

***MANUAL DE PROCEDIMENTOS:
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS
INTERCORRÊNCIAS MAMÁRIAS NA
AMAMENTAÇÃO***



**PROGRAMA ALEITAMENTO MATERNO-SMS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
NALMA – NÚCLEO DE ALEITAMENTO MATERNO DA EERP-USP
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
1998**

REALIZAÇÃO:

Secretaria Municipal da Saúde

Programa de Aleitamento Materno

-Maria José Bistafa Pereira (Enfa.)

-Márcia Cristina Guerreiro dos Reis (Enfa.)

NALMA – Núcleo de Aleitamento Materno – Depto. Materno Infantil e Saúde Pública EERP-USP

-Profª Dra. Antonieta Keiko Kakudo Shimo

-Profª Dra. Ana Márcia Spanó Nakano

COLABORAÇÃO:

Banco de Leite do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – HCFMRP-USP

-Enfa. Anália Ribeiro Heck

OBJETIVOS DO MANUAL DE PROCEDIMENTOS

- Auxiliar os profissionais de Saúde, na orientação da mulher sobre amamentação, buscando fundamentação científica (relacionar aspectos teóricos com aspectos práticos);
- Promover o autocuidado com a mama puerperal;
- Prevenir e/ou tratar as intercorrências mamárias: ingurgitamento mamário, trauma mamilar e mastite;
- Diminuir o desmame precoce devido a essas intercorrências mamárias;
- Promover o aleitamento materno;
- Divulgar os recursos de que as Unidades Básicas de Saúde da SMS-RP e Banco de Leite do HCFMRP-USP dispõem para atender o binômio mãe-filho.

ÍNDICE

I-Introdução.....	05
II- <u>Anatomia</u>	05
III- <u>Fisiologia</u>	08
IV- <u>Processo Fisiológico da Mama</u>	09
Mamogênese.....	09
Lactogênese.....	10
Lactopoese.....	10
V- <u>Mecanismo da Sucção</u>	11
VI- <u>Intercorrências Mamárias</u>	16
A) <u>Ingurgitamento Mamário</u>	16
Classificação	16
Procedimentos Recomendados.....	18
Caráter Preventivo.....	18
Caráter Curativo.....	21
Procedimentos não Recomendados.....	22
B) <u>Trauma Mamilar</u>	25
Classificação dos Mamilos.....	25
Classificação dos Traumas Mamilares .	28
Procedimentos Recomendados.....	31
Caráter Preventivo.....	31
Caráter Curativo.....	32
Procedimentos não Recomendados.....	35
C) <u>Mastite</u>	37
Classificação.....	37
Procedimentos Recomendados.....	38
VII- <u>Desmame</u>	42
VIII-Como coletar e armazenar o leite materno	43

PROCEDIMENTOS REALIZADOS NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS INTERCORRÊNCIAS MAMÁRIAS NA AMAMENTAÇÃO

I - INTRODUÇÃO

As nossas ações são embasadas na anatomia da mama, fisiologia da lactação e mecanismo da sucção. Faz-se necessário, mesmo que resumidamente, a apresentação de aspectos anatômicos e fisiológicos da mama e mecanismo da sucção, para melhor compreensão dos conceitos e procedimentos adotados pelo Núcleo de Aleitamento Materno (NALMA) e pelo Programa de Aleitamento Materno da SMS (P.A.M. - SMS) e pelo Banco de Leite do HCFMRP-USP.

II - ANATOMIA

As mamas são órgãos pares que se localizam entre as camadas superficial e profunda da tela subcutânea, o espaço retro-mamário e a fascia que cobre o peitoral maior.

Elas apresentam no revestimento cutâneo da zona central área circular, hiperpigmentada, denominada **aréola**, com pequena saliência mediana, a **papila ou mamilo**.

Na **aréola** mamária encontram-se glândulas sudoríparas e sebáceas que formam pequenos tubérculos que aumentam durante a gestação e são conhecidos como **glândulas ou tubérculos de Montgomery**. (Figura 1)

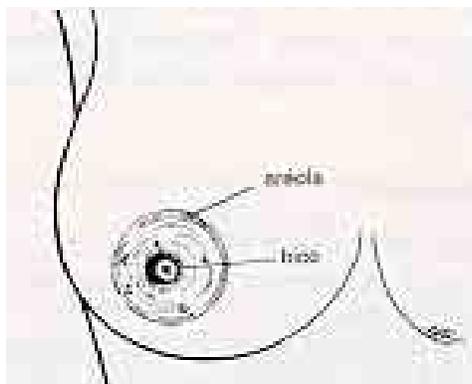


Figura 1 - Mama vista de frente

O corpo mamário é suspenso por fascículos conectivos (ligamentos suspensores da mama) fixados a fascia do músculo peitoral maior.

As mamas são anexos da pele, pois seu parênquima é formado de glândulas cutâneas modificadas, especializadas para a produção do leite durante a lactação após o parto.

A artéria mamária interna, artérias acrômio-torácica, escapular, mamária externa e torácica superior, que irrigam as mamas, ramificam-se no estroma, terminando em plexos capilares abundantes ao redor dos condutos e alvéolos. Dos capilares nascem as veias que acompanham as artérias.

Na gravidez, com o aumento da vascularização, há hiperplasia e hipertrofia dos alvéolos e sistemas de excreção.

Os vasos linfáticos localizam-se na aréola, ao redor dos condutos e do tecido conectivo interlobular.

As fibras nervosas aferentes inervam os órgãos táteis do mamilo e algumas destas fibras seguem o tecido conectivo interlobular, formando plexos finos ao redor dos alvéolos.

Estruturalmente, a mama é constituída de **parênquima mamário** e **estroma conjuntivo**. O parênquima mamário consiste de cerca de 15 a 20 glândulas alveolares ou lobos, cada qual com seu próprio ducto lactífero, também conhecido como ducto excretório, que se abre, independentemente, na papila mamária que, por sua vez, possui de 15 a 20 orifícios ou poros mamilares. (Figura 2)

Os ductos lactíferos convergem até a aréola, sob a qual se dilatam formando seios lactíferos ou ampolas, atuando como reservatório de leite na lactação. Depois se estreitam abrindo-se na papila com calibre reduzido, cada um cerca de 0,5mm de diâmetro.

Cada **lobo** é funcional e anatomicamente independente. Os lobos se ramificam repetidamente em condutos de menor calibre, formando os **lóbulos**. Estes são formados por 10 a 100 **ácinos ou alvéolos**, agrupados ao redor do ducto coletor. (Figura 2)

O **estroma** é representado por tecido de natureza conjuntiva com predominância de tecido adiposo e fibroso, que envolve cada lobo e o corpo mamário. (Figura 2)

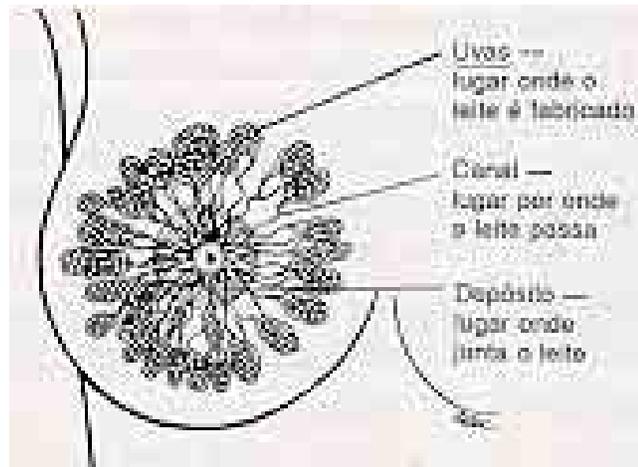


Figura 2 - Mama vista de frente - Estrutura da mama (parênquima e estroma mamário)

No epitélio de revestimento dos alvéolos, existem elementos especiais com a função contrátil, **células mioepiteliais**, de origem ectodérmica e não muscular. Estas células têm forma asteriforme no alvéolo e são alongadas nas proximidades do ducto excretor, tendo íntimo contato com os capilares intra-alveolares. Sob a ação das células mioepiteliais, as paredes alveolares se contraem, expelindo o leite para os canalículos. (Figura 3)

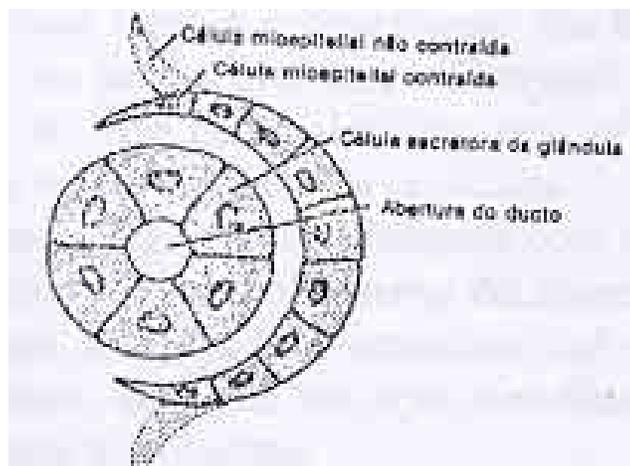


Figura 3 Alvéolo

III - FISILOGIA

O desenvolvimento, tanto do organismo como, especificamente, das mamas, recebe ação de vários hormônios que agem sinergicamente; entretanto, serão apresentadas resumidamente as ações de alguns hormônios que atuam, tanto no desenvolvimento da mama como no processo da lactação, e, em seguida, as modificações que ocorrem durante o ciclo gravídico-puerperal (mamogênese, lactogênese e lactopoes).

Estrógenos – provocam, nas mamas, a deposição de gorduras, o desenvolvimento do estroma e o crescimento de um extenso sistema de ductos; são também responsáveis pela aparência externa.

Na gravidez, provocam o crescimento e a ramificação do sistema de ductos da mama. Promovem tanto a síntese quanto a liberação de prolactina e, em doses farmacológicas, induzem um aumento rápido de prolactina.

Quantidades moderadas de hormônio de crescimento da adenohipófise ou lactogênio placentário humano, são também exigidas para que os estrógenos produzam seu efeito nas mamas. Estes dois hormônios causam deposição de proteínas nas células glandulares, o que constitui um fator essencial para o crescimento mamário.

Progesterona - causa o crescimento dos lóbulos, desenvolvendo a característica secretora nas células alveolares. Entretanto a progesterona não causa realmente a secreção do leite pelos alvéolos, pois o leite só é secretado quando a mama preparada recebe estímulo da prolactina.

Prolactina - tem o efeito sinérgico com estrógenos e progesterona, no sentido de estimular o desenvolvimento do sistema alveolar da mama. O crescimento dos ácinos da glândula mamária, tal como se manifesta no período de aleitamento, depende da ação combinada de doses ideais de estrógeno, progesterona e prolactina.

Outros hormônios – o hormônio da tireóide, os corticosteróides de supra-renal e a insulina são também necessários para fornecer metabolismo básico apropriado antes que as mamas se desenvolvam. (Figura 4)

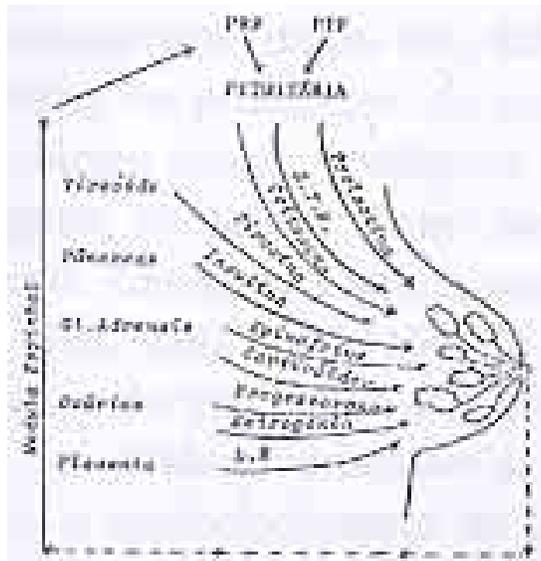


Figura 4 Influências de múltiplos hormônios na lactação humana

IV - PROCESSO FISIOLÓGICO DA MAMA:

MAMOGÊNESE: significa o desenvolvimento da mama. Sob influência hormonal, as mamas sofrem modificações desde a fase embrionária até a puberal, acentuando-se na fase gravídica, quando ocorrem alterações quanto ao tamanho, forma, turgescência e histologicamente, devido ao desenvolvimento de tecido glandular quiescente. Fenômeno de hipertrofia mamária que se inicia logo após a fecundação. Deve-se à ação dos estrógenos sobre os ductos e da progesterona sobre os ácinos, provocando hipertrofia e hiperplasia dos mesmos.

Ao mesmo tempo que se hipertrofia o aparelho glandular, há neoformação dos capilares arteriais, venosos e linfáticos em contato com os ácinos.

Na fase gravídica ocorre alteração considerável dentro do próprio tecido mamário, como proliferação do tecido glandular e diferenciação das células alveolares que se tornam secretoras.

LACTOGÊNESE: significa o início da produção láctea, pelos elementos glandulares.

Após a dequitação, o perfil hormonal se altera consideravelmente. Os estrógenos circulantes caem a níveis baixos. Na medida em que caem os níveis hormonais placentários, a secreção de um complexo de hormônios lactogênicos, provenientes da hipófise anterior, aumenta consideravelmente. Ao mesmo tempo o fluxo sanguíneo das mamas aumenta, levando mais hormônios e precursores do leite para as células alveolares.

Os estrógenos atuam nos ácinos, bloqueando, em suas células galactóforas, os receptores da prolactina, de modo que este hormônio seja incapaz de originar secreção láctea nestas condições. Com a dequitação da placenta e a eliminação do estrógeno, os ácinos ficam desbloqueados, sendo estimulados pelo hormônio lactogênico. Assim se explica por que durante a gestação não há eliminação de leite e, sim, uma secreção de colostro, produto de ação combinada dos estrógenos e da prolactina em nível mamário. A secreção de leite em mulheres grávidas que ainda amamentam se processa pelo mecanismo neurogênico.

Após o estabelecimento da lactação, não se requer em grandes quantidades de prolactina circulante, pois, cada vez que a criança é amamentada, produz-se uma elevação brusca de prolactina.

LACTOPOESE: significa a manutenção da secreção láctea. Depende do mecanismo reflexo, tendo como ponto de partida a sucção do mamilo pelo lactente.

O estímulo mecânico da sucção promove a excitação das terminações nervosas da aréola e mamilo - proprioceptores - e os impulsos nervosos são transmitidos através de nervos aferentes somáticos do S.N.C., ocorrendo uma resposta aguda dos neurônios neurosecretores, com o aparecimento de três eventos neuroendócrinos resultantes da sucção: liberação de prolactina (produção de leite), de ocitocina (provoca contração das células mioepiteliais e consequente ejeção do leite) e de gonadotrofina (responsável pela amenorréia pós-parto).

Portanto, através da sucção do lactente e esvaziamento da glândula, mantém-se em funcionamento o reflexo neuroendócrino e a atividade secretora, pela produção de prolactina e liberação da ocitocina. Quando a pressão intra-alveolar diminui, a secreção láctea aumenta. E, também com a solicitação repetida ao nível do mamilo, a depleção renovada dos ácinos resulta em maior produção de leite. É de grande importância esta sensibilidade hipotalâmica-hipofisária às variações de pressão intra-alveolar, pois permite que a quantidade de leite a ser produzida seja adaptada aos requisitos alimentares do recém-nascido, cuja adaptação ocorre nos primeiros dias de lactação.

O processo de produção de leite ocorre em dois momentos distintos, incluindo o estágio de secreção do leite, efetuado dentro do lúmen alveolar, e o estágio de propulsão ou ejeção, pelo qual o leite passa ao longo do sistema tubular ou conduto.

V - MECANISMO DA SUCÇÃO

Applebaum (1970) descreve a sucção, enfocando a movimentação das partes moles da boca.

- Os lábios do bebê firmam-se na junção mamilo-areolar; os músculos da face contraem-se. (Figura 5A)
- A língua é lançada para a frente para apreender o mamilo e a aréola. (Figura 5B)
- O mamilo toca o palato duro e a língua se desloca para trás, introduzindo a aréola dentro da boca. A pressão negativa é criada pelas ações da língua e da musculatura da face contra o mamilo, e o resultado é uma verdadeira sucção. (Figura 5C)
- As gengivas comprimem a aréola, lançando o leite para a garganta (Figura 5D) e, a seguir, se reinicia o processo.

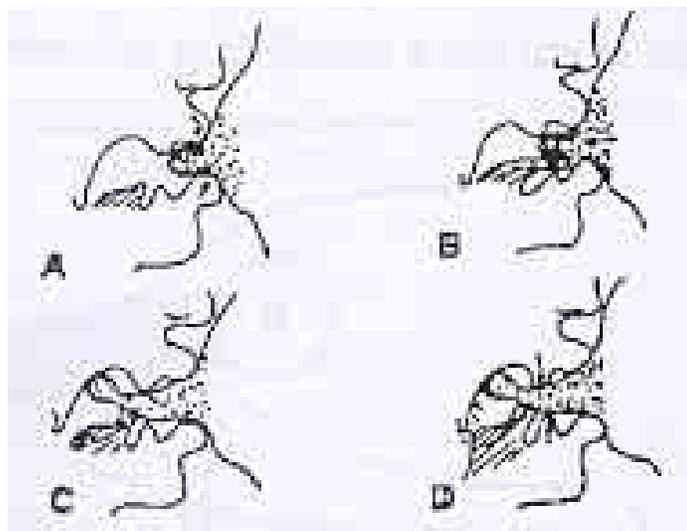


Figura 5 - Mecanismo da sucção segundo Applebaum (1970).

Faltin Jr. e col. (1983) esquematizam a dinâmica da sucção da criança e ressaltam o retrognatismo mandibular. (Figura 10).

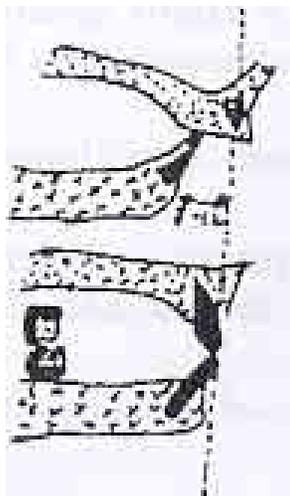


Figura 6- Posição da mandíbula-maxila do recém-nascido em uma criança de mais ou menos 6-12 meses (Faltin Jr e col. , 1983).

A sucção normal ou eficiente desenvolve-se em várias etapas, o que pode ser observado pela palpação da ATM (articulação têmporo-mandibular), já que as cabeças dos côndilos da mandíbula percorrem trajeto antero-posterior nítido.

Ressaltam ainda que, ao sugar, a criança faz verdadeira ginástica mandibular, importante para o desenvolvimento da face. Para tal, usa estrutura ósseo-muscular que forma a cavidade bucal. (Figura 7).

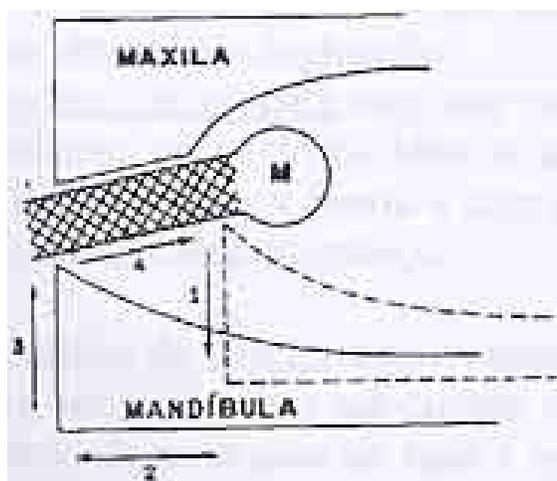


Figura 7 Esquema de mecanismo de sucção, segundo Faltin Jr. e col

O mecanismo da sucção está assim esquematizado (Figura 7):

- A criança apreende o mamilo e seus lábios promovem um verdadeiro vedamento periférico contra a mama;
- Em seguida, a criança abaixa a mandíbula provocando uma zona de pressão negativa intrabucal e succionando o leite do seio lactífero para o mamilo (seta 1);
- A mandíbula é levada para uma posição anterior (protrusa), comprimindo o mamilo (seta 2 e 3);
- A partir desta posição, a criança exerce o verdadeiro ato de ordenamento, mantendo o mamilo comprimido e elevando a mandíbula na posição anterior (seta 4).;
- O leite coletado na cavidade bucal alcança o palato mole, provocando o reflexo de deglutição;
- A partir daí, reinicia-se o processo.

Ros Escott (1989) diz que o bebê tem uma série de reflexos que o ajudam a extrair eficientemente o leite da mama. Para a maioria, a única ajuda necessária é posicioná-lo no peito, de maneira a facilitar a fixação. O resto ele aprende sozinho.

Estudos com cine-radiografia e ultra-som mostraram eficientemente a sucção do recém-nascido. Informaram que adentram a cavidade bucal 2cm de tecido mamário, além do mamilo pressionando com uma teta que chega ao palato mole, estimulando o reflexo de ejeção.

Acrescentam que a sucção eficiente implica em quatro reflexos: procura, sucção, preensão e deglutição.

1- O reflexo de procura tem dois componentes: virar a cabeça em direção ao tátil da bochecha ou canto do lábio e ampla abertura da boca pronta para receber o mamilo. Com a boca aberta e com a língua para baixo e para frente, a mãe deve aproximar a mama da criança.

2- O reflexo da sucção é provocado principalmente pelo estímulo do mamilo no céu da boca. O sabor adocicado do leite é um estímulo adicional, portanto a expressão de uma gota de leite é estímulo. A pressão negativa faz do mamilo e do tecido mamário uma mama alongada, comprimida ritmicamente pela língua

contra o céu da boca com movimento peristáltico. Sucção é um termo errôneo quando se fala da amamentação, embora comumente usado. As ações são mais complexas do que simplesmente sugar um líquido através de canudo.

3- Preensão reflexa fásica é o nome da abertura e fechamento rítmico da mandíbula, em resposta à estimulação das gengivas que ocorre quando a boca se fecha sobre a mama. O movimento da mandíbula sobre os seios lactíferos provoca a remoção efetiva de leite.

4- O reflexo da deglutição ocorre em resposta à presença de líquidos ou sólidos na parte posterior da língua, palato mole, faringe e epiglote, e interrompe temporariamente a respiração.

Períodos prolongados de sucção rítmica após o terceiro dia de vida, ou seja, após a apojadura, são coordenados com o ritmo respiratório, permitindo a propulsão do leite para o estômago com uma única onda peristáltica que começa na ponta da língua. (Figuras 8, 9, 10 e 11A, B, C, D e E)

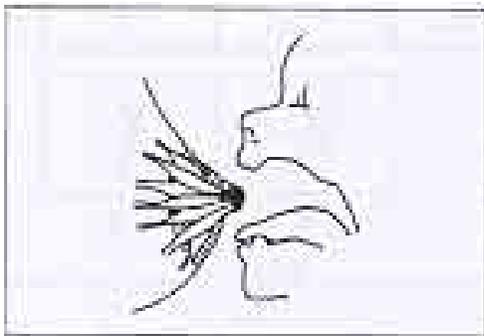


Figura 8- Bebê com boca bem aberta, língua para baixo e para frente. O mamilo está centrado(Ros Escott,1989).

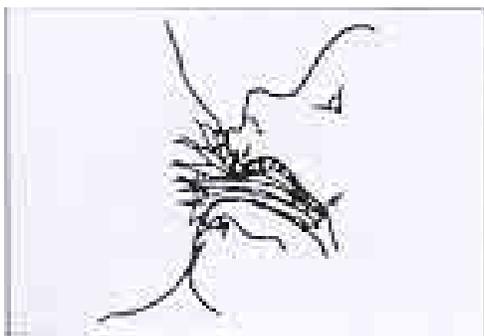


Figura 9 - Pega Ideal- bebê puxa o mamilo e tecido mamário até o palato mole.A língua sobre a gengiva inferior, lábios curvados para fora e queixo contra a mama.Mandíbulas bem posicionadas sobre seios lactíferos e comprimindo-os efetivamente.

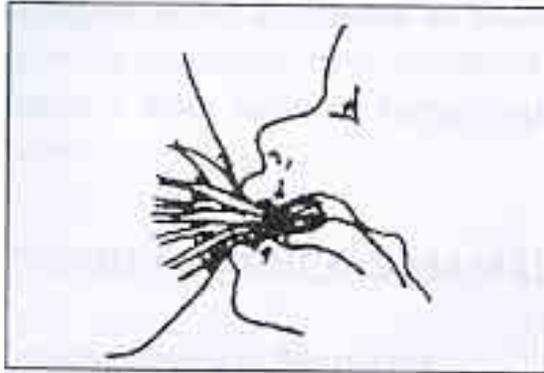


Figura 10 - Pega ruim - o bebê abocanhou pouco tecido mamário, praticamente o mamilo. Lábios apertados e não largamente abertos contra o peito, a língua atrás da gengiva inferior. A compressão da mandíbula drena pouco leite, língua não trabalha efetivamente.

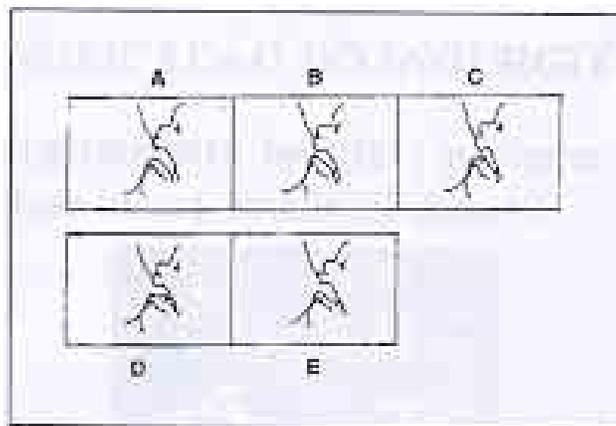


Figura 11 A, B, C, D, E No início de cada ciclo de sucção a mandíbula comprime os seios lactíferos (A), drenando uma porção de leite. A língua inicia seu trabalho pela ponta (B), a onda de compressão move-se para trás, ao longo dela (C,D), comprimindo mamilo e tecido mamário (E) e deglutindo (Ros Escott, 1989).

A seguir serão abordadas as intercorrências mamárias da mama puerperal no processo da lactação, bem como os procedimentos que podem ser adotados auxiliando a mãe, tanto de forma profilática, quanto para assisti-la em aspectos curativos.

VI - INTERCORRÊNCIAS MAMÁRIAS

A) - INGURGITAMENTO MAMÁRIO

Define-se ingurgitamento mamário como retenção anormal de leite acompanhado de **dor** na mama, podendo apresentar hipertermia e hiperemia discreta. Geralmente ocorre nos primeiros dias pós-parto (3-5 dias) posteriores ou junto com a apojadura (descida do leite).

CLASSIFICAÇÃO DO INGURGITAMENTO:

-Ingurgitamento lobular: paciente refere dor em pontos esparsos da mama, há estase láctea lobular.(Figura12)



Figura 12 - Ingurgitamento lobular

- **Ingurgitamento lobar**: paciente refere dor em uma ou mais regiões esparsas da mama, desde a região areolar até a sua base, há estase láctea lobar. (Figura 13)



Figura 13 - Ingurgitamento lobar

- **Ingurgitamento ampolar**: mãe refere dor na região areolar, associada a presença de edema, geralmente não ultrapassando a borda areolar, há estase láctea na ampola. (Figura 14)



Figura 14 - Ingurgitamento ampolar

- **Ingurgitamento glandular**: paciente refere dor em toda a glândula, com aumento moderado da temperatura local, sensação de desconforto devido ao seu peso exagerado; pode estar ou não associado à presença de edema; ausência de vermelhidão; ainda pode ser do tipo obstrutivo e não obstrutivo, há estase láctea em toda a glândula mamária. (Figura 15)



Figura 15 - Ingurgitamento glandular

Ingurgitamento glandular não obstrutivo: ocorre drenagem livremente.

Ingurgitamento glandular obstrutivo: a drenagem não ocorre ou ocorre com muita dificuldade.

PROCEDIMENTOS RECOMENDADOS PARA INGURGITAMENTO MAMÁRIO

1- CARÁTER PREVENTIVO:

Sempre que for possível oferecer a mama:

- Testar a **flexibilidade** da região areolar. Caso esta região esteja flexível oferecer a mama ao bebê. Caso a região areolar não esteja flexível, retirar o leite manualmente, até ela se tornar flexível; a seguir, oferecer a mama ao bebê. (Figura 16)



Figura 16 - Flexibilidade areolar

- Após amamentar o bebê, fazer a auto palpação da mama, a fim de detectar precocemente pontos dolorosos, pois, ocorrendo acúmulo de leite, há aumento da pressão intra-alveolar, levando à **dor**. (Figura 17)

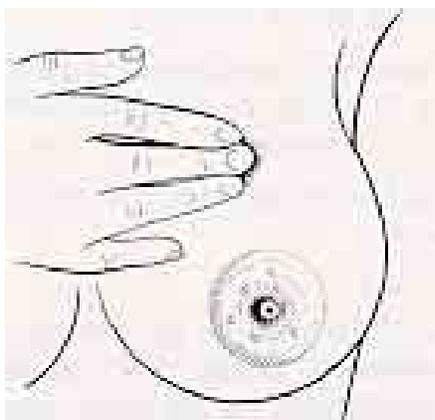


Figura 17 - Palpação das mamas.

Se, com a palpação, a paciente queixar de dor, implica que está ocorrendo um acúmulo de leite, isto é, a oferta está sendo maior que a procura; assim, a recomendação é a retirada manual do leite até o desaparecimento da dor. (Figura 18)

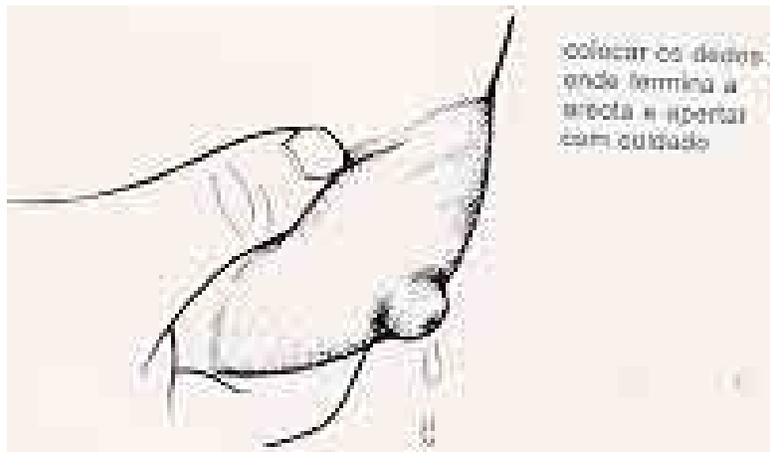


Figura 18 - Expressão manual do leite

I - Caso a paciente não detecte pontos dolorosos, indica que está havendo equilíbrio entre a produção láctea e a drenagem, portanto a pressão intra-alveolar da mama não está aumentada a ponto de provocar dor. Assim, recomenda-se que a mãe amamente o RN sempre que ele solicitar, garantindo apenas a flexibilidade areolar.

II - Quando a produção láctea é maior que a drenagem, ocorre estase láctea intra-alveolar e isso implica em aumento da pressão levando, conseqüentemente, à dor.

Nesse caso, orientar as seguintes recomendações:

a)- Antes de cada mamada: fazer a retirada manual do leite através da expressão da borda areolar, com finalidade de deixar essa região flexível, permitindo, assim, que o RN faça uma **boa pega**, exercendo a força no ponto correto (seios galactóforos) para drenagem do leite e procedendo corretamente a dinâmica de sucção;

b)- Entre e/ou após as mamadas: fazer auto palpação das mamas, a fim de identificar pontos ou regiões dolorosos. Detectando, significa que está ocorrendo aumento da pressão intra-alveolar por acúmulo de leite, e, portanto, se deve realizar a retirada manual do leite através da expressão areolar até o desaparecimento da dor, promovendo o equilíbrio entre a produção e a oferta.

2- CARÁTER CURATIVO:

Nos casos em que há **grande desequilíbrio** entre a produção láctea e a drenagem. É indicado para os **ingurgitamentos glandulares** não obstrutivos e obstrutivos e **ampolar**.

I- Para casos de **ingurgitamento glandular não obstrutivo**, ou seja, quando há drenagem de leite à expressão da borda areolar, apesar de toda a mama estar com excesso de leite, deve-se:

- a)-amamentar normalmente (desde que tenha flexibilidade areolar);
- b) proceder à retirada manual do leite, através da expressão areolar, até o ponto de conforto e desaparecimento da dor; fazê-la sistematicamente em vários períodos do dia, inclusive de madrugada, após e entre as mamadas, até que se consiga obter o equilíbrio entre a oferta e a procura.

II Para casos de **ingurgitamento glandular obstrutivo** (este tipo de ingurgitamento ocorre com pouca frequência), ou seja, quando não há drenagem láctea após os movimentos de expressão da borda areolar, deve-se:

a) verificar a cada 03 horas se a drenagem se iniciou. Nesse ingurgitamento, ocorre a C.V.L. (Congestão Veno-linfática) precedendo ou concomitante com a apoiadura. Havendo congestão, ocorre uma compressão dos alvéolos, canalículos e ductos com conseqüente obstrução. Dessa maneira, deve-se atentar para a regressão dos sinais e sintomas da C.V.L. (calor, dor);

b) a partir do momento que iniciar a drenagem láctea com regressão do processo congestivo, começar a fazer a retirada do leite parcimoniosamente. Na medida em que aumentar o fluxo de leite e diminuir os sintomas da C.V.L., deve-se retirar o leite até o ponto de conforto sistematicamente a cada 03 horas, inclusive à noite;

c) não se deve retirar o leite residual, (“não esgotar a mama”) para não estimular o reflexo neurogênico, ou seja, com a diminuição da pressão intra-alveolar, há uma estimulação mecânica, aumentando a produção de leite. A amamentação deve ser iniciada tão logo regrida o edema ampolar e haja drenagem de leite com facilidade, pois, estando a aréola edemaciada, o RN não conseguirá fazer uma **boa pega** e a mãe sentirá muita dor, podendo traumatizar o mamilo, e o quadro poderá piorar. Nesses casos, a retirada manual do leite deverá ser feita até que haja equilíbrio entre a oferta e a procura;

d) fazer uso de analgésicos e antiinflamatórios, mediante prescrição médica, caso a mulher refira muita dor.

III- Nos casos de **ingurgitamento ampolar**, deve-se:

a) Suspender a lactação na mama comprometida até o desaparecimento completo do edema, pois, estando a aréola edemaciada, o RN não conseguirá fazer uma boa pega e, conseqüentemente, não conseguirá aplicar à força adequada nos seios galactóforos.

b) Fazer retirada manual do leite, através da expressão areolar sistemática, até regressão do quadro.

PROCEDIMENTOS NÃO RECOMENDADOS PARA O INGURGITAMENTO MAMÁRIO:

Alguns procedimentos encontrados na literatura e adotados por muitos profissionais de saúde para as questões de aleitamento materno são extremamente intervencionistas e outros sem embasamento científico. Assim, fundamentados na anatomia da mama, na fisiologia da lactação e no mecanismo da sucção, **NÃO** recomendamos os seguintes procedimentos:

Uso de Ocitocina

No ato da sucção, ocorre o estímulo sensorial dos proprioceptores do mamilo, que estimularão o hipotálamo através da glândula pituitária posterior, a liberar ocitocina. Esta cairá na corrente sanguínea e fará com que as células mioepiteliais dos alvéolos se contraíam promovendo a ejeção láctea. Desta forma não se justifica medida intervencionista, uma vez que com o estímulo da sucção, ocorre naturalmente a liberação de ocitocina pelo organismo. Sabe-se

que a liberação endógena é maior do que a conseguida pela ocitocina sintética, portanto, no caso de ingurgitamento mamário (I.M.), quando os alvéolos se encontram em estase láctea, só a contração das células mioepiteliais não remove o acúmulo de leite, pois os ductos excretores ao longo dos lobos também estão cheios.

Sabe-se que o leite no interior dos ductos de calibre reduzido comporta-se como líquido plástico, necessitando-se, portanto, exercer movimentação das suas partículas para que este flua. Isto só é possível através da aplicação de movimentos na parte externa da mama, ou seja, através da retirada manual do mesmo.

Após os ductos estarem desimpedidos, é possível que o leite drene facilmente por ocasião da ejeção láctea.

Desta maneira, entendemos que o acúmulo de leite (estase láctea) deve ser removido por retirada manual do mesmo, através da expressão areolar.

Uso de Calor:

Sabe-se que o uso do calor é amplamente utilizado porque alivia a dor, aumenta a circulação local, ajuda no metabolismo e reduz o edema. Com a aplicação do calor moderado na pele, ocorre uma vasodilatação, diminuição da viscosidade do sangue, propiciando aumento da velocidade do seu fluxo.

O uso de calor na mama provoca também a dilatação dos ductos lactíferos, o que facilita a drenagem do leite. Contudo, entendemos que, com o aumento da circulação sanguínea, há aumento do metabolismo celular, com conseqüente aumento da produção do leite, sendo que nesta fase o objetivo é conseguir o equilíbrio entre a produção e a drenagem. Não se conhece o efeito real da ação do calor na eficácia da drenagem X aumento da produção láctea.

Pelo exposto acima, **não** recomendamos o uso do calor. Entretanto, se detectarmos que, para a paciente, esse procedimento é relevante, devemos orientar que, após a aplicação do calor, é imprescindível a retirada manual do leite, através da expressão areolar. Devemos também alertar quanto aos cuidados para evitar a queimadura, pois a dor provocada pelo ingurgitamento pode alterar a sensibilidade da pele ao calor e, conseqüentemente, provocar queimaduras.

Devemos salientar que o uso do calor por uma hora seguida ocasiona efeito rebote, como resposta do organismo para a homeostase, através do sistema nervoso autônomo.

Aplicação de Frio:

Na literatura, a aplicação do frio é recomendada com objetivo de diminuir a produção do leite, através da diminuição do metabolismo, provocada por vasoconstrição, diminuição do fluxo sanguíneo, aumento da viscosidade sanguínea. Contudo, esse procedimento **não** é recomendado, pois, com a aplicação do frio, há uma constrição dos ductos lactíferos, dificultando a drenagem láctea, exacerbando o quadro de ingurgitamento mamário. O uso prolongado da aplicação do frio também causa o efeito rebote.

Uso da Bomba Tira Leite:

Na literatura, o uso da bomba tira leite é recomendado com a finalidade de esvaziar a mama. É indispensável que se faça remoção do excesso de leite durante o quadro de ingurgitamento. Porém não recomendamos que tal procedimento seja feito através do uso da bomba tira leite (manual ou elétrica). Em casos específicos de ingurgitamento glandular e ampolar deve ser realizado retirada manual do leite, através de expressão areolar, considerando que:

1. No quadro de ingurgitamento há presença de dor na mama, edema, endurecimento, podendo produzir distensão na região mamilo areolar;
2. A pressão negativa exercida pela bomba (manual ou elétrica), não pode ser controlada, podendo ocorrer com esse procedimento trauma na região mamilo areolar devido a distensão e edema do local;
3. O mecanismo de extração pela bomba tira leite se faz através de pressão negativa, enquanto que o mecanismo de extração manual é semelhante ao mecanismo de sucção do RN, ou seja, o leite é extraído manualmente por expressão da região areolar;
4. Faz-se uma ressalva ao uso de bomba tira leite de **pressão intermitente** usada no Banco de Leite do H.C.R.P -USP, a qual tem pressão negativa controlada, com períodos de relaxamento da região mamilo-areolar. Nesta Instituição, é usada com critério por profissionais especializados, ou seja, somente na ausência de traumas mamilares e ausência de distensão mamilo-areolar.

B) - TRAUMAS MAMILARES

Antes de abordarmos os traumas mamilares, será feita uma rápida revisão anatômica do mamilo.

Mamilo ou papila da mama é uma proeminência de forma cilindro-cônica, frequentemente na altura do quarto espaço intercostal. Pode ser de coloração castanho claro, castanho escuro, rosa ou negra. É abundantemente innervado, contendo diminutas aberturas dos ductos lactíferos dos respectivos lobos mamários. Externamente é revestido por um epitélio estratificado, queratinizado. A estrutura do mamilo é constituída por fibras circulares e longitudinais, o que permite sua protrusão frente a um estímulo, como por exemplo, o ato de sucção.

Classificação dos mamilos:

Mamilo protruso ou normal: - quando se apresenta saliente, bem delimitado e se protraí com facilidade, após estimulação; na junção mamilo-areolar, forma um ângulo quase reto. (Figura 19A)

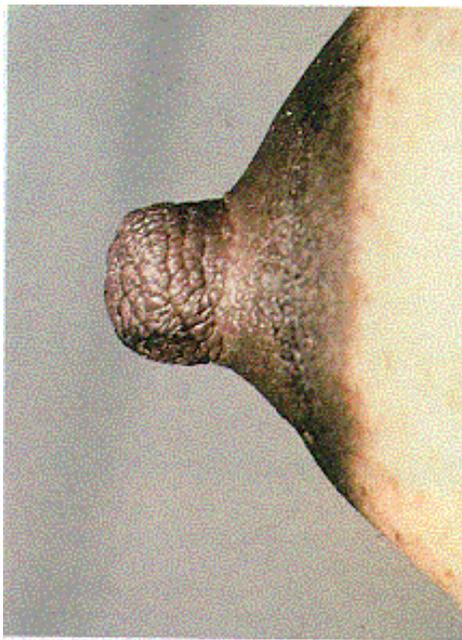


Figura 19 A - mamilo protruso

Mamilo semi-protruso ou subdesenvolvido: quando se apresenta pouco saliente, como se estivesse incorporado à região areolar protraindo-se com dificuldade após estímulo. Não há delimitação precisa entre o mamilo e a aréola; na junção mamilo-areolar forma-se um ângulo obtuso. (Figura 19B).



Figura 19B - mamilo semi-protruso

Mamilo invertido ou umbilicado ou mal formado: quando se apresenta no sentido oposto ao normal (protruso); após estímulos e exercícios não se exterioriza, conservando-se inalterado, com estímulo da sucção pode tornar-se aplanado com a aréola, revelando uma pele semelhante a mucosa. (Figura 19C)



Figura 19C - mamilo invertido

Mamilo pseudo invertido ou pseudo umbilicado: quando se apresenta em sentido oposto ao normal ou protruso; após estímulos e exercícios, se protraí pobremente, tornando-se temporariamente semelhante ao semi-protruso e voltando, a seguir, à posição de inversão; a pele de sua superfície assemelha-se a mucosa (Figura 19 D).



Figura 19 D- mamilo pseudo-invertido

Mamilo hipertrófico: quando apresenta todas as características de um mamilo protuso, porém, pelo seu tamanho exagerado, não torna possível a sucção, pois provoca náusea no RN. (Figura 19 E)



Figura 19 E- mamilo hipertrófico

Trauma Mamilar: Define-se como trauma mamilar como uma solução de continuidade e/ou alteração do tecido mamilar, causada geralmente pela aplicação de força inadequada.

Classificação do mamilo quanto à integridade.

Mamilo íntegro: quando apresenta sua estrutura completa, com ausência de solução de continuidade.

Mamilo fissurado: quando o mamilo apresenta, na sua estrutura anatômica, uma solução de continuidade, tipo fenda, com comprometimento da epiderme ou da derme, localizando-se na junção mamilo-areolar e/ou na superfície do mamilo, apresenta-se sempre de formato horizontal ou curvo; geralmente esse tipo de lesão ocorre em mamilo protruso (Figura 20 A).

Quanto à **fissura**, podemos classificá-la em:

Fissura pequena: quando não excede 3mm e provoca pouca dor no início da sucção, sendo que, após as primeiras sugadas, a mãe refere desaparecimento da dor à sucção;

Fissura média: quando não excede 6mm e a mãe refere demora para o alívio da dor;

Fissura grande: quando excede 6mm; geralmente com formato curvo; a mãe queixa de dor intensa à sucção, a qual permanece durante toda a mamada, pode apresentar sangramento ou não.



Figura 20 A -mamilo com fissura

Mamilo com escoriação: quando o mamilo se apresenta com a epiderme levantada, deixando parte da derme descoberta (esfolado); geralmente ocorre em **mamilo semi-protruso ou protruso** com mamilo apagado, ou seja, quando há excesso de leite nos seios galactóforos.

Essa lesão ocorre no quadrante superior externo do mamilo, porque esta área é onde incide a força da mandíbula no ato da sucção. O formato da lesão em meia lua pode ser explicado devido ao atrito da gengiva na superfície do mamilo (Figura 20B)



Figura 20B - mamilo com escoriação

Mamilo com erosão: o mamilo apresenta desgastes do relevo, ou remoção de toda sua epiderme ou derme, ocasionando dor intensa durante o período de amamentação. Esta lesão é própria de **mamilo invertido e pseudo-invertido**. Esse trauma ocorre devido à sensibilidade da pele do mamilo, que se apresenta úmida com característica de mucosa. Com a sucção ocorre a retração do mamilo. A movimentação do mamilo em atrito com a gengiva do RN provoca este trauma. (Figura 20 C)



Figura 20 C - mamilo com erosão.

Mamilo com dilaceração: o mamilo apresenta-se "rasgado" na região areolar, esse trauma pode ocorrer em qualquer tipo de mamilo e é causado por grande pressão negativa, exercida pela "bomba de leite". (Figura 20 D)



Figura 20 D - Mamilo com Dilaceração

Mamilo com vesículas: nesse tipo de trauma o RN desenvolve, durante a mamada, a sucção **não eficiente**, provocada por uma zona de pressão negativa intra-bucal, sem que haja o reflexo da deglutição. Isso pode ser observado através da palpação da articulação temporo-mandibular. Caso não haja movimentação dessa articulação, significa que o RN não está sugando eficientemente, portanto, não está deglutindo e, assim, não ocorrerá a oxigenação do mamilo. Um outro indicador da sucção não eficiente pode ser observado, colocando-se o dedo sob a mandíbula, abaixo do assoalho da boca, onde se perceberão movimentos rítmicos e rápidos, exercidos pela musculatura desta região e da língua (“RN chupetando o mamilo”).

Esta lesão é caracterizada pela presença de vesículas inteiras ou rompidas, devido a diminuição da circulação local, com conseqüente fragilidade capilar; com presença de exudato. (Figura 20 E)

Tem, como sintoma, ardor durante toda a mamada, piorando no final e logo após a amamentação. (Figura 20 E)

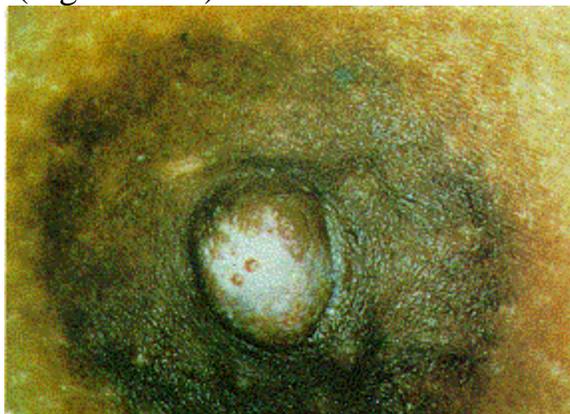


Figura 20 E - Mamilo com vesículas

PROCEDIMENTOS RECOMENDADOS NOS TRAUMAS MAMILARES

Os procedimentos adotados são de caráter preventivo e curativo, sendo que o de caráter curativo tem como princípio a eliminação do fator causal, ou seja, erro na aplicação da força da gengiva do RN no mamilo. A força da gengiva do RN deverá ocorrer na região areolar e não no mamilo.

CARÁTER PREVENTIVO:

PROCEDIMENTO I: O princípio básico da **prevenção** é garantir a flexibilidade areolar. Verifica-se esta flexibilidade, apreendendo-se toda a aréola com as pontas dos dedos e fazendo movimentos de flexão de toda a região, antes de oferecer o peito.

Estando flexível, significa que a tensão láctea na região areolar está normal, portanto o RN fará a aplicação da força no local correto, ou seja, na região areolar. (Figura 16)

PROCEDIMENTO II: Região mamilo areolar não flexível, ou seja, tensão láctea nesta região está aumentada (oferta > que procura). Recomenda-se:

- a) Proceder a retirada manual do leite acumulado nesta região, através da expressão areolar até que se consiga a flexibilidade desejada;
- b) Em seguida colocar o RN para mamar.

Nos casos de mamilos semi-protrusos estas recomendações devem ser observadas com maior rigor.

No caso de mamilo do tipo invertido e pseudo-invertido, proceder à manobra de exteriorização do mesmo antes de obter a flexibilidade areolar.

Quando o procedimento preventivo, ou seja, flexibilidade areolar, não for orientado ou realizado, ocorrerá trauma mamilar.

CARÁTER CURATIVO: Quando há presença de traumas mamilares.

PROCEDIMENTO I: Fissuras Pequenas e Médias:

Fissura Pequena: - Recomendar:

- Verificar a flexibilidade areolar;
- Oferecer o peito nos horários habituais somente após certificar-se da flexibilidade da região areolar;
- Caso apenas um mamilo esteja fissurado, oferecer primeiro aquele que está íntegro e, a seguir, o outro, pois o RN suga mais vigorosamente a primeira mama oferecida, devido a fome.

Caso os dois mamilos estejam fissurados, oferecer primeiro aquele que estiver menos dolorido, pelo motivo exposto acima.

Em ambos os casos o tempo de sucção não deve passar de 15 minutos em cada mama, com objetivo de não permitir que o RN adormeça no peito ou desenvolva a sucção não eficiente, mantendo a pressão negativa intrabucal, retardando a cicatrização da fissura.

OBS: É indicada a suspensão temporária (24 a 48 horas) da amamentação na mama com mamilo fissurado, caso a mãe refira muita dor. Neste caso, fazer expressão manual do leite, expor a mama ao sol da manhã ou da tarde (10 min).

Fissura média unilateral-bilateral

- a)** Em todas as mamadas oferecer primeiro aquele peito cujo mamilo não está traumatizado;
- b)** Somente oferecer o peito após obter flexibilidade da região areolar;
- c)** A mama com mamilo traumatizado deverá ser oferecida em horários alternados e por, no máximo, 10 minutos, a fim de propiciar maior tempo de repouso a este mamilo e favorecer a cicatrização;
- d)** Fazer retirada manual do leite, se, durante a auto palpação, detectar pontos doloridos.

No caso de ocorrer fissura nos dois mamilos oferecer uma única mama por mamada e de forma alternada. Não deverá ultrapassar o tempo próximo de 10 minutos. Reavaliar após 3 dias; havendo melhora da lesão e a mãe referindo

melhora da dor, adotar os procedimentos para fissuras pequenas.

Continuar reavaliando, sistematicamente, e só indicar a amamentação num ritmo normal, quando ocorrer a cicatrização completa, ou seja, a mulher não sentir nenhuma dor durante a amamentação, lembrando que essa volta deve ser gradativa. A mulher deve proceder a auto palpação e, caso detecte dor, fazer retirada manual do leite até o ponto de conforto. Caso não ocorra melhora, deve ser indicado procedimento para fissuras grandes.

PROCEDIMENTO II - Fissura grande - erosão - escoriação.

No caso em que um dos traumas acima for unilateral, deve-se:

- a) Amamentar normalmente a criança na mama em que o mamilo está íntegro;
- b) amamentação deve ser suspensa temporariamente, por 48 a 72 horas, na mama com o mamilo traumatizado.

Lembrar que, de toda mama que está com o aleitamento suspenso temporariamente, deve ser retirado sistematicamente o leite através de expressão areolar. O leite coletado deve ser oferecido ao RN como complementação das mamadas, se necessário. Estando o trauma cicatrizado, retornar a amamentação gradativamente. Recomenda-se:

- a) No primeiro dia amamentar apenas três vezes ao dia e por um tempo máximo de 5 minutos;
- b) A partir do segundo dia, se a mãe não sentir dor, amamentar de três em três horas, conservando o tempo de 5 minutos;
- c) A partir do 3º dia, se a evolução continuar satisfatória, aumentar o tempo para 7 minutos. Em caso de trauma não cicatrizar durante esse período, prorrogar a suspensão por mais 24 a 48 horas. Decorrido mais esse período, reavaliar novamente a situação. Estando cicatrizado, seguir orientação periódica (volta gradativa ao aleitamento no peito).

Em caso de trauma bilateral, a amamentação deve ser suspensa temporariamente em ambas as mamas e os passos a serem seguidos devem ser os mesmos do trauma unilateral. Lembrar que deve ser feita a retirada manual do leite. O leite deve ser oferecido ao RN, evitando ao máximo o uso de bicos de borracha.

Deve ser aconselhado à mãe que o mamilo receba aeração, exposição ao sol, antes das 10 e após as 16 horas, para que haja aceleração do processo de cicatrização, evitar o uso de protetor de mama, soutiens de nylon, lycra (recomendar de malha, de preferência o soutien próprio para amamentação, pois poderá deixá-lo aberto para aerar).

PROCEDIMENTO III - Vesícula:

Este trauma, como vimos anteriormente, é causado pela sucção não eficiente que o RN desenvolve, não possibilitando a oxigenação do mamilo. As medidas deste procedimento visam eliminar a sucção não eficiente. Consistem em:

- a) Aumentar gradativamente o intervalo entre as mamadas para elevar o nível de fome do RN. Uma vez faminto, ele será obrigado a extrair maior volume de leite, que só conseguirá se sugar eficientemente;
- b) Não oferecer outros líquidos ao RN, principalmente líquidos açucarados;
- c) Se o RN desenvolver a sucção não eficiente, a mamada deve ser interrompida; isto pode ser detectado pela mãe, palpando a A.T.M. do RN, a qual não se movimenta;
- d) A mamada não deve exceder 10 minutos, pois considera-se que esse tempo seja suficiente para que o RN se sacie (sucção eficiente); lembrar que a região mamilo areolar deve estar sempre flexível antes das mamadas.

PROCEDIMENTO IV - Dilaceração:

Considerando que o fator causal deste trauma é o uso de "bomba tira leite", recomenda-se:

- a) suspensão da bomba tira leite;
 - b) usar os procedimentos expostos para fissuras pequenas.
- OBS.:** Não se pode afirmar que sempre que se usa bomba tira leite haverá dilaceração. Existem os fatores predisponentes para isto, como:
- a) O ingurgitamento mamário;
 - b) Trauma mamilar prévio;
 - c) Mamilo e aréola despigmentados;
 - d) Edema na região mamilo areolar.

No **ingurgitamento mamário**, o uso da bomba é **totalmente contra indicado**, pois, estando a mama ingurgitada, a tensão areolar estará aumentada, levando à ocorrência da dilaceração, pela pressão negativa exacerbada da bomba tira leite, e pela inabilidade de quem a usa. Se a paciente apresentar trauma mamilar prévio, a pressão negativa exercida pela bomba tira leite acentua a evolução do mesmo devido ao “esticamento” da pele, rompendo a epiderme e/ou derme ou aumentando os traumas já existentes.

PROCEDIMENTOS NÃO RECOMENDADOS NA PREVENÇÃO E/OU TRATAMENTO DE TRAUMAS MAMILARES

Uso de cremes e/ou fricção do mamilo no pré-natal:

No período de gravidez, ocorrem modificações na pele da região mamilo-areolar, tornando-a mais escura e resistente, devido à ação dos estrógenos.

Na aréola encontramos glândulas sudoríparas e sebáceas, que se hipertrofiam durante a gravidez (Tubérculos de Montgomery), que têm como função a proteção e defesa da região mamilo areolar, através da formação de uma membrana hidrolipídica.

Na prática, observa-se que muitas mulheres fazem uso intenso de emolientes, lubrificantes e/ou fricção da região mamilo-areolar, com toalha ou buchas vegetais, com o intuito de amaciá-la, e prepará-la para amamentação. Estes procedimentos provocam a despigmentação da região mamilo areolar e remoção da camada hidrolipídica. Ocorre também diminuição de espessura natural, tornando-a mais susceptível à ocorrência de traumas mamilares durante a amamentação. Portanto, considerando que há um preparo naturalmente fisiológico da mama para lactação, **não há indicação** em interferir nesse processo.

Uso de pomadas:

O **fator causal** da maioria dos traumas mamilares é a **aplicação inadequada de força no ato da sucção**, ou seja, o RN não faz “a pega” adequada devido a **não** flexibilidade da região mamilo-areolar.

Na presença de trauma mamilar é comum encontrar a indicação do uso de pomadas cicatrizantes e/ou cauterização para tratar a consequência e não o fator causal.

Enquanto não for eliminado o fator causal, o trauma permanecerá. O uso de pomadas é danoso por conservar os mamilos úmidos, mantendo o trauma.

Outro motivo por que contra-indicamos as pomadas, é que estas geralmente são oleosas e tornam a região mamilo-areolar escorregadia, dificultando a “pega” pelo RN. Isso leva a mãe a proceder limpeza frequente da região com uso de água e sabão, que, por sua vez, resseca a pele tornando-a mais sensível a traumas.

Uso de Nitrato de Prata 5%:

Cauterização de traumas mamilares com nitrato de prata, líquido ou em bastão, foi largamente usado no passado como mostra a literatura científica; ainda hoje, encontramos serviços de saúde que o utilizam, como rotina, sem nenhum embasamento científico.

Sabe-se que o uso de nitrato de prata provoca uma destruição de tecido (queimadura química), necessitando, portanto, de um período para que esta região cauterizada se reepitelize. Porém, com a amamentação isto não é possível, pois há remoção contínua do tecido que está se reepitelizando. Mesmo que ocorra suspensão temporária da amamentação, o tempo de cicatrização é maior, pois provoca uma queimadura sobre o trauma pré-existente no momento, portanto há o aumento da área traumatizada.

Em caso de uso do nitrato de prata líquido, há também o risco de ser aplicado além da área traumatizada, ocorrendo destruição do tecido sadio.

Pelos motivos acima citados, não recomendamos o uso de nitrato de prata para cauterizar traumas mamilares, mesmo porque este produto não remove o fator causal.

- Limpeza dos Mamilos:

Não adotamos este procedimento, uma vez que, após trabalho científico realizado, se concluiu que:

- a) Do ponto de vista microbiológico não houve diferença significativa entre as puérperas que adotaram a limpeza e as que assim não procederam;
- b) O corpo humano, com seus recursos naturais, reduz sensivelmente o número de bactérias dos mamilos, desde que sua ação não seja bloqueada por agentes externos;
- c) As maiores glândulas sudoríparas do corpo estão na aréola;
- d) O suor e o sebo têm propriedades bactericidas;
- e) Esse procedimento pode debilitar a pele quando a sua integridade e resistência se fizerem necessárias no ato da sucção.

C) MASTITE

Define-se como mastite um processo infeccioso localizado, geralmente unilateral. Apresenta dor contínua, que aumenta à palpação, aumento de temperatura (local e corporal), edema e hiperemia na região comprometida.

Pode ser acompanhada de mal estar geral.

Ocorre geralmente entre a 2ª e 3ª semana pós-parto, iniciando-se na borda areolar caminhando para a base da mama.

Classificação

Mastite Parenquimatosa: o agente etiológico penetra pelos poros mamilares, podendo atingir um ou mais lobos, apresentando os sinais de mastite na área comprometida.

Mastite Intersticial: a porta de entrada do agente etiológico geralmente é o trauma mamilar, comprometendo a estrutura conjuntiva e gordurosa (interstício ou estroma).

Segundo a região comprometida, a mastite pode ser classificada em:

Mastite Ampolar: comprometimento de parte da aréola ou de toda ela;

Mastite Lobar: comprometimento de um lobo mamário, ou seja, região da mama que vai da borda areolar até a base da mama;

Mastite Glandular: há comprometimento de toda a glândula mamária e é de incidência rara;

Abscesso Mamário: quando ocorre no local infeccionado um abscesso com ponto de flutuação, que evolui, geralmente, para a drenagem externa (espontânea ou cirúrgica).

PROCEDIMENTOS RECOMENDADOS NOS CASOS DE MASTITE

I - Caráter Preventivo:

Quando os procedimentos preventivos para o ingurgitamento mamário e traumas mamilares são adotados, a incidência de mastite diminui acentuadamente.

II - Caráter Curativo:

A- Nos casos de mastite inicial, sem eliminação de pus pelos poros mamilares e sem presença de traumas mamilares:

A mama, geralmente, apresenta-se com hiperemia, hipertermia e dor local. Pode haver temperatura corporal elevada. Recomenda-se:

- 1) Avaliação médica;
- 2) Amamentar normalmente, sempre iniciando pela mama comprometida;

3) Após as mamadas, fazer retirada manual sistemática do leite da mama comprometida até remoção do leite residual, na tentativa de promover a lavagem dos ductos. Este procedimento deve ser realizado a cada 03 horas, inclusive à noite, caso a criança não mame. Deve ser mantido até o desaparecimento do quadro clínico.

OBS: 1) Não havendo regressão do quadro em 24 horas e, principalmente, se houver trauma mamilar, deve-se suspeitar de mastite intersticial e, portanto, haverá necessidade de uso de medicamentos (conforme avaliação e prescrição médica). Com o processo infeccioso localizado no interstício, a drenagem do leite através da expressão areolar não atinge o objetivo de remoção do agente infeccioso, pois não encontra porta de saída, e o quadro não regride.

2) A temperatura corporal elevada (febre acima de 38°C) **não contraindica** a amamentação.

B- Nos casos de **mastite com eliminação de pus pelos poros mamilares:**

A- A mama pode apresentar, além dos sinais da mastite inicial, endurecimento ou tumoração. A recomendação terapêutica deve ser:

1) Avaliação médica;

2) Suspender temporariamente a lactação na mama comprometida. Esta decisão está norteada pelos seguintes fatores:

- **Repulsa da mãe:** o pus é tido como um produto repugnante; o medo de causar danos ao RN (transmissão de infecção ao mesmo);

- **Repulsa do RN:** acredita-se que ocorra modificação do sabor e odor no leite, com a presença do pus;

- **Dor:** o próprio processo infeccioso é caracterizado pela dor e dependendo do limiar de dor da paciente, justifica ou não a suspensão temporária da lactação.

3) Amamentar o RN normalmente na mama não comprometida;

4) Com a suspensão da lactação, orientar a mãe a proceder à retirada manual do leite na mama comprometida;

5) Indicar complementação no caso de necessidade.

A complementação deve ser feita com L.N.O. (Leite Natural Ordenhado). Alertar a família quanto à transmissibilidade de doenças pelo leite materno; portanto, recomendar o uso de leite de banco de leite.

Este leite deve ser oferecido ao RN de preferência em conta-gotas, colherinha, seringa ou copinho dependendo da habilidade da mãe, evitando ou alternando o bico de borracha.

Alertar que o uso do bico de borracha determina uma dinâmica de sucção

diferente da sucção desenvolvida na mama, podendo confundir o bebê.

OBS: Esta conduta deve ser tomada sempre que houver necessidade de suspensão da lactação;

6) Se necessário, fazer uso de antiinflamatório, analgésico e antibiótico, mediante avaliação e prescrição médica, considerando o estágio clínico do processo instalado;

7) Voltar a amamentar na mama comprometida, após eliminar o fator impeditivo.

8) Manter a retirada manual do leite até que haja regressão do quadro clínico;

9) Se possível, colher amostra do leite para cultura bacteriológica e antibiograma antes do início da antibioticoterapia, com objetivo de ajudar, se necessário, numa outra indicação do antibiótico ou mesmo para contribuir em estudos epidemiológicos.

C- Nos casos de **mastite abscedada**:

A mama apresenta processo infeccioso localizado, com área de tumoração, com a presença de pus e muita dor local. Recomenda-se:

1) Avaliação médica;

2) Suspender temporariamente a lactação, sendo que esta conduta deve ser tomada segundo a localização do abscesso, isto é, se o mesmo ocorrer na região areolar, a amamentação materna fica impossibilitada, devido à dor e à própria evolução do abscesso, comprometendo o tecido mamário (tumor - lesão - fibrose).

Esta região estando endurecida pelo tumor e posteriormente pela fibrose, impede que o RN a abocanhe corretamente, devido ao comprometimento da flexibilidade areolar.

No caso de o abscesso estar localizado acima da borda areolar, suspender a amamentação temporariamente, considerando os fatores impeditivos do procedimento anterior (mastite com eliminação de pus);

3) Amamentar normalmente o RN na mama normal;

4) No caso de suspensão da lactação na mama comprometida, retirar o leite manualmente a cada 3 horas, com bastante cautela, para não disseminar o processo infeccioso, pois no caso de a expressão ser vigorosa, pode provocar ruptura do tecido e ocorrer extravasamento do processo infeccioso, bem como exacerbar a dor.

No caso de haver a suspensão temporária da amamentação, após cada mamada fazer a retirada do leite residual;

5) Fazer uso de antibiótico, antiinflamatório e analgésico, somente mediante prescrição médica;

6) Acompanhar a evolução do caso, observando a presença de ponto de flutuação para drenagem espontânea, ou então, se necessário, encaminhar para drenagem cirúrgica. Lembrar ainda que, com esses procedimentos (antibioticoterapia + retirada sistemática do leite), a evolução pode ser a reabsorção do abscesso.

Na presença de secreção purulenta, colher material para cultura bacteriológica e antibiograma antes de iniciar a antibioticoterapia, com objetivo de ajudar, se necessário, numa outra indicação de antibiótico ou mesmo para contribuir em estudos epidemiológicos.

Ocorrendo a drenagem do abscesso (espontânea ou cirúrgica), a mulher deve ser orientada a procurar o serviço de saúde para curativos diários. Estes devem ser feitos conforme orientação médica e de forma sistemática, para que o local seja bem tratado, no sentido de remover os restos de pus, para evitar a formação de novos abscessos.

Com a involução do abscesso, reiniciar a lactação, observando:

- a)- Presença de fluxo lácteo;
- b)- Ausência ou diminuição da dor;
- c)- Ausência de pus;
- d)- Presença de fibrose no caso de o abscesso ter ocorrido na região areolar, pois pode dificultar a sucção do RN, impedindo que o mesmo faça uma pega correta e exerça a aplicação da força adequada nos seios galactóforos, favorecendo até a rejeição daquela mama;
- e)- Avaliar a aceitação da mãe em retornar a amamentar naquela mama, uma vez que o processo pode ter sido extremamente traumático e, psicologicamente, ela não tenha condições de aleitar. No caso desta decisão, o profissional deve procurar compreendê-la e orientá-la na alimentação artificial;
- f)- No caso de desmame devido a mastite, realizá-lo após cura do processo infeccioso, principalmente se houver necessidade de enfaixamento das mamas.

VII - DESMAME

O desmame representa muitas vezes, uma decisão difícil para a mãe.

Determinantes de diversas naturezas impossibilitam à mulher amamentar. Os de ordem biológica são, por exemplo: perda do RN, morte fetal, uso de medicações incompatíveis com o aleitamento materno, mães portadores do vírus HIV, ou com AIDS em atividade.

Situações de ordem sócio-econômica também determinam a interrupção da amamentação, como por exemplo, nos casos de necessidade de a mãe se

ausentar por longos períodos do dia, por dificuldades de relacionamento no convívio familiar, situações que levam a mãe ao stress, insegurança, depressão, e outras.

Seja qual for o motivo da decisão do desmame, tem sido possível apreender o quanto isso mobiliza sentimentos na mãe, tornando um período carregado de muito sofrimento.

Gostaríamos de deixar registrado para reflexão dos profissionais, que realizam o atendimento à mãe, que esteja em situação de decidir o desmame, que lembrem o quanto esta decisão é revestida de dificuldade. Portanto, a nossa atuação precisa ir além dos procedimentos técnicos. Precisamos ouvir, dar oportunidade às mães de colocarem suas angústias, ansiedades e ajudá-las nesse sentido.

Alertamos que o processo do desmame pode ser feito de forma progressiva, ou seja, retirando gradativamente as mamadas. Recomendamos que se retire primeiramente a mamada do meio período da manhã, depois a do meio da tarde, deixando por último a mamada da noite e da manhã respectivamente, já que no período de sono, há um aumento na produção de leite.

Nas situações em que o processo de lactação deva ser interrompido rapidamente, recomendamos:

- 1) Avaliação e prescrição médica, se necessário;
- 2) Proceder ao esvaziamento das mamas, através da expressão manual, sendo que o profissional que está atendendo deve estar fazendo o uso de EPI (luva, óculos e avental de manga);
- 3) Após o esvaziamento (o máximo que conseguir retirar), proceder ao enfaixamento das mamas, utilizando faixa crepe, de 15 a 20cm de largura, de forma a comprimir a mama e os alvéolos, para reduzir o espaço intra-alveolar, contribuindo para a redução da produção láctea;
- 4) Orientar a puérpera a manter o uso do soutien sobre a faixa;
- 5) Orientar a puérpera a permanecer com a faixa, o dia inteiro, trocando somente após o banho;
- 6) Esclarecer à puérpera que a faixa só deverá ser removida caso ela apresente dor nas mamas. Nesse caso, ela deve retirar a faixa, proceder a expressão manual, retirando o leite até o momento em que sentir que dor desapareceu, enfaixando novamente;
- 7) O enfaixamento, geralmente, permanece por volta de 2 a 3 dias, até que a puérpera refira ausência de dor e diminuição da produção de leite;
- 8) Orientar a puérpera a não retirar leite, caso não sinta dor espontânea ou à palpação nas mamas.

VIII – COMO COLETAR E ARMAZENAR O LEITE MATERNO

1. Pegar um vidro com tampa plástica (do tipo – maionese ou café solúvel) e um copo de vidro;
2. Retirar o papelão da tampa plástica;
3. Lavar o vidro, tampa e copo com água e sabão;
4. Ferver o vidro, a tampa e o copo por 20 minutos. Não seque, só escorra. Coloque a data no vidro;
5. Lavar bem as mãos até o cotovelo e escove as unhas (que devem ser curtas) com água e sabão. Seque em toalha individual;
6. Procurar um local tranquilo, limpo e longe de animais;
7. Iniciar a coleta com massagens circulares nas mamas, com as pontas dos dedos. Desprezar as primeiras gotas;
8. Segurar o copo próximo à mama;

9. Fazer a expressão manual do leite: colocar os dedos onde termina a aréola (parte escura ao redor do bico) apertar e soltar com cuidado até o leite sair;
10. Despejar o leite no frasco esterilizado e guardar no congelador da geladeira ou no freezer;
11. Todas as vezes que retirar o leite, colocar sobre o que já estiver no congelador.

NOTA 1: O leite colhido poderá ser mantido em geladeira por 24 horas.

Quando guardado no congelador da geladeira ou no freezer, o prazo de validade é de 15 dias (o frasco deve estar sempre bem fechado).

NOTA 2: O Banco de Leite poderá pasteurizar o leite para uso próprio (o prazo de validade é de 06 meses).

NOTA 3: Caso a mãe queira doar o excedente de leite materno, deverá entrar em contato com o Banco de Leite do HC, onde receberá todas as informações e instruções necessárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- APPLEBAUM, R.M.: **Técnicas Modernas para o êxito da amamentação.** Liga do Leite Materno do Brasil, Rio de Janeiro, 1970, 31p (publicação avulsa).
- 2- BRASIL: Ministério da Saúde, **Recomendações técnicas para o funcionamento de bancos de leite humano.** Brasília, 3ª edição atualizada, 1998, 48p.
- 3- ESCOTT, R: **Positioning, Attachment and milk transfer.** Breastfeeding Review, May, 1989.
- 4- FALTIN JR, K.; MACHADO, C.R.; RAMANZZINI, W.A; SANTANA, V. P. PARENTI FILHO, C. & KESSNER, C. A.: **Importância da amamentação natural no desenvolvimento da face.** Ver inst Odont Paulista objetivo. 1(1): 3-5, jan-jun 1983.
- 5- SHIMO, A.K.K.: **Mama puerperal: aspectos preventivos e curativos do ingurgitamento mamário.** Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, 1983, 163p (dissertação de mestrado).
- 6- VINHA, V.H.P; SHIMO, A.K.K.; NANTES, M.G.; SAKAY, Y.T.: **Como cuidar dos peitos após o parto.** Edição Especial - SUDS – SP, 1989.
- 7- VINHA, V.H.P.: **Projeto aleitamento materno – auto cuidado com a mama puerperal.** São Paulo, Sarvier/Fapesp, 1994, 185p.

ILUSTRAÇÃO:

- Todas as fotos, figuras e esquemas foram retiradas das referências bibliográficas nº 1, 3, 4, 5, 6 e 7.

TELEFONES PARA CONTATO:

Programa de Aleitamento Materno da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

Fone: (016) 3995-9329/ 3995-9330/ 3995-9331

FAX: (016) 3995-9332

E-MAIL: programa@ceterp.com.br

Núcleo de Aleitamento Materno da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

Fone: (016) 602.3391/602.3405

Banco de Leite do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

Fone: (016) 602.1220/610.2649