

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p179-188>

INCIDÊNCIA DE TRAUMA MAMILAR NO PUERPÉRIO IMEDIATO

Incidence of nipple trauma in the immediate puerperium

Fernanda Gomes Amaro

Fisioterapeuta pela PUC Minas/
Betim.
E-mail: fernanda-tete@hotmail.com

Michele Jeremias Simão

Fisioterapeuta pela PUC Minas/
Betim.
E-mail: chel-sim@hotmail.com

Nicole de Oliveira Bernardes

Fisioterapeuta pela FCMMG;
Doutora em Tocoginecologia –
UNICAMP; Professora Adjunta no
Departamento de Fisioterapia da
PUC Minas.
E-mail: nicolebernardes@pucminas.
br

Resumo

Objetivo: Identificar a incidência de traumas mamilares em mulheres, atendidas pela fisioterapia em uma maternidade pública no município de Betim, durante o puerpério imediato. **Método:** Trata-se de um estudo de incidência, com análise de prontuários. As informações foram retiradas dos prontuários de mulheres avaliadas e atendidas pela fisioterapia durante o puerpério imediato. Foram coletados os dados de 2364 prontuários, no período de agosto de 2004 a novembro de 2012. O critério de exclusão foi a não informação da ocorrência de trauma mamilar (n=33), dessa forma, foram analisados 2331 prontuários. **Resultado:** As puérperas apresentaram média de idade de 24,7 anos ($\pm 6,0$ DP), eram predominantemente negras, solteiras e com segundo grau completo. Quanto aos dados obstétricos, a idade gestacional média foi de 39,07 semanas ($\pm 1,59$ DP), a maioria foi submetida ao parto vaginal, eram múltíparas, realizaram o pré-natal e receberam orientações sobre a amamentação no pré-natal. A incidência de traumas mamilares foi de 13,9%. **Conclusão:** A incidência, avaliada através de prontuários, de traumas mamilares no puerpério imediato nas mulheres atendidas pela fisioterapia na Maternidade Pública Municipal de Betim Haydée Espejo Conroy foi baixa.

Palavras-chave: Trauma mamilar; Dor mamilar; Amamentação; Puerpério imediato.

Abstract

Objective: identify the incidence of nipple trauma in women treated by physical therapy in a public hospital in the city of Betim/MG, during the immediate postpartum period. Methods: The data was taken from records of women during the immediate postpartum physical therapy and 2364 data records were collected from August 2004 to November 2012. The exclusion criteria was the absence of nipple trauma (n = 33) on the records. Results: 2331 data records were analyzed. Immediate postpartum women had a mean age of 24.7 years (± 6.0 SD), were predominantly black, single and high school graduates. The mean gestational age was 39.07 weeks (SD ± 1.59), the majority had vaginal delivery, were multiparous, underwent prenatal and received information about breastfeeding during the prenatal. Conclusion: the incidence of nipple trauma was considered low.

Keywords: Trauma mamilar; Dor mamilar; Amamentação; Puerpério imediato.

Introdução

No começo da década de 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) criaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). A IHAC trata de um conjunto de metas criadas com o objetivo de resgatar o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso.¹ Para atender à condição de Hospital Amigo da Criança é necessário seguir alguns critérios globais, denominados “Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Os Dez Passos são recomendações que guiam

as práticas e orientações no período pré-natal, no atendimento ao longo do trabalho de parto e parto, durante a internação, no período pós-parto e no retorno ao domicílio. Informam sobre as vantagens e o manejo correto do aleitamento materno e sobre as desvantagens da utilização de mamadeiras e chupetas, e do uso dos substitutos do leite materno, entre outros.^{1,2}

Mesmo com a IHAC a prática do aleitamento materno está muito aquém da recomendada no Brasil. Segundo uma pesquisa realizada em 2008 pelo Ministério da Saúde, constatou-se que o tempo mediano de aleitamento materno exclusivo é de apenas 54,1 dias.^{1,3} Várias são as intercorrências que dificultam o sucesso desta prática, entre elas estão os traumas mamilares, sendo uma das principais causas de desmame precoce.⁴

Os traumas mamilares podem ser definidos como uma solução de continuidade da pele do mamilo, ou seja, consistem na ruptura do tecido epitelial que recobre o mamilo, podem ser classificados como: fissura, escoriação, erosão, dilaceração e vesículas, o que dificulta o processo de amamentação por ocasionar desconforto e dor às mães.^{5,6}

No início do aleitamento materno, a nutriz pode apresentar desconforto ou uma discreta dor nos mamilos. No entanto, a permanência dos mamilos dolorosos e/ou machucados, não são fatos normais e podem ser causados na maioria das vezes por uma técnica de amamentação inadequada – mau posicionamento da mãe ou do bebê, e/ou pega incorreta do bebê.⁷ Diversos autores relataram que uma das principais causas de ocorrência de traumas mamilares é uma sucção e pega inadequadas da criança durante a amamentação^{8,9,10,11}, decorrente da falta de orientação quanto a amamentação e/ou negligência da mesma. A intensidade e a duração da dor nos mamilos durante a amamentação, além de causar uma interferência, pode

causar alterações no humor, no sono e na atividade geral das puérperas.¹² Uma sucção eficiente está diretamente relacionada a um posicionamento adequado e uma boa pega, além de prevenir as lesões mamilares, protege a saúde do lactente, favorece a relação mãe-filho, estimula um adequado desenvolvimento maxilofacial e beneficia um adequado desenvolvimento intelectual, psicossocial e a acuidade visual do recém-nascido.⁶

O objetivo do presente estudo foi identificar a incidência de traumas mamilares em mulheres, atendidas pela fisioterapia em uma maternidade pública no município de Betim, durante o puerpério imediato.

Métodos

Trata-se de um estudo de incidência, com análise de prontuários. Os dados foram retirados dos prontuários de mulheres avaliadas e atendidas pela fisioterapia durante o puerpério imediato, na Maternidade Pública Municipal de Betim Haydée Espejo Conroy. Essas mulheres foram avaliadas por estagiários do Departamento de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Unidade Betim (PUC - Betim). A coleta dos dados foi autorizada pela professora responsável pela Clínica de Fisioterapia da PUC – Betim, e a mesma iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Minas (CAAE Nº16765113.2.0000.5137). Este estudo seguiu os princípios éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional Conselho de Saúde.

Foram coletados os dados de 2364 prontuários, de mulheres avaliadas pela fisioterapia durante o puerpério imediato, no período de agosto de 2004 a novembro de 2012. O critério de exclusão foi a não informação da ocorrência de trauma

mamilar (n=33), dessa forma, foram analisados um total de 2331 prontuários. A amostra foi obtida por conveniência e todas as informações foram retiradas dos prontuários das mesmas, que ficam arquivados no Ambulatório de Fisioterapia em Uroginecologia e Obstetrícia da Clínica de Fisioterapia da PUC Minas – Betim.

Os prontuários foram codificados numericamente, e seus dados foram registrados em um instrumento de coleta de dados, construído especialmente para a pesquisa. As variáveis coletadas foram àquelas relacionadas aos dados demográficos, à história obstétrica, à amamentação e aos tratamentos realizados. Os dados foram tabulados em um banco de dados estruturado no Microsoft Excel, sendo realizada dupla digitação, eliminando possíveis erros e garantindo confiabilidade.

Para a análise estatística aplicaram-se os testes qui-quadrado, t de Student e exato de Fisher, considerando o nível de significância de 5% ($p = \leq 0,05$). Para análise descritiva foram realizadas medidas de tendência central (média), dispersão (desvio-padrão), frequência e porcentagem.

Resultados

Foram analisados 2331 prontuários de mulheres no puerpério imediato atendidas pela fisioterapia, sendo a média de idade de 24,7 anos ($\pm 6,0$ DP). Em relação aos dados demográficos, houve a predominância de mulheres negras, solteiras e que cursaram o segundo grau do ensino médio. Quanto aos dados obstétricos, eram na maioria múltiparas, foram submetidas ao parto vaginal, realizaram o pré-natal e receberam orientações sobre a amamentação no pré-natal. A idade gestacional (IG) média foi de 39,07 semanas ($\pm 1,59$ DP). Os dados demográficos e obstétricos são demonstrados nas Tabelas 1 e 2. Com relação à avaliação

das mamas, a maioria apresentou mamas simétricas e secretantes, aréolas pouco pigmentadas e os mamilos protrusos. Dessas mães, somente 22,5% apresentaram dificuldades durante a amamentação (Gráfico 1) e a presença ou ausência de trauma mamilar esteve relacionada à dificuldade de amamentação ($p < 0,0001$) (Gráfico 2). Considerando o valor total de mulheres, somente 13,9% desenvolveram traumas mamilares (Gráfico 3).

Gráfico 1: Queixas relacionadas a dificuldade para amamentar associada ao trauma mamilar.

Queixas relacionadas a Dificuldade para amamentar ao Trauma mamilar

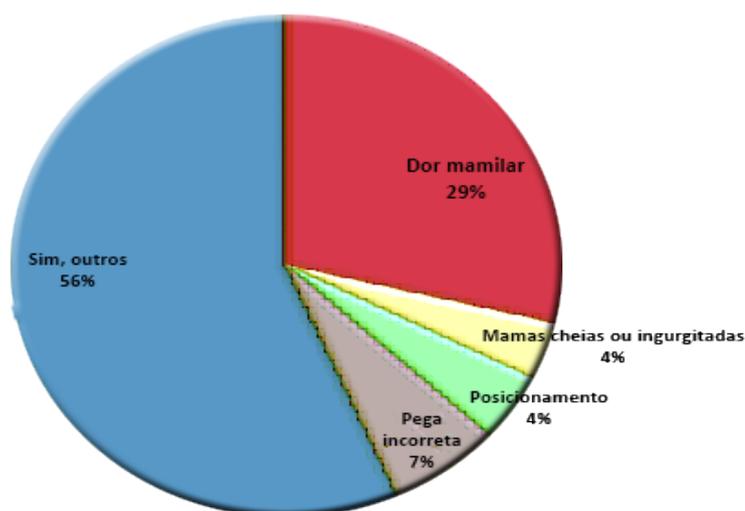


Gráfico 2: Associação entre dificuldades para amamentar e presença ou ausência de trauma mamilar.

Associação entre Dificuldade para amamentar e Presença ou Ausência de Trauma Mamilar

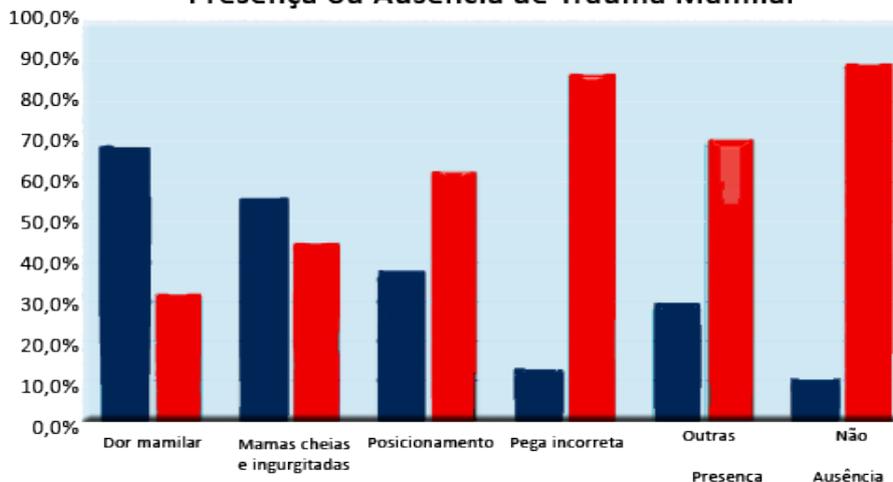


Gráfico 3: Incidência de traumas mamilares.

Em relação ao tipo de parto, houve diferença estatisticamente significativa, quando associada à cirurgia cesárea ao trauma mamilar ($p = 0,0008$), ou seja, a cirurgia cesárea esteve mais associada à presença de traumas mamilares do que o parto vaginal. Quanto ao aspecto das mamas, identificou-se que a maior incidência de lesões mamilares ocorreu em puérperas que tiveram aréolas pouco pigmentadas ($p = 0,0127$). As demais variáveis associadas ao trauma mamilar, não apresentaram diferença estatisticamente significativa.

Discussão

Neste estudo não foi observada diferença estatisticamente significativa, quando relacionados idade e estado civil ao trauma mamilar. Considerando a idade, não foram encontrados estudos que demonstrassem uma relação direta da mesma com a presença ou ausência de traumas mamilares. E, com relação ao estado civil McClellan e cols. (2012) e Coca e cols. (2009), relataram que mulheres solteiras apresentavam um maior número de lesões mamilares durante o puerpério imediato, do que aquelas casadas, provavelmente devido à insegurança e falta de contato afetivo durante o pré-parto, parto e pós-parto. Entretanto, supõe-se que, a presença ou ausência de um companheiro, pode não garantir, necessariamente, um melhor suporte e apoio, já que cada puérpera vive em diferentes contextos.

Diversos estudos relatam que quanto maior o nível de escolaridade, menor a ocorrência de trauma mamilar^{14,15}, porém, neste trabalho, esse fato não apresentou diferença estatisticamente significativa, ou seja, a escolaridade não influenciou a presença ou ausência de traumas mamilares.

Com relação à etnia, observou-se uma maior incidência de traumas mamilares em mulheres brancas se comparadas com as de pele negra ou amarela ($p = 0,0127$). Shimoda

e cols (2005) também relataram maior proporção de traumas mamilares entre as mulheres de pele clara^{9,16}. Ou seja, mulheres que tinham as aréolas pouco pigmentadas apresentaram mais trauma mamilar do que aquelas com aréolas mais pigmentadas. Fato que pode ser explicado pelas alterações fisiológicas da gravidez aonde há uma preparação fisiológica para a amamentação com um aumento da queratinização e da pigmentação das aréolas e mamilos¹⁷.

Quanto à paridade, o estudo encontrou uma maior incidência de lesões mamilares em primíparas, cerca de 16%, confirmando resultados encontrados na literatura^{4,8,9,14}. No entanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre primíparas e múltiparas, provavelmente porque, em nosso estudo, a incidência de traumas mamilares foi baixa. A ocorrência de lesões em primíparas é mais comum e, possivelmente, pode ser explicada, pela inexperiência dessas em amamentar e pelo processo das mamadas em livre demanda estar acontecendo pela primeira vez.^{9,13}

Não foi encontrada relação significativa entre aquelas mulheres que realizaram o pré-natal e receberam orientações sobre a amamentação durante o pré-natal, e aquelas que não realizaram e não receberam orientações. Provavelmente, isso decorre do fato de que as orientações durante o pré-natal são importantes, mas é preciso criar vínculos, mais estreitos entre as gestantes e a equipe de saúde para reforçar a adesão e interesse das mesmas durante esse período.

Em relação à IG, as mães que tiveram um parto pré-termo (IG < 37 semanas), apresentaram uma menor incidência de lesão mamilar, quando comparada as mães que tiveram parto a termo (IG ≥ 37 semanas). Este resultado foi confirmado pelo estudo de Shimoda e cols (2005), que justificam a menor incidência de trauma mamilar em puérperas que tiveram partos pré-termo, devido uma menor força de sucção do bebê, diminuindo a demanda do tecido mamário;

e também pelo fato de que, muitos bebês pré-termo não mamam logo após o parto e permanecem dessa forma por algum tempo.

Quanto ao tipo de parto aos quais as puérperas foram submetidas, constatamos que essa variável foi relevante para o aparecimento de trauma mamilar ($p = 0,0008$). As mulheres que foram submetidas ao parto cesárea, apresentaram uma maior incidência de trauma mamilar, do que as mulheres que foram submetidas ao parto vaginal. Dado esse, que é corroborado pela literatura¹⁸. Shimoda e cols (2005) citam em seu artigo que as mulheres pós-cesárea relataram maior desconforto e maior intensidade de dor na incisão cirúrgica no pós-parto imediato, dificultando o posicionamento materno e do bebê durante a amamentação, interferindo na pega correta do recém-nascido. Assim, podemos inferir que o parto cesárea pode ser uma barreira para o sucesso do aleitamento materno.

A anatomia das mamas e dos mamilos não esteve associada à maior incidência de trauma mamilar ($p > 0,1231$ e $p > 0,6604$, respectivamente); ou seja, independentemente das mamas estarem simétricas e os mamilos serem protrusos, invertidos, planos ou hipertróficos, esse fato não interferiu no aparecimento do trauma mamilar. Dessa forma, a crença de que mulheres com mamas pequenas e mamilos planos ou invertidos não conseguem amamentar não se confirma. O que realmente determina e influencia o aparecimento do trauma é a pega inadequada do bebê às mamas.^{8,10}

Em nosso estudo, a maioria das mulheres que não tiveram trauma mamilar, não apresentaram dificuldades para amamentar ($p < 0,0001$). Das que apresentaram alguma dificuldade para amamentar associado ao trauma mamilar, a queixa mais frequente foi à dor mamilar, seguida de pega incorreta e posicionamento inadequado.

A incidência global de trauma mamilar encontrada foi baixa e mesmo a análise ano a ano, no decorrer dos 9 anos, não apresentou grandes variações. Entretanto, a literatura é escassa acerca deste dado, e em sua maioria variou de 11% a 96%, dependendo das variáveis dos estudos.¹³ Assim sendo, a dificuldade em achar um valor de referência que quantificasse a incidência aceitável do trauma mamilar no puerpério imediato pode ser considerada como uma limitação para o estudo.

O trabalho de educação em saúde, capacitação constante dos profissionais e atenção humanizada, desenvolvida pela maternidade reflete o resultado do nosso estudo, mostrando que as ações desenvolvidas foram e são efetivas na promoção do aleitamento materno durante puerpério imediato.

Considerações Finais

A baixa incidência de traumas mamilares no puerpério imediato nas mulheres atendidas pela fisioterapia na Maternidade Pública Municipal de Betim ocorreu, muito provavelmente, pelo trabalho que lá é desenvolvido há cerca 18 anos. A valorização e o incentivo da amamentação, além do preparo de toda a equipe que lá atende para lidar com o aleitamento materno e suas dificuldades e desafios, reflete os resultados positivos desse trabalho.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 1 - Histórico e Implementação. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
4. Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. *Jornal de Pediatria (Rio J)*. 2010;86(5):441-444.
5. Silva AVFG, Sekiya SR, Coelho VM, Ribeiro VALG. Intercorrências. In: Silva AVFG e cols. Manual de aleitamento materno para serviços de saúde. Betim: Prefeitura Municipal de Betim; 1999. Caps. IV e V. p.47-83.
6. Valdés V, Sánchez AP, Labbok M. Problemas frequentes de aleitamento materno. In: Valdés V, Sánchez AP, Labbok M. Manejo clínico da lactação: assistência à nutriz e ao lactente. Rio de Janeiro: Revinter; 1996. Cap. II. p.29-90.

7. Biancuzzo M. 2000 citado por Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria (Rio J)*. 2000;76(Supl.3):S238-S252.
8. Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão ACFV. A posição de amamentar determina o aparecimento do trauma mamilar? *Revista da Escola de Enfermagem - USP*. 2009;43(2):446-452.
9. Shimoda GT, Silva IA, Santos JLF. Características, frequência e fatores presentes na ocorrência de lesão de mamilos em nutrizes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2005; Set-Out;58(5):529-34.
10. Weigert EM, Giugliani ER, França MC, Oliveira LD, Bonilha A, Espírito Santo LC, Köhler CVF. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. *Jornal de Pediatria (Rio J)*. 2005;81:310-316.
11. Joanna Briggs Institute. The management of nipple pain and/or trauma associated with breastfeeding. Best Practice: evidence based information sheets for health professionals. 2009;13:17-20.
12. McClellan HL, Hepworth AR, Garbin CP, Rowan MK, Deacon J, Hartmann PE, Geddes DT. Nipple pain during breastfeeding with or without visible trauma. *Journal of Human Lactation*. 2012;28(4):511-521.
13. Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão ACFV. Fatores associados with nipple trauma in the maternity unit. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;85(4):341-345.
14. Castro KF, Souto CMRM, Rugão TVC, Garcia TR, Bustorff LACV, Braga VAB. Intercorrências mamárias relacionadas à lactação: estudo envolvendo puérperas de uma maternidade pública de João Pessoa, PB. *O Mundo da Saúde, São Paulo*: 2009;33(4):433-439.
15. Smith JW, Tully MR. Midwifery management of breastfeeding: using the evidence. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2001; Nov-Dec;46(6):423-438.
16. Mohrbacher N, Stock J. *The breastfeeding answer book*. Revised edition. Illinois: La Leche League International; 1997:387-412.
17. Carneiro SCS, Azulay-Abulafia L. Skin in Pregnancy. *Rev Bras Reumatol*. 2005; mai./jun.;45(3):146-52.
18. Peres JAT. Uso da lisozima na fissura da mama puerperal. *Journal Bras. Ginecol*. 1980;90:317-319.

Anexos

Tabela 1: Características demográficas das puérperas atendidas pela fisioterapia (n=2331).

DADOS DEMOGRÁFICOS	N	%
Idade		
N	2331	---
Média	24,7	---
Desvio-padrão	6,0	---
Mediana	24	---
Estado Civil		
Solteira	1132	53,4%
Casada	963	45,4%
Separada/Divorciada	20	0,9%
Viúva	6	0,3%
Escolaridade		
Primeiro grau	577	45,7%
Segundo grau	630	49,9%
Terceiro grau	55	4,4%
Etnia		
Branca	311	30,9%
Negra	691	68,7%
Amarela	4	0,4%

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2: Dados obstétricos das puérperas atendidas pela fisioterapia (n = 2331).

(continua)

DADOS OBSTÉTRICOS	N	%
Paridade		
1	1108	48,0%
2 ou mais	1199	52,0%
Pré-natal		
Sim	1351	98,2%
Não	25	1,8%
Orientações no pré-natal		
Sim	960	71,4%
Não	384	28,6%
IG		
< 37	131	5,9%
≥ 37	2091	94,1%

Tabela 2: Dados obstétricos das puérperas atendidas pela fisioterapia (n = 2331).
(conclusão)

DADOS OBSTÉTRICOS	N	%
Parto		
Vaginal	1497	64,7%
Cesárea	744	32,2%
Fórceps	72	3,1%
Mamas Simétricas		
Sim	2218	96,2%
Não	87	3,8%
Mamas Secretantes		
Sim	2065	94,2%
Não	126	5,8%
Aréolas		
Pouco Pigmentadas	1118	57,0%
Pigmentadas	843	43,0%
Não pigmentadas	1	0,1%
Mamilos		
Protrusos	2072	90,0%
Invertidos	48	2,1%
Planos	157	6,8%
Hipertróficos	24	1,0%
Trauma Mamilar		
Sim	325	13,9%
Não	2006	86,1%
Dificuldades para amamentar		
Dor mamilar	57	2,6%
Mamas cheias ou ingurgitadas	9	0,4%
Recusa a amamentar	1	0,0%
Posicionamento	16	0,7%
Pega incorreta	70	3,2%
Outras	262	12,1%
Não	1744	80,8%
Tratamento		
Orientações quanto à amamentação	1726	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa.