

Mastite lactacional grave: particularidades da internação à alta

Severe lactational mastitis: characteristics from admission to discharge
Mastitis de la lactancia severa: particularidades desde el ingreso hasta el alta

**Alecssandra de Fátima Silva Viduedo^I, Juliana Rocha de Carvalho Leite^{II},
Juliana Cristina dos Santos Monteiro^{III}, Márcia Cristina Guerreiro dos Reis^{IV},
Flávia Azevedo Gomes-Sponholz^I**

^I Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

^{II} Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

^{III} Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

^{IV} Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Programa de Aleitamento Materno. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Viduedo AFS, Leite JRC, Monteiro JCS, Reis MCG, Gomes-Sponholz FA. Severe lactational mastitis: particularities from admission. Rev Bras Enferm. 2015;68(6):806-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20156806171>

Submissão: 31-03-2015 Aprovação: 14-08-2015

RESUMO

Objetivo: identificar as características de mulheres que sofreram mastite lactacional grave. **Método:** estudo descritivo, retrospectivo e documental, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados de registros da assistência nos prontuários de 114 mulheres internadas no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013. Análise mediante estatística descritiva. **Resultados:** constatou-se maior porcentagem de mastite lactacional grave em mulheres jovens, primíparas, com ensino médio completo, que não tinham companheiro e não trabalhavam fora do lar; 96,5% das mulheres tiveram alguma intercorrência mamária antes da internação e permaneceram internadas em média 4,4 dias; na alta hospitalar 23,7% das mulheres desmamaram. **Conclusão:** este estudo mostrou que a mastite lactacional grave pode causar grandes danos à mulher e ao bebê.

Descritores: Mastite; Perfil de Saúde; Aleitamento Materno.

ABSTRACT

Objective: to identify characteristics of women who have suffered severe lactational mastitis. **Method:** a descriptive, retrospective, documentary, quantitative study was performed. Data were collected from patient records of 114 hospitalized women from January of 2009 to December of 2013. Data were analyzed by using descriptive statistics. **Results:** a higher percentage of severe lactational mastitis was found in young, primiparous women who had completed high school, who had no partner, and did not have a job; 96.5% of women had breast complications before admission and remained hospitalized an average of 4.4 days; at discharge, 23.7% of women had weaned their infants. **Conclusion:** this study showed that severe lactational mastitis can cause great harm to the woman and the baby.

Key words: Mastitis; Health Profile; Breast Feeding.

RESUMEN

Objetivo: identificar las características de las mujeres que sufrieron mastitis severa de la lactancia. **Método:** se realizó investigación descriptiva, retrospectiva y documental con enfoque cuantitativo. Datos eran recogidos procedentes de los registros de hospitalización de las 114 mujeres ingresadas de enero de 2009 a diciembre de 2013. El análisis mediante estadística descriptiva **Resultados:** encontrado una mayor proporción de mastitis de la lactancia severa en mujeres jóvenes, primíparas, que habían completado la escuela secundaria, que no tenían pareja, y que no trabajan fuera de casa, el 96,5% de las mujeres tenía alguna complicación de mama antes de su ingreso al hospital y permanecieron hospitalizados un promedio de 4,4 días, al momento del alta 23,7% de las mujeres renunció a la lactancia materna. **Conclusión:** este estudio mostró que la mastitis de la lactancia severa puede causar un gran daño a la mujer y el bebé.

Palabras clave: Mastitis; Perfil de Salud; Lactancia Materna.

AUTOR CORRESPONDENTE Alecssandra de Fátima Silva Viduedo E-mail: aleviduedo@usp.br

INTRODUÇÃO

A mastite lactacional é um processo inflamatório das mamas, geralmente unilateral, que pode ser acompanhado por infecção. A estase do leite é apontada como desencadeadora da mastite lactacional, agravando-se mediante o processo inflamatório, quando os mecanismos de proteção da puerpera contra a infecção se esgotam⁽¹⁾. A presença de traumas mamilares em mulheres no início do aleitamento é alta e constitui uma porta de entrada para agentes etiológicos que causam mastite⁽²⁾.

Estima-se que mais de 25% das mulheres no período pós-parto tenham tido pelo menos um episódio de mastite lactacional e de 4 a 8% tenham tido episódios recorrentes de mastite⁽³⁾. Estudos reportaram uma incidência de mastite lactacional de 20,6% e 20% no terceiro e sexto meses pós-parto, respectivamente na Nova Zelândia e Austrália⁽⁴⁾. Outro estudo indicou uma incidência de mastite lactacional de 9,5% no terceiro mês pós-parto, nos Estados Unidos⁽⁵⁾.

A Organização Mundial da Saúde veicula a informação de que 74% a 95% dos casos de mastite ocorrem nas primeiras 12 semanas pós-parto⁽¹⁾. A etiologia parece estar associada tanto à estase do leite e traumas mamilares quanto a condições maternas exacerbadas como fadiga, estresse e anemia⁽⁶⁻⁷⁾. Outros aspectos incluem primiparidade, falta de apoio durante o aleitamento materno, ductos bloqueados, mastite anterior⁽⁸⁻⁹⁾. Ainda parecem estar envolvidos com a mastite lactacional idade materna, complicações no parto, trabalho fora do lar e grandes intervalos entre as mamadas⁽¹⁰⁾.

Em 2012, o governo federal do Brasil lançou a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que reforça e incentiva a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para menores de dois anos, no âmbito do Sistema Único de Saúde⁽¹¹⁾.

Dado que o desmame precoce é uma realidade no Brasil, e que as intercorrências mamárias são as principais causas para que a amamentação seja interrompida precocemente, o Ministério da Saúde apoia, nesta nova estratégia, a qualificação dos profissionais da rede pública de saúde⁽¹¹⁾.

Neste sentido, este estudo teve como objetivo identificar e descrever características sociodemográficas, obstétricas e de internação de mulheres que sofreram de mastite lactacional grave e que estiveram hospitalizadas em instituições hospitalares públicas no município de Ribeirão Preto-SP.

Neste artigo, descrevem-se as características de mulheres que estiveram hospitalizadas em instituições hospitalares públicas no município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, para tratamento de mastite lactacional considerada grave devido a necessidade de hospitalização para resolução. Buscou-se compreender o contexto em que as internações ocorreram, com vistas a contribuir para o planejamento de ações de saúde no nível local. Considerou-se que alguns dos fatores desencadeadores da mastite lactacional podem ser evitados, contornados ou solucionados por meio de suporte emocional à nutriz, condutas específicas e ações de promoção e apoio ao aleitamento materno desempenhado pelos profissionais de saúde⁽¹²⁾. Divulgar o perfil de mulheres que desenvolveram mastite lactacional não garante assistência qualificada, no

entanto, proporciona ao profissional conhecimento situacional para traçar estratégias preventivas a fim de minimizar os riscos aos quais as mulheres estão expostas.

Este estudo é relevante, na medida em que identifica o perfil de mulheres que são mais acometidas pela mastite lactacional grave, contribuindo com informações importantes para o planejamento de ações que previnam esse agravo.

Espera-se que ao conhecer as particularidades desta população, os profissionais de saúde tenham mais elementos para atuar na redução de riscos que resultam em mastite seguida de abscesso levando ao desmame precoce e culminando em prejuízos para a mãe e o filho.

MÉTODO

Estudo descritivo, retrospectivo e documental. Utilizou-se dados secundários, de registros da assistência à mulher durante a internação hospitalar.

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, situado na região nordeste do Estado de São Paulo, com população estimada de 605 mil habitantes, sendo aproximadamente 52% mulheres. Ribeirão Preto conta com uma rede de serviços de atenção à saúde de natureza pública, privada e filantrópica, abrangendo os níveis de atenção primária, secundária e terciária. A rede municipal de atenção à saúde está estruturada em cinco distritos de saúde, cada qual com sua área de abrangência definida e contendo uma unidade distrital de saúde na qual são ofertadas especialidades médicas e serviço de pronto atendimento, além de diversas unidades básicas de saúde conforme o dimensionamento do território e população.

O Programa de Aleitamento Materno da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, por meio de um projeto municipal denominado "Floresce uma vida" é responsável pela notificação das internações hospitalares ocasionadas por mastite lactacional em três instituições hospitalares de referência municipal. A equipe do projeto "Floresce uma vida" realiza visita diária a todas as puerperas internadas nos três hospitais de referência. Os casos de mastite lactacional são registrados em fichas próprias com informações referentes à identificação da mulher, informações sobre o parto, avaliação clínica das mamas, evolução e conduta hospitalar frente ao quadro.

Obteve-se, da coordenação do Programa de Aleitamento Materno da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, os dados de todas as mulheres que, no período estabelecido do estudo, foram hospitalizadas nas três instituições de referência para tratamento de mastite lactacional.

Os dados foram compilados eletronicamente em planilha utilizando o programa *Microsoft Office Excel/2007* com dupla digitação e analisados pela estatística descritiva por meio de frequências e medidas de tendência central, com auxílio do programa Prisma 5,0.

A pesquisa foi desenvolvida dentro dos padrões éticos. As normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas com seres humanos, estabelecidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitadas de acordo com a época do desenvolvimento do estudo.

RESULTADOS

No período estudado foram hospitalizadas 114 mulheres para tratamento, em instituições hospitalares de referência do Sistema Único de Saúde no município de Ribeirão Preto, São Paulo.

No ano de 2009 ocorreram 22 (19,3%) internações; em 2010 14 (12,3%), em 2011 25 (21,9%), em 2012 (29-25,4%) e em 2013 foram 24 (21,1%) internações.

O tempo decorrido entre o parto e a ocorrência da mastite teve média de 35 dias, com exceção de três mulheres cujo processo instalou-se tardiamente, entre um ano e um ano e nove meses após o parto. Estas puérperas não apresentaram comorbidades que cursaram com a ocorrência da mastite lactacional.

A média idade das mulheres foi de 23,9 anos ($dp=6,1$), a faixa etária de 20 a 29 anos foi a que correspondeu à maior frequência de internações 62 (54,4%). Quanto à escolaridade, 51(44,7%) tinham ensino médio completo e duas (1,7%) ensino superior completo. A informação sobre a situação conjugal revelou que a maioria não tinha companheiro 64 (56,1%). Do total de 114 mulheres, 64 (56,1%) não trabalhavam fora do lar. Na Tabela 1 estão apresentadas as características sociodemográficas.

Tabela 1 - Distribuição das mulheres hospitalizadas para tratamento de mastite lactacional grave segundo idade, escolaridade, situação conjugal e atividade laboral. Instituições hospitalares do SUS, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014 (N = 114)

Variáveis	n	%
E escolaridade		
Ensino médio completo	51	44,7
Ensino médio incompleto	27	23,7
Ensino fundamental incompleto	19	16,7
Ensino fundamental completo	10	8,8
Ensino superior completo	2	1,7
Analfabeta	1	0,9
Sem registro	4	3,5
Situação conjugal		
Não tem companheiro	64	56,1
Tem companheiro	46	40,4
Sem registro	4	3,5
Atividade laboral		
Não trabalha fora de casa	64	56,1
Trabalha fora de casa	38	33,3
Estudante	8	7,0
Sem registro	4	3,5

Em relação às características obstétricas 73(64,0%) mulheres eram primíparas, 12 (10,5%) sofreram um aborto e 67 (58,8%) eram primigestas. Quanto à gestação atual, todas realizaram acompanhamento pré-natal na rede pública municipal de saúde e 77 (67,5%) tiveram parto normal. Setenta e seis (66,7%) mulheres receberam orientações sobre aleitamento materno durante o acompanhamento pré-natal. Os dados secundários não

permitiram conhecer o conteúdo e as estratégias desenvolvidos nessas orientações. Segue abaixo a Tabela 2 que mostra as características obstétricas dessas mulheres que foram internadas em decorrência de um quadro de mastite lactacional.

Tabela 2 - Distribuição das mulheres hospitalizadas para tratamento de mastite lactacional grave segundo número de gestações, paridade e tipo de parto na última gestação. Instituições hospitalares do SUS, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014 (N = 114)

Variável	n	%
Gestações anteriores		
Primigesta	67	58,8
Secundigesta	26	22,8
Multigesta	21	18,4
Paridade		
Primípara	73	64,0
Secundípara	26	22,8
Multípara	15	13,1
Abortos prévios		
Nenhum	97	85,0
Um	12	10,5
Dois	05	4,4
Tipo de parto na última gestação		
Normal	77	67,5
Cesárea	33	28,9
Fórceps	4	3,5

No momento da internação para tratamento da mastite lactacional, 67 mulheres (58,8%) estavam em aleitamento materno exclusivo, 27 (23,7%) em aleitamento materno misto ou parcial, 3 (2,6%) em aleitamento materno complementado e 15 (13,1%) haviam desmamado seus bebês.

Com exceção de quatro mulheres, todas as outras (110-96,5%) apresentaram algum tipo de intercorrência mamária antes da internação para o tratamento da mastite lactacional. Dentre os problemas relacionados à amamentação, 21 (18,4%) mulheres apresentaram ingurgitamento mamário e 60 (52,6%) tiveram traumas mamilares. Vale ressaltar que duas mulheres já haviam tido abscesso mamário em decorrência do parto recente, um com drenagem cirúrgica e outro com drenagem espontânea. Na Tabela 3 estão apresentados os problemas relacionados ao aleitamento materno antes da internação hospitalar corrente.

Os dados referentes ao tempo de permanência da mulher na instituição mostraram uma duração média de 4,4 dias, com menor período de internação de um dia e o maior de 13 dias. Todas as mulheres que estavam amamentando ficaram com seus bebês em alojamento conjunto.

Das 114 mulheres que foram internadas para o tratamento de mastite lactacional, 62 (54,4%) apresentaram abscesso mamário no momento da internação. Destas 62, 57(91,9%) foram drenadas cirurgicamente, 04 (6,5%) foram drenagens espontâneas e houve um caso (1,6%) de abscesso crônico.

Tabela 3 - Distribuição das mulheres hospitalizadas para tratamento de mastite lactacional grave segundo problemas relacionados ao aleitamento materno antes da internação hospitalar corrente. Instituições hospitalares do SUS, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014 (N = 114)

Problema relacionado ao aleitamento materno	F	%	Especificações
Ingurgitamento mamário	21	18,4	Tipo de trauma mamário
Traumas mamilares	60	52,6	20 fissuras mamilares 6 escoriações mamilar 9 dor 9 hiperemia 1 vesícula 15 traumas mamilares sem especificações
Mastite (sem hospitalização)	7	6,1	Tipo de drenagem
Drenagem de abscesso mamário anterior	2	1,7	1 cirúrgico 1 espontâneo
Outros	20	17,5	Outros problemas: 13 hipertermia 7 dificuldade para amamentar

Dentre as 62 nutrízes, antes da resolução do abscesso, 25 nutrízes suspenderam a amamentação temporariamente. Após a resolução do abscesso, dentre as 25 nutrízes, 09 (36%) restabeleceram o aleitamento materno exclusivo antes da alta hospitalar, 09 (36%) migraram para o aleitamento materno misto e sobre as restantes, 07 (28%), não havia registro acerca do tipo de alimentação do bebê.

Dos 62 abscessos mamários foram colhidas amostras de secreção para cultura em 52 (83,9%) casos, não houve coleta de secreção em 10 (16,1%). Dos 52 casos com coleta de cultura 27 (51,9%) tiveram resultado positivo para *Staphylococcus aureus*; 1 (1,9%) teve resultado positivo para *Streptococcus agalactiae*; em uma das culturas não houve crescimento de nenhum micro-organismo (1,9%) e em 23 (44,2%) casos os resultados não foram anotados no prontuário.

A ordenha manual, como tratamento clínico, foi realizada por 96 (84,2%) das mulheres. As fontes de dados utilizadas no estudo não referem se a técnica foi realizada pela mulher, pelo profissional de enfermagem ou pela mulher com auxílio do profissional.

No momento da alta hospitalar da internação referente ao tratamento da mastite, das 114 mulheres, 56 (49,1%) estavam amamentando em ambas as mamas, 12 (10,5%) estavam em aleitamento materno misto ou complementado, 27 (23,7%) mulheres desistiram da amamentação e em 19 (16,7%) fichas não constava essa informação.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo permitiram conhecer as características de mulheres que foram internadas por mastite lactacional grave, no município de Ribeirão Preto, SP. Estas

particularidades também alertam para um possível grupo de mulheres vulnerável à mastite.

A mastite lactacional pode ocasionar o desmame precoce⁽¹³⁾. Um dos fatores que pode causar o desmame precoce é o perfil sociodemográfico das nutrízes como, por exemplo, baixo nível de escolaridade, idade materna, baixa renda e as que não possuem companheiro⁽¹⁴⁾.

A idade materna, não está diretamente ligada à mastite lactacional⁽¹⁵⁾, no entanto, há indícios de que mulheres jovens tenham mais dificuldades para amamentar devido à insegurança e inexperiência⁽¹⁶⁾. Isto pode levar a dificuldade no aleitamento materno culminando em problemas mamários e consequentemente ao desmame precoce.

Quanto à escolaridade das mulheres, não há consenso na literatura em relação ao risco para desenvolver mastite lactacional. Um estudo refere que mulheres com baixo nível de escolaridade são mais vulneráveis ao desenvolvimento de mastite⁽¹⁷⁾, outro refere que mulheres com maior nível de escolaridade estão expostas ao mesmo risco⁽¹⁵⁾, o que coincide com os nossos achados.

Estudos apontam associação de proteção relativa à mastite, quando a nutriz não está trabalhando fora de casa⁽¹⁷⁾. Isto não foi observado neste estudo, pois 56,1% das mulheres não exerciam atividade remunerada fora do domicílio.

O apoio familiar é apontado como benéfico na diminuição do estresse causado pela amamentação, que é um fator de risco para desenvolver mastite lactacional⁽¹⁷⁾. Este fato chama atenção para necessidade de ajuda e apoio emocional que a mulher necessita no período de amamentação, incluindo a divisão de tarefas domésticas, para que a mãe disponha de mais tempo livre para a amamentação⁽⁸⁾. Outro estudo mostra que a família e o companheiro exercem grande influência

para o estabelecimento do aleitamento materno⁽¹²⁾. Além disso, o envolvimento dos profissionais de saúde na orientação relacionada à importância do aleitamento materno também é muito importante⁽¹³⁾.

Os dados não possibilitam afirmar se a falta do companheiro influenciou nas dificuldades que as mulheres deste estudo tiveram no processo de aleitamento materno, mas possibilita dizer que 56,1% das mulheres não tinham companheiro e tiveram dificuldade na amamentação.

Quando nos referimos as características obstétricas é unânime a contribuição de outros autores que afirmam que a primíparas têm maior chance de desenvolver mastite lactacional^(1,8). No nosso estudo, houve maior porcentagem de primíparas (64,0%). Mulheres que nunca amamentaram podem ser mais ansiosas e como resultado interferir no processo de amamentação⁽⁸⁾.

Não encontramos estudos que mostram associação entre o tipo de parto e mastite lactacional. No entanto, indiretamente, sabemos que o parto cesárea desfavorece a amamentação, possivelmente devido aos procedimentos invasivos e a demora em iniciar a amamentação. Um estudo chinês mostra a influência do parto cesárea nas taxas de amamentação, sugerindo que mulheres submetidas ao parto cesárea têm menores taxas de aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar⁽¹⁸⁾. A amamentação exclusiva evita o ingurgitamento mamário que é precursor para o desenvolvimento da mastite⁽¹⁾.

Além dos benefícios apontados anteriormente de manter o aleitamento materno exclusivo, outro aspecto importante é que esta prática diminui os custos tanto para família quanto para o Estado.

Para família, com a chegada do bebê é bom pensar em poupar gastos na compra de fórmulas lácteas ou outro tipo de leite. Estudo mostra que uma família gasta em média 35% do salário mínimo na compra de fórmulas lácteas⁽¹⁹⁾. Para o governo, diminui os gastos com internações de crianças que são mais suscetíveis a doenças na falta do aleitamento materno, e as internações da própria mãe que são suscetíveis a vários acometimentos^(12,19), inclusive a mastite.

No nosso estudo, as mulheres ficaram internadas em média 4,4 dias para tratamento, mas algumas ficaram mais de uma semana, o que também causa prejuízos financeiros para o governo e um grande custo emocional para mulher e para o bebê. Possivelmente estar fora do ambiente familiar não é confortável para ambos, o que pode não favorecer a amamentação, causando ainda mais danos, pois a amamentação eficaz previne o ingurgitamento e auxilia na recuperação da mama.

Os prejuízos são ainda maiores quando a mulher desenvolve abscesso mamário⁽¹⁾. Nestes casos elas são submetidas a drenagem cirúrgica o que propicia o desmame devido ao desconforto da amamentação após a cirurgia, além da preocupação com os resultados estéticos que esse procedimento acarreta⁽²⁰⁾. O suporte clínico e emocional adequado à mulher é determinante para a manutenção do aleitamento materno; quando ela não é acolhida e orientada adequadamente é possível recursor-se a amamentar, tanto nesta, quanto nas próximas gestações⁽¹⁾.

No presente estudo, 54,4% das mulheres tiveram abscesso mamário e apenas 21% conseguiram manter o aleitamento

materno exclusivo no período de tratamento. Isto reafirma a citação anterior, quanto ao alto risco de desmame nessas situações.

A literatura mostra que a incidência de abscesso mamário varia entre 3% a 11%⁽⁴⁻⁵⁾. O nosso estudo revelou uma porcentagem bem maior que a usualmente descrita na literatura. A bactéria mais comum encontrada em cultura de secreção de abscesso mamário é o *Staphylococcus aureus*^(1,4) o que coincide com nossos achados, já que, 51,9% tiveram resultado positivo para este microrganismo.

Estes casos de mastite infectada são considerados os mais graves. A fim de minimizar os danos, a mulher deve estar o mais confortável possível. Antibióticos e medicações sintomáticas ajudam-na a sentir-se melhor e proporcionam mais conforto na remoção efetiva do leite, o que é essencial na recuperação da mama afetada. Na impossibilidade de manter o aleitamento materno a ordenha deve ser realizada até haver condições de restabelecimento da amamentação⁽¹⁾.

Mediante o exposto, podemos, em parceria com gestores e outros profissionais de saúde trabalhar em ações preventivas e avançar nas metas relacionadas ao aleitamento materno, assumidas pelos diferentes níveis de organização dos serviços de saúde.

A realização deste estudo em uma única região do município de São Paulo pode ser considerada uma limitação, não permitindo generalizações. No entanto, vale ressaltar que a divulgação destes achados pode despertar o interesse por novos estudos em outros cenários, o que pode colaborar para o avanço na prevenção de mastite lactacional grave em mulheres potencialmente vulneráveis.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados neste estudo mostraram que a mastite lactacional grave pode causar grandes danos à mulher e ao bebê. Os profissionais de saúde devem estar atentos aos sinais de mastite principalmente em mulheres jovens, primíparas, que não chegaram ao ensino superior, sem companheiro e no primeiro mês pós-parto.

As nutrizes dão sinais de que existem problemas relacionados à amamentação antes de complicações que necessitem de internação, como: traumas mamilares, ingurgitamento mamário, hipertermia, dificuldade para amamentar, que com certeza não são bons sinais, mas se resolvidos prontamente podem prevenir o agravamento do caso.

Havendo necessidade de internação, é importante a nutriz e o bebê ficarem juntos em um ambiente confortável e que permita que a mulher receba apoio de seus familiares e companheiro. A equipe de saúde também é uma peça muito importante na facilitação do processo de aleitamento materno e na abreviação do período de internação.

A mastite lactacional é uma consequência do manejo inadequado ou tardio de uma intercorrência mamária. Nossa expectativa é a de que os profissionais de saúde que atendem mulheres em aleitamento materno possam atuar na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno exclusivo e complementar.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Mastitis. Causes and management. [Internet]. Geneva: WHO [Internet]. 2000[cited 2015 Apr 13]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_00_13/en/.
2. Amir LH: Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee: ABM clinical protocol #4: Mastitis, revised March 2014. Breastfeeding Med [Internet]. 2014[cited 2015 Mar 30];9(5):239-43. Available from: http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/2014_Updated_Mastitis6.30.14.pdf
3. Tang L, Lee AH, Qiu L, Binns CW. Mastitis in chinese breastfeeding mothers: a prospective cohort study. Breastfeeding Med [Internet]. 2014[cited 2015 Mar 30];9(1):35-38. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/bfm.2013.0032>
4. Amir LH, Forster D, McLachlan H, Lumley J. Incidence of breast abscess in lactating women: report from an Australian cohort. BJOG [Internet]. 2004[cited 2015 Jun 18];111(12):1378-81. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2004.00272.x/epdf>
5. Foxman B, D'Arcy H, Gillespie B, Bobo JK, Schwartz K. Lactation mastitis: occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. Am J Epidemiol [Internet]. 2002[cited 2015 Jun 18];155(2):103-114. Available from: <http://aje.oxfordjournals.org/content/155/2/103.full.pdf+html>
6. Betzold C. An update on the recognition and management of lactational breast inflammation. J Midwifery Womens Health [Internet]. 2007[cited 2015 Jun 18];52(6):595-605. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/565616>
7. Lee IW, Kang L, Hsu HP, Kuo PL, Chang CM. Puerperal mastitis requiring hospitalization during a nine-year period. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2010[cited 2015 Mar 30];203(4):332.e1-6. Available from: <http://www.science.direct.com/science/article/pii/S0002937810005818>
8. Sales AN, Vieira GO, Moura MSQ, Almeida SPTMA, Vieira TO. [Mastite puerperal: fatores predisponentes]. RBGO [Internet]. 2000[cited 2015 Mar 30];22(10):627-632. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v22n10/v22n10a4.pdf> Portuguese.
9. Strong GD. Provider management and support for breastfeeding pain. JOGNN [Internet]. 2011[cited 2015 Mar 30];40(6):753-764. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2011.01303.x/epdf>
10. Barbosa-Cesnik C, Schwartz K, Foxman B. Lactation Mastitis. JAMA. 2003;289(13):1609-1612.
11. Ministério da Saúde. Portaria nº 1920, de 5 de setembro de 2013. Estabelece a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 06 set. 2013.
12. Machado MMT, Bosi MLM. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da rede de serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]. 2008[cited 2015 Mar 30];8(2):187-196. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n2/06.pdf>
13. Aguiar H, Silva AI. Aleitamento materno: a importância de intervir. Acta Med Port [Internet]. 2011[cited 2015 Mar 30];24(s4):889-896. Available from: <http://acta-medicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1581/1164>
14. Joca MT, Monteiro MAA, Barros SKS, Pinheiro AKB, Raefelle LO. [Factors that contribute to early weaning]. Esc Anna Nery [Internet]. 2005[cited 2015 Mar 30];9(3):356-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v9n3/a04v9n3.pdf> Portuguese.
15. Kinlay JR, O'Connell DL, Kinlay S. Risk factors for mastitis in breastfeeding women: results of a prospective cohort study. Aust N Z J Public Health [Internet]. 2001[cited 2015 Mar 10];25(2):115-20. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1753-6405.2001.tb01831.x/epdf>
16. Lima APE, Javorski M, Vasconcelos MGL. [Eating habits in the first year of life]. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011[cited 2015 Mar 30];64(5):912-18. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a17v64n5.pdf> Portuguese.
17. Vieira GO, Silva LR, Mendes CMC, Vieira TO. [Lactational mastitis and Baby-Friendly Hospital Initiative, Feira de Santana, Bahia, Brazil]. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006[cited 2015 Mar 30];22(6):1193-2000. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/08.pdf> Portuguese.
18. Qiu L, Binns C, Zhao Y, Lee A, Xie X. Breastfeeding following caesarean section in Zhejiang Province: public health implications Asia Pac J Public Health [Internet]. 2008[cited 2015 Mar 30];20(Suppl):S220-227. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19533885>
19. Araújo MFM, Del Fiaco A, Pimentel LS, Schmitz BAS. Costs and savings for the family as the result of breast feeding. Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]. 2004[cited 2015 Mar 30];4(2):135-141. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n2/20999.pdf>
20. Martić K, Vasilj O. Extremely large breast abscess in a breastfeeding mother. J Hum Lact [Internet]. 2012[cited 2015 Mar 30];28(4):460-3. Available from: <http://jhl.sagepub.com/content/28/4/460.long>