

# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MASTITE PUERPERAL

## NURSING ASSISTANCE TO PUERPERAL MASTITIS

Débora Corazza<sup>1</sup>, Deise Lima de Carvalho<sup>1</sup>, Fabiana da Silva Pivoto<sup>1</sup> e Valdiza Rodrigues da Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Paulista – Unip. Curso de Enfermagem.

### RESUMO

A mastite puerperal é um problema comum em mulheres que amamentam e uma importante causa de desmame precoce. Trata-se de um processo inflamatório das mamas, causado principalmente pela remoção ineficiente do leite, por fissuras e ingurgitamento mamário. Este estudo aborda a amamentação e suas intercorrências mais comuns, entre elas a mastite puerperal, e tem por objetivo estabelecer as principais causas de mastite em puérperas, além de apresentar as principais intervenções de enfermagem relacionadas à mastite. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica exploratória, com levantamento de documentos para o esclarecimento do problema e atualizações de conhecimentos, além da discussão das contribuições culturais ou científicas existentes na literatura sobre a mastite. O estudo confirmou que a mastite puerperal é um dos fatores que levam as mães a desmamar seus bebês devido a fatores coadjuvantes, como a falta de informação em relação ao ato de amamentar, a higienização inadequada das mãos das puérperas e a falta de preparo das mamas durante a gravidez. Observa-se a importância da criação de programas de prevenção e educação às gestantes e puérperas sobre a importância da amamentação, para que as mesmas se sintam amparadas e acolhidas pelos profissionais de saúde e não abandonem a amamentação.

**Palavras-chave:** amamentação, mastite puerperal, profissionais de enfermagem.

### ABSTRACT

The puerperal mastitis is a common problem for breastfeeding women and an important cause of early weans. It is an inflammatory breasts process caused mainly by the inefficient removal of milk, sore nipples and breast engorgement. This study approaches the more\_ common breastfeeding and its problems, among them the puerperal mastitis, and it aims to establish the main causes of mastitis in lactating women and to present the main nursing interventions related to mastitis. The methodology used was the exploratory and bibliographic research, with document survey for problem clarification and updates of knowledge, beyond the discussion of cultural or scientific contributions in literature about the mastitis. The study confirmed that the puerperal mastitis is one of the factors that take the mothers to wean their babies due to the supporting factors like the lack of information in relation to the act of breastfeeding, inadequate hygienic cleaning of the mother hands, lack of preparation of the breasts during the pregnancy. The importance to create prevention programs is observed and education to the pregnant and lactating women about the importance of breastfeeding so that they feel supported and received by health professionals and they do not abandon the breastfeeding process.

**Keywords:** breastfeeding, puerperal mastitis, nursing professionals.

## I. INTRODUÇÃO

O leite materno é o alimento ideal para o bebê e tem sido recomendado como o único alimento nos seis primeiros meses de vida, com introdução de alimentos complementares e continuação da amamentação a partir de então, e até os dois anos de idade ou mais (WHO, 2001). É de extrema importância para a sobrevivência, pois atende a todas as necessidades nutricionais, imunológicas e psicológicas do recém-nascido (SILVA, 1999).

Talvez um dos grandes desafios da enfermeira e da equipe multiprofissional, para alcançar os objetivos dos projetos e programas de incentivo ao aleitamento materno, reside na dificuldade de compreender os reais motivos pelos quais muitas mulheres deixam de amamentar seus filhos. O desafio maior é atuar junto a essas mulheres, na tentativa de intervir nos aspectos obscuros que levam à decisão materna de desmame e introdução de outros alimentos na dieta do recém-nascido. O processo de amamentação, embora de aparente simplicidade e automatismo fisiológico singular, requer um complexo conjunto de condições interacionais no contexto social da mulher e de seu filho (SILVA, 1999).

Os conhecimentos sobre a fisiologia mamária são fundamentais para maior efetividade e aproveitamento das orientações passadas às gestantes e puérperas. A lactação é um complexo fenômeno endócrino e neuroendócrino, e envolve a maioria dos hormônios produzidos no corpo humano. Divide-se em três etapas: a mamogênese, a lactogênese e a galactopoese.

No decurso do ciclo gravídico puerperal, podem ocorrer alguns processos inflamatórios da mama, como a mastite decorrente de fatores intervenientes relacionados à amamentação, por exemplo. A mastite é um processo infeccioso, geralmente unilateral, caracterizado por dor, ingurgitamento e eritema localizado, gerando mal-estar geral, febre e calafrios. Seus fatores predisponentes são as fissuras, o esvaziamento incompleto, a retenção de leite, os intervalos grandes entre as mamadas, a amamentação de gêmeos, o desmame brusco e o esgotamento da mãe.

A maior incidência da mastite ocorre nas pacientes que não foram devidamente orientadas sobre as técnicas a serem observadas nos primeiros dias de amamentação. Nesse contexto, a assistência de enfermagem para a amamentação é de importância vital, visto que, ao conhecer melhor as técnicas de ama-

mentação, a equipe de profissionais em enfermagem poderá prevenir dificuldades ou tratar as complicações desse processo, prestando suporte às gestantes durante o controle pré-natal, no parto e no período do puerpério.

O presente estudo visa a estabelecer as principais causas de mastite em puérperas e apresentar as principais intervenções de enfermagem relacionadas à mastite. A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. Alterações da mama na gestação e no puerpério

Durante a gestação, ocorre intenso desenvolvimento lobular das mamas sob influência do lactogênio e de esteróides luteais e sexuais placentários. No início da gravidez, o tecido mamário se desenvolve sob a ação de diferentes hormônios, sendo o estrogênio responsável pela ramificação dos ductos e o progesterônio, pela formação dos lóbulos. E o lactogênio placentário, a prolactina e a gonadotrofina coriônica contribuem para a aceleração do crescimento mamário. Na gravidez, a secreção de prolactina aumenta de 10 a 20 vezes, contribuindo para o desenvolvimento da mama. Os ductos e alvéolos multiplicam-se rapidamente e, entre cinco e oito semanas de gestação, as mamas de muitas mulheres aumentam visivelmente e ficam mais pesadas, a pigmentação da aréola se intensifica e as veias superficiais dilatam-se. No entanto, a prolactina é inibida pelo lactogênio placentário, não permitindo que a mama secrete leite durante a gravidez. Porém, à medida que ocorre o desenvolvimento glandular, em muitas mulheres as reservas adiposas são mobilizadas, resultando em mudanças pouco perceptíveis, que não interferem no sucesso subsequente da amamentação (GIUGLIANI, 1994).

Quando a criança nasce e a placenta é expulsa, a mama começa a produzir leite sob a ação da prolactina. À medida que caem os níveis hormonais placentários, a secreção de um complexo de hormônios lactogênicos, provenientes da hipófise anterior, aumenta consideravelmente. Ao mesmo tempo, o fluxo sanguíneo das mamas aumenta, levando mais hormônios e precursores do leite para as células alveolares. O complexo de hormônios lactogênicos é formado pela prolactina, pela somatotropina, pelo hormônio adeno-corticotrófico (ACTH) e, provavelmente, pelo

hormônio tireotrófico (TSH), que estimula mecanismos celulares e bioquímicos nas células alveolares que provocam a secreção do leite. O ACTH e o TSH agem através da glândula supra-renal e da tireóide, respectivamente (GIUGLIANI, 1994).

A ocitocina age na contração das células mioepiteliais que envolvem os alvéolos, provocando a saída do leite. A prolactina produz o leite e a ocitocina o ejeta, e estes reflexos são ativados pela estimulação dos mamilos, sobretudo pela sucção, que é um estímulo mecânico do contato da criança na mama, bloqueando a liberação do hormônio inibidor da prolactina (PIH) pelo hipotálamo. Na ausência dessa inibição, a hipófise aumenta a secreção de prolactina espontaneamente, resultando na produção de leite. O reflexo de ejeção do leite também responde a estímulos condicionados, como visão, cheiro e choro da criança, e a fatores de ordem emocional, como motivação, autoconfiança e tranquilidade. Por outro lado, a dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo e a falta de autoconfiança podem inibir o reflexo de ejeção do leite, prejudicando a lactação (GIUGLIANI, 1994; KHALIL, 1998; CANALI & KRUEL, 2001).

## 2.2. O leite materno

No início do século XX, a amamentação representava uma maneira natural e praticamente única de alimentar as crianças nos primeiros meses de vida até os dois anos de idade ou mais. Com a entrada da mulher no mercado de trabalho, essa prática diminuiu, levando ao desmame precoce e à alimentação artificial. Esse abandono progressivo do aleitamento materno e o uso do aleitamento artificial são apontados como um dos fatores responsáveis pela alta morbimortalidade no primeiro ano de crianças brasileiras (RIBEIRO *et al.*, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), instituições e órgãos não-governamentais são unânimes em apoiar a prática do aleitamento materno exclusivo até seis meses e complementado até dois anos de idade, visando a melhorar a qualidade de vida e a reduzir a desnutrição e a mortalidade infantil, além de diminuir a possibilidade de doenças crônicas não-transmissíveis na idade adulta (SILVA *et al.*, 2007).

O leite materno é indicado como alimento ideal para a criança nos seus primeiros meses de vida, devido aos seus benefícios nutricionais, psicológicos, econômicos, imunológicos e fisiológicos para a mãe e para a criança.

O leite materno é o mais indicado para o prematuro porque contém, nas primeiras quatro semanas, alta concentração de nitrogênio, proteínas com funções imunológicas, lipídeos totais, ácidos graxos, vitaminas A, D e E, cálcio e energia (SERRA & SCOCHI, 2004).

O recém-nascido que é alimentado com o leite materno tem estimulação sensorial máxima, iniciando com as percepções táteis, seguidas por olfato, gustação e audição. A suficiência do leite materno para um bom crescimento do bebê depende de como a mãe tem o propósito de criar seu filho e quais as condições que ela tem para isso. As mães bem-sucedidas são mulheres bem nutridas, instruídas e que adotam o padrão de amamentar freqüentemente até o primeiro ano após o parto (ASSUNÇÃO & LUZ, 2001).

## 2.3. A amamentação

Nas últimas décadas, as taxas de amamentação na maioria dos países, inclusive no Brasil têm se elevado, embora a tendência ao desmame precoce continue e seja pequeno o número de crianças amamentadas de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), não se considerando a excelência do leite materno para as crianças, seus benefícios nutricionais e imunológicos, que ajudam no melhor desenvolvimento físico, mental e emocional dos bebês. Por exemplo, no Brasil, a média predominante de tempo de amamentação é de 72 dias (PRIMO & CAETANO, 2000; GIUGLIANI, 2000; SALES *et al.*, 2000).

O leite materno tem benefícios nutricionais, possuindo mais lactose do que os outros leites, vitaminas e ferro, que é absorvido pelo intestino, mais uma quantidade adequada de sais minerais, cálcio e fósforo, além de conter a lipase que digere as gorduras e auxilia em sua absorção pelo organismo. Devido a estes fatores, a ciência é unânime no reconhecimento do leite materno como uma fonte de nutrição para o bebê, atendendo às especificidades fisiológicas do lactente e protegendo-o imunologicamente. A amamentação do bebê até os seis meses de idade e a manutenção do aleitamento materno até os dois anos de idade (ou mais) constituem uma recomendação oficial (FERNANDES, 2000; ARAÚJO & ALMEIDA, 2007).

Existem inúmeras vantagens para a mãe amamentar seu bebê, e o maior efeito pode ser percebido em relação à mortalidade de crianças pequenas porque o leite materno possui propriedades que protegem o bebê contra infecções comuns, como diarreia, pneu-

monias, otite média e doenças respiratórias agudas. Ele previne também contra doenças como a enterocolite necrotizante (recém-nascidos pré-termos não-amamentados ou em aleitamento misto têm, respectivamente, 10,6 e 3,5 vezes mais chances de morrer por enterocolite) (GIUGLIANI, 2000).

O aleitamento materno também contribui para a saúde da mulher porque a protege contra o câncer de mama e de ovário, além de ampliar o espaçamento entre os partos porque o aleitamento exclusivo tem eficácia de 98% como anticoncepcional nos primeiros seis meses após o parto, desde que a mãe se mantenha amenorréica. Outra vantagem para a nutriz é a involução uterina mais rápida, a diminuição do sangramento pós-parto e de anemia. A amamentação estimula a ocitocina, que leva o útero a se contrair, o que diminui seu tamanho e expulsa a placenta, conseqüentemente reduzindo o sangramento. Há a diminuição do risco de osteoporose e estabiliza-se o processo de endometriose materna; amamentar ainda ajuda a espaçar os intervalos entre gestações e auxilia a mãe a voltar ao peso normal mais rapidamente (GIUGLIANI, 2000; FERNANDES, 2000).

A falta de orientação e preparo para a amamentação no período pré-natal faz com que as mulheres, após o parto, tenham problemas durante o aleitamento. O problema mais comum são as fissuras nos mamilos, provenientes da sucção ineficiente do bebê e do uso de bombas manuais e elétricas para a retirada do leite. Outros fatores predisponentes são os seguintes: uso de lubrificantes, uso de medicamentos tópicos, higiene excessiva e falta de preparo dos mamilos. As patologias mais comuns neste período de amamentação são a dor, o ingurgitamento mamário, as fissuras mamilares e a mastite, levando ao desmame precoce (VAUCHER & DURMAN, 2005).

#### 2.4. Principais intercorrências durante a amamentação

Entre os fatores predisponentes ao desmame precoce, estão os explicitados nos itens abaixo, conforme explicitou Fernandes (2000).

- A dor ao amamentar decorrente da má colocação da boca do bebê ao mamar, sucção disfuncional ou fungos no mamilo, interferindo na ejeção do leite e fazendo com que o bebê mame pouco, fique inquieto e chore de fome.
- As fissuras mamilares ocorrem por pressão da boca do bebê no mamilo ou por mau posiciona-

mento do bebê. O correto é colocar a aréola e o mamilo na boca da criança e observar a sucção.

- O ingurgitamento mamário decorre do esvaziamento ineficiente das mamas, com retenção de leite nos ductos mamários, fazendo com que as mamas fiquem mais sensíveis, podendo edemaciarse, ficar duras, doloridas e quentes.
- Retenção do leite devido aos grandes intervalos entre as mamadas, obstruindo internamente mamas e nódulos mamários.
- A mastite, processo infeccioso das mamas, geralmente unilateral, caracteriza-se por dor, febre, calafrios, ingurgitamento e eritema localizado. Os fatores predisponentes incluem as fissuras mamilares, o esvaziamento incompleto das mamas, a retenção de leite, longos intervalos entre as mamadas, além de serem comuns em amamentação de gêmeos.
- O abscesso mamário decorre da mastite que não foi tratada corretamente.

##### 2.4.1. Ingurgitamento mamário

O ingurgitamento mamário acontece em torno do terceiro ao quinto dia após o parto e pode se estender até o décimo dia, geralmente devido ao início tardio da amamentação, a mamadas sem freqüência, à duração e restrição das mesmas, ao uso de suplementos e à sucção deficiente do bebê (GIUGLIANI, 2004).

Existem três componentes básicos no ingurgitamento mamário: (1) congestão/aumento da vascularização; (2) acúmulo de leite e edema decorrente da congestão; e (3) obstrução da drenagem do sistema linfático. Outros eventos também implicados no ingurgitamento foram publicados, como retenção de leite nos alvéolos, distensão alveolar, compressão dos ductos e obstrução do fluxo de leite, entre outros. O aumento da pressão intraductal faz com que o leite acumulado sofra um processo de transformação em nível intermolecular, tornando-o mais viscoso (grosso), o que dificulta sua saída por possíveis formações de pequenos caroços, ou seja, o leite fica “empedrado”. Outros fatores para o ingurgitamento mamário são as malformações mamilares, a prematuridade ou o óbito fetal e a falta de orientação dos profissionais de saúde (GIUGLIANI, 2004; CNBB, 2008).

O ingurgitamento mamário pode ser fisiológico ou patológico. O ingurgitamento fisiológico é discreto e é

um sinal de que o leite está descendo, não necessitando de intervenção. Já o patológico apresenta distensão tecidual excessiva, o que causa desconforto, muitas vezes acompanhado de mal-estar e febre. A mama fica com tamanho aumentado, dolorosa, com áreas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos se achatam, dificultando a amamentação, e o leite nem sempre flui com facilidade. Quando acontece o ingurgitamento areolar, pode haver dificuldade na pega da criança, o que impede o adequado esvaziamento da mama, aumentando o ingurgitamento e, também, a dor (GIUGLIANI, 2004; MATUHARA & NAGANUMA, 2006).

O ingurgitamento ocorre devido à distensão venosa e linfática precedente à lactação e também quando a criança é desmamada abruptamente porque as mamas ficam aumentadas, dolorosas ao toque e muito quentes. O mamilo fica achatado e pode levar à cessação da secreção do leite, porque o ingurgitamento tecidual oclui os ductos lactíferos. A descida do leite também pode tornar as mamas quentes, pesadas e duras, devido tanto ao leite quanto à quantidade de sangue e fluidos nos tecidos que suportam a mama. As mamas ficam ingurgitadas quando a produção de leite é maior do que a demanda ou quando a criança suga em má posição, e isso pode levar à parada da descida do leite (PACHECO, 2005).

Para tratar o ingurgitamento mamário, deve-se manter a criança sugando as mamas; se ela não estiver em condições de sugar, deve-se retirar o leite por meio de ordenha para aliviar a dor. Uma boa opção é colocar compressas geladas sobre as mamas e usar um sutiã firme para elevá-las (MATUHARA & NAGANUMA, 2006).

#### **2.4.2. Trauma mamilar/mamilos doloridos (fissuras mamilares)**

O trauma mamilar é uma solução de continuidade na pele da região mamilo-areolar, e decorre do erro na forma de amamentar. A maior parte das mulheres, no início da amamentação, sente dor discreta ou desconforto. Mamilos dolorosos geralmente apresentam traumas mamilares, como eritema, edema, fissuras, bolhas, marcas brancas, amarelas ou escuras e equimoses. A causa mais comum de dor na amamentação se refere aos traumas mamilares por posicionamento e pega inadequada do bebê. Existem outras causas, como mamilos curtos/planos ou invertidos, disfunções orais nas crianças, sucção não-nutritiva e não-eficiente prolongada, uso impróprio de bombas para ordenha do leite, uso de cremes ou óleos (os lubrificantes

removem as células da superfície da aréola e tornam a região mais sensível), que podem causar reações alérgicas nos mamilos. O excesso de higiene nos mamilos também remove a membrana hidrolipídica (formada por leite materno, secreção das glândulas sudoríparas, sebáceas e tubérculos de Montgomery), que constitui fator de proteção da região mamilo-areolar. Por fim, o uso de medicamentos, anti-sépticos e água boricada predispõe a traumas mamilares (GIUGLIANI, 2004; MATUHARA & NAGANUMA, 2006).

Quando a pele está fissurada ou rachada, ela pode sangrar e, então, forma-se uma crosta sob a qual geralmente se encontra uma gota de pus. Além disso, se as fissuras sangrarem, a criança pode engolir o sangue. As rachaduras ou fissuras são circulares e, geralmente, estão na base do mamilo, na sua junção com a aréola. Se ocorrer uma ulceração profunda, o mamilo pode ser parcialmente amputado. Já as fissuras verticais podem partir o mamilo em dois. No mamilo lesionado, é possível a entrada de bactérias, que podem causar mastite ou abscesso mamário. Quando a fissura é grave ou extremamente dolorosa, aconselha-se à mulher parar o aleitamento e utilizar uma bomba de sucção até que ela possa voltar a amamentar (PACHECO, 2005).

Entre as formas de tratamento dessas fissuras, estão as seguintes: (1) assegurar uma boa pega do bebê ao seio; (2) expor as mamas ao sol ou a um foco de luz por, aproximadamente, 20 minutos, todos os dias (antes das 10h e depois das 16h), até obter completa cicatrização; (3) expor os mamilos ao ar livre para arejál-los e, sempre que possível, passar o próprio leite nos mamilos; (4) não usar óleos, cremes ou pomadas nos mamilos; (5) não passar sabão nos mamilos na hora do banho nem esfregá-los com buchas, esponjas ou toalhas (MATUHARA & NAGANUMA, 2006).

#### **2.4.3. Infecção mamilar por *Staphylococcus aureus***

Este tipo de infecção é bem comum. Estudos mostram que 54% das mães com crianças até um mês de idade apresentam cultura positiva ao *Staphylococcus aureus*. Estas mães queixam-se de fissura mamilar e dor moderada a grave. O tratamento com antibioterapia sistêmica foi o mais eficaz para infecção mamilar, diminuindo a agressão dos sintomas e prevenindo o aparecimento da mastite. Um total de 25% das mães com infecção mamilar não-tratada com antibióticos sistêmicos desenvolveu mastite, contra 5% das tratadas que apresentaram a doença (GIUGLIANI, 2004).

#### 2.4.4. *Candidíase*

Esta infecção é comum, podendo ser superficial ou atingir os ductos lactíferos, e ocorre geralmente em mamilos úmidos e com lesão. O risco de candidíase mamária pode ser aumentado por meio do uso de antibióticos, contraceptivos orais e esteróides, além do uso de chupeta contaminada. A criança, mesmo sendo assintomática, transmite o fungo, e a infecção costuma se manifestar por prurido, sensação de queimaduras e fisgadas nos mamilos, que persistem mesmo após as mamadas. Os mamilos apresentam-se vermelhos e brilhantes (GIUGLIANI, 2004).

#### 2.4.5. *Fenômeno de Raynaud*

Este fenômeno apresenta-se como uma isquemia intermitente causada por vasoespasmo, que ocorre nos dedos das mãos e dos pés, acometendo também os mamilos. Ele pode ocorrer devido à exposição ao frio, compressão anormal do mamilo na boca da criança ou, ainda, por trauma mamilar. Os vasoespasmos podem causar palidez dos mamilos e costumam ser muito dolorosos. A palidez dos mamilos é causada por falta de irrigação sanguínea, levando à dor, e pode manifestar-se tanto antes, durante ou depois das mamadas, embora o comum seja depois das mamadas, pois o ar é mais frio do que a boca da criança. Algumas mulheres referem dor ou fisgadas ou queimação enquanto o mamilo está pálido. Muitas vezes, esse fenômeno é confundido com candidíase, apesar de a infecção fúngica, por si só, levar ao fenômeno de Raynaud. Os espasmos com dor podem durar segundos ou minutos, mas a dor pode durar uma hora ou mais. Algumas medicações, como o fluconazol e contraceptivos orais, podem agravar os vasoespasmos (GIUGLIANI, 2004).

#### 2.4.6. *Bloqueio de ductos lactíferos*

Esta intercorrência acontece quando o leite produzido numa área determinada da mama por algum motivo não é drenado adequadamente. Isso ocorre quando a mama não é esvaziada adequadamente, quando a amamentação não é feita com frequência ou quando a sucção da criança é ineficaz. Este bloqueio pode acontecer também quando da pressão em uma determinada área. O bloqueio se apresenta por meio de nódulos mamários, dolorosos e sensíveis, podendo ocorrer dor, calor e eritema na área comprometida (GIUGLIANI, 2004).

#### 2.4.7. *Abscesso mamário*

O abscesso mamário é um processo infeccioso da mama, ou seja, uma coleção purulenta no parênquima mamário. Geralmente, é ocasionado por mastite com tratamento tardio ou ineficaz (mastite aguda). Esta intercorrência acomete de 5% a 10% das mulheres com mastite. O abscesso pode ser identificado por intermédio da palpação, pela sensação de flutuação, mas nem sempre é possível confirmação do abscesso apenas com o exame clínico, sendo a ultra-sonografia o exame ideal para confirmação deste problema. O material purulento pode ser usualmente retirado do mamilo por meio de incisão ou drenagem (GIUGLIANI, 2004; PACHECO, 2005).

#### 2.4.8. *Mastite puerperal*

A mastite é uma infecção bacteriana da mama (no tecido intersticial que rodeia um nódulo mamário), que ocorre em um ou mais segmentos da mama, comumente afetando o quadrante superior esquerdo. Ocorre geralmente na segunda e na terceira semana após o parto, e é rara após a 12ª semana. Na maioria das vezes, as fissuras no mamilo são portas de entrada da bactéria *Staphylococcus aureus*, agente etiológico mais comum em 50% a 60% dos casos (GIUGLIANI, 2000 e 2004; SALES *et al.*, 2000; VIEIRA, 2006).

Nos anos 1980, foi sugerido que a mastite poderia ser uma estase lactacional, inflamação infecciosa da mama e abscesso mamário, porém houve a necessidade de uma clarificação de seu entendimento científico. Com o intuito de compreender melhor o termo mastite, foi realizado um estudo embasado na literatura já existente. Durante o processo de pesquisa, foram encontrados 30 artigos sobre o tema e foram revisados 20 destes. Os aspectos estudados foram a definição de mastite, suas causas, seus sinais, sintomas e diagnósticos. Dos 20 artigos, 16 descreviam os sinais e sintomas de um processo inflamatório que incluíam dor no seio, vermelhidão, endurecimento, inchaço e mal-estar, entre outros. Dois artigos descreviam a mastite como um número incontável de bactérias no leite materno e leucócitos no sangue materno. A Organização Mundial da Saúde definiu, em 2000, a mastite como uma condição inflamatória da mama que pode ou não ser acompanhada de infecção (KVIST, 2006).

Na mastite (Figura 1), a parte da mama afetada fica dolorida, com hiperemia, edemaciada e quente,

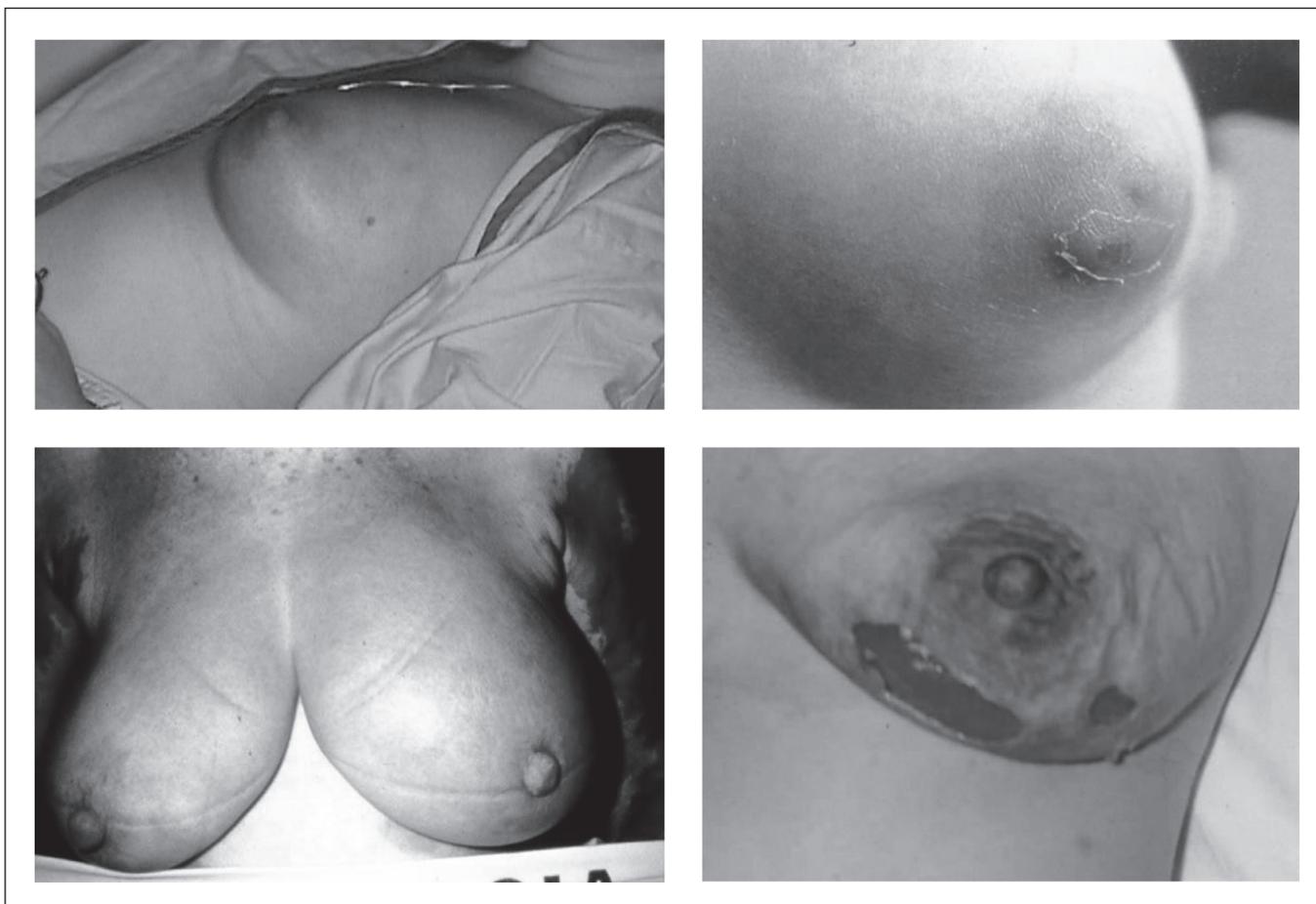


Figura 1: Mastite (CLÍMACO, 2006).

levando à febre e ao mal-estar. Sintomas semelhantes à gripe em mães que amamentam trazem a suspeita de mastite até que se demonstre o contrário. Inicialmente, há um aumento da pressão intraductal por estase do leite (ducto mamário obstruído), um achatamento das células alveolares e a formação de espaços entre as células. Nesses espaços, passam componentes do plasma para o leite (imunoproteínas e sódio) e do leite para o tecido intersticial (em especial, as citocinas), levando a uma resposta inflamatória que pode envolver o tecido conjuntivo interlobular. O leite fica acumulado, a resposta inflamatória e o dano no tecido conjuntivo favorecem a infecção pelo *Staphylococcus aureus* (e *albus*) e por *Escherichia coli* e *Streptococcus* (a-b- e não-hemolítico). O patógeno pode ser isolado em até 95% dos casos, tendo como principais fatores as fissuras mamilares (que favorecem a penetração de microorganismos patogênicos) e o ingurgitamento mamário (GIUGLIANI, 2000 e 2004; PACHECO, 2005).

Entre os fatores predisponentes para a mastite, estão a fadiga, o estresse, as fissuras nos mamilos, a obstrução ductal, o ingurgitamento mamário, as malformações papilares, a técnica incorreta de amamentação, as fissuras papilares e a higiene inadequada. Quando a mastite não é tratada precocemente, ela pode evoluir para abscesso (GIUGLIANI, 2000; SALES et al., 2000; PACHECO, 2005).

Um estudo realizado em 2006 incluiu, entre os fatores de risco que agravam a mastite, os seguintes: a idade da mãe, a primiparidade, o nível de escolaridade, o ato de trabalhar fora, a má pega do bebê e a fissura mamilar (VIEIRA, 2006).

Devido à infecção causada pela mastite, ocorrem manifestações sistêmicas importantes na nutriz, como mal-estar, febre acima de 38°C e calafrios. Ocorre, também, um aumento nos níveis de sódio e cloreto no leite e a diminuição dos níveis de lactose, deixando o leite mais salgado, o que pode fazer com que ele seja rejeitado pela

criança. Outros sintomas da mastite incluem letargia, mialgia, transpiração; algumas mulheres referem dores de cabeça (GIUGLIANI, 2004; AMIR & LUMLEY, 2006).

Outros fatores também favorecem a parada do leite nos ductos mamários e predispõem ao aparecimento de mastite, como as mamadas em horários regulares, a redução no número de mamadas, um longo período de sono noturno do bebê, o uso de chupetas ou mamadeiras, o não-esvaziamento completo das mamas, o freio de língua curto, a criança com sucção débil, a produção excessiva de leite, a separação entre mãe e bebê e o desmame abrupto (GIUGLIANI, 2004).

Existem diferentes estudos na literatura sobre a incidência da inflamação dos seios durante a lactação. Alguns autores reportaram incidências de menos de 10% das mulheres que amamentam, embora a maioria dos autores reporte que entre 20% a 30% das mães que amamentam experienciam este tipo de inflamação. A Organização Mundial da Saúde afirmou que os abscessos mamários na lactação podem ocorrer sem aparente precedência de mastite e relatou vários incidentes de abscessos mamários no Reino Unido, nos Estados Unidos e na Dinamarca, com incidência de 4% a 11% das mães com mastite (KVIST, 2006).

Observa-se, também, que as mulheres que já tiveram mastite na primeira gravidez são mais propensas ao desenvolvimento de mastite em outra gravidez, devido ao rompimento da integridade da junção entre as células alveolares. A recorrência de mastite também se deve a um tratamento antibiótico incompleto. Portanto, deve-se completar o tratamento, dando atenção ao repouso e ao esvaziamento completo das mamas (GIUGLIANI, 2004).

Existem algumas recomendações úteis na prevenção da mastite puerperal e que são úteis também nos casos de ingurgitamento mamário, bloqueio de ductos lactíferos e fissuras mamilares, como iniciar a amamentação o mais precocemente possível, amamentar em livre demanda e com técnica correta, e evitar o uso de suplementos alimentares (GIUGLIANI, 2004).

#### 2.4.8.1. Tratamento da mastite puerperal

O principal objetivo no manejo da mastite é deter a infecção antes que ela evolua para um abscesso mamário. Quando a mãe tem mastite, ela precisa procurar um médico para ser orientada quanto ao tratamento correto e, quanto mais ela demorar para procurar tratamento, mais complicada vai ficando a situação, podendo-se chegar à formação de feridas (CNBB, 2008).

Em relação ao tratamento medicamentoso, os antibióticos mais indicados para a mastite são as penicilinas resistentes, a penicilinase ou as cefalosporinas, que combatem o *Staphylococcus aureus*, produtor de beta-lactamase. A dicloxacilina, que é um antibiótico do grupo da penicilina, também é indicada. Tais drogas são seguras durante o período de lactação, pois as quantidades excretadas no leite são mínimas, devido à sua alta taxa de ligação com as proteínas plasmáticas maternas. Outros antibióticos também utilizados são os antiestafilocócicos (amoxicilina ou estolato de eritromicina), que devem ser instituídos o mais precocemente possível, de modo que não ocorra a evolução da mastite para um abscesso mamário, que pode ser identificado mediante palpação (GIUGLIANI, 2000; SALES *et al.*, 2000).

Indica-se, também, o esvaziamento completo da mama comprometida e a retirada manual de leite após cada mamada, além do repouso da nutriz, do uso de analgésicos ou antiinflamatórios não-esteróides, como o ibuprofeno (400mg a cada oito horas) e da ingestão de líquidos em abundância. Caso não ocorra melhora em 48 horas, investiga-se a presença de abscesso por palpação e, se confirmado, são indicadas a drenagem cirúrgica e a manutenção da lactação, desde que o tubo de drenagem ou a incisão estejam suficientemente longe da aréola. Alguns autores recomendam que a nutriz não amamente seu bebê na mama com o abscesso até que ela seja tratada adequadamente e que o abscesso seja retirado (drenado ou por meio de cirurgia). Outros autores referem que algumas mães relutam em amamentar os bebês na mama afetada. A temperatura corporal aumenta tanto que as mães acreditam que possam ter contraído gripe e sentem um mal-estar (GIUGLIANI, 2000; KVIST, 2006).

Um tratamento muito utilizado e com bons resultados é a massagem seguida de ordenha e aplicação de calor local e/ou frio. A massagem facilita a fluidificação do leite que estava acumulado no interior da mama e estimula a síntese de ocitocina necessária ao reflexo de ejeção do leite. O uso de sutiã bem firme também é outra medida útil que minimiza o desconforto (SALES *et al.*, 2000).

#### 2.4.8.2. Intervenções de enfermagem

A assistência de enfermagem na fase do ciclo gravídico puerperal deve se traduzir em uma abordagem integral à gestante, com o objetivo de

desenvolver ações voltadas à detecção precoce da gestação, bem como ao seu acompanhamento regular (BRASIL, 1996).

No período puerperal, na maternidade e durante a estadia da mãe no hospital, o apoio deverá ser dado pela equipe de saúde, facilitando o alojamento conjunto, para que a mãe se reconheça e satisfaça as necessidades de seu filho. O profissional de saúde deverá mostrar à mãe a técnica correta de amamentar, além de observar, corrigir e supervisionar, para prevenir problemas e ajudar no êxito da amamentação. É necessário o apoio às mães por profissionais conscientes, responsáveis, que as esclareçam e as auxiliem em suas dúvidas, ansiedades e dificuldades enquanto amamentam. Além disso, esses profissionais precisam enfatizar a amamentação como uma prioridade e, na existência de problemas durante a amamentação (como no caso da mastite), estes deverão ser solucionados o mais rápido possível para que não se compliquem.

### 3. DISCUSSÃO

Em relação à prevalência da prática de amamentação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) identificou que apenas 35% dos lactentes do mundo todo recebem leite materno de forma exclusiva nos primeiros meses de vida; no Brasil, este índice vem melhorando nos últimos anos, embora ainda esteja longe do recomendado. Até o primeiro mês de vida, apenas metade das crianças mama somente leite materno, ocorrendo uma redução importante no índice para 21% entre o terceiro e o quarto mês de vida, e apenas 9% chegam até o sexto mês em amamentação materna exclusiva (AME). No Estado de São Paulo, a AME não alcança índice de 30% nos primeiros quatro meses de vida, e os fatores causadores de desmame precoce são a baixa escolaridade materna, a primiparidade, a maternidade precoce e o desconhecimento da prática da amamentação (ABRÃO, 2006).

A Organização Mundial da Saúde também relatou que existem evidências claras de que a falta do aleitamento materno durante os seis primeiros meses de vida é um importante fator de risco para a mortalidade e morbidade de bebês e crianças pequenas (KVIST, 2006).

No Brasil, a prevalência de amamentação aumentou e passou de 49% aos seis meses de idade (nos anos 1980) para 60% (nos anos 1990), mas este índice não foi homogêneo em todo o País, sofrendo variações

significativas de acordo com o local e suas características socioeconômicas, variações estas que são fatores de risco para o desmame precoce (VOLPINI & MOURA, 2005).

Com relação ao fator afetivo, o ato de amamentar promove uma maior proximidade entre mãe e bebê, estabelecendo um bom vínculo afetivo entre ambos, além de a amamentação produzir no bebê as sensações de aconchego e calor sentidas por ele no espaço intrauterino durante a gestação. O referido ato restabelece também a ligação após o estresse que mãe e bebê sofrem durante o trabalho de parto e devido à separação pelo corte do cordão umbilical. Além disso, o bebê se acalma ao sugar o mamilo da mãe e ao ouvir o coração dela batendo. Portanto, o vínculo mãe-bebê estabelecido durante o aleitamento materno dificilmente levará ao desmame precoce (MELLO *et al.*, 2004; CARRASCOZA, 2004).

Os primeiros problemas para amamentar surgiram desde que as mães colocaram seus bebês ao seio. E os três maiores temas que sempre existiram ao longo da história foram os seguintes: seios doloridos e machucados, leite insuficiente e leite empedrado por ficar parado nos seios. Mas podem ser citados também problemas de hipersecreção, devido à existência de muito leite no seio, e o desconforto causado pela distensão das mamas, que pode ser uma das maiores razões para uma mãe deixar de amamentar seu filho (KVIST, 2006).

Mulheres com dores para amamentar, fissuras nos mamilos, ingurgitamento mamário e mastites levam a questionamentos sobre o fato de estas mulheres terem realizado o pré-natal e recebido informações sobre amamentação. Mas a efetiva promoção do aleitamento materno requer, além de conhecimentos anatômicos, bioquímicos e fisiológicos, a vontade e a confiança da mãe em amamentar seu bebê (MACHADO & LARROCCA, 2004).

Os profissionais de enfermagem devem ter acesso a todos os conhecimentos técnicos e científicos para que as mães nutrizas depositem confiança em suas orientações, e tais profissionais devem ver essas mães como pessoas que sentem, de maneira que se importem com seus sentimentos e medos perante esta nova situação, porque as mães que amamentam necessitam de apoio. Portanto, a equipe de enfermagem desempenha importante papel na assistência à mulher que amamenta (MACHADO & LARROCCA, 2004).

As mulheres que recebem informações e são preparadas para amamentar no período pré-natal

comprovadamente têm mais sucesso no aleitamento materno, principalmente as primíparas. Portanto, durante a assistência pré-natal, essas mulheres devem ser informadas sobre os benefícios do leite materno para o bebê e para a mãe, sobre as desvantagens da utilização do leite não-humano, e devem ser orientadas quanto às técnicas de amamentação, contribuindo, assim, para aderência ao aleitamento. Infelizmente, a preparação física das mamas para a lactação não tem sido recomendação de rotina, e as gestantes não realizam exercícios para protrair os mamilos, como espichar os mamilos e a manobra de Hoffman (embora esses possam ser prejudiciais por poderem induzir o parto). Acredita-se que a maioria dos mamilos presente melhora com o avançar da gravidez, sem nenhum tratamento, e, nos casos de mamilos planos ou invertidos, a intervenção logo após o nascimento do bebê é mais importante e efetiva do que intervenções no período pré-natal. Nos primeiros três dias após o parto, quando a mama está flácida, deve-se aproveitar essa fase para introduzir o mamilo e a aréola dentro da boca do lactente, ajudando, assim, na protração do mamilo (GIUGLIANI, 2000).

Com relação às crenças e aos mitos da amamentação, apesar de o Ministério da Saúde recomendar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, sem a necessidade de sucos, papinhas e água neste período, porque não existe leite fraco, muitas mulheres não cumprem as recomendações passadas pelos médicos ou profissionais da saúde, por desconhecerem a importância do aleitamento materno para a saúde tanto da mãe quanto do filho, e por acreditarem, muitas vezes, em práticas e crenças culturais duvidosas ou por não serem confiantes em sua capacidade de amamentar, então começam a empregar métodos substitutos de amamentação (MELLO *et al.*, 2004).

Muitos fatores contribuem para o desmame precoce, mas a falta de conhecimento sobre o aleitamento materno por parte das mães tem papel importante na redução desta prática. A carência de informações e crenças do tipo “o leite secou” ou “o meu leite é fraco e não sustenta” ou “o bebê chora muito” também justificam esta prática (PERCEGONI *et al.*, 2002).

Observa-se, assim, que a amamentação ainda hoje é influenciada por condições culturais, sociais, psíquicas, e se configura como um comportamento humano complexo. A vivência da amamentação relaciona-se fortemente com as experiências que a mãe ou outras mulheres (mães, sogras, parentes, colegas

etc.) tiveram, e isto causará uma influência positiva ou negativa no ato de amamentar. Muitas mães de primeira viagem têm o apoio de que precisam a partir de suas mães, que as orientam com base nos conhecimentos de senso comum, transmitidos de geração para geração, e que normalmente dá certo. E isto influencia fortemente a decisão de amamentar ou o desmame (MACHADO & LARocca, 2004).

Mesmo com o incentivo ao aleitamento materno desde o pré-natal, ainda existem dificuldades relacionadas ao manejo da lactação e à amamentação, que podem culminar com o desmame precoce. E um destes problemas é o aparecimento da mastite, que ocorre no puerpério devido a fatores intervenientes relacionados à amamentação. Alterações fisiológicas que atingem as mamas durante a gestação assumem aspectos superlativos dentro das 72 horas no puerpério e levam ao aumento das mamas de forma rápida e intensa, distendendo excessivamente a pele e deixando as mamas dolorosas. Assim, o início da amamentação, principalmente entre as primíparas, é dificultoso, e surge nas mamas rachaduras e fissuras que favorecem a invasão microbiana mamária, levando à mastite. Muitas mulheres desmamam precocemente seus bebês devido ao desconforto e à dor causada pela mastite, e por acreditarem que o leite da mama afetada fará mal ao bebê. Dados mostram que a mastite acomete, em média, de 2% a 6% das mulheres que amamentam, e estudos recentes mostram incidência mais elevada de mastite em até 27%, com 6,5% de recorrência. A maior incidência de mastite ocorre nas pacientes que, durante o pré-natal e/ou no início da amamentação, não foram devidamente orientadas sobre as técnicas de amamentação (SALES *et al.*, 2000).

A manutenção da amamentação é indicada nos casos de mastite puerperal porque o leite materno é rico em anticorpos e fatores antibacterianos, e as toxinas das bactérias, quando ingeridas, são destruídas no tubo digestivo. Além disso, o desmame abrupto favorece o aumento da estase láctica (uma das principais causas da mastite) e a formação de abscesso, podendo gerar traumas psicofisiológicos para mãe e bebê. Problemas como estes poderiam ser prevenidos se as gestantes fossem orientadas no pré-natal quanto às técnicas de amamentação e ordenha. E, mesmo após o parto, essas mães devem ser acompanhadas para que problemas como a fissura mamilar e o ingurgitamento mamário sejam detectados e tratados precocemente (SALES *et al.*, 2000; VIEIRA, 2006).

Estudo realizado com 70 puérperas do Centro de Referência para o Incentivo ao Aleitamento Materno (Ciama) e Banco de Leite Humano (BLH) do Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), na cidade de Feira de Santana (Bahia), no período de dezembro de 1996 a janeiro de 1998, demonstrou que, em 79% delas, a mastite ocorreu nas primeiras oito semanas após o parto, sendo apenas um caso na primeira semana. Todas tinham mamilos protusos; 44% tinham mastite do tipo lobar; 39%, do tipo ampolar; e 17%, do tipo glandular. Do total, duas pacientes apresentaram mastite em ambas as mamas e uma paciente em glândula supranumerária; 84% evoluíram para abscesso. Dessas 59 pacientes que evoluíram para abscesso, 46 delas tiveram suas secreções analisadas e foi identificada a bactéria do *Staphylococcus aureus* em 55%. Metade das pacientes continuou a amamentar em ambas as mamas (SALES *et al.*, 2000).

Um estudo de coorte prospectivo, realizado em um hospital universitário, localizado em Lower Hunter Region, New South Wales, na Austrália, com 219 puérperas com mastite, apresentou similaridades quando apontou a ocorrência da maioria dos casos de mastite (75%) dentro das sete primeiras semanas após o parto. Observou-se, nesse estudo, a importância do acompanhamento das mães durante o período lactacional, logo após a alta, devendo as mesmas ser encaminhadas a um serviço de apoio à amamentação (KINLAY, O'CONNELL & KINLAY, 1999).

Outro estudo, realizado em um hospital de Newcastle, New South Wales, na Austrália, por seis meses, com 1.075 mulheres que amamentavam, mostrou que as mulheres com histórico de mastite no passado têm um risco aumentado de desenvolver mastite. Dutos bloqueados e bicos rachados servem como sinais seguros de mastite. O uso de alguns cremes pode aumentar os riscos da enfermidade. O uso de cremes sobre o bico dos seios pode introduzir patógenos que causam a mastite e poderiam ser evitados (KINLAY, O'CONNELL & KINLAY, 2001).

Observa-se que a falta de orientação tanto no período gestacional quanto no período puerperal, asso-

ciada ao fato de as mães não saberem fazer a ordenha, contribui para o ingurgitamento mamário e para o aparecimento da mastite (SALES *et al.*, 2000).

A mama dolorida é um dos primeiros sintomas da mastite. Muitas mulheres descrevem dor intensa em uma das mamas, mas, ocasionalmente, pode ocorrer dor em ambas as mamas. A dor severa pode ser decorrente do toque e, mesmo, devido ao contato da roupa com a pele. Em estudo realizado sobre os sintomas da mastite, encontram-se os seguintes: vertigem ou fraqueza, náuseas ou vômitos, dificuldade para dormir, anorexia, diarreia, dificuldade para respirar e sede (AMIR & LUMLEY, 2006).

A mastite lactacional pode ser evitada por meio de medidas que impeçam a instalação da estase lática, como a boa pega do bebê, o aleitamento livre, o esvaziamento completo da mama durante a amamentação, a ordenha nos casos de excesso de produção de leite e o estímulo ao aleitamento materno e ao autocuidado (VIEIRA, 2006).

#### 4. CONCLUSÃO

A mastite puerperal é um dos fatores que levam as mães a desmamar seus bebês. Enfatiza-se aqui que a mastite destaca-se como coadjuvante para o desencadeamento das seguintes causas: falta de informação em relação ao ato de amamentar, higienização inadequada das mãos das puérperas, falta de preparo das mamas durante a gravidez.

A elaboração de programas de prevenção e educação às gestantes e puérperas sobre a importância da amamentação faz com que as mesmas se sintam amparadas e acolhidas pelos profissionais de saúde, além de fazer com que estes profissionais consigam realizar seus trabalhos de promoção e proteção à saúde, melhorando, assim, a qualidade de vida destas mulheres. Os trabalhos realizados pelo médico ou pelos profissionais de enfermagem são de grande valia porque incentivam as mães a não abandonarem a amamentação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRÃO, Ana Cristina F. de Vilhena. Amamentação: uma prática que precisa ser aprendida. *Revista de Pediatria*, 2006; 28(2): 79-80.
- AMIR, Lisa H. & LUMLEY, Judith. Women's experience of lactational mastitis: "I have never felt worse". *Australian Family Physician*, 2006, Sept.; 35(9): 745-747.
- ARAÚJO, Raquel Maria A. & ALMEIDA, João Aprígio G. de. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. *Revista de Nutrição*, 2007, julho/agosto; 20(4): 431-438.
- ASSUNÇÃO, Ada Ávila & LUZ, Micheline G. da. O componente afetivo na atividade da enfermagem: o caso do banco de leite humano. *Revista Mineira de Enfermagem*, 2001, janeiro/dezembro; 5(12): 13-19.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde do Estado de São Paulo. Manual da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. p. 25.
- CANALI, Enrico Straliev & KRUEL, Luiz Fernando M. Respostas hormonais ao exercício. *Revista Paulista de Educação Física*, 2001, julho/dezembro; 5(2): 141-53.
- CARRASCOZA, Karina Camillo. 2004. *Fatores determinantes do desmame precoce e do aleitamento materno prolongado*. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas. Piracicaba: Unicamp. 148 p.
- CLÍMACO, Flávia Maria de S. Mamas no ciclo gravídico- puerperal. Hospital Geral de Ipanema, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006. [citado em 10 de março de 2008]. Disponível em: <<https://www.cremerj.com.br/palestras/99.PDF>>.
- CNBB – CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. Pastoral da Criança. Guia do Líder da Pastoral da Criança. [citado em 10 de março de 2008]. Disponível em: <<http://www.pastoraldacrianca.org.br>>.
- FERNANDES, Flávia Bretas U. 2000. *Pensando no bebê: benefícios, técnicas e dificuldades do aleitamento materno*. Monografia. (Especialização em Motricidade Oral). Cefac – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. São Paulo: Cefac. 45 p.
- GIUGLIANI, Elsa Regina J. Amamentação: como e por que promover. *Jornal de Pediatria*, 1994, maio/junho; 73(3): 138-51.
- \_\_\_\_\_. O aleitamento na prática clínica. *Jornal de Pediatria*, 2000; 76(Suppl 3): S238-252.
- \_\_\_\_\_. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *Jornal de Pediatria*, 2004; 80(Suppl 5): S147-154.
- KHALIL, Selma Gaudêncio M. 1998. *A fonoaudiologia orientando o aleitamento materno*. Monografia (Especialização em Motricidade Oral). Cefac – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. São Paulo: Cefac. 26 p.
- KINLAY, Joanne R.; O'CONNELL, Dianne L. & KINLAY, Scott. Incidence of mastitis in breastfeeding women during the six months after delivery: a prospective cohort study. *The Medical Journal of Australia*, 1999, Feb.; 170(4): 192.
- \_\_\_\_\_. Risk factors for mastitis in breastfeeding women: results of a prospective cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2001, Apr.; 25(2): 115-120.
- KVIST, Linda J. *Care and treatment of women with inflammatory symptoms of the breast during lactation*. Dissertation. Faculty of Social and Life Sciences, Nursing Science, Karlstad University Studies. Sweden: 2006.
- MACHADO, L. V. & LAROCCA, Liliansa M. Intercorrências mamárias e desmame precoce – uma abordagem comunicacional. *Cogitare Enfermagem*, 2004; 9(2): 89-98. [citado em 20 de março de 2008]. Disponível em: <<http://www.calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1720/1428>>.
- MATUHARA, Ângela Midori & NAGANUMA, Masuco. Manual instrucional para aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo. *Pediatria* (São Paulo), 2006; 28(2): 81-90.
- MELLO, Paulo Batista M.; KNUPP, Rosângela S.; FERREIRA, Dennis de C. & PASSOS, Mauro Romero L. Importância e possibilidades do aleitamento natural e transmissão de doenças infecciosas para o nascituro. *Pesquisa Brasileira de Odontopediatria Clínica Integral*, 2004, maio/agosto; 4(2): 137-141.
- PACHECO, Débora Ramos. 2005. *Prevalência de complicações relacionadas à amamentação no Hospital Nossa Senhora da Conceição no ano de 2005*. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Fisiote-

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

rapia. Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão: Unisul. 67 p.

PERCEGONI, Nathércia; ARAÚJO, Raquel Maria A.; SILVA, Margarida Maria S.; EUCLYDES, Marilene P. & TINÔCO, Adelson Luís A. Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. *Revista de Nutrição*, 2002, janeiro/abril; 15(1): 29-35.

PRIMO, Cândida C. & CAETANO, Laise Conceição. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. *Journal de Pediatria*, 1999; 75(6): 449-455.

RIBEIRO, Erlane Marques; SAID, Roberta de Almeida; VIEIRA, Monike de Paula G.; ROCHA, Iara Lenina F. & GOMES, Diogo de Melo. O conhecimento das mães sobre aleitamento materno no Hospital São Lucas – Juazeiro do Norte (CE). *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 2004, 17(4): 170-176.

SALES, Acilegna do N.; VIEIRA, Graciete Oliveira; MOURA, Maria do Socorro de Q.; ALMEIDA, Suely Pinto T. de M. Araújo & VIEIRA, Tatiana de Oliveira. Mastite puerperal: estudo de fatores predisponentes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2000; 22(10): 627-632.

SERRA, Sueli Olívia A. & SCOCHI, Carmen Gracinda S. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2004, julho/agosto; 12(4): 597-605.

SILVA, Isília A. 1999. *Construindo perspectivas sobre a assistência em amamentação: um processo interacional*. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP. 168 p.

SILVA, Ruth M. da; PIVETTA, Hedionéia Maria F.; VIEIRA, Eilamaria L.; BATTISTEL, Amara Lúcia Holanda T.; GRACIOLI, Michelle & RIGHI, Rosiana Cordeiro. Incentivo ao aleitamento materno em unidades básicas de saúde de Santa Maria-RS. *Cogitare Enfermagem*, 2007, janeiro/março; 12(1): 95-100.

VAUCHER, Ana Luísa Issler & DURMAN, Solânia. Amamentação: crenças e mitos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2005; 7(2): 207-214.

VIEIRA, Graciete Oliveira; SILVA, Luciana Rodrigues; MENDES, Carlos Maurício C. & VIEIRA, Tatiana de Oliveira. Mastite lactacional e a iniciativa Hospital Amigo da Criança, Feira de Santana, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(6): 1.193-1.200, junho de 2006.

VOLPINI, Cíntia Cristina de A. & MOURA, Erly Catarina de. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. *Revista de Nutrição*, 2005, maio/junho; 18(3): 311-319.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION (SW). WHA Resolution 54.2. Geneva (SW): World Health Organization; 2001.