

**INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA EM MAMILOS DE PUÉRPERAS EM  
AMAMENTAÇÃO  
PIVIC 2010/2011**

Aluna: Taísa Cristina Barcelos Andrade – taisacba@gmail.com<sup>1</sup>

Gisele Batista de Oliveira – gis.b.oliveira@gmail.com<sup>2</sup>

Orientadora: Flaviana Vieira- flavianamori@gmail.com<sup>3</sup>

Faculdade de Enfermagem - UFG - CEP: 74605-080 - Rua 227 Qd 68, S/N - Setor Leste  
Universitário - Goiânia - Goiás – Brasil. <http://www.fen.ufg.br/>

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Aleitamento Materno, Lesões, Mamilo.

## 1 INTRODUÇÃO

Puerpério, sobreparto ou período pós-parto é o período em que as modificações locais e sistêmicas provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam ao estado pré-gravídico (ZUGAIB, 2008).

O conhecimento sobre a mudança fisiológica que ocorre no organismo da mulher durante o puerpério é primordial no direcionamento da assistência prestada a puérpera, uma vez que a evolução desse período é experimentada de diferentes formas por cada puérpera, onde concomitante ao exercício da maternidade a mulher passa por profundas modificações tanto genitais, gerais como psíquicas (BRASIL, 2005).

Entre as principais áreas no organismo da puérpera que sofrem alterações anatômicas e fisiológicas durante a gravidez e puerpério, estão as mamas, por isso a importância de que o profissional que está em contato com essa mulher, tenha conhecimento a respeito das modificações que vão ocorrer nessa fase, para analisar cuidadosa e detalhadamente o tamanho, a forma, consistência, dessas mamas, presença de nódulos, e/ou malformações em mamilos e aréolas (CARVALHO,2005) e com isso prestar uma assistência de qualidade e resolutiva.

---

*Revisado pela orientadora.*

<sup>1</sup> Aluna do Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica da Universidade Federal de Goiás. Membro do Grupo de Estudo em Saúde da Mulher do Adolescente e da Criança (GESMAC).

<sup>2</sup> Aluna de Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

<sup>3</sup> Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Enfermeira Obstetra. Pesquisadora do GESMAC e membro no NUTADIES.

A estrutura glandular da mama feminina adulta é composta por 15 a 20 lobos que se subdividem em diversos lóbulos que, por sua vez são compostos de 10 a 100 alvéolos, e está localizada principalmente na região central e superior dessa mama. O quadro responsável pelo crescimento da mama durante a gravidez é dado por aumento expressivo dos lóbulos com proliferação de ductos e alvéolos mamários, sendo estes preenchidos por colostro quando o parto se aproxima. Ocorre ainda aumento significativo do fluxo sanguíneo, havendo maior retenção de água e eletrólitos no interstício, hipertrofia das células mioepiteliais e do tecido conjuntivo, associado à maior depósito de gorduras (ZUGAIB, 2008).

Após o parto ocorre secreção do hormônio prolactina, que desencadeia uma nova proliferação e reorganização de células alveolares para início e manutenção da síntese láctea na amamentação. A inervação do mamilo e da aréola é abundante e quando estimulados pela sucção do recém-nato o processo secretório de leite materno é ativado (ACCIOLY, 2009).

O leite materno é fonte de proteção contra infecções para as crianças que são amamentadas exclusivamente até os seis meses, pois o efeito protetor do mesmo contra diarreias e doenças respiratórias, diminui substancialmente quando a criança recebe qualquer outro tipo de alimento, incluindo chás e água (CARVALHO, 2005).

O aleitamento materno além de prazeroso para mãe e criança, foi um dos fatores determinantes para a sobrevivência da espécie, mas eventos como os traumas mamilares tem se tornado um problema comum durante a amamentação e pode levar ao desmame precoce (GIUGLIANE, 2003), além de contribuir para a dor sentida durante a amamentação.

No início da amamentação, a maioria das mulheres podem sentir uma dor discreta e/ou desconforto no início das mamadas, o que pode ser considerado normal. O trauma mamilar pode ser definido como uma lesão visível macroscopicamente no tegumento da região da aréola e mamilo, na forma de fissura, erosão ou ulcerações da pele, ou evidência clínica de eritema, edema, bolhas, "marcas" brancas, amarelas ou escuras e equimoses (WOCKEL; SCHUMANN; ABOU-DAKN, 2004; GIUGLIANI, 2004).

Segundo a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I) (2010), essa alteração no tecido mamilar corresponde ao Diagnóstico de Enfermagem (DE): Integridade da pele e tissular prejudicada, que pode ser definido por "Epiderme e/ou derme alterados".

O período de ocorrência destes traumas geralmente é na primeira semana de puerpério, emergentes, em média, no segundo dia. (COCA et al., 2009).

O trauma mamilar é uma intercorrência cuja incidência pode variar de 29% a 76% nas puérperas, interferindo negativamente no sucesso da amamentação, como o desmame da criança antes de 6 meses de vida (WEIGERT, 2005; CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007; FRANÇA et al., 2008).

É papel da enfermagem, orientar esta puérpera em todos os períodos de pós-parto em especial no imediato, fase em que é iniciada a amamentação, assim favorecendo a redução dos fatores de risco que surgem e contribuem para o desmame precoce (SILVA, 2009), como o trauma mamilar.

Nesse sentido, uma assistência planejada, com o levantamento de dados e a identificação das respostas a problemas de forma individualizada, considerando todo o contexto em que esta mulher está inserida, é fundamental na fase puerperal (VIEIRA et al, 2010).

De acordo com Abrão (1997) e Vieira et al (2010), a aplicação dos diagnósticos não pode ser uma fase isolada da assistência de enfermagem, eles devem ser utilizados como objetos de direcionamento das ações de enfermagem no período de pós-parto e para representar as respostas das puérperas diante dessa fase, para efetivas intervenções e resoluções dos problemas relacionados à amamentação, além de padronizar a linguagem de enfermagem neste processo de vida.

A aplicação do DE, enquanto um processo de julgamento clínico, utilizado no período de pós-parto pode representar as respostas das puérperas diante desta fase e com isso padronizar a linguagem da enfermagem também neste processo de vida, favorecendo a elaboração de intervenções focadas nas reais necessidades da puérpera e qualificando o cuidado dispensado às mesmas.

Reconhecer o que caracteriza esse trauma e a que ele está relacionado, é importante para que possamos utilizar os DE integridade da pele prejudicada e integridade tissular prejudicada como definidores do mesmo e assim, direcionar e padronizar a assistência prestada, traçando intervenções/ cuidados de enfermagem para prevenir e/ou tratar o trauma e com isso colaborar na redução do desmame precoce.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Analisar o diagnóstico de enfermagem integridade da pele prejudicada em mamilos de puérperas em amamentação.

## 2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar as puérperas com trauma mamilar em amamentação quanto a: idade, cor autorreferida, escolaridade, renda, moradia, estado civil, paridade, número de gestações, número de consultas de pré-natal, tipo de parto.

Avaliar a mamada das puérperas com trauma mamilar.

Descrever os fatores relacionados e características definidoras do diagnóstico de enfermagem integridade da pele prejudicada em mamilos de puérperas em amamentação.

## 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo transversal, de abordagem quantitativa, envolvendo 28 puérperas, selecionadas em uma Maternidade pública localizada no município de Goiânia – GO, inserida no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). A maternidade atende mulheres no ciclo gravídico-puerperal de baixo risco, tem como estratégia a Humanização da Assistência ao Parto, e, é certificada como Hospital Amigo da Criança desde 2001.

A amostra foi selecionada no período de maio e junho de 2011, tendo como critérios de inclusão: estar internada na Maternidade até 72 horas de pós-parto; estar em amamentação exclusiva; apresentar algum tipo de dor e/ou trauma mamilar; recém-nascido estar em condições de ser amamentado, isto é, sem anomalias; recém-nascido com idade gestacional superior a 34 semanas. Independente do estado civil, da renda familiar, da escolaridade, do tipo de parto e paridade.

Os critérios de exclusão foram: ter idade menor que 18 anos; apresentar algum transtorno cognitivo e psiquiátrico no momento da pesquisa que comprometa a capacidade de raciocínio e comunicação com as pesquisadoras.

Durante o período da pesquisa, entre maio e junho de 2011, 43 puérperas foram avaliadas na Maternidade, sendo que destas 28 (65,1%) desenvolveram o trauma mamilar e foram incluídas.

A coleta de dados foi realizada por meio de roteiro estruturado, e registro fotográfico das mamas, para avaliação da pele da região areolomamilar.

O roteiro foi composto por dados sociodemográficos, dados obstétricos, avaliação da mamada, avaliação da estrutura da região areolomamilar e avaliação da dor na amamentação.

A entrevista com cada puérpera tinha em média 30 minutos de duração, sempre visando o cuidado de preservar a privacidade e o bem estar da puérpera e do bebê.

Após identificação dos dados sociodemográficos e obstétricos era feita avaliação da região areolomamilar com uma lupa para identificação de alterações da pele (eritema, sangramento, crostas, descamação/escoriação, vesícula, fissura).

Na avaliação da mamada foi adaptado o formulário utilizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (2009) e o utilizado por Carvalhaes e Corrêa (2003). Os parâmetros avaliados neste formulário são referentes a comportamentos favoráveis e comportamentos indicativos de dificuldade na mamada, sendo observados os seguintes itens: geral da mãe e do bebê; posição da puérpera e do bebê; anatomia da mama; preensão da região areolomamilar pelo bebê; sucção do bebê; vínculo afetivo. A classificação dos escores empregados de acordo com cada critério avaliado nos comportamentos indicativos de dificuldade na mamada foi adaptada do trabalho de Carvalhaes e Corrêa (2003) (Tabela 1).

Tabela 1: Classificação dos escores empregados na avaliação da mamada de acordo com cada critério avaliado nos comportamentos indicativos de dificuldade.

Aspectos avaliados	Nº de comportamentos negativos investigados	Comportamentos negativos avaliados / Escores		
		Bom	Regular	Ruim
Geral	4	0	1	2 – 4
Posição	4	0	1	2 – 4
Anatomia da mama	4	0	1	2 – 4
Pega	5	0 – 1	2	3 – 4
Sucção	5	0 – 1	2	3 – 4
Vínculo afetivo	3	0	1	2 – 3

Na avaliação da dor nas mamas durante as mamadas foi utilizada escala de intensidade numérica (NRS) com valor de 0 a 10, descrição do tipo de dor e localização.

Esta pesquisa faz parte do projeto de Doutorado do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (Protocolo nº 055/2011).

A coleta de dados junto às puérperas foi iniciada somente após ter sido lido, assinado e esclarecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme prevê a Resolução 196/96 do CNS, que visa assegurar os direitos do sujeito em participar da pesquisa sem causar danos ou prejuízos, proporcionando ao sujeito da pesquisa autonomia diante do estudo, confidencialidade nos dados bem como respeito à sua dignidade. O anonimato das participantes será garantido para tal, substituiremos o nome dos mesmos por números arábicos.

Em função da responsabilidade social dos pesquisadores, após a coleta de dados, eram oferecidas orientações relacionadas à amamentação (importância e fisiologia da amamentação, correção da posição da mãe e do bebê, correção da preensão da região areolomamilar pelo bebê); prevenção do ingurgitamento mamário pela ordenha manual; aplicação do próprio leite materno na região da lesão estendendo para toda região areolomamilar; evitar uso de sabão e bucha vegetal nas mamas. Todas as orientações foram seguidas conforme prevê o Ministério da Saúde (2009) e a Maternidade.

A análise de dados foi realizada mediante frequência simples e percentual dos fatores relacionados e características definidoras do diagnóstico integridade da pele prejudicada da Taxonomia II da NANDA (2010).

Foi elaborado um banco de dados no software *Statistical Package of Social Sciences for Windows*®, versão 19.0, o qual permitiu a realização dos testes estatísticos.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Caracterização das puérperas

Os dados sociodemográficos estão apresentados na Tabela 2.

Houve predomínio da faixa etária dos 18 aos 25 anos (60,7%). A cor autorreferida foi parda (64,3%). A maioria das puérperas residia com o companheiro (82,2%)

Em relação ao nível de instrução 75% apresentaram escolaridade superior ao fundamental completo.

Quanto à moradia, 42,9% dispunham de casa própria, 46,4% tinham moradia alugada. A renda familiar predominante foi acima de 3 salários mínimos (60,8%), e o número de pessoas residentes no domicílio era composto de 3 a 4 moradores (75%), sendo constituída, geralmente, pela puérpera, seu companheiro e um ou dois filhos.

Tabela 2. Distribuição de puérperas (N=28) conforme as características sociodemográficas. Goiânia-GO. Maio/Jun. 2011.

<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Idade	18-25	17	60,7
	26-30	9	32,1
	31-35	2	7,1
Cor autorreferida	Branca	7	25,0
	Parda	18	64,3
	Negra	3	10,7
Estado civil	Casada	15	53,6
	União estável	8	28,6
	Solteira	5	17,9
Escolaridade	Fundamental incompleto	5	17,9
	Fundamental completo	2	7,1
	Médio incompleto	9	32,1
	Médio completo	11	39,3
	Superior completo	1	3,6
Tipo de moradia	Própria	12	42,9
	Alugada	13	46,4
	Cedida	3	10,7
Número de moradores	3 a 4	21	75,0
	5 a 6	5	17,9
	7 a 8	2	7,1
Renda Familiar em salários mínimos	Até 1	1	3,6
	1 a 2	10	35,7
	3 a 4	12	42,9
	5 ou mais	5	17,9

Na caracterização obstétrica 67,9% tiveram parto normal, 50,0% das puérperas estavam entre 24 e 48 horas de pós-parto e somente 39,3% eram primíparas (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição de puérperas (N=28) em relação às características obstétricas. Goiânia-GO. Maio/Jun. 2011.

<b>CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Tipo de parto	Normal	19	67,9
	Cesáreo	09	32,1
Paridade	01	11	39,3
	02 ou mais	17	60,7
Número de Consultas de Pré-natal	Até 6	3	10,7
	Acima de 6	25	89,3

Durante o pré-natal, 57,1% das puérperas referiram não ter recebido algum tipo de orientação relacionada à amamentação. A outra parte (42,9%) afirmou ter recebido orientações pela equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, nutricionistas e agente comunitário de saúde) durante as consultas ou grupos educativos de gestante (21,4%).

Ao se referir ao pré-natal vale destacar que 35,7% fizeram uso de bucha vegetal durante a gestação como preparo das mamas.

Na Maternidade, durante o período de internação, as puérperas receberam informações referentes à amamentação pela equipe multiprofissional do Banco de Leite Humano (60,7%), enfermeiros (28,6%) médicos e (7,1%). Somente uma referiu não ter recebido esta informação (3,6%).

Dos cuidados com as mamas no pós-parto, 14,3% utilizou calor úmido nas mamas (água quente do chuveiro, compressas ou bolsas de água quentes); nenhuma utilizou gelo nas mamas; sobre o uso do sutiã somente 39,3% fazia uso do mesmo.

Em relação aos dados do bebê, a idade gestacional o nascimento foi predominantemente a termo (89,3%) (acima de 37 semanas), com peso ao nascer adequado (92,9%) (entre 2,5 a 4 kg), Apgar no 5º minuto acima do índice 8 (92,9%), sendo o sexo 50,0% masculino e 50,0% feminino.

A primeira mamada aconteceu predominantemente (60,7%) após a 1ª hora de pós parto, entre 31 minutos e 1 horas em 17,9% e nos primeiros 30 minutos após o parto em 21,4% .

#### 4.2 Diagnóstico de Enfermagem

O Diagnóstico de Enfermagem da Taxonomia II da NANDA I (2010) analisado foi: Integridade da pele prejudicada (Tabela 4). Este diagnóstico foi considerado o diagnóstico que melhor abrange o trauma mamilar.

Tabela 4. Fatores relacionados e características definidoras do diagnóstico Integridade da pele prejudicada em puérperas (N=28). Goiânia-GO. Maio/Jun. 2011.

		<i>f</i>	<i>%</i>
<b>Fatores relacionados</b> (Externos)	Fatores mecânicos	24	-
	Substância química	13	46,4
	Pele úmida	2	7,1
	Umidade	2	7,1
<b>Fatores relacionados</b> (Internos)	Mudança na pigmentação	16	57,1
	Fatores de desenvolvimento ( <i>tipo de mamilo</i> )	2	7,2
<b>Características definidoras</b>	Destruição de camadas da pele	28	100,0
	Rompimento da superfície da pele	22	78,6

Os fatores mecânicos, como fatores relacionados externos, foram determinados pela observação da mamada no critério de comportamento de dificuldade na pega com escore ruim



e regular (50,0%), sucção ineficiente com escore ruim e regular (21,5%) (Tabela 5); e, o uso de bucha vegetal como cuidado com as mamas durante o pré-natal (35,7%). Como esses determinantes apareceram concomitantes em vários casos da dupla puérpera/bebê a porcentagem da frequência não foi calculada.

No fator relacionado substâncias químicas foi evidenciado os seguintes produtos: sabonete para higienização da região areolomamilar mais que uma vez ao dia (35,7%); hidratante/óleo nas mamas (10,7%).

Nos fatores de desenvolvimento foram considerados os tipos de mamilo, invertido ou pseudo-invertido (7,2%). A maioria das puérperas não apresentou este fator relacionado, sendo 92,8% com mamilos protusos ou semi-protusos. Entretanto, outras modificações da mama, embora não sejam fatores de desenvolvimento, estiveram presentes em 82,1% das puérperas com trauma mamilar (Tabela 5).

Tabela 5: Classificação dos escores empregados na avaliação da mamada de acordo com cada critério avaliado nos comportamentos indicativos de dificuldade em puérperas (N=28). Goiânia-GO. Maio/Jun. 2011.

Aspectos avaliados	Comportamentos negativos avaliados					
	Bom		Regular		Ruim	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Geral	24	85,7	3	10,7	1	3,6
Posição	18	64,3	3	10,7	7	25,0
Anatomia da mama	5	17,9	4	14,3	19	67,9
Pega	14	50,0	6	21,4	8	28,6
Sucção	22	78,6	5	17,9	1	3,6
Vínculo afetivo	24	85,7	1	3,6	3	10,7

A característica definidora destruição de camadas da pele foi definida pela presença de trauma mamilar, sendo a característica da pele em: eritema associado à descamação/escoriação (35,7%); eritema (17,9%); vesículas associada à descamação/escoriação e crostas (14,3%); descamação/escoriação (14,3%); fissuras (10,7%) e crostas (7,1%). Todos os traumas foram superficiais (Figura1). A maioria das puérperas (60,7%) apresentou mais de um tipo de trauma nos mamilos.

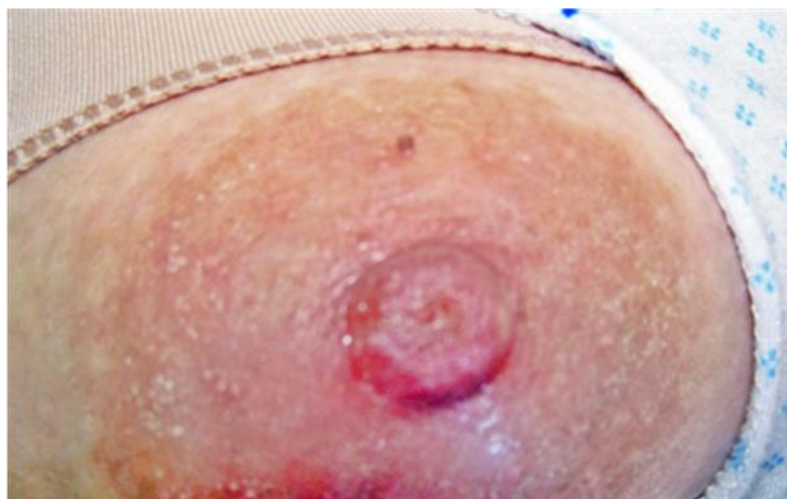


Figura 1: Trauma mamilar

Todas as puérperas apresentaram dor nas mamadas. Especificaram como localização da dor: mamilo direito (14,3%); mamilo esquerdo (7,1%); bilateral (60,7%); mamilos e aréolas (17,9%). Referiram o tipo de dor: queimação (42,9%); queimação e repuxante (14,3%); rachando (10,7%); queimação e ardor (10,7); ardor (7,1%); agulhada (7,1%); latejante (3,6%); repuxante (3,6%).

Na escala NRS 46,9% das puérperas referiram dor intensa; 39,3% como dor moderada e, 14,3% consideraram como dor leve. Das puérperas, 96,4% não interromperam a mamada devido à dor e desconfortos sentidos.

A experiência prévia com a amamentação foi em 50% das puérperas, sendo que destas, 42,8% tiveram o trauma mamilar; 21,4% apresentaram outros problemas com a amamentação, como a mastite e o ingurgitamento; e, somente 28,5% relataram nenhuma dificuldade na amamentação.

O desejo em amamentar exclusivamente seus bebês esteve presente em 92,9% das puérperas, no período acima de 6 meses em 53,6%; de 4 a 6 meses em 39,3% e até 4 meses em 3,6%. Somente duas puérperas (7,1%) relataram desejo de interromper a amamentação devido à intensidade da dor e desconforto provocado pelo trauma mamilar.

## 5 DISCUSSÃO

As puérperas podem ser caracterizadas como jovens, pardas, que vivem com seus companheiros, tem boa renda familiar, com moradia própria ou alugada e boa escolaridade.

A presença do companheiro é considerada fator de proteção tanto para o trauma mamilar quanto para a amamentação exclusiva (Coca et al, 2009).

As puérperas, na maioria, tiveram parto normal, porém, por se tratar de uma Maternidade que atende mulheres do ciclo gravídico de baixo risco e ter como estratégia a Humanização da Assistência ao Parto os índices de parto cesáreo encontrados precisam de redução. A Organização Mundial da Saúde (OMS) baseada no preceito de que apenas 15 % do total de partos apresentam indicação de cesariana, preconiza como ideal uma taxa de 10 a 15 % para realização desse tipo de parto (WHO, 1996).

O parto cesáreo pode interferir negativamente na amamentação, por se tratar de um procedimento cirúrgico, ele dificulta o posicionamento correto da mãe e do bebê para a mamada, uma das causas para a integridade da pele prejudicada na região areolomamilar (CARVALHAES; CORRÊA, 2003; COCA et al, 2009). Além da recuperação do pós-anestésico (dor e a sonolência) interferir na resposta da puérpera à demanda do bebê, o que pode comprometer a confiança da puérpera com a amamentação.

Estudiosos evidenciaram que a primiparidade é fator de risco para o trauma mamilar trauma devido à inexperiência com a amamentação (COCA et al, 2009). Em contrapartida a população desta pesquisa foi maior de puérperas não primíparas, com experiência anterior com amamentação. O que leva a refletir que mesmo a puérpera tendo conhecimento e/ou experiência anterior com a amamentação ela precisa dos mesmos cuidados e acompanhamentos que a primípara para preservação da pele da região areolomamilar durante o período de amamentação.

Apesar da dor e do desconforto causado pelo trauma mamilar as puérperas expressam desejo em enfrentar este processo para continuar a amamentar seus bebês exclusivamente.

A dor é uma consequência muito importante do trauma mamilar e, que também é causa de desmame precoce, visto que a incidência do trauma mamilar em mulheres no início da lactação é alta. Ainda em seu estudo Mantrone (2006), analisou pela fala das mulheres que participaram de seu estudo que amamentar na ocorrência de trauma mamilar é uma experiência considerada dolorosa, tornando a amamentação um momento de muita ansiedade, tenso, difícil e que gera angústia, pois a mãe tende a resignar seu bem estar em favor do bem estar de seu bebê.

Embora o número de consultas de pré-natal tenha sido predominantemente acima de 6 consultas, a amamentação foi pouco abordada nestes momentos. Ficando por conta da Maternidade estas orientações.

O diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente esteve presente em 100% das 40 puérperas avaliadas no período imediato e tardio, do Distrito Sanitário Leste de Goiânia-GO. Tópicos relacionados ao aleitamento materno foram encontrados: armazenamento do

leite materno (97,5%); ordenha do leite materno (87,5%); amamentação em 85% e cuidados com as mamas em 45% (VIEIRA et al, 2010).

A falta de informação durante a gestação faz com as puérperas ainda realizem cuidados contraindicados e sem embasamento científico. Como o uso da bucha vegetal no preparo das mamas para a amamentação, em que é considerada uma prática desaconselhável por ser prejudicial à pele, assim como o uso de creme ou hidratantes na região arelomamilar (GIUGLIANI, 2003; BRASIL, 2009).

Futuros estudos precisam ser realizados para reconhecer o tipo de informação oferecido, identificar se as orientações seguidas são recomendações de órgãos internacionais ou nacionais (OMS, Ministério da Saúde).

O ingurgitamento mamário, embora não tenha aparecido nos resultados, é considerado fator de risco importante para o surgimento do trauma mamilar (MONTRONE et al, 2006; COCA et al, 2009). Autores encontraram 47,5% de ingurgitamento mamário em puérperas com amamentação entre o 13 e 15º dia do parto (MONTRONE ET AL, 2006). A não evidência deste evento pode ser explicada pelo fato da coleta de dados ocorreu concomitante ao período de apojadura, e o ingurgitamento acontece geralmente após a descida efetiva do leite.

O aparecimento do trauma mamilar independeu do tipo de mamilo, uma vez que a maioria das puérperas apresentou mamilos protusos ou semi-protusos. Estudo mostra que a relação entre o tipo de mamilo e a ocorrência de lesão não foi estatisticamente significativa. Dentre as puérperas que apresentaram mamilos protusos 51,5% apresentaram lesão e 48,4% não apresentaram. Nos mamilos semi-protusos a frequência de trauma foi de 57,3% e sem lesão 42,7% (SHIMODA; SILVA; SANTOS, 2005).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificar os fatores relacionados e as características definidoras do DE integridade da pele prejudicada, torna possível a utilização deste diagnóstico como um descritor padronizado na linguagem de enfermagem para o trauma mamilar, porém ainda sua aplicação isoladamente é incompleta para a descrição do trauma.

O trauma mamilar esteve presente em puérperas com experiência anterior, não primíparas, sendo os tipos de traumas: eritema, descamação/escoriação, fissura, vesícula e crostas.

A utilização do formulário torna possível uma melhor descrição deste diagnóstico, uma vez que a presença de escores regular e ruim, para os comportamentos negativos, principalmente para posição da mãe e do bebê, anatomia da mama e pega da região areolomamilar pelo bebê, podem sugerir o trauma ou o risco para desenvolvê-lo.

Apesar de enfrentar dor intensa na escala NRS e do tipo queimação, as puérperas não pretendiam interromper a amamentação e continuar exclusivamente até o 6º mês de vida do bebê. Diante disto, a Enfermagem e outros membros da equipe de saúde precisam estar mais próximas destas puérperas para que este evento seja reduzido e ela se sinta apoiada e assistida para continuar a amamentação.

Este estudo teve como limite o tamanho da amostra, o que mostra a necessidade de ampliação e continuação desta pesquisa devido à importância que o tema para a Obstetrícia.

Novos estudos precisam desenvolver novas tecnologias que previnam ou tratem o trauma mamilar, com isso aumentar a amamentação satisfatória, evitando o desmame precoce e amenizando a dor e desconforto que a puérpera sente durante este processo.

Com respeito aos fatores relacionados e características definidoras estabelecidos na Taxonomia II da NANDA-I (2010), do diagnóstico de enfermagem integridade da pele prejudicada, é importante destacar que muitos não são abrangentes para o raciocínio clínico do trauma mamilar. Diante disso, este estudo sugere que um novo diagnóstico seja criado para a definição do trauma mamilar.

## REFERÊNCIAS

ABRÃO, A.C.F.V.; GUTIÉRREZ, M.G.R.; MARIN, H.F. Utilização do diagnóstico de enfermagem segundo a classificação da NANDA, para a sistematização da assistência de enfermagem em aleitamento materno. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 49-59, abril 1997.

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2ª ed. – Rio de Janeiro. Cultura média. Guanabara Koogan, 649p. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília :Ministério da Saúde, 2009. 112 p.

\_\_\_\_\_. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 158p.

CARVALHAES, M.AB.L.; CORRÊA, C.R.H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **J Pediatr.**, v. 79, n. 1, p.13-20, 2003.

CARVALHAES, M.A.B.L.; PARADA, C.M.G.L.; COSTA; M.P. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu-SP, Brazil. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.15, n.1, p.62-69, jan./fev., 2007.

CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas**. 2ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 430p. 2005.

COCA, K. P.; GAMBA, M. A.; SILVA, R. S.; ABRÃO, A. C. F. V. A posição de amamentar determina o aparecimento do trauma mamilar? **Rev. Esc. Enferm., USP**, v.43, n.2, p.446-452, 2009.

FRANÇA, M.C. et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.4, p.607-614, 2008.

GIUGLIANI, E. R. J. Falta embasamento científico no tratamento dos traumas mamilares. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 79, n. 3, jun. 2003.

GIUGLIANE, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5, 2004.

JOCA, M. T.; et al. Fatores que contribuem para o desmame precoce. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v.9, n3, p.356-364, 2005.

MONTRONE, A. V. C.; ARANTES, C. I. S.; NASSAR, A. C. S. Trauma mamilar e a prática de amamentar: estudo com mulheres no início da lactação. **Revista APS**, v.9, n.2, p.168-174, jul./dez. 2003.

NAKANO, A. M. S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites do ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, S2, p. S355-S363, 2003.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2009-2011 NANDA International**; tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2010.

SHIMODA, G. T.; SILVA, I. A.; SANTOS, J. L. F. Características, frequência e fatores presentes na ocorrência de lesão de mamilos em nutrizes. **Rev. Bras. Enferm.** v.58, n.5, p.529-534, set./out. 2005.

SILVA, A. V. et al. Fatores de risco para o desmame precoce na perspectiva das puérperas- resultados e discussão. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde.** v.27,n.3, p.220-5, 2009.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança : curso de 20 horas para equipes de maternidade** / UNICEF/OMS. Brasília: Ministério da Saúde, 276 p. 2009.

VIEIRA et al. Diagnóstico de enfermagem da Nanda no período pós-parto imediato e tardio. **Esc Anna Nery Rev. Enfermagem**, v.13, n.1, p.83-89, Jan./Marc. 2010.

WEIGERT, E. M. L. et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria**, v.81, n.4, p.310-316, 2005.

WOCKEL, A.; SCHUMANN, M.; ABOU-DAKN, M. Development of a wound score for the evaluation of cracked nipples during lactation. **Arch. Gyn. Obst.**, v.17, (suppl 1), p.270, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropriate technology for birth. **Lancet**, v.2; p.436-437, 1996.

ZUGAIB, M. **Obstetricia I**. 1ª ed. São Paulo. Ed. Manole. 1228p. 2008.