

## Avaliação dos fatores associados ao trauma mamilar

Assessment of factors associated to nipple trauma

Evaluación de factores asociados con el trauma del pezón

Diana Manfré Barbosa;<sup>1</sup> Manuela Zandonadi Caliman;<sup>2</sup> Sandra Cristina Alvarenga;<sup>3</sup> Eliane de Fátima Almeida Lima;<sup>4</sup> Franciele Marabotti Costa Leite;<sup>5</sup> Cândida Caniçali Primo<sup>6</sup>

### Como citar este artigo:

Barbosa DM, Caliman MZ, Alvarenga SC, Lima EFA, Leite FMC, Caniçali Primo C. Avaliação dos fatores associados ao trauma mamilar. Rev Fun Care Online. 2018 out/dez; 10(4):1063-1069. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1063-1069>

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar os fatores associados ao trauma mamilar. **Método:** Estudo seccional realizado em alojamento conjunto com todas as puérperas e os recém-nascidos internados no período de julho a agosto de 2014. **Resultados:** Foram avaliadas 73 puérperas e 76 recém-nascidos (três gemelares). Verificou-se associação significativa entre trauma mamilar e dor ou ardência pós-mamada (0.000), orientação no pré-natal (0.016) e número de consultas no pré-natal (0.018), sendo que mesmo as puérperas que tiveram sete ou mais consultas de pré-natal apresentaram trauma mamilar. **Conclusão:** Esse estudo reforça a importância das orientações e do preparo para amamentação iniciarem no período da gestação, para que a mulher conheça as possíveis complicações e suas formas de prevenção e tratamento. Dessa forma, a gestante poderá sentir-se preparada para amamentar o seu filho, evitando o aparecimento de traumas e lesões.

**Descritores:** Aleitamento materno, Ferimentos e lesões, Assistência pré-natal, Fatores de risco, Lactação, Recém-nascido.

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the factors associated with nipple trauma. **Method:** Cross-sectional study with all mothers and newborns in rooming-in, admitted from July to August 2014. **Results:** A total of 73 mothers and 76 newborns (3 twins). There was a significant association between nipple trauma and pain or post-feeding burning (0.000), guidance on prenatal care (0.016) and number of visits in prenatal care (0.018), and even though, mothers who had seven or more visits prenatal showed nipple trauma. **Conclusion:** This study increase the importance of guidance and preparation for breastfeeding start in gestation period, so that women know the possible complications and ways of prevention and treatment. Thus, the pregnant woman may feel prepared to breastfeed her child, avoiding the appearance of traumas and injuries.

**Descriptors:** Breastfeeding, Wounds and injuries, Prenatal care, Risk factors, Lactation, Newborn.

1 Graduação em Enfermagem.

2 Graduação em Enfermagem.

3 Graduação em Enfermagem, mestrado em Enfermagem.

4 Graduação em Enfermagem, doutorado em Enfermagem, docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

5 Graduação em Enfermagem, doutorado em Epidemiologia, docente do Departamento de Enfermagem da UFES.

6 Graduação em Enfermagem, doutorado em Enfermagem, docente do Departamento de Enfermagem da UFES.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar los factores asociados con el trauma del pezón. **Método:** Estudio transversal en el alojamiento conjunto con todas las madres y los recién nacidos ingresados entre julio y agosto de 2014. **Resultados:** Un total de 73 madres y 76 recién nacidos (3 gemelos). Se observó una asociación significativa entre el trauma del pezón y dolor o ardor después de la lactancia materna (0,000), orientación sobre el cuidado prenatal (0,016) y el número de consultas en el prenatal (0018), e incluso las madres que tenían siete o más visitas prenatal mostró lesiones del pezón. **Conclusión:** Este estudio refuerza la importancia de la orientación y preparación para la lactancia materna se inicia en el período de gestación, para que las mujeres conozcan las posibles complicaciones y formas de prevención y tratamiento. Así, la mujer embarazada puede sentir preparada para amamantar a su hijo, evitando la aparición de traumas y lesiones.

**Descriptores:** Lactancia materna, Heridas y traumatismos, Atención prenatal, Factores de riesgo, Lactancia, Recién nacido.

## INTRODUÇÃO

O trauma mamilar pode interferir negativamente na amamentação exclusiva, sendo uma das causas para seu abandono, pois gera grande desconforto e dor. Cerca de 80% a 96% das puérperas apresentam dor durante o puerpério mediato, ou seja, até o 10º dia pós-parto.<sup>1</sup> Segundo um estudo realizado com profissionais de Enfermagem, a falta de informação e de conhecimento, por parte das mães, sobre a amamentação, contribui para o aparecimento de complicações como dor, trauma mamilar e medo devido aos relatos de dor.<sup>2</sup> Ainda, revisão de literatura aponta que se deve realizar estratégias para orientar as gestantes, a fim de elevar os índices de amamentação, e assinala que falhas na atenção pré-natal podem levar às dificuldades na prática de amamentar.<sup>3</sup>

A maneira como o binômio mãe-filho se posiciona durante a amamentação e a pega/sucção do bebê são de extrema importância para que haja a retirada de forma eficiente do leite da mama, evitando a “pega inadequada” e também prevenindo o surgimento do trauma mamilar.<sup>4</sup> Ainda, estudo aponta que os fatores associados ao trauma mamilar ( $p < 0.05$ ) foram a ausência do companheiro, o ingurgitamento mamário, a semiprotrusão e/ou a malformação dos mamilos, a despigmentação mamilar e a amamentação na primeira hora de vida do lactente.<sup>5</sup>

Frente a essas questões, esse estudo teve como objetivo avaliar os fatores associados ao trauma mamilar.

## MÉTODO

Estudo seccional realizado em uma maternidade de um hospital universitário localizado no Espírito Santo, Brasil, com todas as puérperas e os recém-nascidos internados em sistema de alojamento conjunto no período de julho a agosto de 2014.

Critérios de exclusão: puérperas que possuíam história pessoal ou familiar de doença psiquiátrica, que não puderam amamentar por doença infectocontagiosa ou que eram usuárias de drogas ilícitas. As variáveis analisadas em relação à mãe foram: idade, estado civil, nível de instrução, paridade, tipo de

parto, doença atual, realização de pré-natal, número de consultas de pré-natal, se recebeu orientações sobre amamentação no pré-natal, experiência de amamentação anterior.

A avaliação clínica das mamas envolveu o tamanho destas, que foi mensurado da forma objetiva pelo índice de Sacchini (pequena ou hipomastia, média ou normal, grande ou hipertrofia),<sup>6</sup> condições da mama (flácida, túrgida, ingurgitada), tipo de mamilo (protuso, semiprotuso, umbilicado e hipertrófico), integridade do mamilo (íntegro ou trauma mamilar), produção de leite (ausente, pequena, média ou grande).<sup>4,7</sup> A avaliação da mamada foi observada atentando-se para a posição corporal da mãe e do recém-nascido e a pega do recém-nascido.

Os dados analisados relativos ao recém-nascido foram: idade gestacional, amamentação na primeira hora de vida, complementação de outros tipos de leite na maternidade (tipo, volume, frequência e forma como foi administrado).

Os dados foram obtidos mediante entrevista individual e exame físico, pela observação clínica e comportamental do recém-nascido e da mãe durante a mamada, e por fonte secundária, mediante consulta aos registros clínicos no prontuário, se necessário.

Com o objetivo de reduzir o viés de aferição, os pesquisadores receberam um treinamento para coleta de dados que teve duração total de 10 horas e contemplou as seguintes seções: fisiologia da lactação; avaliação das mamas; e aplicação do instrumento de coleta de dados. O instrumento foi submetido a um teste-piloto, realizado com dez binômios mãe/recém-nascido enquadrados nos critérios de seleção preestabelecidos, com o intuito de averiguar sua adequação ao objetivo estabelecido no estudo, bem como as habilidades e dificuldades do grupo em aplicá-lo.

A avaliação da amamentação do binômio mãe/recém-nascido aconteceu respeitando o tempo estabelecido de até 48 horas após o nascimento, com eles ainda na maternidade. A entrevista e a observação clínica foram realizadas em uma sala de atendimento clínico localizada no alojamento conjunto, que permitiu manter a privacidade da paciente. Todo esse processo de coleta de dados durou em média 40 minutos.

Após a observação da avaliação da mamada, ainda na maternidade a mãe recebeu orientação sobre o manejo da amamentação e o suporte nas dificuldades. A coleta de dados foi realizada nos meses de julho a agosto de 2014, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa sob nº 695.734.

Na análise dos dados realizou-se a análise descritiva e bivariada, sendo que, no cruzamento entre as variáveis categóricas, a técnica estatística usada foi o teste qui-quadrado; nas situações em que o resultado foi menor do que cinco, utilizou-se o teste exato de Fisher, e, na associação com variáveis com mais de duas categorias, aplicou-se a razão da máxima verossimilhança. Adotou-se um p-valor significativo ( $< 0.05$ ).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período estudado foram avaliadas 73 puérperas e 76 recém-nascidos (três gemelares) no alojamento conjunto em relação à amamentação. Na tabela 1 apresenta-se o perfil sociodemográfico e clínico das puérperas.

**Tabela 1** - Perfil sociodemográfico e clínico das puérperas: Vitória, ES, Brasil (2015)

Característica materna	n = 73	%
<b>Faixa etária</b>		
Até 19 anos	15	20.55
20 a 34 anos	43	<b>58.90</b>
>35 anos	15	20.55
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental completo	7	9.59
Fundamental incompleto	14	19.18
Ensino Médio completo	34	<b>46.58</b>
Ensino Médio incompleto	11	15.07
Superior completo	2	2.74
Superior incompleto	5	6.85
<b>Estado civil</b>		
Solteira	43	<b>58.9</b>
Casada/união estável	27	36.99
Separada/divorciada	3	4.11
<b>Doença atual</b>		
Sim	39	53.42
Não	34	46.58
<b>Tipo de doença</b>		
DHEG*	5	12.82
DMG*	9	23.08
Hemofilia	1	2.56
Hipotireoidismo	5	12.82
DHEG e DMG*	10	25.64
Outras	9	23.08
<b>Realização de pré-natal</b>		
Sim	71	<b>97.26</b>
Não	2	2.74
<b>Número de consultas no pré-natal</b>		
Nenhuma	2	2.74
1 a 3 consultas	5	6.85
4 a 6 consultas	18	24.66
7 ou mais	48	<b>65.75</b>
<b>Orientação sobre amamentação no pré-natal</b>		
Sim	14	19.18
Não	59	<b>80.82</b>
<b>Paridade</b>		
Primípara	26	35.62
Secundípara	19	26.03
Múltipara	28	38.36
<b>Tipo de parto</b>		
Normal (vaginal)	37	50.68
Cesáreo	36	49.32
<b>Tamanho das mamas</b>		
Normal	13	17.81
Hipertrófica	60	<b>82.19</b>

Característica materna	n = 73	%
<b>Condição da mama</b>		
Flácida	50	<b>68.49</b>
Túrgida	23	31.51
<b>Tipo de mamilo</b>		
Protuso	69	<b>94.50</b>
Hipertrófico	4	5.50
<b>Integridade do mamilo</b>		
Integro	48	<b>65.80</b>
Trauma mamilar	25	34.20
<b>Produção de leite na expressão mamilar</b>		
Ausente/pequena	37	50.68
Média/grande	36	49.32
<b>História prévia de fracasso na amamentação</b>		
Sim	14	19.18
Não	59	<b>80.82</b>
<b>Sente dor ou ardência após a mamada</b>		
Sim	25	34.20
Não	48	<b>65.80</b>
<b>Postura corporal mãe-bebê adequada</b>		
Sim	40	<b>54.8</b>
Não	33	45.2
<b>Família/parceiro oferece apoio</b>		
Sim	65	<b>89.05</b>
Não	8	10.95

Nota: \* Diabetes mellitus gestacional (DMG), doença hipertensiva específica da gestação (DHEG).

Conforme a tabela 1, a maioria das puérperas avaliadas possuía faixa etária entre 20 e 34 anos (58.9%), grande parte tinha Ensino Médio completo (46.58%) e 58.9% eram solteiras. Em relação à presença de doenças, 53.42% tinham doença atual durante a gestação e os tipos de doenças mais prevalentes foram: 25.64% de mulheres com DMG somada à DHEG, 23.08% tinham apenas DMG e 12.82% somente DHEG.

A maior parte das mulheres fez pré-natal (97.26%), sendo que 65.75% fizeram sete ou mais consultas de pré-natal e 80.82% delas não receberam orientação sobre amamentação durante as consultas. Quanto à paridade, 38.36% eram múltiparas, e, no que se refere ao tipo de parto, 50.68% tiveram parto por via vaginal e 49.32% cesáreo.

No que se refere ao tamanho das mamas, a maioria das mulheres tinha mamas hipertróficas (82.19%) e possuía mamilos protusos (94.50%). Houve prevalência das mamas que se apresentavam flácidas (68.49%), e cerca de 65.80% dos mamilos estavam íntegros e elas não apresentavam dor ou ardência após a mamada (65.80%). Em relação à amamentação, a produção de leite no período de 48 horas foi ausente ou em pequena quantidade (50.68%), a maioria não obteve história prévia de fracasso na amamentação (80.82%). A postura corporal do binômio mãe-bebê estava adequada em 54.80% dos casos. O apoio da família ou do parceiro na amamentação teve índice de 89.05%.

**Tabela 2** - Perfil clínico dos recém-nascidos: Vitória, ES, Brasil (2015)

Característica do recém-nascido	n = 76	%
<b>Classificação da idade gestacional</b>		
Prematuro	8	10.5
A termo	68	89.5
<b>Sexo do recém-nascido</b>		
Feminino	45	59.2
Masculino	31	40.8
<b>Recém-nascido mamou na primeira hora de vida</b>		
Sim	11	14.5
Não	65	85.5
<b>Incapacidade do recém-nascido de apreender a região aréolo-mamilar</b>		
Sim	52	68.4
Não	24	31.6
<b>Frequência de mamada em 24 horas</b>		
≤ 8x / 24h	11	14.5
≥ 8x /24h	65	85.5
<b>Recém-nascido recebeu alimentação complementar</b>		
Sim	25	32.9
Não	51	67.1

Característica do recém-nascido	n = 76	%
<b>Como foi ofertada a alimentação complementar</b>		
Copinho	15	60.0
Translactação	5	20.0
<i>Finger</i>	5	20.0

Conforme descrito na tabela 2, em relação aos recém-nascidos, 89.5% são a termo. Quanto à amamentação, 85.5% não mamaram na primeira hora de vida; a frequência das mamadas nas 24 horas obteve taxa de 85.5% para maior ou igual a oito mamadas nas 24 horas. A maioria dos recém-nascidos apresentou incapacidade de apreender a região aréolo-mamilar (68.4%). A alimentação complementar no período de 48 horas não foi ofertada a 67.1%, e, dos que receberam complemento, em 60% a alimentação foi por meio de copinho.

Em relação à análise bivariada, verificou-se associação significativa entre trauma mamilar e dor ou ardência pós-mamada em 48 horas (0.000), orientação no pré-natal (0.016) e número de consultas no pré-natal (0.018), sendo que mesmo as puérperas que tiveram sete ou mais consultas de pré-natal apresentaram trauma mamilar, conforme a tabela 3.

**Tabela 3** - Avaliação da associação entre as variáveis do estudo com a integridade do mamilo: Vitória, ES, Brasil (2015)

Variáveis	Integridade do mamilo				p-valor
	Íntegro		Trauma mamilar		
	n	%	n	%	
<b>Incapacidade de apreender a região aréolo-mamilar - pega inadequada</b>					
Sim	35	68,6	17	68,0	0,956
Não	16	31,4	8	32,0	
<b>Produção de leite na expressão mamilar</b>					
Média/grande	27	52,9	12	48,0	0,686
Ausente/pequena	24	47,1	13	52,0	
<b>Sente dor ou ardência após a mamada</b>					
Sim	1	2,0	24	96,0	<b>0,000*</b>
Não	50	98,0	1	4,0	
<b>Recebeu orientação no pré-natal</b>					
Sim	14	27,5	1	4,0	<b>0,016*</b>
Não	37	72,5	24	96,0	
<b>Número de consultas no pré-natal</b>					
Nenhuma	2	4,2	-	-	
De 1 a 3 consultas	4	8,3	1	4,0	0,018**
De 4 a 6 consultas	16	33,3	2	8,0	
7 consultas ou mais	26	54,2	22	88,0	
<b>Família/parceiro oferece apoio</b>					
Sim	45	88,2	23	92,0	1,000*
Não	6	11,8	2	8,0	
<b>História prévia de fracasso na amamentação</b>					
Sim	8	15,7	6	24,0	0,530*
Não	43	84,3	19	76,0	
<b>Alimentação complementar</b>					
Sim	17	33,3	8	32,0	0,907
Não	34	66,7	17	68,0	

Variáveis	Integridade do mamilo				p-valor
	Íntegro		Trauma mamilar		
	n	%	n	%	
<b>Classificação da idade gestacional</b>					
Prematuro	6	11,8	2	8,0	1,000*
A termo	45	88,2	23	92,0	
<b>Escolaridade</b>					
Fundamental completo	4	8,3	3	12,0	0,336**
Fundamental incompleto	12	25,0	2	8,0	
Médio completo	22	45,8	12	48,0	
Médio incompleto	5	10,4	6	24,0	
Superior completo	1	2,1	1	4,0	
Superior incompleto	4	8,3	1	4,0	
<b>Doença atual</b>					
Sim	27		12		0,503
Não	21		13		
<b>Número de gestações</b>					
Primípara	16	33,3	10	40,0	0,852
Secundípara	13	27,1	6	24,0	
Múltipara	19	39,6	9	36,0	

Notas: \* Teste exato de Fisher.

\*\* Razão da máxima verossimilhança.

A incidência de traumas mamilares, nesse estudo, foi menor do que o observado em outras pesquisas. Estudos desenvolvidos no Brasil encontraram uma prevalência de 43.6%<sup>8</sup> e 52.75% de trauma,<sup>8-10</sup> enquanto na Austrália 58% das mulheres reportaram trauma mamilar com uma semana pós-parto.<sup>11</sup>

Alguns estudos apontam como fatores associados ao trauma mamilar a primariedade, a ausência do parceiro, as mamas túrgidas e ingurgitadas, os mamilos semiprotrusos e/ou malformados, a pega e a postura incorretas do recém-nascido/mãe,<sup>12</sup> a idade gestacional do neonato, a cor da pele, a paridade e o tipo de anestesia,<sup>10</sup> porém neste estudo não encontrou-se associação significativa entre trauma e essas variáveis.

No entanto, concordando com nossos achados, estudo desenvolvido em Porto Alegre, no Sul do Brasil, também não encontrou associação do trauma com a pega do RN.<sup>8</sup> Outra pesquisa com 146 puérperas não verificou associação entre posicionamento mãe/bebê e o trauma.<sup>12</sup> Por fim, as variáveis tipo de mamilo, tipo de parto e sexo do recém-nascido não estiveram associadas às lesões mamilares.<sup>10</sup>

Dor ou ardência pós-mamada também esteve associada ao trauma mamilar. Corroborando com nossos achados, mães com trauma mamilar relataram significativamente maior nível de dor e interferência na amamentação, e constatou-se que maior intensidade e duração da dor teve maior influência com a atividade geral, o humor e o sono.<sup>13</sup> Também estudo realizado em São Paulo com 60 puérperas verificou que a persistência de lesão de mamilos está associada à dor mamilar ( $p=0.006$ ).<sup>14</sup>

As puérperas que apresentaram trauma mamilar não receberam informações sobre amamentação durante o pré-natal. Concordando com nossos achados, pesquisa em unidades básicas de saúde demonstrou que, na maior parte

das vezes, os profissionais desenvolvem nenhum apoio ou apoio dúbio sobre amamentação. Nos serviços as mulheres ainda estão expostas ao falatório sobre a amamentação, que representa o excesso de informação e o autoritarismo do profissional de saúde para com elas. Existe um predomínio de impessoalidade, a atenção igual para todas ou a ausência de atenção.<sup>15</sup>

Em relação ao incentivo à prática da amamentação exclusiva por parte dos profissionais de Enfermagem, estudo verificou que essa contribuição não foi satisfatória, uma vez que as mulheres participantes relataram que passaram por dificuldades, às vezes de fácil solução, mas como não houve apoio e incentivo, acabaram abandonando a amamentação.<sup>16</sup>

Por outro lado, puérperas adolescentes referem que no pré-natal, nas palestras e nos cartazes expostos na unidade de saúde adquiriram vários conhecimentos sobre amamentação, tais como: os benefícios para a prevenção de doenças e para o crescimento e o desenvolvimento da criança.<sup>17</sup> Outro estudo aponta que os grupos de gestantes realizados nas unidades de saúde foram muito bem aceitos pelas puérperas, elas viram como um local de apoio onde as pessoas e as outras puérperas sempre estavam animadas. Os profissionais explicavam tudo sobre a amamentação, principalmente a sua importância, tiravam suas dúvidas e as deixavam mais tranquilas.<sup>18</sup> Também em estudo realizado em Santa Catarina, 70.3% das mulheres receberam informação sobre amamentar na consulta pré-natal.<sup>19</sup>

Destaca-se a necessidade de iniciar as orientações quanto à técnica adequada da amamentação ainda na gestação, durante consultas de Enfermagem, dando preferência ao último trimestre, porque poderão direcionar a mãe na prevenção do trauma mamilar durante o puerpério e incentivar a continuidade da amamentação.<sup>19-20</sup>

Para o profissional de saúde, é um grande desafio orientar para a amamentação, pois envolve sensibilidade e habilidade para lidar com as necessidades das mulheres frente às suas experiências, exigindo capacitação dos profissionais para atuarem na assistência em amamentação em uma abordagem que compreenda a nutriz em todas as suas dimensões do ser mulher.<sup>21-22</sup>

Estudo mostra que as mulheres querem ser ajudadas no cuidado da amamentação e consideradas em sua autenticidade e singularidade. Elas querem e precisam de um cuidado solícito, respeitoso e paciente, que não as domine, que não faça por elas, querem falar e querem ser ouvidas na forma de diálogo.<sup>15</sup> O incentivo à amamentação deve englobar ações que enfoquem a integralidade e a subjetividade da puérpera, o que contribua para promover uma amamentação adequada e efetiva tanto para o recém-nascido quanto para a mãe.<sup>22</sup>

Cabe lembrar que compete também ao enfermeiro a responsabilidade de acompanhamento sobre amamentação no pré-natal e no puerpério, abrangendo ações que incentivem a técnica e o processo de amamentação, apoiando as puérperas. Além disso, ele deve incluir o parceiro e a família, pois o apoio dos familiares pode evitar o desmame precoce e reduzir o aparecimento de possíveis complicações com a puérpera e/ou o recém-nascido.<sup>16,20</sup>

## CONCLUSÃO

Por meio dos resultados obtidos encontrou-se uma prevalência de 34.20% de trauma mamilar e verificou-se associação significativa entre trauma mamilar e orientação no pré-natal (0.016), número de consultas no pré-natal (0.018), e também a dor ou a ardência pós-mamada (0.000). Sendo assim, esse estudo reforça a importância de que as orientações e o preparo para amamentação devem iniciar ainda no período da gestação, de forma que a mulher sinta-se preparada para amamentar o seu filho, evitando, assim, o aparecimento de lesões, que são muito dolorosas.

O atendimento com as gestantes deve ter uma abordagem holística, levando em conta desde a condição sociocultural até o exame físico das mamas, como local de possível surgimento de patologias, e com intuito de orientá-las sobre as alterações morfológicas que ocorrem durante esse período.

Durante o pré-natal é que são identificados os medos, as dificuldades, as crenças e as ideias adversas ao aleitamento. Gestantes que expõem história negativa devem ter uma melhor assistência devido às suas experiências anteriores. A promoção da amamentação é um processo contínuo, que deve permanecer durante a internação e o pós-parto, garantindo, então, o seu sucesso.

Sendo assim, além das atividades técnicas do enfermeiro, a relação com as gestantes e com os membros da equipe de saúde é de extrema importância, pois gera um vínculo de confiança por parte das gestantes, resultando no aumento da assiduidade nas consultas de pré-natal e melhora na assistência de saúde prestada.

Como limitação desse estudo, a amostra, apesar de pequena, foi considerada estatisticamente satisfatória para a análise proposta. Assim, acredita-se que os resultados possam

contribuir com a ampliação do conhecimento acerca dos fatores que influenciam os traumas mamilares e ajudar os profissionais de saúde comprometidos com a assistência à mulher e à criança durante a amamentação.

## REFERÊNCIAS

1. Page T, Lockwood C, Guest, K. The Management of nipple pain and/or trauma associated with breast-feeding. Best Practice: Evidence based Information Sheets for Health Professionals 2009; 13(4):1-4.
2. Filho MDS, Neto PNTG, Martins MCC. Avaliação dos problemas relacionados à amamentação a partir do olhar da Enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2011 jan/mar; 16(1):70-5.
3. Demitto MO, Silva TC, Paschoa ARZ, Mathias TAF, Bercini LO. Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. *Rev. Rene* 2010; 11(Esp):223-29.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).
5. Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão ACFV. Fatores associados ao trauma mamilar na maternidade. *J. Pediatr.* 2009; 85(4):341-45.
6. Araújo CDM, Gomes HC, Veiga DF, Hochaman B, Fernandes PM, Novo NF, Ferreira LM. Influência da hipertrofia mamária na capacidade funcional das mulheres. *Rev Bras Reumatol.* 2007; 47(2):91-6.
7. Carvalho MR, Tavares LAM. Amamentação: bases científicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
8. Weigert EML, Giugliani ERJ, França MCT, Oliveira LD, Bonilha A, Santo LCE, et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. *J Pediatr.* 2005; 81(4):310-6.
9. Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, de Oliveira NF, Silva LR. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. *J Pediatr.* 2010; 86(5):441-44.
10. Shimoda GT, Silva IA, Santos JLF. Características, frequência e fatores na ocorrência de lesão de mamilos em nutrízes. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(5):529-34.
11. Buck ML, Amir LH, Cullinane M, Donath SM. Nipple pain, damage, and vasospasm in the first 8 weeks postpartum. *Breastfeed Med.* 2014; 9(2):56-62.
12. Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão ACFV. A posição de amamentar determina o aparecimento do trauma mamilar? *Rev. Esc. Enferm. USP* 2009; 43(2):446-52.
13. McClellan HL, Hepworth AR, Garbin CP, Rowan MK, Deacon J, Hartmann PE, et al. Nipple pain during breastfeeding with or without visible trauma. *J Hum Lact.* 2012; 28(4):511-21.
14. Shimoda GT, Aragaki IMM, Sousa CA, Silva IS. Associação entre persistência de lesão de mamilos e condições de aleitamento materno. *Rev Min Enferm.* 2014; 18(1):68-74.
15. Oliveira MIC, Souza IEO, Santos EM, Camacho LAB. Avaliação do apoio recebido para amamentar: significados de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2010; 15(2):599-608.
16. Batista KRA, Farias MCAD, Melo WSN. Influência da assistência de Enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. *Saúde Debate* 2013; 37(96):130-38.
17. Linhares FMP, Pontes CM, Osório MM. Breastfeeding promotion and support strategies based on Paulo Freire's epistemological categories. *Rev. Nutr.* 2013; 26(2):125-34.
18. Leite FMC, Primo CC, Amorim MHC, Silva ABV. Avaliação do conhecimento de puérperas acerca da amamentação. *Enferm. Foco* 2015; 1(1):12-16.
19. Costa AA, Souza EB, Guimarães JV, Vieira F. Evidências das intervenções na prevenção do trauma mamilar na amamentação: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf. [internet]* 2013 [acesso em 20 fev 2016]; 15(3):790-801. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.22832>
20. Primo CC, Nunes BP, Lima EFA, Leite FMC, Pontes MB, Brandão MAG. Which factors influence women in the decision to breastfeed? *Invest Educ Enferm.* 2016; 34(1):198-210.

21. Lööf-Johanson M, Foldevi M, Rudebeck C. Breastfeeding as a Specific Value in Women's Lives: The Experiences and Decisions of Breastfeeding Women. *Breastfeed Med.* 2013; 8(1):38-44.
22. Primo CC, Dutra PR, Lima EFA, Alvarenga SC, Leite FMC. Redes sociais que apoiam a mulher durante a amamentação. *Cogitare Enferm.* [internet] 2015 [acesso em 20 fev 2016]; 20(2):426-33. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i2.37453>

Recebido em: 01/03/2017

Revisões requeridas: 10/03/2017

Aprovado em: 31/03/2017

Publicado em: 05/10/2018

**Autora responsável pela correspondência:**

Cândida Caniçali Primo

Av. Marechal Campos, 1468

Maruípe, Vitória, Espírito Santo

CEP: 29.040-090

*E-mail:* <candida.primo@ufes.br>