



Prevalência de traumas mamilares e fatores relacionados em puérperas assistidas em um hospital de ensino

Prevalence of nipple traumas and related factors among post-partum women assisted in a teaching hospital

Prevalencia de traumas mamilares y factores relacionados en puerperas asistidas en un hospital de enseñanza

Adélia Maria Sartori da Cunha¹ 
Vitória Eugênia Martins¹ 
Michele Lemos de Lourdes¹ 
Marina Carvalho Paschoini¹ 
Bibiane Dias Miranda Parreira¹ 
Mariana Torreglosa Ruiz¹ 

1. Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFMT). Uberaba, MG, Brasil.

RESUMO

Objetivos: Estimar a prevalência de traumas mamilares e correlacionar a sua ocorrência com fatores sociodemográficos e obstétricos em amostra de puérperas assistidas em um hospital de ensino. **Método:** Estudo quantitativo, transversal realizado com 320 puérperas assistidas no Alojamento Conjunto, no período de outubro de 2015 a março de 2016. **Resultados:** A prevalência de trauma mamilar na amostra foi de 35,3% e apenas a experiência prévia com aleitamento comportou-se como fator de proteção para o trauma. Não foram encontradas associações estatísticas com outras variáveis. **Conclusões e implicações para a prática:** Os dados apresentados possibilitaram delinear um perfil das puerpéras assistidas em um hospital de ensino, assim como a caracterização da ocorrência dos traumas mamilares. A partir deste perfil poderão ser instituídas orientações sobre o tema tanto na instituição que foi realizado o estudo, quanto em outras instituições, já que a partir da literatura, identifica-se a necessidade desta orientação em diferentes contextos e instituições.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Desmame; Prevalência.

ABSTRACT

Objectives: To estimate the prevalence of nipple traumas and to correlate this occurrence with socio-demographic and obstetric factors in a sample of assisted post-partum patients in a teaching hospital. **Method:** Cross-sectional, quantitative study of 320 post-partum patients assisted in the maternity from October 2015 to October 2016. **Results:** The prevalence of nipple trauma in the sample was 35.3%, and only previous experience with breastfeeding has behaved as a protective factor for trauma. No statistical associations were found with other variables. **Conclusions and implications for practice:** The data presented allowed us to delineate a profile of the post-partum patients assisted in a teaching hospital, as well as the characterization of the occurrence of nipple traumas. From this profile, guidelines can be established on the subject, both in the institution where the study was carried out and in other institutions, since from the literature, the need for this orientation in different contexts and institutions is identified.

Keywords: Breast Feeding; Weaning; Prevalence.

RESUMEN

Objetivos: Estimar la prevalencia de traumas mamilares y correlacionar su ocurrencia con factores sociodemográficos y obstétricos en muestra de puérperas asistidas en un hospital de enseñanza. **Método:** Estudio cuantitativo y transversal, realizado con 320 puérperas asistidas en un Alojamiento Conjunto, en el período de octubre de 2015 a marzo de 2016. **Resultados:** La prevalencia de trauma mamilar en la muestra fue de 35,3%, y solo la experiencia previa con la lactancia actuó como un factor de protección para el trauma. No se encontraron asociaciones estadísticas con otras variables. **Conclusiones e implicaciones para la práctica:** Los datos presentados permiten delinear un perfil de puerperas asistidas en un hospital de enseñanza, así como la caracterización de la ocurrencia de traumas mamilares. A partir de este perfil se podrán establecer orientaciones sobre el tema tanto en la institución en que se realizó el estudio, como en otras instituciones, ya que a partir de la literatura se pudo identificar la necesidad de esta orientación en diferentes contextos e instituciones.

Palabras clave: Lactancia Materna; Destete; Prevalencia.

Autor correspondente:
Mariana Torreglosa Ruiz.
E-mail: marianatorreglosa@hotmail.com

Recebido em 14/02/2019.
Aprovado em 24/05/2019.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0024

INTRODUÇÃO

No leite materno encontra-se todo suporte nutricional que o recém-nascido (RN) necessita para ótimo desenvolvimento físico e imunológico, afetivo e psicológico. O aleitamento é a forma mais eficaz e econômica de nutrição, capaz de suprir as principais necessidades do neonato, garantindo sua sobrevivência.¹

A Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), recomendam o aleitamento materno exclusivo por seis meses e misto (introdução da alimentação) até os dois anos ou mais de idade da criança.¹

Série histórica sobre a prevalência de aleitamento materno exclusivo no Brasil aponta que em 1986, o índice de crianças em aleitamento exclusivo aos seis meses de idade era de 4,7%, saltando para 37,1% em 2006. Contudo, o último estudo populacional realizado em 2013, mostra uma tendência de estabilização desse índice, com tendência decrescente (36,6%).² De forma que, os dados apontam que o aleitamento materno no Brasil encontra-se em situação de alerta e ressalta-se o alto índice de desmame precoce nas crianças brasileiras.

Contudo, esses dados não diferem da realidade mundial, uma vez que 80% das crianças recebem o leite materno, mas apenas 37% estão em aleitamento exclusivo aos seis meses de idade, conforme preconização.³

O aleitamento materno reduz o risco de infecções e má oclusão dentária, aumenta os índices de inteligência na criança e, reduz substancialmente a mortalidade infantil. Para as mães, reduz o risco de desenvolvimento de câncer de mama. A longo prazo, pode ter possível efeito na redução do sobrepeso e diabetes.³

Assim, dados os benefícios do aleitamento materno, cabe aos profissionais de saúde, oferecer suporte para as mães iniciarem e manterem, assim como, manejar as principais dificuldades. Este, compreende o quinto passo para o sucesso da amamentação.⁴

O trauma mamilar é definido como lesão e/ou alteração do tecido mamilar que, geralmente é resultante do manejo inadequado e/ou de erro na técnica da amamentação (posicionamento e/ou pega incorreta do lactente).⁵ Estudos apontam que acompanhado da dor e desconforto da mãe ao amamentar, o trauma é a principal causa de desmame precoce.^{6,7}

O trauma mamilar surge mais frequentemente ainda na maternidade ou até nos primeiros sete dias pós-parto, e, de acordo com a literatura, a prevalência varia de 11 a 96%, com média de frequência de 43,6 a 46,9%.^{8,9}

Destaca-se que 80 a 96% das mulheres relatam dor ou desconforto nas mamas nas primeiras semanas após o parto e 26% referem dor extrema ou insuportável, sendo que a dor associada ao trauma, pode ser um dos fatores precipitantes para o desmame.^{7,10}

Além da dor causada e risco de desmame, o trauma mamilar está associado ainda à depressão e ansiedade maternas e, é fator determinante para ocorrência de mastite puerperal.⁶ Estudo de seguimento apontou que antes da alta hospitalar 79% das mulheres relataram dor nas mamas e 58%

apresentavam trauma mamilar na primeira semana; após oito semanas, 8% mantinham o trauma e 20% ainda queixavam de dor.⁶

O tempo de cicatrização do trauma mamilar é variável, dependendo da sua extensão e gravidade e, pode durar de 24 horas até 28 dias, em média de uma a duas semanas.^{7,8} Lembrando que uma vez instalado, o trauma é recorrente a cada nova sucção do RN, o que aumenta o tempo para ocorrer a cicatrização.¹¹

Ao investigar os fatores de risco para os traumas observou-se significância estatística para: primiparidade; mães de raça/cor branca ou amarela; ausência de parceiro fixo; presença de trauma em amamentação prévia; anestesia durante o parto; idade gestacional entre 37 a 40 semanas; não amamentar na primeira hora de vida; apresentar mamilos semi-protrusos e/ou malformados (invertidos ou pseudo-invertidos) e/ou despigmentados; ingurgitamento mamário e/ou mamas túrgidas; dor mamária; mastite; uso de bombas para extração do leite; uso de óleos, cremes e pomadas aplicados no mamilo; uso de intermediários e bicos (chupeta e mamadeira) e forros úmidos, além da prensão (pega) e posicionamento errôneo do neonato.^{9-10,12}

A literatura aponta que o posicionamento inadequado da criança durante o aleitamento (pescoço torcido, criança distante da mama materna e lábio voltado para dentro durante a sucção) pode determinar a ocorrência do trauma mamilar. Já o acompanhamento/supervisão da mamada apresenta-se como fator de proteção, assim como ter recebido orientações sobre amamentação durante o pré-natal. Além disso, a amamentação ainda na primeira hora de vida do RN e presença de acompanhante são descritos como fatores protetores para os traumas.⁹

A identificação precoce dos traumas mamilares e seu pronto tratamento, a verificação de possíveis fatores de risco associados a esta ocorrência e, a implementação de medidas assistenciais e educativas, durante a internação da mãe e do RN no Alojamento Conjunto (antes da alta hospitalar), são primordiais para a prevenção dos traumas mamilares e do desmame precoce. Dada a relevância e os impactos negativos do desmame precoce na saúde das crianças e das mães e, a influência do trauma mamilar nesta ocorrência, justifica-se a realização deste estudo.

De forma que o objetivo do estudo foi estimar a prevalência de traumas mamilares e correlacionar a sua ocorrência com fatores sociodemográficos e obstétricos em amostra de puérperas assistidas em um hospital de ensino.

MÉTODO

Trata-se de estudo de delineamento não experimental, transversal, de abordagem quantitativa sobre a prevalência de traumas mamilares e fatores correlacionados, em puérperas assistidas em um hospital de ensino.

O estudo foi realizado nas dependências do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) na Enfermaria de Ginecologia e Obstetria (EGO), nas unidades de Alojamento Conjunto, no período de 01 de outubro de 2015 a 31 de março de 2016.

Para calcular o tamanho amostral, utilizou-se o aplicativo PASS (*Power Analysis and Sample Size*) versão de 2002, considerando prevalência de trauma mamilar de 46,9%, precisão de 5% e intervalo de confiança de 95%, para uma população finita de 1342 puérperas (número de partos ocorridos em 2012, de acordo com dados institucionais), chegando-se a uma amostra de 298 sujeitos. Foram incluídas 320 puérperas e, desta forma, respeitado o cálculo amostral.

Foram incluídas no estudo puérperas hemodinamicamente estáveis, conscientes e orientadas, internadas no Alojamento Conjunto, que tinham dado à luz a RN vivos entre 12 a 24 horas, independente da idade materna ou tipo de parto. Foram excluídas: puérperas portadoras do vírus HIV, HTLV ou neoplasias em tratamento (contraindicações formais para o aleitamento); gestações que tinham resultado em aborto, feto morto ou natimorto; RN internados em outras unidades da instituição (berçário ou centro de terapia intensiva neonatal), e puérperas transferidas de outras instituições após o nascimento ou que já tivessem recebido alta (reinternação).

Após serem esclarecidas a respeito do estudo e consentirem a participação, todas as puérperas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Destaca-se que as participantes fizeram a opção pelo momento que iriam responder o questionário e serem examinadas pelos pesquisadores. Foram tomados cuidados necessários para preservar a privacidade das mesmas durante o exame, dos quais pode-se citar: descobrir apenas a mama examinada; manter e certificar que a porta estivesse fechada; solicitar que acompanhante ou familiar se retirasse durante o exame, caso fosse a vontade da mesma e, o exame foi realizado aos pares, a fim de evitar possíveis constrangimentos para ambos (puérpera e pesquisadores).

A equipe assistencial também foi questionada a respeito do melhor momento para realizar a pesquisa e informada que a participante estava em avaliação, a fim de que a coleta não prejudicasse atividades já planejadas. Destaca-se que não foram realizadas fotografias das mamas examinadas a fim de não expor a puérpera. Desta forma, foram preservados os direitos à privacidade e integridade dos sujeitos de pesquisa. Informações a respeito das variáveis sociodemográficas; história obstétrica atual e pregressa e dados do nascimento foram extraídas dos prontuários.

O estudo foi submetido à apreciação e autorização da Diretoria Clínica da instituição, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parecer número 1.205.420 de 28 de agosto de 2015. Desta forma, o seu desenvolvimento foi guiado e pautado pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução 466/12/CNS/MS.

Utilizou-se instrumento próprio para coleta dos dados, contendo variáveis sociodemográficas e obstétricas testado mediante estudo-piloto e, para a avaliação da mamas, mamilos e presença de trauma, o instrumento baseou-se no estudo de Vinha (1999),⁵ que concebeu as definições sobre o tema,

já consagradas na literatura. A avaliação foi feita aos pares e, ambos os pesquisadores foram capacitados e calibrados pelo pesquisador principal.

Para a análise dos dados, adotou-se a técnica de dupla entrada, com posterior validação, empregando-se o aplicativo *Microsoft Excel*[®]. Utilizou-se para análise estatística o aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 23.0. Inicialmente, realizou-se análise descritiva dos dados, relativas às variáveis sociodemográficas, obstétricas, dados de nascimento e avaliação das mamas e mamilos. Foram analisados apenas os casos de trauma de mamilar classificados como escoriação e fissura, devido à sua gravidade (solução de continuidade da pele), relevância e baixa incidência dos demais tipos de trauma na amostra. Verificou-se a correlação destes traumas com as variáveis de interesse pelo teste de qui-quadrado, e para verificar a magnitude das associações, utilizaram-se razões de chances (RC) e seus respectivos intervalos de confiança (95%). Para ratificar as associações realizou-se a regressão logística binária.

Foram testadas as seguintes variáveis: primiparidade; gestantes adolescentes e idosas (>35 anos); mulheres brancas; ausência de parceiro fixo; baixa escolaridade; que tinham ocupação; gestação de alto risco; pré-natal; orientações recebidas sobre amamentação durante o pré-natal; experiência prévia com amamentação; tipo de parto; macrossomia fetal (peso do RN maior que 4kg) e tipo de mamilo. As variáveis testadas foram baseadas nos fatores de risco descritos na literatura. Foram consideradas estatisticamente significantes variáveis com valor de $p=0,05$.

RESULTADOS

A idade média das entrevistadas foi de $24,4 \pm 7,0$, variando de 13 a 43 anos. Destas, 13% eram adolescentes e 8% tinham idade igual ou superior a 35 anos. A maioria afirmou ser casada (65%) e não exercer atividade remunerada (61%). Em relação à cor autorreferida, 41% declararam-se pardas, 33% brancas e 25% negras, e, quanto à escolaridade, foram mais frequentes na amostra mulheres com ensino fundamental incompleto (35%) e ensino médio incompleto (25%).

A idade gestacional calculada pelo tempo de amenorria variou entre 23 e 48 semanas, 62% estavam a termo da gestação, porém 22,5% não sabiam relatar a data da última menstruação (DUM). A idade gestacional de acordo com o ultrassom variou de 16 a 42 semanas e, 90% das gestações estavam a termo. Sete puérperas (2,2%) desconheciam a DUM e não realizaram US para datar a gestação. O número médio de gestações encontrado foi de $2,4 \pm 1,8$ variando de uma a doze, com maior frequência de primíparas (45%).

O número médio de consultas pré-natal realizadas foi de $8,0 \pm 7,6$ consultas, alternando de zero a 15; 98% das puérperas realizaram o pré-natal, sendo que 79,3% realizaram seis ou mais consultas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. A respeito das orientações recebidas sobre amamentação e cuidados com as mamas durante o pré-natal, 51% relataram

ter sido informadas; 47% já tinham experiência prévia, 32% receberam informações dos familiares e 22% buscaram informações na internet.

Quanto ao desfecho da gestação, 62% tiveram parto vaginal normal e 38% cesárea. Dentre as justificativas de cesárea, 22% foram devido a iteratividade (mais de duas cesáreas prévias) e 21% por descompensação materna, em que o predomínio (56%) das causas foi o aumento do nível pressórico.

Quanto aos dados dos RN, 51% eram do sexo masculino e 49% feminino. O peso médio foi de $3132,5 \pm 500,8$, variando de 2031 a 4645 gramas. O escore médio de Apgar no primeiro minuto de vida foi de $8,9 \pm 5,1$ alternando entre quatro e dez; já no quinto minuto a média foi de $9,3 \pm 5,1$, com variações de sete a dez. Por esta classificação pode-se verificar que no primeiro minuto 92% tinham boas condições; 6% tinham dificuldade leve de adaptação e 3% tinham dificuldade de grau moderado. Já no quinto minuto de vida, 99% tinham boas condições e apenas três RN apresentavam dificuldades adaptativas leves.

A Tabela 1 apresenta dados referentes à avaliação das mamas, os quais evidenciaram predomínio de mamilos protrusos, mamas normotensas e colostro à expressão.

A prevalência de trauma mamilar na amostra pode ser verificada a partir da análise da Tabela 2. Considerando a maior prevalência que foi encontrada no mamilo direito, pode-se inferir que 35,3% das puérperas apresentavam algum tipo de trauma. Os traumas mais frequentes foram: escoriação, hipermia e fissura. Ao considerar apenas traumas graves, onde há

perda da solução de continuidade da pele, como nos casos de escoriação e fissura, a prevalência de traumas foi de 26,6%, totalizando 85 traumas.

Dados apresentados na Tabela 3 apontam que não foi encontrada associação de nenhuma variável sociodemográfica ou obstétrica com a ocorrência de trauma mamilar (fissuras e escoriações - 26,6%).

Quando analisadas as variáveis através do modelo de regressão logística binária, verifica-se que a experiência prévia com amamentação apresentou significância estatística, comportando-se como fator de proteção à ocorrência do trauma, conforme aponta a Tabela 4.

DISCUSSÃO

O trauma mamilar é um dos principais problemas mamários que influenciam diretamente a experiência do aleitamento materno¹³ e, é apontado como um dos principais fatores de risco para desmame.¹⁴

As mulheres entrevistadas estavam na faixa etária considerada 'idade fértil'. A idade média das puérperas foi semelhante a dados de estudo de incidência onde foram analisados 2331 prontuários sendo a média de idade de 24,7 anos.¹⁵ Destaca-se que a literatura aponta que a adolescência está associada à maior ocorrência de problemas mamários,¹³ dentre eles o trauma mamilar,¹⁶ no entanto, a idade não apresentou significância estatística para ocorrência de trauma na amostra.

Tabela 1. Distribuição das variáveis relacionadas à avaliação das mamas (classificação do mamilo; consistência da mama e presença de secreção à expressão) bilateralmente (à direita e à esquerda) das 320 puérperas avaliadas, Uberaba, MG, 2016.

| Variável | Avaliação à Direita (n) | % | Avaliação à Esquerda (n) | % |
|-----------------------------|-------------------------|------|--------------------------|------|
| Classificação Mamilo | | | | |
| Protruso | 243 | 75,9 | 242 | 75,6 |
| Semi-protruso | 55 | 17,2 | 56 | 17,5 |
| Pseudo-invertido | 12 | 3,8 | 11 | 3,4 |
| Invertido | 2 | 0,6 | 3 | 1,0 |
| Hipertrófico | 8 | 2,5 | 8 | 2,5 |
| Consistência da mama | | | | |
| Normotensa | 266 | 83,1 | 267 | 83,4 |
| Em apojadura | 24 | 7,5 | 22 | 6,9 |
| Túrgida | 30 | 9,4 | 31 | 9,7 |
| Secreção à expressão | | | | |
| Ausente | 17 | 5,3 | 12 | 3,8 |
| Colostro | 265 | 82,8 | 267 | 83,4 |
| Leite de transição | 31 | 9,7 | 34 | 10,6 |
| Leite maduro | 7 | 2,2 | 7 | 2,2 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Tabela 2. Distribuição dos traumas mamilares a partir da avaliação dos mamilos bilateralmente (à direita e à esquerda) das 320 puérperas avaliadas, Uberaba, MG, 2016.

| Tipo de trauma | Mamilo Direito (n) | % | Mamilo Esquerdo (n) | % |
|----------------|--------------------|------|---------------------|------|
| Ausente | 207 | 64,7 | 221 | 69,1 |
| Hiperemia | 22 | 6,9 | 20 | 6,3 |
| Vesícula | 2 | 0,6 | 4 | 1,3 |
| Escoriação | 72 | 22,5 | 60 | 18,7 |
| Fissura | 13 | 4,1 | 11 | 3,4 |
| Hematoma | 4 | 1,3 | 4 | 1,3 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Tabela 3. Associação dos traumas mamilares (fissuras e escoriações) com variáveis de natureza sociodemográficas e obstétricas, Uberaba, MG, 2016.

| Variável | Trauma | % | Íntegro | % | RC | p |
|---|--------|------|---------|------|------------------|-------|
| Primigesta | 37 | 11,6 | 95 | 29,6 | 1,14 (0,69-1,88) | 0,700 |
| Multigesta | 48 | 15,0 | 140 | 43,8 | | |
| Adolescentes | 15 | 4,7 | 26 | 8,1 | 1,72 (0,86-3,44) | 0,131 |
| Não adolescentes | 70 | 21,9 | 209 | 65,3 | | |
| Idade superior a 35 anos | 6 | 1,9 | 19 | 5,9 | 0,86 (0,33-2,24) | 1,000 |
| Idade inferior a 35 anos | 79 | 24,7 | 216 | 67,5 | | |
| Cor branca | 30 | 9,4 | 77 | 24,1 | 1,12 (0,66-1,89) | 0,689 |
| Não brancas | 55 | 17,2 | 158 | 49,3 | | |
| Casada | 58 | 18,1 | 151 | 47,2 | 1,19 (0,70-2,03) | 0,595 |
| Solteira | 27 | 8,4 | 84 | 26,3 | | |
| Escolaridade igual ou inferior ao ensino fundamental completo | 46 | 14,4 | 113 | 35,3 | 1,28 (0,77-2,10) | 0,377 |
| Escolaridade superior ao ensino médio | 39 | 12,2 | 122 | 38,1 | | |
| Exerce ocupação remunerada | 52 | 16,3 | 142 | 44,4 | 1,03 (0,62-1,72) | 1,000 |
| Sem ocupação remunerada | 33 | 10,3 | 93 | 29,0 | | |
| Gestação de alto risco | 32 | 10,0 | 84 | 26,3 | 1,09 (0,65-1,81) | 0,793 |
| Gestação de risco habitual | 53 | 16,5 | 151 | 47,2 | | |
| Realizou pré-natal adequado | 71 | 22,5 | 183 | 57,5 | 1,49 (0,76-2,91) | 0,268 |
| Não realizou pré-natal ou realizou inadequadamente | 13 | 4,2 | 50 | 15,8 | | |
| Recebeu orientações sobre amamentação no pré-natal | 53 | 16,6 | 145 | 45,5 | 0,76 (0,46-1,25) | 0,832 |
| Não recebeu orientações* | 32 | 10,0 | 89 | 27,9 | | |
| Experiência prévia com amamentação | 28 | 8,7 | 108 | 33,9 | 0,48 (0,17-1,42) | 0,090 |
| Não amamentou anteriormente* | 57 | 17,9 | 126 | 39,5 | | |
| Parto normal | 58 | 18,3 | 139 | 43,8 | 1,49 (0,76-2,91) | 0,193 |
| Cesárea | 27 | 8,5 | 93 | 29,4 | | |
| Peso RN superior a 4 kg | 1 | 0,3 | 11 | 3,4 | 0,24 (0,03-1,91) | 0,194 |
| Peso inferior a 4 kg | 84 | 26,3 | 224 | 70,0 | | |
| Mamilo protruso | 67 | 21,0 | 175 | 54,9 | 1,25 (0,69-2,28) | 0,554 |
| Mamilo malformado | 18 | 5,6 | 59 | 18,5 | | |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016. * Uma puérpera não respondeu estas questões.

Tabela 4. Modelo de regressão logística binária entre o desfecho trauma mamilar associado a variáveis sociodemográficas e obstétricas, Uberaba, MG, 2016.

| Variável | RC (IC 95%) | p |
|---|---------------------------|--------------|
| Primigesta | 0,00 (0,00 – 9,99) | 0,999 |
| Adolescentes | 2,67 (0,66 – 9,99) | 0,102 |
| Gestantes idosas (> 35 anos) | 0,06 (0,38 – 3,48) | 0,810 |
| Raça Branca | 0,14 (0,34 – 2,09) | 0,709 |
| Casadas | 3,07 (0,91 – 5,50) | 0,080 |
| Escolaridade superior ao ensino médio | 1,70 (0,76 – 3,97) | 0,192 |
| Exercer ocupação remunerada | 0,20 (0,50 – 3,03) | 0,652 |
| Gestação de Alto Risco | 1,08 (0,68 – 3,57) | 0,299 |
| Pré-natal adequado | 1,21 (0,66 – 4,35) | 0,271 |
| Experiência prévia com amamentação | 5,06 (0,46 – 0,81) | 0,024 |
| Orientação sobre amamentação | 0,91 (0,30 – 1,51) | 0,340 |
| Parto cesáreo | 0,39 (0,35 – 1,72) | 0,530 |
| RN > 4 kg | 0,13 (0,07 – 6,16) | 0,720 |
| Mamilo malformado | 0,37 (0,46 – 4,38) | 0,544 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Mais que metade das puérperas não exercia atividades remuneradas, semelhante ao percentual encontrado em outros estudos, que variou de 56 a 75%.^{9,17-18} O fato de trabalhar fora de casa ainda é fator controverso na literatura. Trabalhar fora comportou-se como fator de proteção para problemas mamários.¹³ No entanto, foi associado à introdução precoce de outros líquidos,¹⁷ e desmame precoce.¹⁴ Exercer ou não atividades remuneradas não apresentou associação estatística com a ocorrência de trauma mamilar na amostra de estudo.

A maioria das puérperas afirmou ser casada. Estudo de revisão sistemática sobre traumas apontou que o fato da mãe não residir com o companheiro ou não ter companheiro fixo, pode tornar a mulher mais vulnerável e insegura, predispondo a dificuldades na prática da amamentação, o que pode influenciar negativamente na ocorrência dos traumas mamilares.⁹ A variável relacionada à estabilidade conjugal não foi associada com trauma mamilar na amostra de estudo.

O presente estudo mostra maior prevalência de mulheres pardas. Uma revisão sistemática aponta que mulheres de raça/cor branca ou amarela tem maior propensão para desenvolver trauma mamilar, já as mulheres de raça negra menor propensão devido à quantidade de melanina e maior resistência da pele.⁹ Revisão integrativa aponta que mulheres com aréolas pouco pigmentadas apresentou maior incidência de trauma mamilar.¹⁵ No entanto, a cor da pele não apresentou associação estatística com trauma na amostra estudada.

Quanto à escolaridade materna, observou-se no estudo baixa escolaridade. A baixa escolaridade aumentou o risco de ocorrência de problemas mamários,¹³ contudo há necessidade de mais estudos que confirmem esta afirmação. Neste estudo,

não foi encontrada associação entre a ocorrência de trauma mamilar e escolaridade materna.

Na amostra de estudo, foram encontradas com maior frequência primíparas, semelhantemente a outros estudos.^{13,16} A primiparidade, ou seja, ter o primeiro filho é fator de risco independente e imutável e está associado à maior ocorrência de problemas mamários,¹³ principalmente trauma mamilar,^{9,15,17} podendo influenciar negativa e diretamente nos casos de desmame. Entretanto, não foi comprovada associação entre a primiparidade e ocorrência de trauma mamilar na amostra de estudo.

Assim como no estudo, a gestação classificada como alto risco não foi fator de risco para a ocorrência de trauma mamilar.¹⁹ No entanto, quanto maior o número de consultas pré-natal realizadas houve maior ocorrência de trauma.¹⁹ Essa associação contrapõe dados do presente estudo, em que não houve diferença estatística associada ao número de consultas. Ressalta-se ainda que, em outro estudo, a frequência ao pré-natal comportou-se como fator de proteção, uma vez que as mulheres já possuíam informações quanto à pega e posicionamento do lactente.⁹

Dados a respeito de ter recebido orientações profissionais sobre amamentação durante o período gestacional são controversos. O fato de ter recebido orientações comportou-se como fator de proteção⁹ em um estudo e, não ter recebido, como fator de risco para trauma,¹⁹ em outro estudo. Semelhantemente aos dados apresentados, um estudo não encontrou associação entre trauma e orientações.¹³ Aponta-se ainda que muitas vezes, o fato de receber informações durante o pré-natal não significa que a mulher foi suficientemente esclarecida.¹⁴

Em relação à experiência prévia, resultados indicaram que a mesma se comportou como fator de proteção para o trauma. Dados semelhantes são apontados pela literatura que indica que a falta de experiência ou trauma em experiência anterior comporta-se como fator de risco^{9,14,16,19} já, a experiência prévia bem sucedida é fator de proteção para a manutenção do aleitamento materno exclusivo por período prolongado.²⁰

Quando associado o tipo de parto com o trauma mamilar, revisão integrativa aponta diferença estatisticamente significativa associada à cesariana.¹⁵ Dados que não corroboram com o presente estudo, onde não verificou-se essa associação.

O peso do bebê da mesma forma, não apresentou associação com a ocorrência de trauma mamilar, no entanto, não foram encontrados estudos que avaliassem a influência desta variável na ocorrência, para comparação dos dados.

A maioria dos mamilos avaliados foram classificados como protrusos, semelhante aos resultados encontrados em um hospital universitário, em que foram avaliadas 1672 puérperas e 67% apresentavam mamilos protrusos.¹⁶

A prevalência de traumas mamilares encontrada na amostra foi de 35,3%, sendo mais frequentes os traumas no mamilo direito e em mamilos protrusos. Entretanto, se observar apenas a prevalência de traumas graves, onde há perda da solução de continuidade da pele, como nos casos de escoriação e fissura, a mesma diminui para 26,6%. Esses dados estão de acordo com a prevalência encontrada a partir da revisão da literatura que apresentou variação de 26,7 a 52,8%.¹⁷ Entretanto, diverge dos resultados em estudo semelhante que apontou prevalência de 55,5% de traumas e com maior frequência no mamilo esquerdo e em mamilos classificados como invertido, plano, pseudo-invertido e semi-protruso.¹⁶

Quanto ao tipo de trauma, foram mais freqüentes: escoriação, hiperemia e fissura. Embora apresente maiores percentuais, os tipos de traumas mais frequentes foram semelhantes ao encontrado em estudo em hospital universitário: escoriações (62,2%), hiperemia (19,1%), fissura (12,2%), vesícula (4,2%) e erosão (0,6%).¹⁶ Contudo, a prevalência de fissuras em ambos os estudos foi inferior a encontrada em estudo realizado em hospitais no Norte de Minas, onde foi encontrada taxa de 19,9%.¹³

Estudo que realizou revisão de 1608 prontuários verificou que mesmo com trauma mamilar, as puérperas mantinham o aleitamento materno exclusivo, não sendo este, motivo de desmame. Os autores atribuíam este resultado à singularidade da população de estudo que conta com assistência por equipe técnica especializada na maternidade e têm retorno institucional em no máximo 20 dias após a alta.²⁰

Semelhantemente acredita-se que o baixo índice de trauma mamilar e ausência de associação estatística com variáveis sociodemográficas e obstétricas, que contrapõe dados da literatura, podem ser justificados pelo trabalho realizado pela equipe assistencial através das orientações sobre amamentação e cuidados com as mamas, avaliações periódicas das mamas e supervisão das mamadas, realizadas diariamente na unidade, que torna a amostra singular, quando comparada a outros estudos.

O fato de não apresentar fatores associados à ocorrência, sugere ainda que qualquer mulher está sujeita a apresentar trauma e que todas devem ser avaliadas e assistidas em sua individualidade e especificidades. Ressalta-se que o enfermeiro junto a equipe tem papel preponderante na promoção, apoio e incentivo a amamentação, evitando a ocorrência de traumas, através de uma assistência de qualidade.

Os autores compreendem que uma limitação do estudo se refere à validade externa, uma vez que os dados não podem ser generalizados para outras realidades. Salienta-se que a partir dos resultados encontrados, poderão ser realizados novos estudos sobre a temática, que sejam comprovados através de testes de hipóteses ou que utilizem delineamentos diferentes.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A prevalência de trauma mamilar na amostra foi de 35,3% e apenas experiência prévia com aleitamento comportou-se como fator de proteção para o trauma. Não foram encontradas associações estatísticas com outras variáveis.

Ressalta-se que dados obtidos nesta pesquisa corroboram com intervenções realizadas pela equipe assistencial, através de orientações e avaliações diárias e sistemáticas das mamas e amamentação. Contudo ressalta-se a importância da realização de novos estudos para confirmar tal justificativa.

Os dados apresentados no presente estudo possibilitaram delinear um perfil das puerpéras assistidas em um hospital de ensino, assim como a caracterização da ocorrência dos traumas mamilares. A partir dos resultados, poderão ser instituídas orientações sobre o tema tanto na instituição que foi realizado o estudo, quanto em outras instituições, dado que em comparação com outros estudos, identifica-se a necessidade desta orientação em diferentes contextos e instituições.

FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) - Bolsa de Iniciação Científica - período de vigência do fomento: 10/2015 a 02/2016.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017.
2. Boccolini CS, Boccolini PM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017; [cited 2019 apr 01]. 51:108. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-87872017051000029>
3. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GJ, Horton S, Krasaviec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effects. *Lancet* [Internet]. 2016 jan; [cited 2019 feb 04]; 387(10017):475-90. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
4. World Health Organization (WHO). Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018). [Internet]. 2018; [cited 2019 feb 04]. Available from: <http://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>

5. Vinha VHP. O livro da amamentação. São Paulo: CLR Balieiro; 1999.
6. Buck ML, Amir LH, Cullinare M, Donath SM. Castle Study Team. Nipple pain, damage and vasospasm in the first 8 weeks postpartum. *Breastfeed Med* [Internet]. 2014 feb; [cited 2019 feb 04]; 5(2):56-62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2013.0106>
7. Puapornpong P, Paritakul P, Suksamarnwong M, Srisuwan S, Ketsuwan S. Nipple pain incidence, the predisposing factors, the recovery period after care management, and the exclusive breastfeeding outcome. *Breastfeed Med* [Internet]. 2017 apr; [cited 2019 feb 04]; 12:169-73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2016.0194>
8. Urasaki MBM, Teixeira CI, Cervellini MP. Trauma mamilar: cuidados adotados por mulheres no pós-parto. *Estima* [Internet]. 2017; [cited 2019 feb 04]; 15(1):26-34. Available from: <http://dx.doi.org/10.5327/Z1806-3144201700010005>
9. Dias JS, Vieira TO, Vieira GO. Fatores associados ao trauma mamilar no período lactacional: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2017 mar; [cited 2019 feb 04]; 17(1):43-58. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000100003>
10. Cervellini MP, Gamba MA, Coca KP, Abrão ACFV. Injuries resulted from breastfeeding: a new approach to a known problem. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 apr; [cited 2019 feb 04]; 48(2):346-356. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342014000200021>
11. Elad D, Kozlowskyy P, Blum O, Laise AF, Po MJ, Botzer E, et al. Biomechanics of milk extraction during breastfeeding. *PNAS* [Internet]. 2014 apr; [cited 2019 feb 04]; 111(14):5230-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1319798111>
12. Thompson R, Kruske S, Barday I, Linden K, Gao Y, Kildea S. Potencial predictors of nipple trauma from an in-home breastfeeding programme: a cross-sectional study. *Women Birth* [Internet]. 2016 aug; [cited 2019 feb 04]; 29(4):336-44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2016.01.002>
13. Barbosa GEF, Silva VB, Pereira JM, Soares MS, Medeiros FRA, Pereira LB, et al. Dificuldades iniciais coma técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2017 jul; [cited 2019 feb 04]; 35(3):265-272. Available from: <http://dx.doi.org/984-0462/2017;35;3;00004>
14. Oliveira CS, Iocca FA, Carrijo MLR, Garcia RATM. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015; [cited 2019 feb 04]; 36(spe):16-23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56766>
15. Amaro FG, Simão MJ, Bernardes NO. Incidência de trauma mamilar no puerpério imediato. *Saúde em Redes* [Internet]. 2016; [cited 2019 feb 04]; 2(2):179-188. Available from: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p179-188>
16. Cirico MOV, Shimoda GT, Oliveira RNG. Qualidade assistencial em aleitamento materno: implantação do indicador de trauma mamilar. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 feb; [cited 2019 feb 04]; 37(4):605-46. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.60546>
17. Campos AMS, Chaoul CO, Carmona EV, Higa R, Vale IN. Exclusive breastfeeding practices reported by mothers and the introduction of additional liquids. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2015 apr; [cited 2019 feb 04]; 23(2):283-290. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0141.2553>
18. Prado CVC, Fabbro MRC, Ferreira GI. Early weaning from breastfeeding from mothers' perspective: a dialogical approach. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 jun; [cited 2019 feb 04]; 25(2):e1580015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001580015>
19. Barbosa DM, Caliman MZ, Alvarenga SC, Lima EFA, Leite FMC, Caniçali Primo C. Avaliação dos fatores associados ao trauma mamilar. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2018 oct/dez; [cited 2019 feb 04]; 10(4):1063-69. Available from: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1063-1069>
20. Carreiro JA, Francisco AA, Abraão ACFV, Marcacine KO, Abuchaim ESV, Coca KP. Dificuldades relacionadas ao aleitamento materno: análise de um serviço especializado em amamentação. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2018 jul; [cited 2019 feb 04]; 31(4):430-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800060>