



Problemas comuns na lactação e seu manejo

Common problems during lactation and their management

Elsa R. J. Giugliani*

Resumo

Objetivo: Apresentar uma revisão atualizada sobre problemas comuns relacionados à lactação e seu manejo.

Fonte dos dados: Foi realizada extensa revisão bibliográfica sobre o tópico, sendo utilizadas publicações selecionadas a partir de pesquisa na base de dados MEDLINE e de organismos nacionais e internacionais. Foram utilizados também livros-texto e alguns artigos-chave selecionados a partir de citações em outros artigos.

Síntese dos dados: Vários dos problemas comuns enfrentados durante a lactação – ingurgitamento mamário, traumas mamilares, bloqueio de ducto lactífero, infecções mamárias e baixa produção de leite – têm a sua origem em condições que levam a um esvaziamento mamário inadequado. Assim, má técnica de amamentação, mamadas infrequentes e em horários predeterminados, uso de chupetas e de complementos alimentares constituem importantes fatores que podem predispor ao aparecimento de complicações da lactação. Nessas condições, o manejo adequado é imprescindível, pois, se não tratadas adequadamente, com frequência levam ao desmame precoce. Para a abordagem dos fatores que dificultam o esvaziamento adequado das mamas, há medidas específicas. Além disso, o suporte emocional e medidas que visem dar maior conforto à lactante não podem ser negligenciadas.

Conclusões: A maioria dos problemas comuns relacionados à lactação pode ser prevenida com esvaziamento adequado das mamas. Uma vez presentes, os problemas devem ser manejados adequadamente, evitando-se, assim, o desmame precoce decorrente de situações dolorosas e, por vezes, debilitantes para a nutriz.

J Pediatr (Rio J). 2004;80(5 Supl):S147-S154: Aleitamento materno, transtornos da lactação, mastite, hipogalactia.

A espécie humana é a única entre os mamíferos em que a amamentação e o desmame não são processos desencadeados unicamente pelo instinto. Por isso, eles devem ser aprendidos. Atualmente, sobretudo nas sociedades modernas, as mulheres têm poucas oportunidades de obter o aprendizado relacionado à amamentação, já que as fontes tradicionais de aprendizado – mulheres mais experientes da família – foram perdidas à medida que as famílias extensivas foram sendo substituídas pelas famílias nucleares. Como consequência, as mulheres tornam-se mães com

Abstract

Objective: To present an update review on common problems associated with breastfeeding and their management.

Source of data: A comprehensive bibliographic review on the issue was performed by searching publications from the MEDLINE database and from national and international organizations. Books and some key articles cited in other sources were also selected.

Summary of the findings: Several common problems that may arise during the breastfeeding period, such as breast engorgement, plugged milk duct, breast infection and insufficient milk supply, originate from conditions that lead the mother to inadequate emptying of the breasts. Incorrect techniques, not frequent breastfeeding and breastfeeding on scheduled times, pacifiers and food suppliers are important risk factors that can predispose to lactation problems. The adequate management of those conditions is fundamental, as if not treated they frequently lead to early weaning. There are specific measures that should be taken to empty the breasts effectively. Besides, the emotional support and actions that yield more comfort to the lactating mother can not be neglected.

Conclusions: Most common problems associated with breastfeeding can be prevented if the mother empties her breasts effectively. If they occur, they should be carefully and adequately approached, thus avoiding the early weaning resultant from painful and stressing situations the mother may face.

J Pediatr (Rio J). 2004;80(5 Supl):S147-S154: Breastfeeding, lactation problems, mastitis, hypogalactia.

pouca ou nenhuma habilidade em levar adiante a amamentação, o que as deixa mais vulneráveis a apresentarem dificuldades ao longo do processo. O profissional de saúde tem um papel importante na prevenção e manejo dessas dificuldades, o que requer conhecimentos, atitudes e habilidades específicos.

O presente artigo apresenta uma revisão sobre as principais dificuldades decorrentes da amamentação e seu manejo. Busca contribuir para o conhecimento dos aspectos técnicos e práticos necessários para que o profissional de saúde possa promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. São abordados problemas mamários comuns relacionados com a lactação – ingurgitamento mamário, dor/trauma mamilar, infecção mamilar por *Staphylococcus aureus*, candidíase, fenômeno de Raynaud, bloqueio de ductos lactíferos, mastite, abscesso mamário e galactocele – além de produção insuficiente de leite ou hipogalactia.

* Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto. Professora de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Presidente do Departamento Científico de Aleitamento Materno da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Como citar este artigo: Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5 Supl):S147-S154.

Ingurgitamento mamário

No ingurgitamento mamário, há três componentes básicos: congestão/aumento da vascularização, acúmulo de leite e edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático. Já em 1951 foi publicada a seqüência de eventos implicados no ingurgitamento mamário: retenção de leite nos alvéolos → distensão alveolar → compressão dos ductos → obstrução do fluxo do leite → piora da distensão alveolar → aumento da obstrução. Secundariamente, aparecerá edema devido à estase vascular e linfática. Não havendo alívio, a produção do leite é interrompida, com posterior reabsorção do leite represado¹. O aumento da pressão intraductal faz com que o leite acumulado sofra um processo de transformação em nível intermolecular, tornando-se mais viscoso. Daí a origem do termo "leite empedrado"².

É importante diferenciar o ingurgitamento fisiológico do patológico. O primeiro é discreto e representa um sinal positivo de que o leite está "descendo". Não requer intervenção. Já no ingurgitamento patológico, a distensão tecidual é excessiva, causando grande desconforto, às vezes acompanhado de febre e mal-estar. A mama encontra-se aumentada de tamanho, dolorosa, com áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, e o leite muitas vezes não flui com facilidade. Costuma ocorrer com mais frequência em torno do terceiro ao quinto dia após o parto e geralmente está associado a um dos seguintes fatores: início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, restrição da duração e frequência das mamadas, uso de suplementos e sucção ineficaz do bebê³.

O ingurgitamento pode ficar restrito à aréola (areolar) ou ao corpo da mama (periférico) ou pode acometer ambos. Quando há ingurgitamento areolar, a criança pode ter dificuldade na pega, impedindo o esvaziamento adequado da mama, o que piora o ingurgitamento e a dor.

Prevenção

As seguintes recomendações são úteis na prevenção do ingurgitamento mamário³:

- iniciar a amamentação o mais cedo possível;
- amamentar em livre demanda;
- amamentar com técnica correta;
- evitar o uso de suplementos.

Tratamento

Uma vez instalado o ingurgitamento, recomendam-se as seguintes medidas³:

- se a aréola estiver tensa, ordenhar manualmente um pouco de leite antes da mamada, para que ela fique macia o suficiente para o bebê abocanhar a mama adequadamente;
- amamentar com frequência, em livre demanda;
- fazer massagens delicadas nas mamas – importantes na fluidificação do leite viscoso e no estímulo do reflexo de ejeção do leite;

- usar analgésicos sistêmicos/antiinflamatórios (ibuprofeno é considerado o mais efetivo, auxiliando também na redução da inflamação e do edema; paracetamol pode ser usado como alternativa⁴);
- usar suporte para as mamas ininterruptamente; usar sutiã com alças largas e firmes, para alívio da dor e manutenção dos ductos em posição anatômica;
- usar compressas mornas para ajudar na liberação do leite;
- usar compressas frias após ou nos intervalos das mamadas para diminuir o edema, a vascularização e a dor.

Se o bebê não sugar, a mama deve ser ordenhada manualmente ou com bomba de sucção. O esvaziamento da mama é essencial para dar alívio à mãe, diminuir a pressão mecânica nos alvéolos, aliviar o obstáculo à drenagem da linfa e edema, diminuir o risco de comprometimento da produção do leite e, sobretudo, da ocorrência de mastite.

Snowden et al., em revisão sistemática da literatura, que incluiu oito ensaios clínicos randomizados ou quase-randomizados, concluiu que não há comprovação científica de que o tratamento do ingurgitamento mamário com ultrassom, ocitocina ou compressas frias seja eficiente no alívio dos sintomas. A única medida que se mostrou eficaz foi o uso de antiinflamatórios⁵. Apesar de não haver comprovação quanto à eficácia das compressas frias (ou gelo envolto em tecido) no alívio dos sintomas do ingurgitamento mamário, elas podem ser úteis quando se quer reduzir a produção do leite. A hipotermia local provoca vasoconstrição temporária e, conseqüentemente, reduz o fluxo sanguíneo, com conseqüente redução do edema, aumento da drenagem linfática e menor produção do leite. Tais compressas não devem ser utilizadas por mais de 15 a 20 minutos⁶. Por outro lado, compressas mornas promovem vasodilatação, aliviando a compressão local, porém posteriormente aumentam o volume de leite nas mamas, o que pode ser desvantajoso na vigência de ingurgitamento mamário.

Mamilos doloridos/trauma mamilar

No início do aleitamento materno, a maioria das mulheres sente uma discreta dor ou desconforto no início das mamadas, o que pode ser considerado normal. No entanto, mamilos muito dolorosos e machucados, apesar de muito comuns, não são normais. Os traumas mamilares incluem eritema, edema, fissuras, bolhas, "marcas" brancas, amarelas ou escuras e equimoses.

A causa mais comum de dor para amamentar se deve a traumas mamilares por posicionamento e pega inadequados⁷. Outras causas incluem mamilos curtos/planos ou invertidos, disfunções orais na criança, freio de língua excessivamente curto, sucção não-nutritiva prolongada, uso impróprio de bombas de extração de leite, não-interrupção da sucção da criança antes de retirá-la do peito, uso de cremes e óleos que causam reações alérgicas nos mamilos, uso de protetores de mamilo (intermediários) e exposição prolongada a forros úmidos. O mito de que mulheres de pele clara são mais vulneráveis a traumas mamilares do que mulheres com pele escura nunca se confirmou³.

Prevenção

Dor para amamentar é uma importante causa de desmame e, por isso, sua prevenção é primordial, o que pode ser conseguido com as seguintes medidas⁸:

- amamentar com técnica correta;
- manter os mamilos secos, expondo-os ao ar livre ou à luz solar e trocar com frequência os forros utilizados quando há vazamento de leite;
- não usar produtos que retiram a proteção natural do mamilo, como sabões, álcool ou qualquer produto secante;
- amamentar em livre demanda – a criança que é colocada no peito assim que dá sinais de que quer mamar vai ao peito com menos fome, com menos chance de sugar com força excessiva;
- ordenhar manualmente a aréola antes da mamada se ela estiver ingurgitada, o que aumenta sua flexibilidade, permitindo uma pega adequada;
- se for preciso interromper a mamada, introduzir o dedo indicador ou mínimo pela comissura labial da boca do bebê, de maneira que a sucção seja interrompida antes de a criança ser retirada do seio;
- evitar o uso de protetores (intermediários) de mamilo.

Tratamento

Uma vez instalados, traumas mamilares são extremamente dolorosos e com frequência são a porta de entrada para bactérias. Por isso, além de corrigir o problema que está causando a dor mamilar (na maioria das vezes, má pega), faz-se necessário intervir para aliviar a dor e promover a cicatrização das lesões o mais rápido possível.

Em primeiro lugar, deve-se orientar as seguintes medidas de conforto, que visam minimizar o estímulo aos receptores da dor localizados na derme do mamilo e da aréola⁸:

- iniciar a mamada pela mama menos afetada;
- ordenhar um pouco de leite antes da mamada, o suficiente para desencadear o reflexo de ejeção de leite, evitando, dessa maneira, que a criança tenha que sugar muito forte no início da mamada para desencadear o reflexo;
- alternar diferentes posições de mamadas, reduzindo a pressão nos pontos dolorosos ou tecidos danificados;
- usar “protetores de seios” (alternativamente, pode-se utilizar um coador de plástico pequeno, sem o cabo) entre as mamadas, eliminando a fricção da área traumatizada com a roupa (esse dispositivo, no entanto, favorece a drenagem espontânea de leite, o que torna o tecido mais vulnerável a macerações; por isso, essa recomendação deve ser avaliada em cada caso, pesando-se os riscos e os benefícios);
- analgésicos sistêmicos via oral, se necessário.

É importante ressaltar que limitar a duração das mamadas não tem efeito na prevenção ou no tratamento do trauma mamilar⁹.

Existem duas categorias de tratamento para acelerar a cicatrização dos traumas mamilares: tratamento seco e

tratamento úmido⁸. O tratamento seco de fissuras mamilares (banho de luz, banho de sol, secador de cabelo), bastante popular nas últimas décadas, não tem sido mais recomendado porque se acredita que a cicatrização de feridas é mais eficiente se as camadas internas da epiderme (expostas pela lesão) se mantiverem úmidas. Por isso, atualmente tem-se recomendado o tratamento úmido das fissuras (uso do próprio leite materno, cremes e óleos apropriados), com o objetivo de formar uma camada protetora que evite a desidratação das camadas mais profundas da epiderme⁸. Embora não haja estudos respaldando o uso do leite materno ordenhado após as mamadas no tratamento das fissuras, essa conduta tem sido recomendada por especialistas devido às propriedades anti-infecciosas do leite materno, o que, pelo menos em teoria, ajudaria a prevenir uma importante complicação das fissuras, que é a mastite¹⁰. Embora não haja estudos que comprovem a sua eficácia, alguns especialistas recomendam o uso de cremes à base de vitamina A e D, lanolina anidra modificada e cremes ou pomadas com corticóide, este último para as fissuras mais graves, desde que afastada infecção por fungos ou bactérias^{8,10}. Os corticóides citados na literatura são mometasona 0,1% (hidrocorticóide sintético) e propionato de halobetasol.

Um ensaio clínico randomizado comparou quatro diferentes estratégias para o tratamento de fissuras: lanolina modificada, compressas de água morna, leite materno ordenhado e apenas educação. O estudo concluiu não haver diferença entre os diferentes tratamentos quanto à intensidade da dor e à manutenção da amamentação¹¹. Já outro estudo mostrou ser a lanolina modificada útil no alívio da dor nos mamilos, principalmente entre o sexto e 10º dias pós-parto¹².

Uma prática que se tornou popular em alguns locais do Brasil é o uso de chá no tratamento das fissuras. Essa prática não encontra respaldo na literatura, uma vez que há pelo menos dois estudos que mostram que o uso de saquinho é tão efetivo quanto o uso de compressas com água morna^{13,14}. Estas, devido à vasodilatação, podem trazer algum conforto para a mãe com dor nos mamilos. O ácido tânico presente no chá pode, na realidade, causar dano aos mamilos.

Existem muitas práticas populares que visam acelerar a cura das fissuras mamilares, como o uso de casca de banana e de mamão. Essas práticas devem ser evitadas até que haja estudos indicando sua eficácia e inocuidade. Novak et al. encontraram níveis significativos de microorganismos potencialmente patogênicos na casca de banana, o que pode favorecer o início de um processo infeccioso se as cascas forem aplicadas sobre as fissuras¹⁵.

Infecção mamilar por *Staphylococcus aureus*

Infecção secundária do mamilo lesionado é bastante comum, sobretudo pelo *Staphylococcus aureus*. Um estudo demonstrou que 54% das mães com crianças menores de 1 mês, com mamilos fissurados e com dor moderada a grave tinham cultura positiva para *S. aureus*¹⁶.

Havendo suspeita de infecção por *S. aureus*, recomenda-se o uso tópico de mupirocina a 2% ou mesmo tratamen-

to sistêmico com antibióticos¹⁶. Um estudo demonstrou que a antibioticoterapia sistêmica (dicloxacilina) foi o tratamento mais eficaz para infecção mamilar com *S. aureus* quando comparado com outras formas de tratamento: orientação para melhorar a técnica da amamentação, mupirocina tópica e ácido fusídico tópico. O tratamento não só foi superior quanto à regressão dos sintomas, como também foi preventivo para o aparecimento de mastite: 25% das mães com infecção mamilar por *S. aureus* não tratadas com antibióticos sistêmicos desenvolveram mastite, enquanto que apenas 5% das tratadas apresentaram a doença¹⁷. Neifert preconiza que se pesem os riscos e os benefícios da antibioticoterapia sistêmica contra os riscos de um desmame precoce devido à dor persistente nos mamilos e à morbidade associada com mastite puerperal¹⁸.

Candidíase

A infecção da mama por *Candida albicans* no puerpério é bastante comum. A infecção pode ser superficial ou atingir os ductos lactíferos, e costuma ocorrer na presença de mamilos úmidos (cândida cresce em meio com carboidrato) e com lesão. Candidíase vaginal, uso de antibióticos, contraceptivos orais e esteróides e uso de chupeta contaminada aumentam o risco de candidíase mamária¹⁹. Com frequência é a criança quem transmite o fungo, mesmo sendo assintomática.

A infecção por cândida costuma se manifestar por prurido, sensação de queimadura e “fisgadas” nos mamilos, que persistem após as mamadas. Os mamilos costumam estar vermelhos e brilhantes. Algumas mães se queixam de ardência e fisgadas dentro das mamas. É muito comum a criança apresentar crostas brancas orais, que devem ser distinguidas das crostas de leite (estas últimas são removidas sem deixar área cruenta).

Prevenção

Uma vez que o fungo cresce em meio úmido, quente e escuro, são medidas preventivas contra a instalação de cândida manter os mamilos secos e arejados e expô-los à luz por alguns minutos ao dia.

Tratamento

Mãe e bebê devem ser tratados simultaneamente, mesmo que a criança não apresente sinais de monilíase. O tratamento inicialmente é tópico, com nistatina, clotrimazol, miconazol ou cetoconazol por 2 semanas. As mulheres podem aplicar o creme após cada mamada, e o mesmo não precisa ser removido antes da próxima mamada. Um grande número de espécies de cândida são resistentes à nistatina. Violeta de genciana 0,5 a 1% pode ser usada nos mamilos/aréolas e na boca da criança uma vez por dia por 3 a 4 dias. Se o tratamento tópico não for eficaz, recomenda-se fluconazol oral sistêmico por 14 a 18 dias^{3,20}.

Além do tratamento específico contra o fungo, algumas medidas gerais são úteis durante o tratamento, como enxaguar os mamilos e secá-los ao ar após as mamadas e expor os mamilos à luz por pelo menos alguns minutos por

dia. As chupetas e bicos de mamadeira são uma fonte importante de reinfecção; por isso, caso não seja possível eliminá-los, eles devem ser fervidos por 20 minutos pelo menos uma vez ao dia³.

Fenômeno de Raynaud

O fenômeno de Raynaud, uma isquemia intermitente causada por vasoespasmos que usualmente ocorre nos dedos das mãos e dos pés, também pode acometer os mamilos. Em geral ocorre em resposta à exposição ao frio, compressão anormal do mamilo na boca da criança ou trauma mamilar importante. Porém, nem sempre a causa é identificada. Os vasoespasmos podem causar palidez dos mamilos (por falta de irrigação sanguínea) e costumam ser muito dolorosos. Podem manifestar-se antes, durante ou depois das mamadas, mas é mais comum que ocorram depois das mamadas, provavelmente porque em geral o ar é mais frio do que a boca da criança. Muitas mulheres relatam dor em “fisgadas” ou sensação de queimação enquanto o mamilo está pálido, e por isso muitas vezes essa condição é confundida com candidíase, embora a infecção fúngica por si só possa levar ao fenômeno de Raynaud. Os espasmos, com a dor característica, duram segundos ou minutos, mas a dor pode durar 1 hora ou mais. É comum haver uma seqüência de espasmos com repousos curtos. Algumas medicações, como fluconazol e contraceptivos orais, podem agravar os vasoespasmos²¹.

Tratamento

O manejo consiste em tratar a causa básica que está levando ao vasoespasmos no mamilo. Compressas mornas podem aliviar a dor. Quando a dor é importante e não há melhora com as medidas já citadas (o que é raro), pode-se utilizar alguns medicamentos, embora faltem estudos que embasem cientificamente sua indicação. Entre eles encontram-se: nifedipina (5 mg, três vezes ao dia, por 1 a 2 semanas, ou 30 mg uma vez ao dia, para a formulação de liberação lenta), vitamina B6 (200 mg/dia, uma vez ao dia, por 4 a 5 dias, e depois 50mg/dia por mais 1 a 2 semanas), suplementação com cálcio (2.000 mg/dia), suplementação com magnésio (1.000 mg/dia) e ibuprofeno^{21,22}.

Bloqueio de ductos lactíferos

O bloqueio de ductos lactíferos ocorre quando o leite produzido numa determinada área da mama por alguma razão não é drenado adequadamente (não é necessária uma obstrução sólida). Isso ocorre com frequência quando a mama não está sendo esvaziada adequadamente, como quando a amamentação é infreqüente ou quando a criança apresenta sucção inefetiva. Pode ocorrer também quando existe pressão local em uma área, como, por exemplo, um sutiã muito apertado, ou como consequência do uso de cremes nos mamilos.

Tipicamente, o bloqueio se manifesta pela presença de nódulos mamários sensíveis e dolorosos numa mãe sem outras doenças da mama. Pode haver dor, calor e eritema na área comprometida, não acompanhados de febre alta. Às

vezes, essa condição está associada a um pequeno, quase imperceptível ponto branco na ponta do mamilo, que pode ser muito doloroso durante as mamadas⁴.

Prevenção

Qualquer medida que favoreça o esvaziamento completo da mama irá atuar na prevenção do bloqueio de ductos lactíferos. Assim, técnica correta de amamentação e mamadas freqüentes diminuem esta complicação, assim como usar sutiã que não bloqueie a drenagem do leite e não usar cremes desnecessários nos mamilos.

Tratamento

Na presença de bloqueio de ducto, fazem-se necessárias as seguintes medidas para desbloqueá-lo:

- amamentar com freqüência;
- utilizar distintas posições para amamentar, oferecendo primeiramente a mama afetada, com o queixo do bebê direcionado para a área afetada, o que facilita a retirada do leite da área;
- calor local e massagens suaves da região atingida, na direção do mamilo, antes e durante as mamadas;
- ordenhar a mama caso a criança não esteja conseguindo esvaziá-la.

Caso haja o ponto esbranquiçado na ponta do mamilo, ele pode ser removido esfregando-o com uma toalha ou com uma agulha esterilizada⁴.

Mastite

Mastite é um processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama (o mais comumente afetado é o quadrante superior esquerdo) que pode ou não progredir para uma infecção bacteriana. Ela ocorre mais comumente na segunda e terceira semanas após o parto e raramente após a 12ª semana⁴. Inicialmente, há um aumento da pressão intraductal por estase do leite (um ducto bloqueado com freqüência é o precursor da mastite), com conseqüente achatamento das células alveolares e formação de espaços entre as células. Por esse espaço passam alguns componentes do plasma para o leite (particularmente imunoproteínas e sódio) e do leite para o tecido intersticial, em especial citocinas, induzindo uma resposta inflamatória e, na maioria das vezes, envolvendo o tecido conjuntivo interlobular. O leite acumulado, a resposta inflamatória e o dano tecidual resultante favorecem a instalação da infecção, comumente pelo *Staphylococcus (aureus e albus)* e ocasionalmente pela *Escherichia coli* e *Streptococcus* (α -, β - e não-hemolítico), sendo as fissuras, na maioria das vezes, a porta de entrada da bactéria⁴.

Qualquer fator que favoreça a estagnação do leite materno predispõe ao aparecimento de mastite, incluindo mamadas com horários regulares, redução súbita no número de mamadas, longo período de sono do bebê à noite, uso de chupetas ou mamadeiras, não esvaziamento completo das mamas, freio de língua curto, criança com sucção débil, produção excessiva de leite, separação entre mãe e bebê e desmame abrupto⁴. A fadiga materna é tida como um

facilitador para a instalação da mastite²³. As mulheres que já tiveram mastite na lactação atual ou em outras lactações são mais susceptíveis a desenvolver outras mastites, em função do rompimento da integridade da junção entre as células alveolares²³.

Na mastite, a parte afetada da mama encontra-se dolorosa, hiperemiada, edemaciada e quente. Quando há infecção, há manifestações sistêmicas importantes, como mal-estar, febre alta (acima de 38 °C) e calafrios. Há um aumento dos níveis de sódio e cloreto no leite e uma diminuição dos níveis de lactose, o que deixa o leite mais salgado, podendo ser rejeitado pela criança. Geralmente, a mastite é unilateral, mas também pode ser bilateral.

Nem sempre é possível distinguir a mastite infecciosa da não-infecciosa apenas pelos sinais e sintomas. Sempre que possível, recomenda-se a contagem de células e de colônias no leite para um diagnóstico mais preciso⁴. Uma amostra com mais de 10⁶ leucócitos e mais que 10³ bactérias por ml de leite caracteriza infecção; mais que 10⁶ leucócitos e menos que 10³ bactérias por ml, inflamação não-infecciosa; e menos que 10⁶ leucócitos e menos que 10³ bactérias por ml, apenas uma estase de leite²⁴. Sempre que possível, também, recomenda-se cultura do leite para determinar o microrganismo infectante, quando presente. Se a cultura não for viável como rotina, ela deve ser feita nas seguintes circunstâncias: não-resposta ao tratamento com antibióticos, mastite recorrente, mastite adquirida em ambiente hospitalar e nos casos graves⁴. A amostra do leite para cultura deve ser colhida com o mesmo rigor com que são colhidas outras amostras, como urina, por exemplo. Após lavagem da mama com água corrente e lavagem rigorosa das mãos com água e sabão, deve-se ordenhar o leite tendo cuidado para que o mamilo não toque no vidro de coleta, que deve estar esterilizado. Os primeiros 3 a 5 ml de leite devem ser descartados³.

Prevenção

As medidas de prevenção são as mesmas do ingurgitamento mamário, do bloqueio de ductos lactíferos e das fissuras, bem como manejo precoce dessas intercorrências.

Tratamento

O componente mais importante do tratamento da mastite é o esvaziamento adequado da mama por meio da manutenção da amamentação e retirada manual do leite após as mamadas, se necessário. Apesar da presença de bactérias no leite materno quando há mastite, a manutenção da amamentação está indicada por não oferecer riscos ao recém-nascido a termo sadio^{4,25}.

Antibioticoterapia está indicada na presença de um dos seguintes critérios: (1) contagem de células e de colônias e cultura no leite indicativas de infecção; (2) sintomas graves desde o início do quadro; (3) fissura mamilar visível; e (4) não-regressão dos sintomas após 12 a 24 horas da remoção efetiva do leite acumulado⁴. Como o *S. aureus* é a bactéria mais freqüentemente encontrada nas infecções, o antibiótico de escolha recai sobre os fármacos antiestafilocócicos

(dicloxacilina, amoxicilina, cefalosporinas, clindamicina ou eritromicina), devendo ser instituído o mais precocemente possível e mantido por 10 a 14 dias. Além da antibioticoterapia e do esvaziamento completo da mama comprometida, fazem parte do tratamento: repouso da mãe (de preferência no leite), analgésicos ou antiinflamatórios não-esteróides (como ibuprofeno) e líquidos abundantes. Compressas quentes antes das mamadas podem promover a drenagem do leite, e compressas frias após as mamadas ou nos intervalos podem aliviar os sintomas. Outras medidas úteis para minimizar o desconforto são iniciar a amamentação na mama não-afetada e usar um sutiã bem firme^{3,26}. Sendo a mastite uma situação muito dolorosa, com comprometimento do estado geral, suporte emocional deve sempre fazer parte do tratamento⁴. Não havendo melhora em 48 horas, deve-se investigar a presença de abscesso mamário.

Abscesso mamário

O abscesso mamário, em geral, é causado por mastite não tratada ou com tratamento tardio ou ineficaz. Ocorre em 5 a 10% das mulheres com mastite. O não-esvaziamento adequado da mama afetada pela mastite, que costuma ocorrer quando a amamentação naquela mama é interrompida, favorece o aparecimento de abscesso.

O abscesso pode ser identificado à palpação pela sensação de flutuação, porém nem sempre é possível confirmar ou excluir a presença de abscesso apenas pelo exame clínico. A ultra-sonografia pode confirmar a condição, além de indicar o melhor local para incisão ou aspiração.

Prevenção

Todo esforço deve ser feito para prevenir o abscesso mamário, já que essa condição pode comprometer futuras lactações em aproximadamente 10% dos casos. Abscessos muito grandes podem necessitar de ressecções extensas, podendo resultar em deformidades da mama, bem como comprometimento funcional. Qualquer medida que previna o aparecimento de mastite (assim como a instituição precoce do tratamento da mastite, se ela não puder ser prevenida) conseqüentemente vai prevenir o abscesso mamário.

Tratamento

O tratamento do abscesso consiste em esvaziamento do mesmo por meio de drenagem cirúrgica ou aspiração. Aspirações repetidas teriam a vantagem de ser menos dolorosas e mutilantes do que a incisão e drenagem, podendo ser feitas com anestesia local. Apesar da presença de bactérias no leite materno quando há abscesso, a manutenção da amamentação está indicada por não oferecer riscos ao recém-nascido a termo sadio^{4,25}. A manutenção da lactação é importante, inclusive para o tratamento da condição, e há vários estudos que demonstram que a amamentação é segura para o bebê mesmo na presença de *Staphylococcus aureus*⁴.

Havendo necessidade de interromper a lactação na mama afetada, esta deve ser esvaziada regularmente, e a amamentação deve ser mantida na mama sadia.

Galactocele

Galactocele é o nome dado à formação cística nos ductos mamários contendo fluido leitoso. O líquido, que no início é fluido, adquire posteriormente um aspecto viscoso, que pode ser exteriorizado através do mamilo. Acredita-se que a galactocele seja causada por um bloqueio de ducto lactífero. Ela pode ser palpada como uma massa lisa e redonda, mas o diagnóstico é feito por aspiração ou ultra-sonografia. O tratamento é feito com aspiração. No entanto, com freqüência, a formação cística deve ser extraída cirurgicamente, porque o cisto enche novamente após a aspiração⁴.

Baixa produção de leite

Com o nascimento da criança e a expulsão da placenta, há uma queda drástica nos níveis sanguíneos maternos de progesterona, com a conseqüente liberação de prolactina pela pituitária anterior, que estimula a lactogênese fase II e inicia a secreção do leite. Há também a liberação de ocitocina pela pituitária posterior, a qual age na contração das células mioepiteliais que envolvem os alvéolos, provocando a saída do leite. Inicialmente, a síntese do leite é controlada basicamente pela ação hormonal, e a "descida do leite", que costuma ocorrer até o terceiro ou quarto dia pós-parto, ocorre mesmo que a criança não esteja sugando. A partir de então, inicia-se a fase III da lactogênese, conhecida como galactopoiese. Essa fase, que vai perdurar até o final da lactação, é de controle autócrino e depende basicamente do esvaziamento da mama. Portanto, é a qualidade e a quantidade de sucção da criança que passam a governar a síntese do leite materno. Com a sucção e a transferência do leite para a criança, o hipotálamo inibe a liberação de dopamina, que é um fator inibidor da prolactina; essa queda nos níveis de dopamina estimula a liberação de prolactina, que promoverá a secreção láctea. A integridade do eixo hipotálamo-hipófise, regulando os níveis de prolactina e ocitocina, é essencial tanto para o início como para a manutenção da síntese láctea. A liberação da ocitocina pode ocorrer também em resposta a estímulos condicionados, tais como visão, cheiro e choro da criança, e a fatores de ordem emocional, como motivação, autoconfiança e tranquilidade. Por outro lado, a dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo e a falta de autoconfiança podem inibir o reflexo de ejeção do leite, prejudicando a lactação²⁷.

A secreção de leite aumenta de menos de 100 ml/dia no início para aproximadamente 600 ml no quarto dia, em média²⁸. O volume de leite produzido na lactação já estabelecida varia de acordo com a demanda da criança. Em média, é de 850 ml por dia na amamentação exclusiva. A taxa de síntese de leite após cada mamada varia, sendo maior quando a mama é esvaziada com freqüência²⁹. Em geral, a capacidade de produção de leite da mãe é maior que o apetite de seu filho.

A capacidade de armazenamento da mama varia entre as mulheres e pode variar entre as duas mamas de uma mesma mulher. Ela tende a aumentar com o tamanho da

mama, mas não tem relação com a produção de leite em 24 horas. No entanto, pode ser importante na determinação da frequência das mamadas. Assim, crianças de mães com menor capacidade de armazenamento satisfazem a sua demanda mamando com mais frequência³⁰.

A grande maioria das mulheres tem condições biológicas de produzir leite suficiente para atender a demanda de seu filho. No entanto, "leite fraco" ou "pouco leite" é o argumento mais freqüentemente citado para a introdução de complementos, que pode culminar com o desmame. A queixa de "pouco leite" muitas vezes é uma percepção errônea da mãe, alimentada pela insegurança quanto à sua capacidade de nutrir plenamente o bebê, desconhecimento do comportamento normal de um bebê (que costuma mamar com freqüência) e opiniões negativas de pessoas próximas. A percepção errônea da mãe muitas vezes leva à complementação da criança, que vai afetar negativamente a produção de leite, uma vez que a criança passa a sugar menos na mãe.

Quando há insuficiência de leite, o bebê não fica saciado após as mamadas, chora muito, quer mamar com freqüência, faz mamadas muito longas e não ganha peso adequadamente (< 20 g por dia). O número de micções por dia (menos que seis a oito) e evacuações infreqüentes, com fezes em pequena quantidade, secas e duras, são indicativos indiretos de pouco volume de leite ingerido. Os seguintes sinais são indicativos de que uma criança não está recebendo leite suficiente nas primeiras semanas de vida: perda de peso maior que 10% do peso de nascimento, não-

recuperação do peso de nascimento em até 2 semanas de vida, ausência de urina por 24 horas, ausência de fezes amarelas no final da primeira semana e sinais clínicos de desidratação³¹.

O esquema da Figura 1 ilustra o ciclo negativo que ocorre entre baixa ingestão e baixa produção de leite. Qualquer fator materno ou da criança que limite o esvaziamento das mamas pode causar uma diminuição na síntese do leite, por inibição mecânica e química. A remoção contínua de peptídeos supressores da lactação (*Feedback Inhibitor of Lactation* – FIL) do leite garante a reposição total do leite removido³². A má pega é a principal causa de remoção ineficiente do leite. Mamadas infreqüentes e/ou curtas, amamentação com horários predeterminados, ausência de mamadas noturnas, ingurgitamento mamário, uso de complementos e uso de chupetas e protetores de mamilo também podem levar a um esvaziamento inadequado das mamas. Outras situações menos freqüentes associadas com sucção ineficiente do bebê (lábio/palato leporino, freio da língua curto, micrognatia, macroglossia, atresia de cloana, uso de medicamentos na mãe ou na criança que deixe a criança sonolenta, asfixia neonatal, prematuridade, síndrome de Down, hipotireoidismo, disfunção neuromuscular, doenças do sistema nervoso central, padrão de sucção anormal), problemas anatômicos da mama (mamilos muito grandes, invertidos ou muito planos), doenças maternas (infecção, hipotireoidismo, diabetes não tratado, síndrome de Sheehan, tumor pituitário, doença mental), retenção de restos placentários,

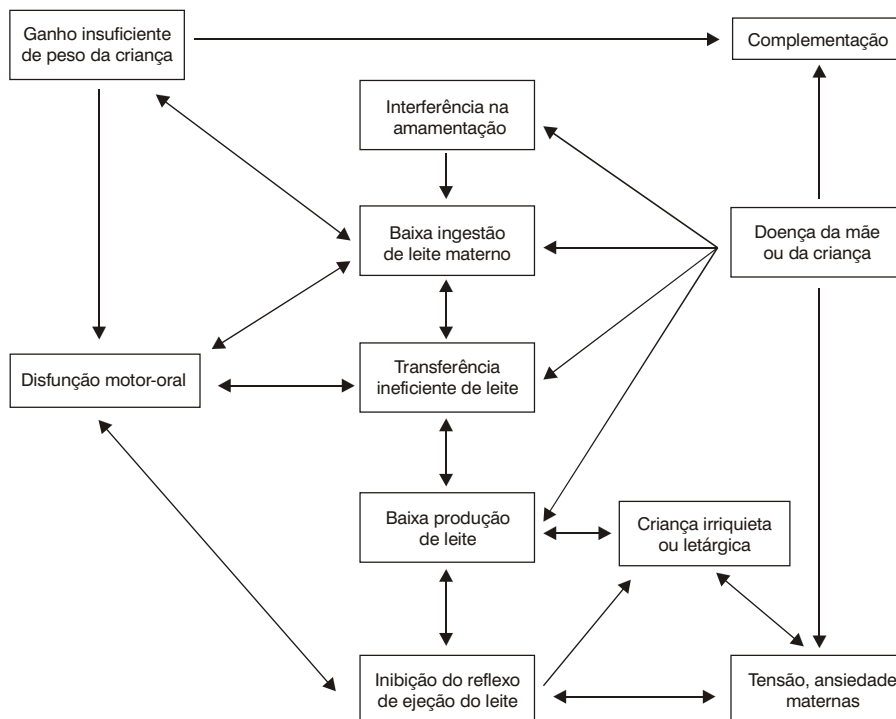


Figura 1 - Inter-relações entre as diversas variáveis que levam à baixa produção de leite, ganho insuficiente de peso da criança e complementação

fadiga materna, distúrbios emocionais, uso de medicamentos que provocam diminuição da síntese láctea, restrição dietética importante, redução cirúrgica das mamas, fumo e gravidez são possíveis determinantes da baixa produção de leite. Portanto, é fundamental uma história detalhada e uma observação cuidadosa das mamas para se descartar tais problemas³³.

Tratamento

Se a produção do leite parecer insuficiente para a criança, pelo baixo ganho ponderal na ausência de doenças, deve-se averiguar, em primeiro lugar, se, durante a amamentação, a criança está sendo posicionada corretamente e se a mesma apresenta uma boa pega. Para aumentar a produção de leite, as seguintes medidas são úteis:

- melhorar a pega do bebê, se necessário;
- aumentar a frequência das mamadas;
- oferecer as duas mamas em cada mamada;
- dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas;
- trocar de seio várias vezes numa mamada se a criança estiver sonolenta ou se não sugar vigorosamente;
- evitar o uso de mamadeiras, chupetas e protetores (intermediários) de mamilos;
- consumir dieta balanceada;
- ingerir líquidos em quantidade suficiente (lembrar que líquidos em excesso não aumentam a produção de leite, podendo até diminuir^{34,35});
- repousar.

Em alguns casos selecionados, quando as medidas citadas não funcionam, pode ser útil o uso de medicamentos. Os mais utilizados são domperidona e metoclopramida, antagonistas da dopamina, que aumentam os níveis de prolactina (ver o artigo "Uso de medicamentos durante a lactação", neste suplemento). A domperidona, largamente utilizada no Canadá e no México, tem a vantagem de não atravessar a barreira hemato-encefálica, o que a torna mais segura do que a metoclopramida, com menos paraféitos, podendo ser utilizada por tempo indeterminado. No entanto, essas drogas aparentemente não estimulam a secreção láctea quando os níveis de prolactina já estão suficientemente altos ou quando há insuficiência de tecido glandular³⁶.

Referências

1. Newton M, Newton NR. Postpartum engorgement of the breast. *Am J Obstet Gynecol.* 1951;61:664-7.
2. Almeida JAG. Amamentação. Um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
3. Biancuzzo M. Maternal physical assessment and counseling. In: *Breastfeeding the newborn.* St. Louis: Mosby; 1999. p. 226-304.
4. World Health Organization. *Mastitis. Causes and management.* Geneva: World Health Organization; 2000.
5. Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Treatments for breast engorgement during lactation (Cochrane review). *The Cochrane Library.* Oxford: Update Software; 2003.
6. Smith A, Heads J. Breast pathology. In: Walker M, editor. *Core curriculum for lactation consultant practice.* Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2002. p. 175-208.
7. Woolridge MW. The aetiology of sore nipples. *Midwifery.* 1986;:172-6.
8. Biancuzzo M. Sore nipples: prevention and problem solving. Herndon, USA: WMC Worldwide; 2000.
9. De Carvalho M, Robertson S, Klaus MH. Does the duration and frequency of early breast-feeding affect nipple pain? *Birth.* 1984;11:81-4.
10. Lawrence RA, Lawrence RM. Management of the mother-infant nursing couple. In: *Breastfeeding. A guide for the medical profession.* 5th ed. St. Louis: Mosby; 1999. p. 233-95.
11. Pugh LC, Buchko BL, Bishop BA, Cochran JF, Smith LR, Lerew DJ. A comparison of topical agents to relieve nipple pain and enhance breastfeeding. *Birth.* 1996;23:88-93.
12. Spangler A, Hildebrandt E. The effect of modified lanolin on nipple pain/damage during the first ten days of breastfeeding. *Int J Childbirth Educ.* 1993;8:15-8.
13. Buchko BL, Pugh LC, Bishop BA, Cochran JF, Smith LR, Lerew DJ. Comfort measures in breastfeeding, primiparous women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1994;23:46-52.
14. Lavergne NA. Does application of tea bags to sore nipples while breastfeeding provide effective relief? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1997;26:53-8.
15. Novak FR, Almeida JAG, Silva RS. Casca de banana: uma possível fonte de infecção no tratamento de fissuras mamilares. *J Pediatr (Rio J).* 2003;79:221-6.
16. Livingstone VH, Willis CE, Berkowitz J. *Staphylococcus aureus* and sore nipples. *Can Fam Physician.* 1996;42:89-99.
17. Livingstone V, Stringer LJ. The treatment of *Staphylococcus* infected sore nipples: a randomized comparative study. *J Hum Lact.* 1999;15:241-6.
18. Neifert MR. Breastmilk transfer: positioning, latch on, and screening for problems in milk transfer. *Clin Obstet Gynecol.* 2004;47:656-75.
19. Tanguay KE, McBean MR, Jain E. Nipple candidiasis among breastfeeding mothers: case control study of predisposing factors. *Can Fam Physician.* 1994;40:1407-13.
20. Mass S. Breast pain: engorgement, nipple pain and mastitis. *Clin Obstet Gynecol.* 2004;47:676-82.
21. Walker M. Maternal acute and chronic illness. In: Walker M, editor. *Core curriculum for lactation consultant practice.* Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2002. p. 213-4.
22. Newman J, Pitman T. *Sore nipples.* In: *Guide to breastfeeding.* Toronto: Harper Collins Publishers; 2000. p. 98-118.
23. Fetherston C. Risk factors for lactation mastitis. *J Hum Lact.* 1998;14:101-9.
24. Thomsen AC, Espersen T, Maigaard S. Course and treatment of milk stasis, noninfectious inflammation of the breast, and infectious mastitis in nursing women. *Am J Obstet Gynecol.* 1984;149:492-5.
25. American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. *Red Book 2000.* Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2000.
26. Valdés V, Sánchez AP, Labbok M. Problemas frequentes de aleitamento materno. In: *Manejo clínico da lactação.* Rio de Janeiro: Revinter; 1996. p. 54-68.
27. Riordan J. Anatomy and physiology of lactation. In: Riordan J, editor. *Breastfeeding and human lactation.* 3rd ed. Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2005. p. 67-95.
28. Berens PD. Applied physiology in the peripartum management of lactation. *Clin Obstet Gynecol.* 2004;47:643-55.
29. Cregan M, Hartmann PE. Computerized breast measurement from conception to weaning: clinical implications. *J Hum Lact.* 1999;15:89-96.
30. Daly SEJ, Hartmann PE. Infant demand and milk supply. Part 2. *J Hum Lact.* 1995;11:27-37.
31. Powers NG. How to assess slow growth in the breastfed infant. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48:345-63.
32. Wilde CJ, Prentice A, Peaker M. Breast-feeding: matching supply with demand in human lactation. *Proc Nutr Soc.* 1995;54:401-6.
33. Giugliani ERJ. Slow weight gain/failure to thrive. In: Walker M, editor. *Lactation Consultant Core Curriculum.* Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2001. p. 332-55.
34. Dusdieker LB, Stumbo PJ, Booth BM, Wilmoth RN. Prolonged maternal fluid supplementation in breast-feeding. *Pediatrics.* 1990;86:737-40.
35. Dusdieker LB, Booth BM, Stumbo PJ, Eichenberger JM. Effect of supplemental fluids on human milk production. *J Pediatr.* 1985;106:207-11.
36. Hale TW. Maternal medications during breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol.* 2004;47:696-711.

Correspondência:
Elsa Giugliani
Rua Itaboraí,1477
CEP 90670-030 – Porto Alegre, RS
Fone: (51) 3336.0282