

# Amamentação

- 1 Introdução
- 2 Preparo pré-natal
- 3 Sucção precoce *versus* tardia
- 4 A importância do posicionamento correto
- 5 A importância da flexibilidade
- 6 “Suplementação” da alimentação do bebê
- 7 “Suplementação” da alimentação materna
- 8 Contraceptivos orais
- 9 Suporte às mães lactantes
- 10 Traumatismo da papila
- 11 Problemas com o fluxo de leite
- 12 Problemas com o suprimento de leite
- 13 Conclusões

## 1 Introdução

A amamentação é importante para a mãe e para o bebê. As mulheres que amamentam seus bebês geralmente o fazem porque acreditam ser o melhor para os bebês e porque consideram a lactação agradável e prazerosa. Entretanto, muitas mulheres encontram problemas e deixam de amamentar antes do que desejavam, principalmente nos primeiros dias e semanas. Além de privar o bebê dos benefícios da amamentação, isso também causa sofrimento para a mãe e sua família.

Tem havido tentativas em diversos países, algumas bem-sucedidas, de aumentar o número de mulheres que iniciam o aleitamento. As mulheres que começam a amamentar também devem ser apoiadas para amamentarem seus bebês durante o tempo que desejarem. Campanhas promocionais para incentivar a amamentação tendem a não alcançar objetivos importantes se não houver também apoio para que as mulheres continuem a amamentar.

Muitos elementos da assistência durante a gravidez e o parto podem promover ou colocar em risco o estabelecimento e a manutenção bem-sucedidos da amamentação. Os esforços para promover apoio social e psicológico, por exemplo, podem aumentar a probabilidade de que as mães amamentem seus bebês com sucesso. Ao contrário, medicamentos sedativos e analgésicos administrados durante o trabalho de parto podem alterar o comportamento do recém-nascido e comprometer seu papel fundamental no início da lactação.

O estabelecimento da lactação também pode ser colocado em risco de outras formas no momento do parto. A rotina de aspiração gástrica e administração oftálmica de nitrato de prata no período pós-natal imediato pode prejudicar o papel do lactente no estabelecimento da lactação. A separação dos bebês e das mães, seja devido a rotinas hospitalares habituais ou por necessidade de tratamento do bebê, reduz a probabilidade de estabelecimento eficaz da amamentação.

As práticas de assistência pré-natal, o momento da primeira mamada, a posição, a frequência e a duração da mamada, suplementos para os bebês e as mães e o suporte às lactantes podem afetar o estabelecimento e a manutenção da amamentação.

## 2 Preparo pré-natal

A maioria das mulheres que decide amamentar toma essa decisão antes da gravidez ou no seu início. Aquelas que decidem usar a mamadeira tendem a tomar suas decisões numa fase mais avançada da gravidez. Esse efeito não é mediado apenas pelo conhecimento. O fornecimento às mulheres de informações bem planejadas, bem escritas e bem ilustradas sobre amamentação aumenta seu conhecimento sobre o tema e pode aumentar o número de mulheres que começam e continuam a amamentar. Entretanto, é provável que outras influências, como suas próprias experiências anteriores, e as atitudes e experiências de sua família, amigos e cuidadores, também tenham papel importante nessa decisão. Por exemplo, o envolvimento da família, amigos e cuidadores nos programas de educação em saúde pode ajudar a aumentar os números de mulheres que iniciam e mantêm a amamentação.

O contato pessoal regular e as orientações de mulheres da comunidade com experiência prévia em amamentação, ou de profissionais de saúde treinados, também tende a aumentar o número de mulheres que iniciam e mantêm o aleitamento. As pesquisas que avaliam a eficácia dos programas de apoio de colegas, particularmente para mulheres pertencentes a comunidades com carências sociais, mostraram um aumento do número de mulheres que iniciam a amamentação.

Informações pré-natais oferecidas a mulheres que já decidiram amamentar também podem ser benéficas. Os dados disponíveis sugerem que cursos pré-natais podem ser eficazes



para promover a amamentação, porém são necessárias mais evidências para determinar que informações e que tipo de aulas as mulheres consideram úteis.

Estudos de pesquisa para avaliar a eficácia do “condicionamento” papilar pré-natal não mostraram quaisquer diferenças significativas, sejam objetivas ou subjetivas, entre os diferentes métodos de condicionamento: uso de creme Massé, expressão de colostro ou nenhuma forma de preparo. Dois estudos avaliaram os efeitos do tratamento pré-natal em mulheres com papilas invertidas ou planas. Nenhum dos dois tratamentos testados — exercícios de Hoffman para estiramento da papila e conchas para preparo das papilas — mostrou qualquer efeito benéfico sobre a duração da amamentação.

### 3 Sucção precoce *versus* tardia

O contato precoce da mãe com o bebê tem efeitos benéficos sobre a amamentação, além de outros benefícios importantes. É difícil distinguir os efeitos próprios da sucção precoce dos efeitos de outras interações materno-infantis precoces, como o toque, o olhar e o contato físico. A alimentação nas primeiras 2 horas após o parto aumenta a duração da amamentação quando comparada a uma espera de 4 horas ou mais. Nenhuma pesquisa demonstrou um “período crítico” para a primeira mamada em termos de sucesso da amamentação; isto é, não há evidências sugestivas de que a amamentação sofrerá se a mãe não amamentar o bebê imediatamente após o parto. Portanto, de acordo com as pesquisas, não há base para substituir o antigo dogma (“os bebês só devem ser amamentados 4 horas após o parto”) pelo novo dogma (“todos os bebês devem ser amamentados imediatamente após o parto”), ou para incentivar uma mãe a amamentar o bebê antes que os dois estejam prontos. O comportamento dos bebês varia muito após o parto espontâneo, e nem todos estão prontos para mamar no mesmo tempo. Exceto se houver, ou até que haja, mais evidências, devem ser evitadas intervenções que visem adiar ou antecipar o momento da primeira mamada.

A primeira *alimentação* após o parto (não o aninhamento pós-parto imediato no seio) deve ser feita com privacidade, quando o bebê estiver receptivo, e após a mãe e o bebê estarem confortáveis. A ajuda de um profissional experiente seria útil nesse momento. Se possível, deve ser realizada na presença do pai, ou de outra pessoa de apoio que a mãe deseje. O comportamento e as necessidades do bebê podem ser explicados aos novos pais. Pode-se oferecer uma rápida explicação sobre a importância do posicionamento correto e do conceito de oferta e demanda antes de a mãe posicionar o bebê apropriadamente na mama. Isso pode ser seguido por um pouco mais de

informações sobre a importância da alimentação irrestrita, possíveis problemas, e como (e por que) pedir ajuda.

### 4 A importância do posicionamento correto

O posicionamento do bebê na mama tem um papel fundamental, tanto na prevenção de feridas nas papilas mamárias quanto no estabelecimento eficaz da amamentação, e os profissionais devem saber como ajudar a mãe a posicionar seu bebê corretamente. A capacidade da mulher de posicionar seu bebê no peito, de forma que a amamentação seja indolor e eficaz, é uma habilidade aprendida e predominantemente física, que a mãe deve adquirir por observação e prática. As sociedades industrializadas, como um todo, não fornecem às mulheres a oportunidade de observar outras mulheres lactantes antes de tentarem amamentar. Essa deficiência é complicada pela freqüente ausência de mães lactantes experientes na esfera social imediata da mulher e pela lamentável falta de habilidade demonstrada por alguns profissionais de saúde nessa área essencial.

Os profissionais devem compreender os mecanismos subjacentes da sucção e adquirir a habilidade e a experiência para ajudar uma mãe a posicionar o bebê corretamente antes que possam ter utilidade real para a mãe. A fragmentação da assistência pós-natal, e uma ausência geral de compreensão das técnicas de amamentação, impediu muitos profissionais de adquirirem essas habilidades.

Quando o bebê está adequadamente posicionado (ver Fig. 1), a alimentação deve ser indolor, embora a mãe possa precisar de um curto período para acostumar-se com a nova sensação de estiramento da mama e da papila. A papila, juntamente com a aréola e parte do tecido mamário adjacente, forma uma ponta pela sucção criada na boca do bebê. A interrupção dessa sucção causa a retração súbita da papila. A ponta assim criada estende-se até a junção dos palatos duro e mole do bebê, com a própria papila formando apenas cerca de um terço dela. Em sua base, a ponta é segurada entre a gengiva superior e a língua, que cobre a gengiva inferior. Situa-se em uma depressão central formada pelas bordas elevadas da língua do bebê, que direciona o leite ejetado para trás até a faringe, usando um movimento peristáltico, de rolamento. A ação peristáltica começa quando a borda anterior da língua curva-se para cima, seguida pela elevação da mandíbula, que segue o movimento da língua com pressão da gengiva inferior. Essa onda de compressão move-se progressivamente para trás além da ponta da papila, assim direcionando o leite para a faringe e o esôfago. Enquanto isso, um novo ciclo de compressão da língua é iniciado a partir de sua ponta.

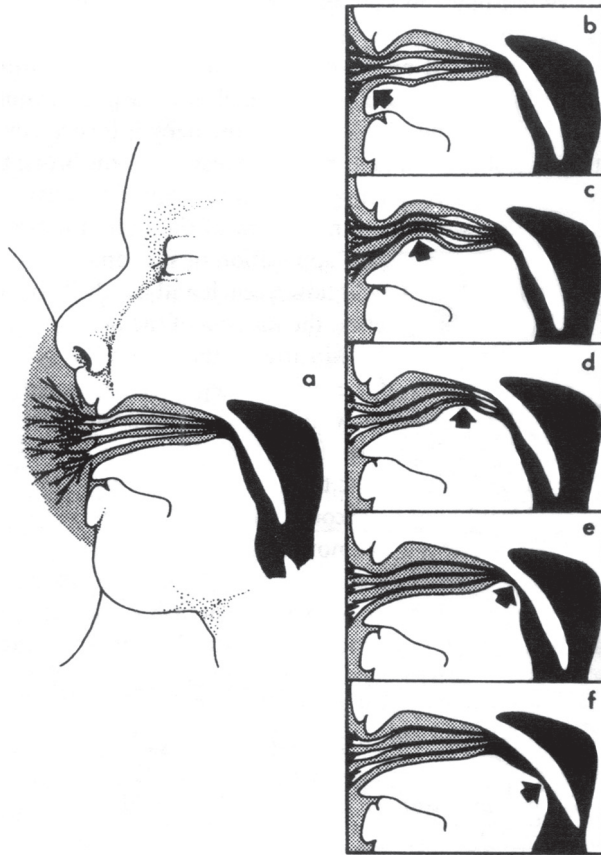


Fig. 1 (a-f) Diagramas de posicionamento exato do bebê na mama (reproduzido de Woolridge, 1986).

Assim, o tecido mamário oposto à mandíbula e à língua do bebê é a região fundamental na transferência de leite. A língua aplica força peristáltica à face inferior da ponta formada; o palato duro apenas oferece a resistência necessária para a ação da língua. Após a formação de tecido mamário suficiente na ponta, praticamente não deve haver movimento dessa ponta para dentro e para fora da boca do bebê. A fricção da língua contra a papila deve ser mínima; e as gengivas não devem entrar em contato com a papila. Se o bebê for posicionado de forma errada na mama e for incapaz de formar uma ponta com os tecidos mamários e a papila, esta tende a sofrer lesão por atrito, pois a ponta é repetidamente levada para dentro e para fora da boca entre a língua e as gengivas pela aplicação cíclica de sucção.

A mãe precisa aprender como estimular e usar os dois componentes do reflexo fundamental do bebê: o movimento da cabeça em direção à fonte de estimulação quando se toca a pele ao redor da boca; e a associada abertura da boca preparatória para receber a mama. Deve-se mostrar a ela como levar o bebê em direção à mama e “colocar” a borda inferior da boca do bebê ao redor e predominantemente sob a área da papila no mo-

mento em que a boca do bebê se abre amplamente. Isso deve ser associado à aproximação do bebê da mama enquanto ele pega com a boca uma boa quantidade de tecido mamário. A mãe não pode, como faz seu auxiliar, ver onde estão o lábio inferior e a mandíbula do bebê em relação à papila, pois tem pouca visão da face inferior da mama, a área crítica de fixação. A observação do padrão de sucção do bebê, bem como as sensações da própria mãe, servirá para confirmar a posição apropriada do bebê; ela não deve sentir outra dor além talvez de sua súbita “inspiração” enquanto se acostuma à sensação de amamentar, e o bebê deve mamar com força e ritmo por um curto período (ver Fig. 2).

Qualquer coisa que interfira com a capacidade do bebê de abrir a boca e apreender a mama pode causar problemas, e provavelmente dor para a mãe. Os fatores podem incluir sonolência do bebê em virtude de drogas usadas no trabalho de parto, icterícia (e fototerapia) e anquiloglossia, que impede o bebê de usar sua língua efetivamente para apreender e retirar leite da mama. É necessário diagnóstico precoce do problema e suporte cuidadoso a essas mães e bebês até que o problema seja resolvido.

A aquisição e o uso mais amplos das habilidades necessárias para obter posicionamento correto do bebê na mama provavelmente seriam mais eficazes que qualquer outra medida para reduzir a frequência dos problemas atuais de tantas lactantes.

## 5 A importância da flexibilidade

Um bebê precisa comer e dormir de acordo com seus próprios ritmos individuais, e não com aqueles impostos por regimes

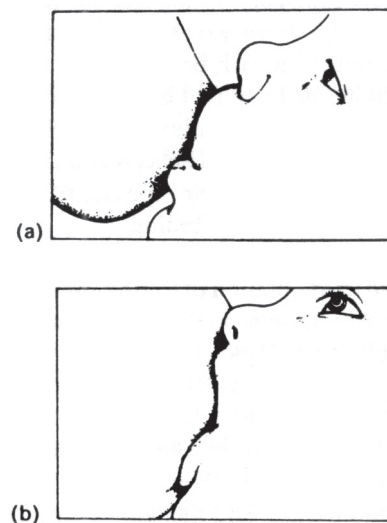


Fig. 2 (a) Bebê posicionado incorretamente na mama. (b) Bebê posicionado corretamente na mama. (Reproduzido de Fisher, 1981.)



arbitrários. Os bebês geralmente desejam alimentar-se com pequena frequência no primeiro ou nos primeiros dias, porém alimentam-se com maior frequência entre o 3.º e o 7.º dia. A frequência então tende a se reduzir mais lentamente nos dias subsequentes. Embora alguns bebês fiquem satisfeitos em alimentar-se apenas seis vezes ao dia, a maioria dos bebês deseja alimentar-se com maior frequência. O intervalo entre as mamadas, pelo menos nas primeiras semanas de vida, é variável, podendo ser de 1 a 8 horas. Os bebês que podem regular a frequência de suas mamadas ganham peso mais rapidamente e são amamentados por mais tempo que aqueles submetidos a limitações externas. Não há dados que justifiquem a imposição de horários para amamentação, e a frequência das mamadas não deve ser restrita.

Observações semelhantes aplicam-se às durações das mamadas. O fato de a limitação do tempo de sucção ainda ser defendida em alguns livros dirigidos a mães e profissionais reflete a crença profundamente enraizada de que as papilas devem ser tornadas "resistentes" para permitir amamentação indolor. Como descreveu a seção anterior, o posicionamento do bebê na mama é um elemento fundamental para evitar a dor durante a amamentação. Entretanto, as mães e os profissionais ainda podem ser informados de que se deve permitir que o bebê mame por apenas 2 minutos em cada mama no primeiro dia, aumentando o tempo em 2-3 minutos diariamente, de forma que ao fim da primeira semana o bebê tenha atingido um máximo de 10 minutos de cada lado. Essas recomendações baseiam-se na crença infundada de que essa prática "condicionará as papilas gradualmente", evitará sua exposição à sucção prolongada, e assim evitará dor e sangramento das papilas.

Estudos controlados mostram que isso não é verdade. A comparação entre as durações restrita e irrestrita das mamadas não mostra diferenças significativas entre os dois grupos na proporção de mulheres que apresentam dor ou sangramento das papilas, mas um número bem maior de mães nos grupos controlados abandona totalmente a amamentação em 6 semanas.

A orientação ainda comum de limitar o tempo de sucção a 10 minutos em cada mama tem repercussões além do fracasso em evitar lesão da papila. A composição e a velocidade do fluxo de leite modificam-se com o tempo. O conteúdo de gordura aumenta, e a velocidade do fluxo diminui à medida que a amamentação progride. Assim, no início de uma mamada o bebê ingere um grande volume de leite pobre em calorias; e passa a receber um menor volume de leite rico em calorias no fim da mamada. Os bebês alimentam-se durante períodos diferentes na mama se não forem perturbados. A duração da

mamada provavelmente é determinada em resposta à eficácia e à velocidade de transferência de leite da mãe para o bebê. Embora muitos bebês interrompam a mamada espontaneamente em menos de 10 minutos, aqueles que possuem baixa velocidade de ingestão podem demorar mais. Apesar de o volume de leite consumido após os primeiros 10 minutos poder não ser muito grande, pode ser suficientemente rico em calorias para contribuir significativamente para o valor energético. Assim, a imposição externa de um limite de tempo para a mamada resultará em grande redução da ingestão calórica de alguns bebês.

Os bebês são levados a mamar pela necessidade de obter calorias, e assim tomam volumes muito maiores de leite pobre em calorias do que tomariam se o leite fosse rico em calorias, em uma tentativa de obter o número necessário de calorias. Os bebês retirados da primeira mama antes que terminem de mamar espontaneamente podem tomar um volume muito maior de leite da segunda mama, para tentar obter suas calorias. Pela mesma razão, esses bebês também podem necessitar de mamadas muito mais frequentes do que se tivessem terminado espontaneamente.

Além disso, a interferência com padrões espontâneos de alimentação pode resultar na privação de vitaminas essenciais. A vitamina K, por exemplo, está especialmente concentrada no colostro e no leite do final da mamada, e isso pode explicar parcialmente a maior incidência de doença hemorrágica do recém-nascido nos bebês amamentados pela mãe.

Portanto, a duração das mamadas não deve ser limitada. Ainda há necessidade, em algumas instituições, de discussões mais intensas da política e de treinamento para assegurar que uma política que apóia e incentiva a amamentação flexível seja traduzida de forma eficaz na prática.

## 6 "Suplementação" da alimentação do bebê

Não há evidências que apoiem a prática disseminada de oferecer água, glicose ou mamadeira aos bebês amamentados no peito. Um bebê saudável não precisa de grandes volumes de líquido antes que esses estejam disponíveis fisiologicamente na mama. Da mesma forma, não há evidências que apoiem a crença disseminada de que a administração de líquidos a bebês amamentados no peito evita ou ajuda a resolver a icterícia fisiológica. No único estudo controlado randomizado que examinou a questão, não houve redução estatisticamente significativa dos níveis plasmáticos médios de bilirrubina associada à administração de suplementos de água, nem qualquer evidência de que os bebês que recebem líquidos adicionais

fossem menos propensos a desenvolver “icterícia do leite materno” ou a necessitar de fototerapia.

A prática de dar mamadeira a bebês amamentados no peito enquanto a lactação se estabelece também é errada. As mulheres cujos bebês recebem suplementos rotineiramente são até cinco vezes mais propensas a abandonar a amamentação na primeira semana e duas vezes mais propensas a abandoná-la na segunda semana do que as mulheres cujos bebês não recebem suplementos e que são incentivadas a acreditar que seu próprio colostro e leite são suficientes.

Os hospitais que permitem o oferecimento de amostras grátis de fórmulas infantis às lactantes também afetam as chances de estabelecimento e manutenção bem-sucedidos da amamentação. Essa política aumenta a chance de abandono da lactação nas primeiras semanas após o parto.

## 7 “Suplementação” da alimentação materna

A orientação oferecida às mulheres lactantes a respeito de seu próprio consumo de líquidos é irregular e causou confusão e informação errada. Os resultados de estudos controlados não mostram evidências de que o aumento do consumo de líquido por lactantes cause melhora da lactação. Algumas mulheres consideram desagradável consumir líquidos quando não têm sede porque isso as faz sentir “inchadas” e indispostas. As mulheres com traumatismo perineal e labial podem ter seu desconforto aumentado pela diurese associada ao maior consumo de líquidos. Não há motivo para insistir que as mulheres bebam mais líquidos do que determina a sede.

## 8 Contraceptivos orais

Contraceptivos combinados de estrogênio/progesterona podem afetar a composição do leite materno. Seu efeito sobre o volume de leite não é claro, provavelmente devido às limitações nos métodos usados para estimar o volume de leite. O que está claro é que seu uso aumenta a incidência de fracasso da amamentação e complementação com substitutos do leite materno. Isso não parece ocorrer com o uso das “minipílulas” que contêm apenas progesterona.

Todas as evidências de estudos controlados sugerem que os contraceptivos combinados de estrogênio/progesterona são inadequados para mulheres que desejam amamentar. Essa observação é particularmente importante nas regiões do mundo em que os substitutos do leite materno representam uma ameaça à vida e à saúde do lactente. A própria lactação, particularmente se a amamentação for irrestrita, tem um efeito

contraceptivo. Nos países em desenvolvimento, a amamentação evita mais gravidezes do que todos os outros métodos de contracepção juntos. Para que haja eficácia contraceptiva, a amamentação deve ser exclusiva, e não pode ser considerada, sozinha, um contraceptivo confiável. As mulheres que desejam aumentar o efeito contraceptivo da lactação devem usar outros meios que não sejam as preparações combinadas de estrogênio/progesterona.

## 9 Suporte às mães lactantes

Muitas mulheres que desejam amamentar começam a fazê-lo, mas interrompem o aleitamento antes que os bebês tenham 4 meses. Talvez o fator mais importante nos esforços para aumentar o índice de amamentação seja que aquelas mulheres que tentam devem ter sucesso. Muitos problemas enfrentados pelas mulheres que tentam amamentar são evitáveis. Um menor número de mulheres teria esses problemas se todas as lactantes tivessem acesso a informações precisas, e ajuda e suporte apropriados e práticos quando necessitassem. Assim, um maior número de gestantes tomaria conhecimento de outras que amamentaram com sucesso, e teria mais confiança no próprio sucesso.

Diversos estudos controlados avaliaram os efeitos de várias formas de suporte às lactantes. A duração da amamentação pode ser aumentada por contato pessoal regular e frequente; o suporte apenas por telefone parece ser menos eficaz. A orientação e o suporte às mães que desejam amamentar podem ser importantes para ajudá-las a atingir seus objetivos. Entretanto, se a orientação for errada, é improvável que seja útil.

## 10 Traumatismo da papila

A explicação mais usada para a prevalência de dor papilar nas culturas industrializadas é a suposta pequena espessura ou sensibilidade do epitélio papilar. Isso provavelmente explica a crença disseminada, não-apoiada pelos estudos que examinaram a questão, de que as mulheres com pele clara ou ruivas são mais propensas a ter problemas.

Diversos tratamentos, incluindo pomadas, tinturas e *sprays*, foram usados para prevenção ou tratamento da lesão da papila. Nenhum dos que foram avaliados mostrou ser útil. O uso de um protetor na papila por qualquer período, mesmo por aquelas que aceitam seu uso, pode aumentar os problemas da mãe por suprimir a produção de leite.

O único fator que mostrou evitar e tratar o traumatismo da papila é o bom posicionamento do bebê na mama.



## 11 Problemas com o fluxo de leite

Se o leite não for retirado à medida que é produzido (controlado pela necessidade do bebê de mamar), o volume de leite na mama ultrapassará a capacidade dos alvéolos de armazená-lo confortavelmente. A hiperdistensão dos alvéolos pelo leite causa achatamento, alargamento e até mesmo ruptura das células secretoras de leite. Se intenso, causará ingurgitamento vascular secundário. Quando os alvéolos se distendem, a produção adicional de leite começa a ser suprimida.

O ingurgitamento resulta de limitações da frequência e duração da alimentação, e de problemas no posicionamento do bebê na mama. Foram defendidos diversos tratamentos diferentes. Alguns, como o uso de compressas quentes úmidas ou geladas, não foram avaliados. No passado, o tratamento do ingurgitamento grave incluía a administração de estilbestrol e enfaixamento das mamas, duas medidas defendidas também para a supressão da lactação em mulheres que não desejam amamentar.

Avaliações controladas dos efeitos da ocitocina não constataram qualquer efeito benéfico da ocitocina no alívio do ingurgitamento. Dois estudos iniciais parecem indicar que a expressão manual, iniciada no período pré-natal e mantida após o parto, ajudará a aliviar o ingurgitamento e a aumentar a duração da amamentação; entretanto, esses dois estudos foram realizados em condições de restrição das mamadas e, conseqüentemente, o ingurgitamento era muito comum.

Estudos de enzimas proteolíticas orais, controlados por placebo, sugerem que elas podem proporcionar alívio eficaz para mulher com dor, edema e desconforto mamário. As evidências ainda não são suficientemente fortes para recomendar essa forma de tratamento.

A aplicação de produtos vegetais diretamente na mama também foi defendida para alívio do ingurgitamento. O remédio vegetal mais usado é a folha de repolho crua. O único estudo controlado randomizado para avaliar o uso das folhas de repolho em comparação com mulheres submetidas a “cuidados de rotina” não constatou diferença no alívio do ingurgitamento. Entretanto, as mulheres que aplicaram as folhas de repolho foram mais propensas a estar amamentando exclusivamente com 6 semanas e a amamentar por mais tempo. Os dois grupos de mulheres realizaram um programa de “exercícios mamários”.

Permitir que o bebê tenha acesso irrestrito à mama em posicionamento apropriado ainda parece ser o método mais eficaz para tratar, e também prevenir, o ingurgitamento mamário.

A outra dificuldade comum causada por problemas de fluxo do leite é a mastite. O fluxo de leite pode ser limitado por

restrição da alimentação, por mau posicionamento do bebê, ou quando há algum obstáculo no trajeto de drenagem do leite de uma parte da mama. Esse obstáculo pode ser causado por fatores como bloqueio dos ductos, redução da frequência normal de mamadas, compressão pelos dedos que seguram a mama, hematoma por traumatismo ou manuseio rude ou pelo uso de um sutiã pequeno ou apertado demais. Conseqüentemente, há acúmulo de leite nos alvéolos e aumento da pressão no seu interior. A distensão dos alvéolos freqüentemente pode ser palpada como uma tumoração dolorosa no tecido mamário. Se esta distensão não for aliviada, a pressão pode forçar a passagem de substâncias do leite através das paredes celulares para o tecido conjuntivo adjacente, iniciando uma reação inflamatória. A mãe apresenta uma área edemaciada, vermelha e dolorosa na mama, um aumento do pulso e da temperatura e uma indisposição, semelhante a uma gripe, freqüentemente acompanhada por calafrios e rigidez. Nesse estágio, o processo não é infeccioso, e o problema pode ser resolvido mediante alívio da obstrução. Se isso não for realizado rapidamente, pode haver infecção bacteriana, dando origem a um abscesso mamário.

Talvez compreensivelmente, a resposta imediata do profissional que se depara com os sintomas de desconforto mamário localizado, eritema e febre em lactantes freqüentemente é a prescrição de antibióticos. O que começa como um processo inflamatório, não-infeccioso, pode, se não for tratado apropriadamente, progredir rapidamente para um processo infeccioso; a demora no tratamento de uma infecção afetará adversamente o resultado. Todavia, uma parcela significativa de mulheres com mastite não tem infecção.

No caso de mulheres com estase do leite, a simples continuação da amamentação, garantindo mamadas ilimitadas, proporciona os melhores resultados. A expressão do leite isoladamente não mostrou ser vantajosa. O resultado nas mulheres com mastite não-infecciosa é melhor com a continuação da amamentação complementada pela retirada do leite materno. Nas mulheres com mastite infecciosa, é necessário administrar antibióticos, e para elas a retirada do leite melhora o resultado.

## 12 Problemas com o suprimento de leite

A razão mais comum para interrupção da amamentação é o “leite insuficiente”. Entretanto, há pouca informação sobre a condição fisiológica e inevitável dessa insuficiência, em contraste com a condição iatrogênica e, portanto, evitável. É difícil obter evidências objetivas de insuficiência do leite, mas é provável que a alta incidência descrita reflita o diagnóstico

excessivo do problema; países com altos índices de início e manutenção da amamentação, como na Escandinávia, relatam índices muito menores de “leite insuficiente”. As observações nas sociedades tradicionais sugerem que menos de 1% das mulheres seriam fisiologicamente incapazes de produzir um suprimento adequado de leite.

É importante ser capaz de diagnosticar com exatidão a ocorrência e a etiologia da insuficiência de leite. A determinação precisa da produção de leite é possível com técnicas de pesquisa dispendiosas e sofisticadas, mas o único método clinicamente disponível para essa medida é a pesagem do bebê antes e após as mamadas, a seguir calculando o consumo de leite pela diferença de peso. Essa “pesagem de teste”, grosseiramente imprecisa, foi usada para estimar o consumo do bebê em casos de ansiedade em relação ao suprimento de leite, e é um procedimento rotineiro em alguns hospitais.

A pesagem tem como objetivo determinar se os bebês estão ingerindo quantidade “excessiva” ou “insuficiente” de leite. Se a quantidade for insuficiente, podem receber suplementos; se a quantidade for excessiva, a duração da mamada pode ser limitada. Os riscos dessas respostas impróprias a um teste inerentemente impreciso já foram discutidos. No único estudo realizado para examinar diretamente essa questão, o efeito da pesagem de rotina e da suplementação da alimentação foi comparado a uma política de não-pesagem e não-suplementação. As mães do grupo em que as crianças foram pesadas mostraram propensão cinco vezes maior de interrupção da amamentação que aquelas pertencentes ao grupo cujos bebês não foram pesados.

A decisão de dar suplementos a um bebê a termo, saudável, amamentado no peito, em virtude de informações obtidas por avaliação da ingestão de leite, baseia-se na suposição errada de que é possível saber a quantidade de leite necessária para cada bebê. Seria mais relevante monitorizar a condição geral do bebê (saúde, satisfação/comportamento, cor e consistência das fezes, cor da urina e frequência de micção) e observar seu progresso, principalmente o ganho de peso.

A melhor forma de evitar a insuficiência de leite é a alimentação irrestrita de um lactente bem posicionado, enquanto a lactante recebe bom suporte prático e emocional. Essa também é a base do tratamento da insuficiência de leite e tende a resolver o problema em uma grande parcela de mães, mas não em todas.

Embora a incidência real seja desconhecida, os profissionais devem permanecer atentos à possibilidade de insuficiência fisiológica de leite. Os bebês podem sofrer desnutrição grave devido a uma crença persistente, mas errada, de que o problema sempre será resolvido por ajuda prática com a ama-

mentação. Quando as mães e os bebês não respondem aos elementos fundamentais da boa prática de amamentação, devem ser considerados outros tratamentos.

No passado, quando a vida de um bebê dependia do leite materno, buscavam-se muitos remédios para aquelas que pareciam incapazes de produzir leite suficiente. Além de algumas prescrições bastante bizarras, diversas infusões de ervas, como sementes de funcho (*Foeniculum vulgare*) e flores de galega (*Galega officinalis*), foram, e ainda são, recomendadas para aumentar a produção de leite. Não pudemos identificar qualquer avaliação controlada dos efeitos dessas preparações. Entretanto, quatro tipos principais de drogas foram avaliados na tentativa de tratamento da insuficiência de leite: antagonistas da dopamina, iodo, hormônio de liberação da tireotropina e ocitocina. Como a dopamina mostrou ter um papel fundamental nos mecanismos que controlam a produção de prolactina, diversos pesquisadores experimentaram drogas que bloqueiam os receptores de dopamina, incluindo metoclopramida (Maxalon), sulpirida (Dolmatil) e domperidona (Motilium). Há algumas evidências de que essas drogas podem ser úteis nas mulheres temporariamente incapazes de alimentar seus bebês. De todas elas, é mais provável que a domperidona seja útil. É necessário pesquisa adicional para esclarecer isso. Nenhuma dessas drogas foi testada como parte de um esquema que também ofereça suporte.

Como o reflexo de ejeção do leite, que é estimulado pela liberação de ocitocina pela hipófise posterior, é essencial para a amamentação bem-sucedida, alguns pesquisadores concluíram que a administração de ocitocina pode melhorar problemas de suprimento de leite. Foram estudados diversos resultados, mas a informação mais importante diz respeito às alterações de peso do bebê. Os estudos realizados mostraram resultados conflitantes, e até hoje não há fortes evidências de que a administração de ocitocina tenha um efeito benéfico sobre o suprimento de leite.

### 13 Conclusões

As pessoas que assistem mulheres durante a gravidez e o parto exercem papel fundamental para possibilitar que uma mulher amamente com sucesso. Agora que existem informações sólidas, baseadas em pesquisa, a ignorância profissional que pode ter sido compreensível no passado não é mais tolerável. Para que seja alcançado o potencial de ajudar as mulheres a amamentar seus bebês, os profissionais devem rejeitar muitas das práticas históricas nesse campo e ensinar às mulheres apenas aquelas práticas cuja eficácia foi demonstrada.



As pessoas que provavelmente estarão intimamente envolvidas com as mães no momento do estabelecimento da amamentação devem compreender claramente como o bebê mama. Devem reconhecer que, embora a separação dos bebês de suas mães após o parto coloque em risco o sucesso do aleitamento, não há evidências sugestivas de que o momento da primeira mamada seja, por si só, fundamental para o sucesso. Devem ser evitadas intervenções que visem adiar ou antecipar o momento da primeira mamada.

Os profissionais devem saber como ajudar uma mãe a posicionar o bebê apropriadamente na mama. Não devem impor restrições à duração ou frequência das mamadas, e nem oferecer ou recomendar líquidos ou mamadeira para bebês saudáveis amamentados no peito. O oferecimento de amostras grátis de fórmulas infantis às mulheres no hospital pode ser particularmente prejudicial para o sucesso da amamentação.

Lactantes normais com acesso à quantidade adequada de líquidos podem usar a sede para controlar com eficácia o consumo de líquidos. Não há motivo para insistir que as mulheres bebam mais líquidos do que determina sua sede.

O uso de contraceptivos combinados de estrogênio/progesterona compromete a lactação. As mulheres que desejam aumentar o efeito contraceptivo da lactação devem usar outros meios que não sejam os métodos hormonais contendo estrogênios e progestogênios.

Há diversas formas de se ajudar as mulheres a estabelecer e manter a amamentação, mas as evidências experimentais sugerem que a continuidade do suporte pessoal por um indivíduo com conhecimento sobre amamentação é a mais eficaz.

As principais razões apresentadas pelas mulheres para interromper a amamentação são o traumatismo da papila, o ingurgitamento mamário, a mastite e a insuficiência de leite. A maioria desses problemas pode ser evitada por amamentação irrestrita de um bebê bem posicionado desde a primeira mamada, e por suporte prático e emocional das mães.

Se uma mulher sofrer traumatismo da papila, deve continuar a amamentar, retirar o leite, se necessário, e receber ajuda com o posicionamento. A interrupção da amamentação, e a aplicação na papila de qualquer uma das diversas preparações existentes, não ajuda. Na verdade, foi demonstrado que algumas dessas intervenções prejudicam o sucesso do aleitamento.

Os problemas com o fluxo de leite podem resultar em ingurgitamento e possivelmente em mastite. Se a mastite não se resolver rapidamente com boa alimentação e retirada do leite, deve-se instituir antibioticoterapia. Entretanto, em to-

dos os casos de ingurgitamento e mastite, a chave para o tratamento bem-sucedido é a boa drenagem da mama. A melhor forma de se conseguir isso é por amamentação ilimitada de um bebê bem posicionado.

Mães e profissionais de saúde que suspeitam de insuficiência do leite por causa de sinais e sintomas do bebê ou da mãe enfrentam um problema difícil. A identificação do problema e de sua causa é sempre difícil, e muitas vezes impossível. Até que haja melhor precisão do diagnóstico, a base do tratamento oferecido quando há suspeita de insuficiência de leite ainda é a amamentação irrestrita de um lactente bem posicionado, juntamente com suporte prático e emocional da mãe. Só devem ser considerados outros tratamentos quando as mães e os bebês não respondem aos elementos fundamentais da boa prática de amamentação.

## Fontes

*Effective care in pregnancy and childbirth*

**Inch, S.**, Antenatal preparation for breastfeeding.

**Inch, S., Garforth S.** Establishing and maintaining breastfeeding.

**Inch, S., Renfrew M.** Common breastfeeding problems.

*Biblioteca Cochrane*

**Fairbank, L., Lister-Sharpe, D., Renfrew, M.J., Woolridge, M.W., Sowden, A.J.S. and O'Meara, S.**, Interventions to promote the initiation of breastfeeding [protocol].

**Martin, L.A., Renfrew, M.J. and Woolridge, M.W.**, Additional foods and fluids for breastfed full-term infants [protocol].

**Renfrew, M.J. and Lang, S.**, Feeding schedules in hospitals for newborn infants.

Interventions for influencing sleep patterns in exclusively breastfed infants.

Oxytocin for promoting successful lactation.

Breastfeeding and discharge times.

Interventions for improving breastfeeding technique.

Early versus delayed initiation of breastfeeding.

Early versus late discharge from hospital after childbirth.

Cabbage leaves for breast engorgement.

**Sikorski, J. and Renfrew, M.J.**, Support for breastfeeding mothers.

*Revisões pré-Cochrane*

**Renfrew, L.**, Single daily bottle use in early postpartum period. Review no. 07908.

**Renfrew, M.J.**, Antenatal breastfeeding education. Review no. 04171.

Antenatal expression of colostrum. Review no. 04028.

Antenatal breastfeeding classes vs individual teaching. Review no. 07144.

Postnatal anticipatory guidance for mothers on infant feeding. Review no. 04177.

Provision of formula supplements to breastfed newborns. Review no. 04175.



Provision of free formula samples to breastfeeding mothers. Review no. 04172.

Combined estrogen/progestogen contraceptive in breastfeeding mothers. Review no. 04376.

Chlorhexidine/alcohol nipple spray. Review no. 04176.

Oral sulphiride for women with poor lactation. Review no. 04187.

*Outras fontes*

**Renfrew, M.J., Woolridge, M.W. and Ross McGill, H.,** *Enabling women to breastfeed. A structured review of practices which promote or inhibit breastfeeding.* The Stationery Office, London. (In press.)