacto e do paladar dos bebés começam a desenvolver-se durante o primeiro trimestre da gravidez, o que significa que o bebé é exposto, enquanto ainda está no útero, aos sabores de todos os alimentos que a mãe ingere na gravidez, o que pode influenciar os tipos de alimentos que ele mais gosta na vida adulta.

PRIMEIRO ANO DE VIDA (0-12 meses)

Desde o nascimento até ao seu primeiro aniversário, um bebé em crescimento precisa de boa nutrição para prosperar.

Nascimento até 6 meses

Desde o dia em que o bebé nasce, a amamentação proporciona-lhe o melhor começo de vida - e traz benefícios não apenas imediatos, mas que chegam ao futuro.

O leite materno é o primeiro alimento **perfeito** da natureza, feito à medida para satisfazer as necessidades do bebé, fornecendo todas as vitaminas, proteínas e gorduras que eles precisam nos primeiros seis meses - nenhum outro líquido ou alimento é necessário! O leite materno fornece ainda anticorpos poderosos que combatem doenças e aumentam a imunidade dos bebés, além de probióticos que ajudam na digestão e ajudam a desenvolver um sistema digestivo saudável. E, surpreendentemente, a composição do leite da mãe muda e se adapta à medida que o bebé cresce. Quase todas as mães podem amamentar, se receberem o apoio, conselhos e incentivos correctos, além de assistência especializada para resolver quaisquer problemas.

A amamentação beneficia a mãe e o bebé de várias maneiras. A amamentação protege os bebés contra pneumonia, infecções respiratórias, diarreia e síndrome da morte súbita do lactente (SMSI) e pode até diminuir o risco de desenvolver obesidade mais tarde na vida. Mães que amamentam têm menos probabilidade de desenvolver diabetes tipo 2, doenças cardíacas, cancro de mama e cancro de ovário. A amamentação também oferece benefícios extraordinários para a construção do cérebro do bebé, pois vários estudos associaram a amamentação ao QI mais alto na vida de uma criança.

6 a 12 meses

A Organização Mundial de Saúde recomenda que os bebés sejam amamentados **exclusivamente** (ou seja, sem adição de outros alimentos, fórmulas ou água) durante os primeiros 6 meses e depois introduzam alimentos sólidos aos 6 meses, enquanto se mantém a amamentação. Aos 6 meses de idade, os bebés precisam de mais do que apenas leite materno ou fórmula para assegurar o seu rápido



crescimento e desenvolvimento, por isso é essencial que eles comecem a ingerir alimentos ricos em nutrientes. Durante este período, os bebés devem experimentar uma grande variedade de sabores e alimentos pouco processados, especialmente vegetais, frutas e determinados alimentos de origem animal, como gema de ovo, carne de vaca, peixe e aves. Nesta fase é particularmente importante evitar dar aos bebés alimentos com adição de açúcar ou alimentos processados, que tendem a ser ricos em sódio e gorduras não saudáveis.

SEGUNDO ANO DE VIDA (13-24 meses)

Nutrir o seu potencial.

À medida os bebés crescem, particularmente nos 2 primeiros anos de vida, experienciam um incrível crescimento e desenvolvimento, com grandes saltos nas habilidades de linguagem e habilidades motoras. Aos 2 anos de idade, as crianças atingiram cerca de metade da sua altura adulta e os seus cérebros são 80% do tamanho dos cérebros adultos.

As crianças precisam de boa nutrição para alimentar os seus corpos e cérebros em crescimento. Os hábitos alimentares e preferências de gosto que começaram na parte inicial da jornada de 1000 dias e continuam a ser moldados pelo que e como as crianças pequenas comem. As crianças orgulham-se de serem comedores independentes, de modo que os pais têm um papel importante a desempenhar, ensinando-lhes comportamentos alimentares saudáveis e atitudes em relação à comida. O uso de rotinas durante as refeições e a realização de refeições em família podem oferecer oportunidades para introduzir e incentivar a ingestão de alimentos nutritivos.

As crianças devem comer três refeições por dia, com um a dois lanches saudáveis no meio. É essencial que a dieta de uma criança inclua uma grande variedade de frutas e vegetais, cereais integrais, leguminosas, sementes e alimentos fornecedores de proteína.

É igualmente importante evitar os alimentos que não devem fazer parte das dietas dos bebés: bebidas açucaradas, como refrigerantes e sumos de pacote, e alimentos e "lanches" que contêm excesso de açúcar, gordura e sal. A alimentação não saudável é uma preocupação séria, pois contribui para um aumento dramático nos níveis de obesidade em bebés e crianças pequenas. As crianças que estão acima do peso ou obesas têm muito mais probabilidade de serem obesas quando adultas e estão em risco aumentado de graves problemas de saúde na vida adulta, incluindo doenças cardíacas e diabetes tipo 2.

Os 10 Pilares da Nutrição nos Primeiros 1000 Dias

The 10 Building Blocks for Nutrition During the First 1,000 Days



Figura 2. Os 10 Pilares da Nutrição nos Primeiros 1000 dias.²

² Imagem retirada de: <https://thousanddays.org>

Os 10 Pilares da Nutrição nos Primeiros 1000 Dias:

1. Uma dieta nutritiva para as mães durante a gravidez.
2. Bons cuidados de saúde para todas as mães durante a gravidez.
3. Aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses.
4. Nutrir e satisfazer as necessidades alimentares e necessidades de afecto dos bebés.
5. Introduzir os alimentos adequados na alimentação do bebé no momento certo.
6. Uma dieta saudável e nutritiva para bebés e crianças pequenas.
7. Licença de maternidade remunerada para os pais poderem cuidar dos seus bebés recém-nascidos.
8. O conhecimento e as habilidades adequadas para os pais e cuidadores poderem nutrir adequadamente os seus bebés.
9. Acesso consistente a suficientes alimentos nutritivos para famílias com crianças pequenas.
10. Investimentos sociais no bem-estar de cada bebé e criança pequena.

1. Conceito dos primeiros 1000 dias

1.2. Implementação do conceito dos primeiros 1000 dias em Moçambique

A implementação do conceito dos primeiros 1000 dias tem vindo a ser implementada em Moçambique desde a criação do Plano de Acção Multisectorial para Redução da Desnutrição Crónica (PAMRDC).

Os Objectivos Estratégicos 2 e 3 do PAMRDC focam-se na **mulher em idade fértil antes e durante a gravidez e lactação** e nas **crianças nos dois primeiros anos de idade**, o que correspondem aos primeiros 1000 dias.

Aliado a isso, objectivos estratégicos que pretendem promover a melhoria do acesso e utilização de alimentos de alto valor nutritivo dos agregados familiares (nos quais se incluem as mulheres em idade fértil, grávidas, lactantes e crianças) e melhorar o estado nutricional das adolescentes, também estão relacionados, ainda que indirectamente, nos primeiros 1000 dias. As adolescentes serão as mães do futuro, ao promover a melhoria do seu estado nutricional, estamos a garantir que as mães do futuro são mães bem nutridas, o que irá contribuir de forma significativa para o nascimento de bebés bem nutridos e saudáveis.

Seguidamente iremos fazer uma análise mais detalhada dos Objectivos Estratégicos 2 e 3 do PAMRDC.

Objectivo Estratégico 2: Fortalecer as intervenções com impacto na saúde e nutrição das mulheres em idade fértil antes e durante a gravidez e lactação.

Os resultados esperados com este objectivo estratégico são a redução da deficiência de micronutrientes e anemia antes e durante a gravidez e lactação, redução das infecções antes e durante a gravidez e lactação e aumento do ganho de peso na gravidez. As intervenções gerais dentro deste objectivo incluem a suplementação de grávidas com ferro e ácido fólico no pré e pós-parto e suplementação com vitamina A no pós-parto, aconselhamento e distribuição de métodos contraceptivos para garantir o espaçamento de pelo menos 2 anos entre gravidezes, a implementação de medidas que permitam controlar as infecções que provocam anemia, o controlo do ganho de peso e aconselhamento alimentar nas consultas pré-natais e a distribuição de suplementos alimentares para as mulheres grávidas.

Objectivo Estratégico 3: Fortalecer as actividades nutricionais dirigidas às crianças nos primeiros 2 anos.

Os resultados esperados do objectivo estratégico 3 são o aumento do número de mães que fazem aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida da criança e o aumento do número de crianças dos 6 aos 24 meses que recebem alimentação complementar adequada. Para alcançar estes resultados, as intervenções incluem a sensibilização e capacitação das Unidades Sanitárias e das comunidades para a promoção do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de idade, exigência de rigor nos rótulos de fórmulas lácteas, biberões e chupetas comercializados no país de acordo com o Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, fortalecimento da capacidade dos serviços de atenção à criança em matéria de aconselhamento sobre alimentação complementar, distribuição de suplementos alimentares para crianças dos 6 aos 24 meses, suplementação semestral com vitamina A de crianças dos 6 aos 59 meses e desparasitação semestral de crianças dos 11 aos 59 meses.

Moçambique criou e operacionalizou o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSAN) e, mais recentemente, os Conselhos Provinciais e Distritais de Segurança Alimentar e Nutricional (COPSAN e CODSAN, respectivamente), que em algumas províncias e na maioria dos distritos não arrancaram ainda com actividades. O CONSAN constitui-se como um órgão de consulta e coordenação em matéria de promoção e implementação da legislação, políticas, estratégias e programas relacionando com a Segurança Alimentar e Nutricional, sendo suas atribuições a coordenação interministerial e institucional para a implementação da legislação, políticas, estratégias e programas de SAN e a promoção de acções no âmbito da SAN e do Direito Humano à Alimentação Adequada, respeitando o papel específico das instituições, entidades e comunidades envolvidas. A grande inovação do CONSAN reside no facto de, ao não estar subordinado ao Ministério da Agricultura e Segurança Alimentar (MASA) como o Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional (SETSAN), não se encontra sob alçada de nenhum ministério específico, mas antes engloba todos, tratando a SAN como o assunto multisectorial que efectivamente é. Espera-se que estes órgãos venham a conseguir criar legislação e políticas que promovam a saúde e, conseqüentemente, melhorem a situação de segurança alimentar e nutricional do país, particularmente dos grupos vulneráveis, como são as mulheres grávidas e as crianças.

1. Conceito dos primeiros 1000 dias

1.3. Crenças, mitos e superstições nos primeiros 1000 dias e as consequências na saúde e desenvolvimento da criança

A gravidez e a maternidade estão rodeadas de uma série de **mitos, superstições e crenças** que só ajudam a desinformar e a preocupar as futuras mães.

Todos os membros da família, particularmente os mais velhos e amigos e conhecidos têm conselhos a dar e isto pode causar à futura mãe muitas dúvidas e falta de confiança em si.

Existem crenças que são inofensivas e que, de uma forma geral, não irão prejudicar a grávida nem a criança. São exemplo disso as que se seguem:

“A grávida não deve saltar nenhuma cerca, senão a criança nascerá aleijada.”

“Quando a grávida tem desejos e não é atendida, a criança nasce de boca aberta ou fica babão.”

“Criança que se ri quando dorme está sonhando com os anjinhos.”

“Para passar os soluços do bebé, deve colocar-se na testa do mesmo um fiapo de lã, de preferência vermelho e colar com a saliva da mãe.”

“Depois da criança nascer, o pai não pode tomar banho enquanto não cair o umbigo.”

No entanto, a grande maioria das crenças estão relacionadas com alimentos e alimentação e podem, em certa medida, ser prejudiciais ao crescimento e desenvolvimento das crianças.

Algumas crenças **proíbem ou limitam a ingestão de certos alimentos**. Frequentemente, estes alimentos proibidos são os fornecedores maioritários ou até únicas fontes alimentares de determinados micronutrientes essenciais e que, dificilmente são substituídos por outros alimentos na alimentação da grávida.

Outras crenças, **promovem a ingestão de alimentos ou substâncias que são prejudiciais à saúde** da mulher e do bebé.

A maioria das crenças centra-se em 3 factores principais, nomeadamente:

1. A ingestão de determinados alimentos determina a personalidade da criança ou determinadas características corporais;
2. Desejos alimentares não atendidos levam a marcas de nascença com a forma do alimento desejado;
3. A ingestão de certos alimentos vai facilitar ou dificultar o parto.

Alguns exemplos de crenças e mitos associados à gravidez:

“Não pode comer tomate, porque a criança vai nascer com borbulhas.”

“Não pode comer piri-piri, porque a criança vai nascer com problemas de visão.”

“Não pode comer muito, porque a criança vai nascer grande e será um parto difícil.”

“Não pode comer ovo, porque a criança vai nascer careca.”

“Não pode comer ovo porque vai ter medo no dia do parto.”

“Não pode comer quiabo porque a criança vai nascer com defeitos na cabeça, nasce escorregadia e é difícil dar banho.”

“Não pode comer peixe porque a criança nasce com caspa.”

“Não pode comer peixe porque dificulta a dilatação no parto.”

“Não pode comer malambe, porque a criança nasce com os olhos fechados.”

“Não pode comer polvo, porque a criança vai nascer com manchas.”

“Não pode comer porco, porque a criança nasce com as narinas fechadas.”

“Ovo, cenoura e abóbora provocam frio no dia do parto.”

“As moelas e vísceras da galinha estão reservadas ao homem.”

“Feijão provoca aborto.”

“Ananás faz com que a criança nasça com escamas.”

“Carne de cabrito faz com que o umbigo do bebé demore a sarar.”

“O inhame vai fazer a criança nascer com manchas.”

“Banana provoca constipação na gravidez.”

“Melancia provoca hemorragias durante o parto.”

Ao analisarmos as crenças e mitos acima citados, verificamos que a maioria proíbe a grávida de ingerir alimentos fornecedores de proteína animal. Estas crenças e mitos são, na sua grande maioria, infundados e provocam uma restrição alimentar significativa na grávida e que terá consequências graves a nível da obtenção de proteína e micronutrientes específicos que sabemos serem essenciais para uma gravidez saudável.

Além disso, muitas grávidas têm ainda aversões alimentares que limitam ainda mais a ingestão alimentar e, conseqüentemente, o aporte nutricional; ou ainda desejos de alimentos não muito saudáveis e pouco aconselhados durante a gravidez.

É importante desmistificar este tipo de crenças e mitos junto com as comunidades, explicando o porquê de não serem verdadeiras e as implicações que têm para a mãe e o bebé no que respeita ao estado nutricional e saúde em geral.

2. Gravidez

2.1. Estado nutricional da grávida e influência no desenvolvimento do feto

É muito importante que a mulher tenha um bom estado nutricional antes, durante e depois da gravidez, de forma a otimizar a saúde materna, reduzir o risco de complicações na gravidez e no parto, defeitos à nascença e doenças crónicas das crianças na idade adulta.

Uma das prioridades da Organização Mundial de Saúde (OMS) é a garantia de um bom estado de saúde das mães e dos seus filhos. Neste sentido, há muita evidência que comprova que um **adequado estado nutricional da mãe traz vantagens de saúde para a própria e para o filho, não só a curto, mas também a longo prazo.**

Durante a gravidez, as necessidades nutricionais aumentam, pois além das necessidades maternas, é necessário assegurar o crescimento e desenvolvimento do bebé. Actualmente sabe-se que, **a saúde da criança, é em grande parte, programada durante a gravidez**, pelo que uma gravidez saudável apresenta vantagens tanto para o bebé como para a mãe.

Estado Nutricional da Grávida

O aumento de peso na gravidez deve-se à formação da placenta, líquido amniótico, crescimento do bebé, aumento do volume do útero e do volume sanguíneo, tecido mamário e gorduras de reserva.

Reduzido ganho de peso na gravidez: está associado ao aumento do risco de atraso de crescimento intrauterino e mortalidade perinatal.

Elevado ganho de peso na gravidez: peso excessivo do bebé ao nascimento, que está associado a um aumento do risco de complicações na vida adulta.

As recomendações para o ganho de peso durante a gravidez foram formuladas de forma a maximizar os benefícios de um crescimento fetal saudável e minimizar os riscos de complicações no parto e pós-parto para a mãe e o seu bebé.

O aumento de peso recomendado durante a gravidez vai depender do peso que a mulher tinha antes de engravidar. Assim, é importante ter conhecimento do peso que a mulher tinha antes de engravidar para determinar o peso que deve aumentar na gravidez.

As recomendações de ganho de peso baseiam-se no Índice de Massa Corporal (IMC), que é uma medida que relaciona o peso com a altura.

O que é o Índice de Massa Corporal (IMC)?

O IMC é uma medida que relaciona o peso com a altura através da fórmula abaixo indicada.

$$\text{IMC} = \text{peso} / \text{altura}^2$$

Exercício prático:

Peso = 61 kg

Altura = 1.64m

$$\text{IMC} = \text{peso}/\text{altura}^2$$

$$\text{IMC} = 61 / (1.64 \times 1.64)$$

$$\text{IMC} = 61 / 2.71$$

$$\text{IMC} = 22.5 \text{ kg/m}^2$$

IMC pré-gravidez deve ser determinado para saber que peso deve a mulher aumentar na gravidez.

Esta classificação é válida para indivíduos com idade superior a 18 anos, sejam homens ou mulheres.

O IMC não se calcula com o peso da mulher grávida, mas com o peso que tinha antes de engravidar.

Classificação:

IMC < 18.5 → baixo peso

IMC 18.5 – 24.9 → peso adequado

IMC 25 – 29.0 → excesso de peso

IMC ≥ 30 → obesidade

Na Figura 3, podem-se observar as recomendações de ganho de peso nas diferentes fases da gravidez.

Se a mulher tinha um peso normal antes da gravidez (isto é, se o seu IMC calculado com o peso antes de engravidar estava entre 18.5 e 24.9 kg/m²), a mulher deve aumentar, durante a gravidez, entre 11,5 e 16,0 kg. Sendo que, o aumento de peso deve concentrar-se no 2º e 3º trimestres (aumento de cerca de 0,4kg por semana a partir do 2º trimestre), não é expectável que a mulher aumente de peso no 1º trimestre.

No caso particular de uma gravidez de gémeos, a mulher deve aumentar entre 15,9 a 20,4 kg durante a gravidez, sendo que este valor não depende do peso pré-gravidez.

Recomendações de Aumento de Peso durante a gravidez de acordo com o peso da mulher antes de engravidar:

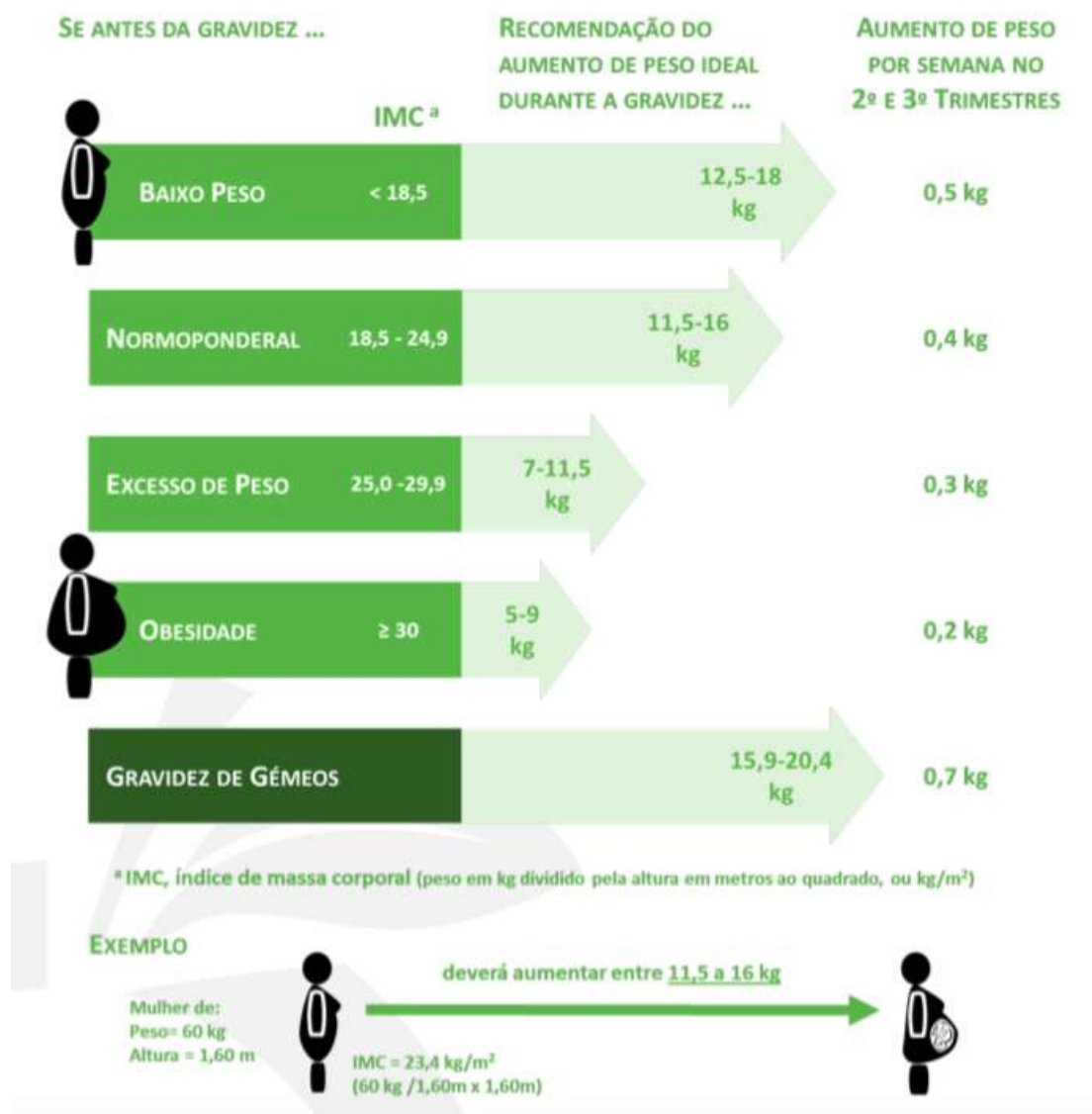


Figura 3. Aumento de peso ideal durante a gravidez.³

³ Imagem retirada de: https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/144489925Alimentacaoenutricaoenagravidez.pdf

Idealmente, antes de engravidar a mulher deve ter um estado nutricional adequado, todos os problemas nutricionais e de saúde deveriam ser resolvidos na pré-gravidez, de forma a evitar situações prejudiciais para a mãe e o filho.

Na pré-gravidez a mulher deve:

- Ter um peso adequado
- Reduzir o consumo de bebidas alcoólicas
- Caso seja fumadora, deixar de fumar e não estar exposta a fumo de tabaco
- Reduzir o consumo de cafeína, se for elevado
- Desparasitar
- Corrigir carências alimentares e nutricionais (ex. anemia)
- Controlar patologias (ex. hipertensão arterial)

Factores associados à mãe que influenciam o desenvolvimento da criança e o sucesso da gravidez:

- **Idade materna:** a partir dos 35 anos há maior risco de complicações na gravidez.
- **Hábitos alimentares:** uma mãe que tenha uma alimentação diversificada e completa terá um bebé mais saudável do que uma mãe que tem carências alimentares e nutricionais na sua alimentação.
- **Peso:** uma mãe com baixo peso tem mais risco de ter um bebé com baixo peso ou prematuro. Uma mãe com excesso de peso tem mais risco de ter um bebé com excesso de peso ou também prematuro; o excesso de peso na gravidez está ainda associado a um maior risco de trabalho de parto prolongado e cesariana não programada, diabetes gestacional, aumento da tensão arterial e ainda dificuldades em amamentar.
- **Fumar, consumir álcool e drogas ilícitas:** condicionam o desenvolvimento do bebé e a sua saúde futura.
- **Patologias:** determinadas doenças na mãe podem condicionar o desenvolvimento do bebé e o sucesso da gravidez.
- **Assistência médica:** uma mãe que tem fácil acesso à Unidade Sanitária (US), terá mais facilidade em cumprir com as consultas pré-natais, enquanto que uma mãe que vive muito distante da US pode ter dificuldades em ir às consultas, mesmo que necessite de seguimento por ter uma gravidez de risco.

Um inadequado estado nutricional da mãe tem consequências no estado nutricional do seu bebé e na saúde futura deste.

As medidas essenciais de nutrição para a mãe que têm um efeito significativo no estado nutricional do recém-nascido são:

- Ingestão adequada de ácido fólico durante a gravidez e de ferro durante e após a gravidez;
- Ingestão adequada de vitamina A no período pós-natal;
- Ingestão adequada de iodo.

Outras intervenções que afectam o estado nutricional da mãe, através da prevenção de anemia incluem:

- Desparasitação (com mebendazol) no segundo ou no terceiro trimestre da gravidez;
- Tratamento intermitente preventivo da malária durante a gravidez;
- Utilização de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas durante a gravidez e depois do parto;
- Prevenção da Transmissão Vertical do VIH (da mãe para o bebé).

2. Gravidez

2.2. Necessidades nutricionais e recomendações alimentares na gravidez

ALIMENTAÇÃO NA GRAVIDEZ

A *grávida* tem necessidades alimentares e nutricionais acrescidas durante a gravidez, particularmente no 3º trimestre, mas isto **não significa que “tem que comer por dois”!**

Estão particularmente aumentadas durante a gravidez as necessidades de proteínas, hidratos de carbono e fibras e de determinados micronutrientes como a vitamina A, o ácido fólico, o ferro, o iodo, o zinco e o magnésio.

De uma forma geral, as necessidades durante a gravidez vão aumentando de acordo com o trimestre da gestação. Considerando uma mulher grávida saudável e que iniciou a gravidez com um peso adequado, as necessidades alimentares aumentam à medida que os trimestres gestacionais passam, sendo que, no primeiro trimestre de gravidez, as necessidades alimentares são semelhantes às da mulher não grávida, no segundo semestre estão ligeiramente aumentadas e no 3º trimestre atingem o seu máximo, pois é quando se dá o crescimento fetal mais acentuado e acelerado.

De seguida iremos analisar cada um dos macro e micronutrientes cuja importância se destaca na gravidez.

Alimentação e Nutrição na Gravidez: PROTEÍNA

No segundo e terceiro trimestres da gravidez, as necessidades proteicas estão aumentadas.

Uma dieta equilibrada e variada deve conseguir satisfazer essas necessidades aumentadas, principalmente porque o organismo da mulher adapta-se nesta fase e absorve maior quantidade de proteína da dieta, comparativamente à mulher não grávida. O aumento das necessidades proteicas, deve-se à necessidade de mais proteína para a formação da placenta, crescimento dos tecidos uterinos e desenvolvimento e crescimento do bebé.

Fontes alimentares de proteína

Origem animal: carne, peixe, ovo, leite e derivados (iogurte e queijo)

Origem vegetal: leguminosas como todos os tipos de feijões, secos ou frescos

Alimentação e Nutrição na Gravidez: HIDRATOS DE CARBONO

Os hidratos de carbono são a principal fonte de energia para o funcionamento do organismo, pelo que é de elevada importância o seu consumo durante a gravidez. Os hidratos de carbonos que a mãe ingere, transformam-se em glicose que é a principal fonte de energia, e fundamental para o desenvolvimento do bebé.

Na gravidez, é particularmente importante a ingestão de alimentos fornecedores de hidratos de carbono várias vezes ao longo do dia, de forma a garantir um aporte contínuo de energia para o feto em desenvolvimento.

A grávida deve dar preferência aos alimentos fornecedores de hidratos de carbono pouco processados, pois são mais ricos em fibra, cujas necessidades também estão aumentadas durante a gravidez. As alterações hormonais que ocorrem durante a gravidez provocam obstipação em muitas mulheres, sendo a ingestão de fibra particularmente importante nestes casos.

Fontes alimentares de hidratos de carbono

Cereais e derivados – arroz, massa, pão, mapira, mexoeira, milho

Tubérculos – batata, batata doce, inhame, mandioca

Leguminosas – feijão

Fruta

Alimentação e Nutrição na Gravidez: GORDURA

A gordura tem funções importantes no organismo, sendo uma grande fornecedora de energia, garante o transporte de algumas vitaminas (A, D, E, K), ajuda na protecção contra o frio, e é importante para o desenvolvimento do cérebro e da visão.

Não existem recomendações específicas relativamente às necessidades de gordura a gravidez, no entanto, é importante que a grávida consuma alimentos ricos em gorduras saudáveis, como as existentes naturalmente nos alimentos e pouco processadas.

Fontes alimentares de gordura

Origem animal: manteiga, natas, gema de ovo, gordura da carne e do peixe

Origem vegetal: azeite, óleos, frutos secos (amendoim, castanha de caju), abacate, coco

Alimentação e Nutrição na Gravidez: ÁCIDO FÓLICO

O ácido fólico é fundamental na gravidez, pois a sua carência está associada a um aumento do risco de desenvolvimento de malformações do tubo neural no bebé.

Durante a gravidez, recomenda-se um aumento do consumo de frutos e vegetais ricos em ácido fólico (e em muitos outros micronutrientes) e feijões. A suplementação em ácido fólico é de extrema importância no início da gravidez, mas esse tópico será explorado no próximo capítulo.

Fontes alimentares de ácido fólico

Couves e vegetais folhosos, feijões, cereais integrais, frutas (laranja) e beterraba

Alimentação e Nutrição na Gravidez: FERRO

O ferro é outro micronutriente, que à semelhança do ácido fólico, é recomendado suplementar durante a gravidez, pelas necessidades muito aumentadas e pela sua importância no desenvolvimento do feto. A suplementação de ferro é importante para prevenção da anemia, sendo este mineral particularmente importante para o desenvolvimento do sistema nervoso do feto. A carência de ferro está associada a baixo peso à nascença, prematuridade e mortalidade perinatal.

Fontes alimentares de ferro

Alimentos de origem animal como carne, peixe e ovo
Feijões
Vegetais de folha verde escura

Relativamente ao ferro, é ainda importante ter alguns cuidados, para aumentar a sua absorção, nomeadamente:

- Ingerir alimentos ricos em vitamina C ao longo do dia (ex. frutas e vegetais crus);
- Evitar a ingestão de café e chá nas refeições principais (garantir pelo menos 2 horas de diferença entre a refeição e a toma de chá ou café).

Alimentação e Nutrição na Gravidez: IODO

O iodo é essencial para o desenvolvimento cognitivo do bebé.

A melhor forma de garantir a ingestão adequada de iodo é a substituição do sal comum por sal iodado, além de incluir alimentos fornecedores de iodo na alimentação.

Fontes alimentares de iodo

Sal iodado
Peixes e animais do mar

Alimentação e Nutrição na Gravidez: CÁLCIO E VITAMINA D

O cálcio é um mineral muito importante para os ossos e dentes saudáveis da mãe e do bebê.

A vitamina D é fundamental para a absorção do cálcio e é necessária a formação dos ossos e dentes do bebê.

As necessidades de vitamina D podem ser asseguradas através da exposição solar.

Fontes alimentares de cálcio

Leite e derivados

Vegetais de folha verde escura

Cereais integrais e frutos secos (amendoim, amêndoa)

Alimentação e Nutrição na Gravidez: ZINCO

O zinco é um mineral que desempenha funções essenciais em diversos processos biológicos do organismo, é necessário para um bom funcionamento do sistema imunológico e para o bom desenvolvimento neurológico do bebê.

A carência de zinco pode provocar malformações congénitas, baixo peso à nascença e morte prematura.

Fontes alimentares de zinco

Carnes

Leite e derivados

Frutos secos (amendoim, amêndoa)

Alimentação e Nutrição na Gravidez: MAGNÉSIO

O magnésio é um mineral que se destaca na gravidez pois a sua carência está associada a nascimentos prematuros e a restrição de crescimento intrauterino.

Fontes alimentares de magnésio

Frutos secos (amêndoa, castanha de caju, amendoim)
Cereais integrais
Espinafres, feijões, banana

Alimentação e Nutrição na Gravidez: HIDRATAÇÃO

Uma hidratação adequada é essencial para uma gravidez saudável.

A ingestão adequada de água durante a gravidez é de cerca de 3 litros por dia. Esta quantidade inclui não só água, mas também contam para perfazer os 3L a ingestão de outras bebidas como leite, chás e infusões e de alimentos ricos em água, como sopas, saladas e frutas.

Assim, deve garantir-se a ingestão de pelo menos 2,3L (cerca de 10 copos) provenientes de água, sendo os restantes 0,7L garantidos através com consumo de alimentos ricos em água.

Alimentação e Nutrição na Gravidez: SAL

A ingestão de sal durante a gravidez não deve ser exagerada, elevado consumo de sal está associado a hipertensão arterial durante a gravidez, que pode ter consequências muito graves para a mãe e o feto. Deve ser sempre dada preferência ao sal iodado, uma vez que contribui para a satisfação das necessidades em iodo.

Limitar o consumo de:

Carnes e peixes salgados
Caldos industrializados
Batatas fritas e outros *snacks* ricos em sal

ALIMENTOS A EVITAR NA GRAVIDEZ

Na gravidez, é particularmente importante seguir os cuidados de higiene na preparação, confecção e consumo de alimentos, pois alguns microrganismos podem ter efeitos muito prejudiciais para a grávida e o bebé.

É importante evitar ao máximo o consumo de:

Carnes e peixes mal cozinhados
Ovos mal cozinhados
Enchidos e fumados
Legumes e frutas mal lavados

Algumas bactérias e parasitas intestinais são muito prejudiciais ao bebé, pelo que a mãe deve ter cuidados ressaltados com a higiene alimentar para evitar ao máximo contrair uma doença de origem alimentar.

Recomendações de Higiene Alimentar durante a Gravidez:

- Lavar as mãos com água e sabão ou cinza:
 - Antes e depois de mexer em alimentos
 - Depois de fazer necessidades/usar latrina
 - Depois de mexer em animais
 - Depois de mexer em lixo
 - Sempre que achar necessário
- Ferver ou adicionar *Certeza* e filtrar a água para consumo e para lavagem e desinfecção de alimentos;
- Lavar muito bem frutos e vegetais, e desinfetar com *Certeza* os que vai consumir crus;
- Separar os alimentos crus dos cozinhados e prontos a consumir;
- Os alimentos cozinhados nunca devem ser colocados nos recipientes em que estiveram os alimentos crus, sem que antes tenham sido muito bem lavados.

Os tópicos de Higiene e Segurança Alimentar serão explorados mais em detalhe na Unidade Temática 4.

A Alimentação na Gravidez deve ser, de uma forma geral, diversificada, equilibrada e segura, de acordo com as orientações ilustradas no cartaz “A Nossa Alimentação”.

Algumas recomendações gerais para a grávida:

- Tentar fazer 3 refeições principais diariamente (mata-bicho + almoço + jantar) e 2 lanches entre estas refeições, evitando passar muito tempo sem comer;
- Comer frutas e vegetais em abundância, tendo sempre o cuidado de higienizar bem antes de consumir;
- Tratar com *Certeza* ou ferver e filtrar a água para consumo e preparação de alimentos;
- Beber água suficiente para não sentir sensação de sede;
- Moderar o consumo de sal e dar sempre preferência ao iodado;
- Evitar fazer esforços físicos intensos;
- Não consumir bebidas alcoólicas;
- Não fumar;
- Moderar o consumo de cafeína.

É essencial que a grávida se abstenha de trabalho físico pesado durante a gravidez, pois este contribui para um crescimento insuficiente do feto e aumenta os riscos de parto prematuro.

2. Gravidez

2.3. Suplementação na gravidez

Os suplementos – nutricionais ou alimentares – definem-se como uma fonte concentrada de nutrientes ou alimentos, respectivamente, e têm um efeito nutricional ou fisiológico.

Geralmente a sua toma restringe-se a um determinado período de tempo no qual se pretende garantir a satisfação das necessidades aumentadas em consequência de uma determinada situação fisiológica (ex. gravidez) ou em situação de doença (ex. desnutrição ou carência nutricional específica).

Os suplementos nutricionais, geralmente, encontram-se sob a forma de cápsulas, comprimidos ou saquetas e correspondem a um determinado nutriente ou combinação de nutrientes que pretendem satisfazer uma necessidade específica.

Os suplementos alimentares, conhecidos como Alimentos Terapêuticos Prontos para Uso (ATPU) têm uma composição padronizada altamente calórica estabelecida pela Organização Mundial de Saúde. Os ingredientes habituais do ATPU incluem leite em pó, açúcar, manteiga de amendoim, óleo vegetal, vitaminas e minerais. Os ingredientes podem variar, de acordo com determinados factores como aceitação, custos e disponibilidade local dos mesmos. Tal como o nome indica, encontram-se prontos para consumo, não precisando de nenhum tipo de preparação, apresentam um prazo de validade longo e não necessitam de refrigeração para conservação.

Relativamente à suplementação nutricional específica na gravidez:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda suplementação diária oral com **ferro** (30 a 60mg) e **ácido fólico** (0.4mg). Esta suplementação pretende prevenir anemia materna, baixo peso à nascença, nascimento prematuro e defeitos de formação do feto.

Em mulheres desnutridas, recomenda-se ainda a suplementação alimentar com um suplemento rico em energia e proteína, de forma a reduzir o risco de baixo peso à nascença e nascimentos prematuros.

2. Gravidez

2.4. Stress, actividade física e hábitos de sono na gravidez

A gravidez provoca na mulher várias emoções, como ansiedade ou stress, sendo esta uma situação normal e espectável. O stress é uma reacção normal a uma grande mudança (como a gravidez) e pode até ser benéfico, até certo nível, pois pode incentivar a mulher a enfrentar novos desafios. No entanto, níveis de stress elevados podem provocar problemas de saúde para a futura mãe e para o bebé.

O que pode estar na origem do stress na gravidez?

Para algumas mulheres, a gravidez, pelas limitações físicas associadas e pelas mudanças no estilo de vida que a mulher pode ter que fazer para garantir uma gravidez saudável, pode ser uma fase da vida stressante. Outras razões que podem levar a um estado de stress elevado na gravidez são a falta de recursos financeiros ou outros suficientes para garantir uma gravidez segura e satisfazer todas as necessidades do futuro bebé, experiências negativas com uma gravidez anterior, como aborto espontâneo ou morte do bebé, as mudanças físicas provocadas pela gravidez, inexistência de uma rede de apoio familiar, situações de morte de familiares, problemas de consumo de álcool ou drogas, ansiedade, depressão ou outras doenças do foro mental, entre outros.

De que forma pode o stress afectar negativamente a grávida e o bebé?

O stress crónico pode afectar a saúde e o bem-estar da grávida, pois está frequentemente associado a dores de cabeça, dificuldades em dormir, preocupação excessiva ou ansiedade, pensamentos obsessivos, problemas alimentares (ingestão alimentar em excesso, insuficiente ou ingestão de alimentos ou substâncias prejudiciais), entre outros.

Além de afectar a grávida, o stress pode ainda afectar o feto, podendo estar na origem de problemas de crescimento, ou encurtar o tempo da gestação, levando a um parto prematuro. O stress pode ainda aumentar o risco de problemas de desenvolvimento físico e mental do bebé e problemas comportamentais na infância que podem evoluir até à idade adulta.

Conselhos que o profissional de saúde pode dar à grávida que possam ajuda-la a reduzir os níveis de stress:

É muito importante que o profissional de saúde incentive a grávida a cuidar do seu bem-estar mental durante a gravidez, além da sua saúde física. O controlo dos níveis

de stress e a resolução das situações que o provocam é muito importante para garantir uma gravidez saudável.

Algumas sugestões que o profissional de saúde pode dar à grávida para ajudar na redução dos níveis de stress passam pelas que abaixo se listam:

- Ajudar a grávida a perceber o que está na origem do stress e tentar fazer mudanças na sua vida de forma a reduzir os motivos de stress;
- Aconselhar a grávida a não se pressionar demasiado e a tentar viver o dia-a-dia com mais tranquilidade;
- Aconselhar a prática de uma alimentação saudável e equilibrada;
- Aconselhar a grávida a pedir apoio junto de alguém de confiança para resolver os problemas que poderão estar na origem do stress;
- Praticar actividade física segura e adequada à gravidez;
- Reservar tempo para fazer alguma actividade que a faça sentir bem, como ver algum programa de televisão, encontrar-se com amigas, etc;
- Pedir auxílio aos outros membros do seio familiar para as tarefas domésticas ou outras que lhe causem desgaste físico e psicológico.

Actividade e esforços físicos na gravidez

A gravidez é uma fase da vida da mulher em que ela necessita de mais repouso do que o habitual e deve evitar trabalhos pesados. O esforço físico excessivo durante a gravidez pode prejudicar o desenvolvimento do feto levando a que nasça com baixo peso e pode ainda provocar um aborto espontâneo, caso seja muito excessivo.

Assim, é importante o profissional de saúde aconselhar a mulher nesse sentido. Nesta fase da vida, o apoio da família é essencial para reduzir a carga de trabalho da mulher com trabalhos domésticos que estão frequentemente sob inteira responsabilidade da mulher. É particularmente importante que a família assegure o trabalho na machamba, pois este é um trabalho pesado desaconselhado à mulher grávida. Também é importante que a mulher não transporte pesos excessivos, como bidões de água, devendo estas tarefas que requerem um esforço físico mais intenso ficar a cargo de outros membros adultos do agregado familiar.

Ao contrário da realidade das zonas rurais, nas zonas urbanas frequentemente as mulheres têm um estilo de vida sedentário e não têm o hábito de praticar actividade física, o que associado a uma má alimentação e a excesso de peso ou obesidade, pode comprometer a gravidez e a saúde da mulher e do bebé. Nestes casos, é

importante que o profissional de saúde incentive a prática de actividade física segura.

O exercício físico mais seguro na gravidez é a caminhada. Se a grávida não praticava exercício físico antes da gravidez, é importante que comece gradualmente, com reduzidos períodos de tempo, que podem começar em 5 minutos, e ir aumentando ao longo do tempo. Não é aconselhável que a grávida se sinta excessivamente cansada após praticar a caminhada, sendo este um sinal de que deve fazer um esforço menos intenso. Uma boa forma de avaliar se o esforço ou o ritmo da caminhada é excessivo é que se a grávida não for capaz de conversar normalmente durante a caminhada, é sinal de que o esforço é excessivo e deve abrandar o ritmo. É aconselhável que a grávida utilize roupa larga e confortável, deve caminhar num terreno plano, de forma que o esforço não seja exagerado e não deve fazer nenhuma refeição muito pesada cerca de 1 hora antes da caminhada, mas deve ingerir um pequeno lanche (ex. fruta). Antes, durante e depois da caminhada é importante que a grávida beba água suficiente de forma a garantir que o organismo permanece hidratado.

Hábitos de sono durante a gravidez

As alterações hormonais e físicas que ocorrem na gravidez podem afectar a qualidade de sono da mulher. Em cada um dos trimestres, são diferentes os factores que podem afectar a qualidade do sono. Estes factores podem encontrar-se descritos abaixo, de acordo com o trimestre da gestação.

Primeiro trimestre

A grávida acorda com frequência devido ao aumento da necessidade de urinar. Ocorre um aumento da sonolência durante o dia. As alterações do padrão de sono podem provocar stress físico e emocional.

Segundo trimestre

O padrão de sono no 2º trimestre da gravidez geralmente melhora, pois a mulher sente menos necessidade de urinar durante a noite, pelo que o sono é menos interrompido. A sonolência diária geralmente também diminui. No entanto, para algumas mulheres, a qualidade de sono não melhora o que pode criar na mulher um stress emocional resultante da gravidez.

Terceiro trimestre

O 3º trimestre, geralmente, é o que traz mais dificuldades em ter um sono de qualidade, principalmente devido ao desconforto resultante do crescimento do feto. Associado a isso, o feto faz bastante pressão na bexiga, fazendo com que a mulher acorde frequentemente a meio da noite para urinar, o que perturba o padrão de sono.

Como melhorar o sono durante a gravidez:

- Uma alimentação saudável e nutritiva está associada a melhorias na qualidade de sono e um copo de leite antes de ir dormir pode ajudar a ter um sono com mais qualidade;
- Técnicas de relaxamento antes de dormir ajudam não só a relaxar os músculos, mas também a relaxar a mente, o que irá melhorar a qualidade de sono. Uma massagem dada pelo parceiro, um banho quente ou inspirações e expirações profundas antes de ir dormir podem ajudar;
- A prática de exercício físico de forma regular durante a gravidez promove tanto a saúde física, como a saúde mental, além de melhorar a qualidade do sono. No entanto, devem ser apenas realizados exercícios considerados seguros;
- A mulher deve dormir num local e numa posição confortável. Pode necessitar de algumas almofadas para apoiar a barriga e as costas, uma almofada entre as pernas também ajuda a diminuir a pressão na zona lombar e a melhorar a posição de dormir de lado (que é a posição recomendada nesta fase da gravidez).

2. Gravidez

2.5. Consequências da exposição a substâncias tóxicas durante a gravidez

A gravidez, como já foi referido anteriormente, é um período em que é importante garantir que todas as necessidades nutricionais e alimentares da mãe e do bebé que se está a formar, são supridas. Os hábitos alimentares da futura mãe, devem ser adaptados à condição fisiológica em que se encontra – a gravidez. Assim, determinadas substâncias que são inofensivas para a mulher, podem ser extremamente prejudiciais para o feto e condicionar gravemente a sua vida futura. Substâncias como álcool e tabaco são absolutamente proibidas na gravidez, pelo efeito grave que podem ter no feto. De seguida, serão analisadas cada uma destas substâncias.

Álcool

O álcool está absolutamente contra-indicado para mulheres grávidas. Mesmo um consumo moderado tem consequências irreversíveis no bebé em desenvolvimento. A ingestão de álcool durante a gravidez está associada a efeitos neurológicos graves no feto, bem como outros efeitos no desenvolvimento da criança que são irreversíveis. A ingestão de álcool está fortemente associada a morte fetal, aborto espontâneo, malformações diversas e influencia negativamente o crescimento e desenvolvimento psicomotor e intelectual.

Problemas físicos provocados pela ingestão materna de álcool: microcefalia, atraso no crescimento, peso e altura inferiores aos normais, malformações cardíacas.

Problemas intelectuais provocados pela ingestão materna de álcool: atraso mental de gravidade variada, dificuldades de aprendizagem.

O álcool atravessa a placenta e entra na circulação fetal após a ingestão pela mãe. E a eliminação fetal é duas vezes mais lenta que na mãe, sendo que depende da dose ingerida pela mãe, da maturidade fetal e da susceptibilidade individual. O álcool permanece no líquido amniótico após desaparecer do sangue, constituindo um reservatório de álcool, pelo que a exposição ao álcool no feto é mais longa do que na mãe.

Tabaco

O tabaco é a droga mais consumida na gravidez e pode ter consequências graves tanto no feto como na grávida.

O tabaco é composto por mais de 4000 compostos, a maioria deles tóxicos, nomeadamente: nicotina, monóxido de carbono, chumbo, cianeto e cobalto.

A nível fetal, a nicotina reduz a passagem de sangue da placenta para o feto, reduzindo a quantidade de oxigénio e nutrientes que passam para o feto, o que provoca restrição do crescimento fetal e baixo peso à nascença.

Consequências do tabaco durante a gravidez:

- Aborto espontâneo
- Gravidez ectópica
- Parto pré-termo
- Descolamento da placenta
- Aumento do risco de complicações antes e depois do parto

As grávidas que fumam durante a gravidez, têm filhos com Coeficientes de Inteligência (QI) até 6,2 pontos, abaixo dos filhos de mães não fumadoras.

Para além dos problemas graves para a saúde da mãe:

- Aterosclerose
- Hipertensão arterial
- Cancro do pulmão

O tabaco produz também consequências graves e tardias na criança:

- Maior risco de Síndrome de Morte Súbita
- Risco de doenças respiratórias
- Alergias
- Distúrbios do sono
- Maior risco de dependência de tabaco no futuro
- Menor desempenho académico

Drogas ilícitas

A utilização de drogas ilícitas (*marijuana*, cocaína, entre outras) está absolutamente proibida durante a gravidez.

Estas substâncias aumentam o risco de baixo peso à nascença, perímetro cefálico reduzido, nascimento prematuro e outros problemas de desenvolvimento.

As crianças cujas mães consumiram drogas ilícitas na gravidez apresentam frequentemente depressão e défices de atenção.

Cafeína

O consumo elevado de cafeína está associado a dificuldades de concepção, aborto espontâneo e baixo peso à nascença, mas não se encontra relacionado com defeitos de nascença.

O seu consumo, dentro dos valores máximos permitidos, é considerado seguro. No entanto não devem ser ultrapassados os valores de cafeína máximos permitidos, pelos riscos acima referidos.

O valor máximo diário de cafeína permitido é de 200mg/dia.

Importa referir que não é apenas o café que contém cafeína. Chás e refrigerantes também contêm cafeína na sua composição que não devem ser negligenciados.

Produto Alimentar	Cafeína (mg)
Café instantâneo (1 chávena)	60 - 70
Café expresso (1 chávena)	100 - 150
Chá (saquetas) (1 chávena)	20 - 60
Refrigerante tipo coca-cola (1 lata, 330mL)	35 - 65
Bebida energética tipo RedBull (1 lata, 330mL)	~ 90

Tabela 1. Fontes de cafeína ⁴

Considerando os valores de cafeína referidos na Tabela 1, o limite de bebidas com cafeína diário seria 1 café expresso ou 2 cafés instantâneos ou 3 chávenas de chá. Os refrigerantes e bebidas energéticas são de evitar durante a gravidez por causa dos níveis elevados de açúcar que contêm.

⁴ Informação retirada de: https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444899925Alimentacaoenutricaoenagravidez.pdf

Medicamentos alternativos e tradicionais

Muitas mulheres grávidas são acompanhadas por praticantes da medicina tradicional e frequentemente são-lhes recomendados determinados medicamentos tradicionais.

Muito poucos estudos foram efectuados até ao momento que garantam a segurança destes “medicamentos tradicionais”. Existe ainda a questão da dosagem – enquanto que os medicamentos regulados pelas autoridades devidas têm definidas dosagens específicas e doses máximas seguras, o mesmo não se verifica na medicina tradicional, havendo muito pouca investigação neste sentido.

Assim, as mulheres grávidas devem ser aconselhadas a evitar medicamentos tradicionais cuja composição desconheçam e que não estejam regulamentados.

3. Primeiros 6 meses de vida

3.1. Aleitamento Materno Exclusivo: importância e recomendações

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida, poderia salvar anualmente até 1,3 milhões de crianças em todo o mundo!

Aleitamento materno exclusivo ou amamentação exclusiva consiste em oferecer apenas leite materno à criança nos primeiros 6 meses de vida. O leite materno é o único alimento necessário nos primeiros 6 meses de vida do bebé e fornece todos os nutrientes e fluídos necessários para o seu crescimento e desenvolvimento nesse período.

Consideram-se medidas essenciais de nutrição para garantir um bom estado de saúde e nutricional dos recém-nascidos a **iniciação precoce da amamentação** e a **amamentação exclusiva** nos primeiros 6 meses de vida.

Durante a amamentação, a mãe necessita comer em maior quantidade, necessita de mais proteína e de outros nutrientes, de forma a garantir a saúde e satisfação das necessidades nutricionais da mãe e níveis adequados de micronutrientes no leite materno.

Contrariamente a muita informação enganosa e infundada proveniente, frequentemente, de crenças populares, praticamente todas as mães, a menos que estejam doentes ou extremamente desnutridas, podem produzir quantidades adequadas de leite materno para satisfazer as necessidades do seu bebé.

Os principais factores que influenciam a produção de leite materno são a frequência das mamadas e uma boa pega do peito por parte do bebé, e não o estado nutricional da mãe. Se uma mãe que amamenta está desnutrida, é mais seguro e vantajoso para ela e para o bebé melhorar a sua alimentação do que expor o bebé aos riscos desnecessários associados aos substitutos do leite materno. Assim, é muito importante que a mãe pratique uma alimentação equilibrada e diversificada para garantir a satisfação das suas necessidades alimentares e nutricionais e a riqueza nutricional do leite materno produzido.

Medidas para melhorar a alimentação e nutrição das mulheres que amamentam:

- Ingerir uma refeição extra por dia durante o período de aleitamento;
- Consumir diariamente e em quantidades adequadas frutas e vegetais e produtos animais e alimentos fortificados;
- Continuar a suplementar com ferro e ácido fólico pelo menos durante 3 meses após o parto;
- Garantir uma ingestão adequada de iodo - utilizar apenas sal iodado;
- Fazer a profilaxia da malária e utilizar redes mosquiteiras tratadas com insecticidas para evitar a anemia;
- Fazer a suplementação com vitamina A recomendada pelo MISAU após o parto.

Em África e, particularmente, em Moçambique, a grande maioria dos bebés é amamentada, no entanto, muitas vezes as práticas de alimentação não são adequadas, acabando por colocar os bebés em risco. Abaixo, listam-se as práticas de amamentação recomendadas para os recém-nascidos.

Práticas de amamentação recomendadas para os recém-nascidos:

- **Início precoce da amamentação:** a iniciação da amamentação deve ocorrer na primeira hora após o parto, promovendo o contacto pele a pele (estimula a produção e ejeção de leite);
- **Amamentação exclusiva:** nenhum outro alimento ou líquidos (nem mesmo água) durante os primeiros seis meses;
- **Boa pega e posicionamento do bebé,** e tratamento rápido de problemas mamários, como ingurgitamento, mamilos fendidos e mastites;
- **Amamentação frequente, de dia e de noite:** 8-12 vezes por cada 24 horas é o recomendado, sendo que nas primeiras semanas pode ser necessário aumentar ainda mais esta frequência;
- **Garantir a continuação da amamentação quando a mãe ou o bebé estão doentes** (salvo em situações de patologias muito específicas).

Importância da amamentação precoce ou imediatamente após o parto (na primeira hora de vida):

- Promove o vínculo afectivo entre a mãe e o bebé;
- Reduz os riscos da hemorragia pós-natal da mãe;
- Reduz o risco de hipoglicemia;
- Fornece calor ao bebé, reduzindo o risco de hipotermia.

A maioria dos recém-nascidos têm capacidade de encontrar o mamilo e mamar na **primeira hora de vida**, se for proporcionado o contacto pele a pele imediatamente após o nascimento. O leite produzido nos primeiros dias de vida do recém-nascido é o colostro, que é um leite espesso e amarelado rico em gordura, anticorpos, vitamina A e outras substâncias protectoras e essenciais neste início de vida.

Importância da amamentação exclusiva:

- Protege os recém-nascidos contra causas importantes de morte (septicémia, infecções agudas das vias respiratórias, meningite e diarreia);
- Fornece todos os líquidos e nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento óptimos nos primeiros 6 meses;
- Promove o vínculo afectivo entre a mãe e o bebé e está associada a uma amamentação mais prolongada.

O risco de morte de bebés com menos de 2 meses devido a infecções é aproximadamente 6 vezes maior nos bebés não amamentados com leite materno, comparativamente aos bebés que são amamentados. O risco de mortalidade neonatal em bebés que são amamentados parcialmente é 4 vezes maior do que em bebés amamentados exclusivamente.

O sucesso do aleitamento materno exclusivo e continuado até aos 2 anos depende de muitos factores. Uma importante parte do sucesso da amamentação reside nos serviços de saúde – as Unidades Sanitárias com serviços de maternidade e cuidados ao recém-nascido têm um papel fundamental na promoção do aleitamento materno. Os Dez Passos para o sucesso do aleitamento materno que residem nas Unidades Sanitárias encontram-se ilustrados na Figura 4.

DEZ PASSOS para o Sucesso do ALEITAMENTO MATERNO



Todas as Unidades Sanitárias com serviços de maternidade e cuidados do recém-nascido devem:

- 1** Ter uma política escrita sobre o aleitamento materno, que seja regularmente comunicada a todos os trabalhadores de saúde.
- 2** Treinar todos os trabalhadores de saúde em habilidades necessárias para implementar a política.
- 3** Informar a todas as mulheres grávidas sobre os benefícios do aleitamento materno.
- 4** Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno, logo após o parto, ou seja, dentro de meia hora após o parto.
- 5** Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se elas tiverem que ficar separadas dos seus bebês.
- 6** Não dar aos recém-nascidos nenhum alimento ou líquido que não seja o leite materno, a menos que seja indicado pelo médico.
- 7** Praticar o alojamento conjunto, isto é, permitir que mães e bebês fiquem sempre juntos durante 24 horas por dia.
- 8** Encorajar o aleitamento materno em livre demanda ou seja, amamentar sempre que a mãe ou o bebê quiserem, sem restrição na duração ou frequência das mamadas.
- 9** Não dar chuchas e biberões aos bebês amamentados ao peito.
- 10** Promover a formação de grupos de apoio ao aleitamento materno na comunidade e, referir as mães para estes grupos após a alta da maternidade.



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

epi

Figura 4. Cartaz do Ministério da Saúde que ilustra os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.

Campanhas publicitárias de incentivo ao aleitamento materno podem ter um importante impacto a nível das comunidades. Exemplo disso são as Figuras 5, 6 e 7.



Figura 5. Cartaz do Ministério da Saúde de incentivo ao aleitamento materno.

**EU APOIO A MINHA MULHER A
AMAMENTAR SÓ E SÓ COM O
LEITE DO PEITO NOS PRIMEIROS
6 MESES DE VIDA. E TU?**



 **CRIANÇA SAUDÁVEL, FAMÍLIA FELIZ**

República de Moçambique
Ministério da Saúde



Figura 6. Cartaz do Ministério da Saúde de incentivo ao aleitamento materno.



**O LEITE MATERNO
É O MELHOR PARA O SEU BEBÉ**
TEM TUDO O QUE O BEBÉ PRECISA INCLUINDO ÁGUA
PROTEGE CONTRA DOENÇAS

O leite do peito é importante para o crescimento e desenvolvimento do bebê até aos 2 anos ou mais

DÊ SOMENTE LEITE DO PEITO NOS PRIMEIROS 6 MESES DE VIDA

Figura 7. Cartaz do Ministério da Saúde de incentivo ao aleitamento materno.

COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO

O leite materno tem a composição nutricional perfeita para a alimentação do bebé e para garantir a satisfação das necessidades do seu desenvolvimento e crescimento exclusivamente nos primeiros 6 meses de vida.

A composição e quantidade de leite que é produzido varia ao longo da vida do bebé, ao longo do dia e ao longo da mesma mamada. O leite materno tem a composição ideal em proteínas, gorduras, hidratos de carbono, vitaminas, minerais e água. Após os 6 meses, deve manter-se a amamentação, mas o leite materno deve ser complementado a introdução de outros alimentos na alimentação do bebé.

3. Primeiros 6 meses de vida

3.2. Promoção do aleitamento materno – vantagens, técnicas e factores que interferem

VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO

As vantagens do aleitamento materno estão amplamente descritas, sendo que o aleitamento materno não é apenas vantajoso para o bebé, mas também para a mãe e para todo o agregado familiar e para o meio ambiente.

Vantagens do aleitamento materno para o bebé:

- O leite materno constitui o alimento ideal, mais barato e seguro para dar em exclusividade até aos 6 meses;
- A elevada riqueza nutricional e adequação óptima às necessidades do bebé asseguram um crescimento e desenvolvimento saudáveis;
- Previne o aparecimento de infecções gastrointestinais (diarreias), respiratórias e urinárias;
- Protege de algumas alergias;
- Protege contra vírus e bactérias;
- Facilita a introdução da alimentação complementar a partir dos 6 meses;
- Previne o aparecimento futuro de determinadas doenças como diabetes, linfomas, obesidade e doença celíaca na criança;
- Melhora o desenvolvimento da visão;
- Melhora o desenvolvimento intelectual;
- Reduz o risco de cáries dentárias e melhora a formação da boca, alinhamento dos dentes e desenvolvimento da fala;
- Facilita a digestão e o funcionamento do intestino;
- Promove o estabelecimento de uma ligação emocional muito forte e precoce entre mãe e filho – vínculo afectivo – que promove o seu desenvolvimento social e o relacionamento com outras pessoas;
- Promove uma rápida recuperação se o bebé adoecer.

Vantagens do aleitamento materno para a mãe:

- O leite materno é prático e conveniente, sem necessidade de preparação prévia – está sempre pronto;
- Promove uma recuperação rápida do peso que a mãe tinha antes de engravidar;
- Ajuda o útero a recuperar o tamanho normal mais rapidamente;
- Associa-se a uma menor probabilidade de aparecimento de cancro da mama e ovário, osteoporose, doenças cardíacas e diabetes;
- Atrasa o aparecimento da menstruação, funcionando como um controlo da fertilidade – no entanto não é fiável, a mãe deve ter um método contraceptivo seguro e eficaz;
- Reduz as perdas de sangue após o parto;
- Reduz o risco de anemia por deficiência de ferro (o atraso da menstruação e a redução das perdas de sangue após o parto contribuem para a manutenção das reservas de ferro);
- Aumenta a confiança da mãe e a sua sensação de bem-estar;
- Cria uma melhor ligação emocional entre a mãe e o bebé o que garante uma maior estabilidade da criança.

Vantagens do aleitamento materno para o agregado familiar:

- Permite ao agregado familiar poupar dinheiro em leite artificial, biberões, e esterilizações;
- Facilita as deslocações pois não há necessidade de levar utensílios.

Vantagens do aleitamento materno para o ambiente:

- Não é necessário recorrer a embalagens, utensílios e gasto de energia.

COMO FUNCIONA A AMAMENTAÇÃO

A amamentação é regulada por um sistema complexo de produção de hormonas e secreções glandulares. É este sistema que permite que a mama produza leite com diferentes composições e em diferentes quantidades, respondendo de forma perfeita às necessidades variáveis da criança em desenvolvimento

ANATOMIA DA PRODUÇÃO DE LEITE

Na Figura 8 pode observar-se a anatomia da mama, que é importante para a percepção de como funciona a amamentação

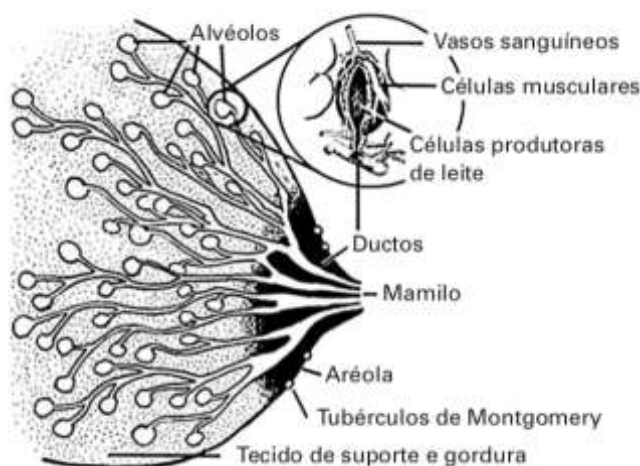


Figura 8. Anatomia da mama. ⁵

Analisando a Figura 8, percebe-se que a auréola mamária é a parte mais escura que rodeia o mamilo. Na auréola encontram-se as glândulas de Montgomery que produzem um fluido oleoso para manter a pele hidratada.

Os alvéolos (encontram-se milhões na mama), que também se observam na figura, encontram-se dentro da mama e é dentro destes que se encontram as células produtoras de leite. A prolactina é a hormona que estimula estas células a produzirem leite.

Os alvéolos encontram-se rodeados de células musculares que contraem para expulsar o leite para fora dos alvéolos – esta contracção é estimulada pela hormona

⁵ Imagem retirada de: <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

ocitocina. Os ductos são tubos que conduzem o leite para o exterior da mama e que permitem que o bebé, ao sugar, recolha o leite.

Os alvéolos e os ductos encontram-se rodeados por tecido de sustentação e gordura que dão forma à mama, sendo esses tecidos que tornam a mama grande ou pequena. Estes tecidos não influenciam em nada a produção de leite, pois não influenciam a quantidade de células produtoras de leite – o tamanho da mama em nada influencia a sua capacidade de produzir leite.

REGULAÇÃO HORMONAL DA PRODUÇÃO DE LEITE

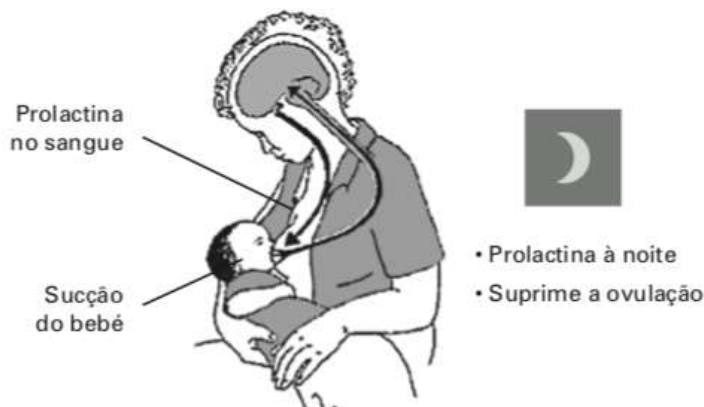


Figura 9. Função da prolactina. ⁶

Quando o bebé mama, são enviados sinais da mama para o cérebro (Figura 9). Em resposta a esses sinais, o cérebro liberta prolactina que vai através do sangue até à mama, onde estimula as células produtoras de leite. A prolactina permanece em circulação cerca de 30 minutos, estimulando a produção de leite não só naquele momento, mas também para a mamada seguinte.

Assim, quanto mais o bebé mama, mais leite é produzido.

A prolactina é produzida em maior quantidade durante a noite, pelo que amamentar o bebé durante a noite é particularmente importante para a manutenção da amamentação. A prolactina suprime a ovulação, razão pela qual a amamentação reduz a probabilidade de uma nova gestação.

⁶ Imagem retirada de: <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

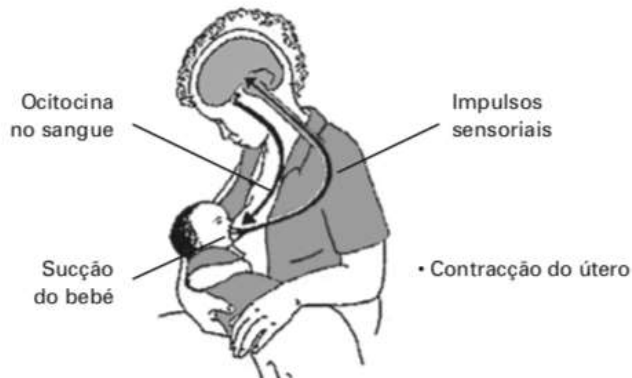


Figura 10. Função da ocitocina. ⁷

Como pode ser observado na Figura 10, a ocitocina também é produzida pelo cérebro em resposta à amamentação e libertada na corrente sanguínea. A ocitocina é responsável pela contração das células musculares que se encontram à volta dos alvéolos, estimulando, desta forma, a ejeção de leite pelos mamilos.

A ocitocina é produzida mais rapidamente que a prolactina, sendo responsável pela ejeção do leite que se encontra naquele momento na mama. A ocitocina pode começar a actuar antes do bebé mamar, muitas vezes, o simples facto da mãe pensar no bebé leva à ejeção de leite pela mama, resultado da estimulação pela ocitocina.

A ocitocina provoca a contração do útero após o parto, o que ajuda a reduzir as perdas de sangue e a acelerar a involução uterina.



Figura 11. Factores que estimulam e inibem a produção de ocitocina. ⁸

⁷ Imagem retirada de: <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

A ocitocina é uma hormona muito influenciável por factores externos (Figura 11). Pensar no bebé, tocar nele, ouvi-lo chorar, são factores que estimulam a produção desta hormona. Outros factores como confiança na sua capacidade de amamentar e sentimentos de prazer e alegria ao pegar no seu bebé também estimulam a sua produção e, conseqüentemente a ejeção de leite. Por outro lado, factores como dor, stress e preocupações de vária génese podem inibir a produção da ocitocina e, conseqüentemente, comprometer a ejeção do leite.

Por estas razões, é tão importante que a mãe se sinta apoiada, incentivada e tranquila neste período tão importante em que o leite materno tem um papel crucial no desenvolvimento óptimo do bebé.

Factores que contribuem para o sucesso da amamentação condicionados por factores hormonais:

- A mãe ter o seu bebé sempre junto a si, para que possa olhar para ele, pegar nele e perceber as suas necessidades – ajuda o seu corpo a preparar-se para a amamentação e estimula a ejeção do leite (se a mãe estiver separada do bebé entre as mamadas, o reflexo da ocitocina pode não ser óptimo);
- Demonstração de empatia em relação aos sentimentos da mãe que amamenta – faz com que ela se sinta confiante na sua capacidade de amamentar, o que promove a ejeção do leite;
- Criação de um ambiente calmo e tranquilo que faça com que a mãe esteja relaxada e possa centrar as suas atenções no bebé que está a amamentar.

⁸ Imagem retirada de: <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

REGULAÇÃO DA PRODUÇÃO DE LEITE PELO FACTOR INIBIDOR

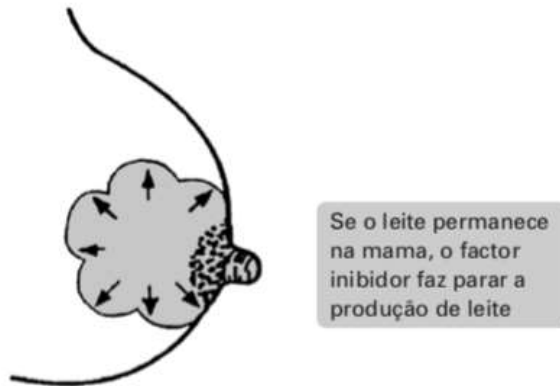


Figura 12. Factor inibidor na regulação da produção de leite. ⁹

A Figura 12 ilustra que a regulação da produção de leite dentro da mama.

Quando a mama permanece muito tempo cheia de leite, o factor inibidor faz com que as células deixem de produzir leite. A inibição da produção de leite é fisiológica e necessária, para evitar a produção excessiva de leite. Quando o leite é expelido da mama, o factor inibidor é removido e a mama produz mais leite.

Assim, se o bebé deixar de mamar numa das mamas, essa mama deixa de produzir leite, pois para a mama continuar a produzir leite, o leite tem que ser retirado. Se, por alguma razão, o bebé não puder mamar de uma ou das duas mamas, o leite deve ser removido por expressão manual ou com bomba, para garantir que a produção continua até ao momento em que o bebé voltar a mamar.

⁹ Imagem retirada de: <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

O PAPEL DO BEBÉ NA AMAMENTAÇÃO



Figura 13. Reflexos do bebé na amamentação. ¹⁰

O bebé desempenha um papel fundamental na amamentação, sendo três os reflexos que lhe permitem mamar: reflexo de busca e prensão, reflexo de sucção e reflexo de deglutição (Figura 13).

O **reflexo de busca** é quando alguma coisa toca nos lábios ou nas bochechas do bebé e ele abre a boca e vira a cabeça à procura do que lhe tocou. O **reflexo de prensão** é quando põe a língua para baixo e para fora. Quando algo toca no palato do bebé, ele começa a sugar, sendo este o **reflexo de sucção** e quando a sua boca se enche de leite, ele engole – **reflexo de deglutição**. Todos estes reflexos são inatos e acontecem naturalmente, sem que tenham que ser aprendidos.

Pega correcta por parte do bebé

A pega correcta é um factor fundamental para o sucesso da amamentação. Apesar da amamentação ser natural e inata, existe um determinado nível de aprendizagem, tanto para a mãe como para o bebé, que é essencial para o sucesso da amamentação. É importante que a mãe aprenda a segurar a sua mama e a posicionar o bebé, de forma a facilitar a pega e promover uma boa sucção. O bebé vai aprendendo a abocanhar a mama e a tornar a sucção ainda mais eficaz.

Para garantir uma boa sucção, o mamilo deve estar direccionado para o palato do bebé, para estimular o reflexo de sucção e o lábio inferior do bebé e a língua devem estar posicionados abaixo do mamilo.

¹⁰ Imagem retirada de: <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>



Figura 14. Pega do bebé. A = pega correcta. B = pega incorrecta. ¹¹

A Figura 14 ilustra duas situações de pega da mama pelo bebé.

A imagem A ilustra uma **pega correcta**: o bebé abocanha a maior parte da auréola e dos tecidos que estão sob ela, o bebé estica o tecido da mama para fora, formando um longo bico. Uma pega correcta implica que o bebé mame na auréola e não apenas na ponta do mamilo.

A imagem B ilustra uma **pega incorrecta**: a boca do bebé não apanha a maior parte da auréola e o bebé não consegue esticar o tecido da auréola para formar um longo bico, abocanhando apenas o mamilo.

¹¹ Imagem retirada de: <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

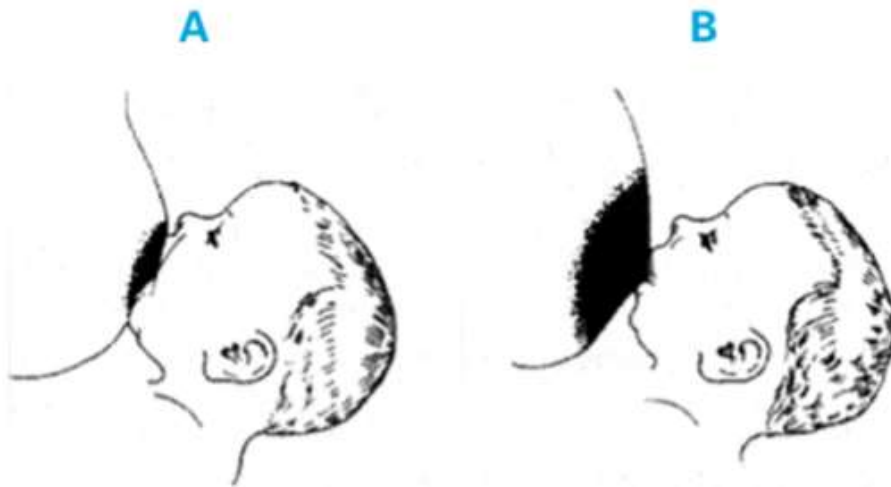


Figura 15. Pega do bebé. A = pega correcta. B = pega incorrecta. ¹²

A Figura 15 podemos observar a pega da mama pelo bebé de outra perspectiva.

A imagem A ilustra uma **pega correcta**: o queixo do bebé toca a mama, a boca do bebé está bem aberta e o lábio inferior está voltado para fora. A auréola vê-se mais acima do que abaixo da boca do bebé.

A imagem B ilustra uma **pega incorrecta**: a boca do bebé não está bem aberta, o lábio inferior não está voltado para fora e vê-se a mesma quantidade de auréola tanto acima como abaixo da boca do bebé.

A pega da mama por parte do bebé constitui então, um factor muito importante para o sucesso da amamentação exclusiva. Uma boa pega permite que o bebé mame eficazmente, o que estimula uma produção de leite adequada. Por outro lado, uma má pega pode resultar numa sucção ineficaz, o que conseqüentemente leva a uma redução na produção de leite e uma ingestão insuficiente pelo bebé. Isto pode levar ainda a problemas mamários como o ingurgitamento mamário, mamilos doloridos e fendidos e mastite, que contribuem para a redução ou abandono da amamentação.

¹² Imagem retirada de: <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

COMO AMAMENTAR – TÉCNICAS DE AMAMENTAÇÃO

O bebé deve mamar em livre demanda, o que significa que deve mamar sem horário fixo, a seu pedido. Quanto mais vezes o bebé mamar, maior será a produção de leite. Como todos os bebés são diferentes, também a duração das mamadas pode diferir de bebé para bebé. A duração da mamada pode variar entre 4 e 30 minutos.

O bebé deve mamar tudo o que desejar de um lado, até deixar a mama espontaneamente, e depois deve oferecer-se a outra mama. Muitos bebés ficam satisfeitos se mamarem só de uma mama. Na mamada seguinte, deve sempre oferecer-se a última mama da qual o bebé mamou.

Por vezes, pode ser difícil para a mãe perceber se o seu bebé está a mamar correctamente e a receber leite suficiente. Alguns sinais podem dar indicação de que o bebé está a receber leite suficiente, nomeadamente:

- O bebé mama várias vezes ao dia (o recém-nascido deve mamar 8 a 12 vezes por dia);
- O bebé parece satisfeito e fica tranquilo após a mamada;
- O bebé urina várias vezes ao dia (6 a 8 vezes) e a urina não tem um cheiro forte;
- Durante mais ou menos as 6 primeiras semanas de vida defeca entre 2 a 5 vezes por dia (depois das 6 semanas pode haver bebés que estejam alguns dias sem defecar, isto não constitui nenhum problema desde que o bebé esteja a ser exclusivamente amamentado);
- O bebé aumenta de peso (durante a primeira semana de vida, o bebé perde cerca de 10% do seu peso inicial, mas é expectável que nas duas semanas seguintes recupere o peso com que nasceu).

Cuidados a ter na amamentação:

- Antes de iniciar, lavar as mãos com água e sabão;
- Usar as unhas curtas;
- Criar condições para que a mãe e o bebé estejam confortáveis;
- Se necessário, a mãe deve apoiar a mama com a sua mão, formando um “C”;
- A mãe deve deixar que o bebé esvazie uma mama, para depois lhe oferecer a outra;
- Na mamada seguinte, a mãe deve oferecer em primeiro lugar a mama que ofereceu em último lugar na mamada anterior;
- A mãe deve amamentar até que o bebé solte espontaneamente o peito;
- No final da mamada deve passar um pouco do seu leite no mamilo e auréola.

Cuidados a ter com as mamas:

- Evitar usar cremes sem indicação médica;
- O próprio leite protege a pele, evitando infecções – no fim da mamada passar um pouco de leite sobre o mamilo e auréola e deixar secar;
- Se a mama estiver dura e dorida, massajar com uma toalha com água morna e retirar manualmente algum leite para evitar o “ingurgitamento mamário”;
- Evitar o uso de roupas apertadas na zona do peito.

Como amamentar em 5 passos:

1. Se as mamas estiverem duras ou inflamadas, deve começar por extrair um pouco de leite manualmente (ou com recurso a bomba) antes do bebé mamar, para amolecer a mama à volta do mamilo – se a mama estiver muito cheia, o bebé terá dificuldade em fazer uma boa pega.
2. A mãe deve posicionar-se sentada, deitada ou de pé com o bebé de forma a ficarem ambos confortáveis – a mãe deve adaptar-se ao bebé. A forma como se pega no bebé é determinante para o sucesso da amamentação.
3. Para iniciar a mamada, deve agarrar toda a mama e não apenas o mamilo com a mão em posição “C”, abarcando parte da auréola deve encostar o queixo do bebé à mama. Desta forma, apanha o tecido mamário, criando uma boa pega, o que promove a saída do leite.
4. Deve deixar o bebé esvaziar uma mama antes de oferecer a outra. Ambas as mamas devem ser oferecidas em cada mamada, e o bebé mamará, ou não, na segunda, de acordo com o seu apetite.
5. No final da mamada o bebé deve ser colocado na posição vertical, encostando-o ao ombro e massajando as suas costas, até o bebé arrotar.

Posições de Amamentação

As posições de amamentação são várias, sendo umas mais versáteis do que as outras. O mais importante é que tanto a mãe como o bebé se sintam confortáveis para que a amamentação seja bem sucedida a curto e a longo prazo.

Se seguida, são descritas e acompanhadas de imagens ilustrativas as posições de amamentação mais comuns.

Posição materna: decúbito dorsal (deitada para trás/recostada)



Figura 16. Posição materna – decúbito dorsal.¹³

Posição em que a mãe se encontra deitada de costas com a cabeça elevada ou utilizando uma almofada como apoio.

Frequentemente, é a primeira posição que as mães experimentam, no primeiro contacto pele a pele, ainda na sala de parto. Quando o bebé é colocado no peito da mãe logo que nasce, ele move-se instintivamente na direcção de uma das mamas, tentando abocanhá-la.

Recomendada nas seguintes situações:

- No primeiro contacto pele a pele;
- Quando a mulher precisa de repouso ou não se pode movimentar;
- Cesariana;
- Hiperprodução de leite;
- Mamas muito grandes;
- Amamentação nocturna.

¹³ Imagem retirada de: <https://www.medela.pt/amamentacao/jornada-da-mae/posicoes-de-amamentacao>

Posição materna: decúbito lateral (deitada de lado)



Figura 17. Posição materna – decúbito lateral. ¹⁴

Posição em que a mãe se encontra deitada de lado. Para maior conforto materno, pode colocar um suporte nas costas e dobrar uma das pernas ou ambas. A cabeça pode apoiar-se no braço, ou numa almofada. Mãe e bebé deitam-se ambos de lado, virados de frente um para o outro.

Confortável para amamentar à noite, na cama. Deitar-se de lado também pode ser mais confortável do que estar sentada, se fez uma cesariana ou tem pontos no pós-parto.

Recomendada nas seguintes situações:

- A lactante necessita de repouso ou tem dificuldades ou não tem condições de movimentação;
- Alimentação nocturna;
- Cesariana.

¹⁴ Imagem retirada de: <https://www.medela.pt/amamentacao/jornada-da-mae/posicoes-de-amamentacao>

Posição materna: sentada



Figura 18. Posição materna – sentada.

Posição em que está sentada direita, sendo que o bebé pode adoptar diferentes posições dependendo da sua idade. É a posição mais comum e mais prática no dia-a-dia. É importante que as costas estejam bem apoiadas (encostada numa cadeira ou apoiada numa almofada) para evitar problemas de costas futuros. É a posição mais versátil relativamente à posição do bebé, permitindo variar facilmente a posição deste.

Posição do bebé: deitado / posição de embalar



Figura 19. Posição de embalar.¹⁵



Figura 20. Posição de embalar com braços cruzados.¹⁶

Na Figura 19, observa-se a tradicional posição de embalar, em que a mãe está geralmente sentada ou deitada, com o bebé deitado de lado, com a cabeça e o pescoço apoiados ao longo do seu antebraço e o corpo contra o seu estômago,

¹⁵ Imagem retirada de: <https://www.medela.pt/amamentacao/jornada-da-mae/posicoes-de-amamentacao>

¹⁶ Imagem retirada de: <https://www.medela.pt/amamentacao/jornada-da-mae/posicoes-de-amamentacao>

numa posição barriga-contra-barriga. Se for um bebé recém-nascido ou pequeno, pode ajudar colocar uma almofada no colo para apoiar o bebé, de forma a aproximá-lo mais do peito, para diminuir a tensão nas costas e ombros da mãe.

Na Figura 20, a posição de embalar com os braços cruzados, os braços da mãe trocam de papel, sendo que o corpo do bebé fica apoiado ao longo do antebraço oposto. Esta posição permite dar um apoio extra ao bebé na zona do pescoço e ombros, para permitir que incline a cabeça antes de abocanhar a mama. Esta é uma boa posição de amamentação para recém-nascidos, bebés pequenos e bebés que tenham dificuldades a agarrar a mama. Como o bebé está completamente apoiado no seu braço oposto, a mãe consegue controlar melhor a posição dele e pode usar a mão livre para dar forma à sua mama.

Posição do bebé: debaixo do braço da mãe



Figura 21. Posição debaixo do braço da mãe.¹⁷

Na posição observada na Figura 21, a cabeça do bebé fica apoiada na mão da mãe, o antebraço apoia o corpo do bebé e a barriga do bebé permanece encostada à mãe. O braço que segura o bebé é o mesmo do lado da mama oferecida. É uma posição muito utilizada por mães de gémeos, quando têm que amamentar 2 bebés em simultâneo.

¹⁷ Imagem retirada de: <https://www.medela.pt/amamentacao/jornada-da-mae/posicoes-de-amamentacao>

Posição do bebé: cavaleiro (na vertical)



Figura 22. Posição de embalar.¹⁸

A mãe coloca o bebé sentado na sua perna, como se montasse a cavalo, com a coluna e a cabeça na vertical enquanto mama. Esta posição pode ser utilizada para amamentar um recém-nascido, desde que esteja bem apoiado e a mãe segure na sua cabeça, sendo uma posição também cómoda para amamentar um bebé mais velho que consiga sentar-se sem necessitar de ajuda.

A posição na vertical ou de cavaleiro é muitas vezes a posição de amamentação mais confortável para bebés que sofrem de refluxo, que tenham obstrução nasal ou infecções nos ouvidos (que muitas vezes preferem estar na vertical). Também pode ser uma boa opção para bebés sonolentos ou bebés que têm a língua presa ou fraca tonificação muscular.

IMPORTANTE:

- Não empurrar a cabeça do bebé contra a mãe;
- Não se debruçar sobre o bebé – pode sufocar;
- Não segurar a mama em forma de cigarro ou tesoura, porque pode interferir no fluxo de leite, bloqueando os ductos;
- Não colocar o soutien acima da mama – bloqueia os ductos (desabotoar ou colocar por baixo da mama);
- Não balançar o bebé durante a mamada.

Se por alguma razão for necessário interromper a mamada, o bebé não deve ser retirado abruptamente da mama. O ideal é introduzir o dedo mindinho na comissura labial, desfazendo o vácuo, para depois retirar o bebé.

¹⁸ Imagem retirada de: <https://www.medela.pt/amamentacao/jornada-da-mae/posicoes-de-amamentacao>

CARACTERÍSTICAS DO LEITE MATERNO

Composição do leite materno

O leite materno tem na sua constituição inúmeros componentes, sendo que a maioria dos quais, não pode ser replicada nos leites artificiais.

De uma forma geral, são constituintes do leite materno os seguintes:

- **Milhões de células vivas:** glóbulos brancos, que reforçam o sistema imunitário e células estaminais, que podem ajudar no desenvolvimento e regeneração dos órgãos.
- **Proteínas:** essenciais para o crescimento e desenvolvimento do bebé, e essenciais para o desenvolvimento dos neurónios no cérebro. As proteínas do leite materno são de valor biológico muito superior ao leite de vaca e de mais fácil digestão.
- **Gorduras:** são a principal fonte de energia para o recém-nascido. Contém gorduras essenciais para o desenvolvimento do cérebro e da visão e para o transporte de determinadas vitaminas e hormonas. As gorduras no leite materno têm excelente digestibilidade. A concentração de gordura no leite varia ao longo da mamada, o leite final apresenta cerca de 4 a 5 vezes mais gordura do que o leite no início da mamada, o que promove a saciedade do bebé.
- **Hidratos de carbono:** o principal é a lactose, que contribui para a absorção de cálcio e ferro. Contém outros oligossacarídeos (açúcares complexos) que actuam como prebióticos, estimulando a colonização do intestino do bebé com bactérias benéficas.
- **Enzimas:** as presentes no leite materno, ajudam a digestão e ajudam o organismo do bebé a absorver ferro.
- **Factores de crescimento:** têm efeito em várias partes do corpo do bebé, estimulando o seu crescimento e desenvolvimento.
- **Hormonas:** ajudam a regular o apetite e os padrões de sono do bebé.
- **Vitaminas e minerais:** o leite contém praticamente todas as vitaminas e minerais essenciais para o bebé nos primeiros 6 meses.
- **Anticorpos:** protegem o bebé contra doenças e infecções, neutralizando bactérias e vírus.

Tipos de leite materno

O leite materno varia ao longo de todo o período de amamentação, ao longo do dia e ao longo da mamada, de forma a satisfazer de forma óptima as necessidades específicas do bebé. Há mesmo estudos que indicam que a composição do leite varia se o bebé estiver doente, de forma a satisfazer as necessidades alimentares e imunológicas específicas desse período!

O leite materno constitui-se como um alimento perfeito, com características que vão muito além da nutrição.

Existem 3 tipos de leite diferentes, que pretendem satisfazer as necessidades do bebé em fases muito específicas, nomeadamente, o **coloostro**, o **leite de transição** e o **leite maduro**. Na Tabela 1 descrevem-se as principais características e diferenças destes 3 tipos de leite.

A composição de cada um destes tipos de leite é relativamente constante, no entanto, varia em situações fisiológicas específicas. Se a mãe ou o bebé estiverem doentes, o corpo da mãe desenvolve anticorpos para combater a doença e estes são transferidos para o leite materno, conferindo protecção ao bebé.

À medida que o bebé cresce e começa a ganhar independência para explorar o mundo fica mais exposto a microrganismos; nesta fase, o nível de factores que conferem protecção contra bactérias aumenta. Esta variação na composição do leite materno, mostra como este se adapta para responder às mudanças das necessidades do bebé, de uma forma que nenhum leite artificial consegue igualar.

A composição varia ao longo da mamada, de forma a satisfazer as necessidades do bebé: no início da mamada o leite tem um aspecto mais aguado, por ser mais rico em proteína e lactose e mais pobre em gordura, mas ao longo da mamada o leite altera o seu aspecto e torna-se mais espesso por ser mais rico em gordura. Tanto o leite do início da mamada como o leite do final da mamada são importantes para o bebé.

Tabela 1. Diferenças entre os diferentes tipos de leite.

	Colostro	Leite de transição	Leite maduro
Período de produção	É o primeiro leite a ser produzido. Produzido entre o 1º e o 5º dia após o parto.	Produzido no período intermediário entre o colostro e o leite maduro. Produzido entre o 5º e o 14º dia após o parto.	Produzido a partir do 15º dia após o parto.
Características	É espesso e pegajoso, de cor amarela ou alaranjada. Frequentemente denominado “ouro líquido” pela importância que representa para a alimentação e proteção do recém-nascido. Inicialmente é produzido em quantidades muito reduzidas (40 a 50 ml em 24 horas), pois o estômago do bebé tem uma capacidade muito reduzida (aproximadamente do tamanho de um berlinde). O colostro é muito fácil de digerir. O colostro actua como um laxante, ajudando o bebé a expulsar as primeiras fezes, o mecónio. Ajuda na prevenção da icterícia neonatal.	Torna-se mais cremoso em cor e textura. É mais esbranquiçado e mais líquido que o colostro. O volume de leite aumenta e nesta fase ocorre “descida do leite” e as mamas ficam mais cheias e pesadas – as mamadas frequentes do bebé ajudam a aliviar esse ingurgitamento normal. Ao terceiro dia, o seu bebé consome 300 a 400 ml de leite materno a cada 24 horas e ao quinto dia aumenta entre 500 e 800 ml.	Quando o bebé atinge as quatro semanas, o leite materno está completamente maduro, contendo todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento físico e cognitivo da criança. Geralmente, a partir das quatro semanas, o conteúdo nutricional e os ingredientes do leite maduro permanecem relativamente constantes, mas a composição do leite materno ainda pode mudar de dia para dia, de acordo com situações específicas.

	Colostro	Leite de transição	Leite maduro
Composição	<p>Tem níveis muito elevados de anticorpos vivos e activos que lhe conferem um papel de destaque na imunidade do recém-nascido, funcionando quase como uma “vacina”.</p> <p>É rico em minerais e vitaminas, com mais elevadas concentrações de vitaminas A (carotenos, que lhe conferem a cor amarelada), E e K que o leite materno maduro.</p> <p>Mais rico em proteína.</p>	<p>Rico em anticorpos, células vivas, bactérias benéficas para a colonização intestinal e outros ingredientes bioativos que protegem o bebé.</p> <p>O leite de transição é rico em gordura (o que o torna mais calórico) e lactose, enquanto o volume de proteínas e prebióticos diminui (fibras que estimulam o crescimento de bactérias saudáveis no intestino e auxiliam no seu funcionamento).</p>	<p>A composição do leite maduro é um equilíbrio perfeito entre macronutrientes e micronutrientes, sendo suficiente para alimentar exclusivamente o bebé até ao sexto mês de idade, não sendo necessário nenhum tipo de complemento.</p> <p>É rico em proteínas, lactose, vitaminas e minerais, além de numerosos componentes bioativos, tais como hormonas, factores de crescimento, enzimas e células vivas, para assegurar o crescimento e o desenvolvimento saudáveis do bebé.</p>



Figura 23. Diferentes tipos de leite: da esquerda para a direita, observa-se o colostro, o leite de transição e o leite maduro. ¹⁹

¹⁹ Imagem retirada de: <https://www.medela.pt/amamentacao/jornada-da-mae/posicoes-de-amamentacao>

DIFICULDADES DA AMAMENTAÇÃO E COMO ULTRAPASSÁ-LAS

Na Tabela 2 são apresentadas as principais dificuldades que podem surgir na amamentação e de que forma o profissional de saúde pode ajudar a mãe na superação das mesmas.

Tabela 2. Problemas na amamentação e possíveis soluções.

Problema	Causas possíveis	Soluções possíveis
Ejecção reduzida de leite pela mãe	Stress Ansiedade Medicação Hipertensão Arterial Tabaco	Perceber o que está na génese do problema e aconselhar a mãe a fazer as mudanças necessárias para corrigir as causas.
Produção insuficiente de leite pela mãe	Doença Consumo excessivo de cafeína Dieta muito pobre Actividade física muito intensa O bebé pode não estar a mamar o suficiente e conseqüentemente a produção de leite vai diminuindo.	Perceber o que está na génese do problema e aconselhar a mãe a fazer as mudanças necessárias para corrigir as causas.
Necessidades energéticas aumentadas do bebé	Em algumas situações particulares como defeitos do sistema nervoso central, doença cardíaca e se o bebé for pequeno para a idade gestacional, o bebé tem necessidades alimentares, nutricionais e energéticas aumentadas.	Aconselhar a mãe a amamentar o bebé com mais frequência, de forma a assegurar a satisfação das necessidades do bebé.
Necessidades de líquidos aumentadas	Vómitos e diarreia Infecções	Nestas situações, a mãe deve aumentar a frequência da amamentação do bebé até o problema que está a causar as necessidades líquidas aumentadas ser tratado. Em alguns casos excepcionais, pode ser necessário dar soro de reidratação oral ao bebé, mas deve ser apenas dado com aconselhamento médico.

Problema	Causas possíveis	Soluções possíveis
Mamilo da mãe retraído	O mamilo retraído dificulta bastante a pega por parte do bebé e pode ser doloroso para a mãe amamentar.	Aconselhar a mãe a retirar o leite e dar com uma colher ou copinho ao bebé até ele conseguir adaptar-se à mama.
Ingurgitamento mamário	Se o bebé começa a reduzir o volume de leite que mama, é normal que numa fase de adaptação a mama acumule leite em excesso provocando o ingurgitamento.	Se as mamas ficarem muito cheias e o bebé não quiser mamar, a mãe pode retirar um pouco do leite de forma a reduzir a tensão e o ingurgitamento. É importante fazer isso antes de oferecer a mama ao bebé, pois a mama muito cheia torna difícil uma boa pega por parte do bebé.
Fissuras	Podem ocorrer devido a uma má adaptação do bebé à mama. São a principal causa do abandono precoce da amamentação.	Verificar se o bebé está a fazer uma boa pega. É importante manter as mamas bem secas entre mamadas e no final de cada mamada colocar apenas um pouco do próprio leite à volta do mamilo e deixar secar, como forma de prevenção. Caso tenha fissura numa mama e esta evolua para mastite, pode ir amamentando o bebé pela outra mama enquanto faz o tratamento. Neste período é importante retirar o leite da mama de forma a que a produção não seja comprometida.

3. Primeiros 6 meses de vida

3.3. Substitutos do leite materno e em que situações

A grande maioria das mães consegue amamentar com sucesso, o que inclui iniciar a amamentação na primeira hora de vida, amamentar exclusivamente nos primeiros 6 meses e continuar a amamentação (juntamente com a oferta de alimentos complementares adequados) até aos 2 anos de idade ou mais. A amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida é particularmente benéfica para as mães e os bebés.

No entanto, determinadas condições de saúde do bebé ou da mãe podem justificar a recomendação de que ela não amamente, podendo esta recomendação ser temporária ou permanente. Seguidamente serão exploradas essas condições, bem como outras condições de saúde da mãe que, embora graves, não representam razões médicas para o uso de substitutos do leite materno.

Sempre que a interrupção do aleitamento materno é considerada, os benefícios do aleitamento materno devem ser ponderados em relação aos riscos.

Condições de saúde do bebé

São muitas poucas as condições em que é contraindicado que os bebés não recebam leite materno ou qualquer outro leite, excepto fórmula especializada. São condições em que há uma intolerância a um determinado componente do leite por parte do bebé e devem receber fórmulas especiais, que não contêm esse componente. Na galactosemia clássica o bebé necessita de uma fórmula especial isenta de galactose e na fenilcetonúria isenta de fenilalanina.

Alguns bebés, com condições específicas, podem precisar de outros alimentos além do leite materno por um período limitado. São exemplo disso:

- Bebés nascidos com peso inferior a 1500 g (peso muito baixo ao nascer);
- Bebés nascidos antes das 32 semanas (pré-termo);
- Recém-nascidos com risco de hipoglicemia por aumento da demanda de glicose (Ex. bebés prematuros, bebés pequenos para a idade gestacional, bebés que estão doentes ou filhos de mães diabéticas)

Condições de saúde da mãe

Condições maternas que podem justificar a suspensão permanente da amamentação:

Infecção por VIH – apenas se considera substituir o aleitamento materno por fórmula láctea infantil se a sua oferta for **aceitável, exequível, acessível, sustentável e segura**.

Aceitável: a mãe não tem barreiras significativas à escolha da opção de fórmula láctea infantil por razões culturais ou sociais ou por medo de estigma e discriminação.

Exequível: a mãe ou o cuidador tem tempo, conhecimento, habilidades e outros recursos adequados para preparar os alimentos e alimentar o bebé, bem como o apoio para lidar com as pressões familiares, comunitárias e sociais.

Acessível: a mãe e a família, com o apoio disponível da comunidade e/ou do sistema de saúde, podem assegurar os custos da fórmula láctea infantil - incluindo todos os ingredientes, combustível e água potável - sem comprometer o orçamento de saúde e nutrição da restante família.

Sustentável: a mãe tem acesso a um suprimento contínuo e ininterrupto de todos os ingredientes necessários para oferecer a fórmula láctea infantil com segurança pelo tempo que a criança precisar.

Seguro: a fórmula láctea infantil é preparada e armazenada de forma correcta e higiénica, e nas quantidades nutricionalmente adequadas, com as mãos limpas e com utensílios limpos, de preferência por um copo, evitando a utilização de biberões.

Todas estas condições devem ser asseguradas para se considerar substituir o leite materno por fórmula láctea infantil.

Condições maternas que podem justificar a evitação temporária da amamentação:

- Doença grave que impeça a mãe de cuidar do seu bebé;
- Vírus do herpes simplex tipo 1 (HSV-1): o contacto directo entre as lesões nas mamas da mãe e a boca do bebé deve ser evitado até que todas as lesões activas sejam resolvidas;
- Toma de medicação materna: determinados fármacos são contraindicados na amamentação pelos efeitos prejudiciais graves que podem ter no bebé. Deve-se ponderar a necessidade da mãe tomar esses fármacos, sendo efectivamente necessário, deve suspender a amamentação durante o período de toma do medicamento e enquanto este ainda se encontrar no organismo da mãe.

Condições maternas durante as quais a amamentação pode ser mantida, embora os problemas de saúde possam ser motivo de preocupação:

- Abscesso mamário: a amamentação deve continuar no seio não afectado; após o início do tratamento pode oferecer-se novamente essa mama ao bebé;
- Hepatite B: os bebés devem receber a vacina contra hepatite B, idealmente, nas primeiras 48 horas;
- Hepatite C;
- Mastite: se a amamentação for muito dolorosa, o leite deve ser removido por expressão para evitar o agravamento da mastite;
- Tuberculose: tanto a mãe como o bebé devem ser tratados de acordo com as diretrizes nacionais de tratamento da tuberculose.

Tipos de fórmulas lácteas infantis

Leite adaptado: a primeira fórmula láctea que pode ser oferecida, indicado para a fase de iniciação, desde o nascimento até aos 6 meses. São normalmente identificadas como “fórmulas tipo 1”.

Leite de transição: indicado a partir dos 6 meses até aos 12 meses. São normalmente identificadas como “fórmulas tipo 2”.

A partir dos 12 meses, o bebé já pode beber leite de vaca, de preferência gordo, pelo menos até aos 3 anos de idade.

3. Primeiros 6 meses de vida

3.4. A mãe trabalhadora e o aleitamento materno – realidade em contexto urbano e rural

A licença de maternidade para mães trabalhadoras em Moçambique cobre os 3 primeiros meses de vida da criança. Algumas mães, conseguem juntar a estes 3 meses um mês de férias, conseguindo garantir a amamentação exclusiva do seu bebé entre 3 a 4 meses.

No entanto, verifica-se que a maioria das mães que trabalham fora de casa não consegue manter o aleitamento materno exclusivo depois de regressar ao trabalho. São vários os motivos que levam à introdução de fórmulas lácteas antes dos 6 meses, entre elas destacam-se a distância entre a casa e o local de trabalho, que impossibilita a deslocação da mãe no período de almoço para amamentar a criança, a falta de condições no local de trabalho que permitam que a mãe leve consigo a criança juntamente com o cuidador e falta de conhecimento sobre expressão e armazenamento do leite materno.

Comparando o aleitamento materno exclusivo e a continuação da amamentação até 1 ano de idade e até 2 anos de idade, verificam-se realidades bastante diferentes nas zonas rurais e urbanas. Uma **maior taxa de sucesso verifica-se na zona rural**, que pode ser justificada devido a vários factores, destacando-se o facto das mães das zonas rurais trabalharem em casa e nas machambas, o que lhes permite terem sempre o seu bebé por perto e amamentar em livre demanda.

De forma a aumentar as taxas de aleitamento materno exclusivo e continuado em mães trabalhadoras, é importante que as mães sejam aconselhadas sobre as soluções possíveis para conseguirem conciliar a prática profissional com a amamentação.

Sugestões de estratégias para a mãe continuar a oferecer o seu leite ao bebé:

- Deslocar-se a casa quando o local de trabalho e a casa são próximos;
- O cuidador levar o bebé até à mãe na altura da mamada;
- Caso o local de trabalho permita e tenha condições para isso, a mãe pode levar o bebé e o cuidador para o local de trabalho durante o período laboral;
- Extrair o leite para o cuidador oferecer ao bebé na ausência da mãe – é importante que a mãe continue a amamentar o seu bebé sempre que possível, reservando o leite extraído apenas para quando a mãe está ausente.

PROCESSO DE EXTRACÇÃO DO LEITE MATERNO

Antes de extrair:

- Não é necessário lavar as mamas, deve fazê-lo uma vez por dia quando tomar banho;
- Escolher um local calmo, onde possa estar sossegada e relaxada;
- Lavar muito bem as mãos com água e sabão ou com cinza;
- A aplicação prévia de um pano quente sobre a mama pode facilitar a saída ao leite, bem como massajar as mamas com as pontas dos dedos, com movimentos circulares em toda a volta da mama, em direcção ao mamilo.

Técnica de extracção manual de leite materno²⁰

Passo 1.

Lavar muito bem as mãos com sabão ou cinza.



Passo 2.

Colocar um pano humedecido em água quente sobre a mama durante cerca de 2 minutos.



Passo 3.

Massajar a mama com movimentos circulares em volta de toda a mama, em direcção ao mamilo.



Passo 4.

Colocar a mão com os 4 dedos por baixo e o polegar por cima do mamilo, formando um C, na zona de transição da auréola para a pele da mama.



²⁰ Imagens retiradas de: <https://www.wikihow.com/Hand-Express-Breast-Milk>

Passo 5.

Com o polegar e o indicador, fazer uma ligeira pressão para trás. Não deve doer. A pressão deve ser suave e firme e a mama não deve ser apertada. Os dedos não devem deslizar na mama e devem ser mantidos juntos.

Seios maiores devem ser levantados antes de aplicar pressão.



Passo 6.

A posição dos dedos à volta da mama deve ir mudando, de forma a permitir retirar o leite de todos os ductos. Assim, a mão deve ir girando à medida que vai comprimindo a mama para a retirada do leite. Vai contraindo e libertando a pressão na mama à medida que vai girando a posição da mão.



Passo 7.

Recolher o leite para um reservatório limpo e com boca larga, de forma a evitar perdas. Quando estiver cheio deve transferir o leite para um recipiente maior, igualmente limpo.



Passo 8.

Repetir o processo na outra mama. O leite deve ser extraído durante 3 a 5 minutos em cada mama, sendo que o processo deve ser repetido 2 a 3 vezes de cada lado ou até a quantidade de leite libertada ser muito reduzida. A alternância entre as mamas estimula a expressão de leite.



Como armazenar o leite extraído?

- Recolher e armazenar num recipiente lavado com água tratada e, de preferência, o recipiente deve ser previamente fervido.
- Todos os recipientes e utensílios que entram em contacto com o leite devem estar devidamente lavados e desinfetados.
- Evitar armazenar em recipientes de plástico, dando preferência ao vidro – é mais higiénico e fácil de higienizar e não há transferência de substâncias para o leite.
- O leite pode ser armazenado à temperatura ambiente, no frigorífico ou no congelador. A Tabela 3 mostra as directrizes para o armazenamento e utilização segura de leite materno.
- O leite armazenado no frigorífico ou congelador deve ser identificado com a data e hora em que foi extraído, para posterior controlo da duração e, em doses pequenas, de forma a utilizar apenas o necessário, evitando desperdício.
- Para descongelar o leite, pode deixar durante a noite no frigorífico ou colocar o recipiente dentro de um outro recipiente com água morna, garantindo que esta não passa para o leite.

Tabela 3. Directrizes para armazenamento de leite humano.

Tipo de Leite	Localização e temperaturas de armazenamento		
	À temperatura ambiente (de preferência não superior a 25°C)	Frigorífico (4°C)	Congelador (<-18°C)
Acabado de extrair	Até 4 horas	Até 4 dias	Idealmente até 6 meses, podendo ser armazenado até 12 meses.
Descongelado (previamente congelado)	1 a 2 horas	Até 1 dia (24 horas)	NUNCA voltar a congelar leite materno depois de ter sido descongelado
Resto de uma sessão de alimentação do bebé (o bebé não bebeu todo o leite que lhe foi oferecido)	Usar no prazo de 2 horas após o bebé ter acabado de ser alimentado.		

Como oferecer o leite extraído à criança?

O leite extraído pode ser oferecido à criança fresco, à temperatura ambiente ou quente.

Para aquecer o leite, o recipiente que contém o leite deve ser colocado dentro de um recipiente com água quente, garantindo que esta água não passa para o leite até que esteja à temperatura desejada.

O leite humano não deve ser aquecido no microondas, pois os nutrientes são destruídos e o aquecimento não é homogêneo, podendo provocar queimaduras na boca do bebê. O leite também não deve ser aquecido diretamente no fogão porque os nutrientes e outros compostos podem ser destruídos.

Antes de oferecer o leite ao bebê, o cuidador deve testar a temperatura, deixando cair umas gotas no seu pulso, de forma a garantir que não está demasiado quente para o bebê.

Antes de oferecer o leite ao bebê, este deve ser agitado levemente e em movimentos circulares, de forma a homogeneizar a gordura que se pode ter separado no processo de aquecimento.

4. Dos 6 aos 24 meses de vida

4.1. Diversificação Alimentar / Alimentação Complementar

4.2. Aleitamento Materno – importância de continuar

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR / ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

A partir dos 6 meses de idade, o leite materno começa a tornar-se insuficiente para suprir as necessidades de crescimento e desenvolvimento do bebé. Além disso, a maioria dos bebés está pronta para a introdução alimentar por volta dos 6 meses. Particularmente em locais onde as condições de saneamento ambiental não são as adequadas, esperar até aos 6 meses para introduzir alimentos complementares pode reduzir significativamente a exposição a doenças transmitidas por alimentos. No entanto, é também a partir desta fase que os bebés começam a explorar activamente o ambiente que os rodeia, pelo que serão expostos a contaminantes microbianos no solo e em objectos, mesmo que não recebam alimentos complementares. Por estas razões, **os 6 meses definem-se como a idade apropriada e recomendada para a introdução de alimentos complementares.**

Durante o período de alimentação complementar, as crianças correm um risco elevado de desnutrição. Os alimentos complementares frequentemente apresentam uma qualidade nutricional inadequada ou são oferecidos demasiado cedo ou demasiado tarde, em quantidades muito reduzidas ou com frequência insuficiente. A interrupção prematura ou a redução na frequência do aleitamento materno também contribuem para a ingestão insuficiente de nutrientes e energia nos bebés a partir dos 6 meses de idade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu **10 Princípios Orientadores para a Alimentação Complementar da Criança Amamentada**, que serão listados abaixo e explorados ao pormenor nas páginas que se seguem. Estes princípios estabelecem padrões para o desenvolvimento de recomendações de alimentação localmente apropriadas e oferecem orientações sobre os comportamentos alimentares desejados, bem como sobre a quantidade, consistência, frequência, densidade de energia e conteúdo de nutrientes dos alimentos.

10 Princípios Orientadores para a Alimentação Complementar da Criança Amamentada

1. Praticar amamentação exclusiva desde o nascimento até aos 6 meses de idade e introduzir alimentos complementares aos 6 meses de idade, mantendo a amamentação.
2. Continuar a amamentar a criança em livre demanda, até aos 2 anos de idade ou mais.
3. Proporcionar uma alimentação sensível às necessidades psicossociais da criança.
4. Garantir uma boa higiene e um manuseamento adequado dos alimentos.
5. Começar aos 6 meses de idade com pequenas quantidades de comida e ir aumentando a quantidade à medida que a criança cresce, mantendo a amamentação em livre demanda.
6. Aumentar gradualmente a consistência e a variedade dos alimentos à medida que a criança cresce, adaptando-se às necessidades e capacidades da criança.
7. Aumentar o número de vezes que a criança recebe alimentos complementares à medida que a criança cresce.
8. Oferecer à criança uma variedade de alimentos ricos em nutrientes para garantir que todas as necessidades nutricionais são satisfeitas.
9. Utilizar alimentos complementares fortificados ou suplementos de vitaminas e minerais para a criança, em caso de necessidade.
10. Aumentar a ingestão de líquidos em situações de doença, incluindo aumentar a frequência de amamentação e oferecendo à criança os seus alimentos favoritos. Após o tratamento da doença, deve ser oferecida comida com mais frequência do que o habitual e a criança deve ser incentivada a comer mais.

Princípio Orientador 1.

Praticar amamentação exclusiva desde o nascimento até aos 6 meses de idade e introduzir alimentos complementares aos 6 meses de idade, mantendo a amamentação.

O aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses, oferece inúmeros benefícios para a mãe e o bebé. Um dos principais benefícios, especialmente em países de baixa renda, em que as condições de saneamento do meio não são as adequadas, é o efeito protector contra infecções.

Quando completa meio ano de vida, o bebé geralmente duplicou o peso que tinha ao nascer, e é já bastante activo. **Assim, a partir dos 6 meses, o aleitamento materno exclusivo torna-se insuficiente para satisfazer as crescentes necessidades de energia e nutrientes, sendo essencial a introdução de alimentos complementares.**

Em termos de desenvolvimento, é também aos 6 meses que o sistema digestivo da criança apresenta a capacidade adequada para digerir amido, proteínas e gorduras que provêm de alimentos que não o leite materno. O reflexo de extrusão da língua (movimento de rejeição de alimentos ou objectos que tocam na língua do bebé) geralmente desaparece por volta do sexto mês, dando indicação de que o bebé está pronto para receber alimentação complementar.

Princípio Orientador 2.

Continuar a amamentar a criança em livre demanda, até aos 2 anos de idade ou mais.

A amamentação deve ser mantida, juntamente com a alimentação complementar, até aos 2 anos de idade ou mais, em livre demanda.

O leite materno pode assegurar metade das necessidades energéticas de uma criança entre os 6 e os 12 meses e um terço das necessidades energéticas de outros nutrientes entre os 12 e os 24 meses. O leite materno continua a fornecer nutrientes de qualidade superior aos alimentos complementares, juntamente com factores de protecção.

Em situações de doença, o leite materno constitui uma fonte essencial e inigualável de energia e nutrientes.

Princípio Orientador 3.

Proporcionar uma alimentação sensível às necessidades psicossociais da criança.

A alimentação complementar ideal depende não apenas dos alimentos, mas também de como, quando, onde e por quem a criança é alimentada.

Em algumas populações em que as crianças pequenas se alimentam sozinhas e com pouca supervisão e interação por parte de adultos, verifica-se uma tendência para uma menor ingestão de alimentos por parte da criança. Momentos de alimentação que incluam maior interação com adultos e incentivo e reforço positivo à criança pode melhorar significativamente a ingestão alimentar.

A criança tem necessidades psicossociais que se manifestam em vários momentos do seu desenvolvimento, sendo a alimentação um desses importantes momentos. É importante que a criança tenha o seu próprio prato ou tigela para que o cuidador perceba se está a ingerir comida suficiente. Um utensílio como uma colher, ou apenas uma mão limpa, pode ser usado para alimentar uma criança, dependendo da cultura. O utensílio deve ser apropriado para a idade da criança.

A ordem pela qual a amamentação ou os alimentos complementares são oferecidos à criança na refeição depende do que for mais conveniente para a mãe e da vontade da criança.

Características de uma alimentação sensível às necessidades psicossociais da criança:

- Os bebés são alimentados directamente e as crianças mais velhas são ajudadas;
- Os bebés e crianças são alimentados devagar, com tranquilidade e paciência, incentivando-os a comer, mas nunca forçando;
- Quando as crianças recusam consecutivamente os mesmos alimentos e muitos alimentos, estes são oferecidos em diferentes combinações, texturas e formas;
- Durante as refeições, os estímulos externos devem ser reduzidos, de forma a evitar que a criança se distraia e perca o interesse na comida;
- Os momentos de refeição constituem oportunidades de aprendizagem e interação com os cuidadores, sendo importante conversar e manter o contacto visual com a criança durante a refeição.

Princípio Orientador 4.

Garantir uma boa higiene e um manuseamento adequado dos alimentos.

A contaminação microbiana dos alimentos complementares é uma das principais causas de infecções e diarreias, particularmente comum em crianças dos 6 aos 12 meses. A preparação e armazenamento seguros dos alimentos complementares podem impedir a contaminação e reduzir o risco de infecções e diarreias.

O uso de biberões com tetinas para oferecer líquidos à criança deve ser evitado, pois tem muito maior risco de incorrecta e inadequada higienização do que um copo ou chávena, aumentando a probabilidade de causar infecções à criança. Todos os utensílios, como pratos, chávenas, tigelas e colheres, utilizados para alimentar os bebés ou crianças pequenas devem ser lavados cuidadosamente.

Comer com a mão é comum em muitas culturas, e as crianças podem receber pedaços sólidos de comida para segurar e mastigar, sendo nestes casos, particularmente importante que as mãos do cuidador e da criança sejam lavadas cuidadosamente antes de comer.

Os microrganismos multiplicam-se mais rapidamente em climas quentes e mais lentamente quando os alimentos estão refrigerados. Quando o alimento não pode ser refrigerado, ele deve ser consumido logo após ter sido preparado, ou no máximo nas 2 horas seguintes à sua preparação, antes que as bactérias tenham tempo para se multiplicar.

De uma forma geral, são cinco as chaves para uma alimentação mais segura:

1. Manter a limpeza;
2. Manter os crus separados dos cozinhados;
3. Cozinhar bem os alimentos;
4. Manter os alimentos a temperaturas seguras;
5. Utilizar água e matérias-primas seguras.

As 5 Chaves para uma Alimentação mais Segura serão analisadas mais aprofundadamente na Unidade Temática 4.

Princípio Orientador 5.

Começar aos 6 meses de idade com pequenas quantidades de comida e ir aumentando a quantidade à medida que a criança cresce, mantendo a amamentação em livre demanda.

Até aos 6 meses as necessidades energéticas do bebé são garantidas pelo leite materno, no entanto, a partir dos 6 meses o leite materno torna-se insuficiente, sendo necessária a introdução dos alimentos complementares para suprir estas necessidades extra (Figura 24).

A energia necessária além do leite materno é de cerca de 200 kcal/dia em crianças de 6 a 8 meses, 300 kcal/dia em crianças de 9 a 11 meses e 550 kcal/dia em crianças de 12 a 23 meses de idade. Desta forma, a quantidade de alimento necessária para satisfazer as necessidades alimentares da criança aumenta à medida que a criança cresce e à medida que a ingestão de leite materno diminui.

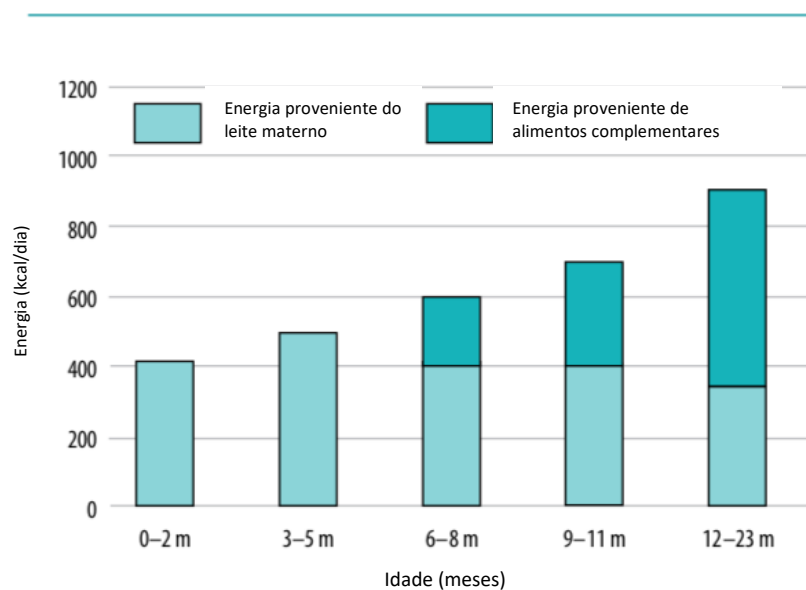


Figura 24. Necessidades energéticas da criança de acordo com a idade. ²¹

²¹ Imagem adaptada de:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44117/9789241597494_eng.pdf?ua=1

A Tabela 4 resume a quantidade de alimento necessária nas diferentes faixas etárias, as necessidades energéticas médias diárias do bebê ou criança pequena amamentada em livre demanda que devem ser asseguradas através da ingestão de alimentos complementares, bem como a quantidade aproximada de alimento que fornecerá essa quantidade de energia por dia.

A quantidade de alimento ingerida pela criança aumenta gradualmente, de forma a responder às suas necessidades crescentes. A quantidade real (peso ou volume) de alimento necessário depende da densidade energética²² do alimento oferecido.

O leite materno contém cerca de 0.7 kcal/ml. Os alimentos complementares são mais variáveis e geralmente contêm entre 0.6 e 1.0 kcal/g. Alimentos demasiado diluídos podem conter apenas 0.3 kcal/g. Para que os alimentos complementares tenham 1.0 kcal/g, é necessário que sejam bastante espessos e contenham alimentos de energia concentrada como amendoim pilado, leite de coco, óleo, entre outros. Os **alimentos complementares devem ter uma densidade energética maior que o leite materno**, ou seja, pelo menos 0,8 kcal/g. As quantidades de alimento recomendadas na Tabela 4 pressupõem que o alimento complementar contenha 0.8-1.0 kcal/g.

Se um alimento complementar for **mais denso em energia**, será necessária uma **quantidade menor** para satisfazer as necessidades energéticas da criança. Um alimento complementar que é **mais diluído em energia** precisa de um **volume maior** para cobrir a diferença de energia. **Quando um alimento complementar é introduzido, a criança tende a mamar com menos frequência e a ingestão de leite materno diminui, de modo que o alimento vai substituindo gradualmente o leite materno. Se os alimentos complementares forem demasiado diluídos e fornecerem menos energia que o leite materno, a ingestão total de energia pela criança pode ser menor do que era com a amamentação exclusiva, sendo esta uma das principais causas de desnutrição.**

O apetite de uma criança pequena geralmente serve como um guia para a quantidade de comida que deve ser oferecida. No entanto, doenças e desnutrição reduzem o apetite, pelo que uma criança doente possa comer menos alimento do que realmente precisa. Uma criança que esteja em fase de recuperação de uma doença ou desnutrição pode precisar ajuda a alimentar-se, de forma a garantir uma ingestão alimentar adequada. Se o apetite da criança aumentar com a recuperação, devem ser oferecidos alimentos extra.

²² Densidade energética define-se como o número de kcal por mL ou grama.

Tabela 4. Quadro resumo da textura, frequência e quantidade de alimentos complementares a oferecer a crianças que são amamentadas em livre demanda.

Idade	Energia diária necessária além do leite materno	Textura	Frequência	Quantidade média de alimento que a criança tem capacidade de comer numa refeição.
6 – 8 meses	200 kcal/dia	Começar com papa espessa e alimentos bem esmagados. Progressivamente evoluir para a alimentação da família esmagada.	2 a 3 refeições por dia Dependendo do apetite da criança, podem ser oferecidos 1 a 2 lanches entre as refeições principais.	Iniciar com 2 a 3 colheres de sopa cheias de comida e aumentar gradualmente até atingir ½ chávena (125mL).
9 – 11 meses	300 kcal/dia	Alimentos finamente cortados ou esmagados e alimentos macios que o bebé consiga segurar com facilidade.	3 a 4 refeições por dia Dependendo do apetite da criança, podem ser oferecidos 1 a 2 lanches entre as refeições principais.	½ chávena (125mL)
12 – 23 meses	550 kcal/dia	Alimentos da família cortados em pedaços pequenos ou esmagados, se necessário.	3 a 4 refeições por dia Dependendo do apetite da criança, podem ser oferecidos 1 a 2 lanches entre as refeições principais.	¾ a 1 chávena (190 a 250mL)
<p>Notas: A quantidade de alimentos referida na tabela considera uma densidade energética de 0.8 a 1.0 kcal/g. Se a densidade energética da refeição for cerca de 0.6 kcal/g, a mãe deve aumentar a densidade energética da refeição (adicionando alimentos de energia concentrada) ou aumentando a quantidade de alimento por refeição (6-8 meses: 2/3 chávena ~160mL; 9-11 meses: 3/4 chávena ~190mL; 12-23 meses: 1 chávena ~250mL). Os sinais de fome e saciedade da criança devem ser respeitados - orientam a quantidade de alimento a oferecer a cada refeição e a necessidade de oferecer snacks intercalares. Se a criança não for amamentada deve-se adicionar à alimentação diária 1 a 2 chávenas de leite (250-500mL) e 1-2 refeições extra diárias.</p>				

Princípio Orientador 6.

Aumentar gradualmente a consistência e a variedade dos alimentos à medida que a criança cresce, adaptando-se às necessidades e capacidades da criança.

A consistência mais adequada para a alimentação de um bebê ou criança pequena depende da idade e do nível de desenvolvimento neuromuscular. A partir dos **6 meses**, uma criança pode comer alimentos em forma de puré ou papa, esmagados ou semi-sólidos. Aos **8 meses**, a maioria das crianças consegue comer alimentos sólidos suficientemente macios, levando-os à boca com as suas mãos. Aos **12 meses**, a maioria das crianças pode comer os mesmos alimentos que são consumidos pelo resto da família. **Estes alimentos devem ser ricos em nutrientes, devendo ser evitados alimentos que possam causar engasgamento**, como amendoins inteiros.

Um alimento complementar deve ser espesso o suficiente para, ao ser colocado numa colher, não escorrer. Geralmente, os alimentos mais espessos ou mais sólidos são mais densos em energia e em nutrientes do que os alimentos líquidos e aquosos. Quando a criança come alimentos espessos, torna-se mais fácil aumentar a ingestão energética e incluir maior variedade de ingredientes ricos em nutrientes, incluindo alimentos de origem animal.

A “janela de oportunidade” para a introdução de alimentos mais grumosos, com pedaços irregulares e de diferentes texturas situa-se entre os 7 e os 9 meses de idade. A introdução destas texturas depois dos 10 meses está associada a um maior risco de problemas alimentares mais tarde. É de extrema importância para o desenvolvimento da criança a modificação gradual da textura dos alimentos oferecidos.

Princípio Orientador 7.

Aumentar o número de vezes que a criança recebe alimentos complementares à medida que a criança cresce.

A quantidade total de alimento que a criança necessita diariamente vai aumentando à medida que a criança cresce. Uma vez que a criança não consegue comer um grande volume de alimentos numa mesma refeição, é necessário que esta maior quantidade de alimento que ela necessita seja repartida por um maior número de refeições diárias.

O número de refeições que um bebé ou uma criança pequena precisa por dia depende de vários factores, nomeadamente:

- **Quantidade total de energia que a criança precisa para satisfazer as necessidades energéticas que não são supridas pelo leite materno:** quanto maior a quantidade de energia necessária, maior a quantidade de alimento necessária diariamente e, conseqüentemente, mais refeições são necessárias para garantir a satisfação das necessidades.
- **Quantidade de alimento que a criança consegue comer numa refeição:** depende da capacidade do estômago da criança, que é de cerca de 30 mL/kg peso corporal da criança (ex.: uma criança que pese 8kg terá um volume gástrico de cerca de 240mL ($8 \times 30 = 240$)), o que corresponde a uma chávena grande, aproximadamente, pelo que não se pode esperar que a criança ingira mais do que esse volume numa refeição).
- **Densidade energética dos alimentos oferecidos:** a densidade energética dos alimentos complementares deve ser maior do que o leite materno, ou seja, pelo menos 0.8 kcal/g. Se a densidade energética dos alimentos for menor, é necessário um volume maior de alimentos para satisfazer as necessidades, que pode precisar ser dividida em um maior número de refeições.

Uma criança amamentada em livre demanda com idade entre 6 e 8 meses precisa de 2 a 3 refeições por dia e uma criança entre 9 e 23 meses precisa de 3 a 4 refeições. Dependendo do apetite da criança, 1 a 2 lanches nutritivos podem ser oferecidos. Estes lanches definem-se como alimentos consumidos entre as refeições, geralmente auto-ingeridos, convenientes e fáceis de preparar. Se forem fritos, provavelmente terão uma elevada densidade energética. A transição de 2 para 3 refeições e de refeições menores para maiores ocorre gradualmente, à medida que a criança se desenvolve e as suas necessidades aumentam, acompanhadas pelo aumento do apetite.

Se uma criança fizer poucas refeições, ela não receberá comida suficiente para cobrir as necessidades de energia. Se, por outro lado, a criança faz muitas refeições, poderá mamar menos ou até parar de mamar por completo. No primeiro ano de vida, é muito importante a continuação da amamentação, pois esta ainda garante uma parte considerável das necessidades energéticas e nutricionais da criança.

Princípio Orientador 8.

Oferecer à criança uma variedade de alimentos ricos em nutrientes para garantir que todas as necessidades nutricionais são satisfeitas.

Os alimentos complementares devem fornecer energia, proteína e micronutrientes suficientes para que, juntamente com o leite materno, assegurem a satisfação das necessidades energéticas e nutricionais da criança.

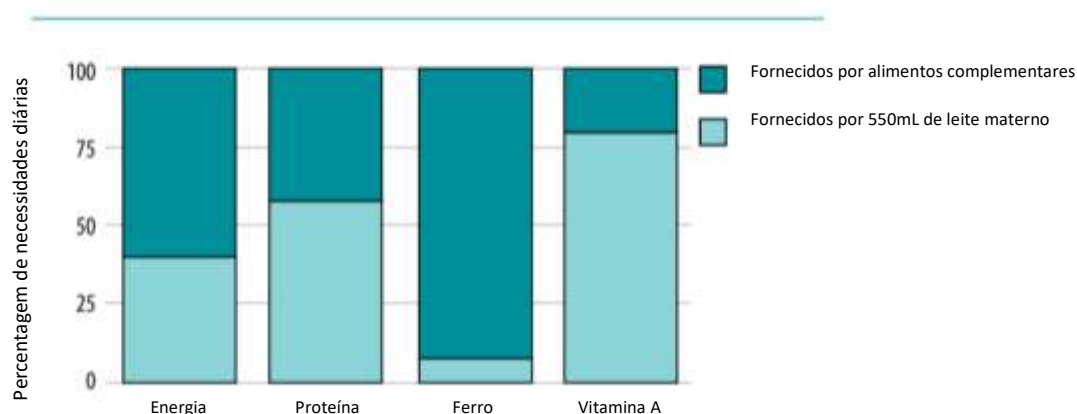


Figura 25. Necessidades de energia, proteína, ferro e vitamina A na criança entre os 12 e os 23 meses. ²³

Na Figura 25 observam-se as necessidades de energia, proteína, ferro e vitamina A na criança entre os 12 e os 23 meses. A barra verde clara mostra a percentagem que é assegurada pelo leite materno e a parte verde escura mostra a percentagem que deve ser assegurada pelos alimentos complementares.

²³ Imagem adaptada de:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44117/9789241597494_eng.pdf?ua=1

Entre os nutrientes ilustrados na figura, destaca-se o **ferro**, micronutriente que o leite materno fornece em quantidade reduzida e cuja percentagem que deve ser fornecida por alimentos complementares corresponde a cerca de 90%. Assim, torna-se particularmente importante que os alimentos complementares oferecidos à criança contenham ferro.

Alimentos fornecedores de ferro: alimentos de origem animal – vísceras, carne, aves, peixe; alimentos de origem vegetal – feijões e frutos secos como amendoim e castanha de caju. A absorção do ferro pode ser potenciada pela ingestão de alimentos ricos em vitamina C, como frutas frescas e vegetais crus. É importante ingerir alimentos de origem animal e vegetal para garantir a satisfação das necessidades de ferro.

Características de alimentos complementares adequados:

- Ricos em energia, proteína e micronutrientes (particularmente ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e ácido fólico);
- Não picantes nem salgados;
- Fáceis para a criança comer;
- Apreciados pela criança;
- Disponíveis a nível local e acessíveis para o agregado familiar.

O ingrediente base dos alimentos complementares é geralmente o alimento base da alimentação local. São geralmente cereais, raízes, tubérculos e frutas amiláceas que fornecem quase exclusivamente hidratos de carbono e energia, sendo frequentemente pobres em proteína e micronutrientes. Os cereais podem conter alguma proteína, mas raízes como mandioca, tubérculos como a batata doce e frutas amiláceas como banana, contêm muito pouca proteína.

Para garantir a satisfação das restantes necessidades nutricionais, uma variedade de outros alimentos deve ser incluída na alimentação diária, nomeadamente:

- **Alimentos de origem animal como carnes e peixes** – são boas fontes de proteína, ferro e zinco. O fígado também fornece vitamina A e ácido fólico. A gema de ovo é uma boa fonte de proteína e vitamina A, mas não de ferro. A criança precisa de ingerir a parte sólida desses alimentos e não apenas o molho da sua cozedura.
- **Laticínios (leite, queijo e iogurte)** – são boas fontes de cálcio, proteína, energia e vitaminas do complexo B.
- **Leguminosas (ervilhas, feijões, soja, lentilhas, amendoins e castanha de caju)** – são boas fontes de proteína e fornecem algum ferro. Devem ser ingeridos juntamente com alimentos ricos em vitamina C (tomate, pimento, alface e frutas cruas), pois esta vitamina aumenta a absorção de ferro.
- **Frutas e legumes de cor laranja (cenoura, abóbora, manga, papaia, e folhas verde-escuras, como o espinafre)** – são ricos em carotenos, a partir dos quais se obtém a vitamina A.
- **Gorduras e óleos** – são fontes de energia concentrada e de certas gorduras essenciais que as crianças precisam para crescer. Aumentam a densidade energética dos alimentos e tornam-nos mais saborosos.

Alimentos não recomendados:

- **Quantidade excessiva de gordura:** a gordura é importante para assegurar a satisfação das necessidades energéticas sem aumentar o volume da refeição, no entanto, não deve corresponder a mais do que 35-40% da energia total ingerida (alimentos complementares e leite materno), pois poderá comprometer a ingestão de alimentos ricos em proteína e micronutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento da criança.
- **Açúcar e bebidas açucaradas:** o açúcar também é uma fonte de energia concentrada, mas não possui nenhum outro nutriente. Além disso, pode danificar os dentes das crianças e levar a sobrepeso e obesidade. Açúcar e bebidas açucaradas, como refrigerantes, devem ser evitados, pois diminuem o apetite da criança por alimentos mais nutritivos.
- **Chá e café:** contêm compostos que podem interferir na absorção de ferro e não são recomendados para crianças pequenas.

Preocupações com possíveis efeitos alérgicos são um motivo comum para as famílias restringirem certos alimentos nas dietas de bebés e crianças pequenas. No entanto, não existem estudos que mostrem que dietas restritivas ajudem a prevenir alergias.

Assim, os bebês podem e devem consumir uma variedade de alimentos a partir dos seis meses de idade, incluindo leite de vaca, ovos, amendoim, peixe e marisco. De acordo com as novas directrizes, quanto mais cedo se introduzirem estes alimentos considerados alérgénicos na alimentação da criança (mas nunca antes dos 6 meses), menor o risco de desenvolverem alergias.

Princípio Orientador 9.

Utilizar alimentos complementares fortificados ou suplementos de vitaminas e minerais para a criança, em caso de necessidade.

Alimentos complementares não fortificados predominantemente de origem vegetal, geralmente fornecem **quantidades insuficientes** de certos nutrientes essenciais (particularmente ferro, zinco e vitamina B6). A inclusão de alimentos de origem animal pode suprir a lacuna em alguns casos, mas implica um aumento do custo da alimentação, o que pode não ser exequível para determinadas populações de baixa renda. Aliado a isto, as quantidades de alimentos de origem animal que podem ser consumidas de maneira viável por bebês (por exemplo, de 6 a 12 meses) são geralmente insuficientes para satisfazer as necessidades de ferro.

Assim, em locais onde a disponibilidade de alimentos de origem animal é reduzida, podem ser necessários alimentos complementares fortificados em ferro ou alimentos fortificados no momento de consumo com micronutrientes em pó.

Princípio Orientador 10.

Aumentar a ingestão de líquidos em situações de doença, incluindo aumentar a frequência de amamentação e oferecendo à criança os seus alimentos favoritos. Após o tratamento da doença, deve ser oferecida comida com mais frequência do que o habitual e a criança deve ser incentivada a comer mais.

Em situação de doença, a necessidade de líquidos geralmente aumenta, assim, devem ser oferecidos líquidos à criança com mais frequência, incentivando o seu consumo e a amamentação em livre demanda deve ser assegurada também com mais frequência. O apetite da criança geralmente diminui e a vontade de mamar aumenta, representando o leite materno, nesta fase de doença, a principal fonte de líquidos e nutrientes.

A criança também deve ser incentivada a ingerir alimentos complementares para manter a ingestão de nutrientes e acelerar a recuperação. A ingestão geralmente é melhor se forem oferecidos à criança os seus alimentos preferidos e alimentos apetitosos e fáceis de mastigar e digerir. A quantidade de alimentos consumidos enquanto a criança está doente será provavelmente menor do que o normal, pelo que o cuidador deve proporcionar à criança refeições de menor volume e mais frequentes.

Quando a criança estiver em fase de recuperação e o seu apetite melhorar, o cuidador deve oferecer uma porção extra em cada refeição ou oferecer uma refeição ou um lanche extra diariamente.

Tabela 5. Quadro resumo dos alimentos complementares adequados

Que alimentos oferecer e porquê	Como oferecer os alimentos
<p>Leite materno: continua a fornecer energia e nutrientes de elevada qualidade até aos 23 meses.</p> <p>Alimentos de base: fornecem energia, algumas proteínas (apenas cereais) e algumas vitaminas. Exemplos: cereais (arroz, trigo, milho), raízes (mandioca, inhame), tubérculos (batata e batata doce) e frutas amiláceas (banana-macaco).</p> <p>Alimentos de origem animal: fornecem proteínas de elevado valor biológico, ferro, zinco e vitaminas. Exemplos: fígado, carne vermelha, frango, peixe, ovos (não é uma boa fonte de ferro).</p> <p>Leite e derivados: fornecem proteínas, energia, vitaminas (especialmente vitamina A e ácido fólico), cálcio. Exemplos: leite, queijo e iogurte.</p> <p>Vegetais de folha verde escura e vegetais cor laranja: fornecem vitaminas A, C e ácido fólico. Exemplos: espinafre, couve, cenoura, abóbora, batata doce, papaia, manga.</p> <p>Leguminosas: fornecem proteína, energia, ferro (a vitamina C facilita a sua absorção). Exemplos: lentilhas, feijões</p> <p>Óleos e gorduras: fornecem energia e ácidos gordos essenciais. Exemplos: óleos, margarina, manteiga, banha, coco, abacate</p> <p>Sementes: fornecem energia e ácidos gordos essenciais e vitaminas Exemplos: abóbora, girassol, melão, gergelim, amendoim, castanha de caju</p>	<p>Bebés de 6 a 11 meses Continuar a amamentar. Oferecer porções adequadas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Papas de base de milho, arroz, mandioca, mapira ou mexoeira e adicionar leite, leite de coco, amendoim ou sementes piladas. - Misturas de alimentos esmagados compostos por batata, mandioca, milho ou arroz + carne, peixe, feijão ou amendoim moído + vegetais verdes. <p>Opções de lanches nutritivos: ovo, banana, pão, papaia, abacate, manga, outras frutas, iogurte, leite e papas feitas com leite, biscoitos ou bolachas, pão com manteiga, margarina, pasta de amendoim ou mel, badjia, batata, batata doce ou mandioca cozidas.</p> <p>Crianças de 12 a 23 meses Continuar a amamentar. Oferecer porções adequadas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Misturas de alimentos da família esmagados ou em pequenos pedaços compostos por batata, mandioca, milho ou arroz + carne, peixe, feijão ou amendoim moído + vegetais verdes. - Papa espessa feita de milho, mandioca, arroz, mapira e adicionar leite, soja, amendoim ou leite de coco. <p>Opções de lanches nutritivos: ovo, banana, pão, papaia, abacate, manga, outras frutas, iogurte, leite e papas feitas com leite, biscoitos ou bolachas, pão com manteiga, margarina, pasta de amendoim ou mel, badjia, batata, batata doce ou mandioca cozidas.</p>

IMPORTANTE**Alimentos ricos em ferro:**

Fígado (qualquer animal), carne de órgãos e vísceras, carne de animais (especialmente carne vermelha), carne de aves (especialmente carne escura), alimentos enriquecidos com ferro.

Alimentos ricos em vitamina A:

Fígado (qualquer animal), gema de ovo, frutas e vegetais de cor laranja, vegetais verde-escuros.

Alimentos ricos em zinco:

Fígado (qualquer animal), carne de órgãos e vísceras, alimentos preparados com sangue, carne de animais, pássaros e peixes, mariscos, gema de ovo.

Alimentos ricos em cálcio:

Leite ou produtos lácteos, peixe pequeno com espinhas.

Alimentos ricos em vitamina C:

Frutas frescas, tomates, pimento, folhas e vegetais verdes especialmente se consumidos crus.

4. Dos 6 aos 24 meses de vida

4.3. Fortificação caseira de alimentos

Em algumas situações pode ser necessário fortificar a alimentação das crianças com Vitaminas e Minerais em Pó (MNPs). Os MNPs asseguram um aporte de vitaminas e minerais que a alimentação pode não garantir, proporcionando um crescimento e desenvolvimento saudáveis à criança.

Quando dar os MNPs à criança?

A criança deve receber:

- 2 pacotes (60 saquetas) de MNPs aos 6 meses
- 2 pacotes (60 saquetas) aos 12 meses
- 2 pacotes (60 saquetas) aos 18 meses de idade

É muito importante explicar à família a importância de dar à criança os MNPs e garantir que o cuidador saberá como dar à criança. É importante que o cuidador perceba que aquela quantidade é exclusivamente para aquela criança e que não deve ser repartida pelas restantes crianças da família.

Procedimento:

1. Verificar os seguintes pontos:
 - a) a idade da criança no cartão de saúde: deve ter mais de 6 meses;
 - b) o estado de saúde da criança: não deve ter febre nem sintomas de malária;
 - c) o estado nutricional da criança: não deve ter desnutrição aguda.
2. Entregar ao cuidador da criança 2 pacotes de 60 saquetas de MNPs
3. Explicar ao cuidador:
 - a) a criança deve consumir 1 saqueta por dia numa única refeição – ou seja, a saqueta não deve ser repartida por diferentes refeições;
 - b) para preparar: o cuidador deve separar ao lado um pouco de comida, misturar 1 saqueta e dar a criança de comer em 1-2 colheres – assim garante-se que ela ingere a totalidade dos MNPs;
 - c) os MNPs não devem ser adicionados a comidas líquidas como sopas ou sumos, nem a comidas quentes;
 - d) os MNPs não devem ser dados quando a criança está com febre ou com sintomas de malária.

Observações importantes:

- A criança com desnutrição aguda e que está a receber o tratamento para a desnutrição não deve tomar os MNPs, pois o tratamento da desnutrição aguda já contém vitaminas e minerais e o excesso pode ser prejudicial à criança;
- Os MNPs não devem ser dados a crianças com febre ou com sintomas de malária, pois o ferro presente nos MNPs pode piorar o estado de saúde da criança;
- É importante que o cuidador perceba a importância de que todas as saquetas dadas para a criança sejam usadas apenas para ela, caso contrário ela não estará a receber os nutrientes que necessita para garantir o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis.

4. Dos 6 aos 24 meses de vida

4.4. Aleitamento artificial – boas práticas de preparação, manipulação e conservação de fórmulas lácteas para lactentes

Os métodos de fabrico actuais das fórmulas lácteas desidratadas de substituição do leite materno não garantem uma produção estéril, ou seja, estas podem estar contaminadas com microorganismos que podem provocar infecções prejudiciais ao lactente. A contaminação bacteriana pode ocorrer a partir de fontes intrínsecas ou extrínsecas.

Considera-se **contaminação intrínseca** quando esta ocorre durante o processo de fabrico (ex. ambiente de fabrico contaminado ou matérias-primas contaminadas). As bactérias presentes nas fórmulas desidratadas podem sobreviver durante anos e quando as fórmulas são reconstituídas, tornam-se um meio ideal para o crescimento destas bactérias, que são muito perigosas para os lactentes.

A **contaminação extrínseca** pode ocorrer quando se utilizam utensílios contaminados (ex. biberões, tetinas, colheres, copos) na preparação ou administração das fórmulas ou através de um ambiente, local de preparação, ou cuidador contaminados.

As fórmulas lácteas desidratadas não são estéreis e quando preparadas e manipuladas incorrectamente constituem um risco para os lactentes, pois ao serem reconstituídas proporcionam um ambiente ideal para o desenvolvimento de bactérias patogénicas perigosas. Mesmo que estas bactérias estejam presentes nas fórmulas em níveis baixos, uma inadequada preparação e manipulação das fórmulas reconstituídas proporciona condições ideais para a sua multiplicação, o que aumenta consideravelmente o risco de infecção. A correcta preparação e manipulação das fórmulas lácteas desidratadas reduzem o risco de causarem doença ao lactente, sendo muito importante que os profissionais de saúde garantam que os pais e cuidadores das crianças recebam todas as instruções necessárias sobre as boas práticas de preparação, conservação e manipulação das fórmulas lácteas desidratadas.

Recomendações de lavagem e esterilização dos utensílios de preparação e de alimentação

Todos os utensílios utilizados para a alimentação dos lactentes e preparação dos biberões/porções devem ser cuidadosamente limpos e esterilizados antes da utilização. As mãos devem ser devidamente lavadas com água e sabão antes da limpeza e esterilização dos utensílios utilizados na preparação e na alimentação.

Procedimento de lavagem:

1. Todos os utensílios utilizados na preparação e alimentação (ex. biberões, copos de alimentação, tetinas, colheres, etc.) devem ser cuidadosamente lavados com água quente e detergente. Quando são utilizados biberões, tanto os biberões como as tetinas devem ser esfregados com escovilhões/escovas próprias no interior e exterior para garantir que todos os resíduos de alimento remanescentes sejam removidos.
2. Após lavar os utensílios de preparação e de alimentação estes devem ser devidamente enxaguados em água potável, de forma a retirar todos os resíduos de sabão.
3. Após a lavagem, os utensílios devem ser devidamente esterilizados.

Procedimento de esterilização através de fervura:

1. Encher uma panela grande com água e mergulhar completamente todos os utensílios de preparação e de alimentação previamente lavados, garantindo que não há bolhas de ar presas no interior dos utensílios.
2. Cobrir a panela com uma tampa e levar à fervura, garantindo que a panela não fica sem água.
3. Manter a panela tapada até à utilização dos utensílios.
4. As mãos devem ser lavadas com água e sabão antes de retirar os utensílios da panela, evitando colocar as mãos no interior dos utensílios e manipulando-os o mínimo possível.
5. Para prevenir uma recontaminação, os utensílios de alimentação e de preparação devem ser retirados da panela apenas imediatamente antes da sua utilização. Caso não sejam utilizados de imediato, devem ser secos e guardados tapados num local limpo. Os biberões podem ser totalmente montados para prevenir a contaminação do seu interior.

Boas práticas na preparação das fórmulas lácteas desidratadas

A forma mais segura de preparar as fórmulas lácteas é preparar a porção adequada imediatamente antes de alimentar a criança, pois após reconstituição, as fórmulas lácteas têm as condições ideais para o crescimento de bactérias perigosas.

Assim, idealmente, deverão seguir-se os passos abaixo descritos:

1. Limpar bem o local onde vai ser preparada a fórmula;
2. Lavar bem as mãos com água e sabão e secar com um pano limpo;
3. Ferver a quantidade suficiente de água potável para preparar a fórmula;
4. Deixar a água arrefecer, mas não demasiado (não deve arrefecer mais do que 30 minutos) e verter para um biberão ou copo de alimentação previamente esterilizados;
5. Acrescentar à água a quantidade exacta de fórmula de acordo com as instruções indicadas no rótulo (adicionar mais ou menos pó do que o recomendado pode causar doença nos lactentes);
 - a) Se utilizar biberão, encaixar a tetina e a tampa, igualmente esterilizados, tendo o cuidado de não tocar no interior e agitar até a água e o pó estarem bem misturados.
 - b) Se utilizar copo, misturar cuidadosamente utilizando uma colher também esterilizada.
6. Após a preparação, caso o leite esteja quente demais para o lactente, arrefecer rapidamente, colocando o biberão ou o copo dentro de um recipiente com água fria – garantir que a água de arrefecimento está abaixo da tampa do biberão ou do bordo do copo, de forma a não contaminar o leite preparado;
7. Secar o biberão ou o copo com um pano limpo;
8. Confirmar que a temperatura do leite é adequada para alimentar o lactente e caso ainda esteja demasiado quente, repetir o processo de arrefecimento até atingir uma temperatura adequada.

Qualquer sobra de leite que não tenha sido ingerida no prazo de 2 horas depois da sua preparação deve ser descartada, não devendo ser administrada ao lactente.

Preparação e reaquecimento de fórmula láctea desidratada com antecedência

Como foi referido no ponto anterior, o ideal é que a fórmula seja preparada imediatamente antes do consumo pelo lactente, no entanto, por questões de práticas, pode ser necessário preparar as fórmulas com antecedência. Isto apenas é possível se o agregado familiar dispuser de meios de refrigeração, caso contrário, as fórmulas devem ser preparadas apenas imediatamente antes do seu consumo.

As etapas a seguir indicadas descrevem a prática mais segura para preparar com antecedência biberões/porções e como conservar para uma utilização posterior.

1. Seguir as etapas 1 a 7 do ponto anterior, para preparação segura da fórmula;
 - a) Se utilizar biberões, deve preparar uma porção em cada biberão, de acordo com o número de porções necessárias.
 - b) Se utilizar copo de alimentação para alimentar o lactente, deve preparar a quantidade de fórmula necessária num pote ou jarro com tampa, limpo e esterilizado, de capacidade máxima de 1 litro.
2. A fórmula preparada (nos biberões ou no jarro/pote) deve ser conservada no frigorífico, onde deve ser guardada imediatamente após a sua preparação. A temperatura do frigorífico não deve exceder os 5°C e a fórmula preparada não deve ser guardada na porta do frigorífico, pois é a zona menos fria do frigorífico e a temperatura oscila cada vez que se abre o frigorífico. A fórmula preparada apenas deve ser conservada em refrigeração por um período máximo de 24 horas, após este período, toda a fórmula não consumida deve ser descartada.
3. Para reaquecer a fórmula, o biberão ou a porção de fórmula a dar ao lactente devem ser retirados do frigorífico imediatamente antes do seu consumo.
 - a) Se utilizar biberão, basta retirar um biberão;
 - b) Se utilizar como de alimentação, deve retirar para um copo a porção necessária.
4. Reaquecer colocando o biberão ou o copo com a fórmula preparada dentro de um recipiente com água fervida (colocar água a ferver e retirar do lume quando levantar fervura) – tendo sempre o cuidado de que a água de aquecimento não ultrapasse a tampa do biberão ou a borda do copo, para não contaminar a fórmula.
 - a) Se utilizar biberão, ir retirando o biberão da água, secando por fora e agitando, de forma a homogeneizar a temperatura, até atingir a temperatura adequada para alimentar o lactente.

-
- b) Se utilizar copo de alimentação, ir mexendo com uma colher, de forma a homogeneizar a temperatura.
 5. Antes de alimentar o lactente, é muito importante verificar a temperatura da fórmula preparada, de forma a evitar queimaduras.
 6. Quaisquer sobras de fórmula reaquecida que não tenham sido consumidas no intervalo de 2 horas devem ser descartadas.

Transporte de biberões ou porções de fórmula preparados

Devido ao potencial desenvolvimento de bactérias perigosas durante o transporte, os biberões ou porções devem ser arrefecidos num frigorífico a uma temperatura inferior a 5°C antes de serem transportados, de acordo com os seguintes passos:

1. Preparar os biberões ou porções que irá necessitar de transportar da forma descrita no capítulo anterior.
2. Garantir que os biberões ou porções estão frios antes do transporte.
3. Retirar os biberões/porções do frigorífico imediatamente antes de iniciar o transporte.
4. Transportar os biberões ou porções devidamente acondicionados num saco/mala térmica com placas de gelo reutilizáveis ou com gelo devidamente acondicionado em sacos de plástico, de forma que ao derreter não possa contaminar a fórmula no biberão ou copo de transporte.
5. A fórmula transportada deve ser consumida no prazo máximo de 2 horas, uma vez que esta forma de transporte não garante uma temperatura constante adequada. Caso chegue ao local de destino em menos de 2 horas, a fórmula preparada pode ser colocada no frigorífico e lá mantida durante 24 horas.
6. Reaquecer a fórmula no local de destino tal como descrito no capítulo anterior.

Caso pretenda passar o dia fora de casa, é mais seguro levar todo o material que irá necessitar para alimentar o lactente devidamente lavado e esterilizado e bem acondicionado, a fórmula láctea, e água fervida dentro de um recipiente térmico e preparar à medida do necessário no local. Pode até já dividir a fórmula desidratada pelos biberões ou copos de alimentação muito bem secos e no local de destino basta acrescentar a água fervida que transporta na térmica. Para a água se manter quente durante mais tempo no recipiente térmico, deve aquecer previamente o recipiente

colocando água a ferver no seu interior, deixar ficar durante alguns minutos e depois descartar. Logo de seguida colocar novamente água a ferver e fechar rapidamente (a primeira água que se coloca no recipiente térmico arrefece em contacto com o recipiente frio no interior, ao aquecer previamente o recipiente térmico, a água irá conservar-se quente durante mais tempo).

Bibliografia:

1. <https://thousanddays.org>
2. <http://primeiros1000dias.com.br>
3. Alimentação nos primeiros 1000 dias de vida: um presente para o futuro. E-book nº53. Porto: Associação Portuguesa de Nutrição; 2019. Disponível em: https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/1000_DIAS_EBOOK-2706.pdf
4. Insel P, Turner RE, Ross 3rd D. Nutrition, 3rd edn, Jones and Barlett Publishers Inc. USA. 2007.
5. PAMRDC, Plano de Acção Multisectorial para Redução da Desnutrição Crónica 2011-2014 (2020). Governo da República de Moçambique. Julho, 2010.
6. Percepções e Práticas Tradicionais de Nutrição nas Províncias de Niassa, Inhambane, Nampula, Tete, Zambézia e Cabo Delgado. República de Moçambique, Ministério da Saúde, Instituto de Medicina Tradicional. Maputo, Agosto 2015.
7. Kaiser L, Allen LH. Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. J Am Diet Assoc. 2008 Mar 1;108(3):553-61.
8. Alimentação e Nutrição na Gravidez. Direcção Geral de Saúde, Programa Nacional para Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa, 2014. ISBN: 978-972-675-221-9. Disponível em: https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444899925Alimentacaoenutricaoonagravidez.pdf
9. Mahan LK. Krause's food, nutrition, & diet therapy. Escott-Stump S, editor. Philadelphia: Saunders; 2004.
10. Decreto nº 69/2017 de 6 de Dezembro. Boletim da República nº 190 – I Série. Cria o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional abreviadamente designado por CONSAN. Disponível em: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/moz173957.pdf>
11. Storage and Preparation of Breast Milk, Center for Disease Control and Prevention, Junho 2019. Disponível em: https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/preparation-of-breast-milk_H.pdf
12. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246260/9789241549707-eng.pdf?sequence=1>

13. Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/280133/9789241550468-eng.pdf?ua=1>
14. Infant and young child feeding. Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. World Health Organization; 2009. Disponível em: http://www.wpro.who.int/nutrition_wpr/publications/infantchildfeeding.pdf
15. Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children: implementation manual. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260137/9789241513470-eng.pdf?sequence=1>
16. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. World Health Organization; 2003. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42590/9241562218.pdf?sequence=1>
17. Oportunidades para os Recém-Nascidos em Africa: dados práticos, políticas e apoio programático aos cuidados de saúde a prestar aos recém-nascidos africanos. Joy Lawn e Kate Kerber, editores. PMNCH, Cape Town, 2006. ISBN-13: 978-0-620-37695-2. ISBN-10: 0-620-37695-3 Disponível em: https://www.who.int/pmnch/media/publications/opportunidades_port.pdf?ua=1
18. Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Hospitais amigos dos Bebés. Leonor Levy, Helena Bértolo. 2012. Disponível em: <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
19. https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/
20. 1,000 DAYS - NUTRITION IN THE FIRST 1,000 DAYS: A Foundation for Brain Development and Learning – Information Sheet. Disponível em: https://thousanddays.org/wp-content/uploads/1_000Days-Nutrition-Lifelong-Health-FINAL.pdf
21. <https://www.nestlenutrition-institute.org/region/cwar/news/article/2019/04/05/nutrition-during-pregnancy-in-africa>
22. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, De Onis M, Ezzati M, Grantham-McGregor S, Katz J, Martorell R, Uauy R. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. The lancet. 2013 Aug 3;382(9890):427-51. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)60937-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)60937-X.pdf)



-
23. Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S, Webb P, Lartey A, Black RE, Group TL, Maternal and Child Nutrition Study Group. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?. The lancet. 2013 Aug 3;382(9890):452-77. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)60996-4.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)60996-4.pdf)



FICHA TÉCNICA

Sebenta de apoio elaborada por:

Sofia Costa

Nutricionista

sofiacosta@unilurio.ac.mz

Coordenador da Formação Extracurricular:

Sofia Costa

Nutricionista

Directora do Curso de Nutrição

Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio

sofiacosta@unilurio.ac.mz

Junho de 2020