

Boas Práticas em Aleitamento Materno

Guia de apoio a profissionais de saúde



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Grupo de Estudos de Saúde da
Mulher da APMGF

Outubro 2019

Pega e Posicionamento

1. Pega correcta

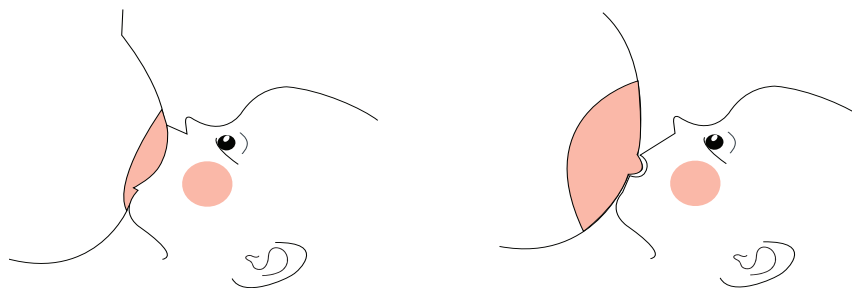
O modo como o bebé pega na mama é fundamental para uma boa produção de leite e o sucesso da amamentação. Evita ainda os principais problemas relacionados com a amamentação.

É importante reforçar que a forma e o tamanho da mama não estão relacionados com o sucesso da amamentação.

No primeiro mês de vida, o bebé deve mamar pelo menos 8-10 vezes em 24 horas, de forma eficaz, independentemente do intervalo entre refeições.

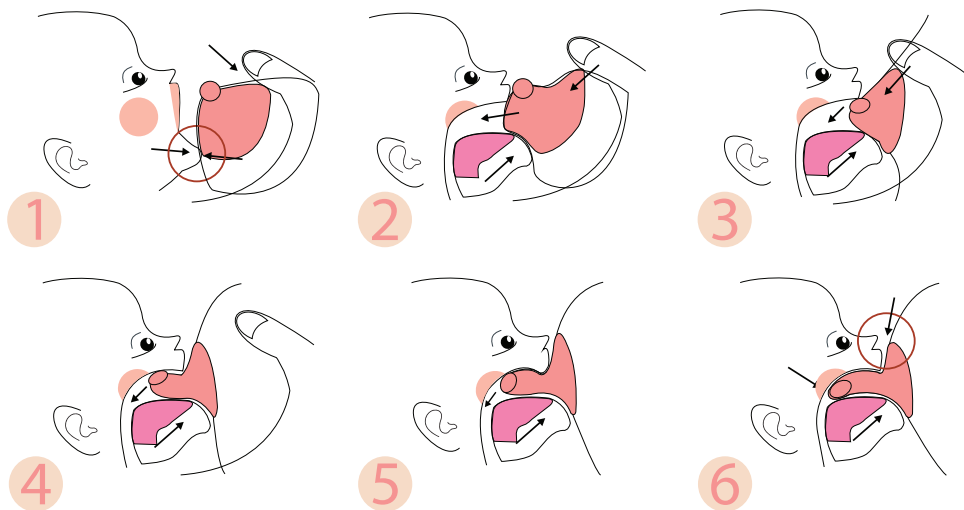
Sinais de uma “boa pega”

- Boca bem aberta;
- Bochechas arredondadas;
- Lábio inferior virado para fora;
- Queixo encostado à mama e nariz afastado;
- Mais aréola visível acima da boca do bebé do que abaixo.



Diferença entre pega correcta e incorrecta.

Nota: Caso a pega nos pareça incorreta mas a mãe não tem queixas e o bebé apresenta boa evolução E-P, não devemos interferir. Ao fazê-lo poderíamos diminuir a confiança da mãe.



Passos para uma boa pega.

Sinais de sucção eficaz	Sinais de sucção ineficaz
Sucções lentas e profundas, com pausas	Sucção rápida e superficial
Bochechas cheias, ouve-se o som da deglutição	Bochechas vazias
O bebé mama calmamente	Bebé inquieto e solta a mama frequentemente
Termina a mamada e o bebé parece satisfeito	O bebé mama com frequência e não parece satisfeito
A mãe não sente dor	A mãe sente dor
A mãe sente que a mama está menos cheia depois da mamada do que antes da mamada	A mãe sente as mamas semelhantes, antes e depois do bebé mamar

Sinais de sucção eficaz vs ineficaz.



2. Posicionamento para amamentar

Mãe

A mãe pode adoptar várias posições mas o mais importante será sentir-se confortável:

- Costas apoiadas;
- Pés apoiados, caso esteja sentada;
- Apoio das mamas se necessário, por exemplo com a mão que está livre;
- A mão que segura a mama deve ser colocada em “C” e não em pinça.

Bebé

Independentemente da posição, deve considerar-se em relação ao bebé:

- Corpo alinhado: orelha, ombro e anca do bebé devem formar uma linha recta e a face anterior do corpo virada e próxima ao corpo da mãe, para que não seja necessária a rotação do pescoço do bebé e para que este seja levado à mama e não o contrário;
- O recém-nascido deve ter todo o corpo apoiado; o bebé mais crescido deve ter pelo menos a cabeça e ombros apoiados;
- Na aproximação à mama, facilita se o bebé vier de baixo para cima, com a face de frente para a mama e o nariz ao nível do mamilo.



Exemplos de posicionamento.



Posicionamento correcto vs erróneo.

Principais Dificuldades na Amamentação

1. Ingurgitamento mamário

A galactogênese II ou activação secretória popularmente conhecida como a “subida/descida do leite” é sentida em geral entre o 3º e o 5º dia após o parto e corresponde à fase de início da secreção de leite.

O ingurgitamento tem dois componentes: o leite acumulado nos canais e o edema do espaço intersticial. Pode surgir durante a galactogênese II ou mais tardiamente (por exemplo no regresso da mãe ao trabalho ou a primeira vez que o bebé dorme a noite toda).

Quando a mama está muito cheia, o lactente pode não conseguir pegar de forma eficaz, contribuindo para a estase de leite e agravando o ingurgitamento.

A principal causa de ingurgitamento mamário é a remoção pouco frequente ou ineficaz de leite da mama. Principais fatores de risco: elevada carga de fluidos peri-parto, elevada produção de leite (mais frequente nas mães de gémeos), início tardio da amamentação, pega incorreta e/ou a restrição da duração da mamada.

Como prevenir

- Primeira mamada imediatamente após o parto;
- Encorajar mamadas frequentes em regime de horário livre (guiada pelo bebé);
- Assegurar que o bebé pega bem na mama (se necessário pedir a uma pessoa com experiência que observe as primeiras mamadas);
- Não oferecer leite artificial se não existir indicação;
- Alojamento conjunto: sistema em que o recém-nascido saudável, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24h/dia, num mesmo ambiente, até à alta hospitalar;
- Durante a gravidez ou nos primeiros dias pós-parto, ensinar as mães a fazer extração manual de leite.

MAMA CHEIA	MAMA INGURGITADA
Quente	Dor moderada a severa
Pesada	Edemaciada
Endurecida	Tensa, brilhante, avermelhada, mamilo apagado
Leite a pingar	Pode não pingar leite
Sem febre	Pode haver febre com duração < 24h

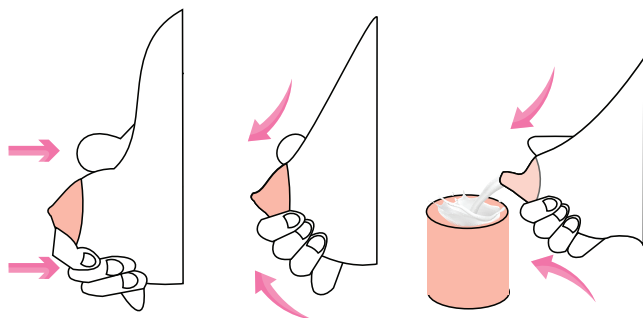
Como distinguir entre a mama cheia vs mama ingurgitada



Tratamento

- Massajar o pescoço/costas da mãe para estimular o reflexo da ocitocina;
- Se o bebé conseguir fazer a pega, colocar o bebé a mamar e, à medida que a mama for ficando mais moldável, ir corrigindo a pega, de forma a que esta fique mais profunda logo mais eficaz;
- Colocar o bebé a mamar primeiro na mama mais cheia;
- Massajar os nódulos/zonas endurecidas durante a mamada;
- Após a mamada aplicar compressas frias ou folhas de couve frias;
- Se necessário, prescrever um analgésico ou anti-inflamatório (paracetamol/ibuprofeno) nas doses habituais;
- Colocar o bebé a mamar assim que a mãe comece a sentir a mama tensa;
- Se o bebé não pegar na mama, sugerir adicionalmente:

- _ Aplicar compressas quentes/duche quente antes da mamada;
- _ Massajar a mama durante alguns minutos para facilitar a ejeção do leite;
- _ Extração manual do leite antes da mamada, para que a aréola fique mole (imagem) e, logo que seja possível, voltar a colocar bebé a mamar.



Extração manual de leite materno.

1. Massajar a mama de forma circular/"pentear" a mama.

2. Com o polegar e o indicador, externos ao limite da areola, fazer pressão em direcção à caixa torácica e posteriormente comprimir os dois dedos juntos em direcção ao mamilo, sem os mover na pele

2. Fissuras mamilares

A sua principal causa é a pega incorrecta e o mau posicionamento do bebé em relação à mama. É mais frequente nos primeiros dias de vida do bebé e a dor é mais intensa quando este começa a mamar, diminui durante a mamada e desaparece quando o bebé deixa a mama.

Como Prevenir

- Aconselhamento durante a gravidez sobre a posição do bebé durante a amamentação e a correta pega na mama;

- Se a mãe sentir dor durante a mamada, retirar o bebê e voltar a fazer a pega. Dar de mamar não deve doer!;
- Descartar sempre as deformações da cavidade oral do bebê (como a anquiloglossia);
- Não interromper a mamada, deixar que seja o bebê a fazê-lo. Caso tenha mesmo de interromper, a mãe deve colocar suavemente um dedo na boca do bebê de modo a interromper o vácuo;
- Deixar secar os mamilos ao ar livre após as mamadas;
- Evitar limpar as mamas (para além da higiene diária habitual) ou usar produtos potencialmente irritativos.

Tratamento

- Corrigir a posição e a pega, inicialmente na mama menos afetada. Uma vez corrigida a pega a dor relacionada com a fissura resolverá espontaneamente mesmo sem tratamento farmacológico;
- Mamilos traumatizados podem ser tratados com agentes cicatrizantes, como a Lanolina altamente purificada (evidência fraca). Antibióticos tópicos, como a Bacitracina ou Mupirocina, podem ajudar a prevenir a sobreinfecção;
- Compressas quentes ou frias, discos de hidrogel, colocar 2-3 gotas de leite materno sobre os mamilos e os analgésicos por via oral (paracetamol ou ibuprofeno), podem ser medidas facilitadoras (evidência fraca).

3. Candidíase mamária/mamilar

Suspeitar quando:

- Mastalgia desproporcional aos achados físicos;
- Sensação de queimadura no mamilo com irradiação para dentro da mama (tipo “alfinetes”);
- Dor permanece ou começa após a mamada e pode ser bilateral;
- História de candidíase oral ou do períneo do bebê, ou vaginal na mãe aquando do parto;
- Mamilo cor de rosa, brilhante e descamativo mas mama sem sinais inflamatórios;
- Outras causas de dor mamária foram excluídas.

Devem ser tratadas sempre as mamas e a boca do bebê ao mesmo tempo. Tratar também outros focos no bebê, como a candidíase genital, e esterilizar com frequência todos os acessórios utilizados, nomeadamente chuchas, tetinas, etc.

Tratamento tópico da mama

- Cremes: Miconazol ou Clotrimazol (menos resistências que a Nistatina) de 12/12h durante 14 dias.
- Evitar o Cetoconazol por risco de hepatotoxicidade do bebê.
- Antes da mamada, qualquer resíduo farmacológico deve ser removido dos mamilos (com exceção do gel de Miconazol) utilizando óleos comestíveis (por exemplo azeite ou óleo de côco), que são menos irritativos que água e sabão. Após cada mamada, o antifúngico é aplicado novamente.



Tratamento do bebé

Miconazol gel oral 2,5 ml de 12/12h ou Nistatina suspensão oral 0,5 a 1 ml de 6/6h durante 7-14 dias.

Tratamento sistémico materno (quando falha o tratamento tópico)

Fluconazol oral 200-400mg no 1º dia, seguido de 100-200mg 12/12h durante 14 dias;

A excreção do fármaco no LM é segura, pelo que é recomendado manter o aleitamento.

4. Ducto entupido

Apresenta-se frequentemente como um nódulo doloroso, ruborizado, na ausência de sintomas sistémicos (febre, mal-estar geral). Pode estar ou não acompanhado de obstrução mamilar: ponto branco no mamilo chamado de “bolha de leite”.

Ocorre em áreas onde há estase de leite, normalmente localizadas num único quadrante, sendo o mais frequente o supero-externo, resultado de extração ineficaz de leite daquela área da mama.

As causas mais frequentes são: a pega incorrecta, uso de roupa apertada (soutien), diminuição do número de mamadas, trauma mamário ou ingurgitamento.

Tratamento

- Corrigir a pega, se necessário;
- Aumentar o número de mamadas na mama afetada, para um esvaziamento completo da mesma. Dirigir o mento do bebé para a zona dolorosa para facilitar a drenagem e/ou massajar a zona durante a mamada;
- Após a mamada, fazer extração manual de leite, massajando a zona afetada em direção ao mamilo;
- Se o mamilo apresentar uma “bolha de leite”, friccionar a região com uma toalha após o banho e colocar de seguida o bebé a mamar. Se não resolver, pode ser necessário perfurar a bolha com uma agulha esterilizada para desentupir o ducto (procedimento que deve ser executado por profissionais experientes);
- Se necessário, prescrever um analgésico ou anti-inflamatório (paracetamol/ibuprofeno) nas doses habituais.

Um ducto entupido persistente ou recorrente que não resolve com medidas conservadoras tem indicação para investigação imagiológica.

Mastite Puerperal

Consiste na inflamação da mama, associada à estase de leite. Surge em 3 a 20% das mulheres, habitualmente nas primeiras 12 semanas após o parto (mais comum na 3ª e 4ª semanas).

Classificação

- Não infecciosa: estase de leite, resultante da sua remoção ineficiente;
- Infecciosa: se houver persistência de estase de leite, pode ocorrer infecção que, na maioria dos casos, é causada por *Staphylococcus aureus*.

Fatores de risco

- Fissuras no mamilo;
- Má pega;
- Padrões irregulares de amamentação;
- Sucção não eficaz;
- Alterações da orofaringe do bebé (ex.: anquiloglossia);
- Desmame rápido;
- Elevada produção de leite;
- Ducto bloqueado ou “bolha de leite”;
- Episódio prévio de mastite;
- Cansaço/stress materno;
- Pressão na mama (ex.: roupa apertada, cinto do carro);
- Infecção fúngica da mama.

Diagnóstico

Habitualmente clínico. Baseado na existência de uma zona de rubor, calor, dor e endurecimento de uma ou ambas as mamas em mulheres lactantes. Podem surgir arrepios, febre e mialgias.

Pode ser necessária a realização de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente análises laboratoriais e cultura do leite (não disponível nos Cuidados de Saúde Primários) se:

- Não houver resposta ao tratamento (é esperada melhoria sintomática às 48-72h após o início de antibioterapia);
- Mastite recorrente;
- Mastite adquirida no hospital;
- Casos graves.



Diagnóstico diferencial:

- Ingurgitamento mamário;
- Bloqueio de ducto mamário;
- Mastalgia;
- Mastite não puerperal;
- Abscesso mamário;
- Galactocele;
- Carcinoma inflamatório da mama.

Tratamento

A amamentação deve ser mantida durante o episódio de mastite.

Se sintomas ligeiros e duração <24h, considerar iniciar apenas medidas gerais:

- Aumentar a drenagem de leite da mama afectada. Se a dor for muito intensa, iniciar na mama contralateral e, logo que possível, passar para a mama afetada. Deve encorajar-se a extração regular de leite, pois reduz a duração da mastite e promove a manutenção da amamentação;
- Posicionar o bebé na mama com o queixo apontado em direção ao bloqueio, para ajudar a drenar a área afetada;
- Durante a amamentação, massajar a mama na área afetada (com óleo comestível ou lubrificante não tóxico) para direcionar o leite da área bloqueada para o mamilo;
- Após a amamentação, aplicar compressas frias;
- Se a mama permanecer endurecida/tensa, fazer extração manual de leite pois alivia a dor e o edema;
- Hidratação oral;
- Repouso.

Analgesia: Ibuprofeno (preferível) ou paracetamol nas doses habituais.

Critérios OMS para iniciar antibioterapia:

- Sem melhoria 12- 24h após início de medidas gerais;
- Sintomatologia intensa desde o início;
- Presença de fissuras no mamilo.

Duração recomendada: 10-14 dias.

Possíveis Antibióticos	Dose	Via	Posologia
Amoxicilina+Ác. Clavulânico	875+125 mg	oral	12/12h
Flucloxacilina	500 mg	oral	6/6h
Eritromicina ¹	250-500mg	oral	6/6h
Clindamicina ^{1,2}	300-450 mg	oral	8/8h
Sulfametoxazol-Trimetropim ^{2,3}	160+800 mg	oral	12/12h

Antibioterapia na mastite infecciosa.

Se alergia à Penicilina; 2 - Podem ser eficazes em MRSA; 3 - Evitar em mulheres que amamentam bebés com ≤ 1 mês e/ou que não sejam saudáveis.

Complicações

- Abscesso mamário: nestes casos deve ser feito encaminhamento para meio hospitalar, para eventual drenagem cirúrgica;
- Candidíase mamária;
- Suspensão do aleitamento materno.

Como prevenir

- Encorajar o repouso e dieta adequada das mulheres que amamentam;
- Higiene adequada (mãos, bombas extratoras de leite);
- Ajudar prontamente na resolução de problemas com a amamentação;
- Promover pega correcta;
- Esvaziamento frequente, evitando a estase de leite;
- Apoio adequado de profissionais de saúde, quando necessário.

Bibliografia:

Pega e Posicionamento

OMS, UNICEF. Aconselhamento em Aleitamento Materno – Manual do Participante. 1ª Edição. 2017.

Principais Dificuldades na Amamentação

Berens P, Eglash A, Malloy M, Steube AM. ABM Clinical Protocol #26: Persistent Pain with Breastfeeding. Breastfeed Med. 2016 Mar;11(2):46-53. doi: 10.1089/bfm.2016.29002.pjb.

Berens P, Brodribb W. ABM Clinical Protocol #20: Engorgement, Revised 2016. Breastfeed Med. 2016;11(4):159–163. doi: 10.1089/bfm.2016.29008.pjb

Spencer J. Common problems of breastfeeding and weaning. Em A. G. Hoppin (Ed.), UpToDate. Acedido a 3 de Outubro, 2019 em <https://www.uptodate.com/contents/common-problems-of-breastfeeding-and-weaning/print?search=breastfeeding>

Fleming ME. Breastfeeding. Em A. Ehrlich (Ed.), Dynamed. Acedido a 3 de Outubro, 2019 em <https://www.dynamed.com/management/breastfeeding>

Barrett ME, Heller MM, Fullerton Stone H, Murase JE. Dermatoses of the breast in lactation. Dermatol Ther. 2013 Aug;26(4):331-6. doi: 10.1111/dth.12071

Mastite Puerperal

Amir LH; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #4: Mastitis, revised March 2014. Breastfeed Med. 2014;9(5):239–243. doi:10.1089/bfm.2014.9984

Spencer J. Common problems of breastfeeding and weaning. Em A. G. Hoppin (Ed.), UpToDate. Acedido a 3 de Outubro, 2019 em <https://www.uptodate.com/contents/common-problems-of-breastfeeding-and-weaning/print?search=breastfeeding>

Inch S, von Xylander S. Mastitis: Causes and Management, WHO: Geneva, 2000

Dixon, J; Khan Lucy. Treatment of breast infection – Clinical review. BMJ. 2011 Feb 11; 342: d396. Published online 2011 Feb 11.

Spencer JP. Management of mastitis in breastfeeding women. Am Fam Physician. 2008 Sep 15; 78(6): 727–731



