



## Técnica de amamentar e a incidência de traumas mamilares em puérperas atendidas em um hospital municipal: estudo de intervenção


Thaize Carvalho Estrela do Vale Morais <sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-2543-5153>


Tâmara Oliveira de Souza <sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-9150-4877>


Graciete Oliveira Vieira <sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-5354-718X>

José de Bessa Júnior <sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-4833-4889>

Gilmar Mercês de Jesus <sup>5</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-1702-217X>

<sup>1-4</sup> Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Feira de Santana. Av. Transnordestina, s.n. Novo Horizonte. Feira de Santana, BA, Brasil. CEP: 44.036-900. E-mail: thaize\_estrela@hotmail.com

<sup>5</sup> Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde (NUPES). Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, BA, Brasil.

### Resumo

*Objetivos:* avaliar o efeito de uma intervenção na incidência de traumas mamilares e na qualidade da técnica de amamentar no primeiro mês pós-parto.

*Métodos:* trata-se de um estudo de intervenção quasi randomizado com 180 puérperas distribuídas entre os grupos experimental e controle. A intervenção foi realizada na maternidade e consistiu de sessão educativa sobre a técnica de amamentar. Foi realizada análise descritiva das características dos grupos, comparadas as frequências dos parâmetros desfavoráveis da técnica de amamentar. O teste do qui-quadrado de Pearson e teste de Fisher foram utilizados, sendo adotado  $p \leq 0,05$  como nível crítico de significância.

*Resultados:* aos 30 dias, 64% e 15%, das mães apresentaram técnica correta, respectivamente, nos grupos experimental e controle com  $RR = 4,87$  ( $IC_{95\%} = 2,93-8,34$ );  $NNT = 1,96$  ( $IC_{95\%} = 1,61-2,72$ );  $p < 0,001$ . No grupo experimental percebeu-se que houve diminuição dos parâmetros desfavoráveis da técnica de amamentar ( $p \leq 0,05$ ). A incidência de trauma mamilar foi de 30% no grupo experimental e 38,9% no grupo controle ( $p = 0,21$ ).

*Conclusão:* no grupo experimental a intervenção realizada não foi suficiente para prevenir a ocorrência de traumas mamilares, porém melhorou significativamente a qualidade da técnica de amamentar.

**Palavras-chave** Trauma, Amamentação, Incidência



## Introdução

A despeito das recomendações de aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida muitas mulheres descontinuam a amamentação devido às dificuldades encontradas em seu manejo.<sup>2-4</sup>

O trauma mamilar é um dos fatores associados à interrupção precoce do AME.<sup>2,5,6,7</sup> Essa intercorrência mamária se apresenta como uma solução de continuidade da pele do mamilo e /ou aréola causada por fissura, escoriação, erosão, dilaceração ou vesículas,<sup>8</sup> comumente associada a desconforto e dor durante a mamada.<sup>3,9</sup>

A incidência do trauma mamilar durante a amamentação varia de 11 a 96%.<sup>10-12</sup> Observa-se ainda que 80 a 95% das nutrizes apresentam na primeira semana após o parto algum grau de dor mamilar e 26% referem dor intensa, determinantes que contribuem para a interrupção do AME e desmame precoce.<sup>5</sup> Com frequência os traumas mamilares são porta de entrada para microorganismos patogênicos, tendo a mastite,<sup>12,13</sup> como importante complicação. A mastite lactacional é um processo inflamatório da mama, que pode estar associado ou não a infecções, sendo o *Staphylococcus aureus* o agente infeccioso mais comum.<sup>14</sup>

Dentre os fatores associados à lesão mamilar destaca-se a técnica inadequada de amamentação quanto ao posicionamento e à pega.<sup>12,15-17</sup> A amamentação com boa técnica não traumatiza o mamilo e a aréola, favorece a sucção efetiva<sup>17</sup> e o esvaziamento da mama. A técnica correta de amamentar tem sido citada como um importante fator de prevenção dos traumas mamilares, bem como contribui para a amamentação bem sucedida.<sup>3,10,12,15,18</sup> Em contrapartida, o posicionamento e pega inadequados interferem na dinâmica de sucção e extração do leite materno, dificulta o esvaziamento da mama e gera lesões mamilares.<sup>11</sup>

Os traumas mamilares surgem comumente na primeira semana após o parto, quando se inicia o processo de amamentação.<sup>19</sup> Alguns estudos de intervenção direcionados para a técnica de amamentação mostraram que a frequência de complicações relacionadas à amamentação foi menor no grupo de lactantes que receberam a intervenção.<sup>19,20</sup> No entanto, outros não observaram um impacto positivo da intervenção na qualidade da técnica de amamentar.<sup>11,21</sup>

Embora diferentes intervenções tenham sido desenhadas para melhorar a técnica de amamentar e reduzir a ocorrência de dor e trauma nos mamilos, não está bem claro qual o método mais efetivo.<sup>16</sup>

Portanto, é importante testar hipótese de que uma intervenção direcionada à amamentação implica em um efeito positivo com melhora da qualidade da técnica e redução da incidência de traumas mamilares.

O objetivo deste estudo foi avaliar o efeito de uma intervenção na pega e posição de amamentar na incidência de traumas mamilares e na qualidade da técnica de amamentar no primeiro mês pós-parto, em puérperas atendidas em um hospital do município de Feira de Santana-BA.

## Métodos

Trata-se de um estudo de intervenção quase randomizado tendo como variável de exposição a intervenção direcionada à técnica de amamentação, e desfechos, a incidência de traumas mamilares e a qualidade da técnica de amamentação no primeiro mês após o parto. Foi conduzido no ano de 2015 no Hospital Inácia Pinto dos Santos (HIPS), hospital Amigo da Criança.

O cálculo amostral foi baseado na incidência de 43,3% de traumas mamilares, demonstrada em estudo anterior,<sup>22</sup> sendo considerada a mínima diferença a ser detectada entre os grupos de 20% para que o resultado da intervenção fosse considerado significativo. A amostra foi calculada mediante um nível de 95% de confiança e 80% de poder, considerando  $Z_{\alpha}$  igual a 1,96 e  $Z_{\beta}$  igual a 0,84. Assim, estimou-se como amostra mínima 90 binômios mãe/recém-nascido para o grupo controle, e 90 para o grupo experimental.

As puérperas que pariram nas 48h que antecederam a coleta de dados e que atenderam aos critérios de inclusão (mães residentes em Feira de Santana-BA, binômios mães/recém-nascidos em alojamento conjunto e em aleitamento materno) foram convidadas a participar do estudo, até ser atingido o número mínimo de participantes definido no cálculo amostral. Recém-nascidos gemelares ou internados na unidade neonatal e puérperas com trauma mamilar ou mastite não foram incluídos no estudo na primeira abordagem.

A amostra do estudo foi constituída por binômios mãe/recém-nascido atendidos no HIPS. As díades foram incluídas no estudo no período de fevereiro a julho de 2015, sendo que a abordagem às mães dos grupos experimental e controle ocorria em semanas alternadas, de maneira que em uma mesma enfermaria não ficassem mães de grupos diferentes. Foi realizado pelas pesquisadoras sorteio simples para definir em qual grupo seriam alocadas as participantes, dando início à coleta de dados pelo grupo

experimental (Figura 1).

A coleta de dados foi realizada em duas ocasiões: na maternidade e 30 dias após o parto. Os dados foram coletados por uma equipe devidamente treinada, constituída por duas enfermeiras e uma nutricionista, responsáveis pela seleção da amostra, entrevista com as mães, observação das mamadas e avaliação das mamas.

Na maternidade, as mães dos grupos controle e experimental foram entrevistadas a fim de se obter os dados sociodemográficos, relacionados ao pré-natal, ao parto e ao aleitamento materno, e os dados relacionados ao recém-nascido. Em seguida, foi realizado o exame das mamas, a fim de avaliar as características das mesmas, confirmar a ausência do trauma mamilar, bem como investigar a presença de ingurgitamento mamário e mastite.

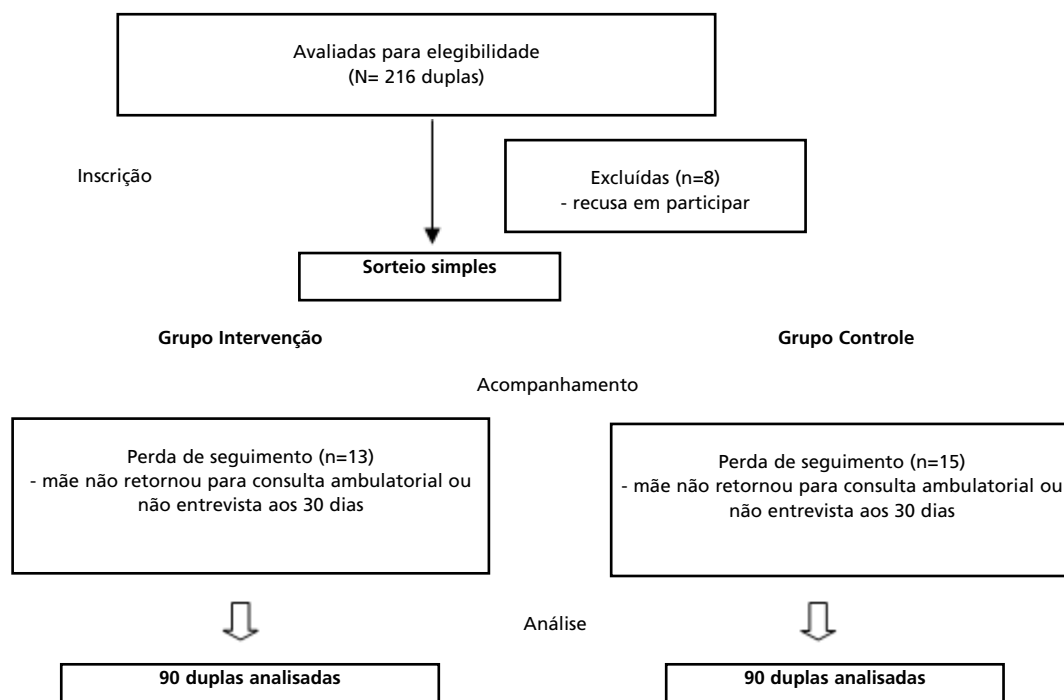
Foi realizado estudo piloto com nove mães, quantidade correspondente a 5% da amostra, para testar a logística do estudo e os instrumentos de coleta de dados.

Ainda na maternidade foi realizada a observação da mamada utilizando-se o formulário recomendado pela *World Health Organization*;<sup>23</sup> este procedimento foi realizado apenas no grupo experimental,

em atenção às normas éticas que não permitem a omissão do pesquisador nos possíveis casos identificados com técnica de amamentar inadequada. Em seguida, foi realizada a intervenção em três etapas: 1ª etapa – exibição do vídeo “Amamentação muito mais do que alimentar a criança” reproduzido pelo Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Pediatria,<sup>24</sup> o qual aborda a técnica de amamentar, além dos benefícios do aleitamento materno. O vídeo foi exibido na presença de uma das pesquisadoras, individualmente ou em grupo de no máximo três mulheres. Ao final da exibição foi apresentado um recorte do vídeo, de modo individual, com imagens específicas sobre a técnica de amamentar. 2ª etapa – orientações verbais sobre a técnica de amamentar e os benefícios do aleitamento materno; 3ª etapa – demonstração da técnica correta de amamentar utilizando o seio cobaia e boneca. Ao final da demonstração, a mãe reproduzia os procedimentos ensinados com o lactente. Caso fosse identificado algum parâmetro desfavorável da técnica de amamentação, era dada a devida orientação. Foram esclarecidas eventuais dúvidas e agendado o retorno da criança, 30 dias após o nascimento, para consulta com uma pediatra da Instituição.

Figura 1

Diagrama de fluxo do progresso através das fases de um estudo de intervenção.



Vale ressaltar que a intervenção realizada neste estudo se diferenciou da que já ocorre rotineiramente no serviço onde o estudo foi desenvolvido no que diz respeito aos recursos que foram utilizados numa mesma abordagem (seio cabaia, boneca e vídeo), ao tipo de abordagem (individual e em grupo) e à demonstração individual da técnica de amamentar.

As mães do grupo controle não receberam a intervenção proposta pelo estudo, porém foram orientadas pela equipe de pesquisadoras quanto aos benefícios do aleitamento materno e também receberam orientações da equipe de profissionais de saúde do HIPS, pois por se tratar de um hospital credenciado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança, já realiza em sua rotina os seguintes procedimentos: orientação nas enfermarias, de segunda a sexta, sobre os benefícios do aleitamento materno e seu manejo, com entrega de *folder* informativo e atividades educativas em grupo realizadas em datas específicas.

Aos trinta dias após o nascimento, os lactentes dos grupos controle e experimental retornaram para uma consulta com a pediatra da Instituição, seguindo a rotina do serviço. Nesse momento, as mães dos dois grupos foram entrevistadas sobre o padrão alimentar da criança. Posteriormente à entrevista, foram realizados nos dois grupos o exame das mamas e observação da mamada utilizando-se os mesmos instrumentos de coleta de dados usados na maternidade.

Devido ao não comparecimento de algumas genitoras na consulta, tornou-se necessária a realização de visita domiciliar. Das 180 duplas puérperas/lactentes, 52 (28,9%) foram visitadas em seus domicílios.

Os aspectos referentes à técnica de amamentar foram obtidos através da observação da mamada, utilizando o instrumento recomendado pela *World Health Organization*.<sup>23</sup> Para avaliar a técnica de amamentar foram utilizados os parâmetros indicativos de posicionamento adequado do recém-nascido (bebê próximo do corpo da mãe; cabeça e tronco alinhados; corpo do bebê bem apoiado), da pega adequada (boca bem aberta; lábio inferior virado para fora; queixo do bebê tocando o seio; pega assimétrica, com mais aréola visível acima da boca do bebê) e de sucção adequada (sucção lenta e profunda em períodos de atividade com pausas, nota-se ou escuta-se a deglutição). A técnica de amamentação foi considerada correta quando todos os parâmetros citados anteriormente foram favoráveis.

Foi definido como trauma mamilar a ocorrência de fissura, escoriação, erosão, dilaceração, vesículas,

equimose e eritema na região mamilo-areolar,<sup>8</sup> averiguados no exame das mamas realizado na consulta pediátrica agendada para trinta dias após o parto. Além disso, foi considerado o autorrelato da puérpera a respeito da ocorrência dessas lesões no primeiro mês pós-parto. Como as puérperas que apresentaram lesão nos mamilos nas primeiras 48h após o parto foram excluídas do estudo, no cálculo da incidência do trauma mamilar foram incluídas somente as mulheres que apresentaram novas lesões após a alta hospitalar.

Foram pesquisadas também variáveis sociodemográficas maternas, características relacionadas à gravidez, ao recém-nascido e à amamentação.

Para a construção do banco de dados e realização das análises estatísticas foi utilizado o programa estatístico *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS) versão 10.0. Foram calculadas as frequências absoluta e relativa de todas as variáveis coletadas e comparadas as características dos grupos controle e experimental, bem como calculadas as frequências dos parâmetros desfavoráveis relativos ao posicionamento, pega e sucção observados 30 dias após o parto. Foi comparada a técnica de amamentar entre as duplas dos dois grupos 30 dias após o parto e calculado o número necessário para tratar (NNT), que representa a estimativa do número de indivíduos que devem receber a intervenção para produzir o desfecho positivo. O NNT equivale à recíproca da redução absoluta do risco ou diferença de risco.<sup>25</sup> O teste do qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher foram utilizados, sendo adotado  $p \leq 0,05$  como nível crítico de significância e intervalo de confiança de 95%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CAAE: 39280614.9.0000.0053). Os dados foram coletados mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

## Resultados

Dos 216 binômios mãe/recém-nascido elegíveis para o estudo, 08 (3,7%) não participaram por recusa materna e 28 (13%) foram perdidos ao longo do acompanhamento, o que resultou em 180 binômios assim distribuídos: 90 no grupo controle e 90 no grupo de intervenção. As características das puérperas e dos seus respectivos neonatos se mostraram semelhantes entre os grupos (Tabela 1).

No exame das mamas verificou-se que 72,2% e 81,1% das nutrízes tinham mamilos normais, 26,7% e 16,7% mamilos planos, e 1,1% e 2,2% mamilos malformados, respectivamente, nos grupos experi-

mental e controle. Não houve diferença significativa entre os grupos quanto à presença de mamilos planos ( $p=0,11$ ) e mamilos malformados ( $p=0,63$ ). A ocorrência de ingurgitamento mamário no primeiro mês após o parto também não diferiu entre grupo experimental (3,3%) e controle (2,2%) ( $p=0,66$ ).

Houve maior incidência de técnica de amamentação correta no grupo experimental 64% (57/89) em comparação com o grupo controle 15% (13/86) RR= 4,87 (IC95%=2,93-8,34); NNT= 1,96 (IC95%=1,61-2,72);  $p<0,001$ . O cálculo da redução absoluta do risco (RAR) mostrou que a cada 100 mães expostas ao treinamento realizado, 64 apresentaram técnica correta de amamentação e em 49 delas esse desfecho deveu-se à intervenção (RAR= 49).

Ao comparar as frequências dos parâmetros desfavoráveis à técnica de amamentar, aos 30 dias após o parto, entre o grupo experimental e controle, observou-se melhor qualidade da técnica no grupo experimental, com diferença significativa nos seguintes parâmetros: corpo do bebê distante do corpo mãe; queixo não toca o seio; bebê não está bem apoiado; boca pouco aberta; pega não assimétrica; lábio inferior virado para dentro e presença de apenas sucções rápidas com estalidos (Tabela 2).

Em relação à ocorrência de trauma mamilar 30% e 38,9% das mulheres autorrelataram lesão nos mamilos, respectivamente, nos grupos experimental e controle, não sendo encontrada diferença significativa entre os grupos ( $p=0,21$ ). No que se refere ao tipo de trauma mamilar, a lesão mais frequente foi a fissura, presente em 20% das puérperas do grupo experimental e em 27,8% das puérperas do grupo controle. As demais lesões apresentadas pelas puérperas estão apresentadas na Tabela 3.

## Discussão

A intervenção realizada no atual estudo sobre a técnica de amamentar produziu efeito benéfico, pois reduziu significativamente a frequência dos parâmetros desfavoráveis à qualidade da técnica no grupo experimental. Porém, não teve efeito sobre a incidência de traumas mamilares.

A magnitude entre a exposição e o desfecho técnica de amamentar foi de 4,2, ou seja, a probabilidade das puérperas que não receberam a intervenção apresentar a técnica incorreta foi 4,2 vezes maior quando comparadas ao grupo experimental. O valor de NNT=1,96 ( $p<0,001$ ) indicou que para cada duas puérperas, aproximadamente, submetidas às medidas de intervenção, um caso de técnica incorreta de

amamentar pode ser prevenido. Este parâmetro que ajuda os profissionais de saúde no processo de pesar os riscos e benefícios de uma determinada medida terapêutica indicou que a instituição de medidas de intervenção na técnica de amamentar produz um impacto positivo em sua qualidade.

Notou-se melhora da técnica de amamentar no grupo experimental em quase todos os parâmetros de posicionamento e pega. Outros estudos de intervenção também verificaram melhora da técnica de amamentar. Em estudo realizado na Austrália, as mulheres do grupo experimental apresentaram escores melhores com relação ao posicionamento e pega do recém-nascido durante a mamada.<sup>23</sup> Outra intervenção bem-sucedida foi realizada no Reino Unido, na qual foram avaliadas 395 duplas mães/recém-nascidos quanto à técnica de amamentação, durante a internação após o parto; os autores verificaram que após a intervenção, 56% das nutrízes apresentaram técnica adequada.<sup>26</sup> Valor superior (64% no grupo experimental contra 15% no grupo controle) foi encontrado no atual estudo.

Diferentemente, em outro estudo de intervenção verificou-se que não houve diferença significativa quando comparadas as médias do número de parâmetros desfavoráveis à amamentação entre os grupos experimental e controle, tanto na maternidade, quanto aos 30 dias após o parto.<sup>21</sup> A diferença entre a referida intervenção e a do presente estudo foi a utilização de um vídeo como recurso audiovisual para demonstração da técnica de amamentar.

A intervenção do atual estudo também se diferenciou da que é habitualmente realizada pelo hospital onde o estudo foi conduzido no que se refere à utilização de recurso audiovisual e uso de instrumentos como seio cabaia e boneca para demonstração individual da técnica correta de amamentar, medidas que parecem ter contribuído para um efeito positivo. E, por serem ferramentas de fácil acesso e aplicação podem ser incorporadas às rotinas hospitalares, sobretudo no que diz respeito às orientações realizadas de modo individualizado, face-a-face, por serem mais efetivas<sup>27</sup> do que as realizadas em grupo.

Chamou a atenção no presente estudo a proporção de 47,8% do parâmetro “pega não assimétrica” no grupo controle aos 30 dias em relação ao grupo experimental, no qual a proporção foi de 14,6%, sendo este o parâmetro que sofreu maior impacto com a intervenção. De modo semelhante, em outro estudo de intervenção, aos trinta dias de vida houve melhora significativa ( $p<0,001$ ) desse item.<sup>21</sup>

Tabela 1

Características das 180 duplas mães e recém-nascidos incluídas no estudo, Feira de Santana/BA, 2015.

Características das duplas mães-RNs*	Grupo Experimental		Grupo Controle		p
	n	%	n	%	
<b>Características das puérperas</b>					
Mães com idade ≥ 20 anos	62	68,9	66	73,3	0,51
Sobrepeso e/ou obesidade***	46	68,7	38	52,0	0,20
Mãe com > 9 anos de estudo	50	55,6	49	54,4	0,88
Mãe de cor parda	51	56,7	55	61,1	0,48
Coabitação do casal	79	87,8	74	82,2	0,29
Renda > 1 salário mínimo	31	41,9	39	48,8	0,39
Tabagismo	3	3,3	2	2,2	0,65
Trauma mamilar em gravidez anterior	23	48,9	34	65,4	0,09
Parto vaginal	60	66,7	50	55,6	0,12
Primiparidade	43	47,8	38	42,2	0,45
Pré-natal com ≥ 6 consultas	59	67,0	52	57,8	0,23
Orientação sobre a técnica de amamentação no pré-natal	28	31,8	39	43,3	0,12
Orientação sobre a importância da amamentação no pré-natal	41	47,8	50	56,2	0,11
Participação em curso pré-natal	8	8,9	9	10,0	0,39
Participação em curso de amamentação	5	5,7	12	13,3	0,12
1º filho amamentado até 1 ano****	17	37,8	25	48,1	0,30
Média do tempo de amamentação dos filhos anteriores*****					
≥ 6 meses	38	84,4	42	80,8	0,63
Banho de sol nos mamilos antes do parto	31	34,4	18	20,0	0,14
Uso de creme nos mamilos antes do parto	18	20,0	10	11,1	0,14
<b>Característica dos mamilos</b>					
Mamilos normais	65	72,2	73	81,1	0,57
Ingurgitamento mamário na maternidade	3	3,3	2	2,2	0,66
<b>Características dos RNs</b>					
RN do sexo feminino	49	54,4	50	55,6	0,88
Peso de nascimento do RN < 2500g	3	3,3	8	8,9	0,11
Uso de chupeta na maternidade	4	4,4	5	5,6	0,73
RN recebeu complemento na maternidade	3	3,4	2	2,2	0,64
RN mamou na 1ª hora após o parto	30	33,3	21	23,3	0,14

\* RN = recém-nascido; \*\*Teste do qui quadrado de Pearson e teste de Fisher; \*\*\* Consideradas as mães que informaram peso e altura: 67 do grupo experimental e 73 do grupo controle; \*\*\*\* Consideradas as mães que já tiveram filhos: 87 do grupo experimental e 82 do grupo controle; \*\*\*\*\* Consideradas as mães cujo primeiro filho tinha idade de um ano ou mais: 45 do grupo experimental e 52 do grupo controle.

Tabela 2

Frequência dos parâmetros desfavoráveis relativos ao posicionamento, pega e sucção nos grupos experimental e controle 30 dias após o parto. Feira de Santana (BA), 2015.

Variáveis	Grupo Experimental		Grupo Controle		RR	IC95%	p
	n	%	n	%			
Parâmetros da técnica de amamentar							
Posicionamento mãe/bebê							
Bebê distante da mãe	7	7,9	27	30,7	3,9	1,79-8,49	<0,001
Cabeça e tronco não alinhados	6	6,7	13	14,9	2,22	0,88-5,57	0,15
Bebê não está bem apoiado (somente ombro ou cabeça apoiado)	2	2,2	21	23,9	10,6	2,57-43,94	<0,001
Pega do bebê							
Boca pouco aberta	7	7,8	20	22,7	2,89	1,29-6,49	<0,001
Queixo não toca o seio	3	3,4	28	31,8	9,44	2,98-29,92	<0,001
Pega não assimétrica (não foi notado mais aréola visível acima da boca do bebê)	13	14,6	43	49,4	2,88	1,65-5,03	<0,001
Lábio inferior virado para dentro	13	14,6	37	42,0	2,9	1,65-5,03	<0,001
Sucção							
Apenas sugadas rápidas com estalidos	-	-	9	10,3	-	-	<0,001
Ouvem-se estalos dos lábios, mas não a deglutição	2	2,2	7	8,0	3,88	0,76-16,76	0,15

\*Teste do qui quadrado e Teste de Fisher.

Tabela 3

Frequência dos traumas mamilares observados nos grupos experimental e controle 30 dias após o parto. Feira de Santana (BA), 2015.

Variáveis	Grupo Experimental		Grupo Controle		RR	IC95%
	n	%	n	%		
Traumas mamilares						
Fissura	18	20,0	25	27,8	1,39	0,82-2,36
Escoriação	5	5,6	2	2,2	0,4	0,08-2,0
Eritema	3	3,3	4	4,4	1,33	0,31-5,8
Equimose	-	-	1	1,1	-	-
Dilaceração	-	-	1	1,1	-	-
Fissura e eritema	1	1,1	1	1,1	-	-
Escoriação e eritema	-	-	1	1,1	-	-

A técnica adequada para amamentar tem sido descrita como uma importante medida de prevenção contra os traumas mamilares.<sup>3,19,20,26</sup> Entretanto, no atual estudo, a intervenção direcionada especificamente para a técnica de amamentar não reduziu significativamente a ocorrência do trauma mamilar. O mesmo ocorreu em outros três estudos de intervenção.<sup>20,21,28</sup>

Em um estudo realizado na Austrália,<sup>20</sup> no qual as puérperas receberam orientação individual sobre posicionamento e pega 24 horas após o parto, não foram encontradas diferenças significantes na incidência do trauma mamilar entre o grupo experimental (17%) e o controle (20%). No estudo conduzido na Inglaterra<sup>28</sup> a intervenção consistiu de uma interferência realizada por parteira qualificada, que abordou o posicionamento e a pega durante a mamada. Não houve diferenças significantes na incidência de problemas com a amamentação, pois 30,3% e 37,8% apresentaram mamilos doloridos ou com fissura, respectivamente, no grupo experimental e controle. O terceiro estudo foi realizado no Brasil,<sup>21</sup> e nesse, as puérperas foram orientadas na maternidade quanto à técnica de amamentação, com ênfase nos aspectos relacionados ao posicionamento e à pega correta durante a mamada e ensinamento de ordenha manual. Notou-se que a incidência de trauma mamilar no grupo de mães que recebeu a intervenção (43,2%) foi semelhante à do grupo controle (48,9%), quando avaliadas com 7 dias. Aos 30 dias também não foi encontrada diferença na incidência do trauma nos dois grupos: 8,5% e 9,1%, respectivamente, nos grupos experimental e controle.

O presente estudo assemelha-se aos três mencionados anteriormente, no que se refere ao fato da intervenção ter sido realizada em um único momento. Por outro lado, outras intervenções foram bem-sucedidas. Em estudo realizado na Austrália, no qual a intervenção consistia de uma sessão de orientação sobre técnica de amamentar, as mulheres que receberam a intervenção apresentaram escores melhores quando avaliado o posicionamento e a pega do recém-nascido durante a mamada, e menor incidência de trauma mamilar, sendo 53% no grupo experimental contra 100% no controle.<sup>19</sup> Vale ressaltar que tal intervenção foi realizada com gestantes nulíparas, no final da gestação (36 semanas), característica que pode ter contribuído para o sucesso da intervenção, pois as singularidades dos primeiros dias após o parto podem comprometer a assimilação de orientações fornecidas neste período.

No atual estudo, outros fatores além da técnica de amamentar e dos pesquisados podem ter incidido de modo diferente no grupo experimental e controle e ter contribuído para os resultados encontrados, a exemplo de disfunções orais na criança, freio de língua excessivamente curto, sucção não nutritiva prolongada, uso impróprio de bombas de extração de leite ou uso de protetores de mamilo, dentre outros.<sup>29,30</sup>

Na busca da compreensão dos resultados encontrados é pertinente também destacar algumas limitações metodológicas deste estudo, a exemplo de viés de informação, pois o exame das mamas só foi realizado na maternidade e 30 dias após a intervenção, sendo necessário considerar a limitação materna quanto à identificação do trauma mamilar. As nutrízes podem ter deixado de relatar alguma lesão nos mamilos ocorrida nesse período por não terem uma boa visualização do próprio mamilo ou por não estarem capacitadas para tal, apesar deste método de avaliação poder auxiliar na vigilância desse agravo. Outra limitação do estudo foi o fato das avaliadoras terem conhecimento de qual grupo pertenciam as puéperas.

A intervenção sobre o posicionamento e pega realizada na maternidade causou impacto positivo na qualidade da técnica de amamentar, fato que fortalece o conhecimento estabelecido de que a instituição de medidas de intervenção pode facilitar a prática da amamentação. Assim, é fundamental a assistência à puérpera antes da alta hospitalar, com observação da mamada e demonstração da técnica correta de amamentar. Para tanto, é necessária a atuação de uma equipe treinada, com conhecimento suficiente para intervir precocemente aos primeiros sinais de posicionamento e pega inadequados, importante medida para assegurar uma amamentação bem-sucedida.

Contraditoriamente, a intervenção não preveniu a ocorrência de lesões nos mamilos, o que sugere que uma intervenção realizada em um único momento não é suficiente para prevenir os traumas mamilares. Ademais, outros fatores além da técnica de amamentar podem ter contribuído com os resultados encontrados.

### Contribuição dos autores

Morais TCEV participou do conceito e desenho do estudo, aquisição e análise dos dados. Souza TO participou do conceito e desenho do estudo, aquisição e análise dos dados. Jesus GM e



Bessa Júnior J participaram da análise dos dados. Vieira GO participou do conceito e desenho do estudo e análise dos dados. Todos os autores participaram da interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito.

## Referências

- Kramer M, Kakuma R. Optimal duration of exclusive-breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 8: CD003517.
- Ahluwalia I, Morrow B, Hsia J. Why do women stop breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics.* 2005;116 (6): 1408-12.
- Kent JC, Ashton E, Hardwick CM, Rowan MK, Chia ES, Fairclough KA, Menon LL, Scott C, Mather-McCaw G, Navarro K, Geddes DT. Nipple Pain in Breastfeeding Mothers: Incidence, Causes and Treatments. *Int J Environ Res Public Health.* 2015; 12 (10): 12247-63.
- World Health Organization (WHO). Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva; 2009.
- Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrao ACFV. A posição de amamentar determina o aparecimento do trauma mamilar? *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43 (2): 446-52.
- Vieira GO, Martins C, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. *J Pediatr (Rio J).* 2010;86 (5): 441-4.
- Oliveira CNT, Oliveira MV. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados ao desmame precoce no município de Vitória da Conquista-BA. *C&D-Rev Eletr Fainor, Vitória da Conquista.* 2012; 5(1): 160-74.
- Vinha VHP. Traumas Mamilares (ferimentos): prevenção e cuidados. In: Vinha VHP. *Olivro da amamentação.* São Paulo: C LR Balieiro; 1999. p.45-54.
- Thompson R, Kruske S, Barclay L, Linden K, Gao Y, Kildea S. Potential predictors of nipple trauma from an in-home breastfeeding programme: a cross-sectional study. *Women Birth.* 2016; 29 (4): 336-44.
- Centuori S, Burmaz T, Ronfani L, Fragiaco M, Quintero S, Pavan C, Davanzo R, Cattaneo A. Nipple care, sore nipples and breastfeeding: a randomized trial. *J Hum Lact.* 1999; 15 (2): 125-30.
- Weigert EML, Giugliani ERJ, França MCT, Oliveira LD, Bonilha A, Espírito Santo LC 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.
- Santos KJS, Santana GS, Vieira TO, Santos CAST, Giugliani ERJ, Vieira GO. Prevalence and factors associated with cracked nipples in the first month postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016; 16: 209.
- Cullinane M, Amir LH, Donath SM, Garland SM, Tabrizi SN, Payne MS, Bennett CM. Determinants of mastitis in women in the CASTLE study: a cohort study. *BMC Fam Pract.* 2015; 16 (1): 181.
- Dias JS, Vieira TO, Vieira GO. Fatores associados ao trauma mamilar no período lactacional: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2017; 17 (1): 27-42.
- Goyal C, Banginwar AS, Ziyu F, Toweir AA. Breastfeeding practices: Positioning, attachment (latch-on) and effective suckling – A hospital-based study in Libya. *J Family Community Med.* 2011; 18 (2): 74-9.
- Vieira F, Bachion MM, Mota DD, Munari DB. A systematic review of the interventions for nipple trauma in breastfeeding mothers. *J Nurs Scholarsh.* 2013; 45 (2): 116-25.
- Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 12: 1-72.
- Shimoda G, Aragaki I, Sousa C, Silva I. Associação entre persistência de lesão de mamilos e condições de aleitamento materno. *Rev Min Enferm.* 2014; 18 (1): 68-74.
- Duffy EP, Percival P, Kershaw E. Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breastfeeding rates. *Midwifery.* 1997;13 (4): 189-96.
- Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. *Birth.* 2001; 28 (4): 236-42.
- Oliveira LD, Giugliani ER, Espírito Santo LC do, Cavalheiro M, França T, Weigert EML. Effect of Intervention to Improve Breastfeeding Technique on the Frequency of Exclusive Breastfeeding and Lactation-Related Problems. *J Hum Lact.* 2006;22 (3): 315-21.
- Santos KJS. Fatores associados à mastite lactacional e trauma mamilar [dissertação]. Feira de Santana: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana; 2013.
- WHO (World Health Organization). Positioning a baby at the breast. In: WHO. *Integrated Infant Feeding Counselling: a Training Course. Trainer's Guide;* 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Sociedade Brasileira de Pediatria. *Amamentação: muito mais do que alimentar a criança.* [S.l.: s.n., 2010]. 1 DVD (22 min), color. Em português e espanhol.
- Oliveira Filho PF de. *Epidemiologia e bioestatística: fundamentos para a leitura crítica.* 1 Ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2015.

26. Ingran J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning and support fathers and families. *Midwifery*. 2002; 18: 87-101.
27. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray S. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 2: CD001141.
28. Wallace LM, Dunn OM, Alder EM, Inch S, Hills RK, Law SM. A randomised-controlled trial in England of a postnatal midwifery intervention on breastfeeding duration. *Midwifery*. 2006; 22: 262-73.
29. Biancuzzo M. Maternal physical assessment and counseling. In: Biancuzzo M. *Breastfeeding the newborn*. St. Louis: Mosby. 1999; p. 226-304.
30. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde criança: nutrição infantil/ Aleitamento materno e alimentação complementar*. Brasília, DF; 2009.

---

Recebido em 3 de Setembro de 2019

Versão final apresentada em 9 de Fevereiro de 2020

Aprovado em 27 de Março de 2020