

ASSOCIAÇÃO ENTRE PERSISTÊNCIA DE LESÃO DE MAMILOS E CONDIÇÕES DE ALEITAMENTO MATERNO

ASSOCIATION BETWEEN PERSISTENT NIPPLE LESIONS AND BREASTFEEDING CONDITIONS

ASOCIACIÓN ENTRE LA PERSISTENCIA DE LA LESIÓN DE LOS PEZONES Y LAS CONDICIONES DE LA LACTANCIA MATERNA

Gilcéria Tochika Shimoda ¹
Ilva Marico Mizumoto Aragaki ²
Clóvis Arlindo de Sousa ³
Isilia Aparecida Silva ⁴

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Alojamento Conjunto do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP – Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Chefe de seção da Unidade de Alojamento Conjunto do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo-USP. São Paulo, SP – Brasil.

³ Educador Físico. Doutor em Ciências. Professor do Departamento de Medicina e de Educação Física da Universidade Regional de Blumenau e da Central de Cursos de Pós-Graduação da Universidade Estácio de Sá. São Paulo, SP – Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-USP. São Paulo, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Ilva Marico Mizumoto Aragaki.

E-mail: ilvamarico@bol.com.br; ilva@hu.usp.br

Submetido em: 15/10/2013

Aprovado em: 05/10/2013

RESUMO

O objetivo foi verificar a associação entre persistência de lesão mamilar da puérpera e condições de aleitamento materno. Os dados foram coletados no alojamento conjunto e na consulta pós-alta do HU-USP. Fizeram parte da amostra 60 puérperas com lesão mamilar durante a internação. Observou-se que 73,3% apresentavam mamilos cicatrizados e 26,7% algum tipo de lesão. O tempo médio de cicatrização dos mamilos foi de 5,6 dias. Encontrou-se associação significativa entre persistência de lesão mamilar, padrão inadequado de sucção do neonato e dor mamilar. Concluiu-se que a primeira semana pós-parto é crítica, indicando necessidade de acompanhamento da puérpera. A associação entre padrão inadequado de sucção e persistência de lesão mamilar reforça a importância da assistência em aleitamento materno.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Recém-Nascido; Mamilos; Lesões.

ABSTRACT

The objective of this study was to verify associations between the persistence of nipple lesions in puerperae and breastfeeding conditions. The data were collected in the Rooming-in sector at the HU-USP and a post-partum nursing consultation. Sixty puerperae presenting nipple lesions during hospitalization were included in the study. A total of 73.3% had healed-scarred nipples and 26.7% some type of lesion. The average healing time was 5.6 days. A significant association was observed between the persistence of nipple lesions, inadequate suction patterns, and nipple pain. It was concluded that the first post-partum week is critical, and assistance to puerperae is needed. The association between inadequate suction patterns and nipple lesion persistence underscores the importance of breastfeeding assistance.

Keywords: Breastfeeding; Newborn; Nipples; Injuries.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue verificar la asociación entre la persistencia de la lesión de los pezones de la puérpera y las condiciones de la lactancia materna. Los datos fueron recogidos en el alojamiento conjunto y en la consulta post-alta del Hospital Universitario-USP. La muestra consistió en 60 puérperas con lesión de los pezones durante la internación. Se observó que el 73,3% presentaba pezones cicatrizados y el 26,7% algún tipo de lesión. El tiempo medio de cicatrización de los pezones fue de 5,6 días. Se encontró asociación significativa entre persistencia de la lesión de los pezones, patrón inadecuado de succión del neonato y dolor en los pezones. Se concluyó que la primera semana post parto es crítica, indicando necesidad de seguimiento de la puérpera. La asociación entre patrón inadecuado de succión y persistencia de lesión de pezones refuerza la importancia de la asistencia en la lactancia materna.

Palabras clave: Lactancia Materna; Recién Nacido; Pezones; Lesiones.

INTRODUÇÃO

O leite materno é recomendado como fonte de alimento exclusiva para a criança, por excelência nos seis primeiros meses de vida, considerando os benefícios amplamente conhecidos, seja nutricionais, imunológicos, econômicos, afetivos ou psicológicos. O aleitamento materno, então, é considerado a melhor forma de alimentar a criança, pois constitui a base para o seu desenvolvimento biológico e emocional.¹

Observa-se, porém, que esta ainda não é uma prática consolidada na nossa sociedade. O desmame precoce é visto como problema causador de efeito nefasto nas populações mais carentes, devido ao alto custo do leite artificial, bem como a sua oferta e o seu preparo inadequados, resultando em agravamento na morbimortalidade infantil.² Entre os fatores que podem contribuir para que a mãe decida desmamar precocemente o seu filho, encontra-se a lesão de mamilos que, sendo um elemento causador de dor, interfere na sensação de prazer e satisfação da mulher que amamenta.³⁻⁵

Entre as várias abordagens para a profilaxia das lesões de mamilos, há o consenso quanto à importância da sucção correta da criança ao seio materno, o posicionamento adequado da criança em relação à mãe e mama, a pega correta em região de mamilo e aréola, que deve estar macia e flexível, e a retirada adequada da criança do seio ao término da mamada.⁶⁻⁸

Para a realização do mecanismo adequado de sucção ao seio materno, a criança apreende o mamilo materno, fazendo com os lábios um vedamento periférico contra a mama, abaixando a mandíbula, provocando uma zona de pressão negativa intrabucal, succionando o leite da mama para o mamilo. A seguir, leva a mandíbula para a posição anterior, comprimindo o mamilo, exercendo o ato de ordenha, mantendo o mamilo comprimido e trazendo a mandíbula para a posição original. O leite coletado na cavidade bucal alcança o palato mole e provoca o reflexo da deglutição. A partir daí reinicia-se o mecanismo, que pode ser facilmente comprovado ao se palpar com os indicadores a região das articulações temporomandibulares (ATM) da criança durante a amamentação, em que as cabeças da mandíbula percorrem um trajeto anteroposterior nítido.⁹ Para uma sucção correta, a criança, próxima do mamilo, deve abrir amplamente a boca e impelir a língua para frente, em preparação para abocanhar a mama. Durante a mamada, a criança deve estar com a boca bem aberta, com a língua sob a aréola e mamilo, retirando o leite da mama através de sugadas vigorosas e profundas. Uma alteração desse padrão de sucção levaria ao surgimento da lesão de mamilos.⁶⁻⁸

Em relação ao tratamento, recomenda-se na literatura consultada que a melhor conduta para a remissão da lesão de mamilos é a correção do fator causal, ou seja, a adequada pega, o posicionamento correto e a sucção correta.¹⁰⁻¹²

A lesão de mamilos é uma intercorrência frequentemente encontrada nas puérperas assistidas no alojamento conjun-

to do HU-USP. Busca-se então a possível causa, verificando-se condições de mamas e mamilos maternos e padrão de sucção do neonato, orientando a mulher quanto à correção do fator causal. Observa-se, no entanto, que na consulta de enfermagem pós-alta hospitalar realizada no hospital entre sete e 10 dias pós-parto, é comum deparar-se com a persistência ou o agravamento das lesões de mamilo, o que leva a questionar se existem outros fatores referentes às condições de aleitamento materno, associados à persistência desse problema. Dessa forma, propôs-se a desenvolver este estudo, a fim de construir subsídios para aprimorar a assistência à puérpera com lesão de mamilos e seu filho, contribuindo para que a amamentação seja vivenciada isenta de dor ou sacrifício.

OBJETIVO

Verificar a associação entre a persistência da lesão de mamilos da puérpera e as condições de aleitamento materno.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, na unidade de alojamento conjunto e no ambulatório de pediatria da instituição, durante a consulta de enfermagem pós-alta hospitalar para a mãe e o neonato, realizada sete a 10 dias após o parto.

As mulheres atendidas na instituição são docentes, discentes, servidoras ou dependentes de servidores da universidade e mulheres pertencentes à comunidade do Butantã. A amostra constituiu-se inicialmente de 84 puérperas e seus respectivos neonatos, que correspondiam aos critérios de inclusão estabelecidos para o estudo: ter permanecido internada com o neonato em alojamento conjunto; ter apresentado lesão de mamilos durante a internação e ausência de lesão de outra natureza em mamas e mamilos; ter dado à luz a filho único, sem malformação, com apgar de 5º minuto maior ou igual a oito; ter sido acompanhada na mamada pelo pesquisador durante a internação e orientada quanto à técnica de aleitamento materno; ter utilizado o tratamento para lesão de mamilos, rotineiramente prescrito no serviço. O número amostral foi reduzido para 60 puérperas, devido ao absenteísmo na consulta pós-alta, internação do neonato, erro no agendamento e uso de tratamento de lesão de mamilos diferente do recomendado. Não houve recusa na participação do estudo pelas puérperas.

Os dados foram coletados de maio a novembro de 2000, utilizando-se um formulário para registro dos dados de identificação da puérpera, história obstétrica e dados do neonato, exame físico de mamas e mamilos e roteiro para a observação da mamada, adaptado de Righard, Alade⁷ e OMS¹³.

Durante a internação no alojamento conjunto, logo após a detecção da lesão de mamilos, a puérpera era convidada a participar do estudo e, em caso de anuência, os dados eram preenchidos pelo pesquisador, que procedia à observação da mamada (a primeira após a detecção da lesão). Nessa ocasião, ela era orientada quanto à técnica de amamentação e lhe era oferecido e orientado o tratamento de lesão de mamilos realizado rotineiramente no serviço. Na alta hospitalar, era realizado o agendamento da consulta de enfermagem para a puérpera e o neonato, a qual era realizada pela pesquisadora. Nela, procedeu-se à realização de entrevista e exame físico da puérpera e do neonato e novamente foi acompanhada a mamada. Ao se identificar alguma alteração na técnica de amamentação durante os primeiros cinco minutos, a pesquisadora intervinha e orientava a puérpera na correção dessa alteração, prosseguindo com o acompanhamento até o término da mamada.

Todo o procedimento era anotado pela pesquisadora para compor a coleta de dados para o estudo.

Os dados foram organizados e analisados utilizando-se o *software* "SPSS for Windows". Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o teste exato de Fisher para verificar a existência de possíveis associações entre variáveis qualitativas. Todos os testes foram aplicados admitindo-se uma probabilidade de ocorrência para o erro de primeira espécie de 5%.¹⁴

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HU-USP e foram obedecidas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, traçadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os referenciais para avaliação de mamilo/mama utilizados neste estudo foram: em relação ao tipo de mamilo, foi utilizada a classificação de Vinha *et al.*¹⁵; em relação às condições das mamas, foi utilizada a classificação de ingurgitamento mamário proposto por Shimo *et al.*¹⁶; em relação ao tipo de lesão foi utilizada a classificação baseada em Shimo *et al.*¹⁶ e Vinha *et al.*¹⁷

RESULTADOS

A consulta de enfermagem pós-alta hospitalar foi realizada, em média, 8,6 dias após o parto (desvio-padrão=1,1 dias). Das puérperas, 44 (73,3%) apresentavam os mamilos completamente cicatrizados e 16 (26,7%) tinham ainda algum tipo de lesão em um ou em ambos os mamilos. Quanto ao tempo de cicatrização dos mamilos, a média foi de 5,6 dias (desvio-padrão= 0,8 dias), indicando que para essa intercorrência o período que segue a primeira semana pós-parto é considerado crítico. No tocante à classificação da lesão, das 16 puérperas que ainda apresentavam 14 (87,5%) foram do tipo escoriação e duas (12,5%) fissuras, todas em processo de cicatrização.

Quanto ao tipo de aleitamento, a grande maioria dos neonatos 52 (86,7%) estava em aleitamento materno exclusivo, cinco

(8,3%) em aleitamento materno predominante (com oferta de chás) e três (5,0%) em aleitamento materno (leite materno mais leite artificial). Das puérperas que amamentavam exclusivamente ao seio, 12 (23,1%) exibiam lesão de mamilo e 40 (76,9%) tinham mamilos íntegros. Das que ofereceram chás ou leite artificial ao neonato, quatro (50%) apresentavam lesão e quatro (50%) tinham os mamilos íntegros. Esse resultado mostrou-se não ser estatisticamente significativo ($p=0,192$), ou seja, o tipo de aleitamento não influenciou a persistência de lesão de mamilos.

Em todas as puérperas a drenagem láctea das mamas era adequada. Observou-se ao exame físico que a maioria, 46 (76,7%), das puérperas apresentava mamas flácidas, 10 (16,7%) mamas túrgidas, três (5,0%) ingurgitamento lobular e um (1,6%) ingurgitamento lobar.¹⁶ Todas com mamas túrgidas ou ingurgitadas exibiam região mamiloareolar flexível. Das que apresentavam mamas flácidas, 13 (28,3%) tinham lesão de mamilos e em 33 (71,7%) os mamilos eram íntegros. Das puérperas com mamas túrgidas ou ingurgitadas, três (21,4%) tinham lesão de mamilo e 11 (78,6%) mamilos íntegros. Esse resultado não foi estatisticamente significativo ($p=0,740$), ou seja, as condições das mamas não influenciaram a persistência das lesões de mamilos.

Em relação ao tipo de mamilo, 43 (71,7%) das puérperas tinham mamilos protrusos e 17 (28,3%) mamilos semiprotrusos. Das puérperas com mamilos protrusos, 11 (25,6%) tinham lesão e 32 (74,4%) mamilos íntegros. Das que tinham mamilos semiprotrusos, cinco (29,4%) tinham lesão e 12 (70,6%) mamilos íntegros. Esse resultado não foi estatisticamente significativo ($p=0,756$), o que significa que o tipo de mamilo não influenciou a persistência de lesão de mamilos.

Ao exame físico dos mamilos, 36 (60,0%) das puérperas apresentavam cor de região mamiloareolar marrom-escuro ou preta e 24 (40,0%) marrom-claro ou rósea. Das puérperas com região mamiloareolar bem pigmentada (marrom-escuro ou preta), seis (16,7%) tinham lesão de mamilos e 30 (83,3%) mamilos íntegros. Das que exibiam região mamiloareolar pouco pigmentada (marrom-claro ou rósea), 10 (41,7%) tinham lesão de mamilos e 14 (58,3%) mamilos íntegros. Esse resultado, no entanto, foi estatisticamente significativo ($p=0,041$), sendo que a cor da região mamiloareolar influenciou a persistência de lesão de mamilos.

A intensidade de dor mamilar foi avaliada durante a mamada utilizando-se escala numérica de zero a 10. Para esse propósito, foi utilizada a escala numérica de avaliação da intensidade da dor contendo 11 pontos em uma linha horizontal com numeração de zero a 10, sendo o número zero representando "sem dor" e o número 10 "a pior dor que você pode imaginar".¹⁴ Obteve-se que 23 (38,3%) das puérperas referiram dor durante a mamada e 37 (61,7%) não. Das puérperas que referiram dor mamilar, 11 (47,8%) tinham lesão de mamilos e 12 (52,2%) mamilos íntegros. Das puérperas que não referiram dor mamilar, cinco (13,5%) tinham lesão de mamilos e 32 (86,5%) ma-

mamilos íntegros. Esse resultado foi estatisticamente significativo ($p=0,006$), isto é, evidenciou-se que a persistência de lesão de mamilos está associada à dor mamilar.

No acompanhamento da mamada feito pelo pesquisador, foram seguidos, de acordo com o roteiro estabelecido, itens da técnica de amamentação referentes à mãe e ao neonato, resultados descritos nas Tabelas 1 e 2, respectivamente.

Tabela 1 - Distribuição dos itens de técnica de amamentação relacionados à mãe, observados durante a mamada na consulta pós-alta hospitalar. São Paulo, 2000

Itens observados na mãe	Adequado		Inadequado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Posição dos ombros	39	65,0	21	35,0	60	100,0
Posição das costas	50	83,3	10	16,7	60	100,0
Forma de apoiar a mama	49	81,7	11	18,3	60	100,0
Uso do sutiã	50	83,3	10	16,7	60	100,0
Retirada do neonato da mama	60	100,0	–	–	60	100,0

Tabela 2 - Distribuição dos itens relacionados ao padrão de sucção do neonato observados durante a mamada na consulta pós-alta hospitalar. São Paulo, 2000

Itens observados no neonato	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Boca bem aberta	43	71,7	17	28,3	60	100,0
Língua sob mamilo e aréola	60	100,0	–	–	60	100,0
Apreende região mamiloareolar com facilidade	55	91,7	5	8,3	60	100,0
Lábio inferior virado para fora	27	45,0	33	55,0	60	100,0
Queixo toca a mama materna	56	93,3	4	6,7	60	100,0
Visualiza mais aréola na parte superior	35	58,3	25	41,7	60	100,0
Bochechas redondas	55	91,7	5	8,3	60	100,0
Sucção forte	60	100,0	–	–	60	100,0
Sugadas lentas e profundas	57	95,0	3	5,0	60	100,0
Movimento anteroposterior das ATMs*	57	95,0	3	5,0	60	100,0
Corpo alinhado	50	83,3	10	16,7	60	100,0
Cabeça apoiada na nuca	58	96,7	2	3,3	60	100,0
Ativo	59	98,3	1	1,7	60	100,0

* Articulações temporomandibulares.

No tocante à postura materna, a maioria das puérperas adotou postura adequada, o que permitiu o seu conforto durante a mamada, mantendo as costas recostadas na cadeira e os ombros relaxados. Quanto à forma de apoiar a mama durante a mamada, 11 (18,3%) seguraram-na com os dedos indicador e médio, em forma de tesoura, o que não é indicado, pois dessa forma a mãe retira parte da região mamiloareolar da boca do neonato, levando-o a apreender somente o mamilo. Considerando o uso do sutiã, a maioria das puérperas utilizou-o corretamente, ou abaixando-o ou usando o que tem abertura central, permitindo, das duas formas, o sustento adequado das mamas e consequente posicionamento correto do mamilo em direção à boca do neonato. Ao término da mamada, 60 (100,0%) das puérperas esperaram que o neonato soltasse espontaneamente o mamilo ou retiraram-no com o auxílio do dedo mínimo, forma considerada adequada.

Apesar de em apenas 35 (58,3%) dos neonatos ter-se visualizado mais aréola materna acima da sua boca, é necessário observar que o item visualização da maior parte da aréola acima do rebordo labial do neonato não foi parâmetro eficiente para determinar pega adequada ao seio materno, pois algumas vezes ocorria da puérpera ter pequena circunferência areolar e toda a região estar coberta pelos lábios do neonato. Apurou-se também que 43 (71,7%) dos neonatos tinham a boca bem aberta e somente 27 (45%) tinham o lábio inferior virado para fora, indicando uma abertura de boca insuficiente para a apreensão de toda a região areolar ou da maior parte dela.

Com base nesses resultados, considerou-se que 26 (43,3%) dos neonatos apresentavam pega adequada ao seio materno, que não precisaram da interferência da pesquisadora; e 34 (56,7%) dos neonatos apresentavam alguma alteração no posicionamento e/ou dinâmica de sucção, necessitando da intervenção e orientação da pesquisadora na correção da pega. Das puérperas cujos neonatos apresentavam a pega adequada ao seio materno, duas (7,7%) tinham lesão de mamilos e 24 (92,3%) mamilos íntegros. Das puérperas cujos neonatos apresentavam pega inadequada ao seio materno, 14 (41,2%) tinham lesão de mamilos e 20 (58,8%) mamilos íntegros. Esse resultado foi estatisticamente significativo ($p=0,007$), isto é, evidenciou-se que a ocorrência de lesão de mamilos está associada à pega inadequada do neonato ao seio materno.

Foi investigada a frequência de mamada do neonato no período de 24 horas, sendo o resultado classificado em frequência de mamadas com intervalos maiores que duas horas – 49 (81,7%) das respostas; e com intervalos menores ou iguais a duas horas – 11 (18,3%) das respostas. Das puérperas que referiram intervalos de mamadas do neonato maiores que duas horas, 34 (69,4%) tinham lesão de mamilos e 15 (30,6%), mamilos íntegros. Das que referiram intervalos de mamadas iguais ou

inferiores a duas horas, uma (9,1%) tinha lesão de mamilos e em 10 (90,9%) os mamilos eram íntegros. Esse resultado não foi estatisticamente significativo ($p=0,259$), ou seja, a frequência de mamadas não influenciou a persistência de lesão de mamilos.

A mamada foi observada pela pesquisadora do início ao fim e o tempo médio de duração foi de 13,2 minutos (desvio-padrão=8,1 minutos). Percebeu-se que a maioria das puérperas – 55 (91,7%) – amamentaram por cinco a 25 minutos e cinco (8,3%) por 25 a 45 minutos. Das que amamentaram por cinco a 25 minutos, 15 (27,3%) tinham lesão de mamilos e em 40 (72,7%) os mamilos eram íntegros. Das que amamentaram por 25 a 45 minutos, uma (20,0%) tinha lesão de mamilos e quatro (80,0%) não. Esse resultado não foi estatisticamente significativo ($p=1,000$), pois o tempo de duração da mamada não influenciou a persistência de lesão de mamilos.

O ganho de peso do neonato foi calculado tendo-se como parâmetro inicial o peso registrado no dia da alta hospitalar. A média de ganho de peso do neonato foi de 36,8 gramas/dia (desvio-padrão=21,7 gramas/dia), variando de 27 a 75 gramas/dia. A maioria dos neonatos teve ganho de peso adequado, de no mínimo 20 gramas/dia (51 – 85,0%) e nove (15,0%) tiveram ganho ponderal abaixo desse valor. Das puérperas cujos neonatos não ganharam peso suficiente, isto é, abaixo de 20 gramas/dia, quatro (44,4%) tinham lesão de mamilos e cinco (55,6%) tinham mamilos íntegros. Das puérperas cujos neonatos tiveram ganho de peso igual ou superior a 20 gramas/dia, 12 (23,5%) tinham lesão de mamilos e 39 (76,5%) tinham mamilos íntegros. Esse resultado não foi estatisticamente significativo ($p=0,230$), ou seja, o ganho de peso do neonato após a alta não foi influenciado pela persistência de lesão de mamilos.

Quanto ao uso de chupeta, 14 (23,3%) das puérperas referiram ter ofertado a chupeta ao neonato e 46 (76,7%) não o fizeram. Das que ofereceram chupeta ao neonato, quatro (28,6%) tinham lesão de mamilos e 10 (71,4%) tinham mamilos íntegros. Das que não ofereceram a chupeta ao neonato, 12 (26,1%) tinham lesão de mamilos e em 34 (73,9%) os mamilos eram íntegros. Esse resultado não foi estatisticamente significativo ($p=1,000$), isto é, o uso de chupeta não influenciou a persistência de lesão de mamilos.

DISCUSSÃO

A lesão de mamilos induzida pela amamentação tem particularidades únicas, pois é potencialmente recorrente, causando distúrbios intermitentes para o tecido cutâneo, com subsequente redução da taxa de epitelização e demora na cicatrização, quando comparado a outros tipos de lesão.⁶ A lesão de mamilos estando associada à dor sentida pela puérpera ao amamentar, constituindo-se em sensação desagradável, indica a necessidade de acompanhamento por especialista para incentivar a continuidade do aleitamento e para ajudar a mãe a

superar esse problema, tendo em vista os amplos benefícios da amamentação. Os resultados indicam que para essa intercorrência o período da primeira semana pós-parto é crítico, pois é nessa fase que ocorrem as adaptações maternas e do neonato, inclusive na amamentação. Havendo melhora de adequação da sucção do neonato, é possível promover melhores condições para cicatrização mamilar, preservação dos mamilos e minimização dos desconfortos para a mulher.

A lesão de mamilos não foi verbalizada pelas puérperas como motivo para a introdução de leite artificial. Os motivos alegados foram: leite insuficiente, recém-nascido muito choroso, mãe muito cansada. Porém, indiretamente, pode ter sido um fator causal para a suplementação láctea, pois, segundo Pelá,⁵ se a mãe reagir negativamente à dor, pode ocorrer a inibição do reflexo de ejeção do leite ou, ainda, lesão mamilar e dor podem levar a mãe a posicionar inadequadamente a criança ao seio, favorecendo a apreensão do mamilo de forma incorreta, causando sucção ineficiente e esvaziamento insatisfatório das mamas, colaborando para a extração insuficiente de leite pelo neonato.

As lesões do tipo escoriação, mais frequentemente encontradas neste estudo (14 – 87,5%), são lesões mais superficiais e as fissuras são mais profundas e extensas, podendo atingir graus mais avançados de agressão ao tecido papilar. As lesões do tipo escoriação indicam, assim, a necessidade de acompanhamento da puérpera para que lesões superficiais não se agravem, comprometendo a manutenção da lactação. Observou-se que muitas vezes a lesão de mamilos é denominada genericamente de fissura, porém, segundo classificação adotada neste estudo,^{16,17} a incidência de fissuras foi pequena (12,5%).

Quanto à conformação anatômica dos mamilos, para as puérperas com mamilos não protrusos pode haver dificuldade do neonato em apreender a região mamiloareolar adequadamente, principalmente quando o local não é macio e flexível. Vinha *et al.*¹⁵ evidenciaram que essa dificuldade torna-se mais acentuada nos casos de mamilos anômalos, ou seja, umbilicados e semiumbilicados, que não são encontrados frequentemente. Para as puérperas deste estudo, o tipo de mamilo observado, protruso ou semiprotruso, não esteve associado à lesão.

O ingurgitamento mamário pode levar à distensão e edema da região areolar, devido à estase láctea na região ampolar, o que torna o mamilo “apagado” e a região pouco flexível, prejudicando a apreensão adequada do conjunto mamiloareolar pela criança e fazendo com que, durante a mamada, a força exercida pela mandíbula no ato da sucção passe a ser exercida sobre o mamilo, predispondo-o à lesão.^{16,17} No entanto, nas puérperas com ingurgitamento mamário, a região mamiloareolar estava flexível, não comprometendo, dessa forma, sua apreensão pelo neonato. Das puérperas, 14 (23,3%) estavam com mamas túrgidas ou ingurgitadas, acentuando a necessidade de reforço das orientações quanto ao esvaziamento após as mamadas.¹⁸

O fato de 10 (41,7%) das puérperas com região mamiloareolar menos pigmentada estarem com lesão nos mamilos, resultado este estatisticamente significativo, ratifica os achados de outros autores,¹⁹ que encontraram elevada incidência de lesão de papila mamária em mulheres com região mamiloareolar de cor marrom-claro. A cor da região mamiloareolar é determinada pela capacidade funcional dos melanócitos presentes no indivíduo, indicando que a melanina pode ter importante papel na resistência da pele contra o aparecimento das lesões de mamilos, sendo o banho de sol recomendado como medida preventiva e curativa para essas lesões. Recomenda-se, então, expor os mamilos ao sol por cerca de 20 minutos, entre sete e 10 horas, diariamente, até se obter completa cicatrização, devido às suas propriedades bactericidas e aumento da resistência da pele local.¹⁰ Não se encontrou, no entanto, na maioria dos estudos levantados, embasamento científico para essa abordagem. A exposição ao sol seria indicada somente como conduta preventiva e não curativa, pois estudos recentes recomendam tratamento úmido das lesões de mamilo, evitando a desidratação das camadas mais profundas da epiderme, no entanto, segundo Giuliani,²⁰ esses estudos são limitados e não comprovam a sua eficácia.

Apesar de resultados não significativos entre o uso da chupeta e a persistência da lesão de mamilos, 14 (23,33%) dos neonatos faziam uso de chupeta, conduta não recomendada, pois, segundo Righard,⁶ favorece a sucção superficial do neonato no mamilo materno. O autor, ao relacionar o padrão de sucção e uso de chupetas aos problemas de amamentação, encontrou que a sucção inadequada foi muito mais comum entre mães com dificuldades de amamentação, sendo os problemas mais comuns recém-nascido choroso e inquieto e mamilos doloridos. Os neonatos que usaram chupeta apresentaram sucção superficial no mamilo mais vezes do que os que não usaram, o que desencadeou uma confusão de bicos, levando à alteração do padrão de sucção, por não exibirem abertura adequada da boca para apreender toda a região mamiloareolar. Cabe reforçar essa orientação na assistência em aleitamento materno.

Encontrou-se no estudo que os neonatos mamavam em intervalos máximos de quatro horas e 28,3% com intervalos de duas horas ou menos, traduzindo, assim, a tendência à mamada em livre demanda, sem estabelecimentos de horários rígidos. Segundo Vinha,¹⁸ é importante deixar a criança mamar o tempo que quiser, desde que o esteja fazendo de forma eficiente, não existindo limite de tempo preestabelecido, podendo variar, dependendo do momento e da sua fome. Porém, intervalos de mamadas muito curtos podem ocasionar cansaço extremo da mãe, devido à solicitação insistente da criança para mamar.

Silva²¹ acredita que nas situações em que a criança não corresponde ao comportamento esperado pela mãe, de três

em três horas ela irá interpretar tais manifestações do seu filho como indicadores de fome, insatisfação. Assim, a amamentação é qualificada pela mãe como insuficiente, levando-a aos estados de ansiedade em que pode ocorrer o comprometimento de sua performance lactacional. Reforça-se a necessidade de orientação por parte do profissional e de ajuda prática no cuidado com a criança, por parte dos familiares, o que possibilitaria um período de descanso à mulher.

A amostra deste estudo, apesar de pequena, foi considerada estatisticamente satisfatória para a análise proposta. Acreditamos que os resultados contribuem para o enriquecimento de profissionais de saúde comprometidos com a assistência na área de saúde da mulher e seu filho, em especial nos cuidados em aleitamento materno.

CONCLUSÕES

Neste estudo, apesar de acompanhadas na amamentação e orientadas quanto à pega adequada do neonato ao seio materno durante a internação, concluiu-se que a frequência de padrão de sucção inadequado do neonato foi expressiva. O fato de se encontrar associação estatisticamente significativa entre o padrão inadequado de sucção e a persistência de lesão de mamilos reforça a importância da assistência no apoio e orientação à puérpera quanto à técnica de amamentação, tanto no alojamento conjunto do HU USP quanto na primeira semana pós-parto, para a manutenção do aleitamento materno.

Após os achados do estudo realizado por Shimoda, Silva e Santos,²² foram realizadas abordagens para a sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem, com a realização de reciclagens sobre aleitamento materno, enfocando a necessidade de avaliação e acompanhamento das mamadas. Concomitantemente, o processo de implantação do diagnóstico de enfermagem no HU-USP, iniciado em 2002, contribuiu para a uniformização das orientações e condutas prescritas pela enfermeira no cuidado à puérpera e ao neonato, individualizando a assistência prestada em aleitamento materno.²³ Somando-se a isso, as reciclagens realizadas foram reforçadas com as medidas adotadas no processo de credenciamento do HU-USP para a obtenção do título de Hospital Amigo da Criança, que foi efetivado em 2006.

Acreditar que a amamentação é um recurso de magna importância para a saúde da criança exige dos profissionais igual qualificação da crença de que essa prática só vale a pena ser exercida quando resulta em prazer, com o mínimo de desconforto e sacrifícios desnecessários, suportadas pelas mulheres. O conhecimento de fatores causais das dificuldades e intercorrências enfrentadas pelas mulheres pode aumentar as probabilidades de sucesso na amamentação.

REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS; 2003.
2. Bettiol H, Freitas MHS, Pereira MJB, Barbieri MA, Silva AAM. Determinantes sociais do aleitamento materno. Rev Med HCFMRP-USP e CARL. 1988; 21(1/2):43-50.
3. Martins Filho J. Obstáculos à amamentação. In: Neme B. Obstetrícia básica. 2. ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p. 245-50.
4. Mass S. Breast pain: engorgement, nipple pain and mastitis. Clin Obstet Gynecol. 2004; 47(3):676-82.
5. Pelá NTR. O aleitamento materno do recém-nascido: fatores mamários condicionantes. Bol Oficina Sanit Panam. 1983; 94(2):133-41.
6. Righard L. Are breastfeeding problems related to incorrect breastfeeding technique and the use of pacifiers and bottles? Birth. 1998; 25(1):40-4.
7. Righard L, Alade MO. Breastfeeding and the use of pacifiers. Birth. 1997; 24(2):116-20.
8. Woolridge MW. A etiology of sore nipples. Midwifery. 1986; 2(4):172-6.
9. Faltn Júnior K, Machado CR, Ramanzzini WA, Santana VP, Parenti Filho C, Kessner C. A importância da amamentação natural no desenvolvimento da face. Rev Inst Odont Paul. 1983; 1(1):13-5.
10. Martins Filho J. Como e porque amamentar. São Paulo: Sarvier; 1984.
11. Tait P. Nipple pain in breastfeeding women: causes, treatment, and prevention strategies. J Midwifery Womens Health. 2000; 45(3):212-5.
12. Vinha VHP. Amamentação materna – incentivos e cuidados. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 1983.
13. Unicef. Breastfeeding management and promotion in a baby-friendly hospital: an 18-hour course for maternity staff. New York: Unicef; 1993.
14. Berquó ES, Souza JMP, Gotlieb SLD. Bioestatística. São Paulo: EPU; 1980.
15. Vinha VHP, Nantes MGD, Paula GA, Scochi CGS, Shimo AKK, Pelá NTR. Tipos de mamilos em puérperas. Femina. 1986; 14(8):692-5.
16. Shimo AKK, Vinha VHP, Ferreira DLB. Mama puerperal: uma proposta de cuidados. Femina. 1985; 13(2):159-64.
17. Vinha VHP, Pelá NTR, Shimo AKK, Scochi CGS. Trauma mamilar – proposta de tratamento. Femina. 1987; 15(5):370-8.
18. Vinha VHP. O livro da amamentação. São Paulo: CLR Balieiro; 1999.
19. Motter AA, Ferreira CA, Schaffer G, Wengerkiewicz JC, Rosa LC, Tamaki J. Prevenção de fissura de mamilo e estímulo amamentação. Fisioter Mov. 1992; 5(1):61-70.
20. Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. J Pediatr (Rio J). 2004; 80(5):147-54.
21. Silva IA. Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe; 1997.
22. Shimoda GT, Silva IA, Santos JLF. Características, frequência e fatores na ocorrência de lesão de mamilo em nutrizes. Rev Bras Enferm. 2005; 58(5): 529-34.
23. Gaidzinski RR, Soares AVN, Lima AFC, Gutierrez BAO, Cruz DALM. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008.