

Alguns problemas podem ocorrer durante o aleitamento materno (AM). Se não forem prontamente identificados e tratados, podem ser importantes fontes de ansiedade e sofrimento, podendo culminar com a interrupção da amamentação. Este capítulo tem por objetivo abordar aspectos relevantes para a prevenção, o diagnóstico e o manejo dos principais problemas relacionados à amamentação.

## 7.1 Bebê que não suga ou tem sucção débil

Não é raro RN, aparentemente normais, não sugarem ou apresentarem sucção débil, ineficaz, logo após o nascimento. Essa condição pode durar poucas horas ou dias. As seguintes medidas são úteis para o adequado estabelecimento da amamentação:<sup>1</sup>

- Enquanto o bebê não estiver sugando vigorosamente, orientar a mãe a estimular suas mamas regularmente (no mínimo cinco vezes ao dia) por meio de ordenha manual ou por bomba de extração de leite. Isto garantirá a produção de leite e permitirá que o bebê receba leite de sua própria mãe.
- Se houver resistência às tentativas de ser amamentado sem causa aparente, acalmar o bebê e a mãe, suspender o uso de bicos e chupetas e insistir nas mamadas por alguns minutos cada vez. Observar se o bebê sente dor quando posicionado para mamar.

---

**Alguns bebês nessa situação beneficiam-se se amamentados com a mãe reclinada, de maneira que a criança possa ser colocada sobre o corpo da mãe, verticalmente, sem receber apoio (pressão) nas costas e cabeça.**

---

- Se o bebê não consegue pegar a aréola adequadamente ou não consegue manter a pega, observar se ele está bem posicionado, se abre bem a boca, se as mamas estão muito tensas, ingurgitadas, ou se os mamilos são invertidos ou muito planos. O manejo vai depender do problema detectado.

- Se após alguns segundos do início da mamada o bebê larga a mama e chora, considerar se ele está bem posicionado, se o fluxo de leite é muito intenso ou se ele está recebendo mamadeira. Como o leite da mamadeira flui facilmente desde a primeira sucção, a criança pode estranhar a demora de um fluxo maior de leite no início da mamada, pois o reflexo de ejeção do leite leva aproximadamente um minuto para ser desencadeado.
- Se o problema for dificuldade do bebê para sugar em apenas uma das mamas, isso pode ocorrer porque existe alguma diferença entre elas (mamilos, fluxo de leite, ingurgitamento), ou a mãe não consegue posicionar adequadamente o bebê em um dos lados, ou, ainda, o bebê sente dor numa determinada posição (devido à fratura de clavícula, por exemplo). Nessa situação, deve-se colocar o bebê para mamar na mama “recusada” utilizando a posição de “jogador de futebol americano” (bebê apoiado no braço do mesmo lado da mama a ser oferecida, corpo da criança mantido na lateral, abaixo da axila, com a mão da mãe apoiando a cabeça da criança). Se o bebê continuar a recusar uma das mamas, é possível manter a amamentação exclusiva utilizando apenas uma delas.



Figura 15 - Posição "jogador de futebol americano"

Exercícios simples com o bebê, como a introdução do dedo mínimo na sua boca, com a ponta tocando na junção do palato duro com o palato mole, podem estimulá-lo a sugar. A mãe deve ser orientada a fazer esses exercícios com o seu bebê.

É importante lembrar que medicamentos anestésicos administrados à mãe durante o trabalho de parto podem eventualmente provocar sedação do RN.

**Existem relatos de que bebês de mães que receberam analgesia de parto, inclusive peridural, têm mais dificuldade para iniciar a amamentação.<sup>2</sup>**

Alguns RN podem apresentar movimentos orais atípicos (disfunções orais) durante as mamadas, que podem causar dificuldades no estabelecimento do AM. Essas desordens da sucção são decorrentes de alterações transitórias do funcionamento oral do bebê ou de

características anatômicas que dificultam o encaixe adequado entre a boca do bebê e a mama da mãe. As mais comuns são reflexo de procura e sucção débeis, lábios invertidos na pega da mama, padrão mordedor, tensão oral excessiva, língua posteriorizada e língua hipertônica em posição alta na cavidade oral.

Essas disfunções são corrigidas com treinamento oral, utilização de exercícios e manobras específicas, e ajustes aplicados na região orofacial, modificando o funcionamento oral durante a mamada, o que requer a atuação de profissional especializado.<sup>3</sup>

## 7.2 Demora na apojadura

Em algumas mulheres a “descida do leite” ou apojadura só ocorre alguns dias após o parto. Nesses casos, recomenda-se:

- Tranquilizar a mãe.
- Orientar medidas de estimulação da mama como sucção frequente do bebê e ordenha.

---

Utilizar sistema de nutrição suplementar (translactação), o qual consiste de um recipiente (copo ou xícara) contendo leite (de preferência leite humano pasteurizado), colocado na altura das mamas da mãe e conectado ao mamilo através de uma sonda. A criança, ao sugar o mamilo, recebe o suplemento. Dessa maneira o bebê continua a estimular a mama e sente-se gratificado ao sugar o seio da mãe e ser saciado.

---

## 7.3 Mamilos planos ou invertidos

Mamilos planos ou invertidos podem dificultar o início da amamentação, mas não necessariamente a impedem, pois o bebê pode fazer o “bico” com a aréola.

---

Para comprovar se os mamilos são invertidos pressiona-se a aréola entre o polegar e o dedo indicador: se o mamilo for invertido, ele se retrai; caso contrário, não é mamilo invertido.

---

Para a mãe que tem mamilos planos ou invertidos conseguir amamentar com sucesso, é fundamental que receba ajuda logo após o nascimento do bebê. As medidas a serem tomadas são:

- Transmitir à mãe que com paciência e perseverança o problema poderá ser superado e que com a sucção do bebê os mamilos vão se tornando mais propícios à amamentação.
- Orientar as mães a ordenhar seu leite enquanto o bebê não sugar efetivamente, para manter a produção do leite e deixar as mamas macias, facilitando a pega. O leite ordenhado deve ser oferecido ao bebê, de preferência em copinho.
- Auxiliar a mãe quando o bebê não consegue abocanhar o mamilo e parte da aréola, orientando técnicas que favoreçam a pega. É muito importante que a aréola esteja macia.

- Tentar diferentes posições para ver em qual delas a mãe e o bebê adaptam-se melhor.
- Orientar a mãe para utilizar manobras que podem ajudar a aumentar o mamilo antes das mamadas, tais como simples estímulo manual do mamilo, compressas frias nos mamilos e sucção com bomba manual ou seringa de 10 ou 20mL adaptada (cortada para eliminar a saída estreita e com o êmbolo inserido na extremidade cortada). Recomenda-se essa técnica antes das mamadas e também nos intervalos. O mamilo deve ser mantido em sucção por 30 a 60 segundos, ou menos se houver desconforto. A sucção não deve ser muito vigorosa para não causar dor ou mesmo machucar os mamilos.
- **Excepcionalmente** pode se lançar mão dos intermediários de silicone, quando todas as tentativas de fazer a criança sugar na mama se mostraram ineficientes. Tal artefato deve ser utilizado pelo menor tempo possível, enquanto o problema está sendo resolvido, pois a criança pode se tornar dependente de seu uso. Para que não haja interferência na transferência do leite da mama para a criança e nos níveis maternos de prolactina, recomenda-se o uso de intermediários com camada fina de silicone. Deve-se evitar intermediários mais espessos, de borracha ou de látex.

## 7.4 Ingurgitamento mamário

Ingurgitamento discreto é um sinal positivo de que o leite está “descendo”, não sendo necessária qualquer intervenção. No ingurgitamento patológico, a mama fica excessivamente distendida, o que causa grande desconforto, às vezes acompanhado de febre e mal-estar. Pode haver áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, e o leite muitas vezes não flui com facilidade, devido ao edema e à viscosidade aumentada do leite represado.

As medidas a serem adotadas no manejo do ingurgitamento mamário incluem:<sup>4</sup>

- Ordenha manual da aréola, se estiver tensa, antes da mamada, para que fique macia, facilitando a pega adequada do bebê. A ordenha deve ser delicada.
- Mamadas frequentes, sem horários pré-estabelecidos (livre demanda).
- Massagens delicadas das mamas, com movimentos circulares, particularmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento; elas fluidificam o leite viscoso acumulado, facilitando sua retirada, e são importantes estímulos do reflexo de ejeção do leite.
- Uso de analgésicos sistêmicos. Ibuprofeno é considerado o mais efetivo, auxiliando também na redução da inflamação e do edema.<sup>5</sup> Paracetamol ou dipirona podem ser usados como alternativas.
- Suporte para as mamas, com o uso ininterrupto de sutiã com alças largas e firmes, para alívio da dor e manutenção dos ductos em posição anatômica.

- Compressas frias (ou gelo envolto em tecido) nas mamas nos intervalos ou logo após as mamadas; em situações de maior gravidade, podem ser feitas de 2 em 2 horas.

---

**Importante: o tempo de aplicação das compressas frias não deve ultrapassar 20 minutos, devido à possibilidade de efeito rebote.**

---

- Se o bebê não sugar, a mama deve ser ordenhada manualmente ou com bomba de extração de leite. O esvaziamento da mama é essencial para dar alívio à mãe, diminuir a pressão dentro dos alvéolos, aumentar a drenagem da linfa e do edema e não comprometer a produção do leite, além de prevenir a ocorrência de mastite.

---

São medidas eficazes na **prevenção** do ingurgitamento mamário:

- Início do AM logo após o parto.
  - Amamentação em livre demanda.
  - Técnica de amamentação adequada.
  - Abstenção do uso de suplementos (água, chás e outros tipos de leite).
- 

## 7.5 Trauma mamilar

Eritema, edema, fissuras, bolhas, manchas brancas, amarelas ou escuras, hematomas ou equimoses são as diversas manifestações do trauma mamilar, cujas causas mais comuns são posicionamento e/ou pega inadequados durante as mamadas. Outras causas incluem mamilos curtos, planos ou invertidos, disfunções orais na criança, frênilo lingual excessivamente curto, sucção não nutritiva prolongada e uso impróprio de bombas de extração de leite.

Fazem parte do manejo dos traumas mamilares:<sup>6</sup>

- Início da mamada pela mama menos afetada.
- Ordenha de 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.
- Uso de diferentes posições para amamentar, reduzindo a pressão nos pontos dolorosos ou áreas machucadas.
- Utilização de analgésicos sistêmicos por via oral, se necessário.
- Aplicação do próprio leite materno ordenhado nos mamilos machucados.

- É preciso ter cautela ao recomendar cremes, óleos e loções, pois podem causar alergias e, eventualmente, obstrução de poros lactíferos.
- O tratamento “seco” das fissuras (banho de luz, banho de sol, secador de cabelo) não tem sido mais recomendado porque, ao desidratar as camadas internas da epiderme (expostas pela lesão), pode dificultar a cicatrização.
- Para manter a hidratação dessas camadas, tem sido recomendado o uso tópico de lanolina anidra modificada, embora sejam limitados os estudos sobre a sua eficácia.
- Práticas de uso popular como o uso de chá e casca de banana ou mamão, entre outras, devem ser evitadas até que haja estudos indicando sua eficácia e inocuidade.

A **prevenção** de traumas mamilares é possível com as seguintes medidas:<sup>6</sup>

- Amamentação com técnica adequada (posicionamento e pega adequados).
- Cuidados para que os mamilos se mantenham secos, expondo-os ao ar livre ou à luz solar, e trocas frequentes dos forros utilizados quando há vazamento de leite.
- Restrição ao uso de produtos que retiram a proteção natural do mamilo, como sabões, álcool ou qualquer produto secativo.
- Amamentação em livre demanda. A criança que é colocada no seio materno assim que dá os primeiros sinais de que quer mamar vai ao peito com menos fome, e portanto com menos risco de sugar com força excessiva.
- Prevenção do ingurgitamento mamário.
- Ordenha manual da aréola antes da mamada se ela estiver ingurgitada, o que aumenta sua flexibilidade, permitindo uma pega adequada.
- Introdução do dedo indicador ou mínimo pela comissura labial da boca do bebê sempre que for preciso interromper a mamada, de maneira que a sucção seja interrompida antes de a criança ser retirada do seio.
- Restrição ao uso de protetores (intermediários) de mamilo, pois podem provocar trauma mamilar.
- Restrição ao uso de cremes e óleos, os quais podem causar reações alérgicas nos mamilos.

## 7.6 Candidíase (monilíase)

A infecção da mama por *Candida sp* no puerpério é bastante comum. A infecção pode atingir só a pele do mamilo e da aréola ou comprometer os ductos lactíferos. Costuma manifestar-se por prurido, sensação de queimadura e dor em agulhadas nos mamilos, que persistem após as mamadas. A pele do mamilo e da aréola pode apresentar-se avermelhada, brilhante ou apenas irritada ou com fina descamação; raramente se observam placas esbranquiçadas. Algumas mães queixam-se de ardência e dor em agulhadas *dentro* das mamas. É muito comum a criança apresentar crostas brancas na cavidade oral, que devem ser distinguidas das crostas de leite (estas últimas são removidas com facilidade sem machucar a língua ou gengivas).

Fazem parte do manejo da candidíase mamilar / mamária:<sup>7</sup>

- Tratamento simultâneo da mãe e do bebê, mesmo que a criança não apresente sinais evidentes de candidíase.
- Uso tópico de nistatina, clotrimazol, miconazol ou cetoconazol por duas semanas. Lembrar que um grande número de espécies de *Candida* é resistente à nistatina. Violeta de genciana a 0,5% pode ser usada nos mamilos da mãe e aréolas e na boca da criança uma vez por dia por 3 a 4 dias.
- Uso materno de cetoconazol por via oral 200mg/dia, por 10 a 20 dias, se o tratamento tópico não for eficaz.
- Medidas gerais, como enxaguar os mamilos e secá-los ao ar após as mamadas; expor os mamilos à luz por pelo menos alguns minutos por dia; eliminar uso de chupetas e bicos de mamadeira ou fervê-los por 20 minutos pelo menos uma vez ao dia, quando não for possível a sua retirada.

São **medidas preventivas** contra a instalação de candidíase:

- Manter os mamilos secos e arejados.
- Expor os mamilos à luz por alguns minutos ao dia.
- Prevenir trauma mamilar.

## 7.7 Fenômeno de Raynaud

O fenômeno de Raynaud é uma isquemia intermitente causada por vasoespasma decorrente da exposição ao frio, compressão anormal do mamilo pela boca da criança ou trauma mamilar importante. Manifesta-se inicialmente por palidez dos mamilos (por falta de irri-

gação sanguínea) e dor intensa antes, durante ou, mais comumente, depois das mamadas. A palidez é seguida de cianose e, a seguir, eritema. A dor característica em “fisgadas” ou a sensação de queimação costumam durar de alguns segundos a minutos, mas podem durar uma hora ou mais.

O manejo desta condição inclui:<sup>6</sup>

- Identificar e tratar a causa básica que está contribuindo para a isquemia do mamilo.
- Melhorar a técnica de amamentação (pega), quando esta for inadequada.
- Aplicar compressas mornas nos mamilos para alívio da dor.
- Quando a dor for intensa e não houver melhora com as medidas já citadas (o que é raro), prescrever para a mãe nifedipina, 5mg, 3 vezes ao dia, por 2 semanas ou 30 a 60mg, uma vez ao dia, se utilizada a formulação de liberação lenta. Algumas mães necessitam de 2 a 3 ciclos de tratamento para eliminar completamente os sintomas.
- Evitar o uso de drogas vasoconstritoras, tais como cafeína e nicotina.

## 7.8 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. Isso pode acontecer quando a amamentação é infrequente ou quando a criança não consegue remover o leite da mama de maneira eficiente. Pode ser causado também por aplicação de pressão localizada em uma área, como, por exemplo, pelo uso de um sutiã muito apertado, ou como consequência do uso de cremes nos mamilos, obstruindo os poros de saída do leite.

A mama com ductos lactíferos bloqueados apresenta-se com nódulos localizados, sensíveis e dolorosos. Há dor, vermelhidão e calor na área envolvida. Em geral, febre não faz parte do quadro clínico.

O manejo desta condição deve ser instituído precocemente e de maneira enérgica, para que o processo não evolua para mastite. As seguintes medidas são necessárias para o desbloqueio de um ducto lactífero:<sup>6</sup>

- Mamadas frequentes.

---

**Utilização de distintas posições para amamentar, oferecendo-se primeiramente a mama afetada, com o queixo do bebê direcionado para a área acometida, o que facilita a retirada do leite do local.**

---



- Calor local (compressas **mornas**) e massagens suaves na região atingida, em direção ao mamilo, antes e durante as mamadas.
- Ordenha da mama, manual ou com bomba de extração de leite, caso a criança não esteja conseguindo esvaziá-la.

Qualquer medida que favoreça o esvaziamento completo da mama auxiliará na **prevenção** do bloqueio de ductos lactíferos, como as descritas a seguir:

- Técnica adequada de amamentação.
- Mamadas frequentes, em livre demanda.
- Uso de sutiã que não bloqueie a drenagem do leite.
- Restrição ao uso de cremes nos mamilos.

## 7.9 Mastite

Mastite é um processo inflamatório que acomete um ou mais segmentos da mama, podendo progredir ou não para uma infecção bacteriana, mais comumente pelo *Staphylococcus (aureus e albus)*. Ocorre mais frequentemente na segunda e terceira semanas após o parto, e raramente após a 12ª semana.

Nem sempre é fácil distinguir a mastite infecciosa da não infecciosa apenas pelos sinais e sintomas. Em ambas, a parte afetada da mama encontra-se dolorosa, vermelha, edemaciada e quente. Quando há infecção, o quadro costuma estar acompanhado por mal-estar importante, febre alta (acima de 38° C) e calafrios.

**A produção de leite pode estar afetada na mama comprometida, com diminuição do volume secretado durante vários dias.<sup>6</sup> O sabor do leite materno costuma alterar-se, tornando-se mais salgado, o que pode ocasionar rejeição do leite pela criança.**

O tratamento da mastite deve ser instituído o mais precocemente possível, para que essa condição não evolua para abscesso mamário. Fazem parte do manejo da mastite:<sup>4</sup>

**Manutenção da amamentação. O esvaziamento adequado da mama, preferencialmente por intermédio de sucção pelo bebê, é o componente mais importante do tratamento.**

- Ordenha da mama se não houver esvaziamento adequado pelo bebê.
- **Antibioticoterapia**, quando houver sintomas graves já no início do quadro, fissura mamilar ou ausência de melhora dos sintomas após 12-24 horas da remoção efetiva do leite

acumulado. As opções são: cefalexina, 500mg, por via oral, de 6 em 6 horas; amoxicilina, 500mg ou amoxicilina associada ao ácido clavulânico (500mg/125mg), por via oral, de 8 em 8 horas; em pacientes alérgicas a essas drogas, eritromicina, 500mg, por via oral, de 6 em 6 horas. Em todos os casos, os antibióticos devem ser utilizados por, no mínimo, 10 dias, porque com tratamentos mais curtos há alta incidência de recorrência.

---

**Suspeitar de abscesso mamário se não houver regressão dos sintomas após 48 horas do início da antibioticoterapia.**

---

- Medidas gerais: suporte emocional; repouso da mãe (de preferência no leito); analgésicos ou anti-inflamatórios não-esteróides como ibuprofeno; início das mamadas pela mama não afetada; e uso de sutiã firme.

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, frênulo lingual curto, criança com sucção fraca, produção excessiva de leite, separação entre mãe e bebê e desmame abrupto. Assim, as medidas de prevenção da mastite são as mesmas do ingurgitamento mamário, do bloqueio de ductos lactíferos e das fissuras, bem como seu manejo precoce.

## 7.10 Abscesso mamário

---

**O abscesso mamário é, em geral, causado por mastite não tratada ou com tratamento iniciado tardiamente ou ineficaz. Também é comum após a interrupção da amamentação na mama afetada pela mastite sem seu adequado esvaziamento por meio de ordenha.**

---

O diagnóstico é feito basicamente pelo quadro clínico: dor intensa, febre, mal-estar, calafrios e presença de áreas de flutuação à palpação do local afetado. A ultrassonografia é um exame complementar importante para o diagnóstico dessa afecção, apesar de não ser habitualmente realizada.

Os abscessos mamários tratados inadequadamente podem evoluir para drenagem espontânea, necrose e perda de tecido mamário. Em casos de abscessos muito grandes, podem ser necessárias ressecções extensas, podendo resultar em deformidades da mama, bem como comprometimento funcional. Por isso, essa condição exige intervenção imediata, que compreende as seguintes medidas:

- Drenagem cirúrgica, de preferência sob anestesia local, com coleta de secreção para cultura e teste de sensibilidade a antibióticos.

- Demais condutas indicadas no tratamento da mastite infecciosa, sobretudo a antibioticoterapia e o esvaziamento regular da mama afetada.
- Interrupção da amamentação na mama afetada até que o abscesso tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada.<sup>8</sup>
- Manutenção da amamentação na mama sadia.
- O uso de drogas para supressão da lactação não está indicado quando as mães desejam continuar a amamentação.

A prevenção do abscesso mamário está intimamente relacionada à prevenção e tratamento adequado e precoce da mastite.

### 7.11 Galactocele

Galactocele é uma formação cística nos ductos mamários, contendo líquido leitoso, que no início é fluido, adquirindo posteriormente aspecto viscoso, e que pode ser exteriorizado pelo mamilo. Ela pode ser palpada como uma massa lisa e redonda, mas o diagnóstico é feito por punção aspirativa ou ultrassonografia. O tratamento consiste de aspiração. No entanto, com frequência há necessidade de remoção cirúrgica porque o cisto volta a ser preenchido após aspiração.

### 7.12 Reflexo exacerbado de ejeção do leite

Algumas mulheres têm reflexo de ejeção do leite exacerbado, o que pode provocar engasgos na criança. Ordenhar um pouco de leite antes da mamada até que o fluxo diminua geralmente é suficiente para o manejo do problema.

### 7.13 Pouco leite, leite “fraco”, hiperlactação

Apesar de a maioria das mulheres ter condições biológicas para produzir leite suficiente para atender à demanda de seus filhos, a queixa de pouco leite ou leite “fraco” é muito comum e deve ser valorizada e adequadamente manejada.

Muitas vezes, a percepção de produção de pouco leite ou leite “fraco” é fruto da insegurança materna quanto a sua capacidade de nutrir plenamente seu bebê. Essa insegurança, com frequência reforçada por pessoas próximas, faz com que o choro do bebê e as mamadas frequentes (que fazem parte do comportamento normal em bebês pequenos) sejam interpretados como sinais de fome.

Outra situação que pode levar à percepção errônea de “leite fraco” é o excesso de leite ou hiperlactação. Nesses casos, como a criança ingere grande quantidade de leite anterior, pouco calórico, pode voltar a sentir fome em intervalos muito curtos. Além disso, como o leite anterior é rico em lactose, o bebê pode apresentar sinais e sintomas que podem mimetizar intolerância à lactose.

### 7.13.1 Hiperlactação

A hiperlactação deve ser suspeitada na presença dos seguintes sinais e sintomas:

#### **Relativos às mamas:**

- Desconforto permanente.
- Enchimento muito rápido após esvaziamento.
- Dor profunda em agulhada.
- Presença de áreas sensíveis, firmes e nodulosas.
- Bloqueio de ductos crônico ou mastites.
- Dor intensa ao primeiro sinal de ejeção do leite.
- Reflexo de ejeção do leite exacerbado.
- Vazamento constante de leite entre as mamadas.
- Vazamento de leite na gestação.

#### **Relativos às crianças:**

- Engasgos ou tosse durante as mamadas.
- Leite escorrendo da boca durante as mamadas.
- Dificuldade em manter a pega durante as mamadas, com a criança largando o peito abruptamente, arqueando o corpo.
- Regurgitação.
- Flatulência, como resultado da fermentação da lactose e deglutição de ar devido ao rápido fluxo de leite.
- Fezes explosivas, esverdeadas, que podem causar irritação na área das fraldas.
- Ganho de peso insatisfatório ou bom ganho de peso no início com ganho de peso mais lento posteriormente.

No manejo dessa condição, existem as seguintes opções:

- Oferecer apenas uma das mamas em cada mamada, para que a criança a esvazie completamente. Se a criança quiser mamar novamente em um intervalo de tempo curto (uma hora, por exemplo), a mãe pode oferecer a mesma mama.
- Se houver desconforto na outra mama, a mãe deve ordenhar volume necessário apenas para obter conforto.

- Colocar a criança para mamar apenas depois de iniciar o reflexo de ejeção do leite, o que pode ser estimulado com ordenha. Isto diminui a intensidade do fluxo de leite na boca da criança.
- Colocar a criança para arrotar durante a mamada e deixar que descanse entre períodos de intenso fluxo de leite.
- Durante as mamadas, massagear as áreas que eventualmente estejam mais endurecidas e nodulosas.

### 7.13.2 Pouco leite

O profissional de saúde e as mães devem estar atentos aos períodos de aceleração do crescimento que toda criança experimenta, e que se caracterizam por um aumento da demanda por leite. Muitas vezes as mães, ao vivenciarem essa situação, acreditam que não estão sendo capazes de produzir leite suficiente para os seus bebês e tendem a suplementar com outros tipos de leite. Esses períodos, em geral, duram de 2 a 3 dias e costumam ocorrer entre 10 e 14 dias de vida, entre 4 e 6 semanas e em torno dos 3 meses.

O bebê apresenta alguns sinais quando há insuficiência de leite, tais como não ficar saciado após as mamadas, chorar muito, querer mamar com frequência e ficar muito tempo no peito nas mamadas. O número de vezes que a criança urina ao dia (menos que 6 a 8) e evacuações infrequentes, com fezes em pequena quantidade, secas e duras, são evidências indiretas de pouco volume de leite ingerido. Porém, o melhor indício de que a criança não está recebendo volume adequado de leite é a constatação, por meio do acompanhamento de seu crescimento, de que não está ganhando peso adequadamente.

Existem no leite materno substâncias específicas que inibem a produção de leite (peptídeos inibidores da lactação), e sua retirada, por meio do esvaziamento da mama, é que garante a reposição total do leite removido.

Qualquer fator materno ou da criança que limite o esvaziamento das mamas pode causar diminuição na produção do leite. A pega inadequada é a principal causa de remoção ineficaz do leite.

Mamadas infrequentes e/ou curtas, amamentação com horários pré-estabelecidos, ausência de mamadas noturnas, ingurgitamento mamário, uso de suplementos e uso de chupetas e protetores de mamilo também podem levar ao esvaziamento inadequado das mamas. Outras situações menos frequentes são possíveis determinantes de baixa produção de leite

tais como fenda labial ou palatina, frênulo lingual muito curto, micrognatia, macroglossia, uso de medicamentos/drogas pela mãe ou pela criança que deixem a criança sonolenta ou que reduzam a produção de leite (bromocriptina, cabergolina, estrogênios, progestogênicos, pseudoefedrina e, em menor grau, álcool e nicotina), 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 planos), doenças maternas (infecção, hipotireoidismo, diabetes não tratada, síndrome de Sheehan, tumor hipofisário, doença mental), retenção de restos placentários, fadiga materna, distúrbios emocionais, restrição dietética importante (perda de peso pela mãe maior que 500g por semana), redução cirúrgica das mamas, fumo e gravidez. São fundamentais a obtenção de uma história detalhada e a observação cuidadosa das mamadas para se descartar tais problemas.

É possível, com manejo adequado, aumentar a produção de leite. Para isso, recomendam-se as seguintes medidas:<sup>9</sup>

- Melhorar o posicionamento e a pega do bebê, quando não estiverem adequados.
- Aumentar a frequência das mamadas.
- Oferecer as duas mamas em cada mamada.
- Dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas.
- Trocar de mama 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.
- Ingerir líquidos em quantidade suficiente (lembrar que líquidos em excesso não aumentam a produção de leite, podendo até diminuí-la).
- Repousar.
- Usar medicamentos, em casos selecionados, quando as medidas citadas não produzirem o efeito desejado. Os mais utilizados são a domperidona (30mg, 3 vezes ao dia) e metoclopramida (10mg, 3 vezes ao dia por aproximadamente 1 ou 2 semanas), drogas que aumentam os níveis de prolactina. A domperidona tem a vantagem de não atravessar a barreira hematoencefálica, o que a torna mais segura do que a metoclopramida, com menos efeitos colaterais, podendo ser utilizada por tempo indeterminado.<sup>10</sup>

## Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a infância. **Iniciativa hospital amigo da criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um hospital amigo da criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/modulo3\\_ihac\\_alta.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/modulo3_ihac_alta.pdf). Acesso em: 28 out. 2009.
2. WIKLUND, I. et al. Epidural analgesia: breast-feeding success and related factors. **Midwifery**, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 31-38, 2009.
3. SANCHES, M. T. C. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 80, supl. 5, p. 155-162, 2004.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mastitis causes and management**: documento WHO/FHC/CAH/00.13. Genebra, 2000. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_FCH\\_CAH\\_00.13\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13_spa.pdf). Acesso em: 14 nov. 2010.
5. SNOWDEN, H. M.; RENFREW, M. J.; WOOLRIDGE, M. W. Treatments for breast engorgement during lactation (Cochrane review). In: **Cochrane Database Syst. Rev.** 2003.
6. WALKER, M. Maternal pathology: breast and nipple issues. In: **BREASTFEEDING management for the clinician: using the evidence**. Boston: Jones and Bartlett Publishers, , 2006. p. 365-409.
7. MASS, S. Breast pain: engorgement, nipple pain and mastitis. **Clin. Obstet. Gynecol.**, Philadelphia, U. S., v. 47, n. 3, p. 676-82, 2004.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes**. Geneva, 2009. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.01\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf). Acesso em: 14 nov. 2010.
9. GIUGLIANI, E. R. J. Slow weight gain and failure to thrive. In: MANNEL, R. MARTENS, P. J.; WALKER, M. **Core curriculum for lactation consultant practice**. 2. ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers, p. 727-740, 2008.
10. HALE, T. W. Maternal medications during breastfeeding. **Clin. Obstet. Gynecol.**, Philadelphia, U.S., v. 47, p. 696-611, 2004.