**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ALECSSANDRA F. S.VIDUEDO

Mastite lactacional: registro baseado em evidências

**Ribeirão Preto
2014**

ALECSSANDRA F. S. VIDUEDO

Mastite lactacional: registro baseado em evidências

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz

Ribeirão Preto
2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Viduedo, Alecssandra de Fátima Silva

Mastite lactacional: registro baseado em evidências. Ribeirão Preto, 2014.
140 p.: il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Flávia Azevedo Gomes-Sponholz

1. Mastite. 2. Saúde da Mulher. 3. Medicina baseada em evidências.
4. Enfermagem.

VIDUEDO, Alecssandra de Fátima Silva

Mastite lactacional: registro baseado em evidências

Tese de doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

*A Deus! sem a força que ele nos dá todos os dias, nada seria possível
A minha mãe, **Divina** por ser uma mulher que nunca mediu esforços para ver a felicidade dos
que a rodeiam.*

*Ao meu pai, **Horácio**, por ter sido um homem de bons princípios, e que me ensinou pelo
exemplo.*

*Aos meus irmãos, **João Cláudio e Cesar Augusto**, que eu amo com todo meu coração, a
convivência com eles me tornou uma pessoa melhor.*

*À minha cunhada **Luciana** e aos meus sobrinhos **Valentina e Victor**, por alegrarem minha
vida.*

AGRADECIMENTOS

A Santa Rita e Nossa Senhora de Fátima, por todas as graças que recebi ao longo da minha vida.

*Às professoras **Dra. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz**, pela oportunidade e confiança que depositou em mim; além dos ensinamentos de positividade em todas as orientações.*

*À professora **Dra. Maria Helena Larcher Caliri**, pela amizade, desde a minha graduação, sempre me apoiando na minha vida pessoal e profissional.*

Aos Professores, da minha banca de qualificação, por terem , colaborando com a melhoria da pesquisa.

*À professora **Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado**, por uma nova amizade, que se tornou especial para mim.*

*A minha amiga **Veruska Luzia de Oliveira**, a irmã de coração, sempre presente nos bons e principalmente nos momentos não tão bons.*

*Aos meus amigos **Sara Barbosa, Thaís Herrero, e Eduardo Crossara**, que dividem o teto comigo. Pelas risadas, conselhos, ensinamentos e amizade.*

*À **Marcia**, enfermeira e coordenadora do Programa de Aleitamento Materno de Ribeirão Preto, que não mediu esforços para me ajudar.*

*A todos do programa **Floresce uma vida**, por me tratarem com respeito e me apoiarem em tudo de que necessitei.*

Aos colegas da Pós-graduação e fora dela, pelo apoio nesta jornada.

À Secretaria Municipal de Ribeirão Preto, por aceitar e colaborar para a realização deste trabalho.

Aos funcionários da Mater, pela atenção e ajuda prestada no período que passei por lá.

Às funcionárias do CRAE da EERP, Maria de Lourdes e Eliana, pelo apoio nos dias de desespero e pelos sorrisos nos dias de alegria.

Aos docentes e funcionários da EERP – USP, que contribuíram para minha formação.

RESUMO

VIDUEDO, A. F. S. **Mastite lactacional: registro baseado em evidências**. 2014. 140 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A mastite lactacional é um processo inflamatório da mama que pode, ou não ser acompanhada de infecção, causa manifestações clínicas desconfortáveis, contribuindo para o desmame precoce, onerando os custos no cuidado, tornando-se um problema de saúde pública. Este estudo teve como objetivo propor uma nova ficha de registro para mulheres que internam por mastite lactacional no município de Ribeirão Preto, com base na prática assistencial e evidências científicas. Foi desenvolvido em três fases, a primeira buscou informações para o tratamento de mulheres que necessitaram de internação na rede pública hospitalar do município de Ribeirão Preto em registros do projeto “Floresce uma vida”, vinculado ao Programa de Aleitamento Materno de Ribeirão Preto e em prontuários médicos, a segunda visou a buscar evidências científicas para o tratamento de mastite lactacional através de revisão integrativa de literatura e a terceira fase constou de uma nova proposta de ficha para registro de mulheres que necessitam de internação no município de Ribeirão Preto. A fase I mostrou o perfil de 114 mulheres internadas para tratamento de mastite lactacional na rede pública de referência entre os anos de 2009 a 2013. As características dos dados sociodemográficos não coincidem com o que vem sendo descrito na literatura atual. Em relação aos dados obstétricos o estudo mostrou que as mais acometidas são as primíparas e que a maioria teve alguma intercorrência frente à amamentação antes da necessidade de internação, 62 (54,4%) mulheres tiveram abscesso mamário, 27 (51,9%) tiveram resultado de *Staphylococcus aureus* e 21(18,4%) desmamaram em consequência do abscesso. A terapêutica para mastite lactacional uniu medicação tópica, sistêmica e terapêutica complementar. A fase II selecionou nove artigos que respondiam à questão do estudo entre 2000-2013, as terapêuticas encontradas para mastite lactacional foram alternativas com probióticos, convencional e para abscessos. A fase III validou a nova “Ficha de registro da assistência à mulher na amamentação durante a internação por intercorrências mamárias” com a concordância de especialistas entre 80% e 100%. Este estudo uniu a prática assistencial e evidências científicas como base na formulação de um instrumento com o objetivo de identificar práticas não aceitáveis para mastite lactacional, proporcionando aos profissionais de saúde melhores informações no desenvolvimento de sua prática clínica.

.

Palavras-chave: Mastite. Saúde da Mulher, Medicina baseada em evidências. Enfermagem

ABSTRACT

VIDUEDO, A. F. S. **Lactational mastitis: evidence-based records**. 2014. 140 f. Thesis (Doctorate) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Lactational Mastitis is an inflammation of the breast that may or may not be accompanied by infection, cause uncomfortable clinical manifestations, contributing to early weaning, burdening the cost in care, making it a public health problem. This study aimed to propose a new record form to women hospitalized for lactational mastitis in Ribeirão Preto, based on care practice and scientific evidence. Was developed in three phases, the first information sought for the treatment of women who required hospitalization in the public health hospitals in Ribeirão Preto in the "Bloom a Life" project, linked to the Breastfeeding Program of Ribeirão Preto, and hospital records, the second aimed sought scientific evidence for the treatment of lactational mastitis through integrative literature review and the third phase included a new proposal of a record form for women who require hospitalization in Ribeirão Preto. Phase I showed the profile of 114 women hospitalized for treatment of lactation mastitis in public reference hospitals between the years 2009 and 2013. A Sociodemographics characteristic of the data does not coincide with what has been described in the literature. Regarding obstetric data the study showed that the most affected are the primiparous women and the majority had some complication towards breastfeeding before hospitalization, 62 (54.4%) women had breast abscess, 27 (51.9%) of the breast milk was colonized by *Staphylococcus aureus* and 21 (18.4%) weaned as a result of the abscess. The treatment for lactational mastitis attached topical, systemic therapy and complementary medicine. Phase II selected nine articles that answered the question of the study between 2000-2013, the therapeutic lactational mastitis were with three categories: alternate with probiotics, conventional and abscesses. Phase III validated the new "Registration Card assisting women with breastfeeding during hospitalization for breast complications" with the agreement of experts from 80% to 100%. This study joined the healthcare practice and scientific evidence as a basis in formulating an instrument in order to identify unacceptable practices for lactational mastitis, providing healthcare professionals information on the development of best clinical practice.

Keywords: Mastitis. Women's Health. Evidence-Based Medicine. Nursing

RESÚMEN

VIDUEDO, A. F. S. **Mastitis de la lactancia: registros basados en la evidencia.** 2014. 140 f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Lactancia Mastitis es una inflamación de la mama que pueden o no estar acompañada por una infección, causar manifestaciones clínicas desagradables, lo que contribuye a un destete temprano, cargar el costo de la atención, por lo que es un problema de salud pública. Este estudio tuvo como objetivo proponer una nueva pestaña a las mujeres hospitalizadas por mastitis de la lactancia en Ribeirão Preto, sobre la base de su práctica y la evidencia científica. Fue desarrollado en tres fases, la primera información que se busca para el tratamiento de mujeres que requirieron hospitalización en el hospital de la red pública en Ribeirão Preto, en el proyecto "Florece una vida", vinculada al Programa de Lactancia Materna de Ribeirão registros negros y registros médicos, el segundo tuvo como objetivo buscar la evidencia científica para el tratamiento de la mastitis de la lactancia mediante la revisión integradora de la literatura y la tercera fase incluye un nuevo formato de la propuesta para grabar las mujeres que requieren hospitalización en Ribeirão Preto. Fase I mostró el perfil de 114 mujeres hospitalizadas para el tratamiento de la mastitis de la lactancia en la referencia pública entre los años 2009 y 2013. Características sociodemográficas de los datos no coincide con lo que se ha descrito en la literatura. En cuanto a los datos obstétricos del estudio mostraron que los más afectados son los primíparas y la mayoría tuvo ninguna complicación hacia la lactancia materna antes de la necesidad de hospitalización, 62 (54,4%) mujeres tuvieron absceso mamario, 27 (51,9%) *Staphylococcus aureus* fue el resultado y 21 (18,4%) destetado como resultado del absceso. El tratamiento para la mastitis de la lactancia se reincorporó, la terapia sistémica de actualidad y la medicina complementaria. Fase II seleccionado nueve artículos que respondieron a la pregunta del estudio, en 2000-2013, se encontró que las mastitis de la lactancia terapéuticos para alternar con los probióticos, convencionales y abscesos. Fase III validó la nueva "tarjeta de registro de asistencia a las mujeres con la lactancia materna durante la hospitalización por complicaciones de mama" con el acuerdo de los expertos del 80% al 100%. Este estudio incorporó a la práctica asistencial y la evidencia científica como base para la formulación de un instrumento con el fin de identificar las prácticas inaceptables para la mastitis de la lactancia, el suministro de información los profesionales sanitarios en el desarrollo de la mejor práctica clínica.

Palabras-clave: Mastitis. Salud de la mujer. Medicina Basada en Evidencia. Enfermería

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-.	Distribuição das mulheres hospitalizadas para tratamento de mastite lactacional, segundo idade, escolaridade, atividade laboral e situação conjugal. Instituições hospitalares do SUS, Ribeirão Preto, janeiro de 2009 a dezembro de 2013. n=114.....	44
Tabela 2-.	Distribuição das mulheres hospitalizadas para tratamento de mastite lactacional, segundo número de gestações, paridade e tipo de parto na última gestação. Instituições hospitalares do SUS, Ribeirão Preto, janeiro de 2009 a dezembro de 2013. n=114.....	45
Tabela 3-.	Distribuição das mulheres hospitalizadas para tratamento de mastite lactacional, segundo problemas relacionados ao aleitamento materno antes da internação hospitalar corrente. Instituições hospitalares do SUS, Ribeirão Preto, janeiro de 2009 a dezembro de 2013. n=114.....	46
Tabela 4-.	Distribuição das publicações quanto ao tipo de revista ire fator de impacto. Ribeirão Preto, 2014.....	62
Tabela 5-.	Distribuição de juízes segundo, sexo, profissão, anos de trabalho, cargo que ocupa, e local de atendimento. Ribeirão Preto, 2014.....	90

Tabela 6-	Distribuição de juízes segundo, pós-graduação, área de pós-graduação, anos de formado, anos de especializado, pesquisa e publicações na área. Ribeirão Preto, 2014.....	91
-----------	---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-.	Apresentação da estratégia de busca nas bases de dados selecionadas, Ribeirão Preto, 2014.....	56
Quadro 2-.	Distribuição dos critérios utilizados para exclusão das publicações inicialmente identificadas nas bases de dados investigadas. Ribeirão Preto, 2014.....	60
Quadro 3-.	Apresentação resumida do estudo 01, incluído na categoria “Terapêutica alternativa e/ou complementar baseada em probióticos”. Ribeirão Preto, 2014.....	64
Quadro 4-.	Apresentação resumida do estudo 02, incluído na categoria “Terapêutica alternativa e/ou complementar baseada em probióticos”. Ribeirão Preto, 2014.....	65
Quadro 5-.	Apresentação resumida do estudo 03, incluído na categoria “Terapêutica alternativa e/ou complementar baseada em probióticos”. Ribeirão Preto, 2014.....	66
Quadro 6-.	Apresentação resumida do estudo 4, incluído na categoria analítica “Terapia convencional”. Ribeirão Preto, 2014.....	67
Quadro 7-.	Apresentação resumida do estudo 5, incluído na categoria analítica “Terapia convencional”. Ribeirão Preto, 2014.....	69
Quadro 8-.	Apresentação resumida do estudo 6, incluído na categoria analítica “Terapia convencional”. Ribeirão Preto, 2014.....	70
Quadro 9-.	Apresentação resumida do estudo 7, incluído na categoria analítica “Terapia convencional”. Ribeirão Preto, 2014.....	71
Quadro 10-.	Apresentação resumida do estudo 8, incluído na categoria	

	analítica “Terapêutica para mastite abscedada”. Ribeirão Preto, 2014.....	72
Quadro 11-	Apresentação resumida do estudo 9, incluído na categoria analítica “Terapêutica para mastite abscedada”. Ribeirão Preto, 2014.....	73
Quadro 12-	Avaliação dos juízes referente às questões do item 1 identificação/dados sociodemográficos. Ribeirão Preto, 2014.....	94
Quadro 13-	Avaliação dos juízes referente às questões do item 2 dados obstétricos. Ribeirão Preto, 2014.....	95
Quadro 14-	Avaliação dos juízes referente às questões do item 3 identificação do recém-nascido. Ribeirão Preto, 2014.....	97
Quadro 15-	Avaliação dos juízes referente às questões do item 4 avaliação clínica da puérpera. Ribeirão Preto, 2014.....	99
Quadro 16-	Avaliação dos juízes referente às questões do item 5 conduta hospitalar/tratamento. Ribeirão Preto, 2014.....	101
Quadro 17-	Avaliação dos juízes referente a ficha em sua totalidade. Preto, 2014.....	101

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-.	Fases do estudo e desenvolvimento.....	39
Figura 2-	Trajetória de busca das publicações.....	61

LISTA DE SIGLAS

AME	Aleitamento Materno Exclusivo
OMS	Organização Mundial da Saúde
AM	Aleitamento Materno
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
UNICEF	Fundo das Nações Unidas pela Infância
MS	Ministério da Saúde
AMP	Aleitamento Materno Predominante
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
ABM	Academy of Breastfeeding Medicine
WHO	World Health Organization
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
PBE	Prática Baseda em Evidências
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-Universidade de S
CINAHL	Cummulative Index to Nursing na Allied Health
EMBASE	Excerpta Medica
CENTRAL	Cochrane Central Register of Controlled Trials
MEDLINE	Literature Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
PUBMED	Public Medline or Publisher Medline
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MESH	Medical Subject Headings
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	19
2	INTRODUÇÃO.....	22
2.1	A importância do aleitamento materno e consequências de traumas mamilares.....	23
2.2	Recomendações de condutas terapêuticas para mastite lactacional...	29
2.3	Evidências científicas e o processo de validação do conhecimento.....	33
3	OBJETIVOS.....	36
3.1	Objetivos gerais.....	37
3.2	Objetivos específicos.....	37
4	DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO.....	38
4.1	Aspectos éticos.....	40
5	FASE-I.....	41
5.1	Perfil sociodemográfico, obstétrico e de internação de mulheres hospitalizadas por mastite lactacional Características sociodemográficas das mulheres.....	42
5.2	Características sociodemográficas das mulheres.....	43
5.3	Características obstétricas.....	44
5.4	Características de internação hospitalar.....	46
5.5	Discussão dos dados.....	48
5.6	Algumas considerações sobre os dados discutidos.....	51
	Busca de literatura e seleção da amostra.....	
6.0	FASE-II REVISÃO INTEGRATIVA.....	52
6.1	Desenvolvimento da fase II.....	53
6.1.1	Etapa 1. Identificação do problema e formulação da questão norteadora.....	53
6.1.2	Etapa 2. Busca na literatura.....	54
6.1.3	Etapa 3. Extração dos dados.....	58
6.1.4	Etapa 4. Análise dos dados ou interpretação dos dados.....	58
6.1.5	Etapa 5. Apresentação dos resultados.....	59
6.1.5.1	Caracterização dos estudos selecionados.....	62
6.1.5.2	Apresentação e síntese dos estudos primários.....	63
6.1.5.3	Discussão nos estudos primários selecionados.....	74
6.1.6	Implicações da presente revisão integrativa para prática.....	84

7	FASE III-ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO.....	85
7.1	Desenvolvimento da elaboração da ficha.....	86
7.2	Validação da ficha.....	88
8	RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS.....	90
8.1	Caracterização dos juízes.....	90
8.2	Validação da ficha pelos juízes.....	92
8.3	Adaptação da ficha após a validação pelos juízes.....	103
9	RESULTADOS.....	105
10	REFERÊNCIAS.....	107
	APÊNDICE.....	125
	ANEXO.....	138

1 . APRESENTAÇÃO

Desde o início da graduação já sabia que gostaria de me dedicar à saúde da mulher na minha vida profissional.

Após a graduação, em 1995, iniciei a especialização em enfermagem obstétrica na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), mas como nada é perfeito, à tarde trabalhava no pós-operatório de transplante hepático do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo. Foi uma boa experiência, principalmente porque tive mais certeza da minha vocação para a saúde da mulher.

Ao término da especialização, fui transferida para a maternidade do mesmo hospital. Tive a chance de trabalhar em todos os setores da maternidade desde a triagem obstétrica, passando pela sala de parto e berçário até o puerpério. Como recém-formada essa experiência foi muito rica para o desenvolvimento da minha prática profissional. O hospital era público, e a demanda da maternidade era alta, o que me proporcionou vivenciar diferentes situações.

Quando me senti mais segura como enfermeira obstetra, apenas a prática já não me bastava. A experiência, no período de graduação com a iniciação científica na graduação, possibilitou-me identificar o campo de trabalho também como um campo de estudo para melhoria da qualidade da assistência de enfermagem obstétrica.

Com essa inquietação em 1998, fiz minha primeira tentativa de ingressar na pós-graduação *stricto sensu*, prestando o mestrado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, porém sem sucesso.

Confesso que fiquei um pouco frustrada com essa negativa, mas a minha vontade de trabalhar com mulheres que me faziam útil era maior. Neste mesmo ano pedi demissão do Hospital Beneficência Portuguesa para trabalhar na maternidade do Hospital Santa Helena em São Paulo. Foi uma mudança drástica, pois a maternidade era menor, mas a minha qualidade de vida era maior.

Alguns meses depois, fui promovida para coordenar o plantão noturno deste mesmo hospital. Com o intuito de não me afastar tanto da prática obstétrica, aceitei alguns plantões na maternidade do Hospital Cruz Azul, também em São Paulo, e mantive meu cargo de coordenação no Hospital Santa Helena.

No Cruz Azul, me dedicava apenas à triagem obstétrica e à sala de parto, eu era a única enfermeira obstetra no plantão e tinha autonomia para tomar decisões trabalhando com a equipe de médicos obstetras. Essa experiência me fazia muito feliz, eu compensava os plantões de coordenação, onde não estava tão próxima da

maternidade com esses.

Ainda não havia abandonado a minha vontade de me dedicar à pesquisa e ensino, quando fui convidada para supervisionar alunos de graduação da Escola de Enfermagem da Faculdade do Hospital Albert Einstein em atividades teórico-práticas no puerpério. Após esta experiência, tive a certeza de que gostaria de continuar fazendo isso no futuro.

Foi aí que me surgiu um novo convite, o de ajudar na idealização de uma maternidade no Hospital São Cristóvão em São Paulo. Tive a chance de participar de todo o processo, desde o projeto da planta física da maternidade, escolha de equipamentos, materiais até o recrutamento e treinamento de funcionários.

Foi uma experiência muito compensadora, mas ainda faltava alguma coisa. Com toda essa bagagem acumulada, decidi em 2003 concorrer a uma vaga como docente especialista na Universidade São Francisco em Bragança Paulista, fui aprovada e comecei a me dividir entre o trabalho no hospital e na Universidade. No início de 2004 decidi deixar o hospital e seguir o desejo que tinha desde quando era recém-formada, seguir na docência.

No primeiro ano como docente me dediquei à disciplina de saúde da mulher e do recém-nascido, no segundo ano vieram outras disciplinas que demandavam outras habilidades. Estar na docência me exigiu aprender um pouco a cada dia, e o contato com os alunos fez-me lembrar de que temos a necessidade de aprender cada vez mais.

Nesse momento, resolvi que era o momento de tentar novamente ingressar no mestrado e comecei a cursar disciplinas como aluna especial, uma delas tratava do ciclo vigília-sono, o que me despertou a curiosidade em relação às frequentes queixas de sono das gestantes no período pré-natal.

Iniciei uma pesquisa no assunto o que me levou a escrever um projeto, mas ainda necessitava que alguém se interessasse por ele, foi nesse momento que conheci minha futura orientadora, que me incentivou a ingressar no mestrado e me aprofundar nesta temática. Em 2005, ingressei no mestrado, foram dois anos difíceis, mas de muito aprendizado.

Já mestre, as demandas na universidade aumentaram, passei a ter regime integral de trabalho, o que me exigia dedicar-me a outras atividades administrativas. Assim, seguir para o doutorado, era um plano para o futuro.

Em 2009, saí do país para vivenciar a enfermagem em outros cenários, sendo

esta uma experiência profissional exitosa. No entanto, por motivos pessoais tive de retornar ao Brasil.

Havia chegado o momento de procurar o doutorado, minha trajetória foi parecida com a do mestrado, fiz uma disciplina, como aluna especial, entrei em contato com algumas temáticas possíveis na área de saúde da mulher e me decidi pelo aleitamento materno, um período difícil para mulher, mas quando superado tão compensador. Escolhi escrever um projeto que pudesse auxiliar essas mulheres, não diretamente, mas através dos profissionais responsáveis pelo cuidado, produzindo ferramentas para melhoria da assistência de enfermagem.

Ainda necessitava de um orientador, e em julho de 2011 fui apresentada a minha atual orientadora, apresentei minha ideia, e começamos os planos de ingresso no doutorado que aconteceu em agosto de 2011.

O doutorado foi um mundo novo para mim, tive a oportunidade de conviver e aprender com docentes e pesquisadores, que até então eram apenas referências para mim, mas que se tornaram orientadores na minha busca ao aprendizado, e devo tudo isso a minha orientadora, que de referência passou a parceria, para me ajudar a trilhar meu caminho até este momento.

2 . INTRODUÇÃO

2.1. A importância do aleitamento materno e consequências de traumas mamilares

O aleitamento materno exclusivo (AME) é o alimento mais completo para o bebê até o sexto mês de vida e a forma mais segura e eficaz para alcançar o crescimento e desenvolvimento adequados. Esta prática alimentar é o padrão-ouro para lactentes nessa faixa etária (UNICEF, 2013).

Com base em evidências científicas, a Organização Mundial da Saúde (OMS), 2008, recomenda a amamentação exclusiva e sob livre demanda até os seis meses de idade. A partir dos seis meses, recomenda também que a criança comece a receber outros alimentos, mas que mantenha a amamentação até os dois anos ou mais. Juntos, o leite materno e os alimentos complementares são fundamentais para o crescimento e o desenvolvimento ótimos da criança (BRASIL, 2011).

As vantagens do aleitamento materno (AM) são inúmeras. O AM tem o poder de reduzir a mortalidade infantil em crianças menores de 5 anos em 13%. Se o início do AM for precoce, o poder preventivo aumenta (BRASIL, 2011a).

O leite materno tem o poder preventivo para várias doenças, algumas delas são: diarreia, infecções respiratórias, otite e alergias. As crianças em aleitamento materno exclusivo (AME) têm 61 vezes menos chance de desenvolver pneumonia. A principal alergia prevenida com AM é ao leite de vaca, além da dermatite atópica (BRASIL, 2011a; UNICEF, 2013).

O leite materno também ajuda no desenvolvimento cognitivo, crescimento, e desenvolvimento adequado da cavidade bucal. O poder do AM vai além do período da infância, existem evidências científicas que mostram que a amamentação na infância confere mais saúde na fase adulta. Adultos que foram amamentados possuem mais proteção contra hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes e obesidade. Essa proteção também é conferida às mulheres que amamentam; para cada ano de amamentação a chance de a mulher desenvolver diabetes tipo II diminui em 15% (BRASIL, 2011a). Além desse benefício, essas mulheres têm menos risco de desenvolver câncer de mama e ovário, e no pós-parto o AM confere uma melhor involução uterina prevenindo a hemorragia puerperal (BRASIL, 2011a; UNICEF, 2013).

E finalmente o AM confere maior vínculo afetivo entre a mãe e o bebê, desenvolvendo segurança e confiança na criança com melhora na qualidade de vida de ambos, além de ser de graça e livre de contaminação (BRASIL, 2011a).

Aumentar a duração do AME e do AM tem sido um desafio em todo o mundo, devido à complexidade que envolve estas práticas (RICCI; FERNANDES, 2014). Evidências mostram que em todos os países do mundo, independente das condições econômicas, a amamentação tem o poder de proteger as crianças de infecções dos tratos respiratório e gastrointestinal; com aumento da proteção quanto maior for o período de AME (BRASIL, 2011a; CAMINHA et. al, 2014).

Vários estudos têm sido desenvolvidos em diferentes regiões do país para caracterizar o perfil do aleitamento materno com a finalidade de subsidiar ações locais de promoção da amamentação, manejo de intercorrências e avaliar o impacto das ações pró-aleitamento materno. Tais ações têm essencial importância no combate às mortes na infância, já que o AM está diretamente ligado à prevenção de doenças que levam à morte infantil.

A organização não governamental Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) com o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uniram-se no pioneirismo para realização da Pesquisa Nacional sobre Mortalidade Infantil e Planejamento Familiar realizada em 1986, onde mostrou os primeiros dados fidedignos a nível nacional a respeito do AME, nesta época 3,6% das crianças entre 0 e 4 meses estavam alimentando-se exclusivamente de leite materno (UNICEF, 1997).

Essa mesma pesquisa foi repetida em 1996 e 2006 com a prevalência de 13% e 11% de AME nos 6 primeiros meses de vida, respectivamente. As crianças que recebiam outros alimentos com o AM em 1996 eram de 51% e em 2006 de 56%. A AME entre 0 e 3 meses de vida subiu de 40% para 45% em relação a 1996 (BEMFAM, 2006; BRASIL, 2009a).

Em 1999 o MS coordenou um inquérito de amamentação de âmbito nacional (exceto o Rio de Janeiro) durante a campanha de vacinação, a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) foi de 35,6% em menores de 4 meses, com mediana de 10 meses (BRASIL, 2001). A segunda pesquisa de prevalência de AM financiada pelo MS foi em 2008, com a participação de 266 municípios brasileiros (BRASIL, 2009a).

Nessa época, 67,7% das crianças mamaram na primeira hora de vida, essa porcentagem é considerada boa segundo os parâmetros seguidos pela OMS e 41% das crianças estavam em AME antes de 6 meses de idade, o que foi considerado razoável segundo os parâmetros da OMS. Apesar de ter havido melhoras na prevalência de AME no Brasil ainda há o que se investir em políticas públicas na promoção, proteção e apoio ao AM (BRASIL, 2009b).

Em âmbito local, no município de Ribeirão Preto, verificou-se que, no ano de 1999, o índice de AME foi de 12,7% em menores de seis meses de vida, e índice de aleitamento materno predominante (AMP) de 32,9% em menores de 6 meses de vida. O índice de aleitamento materno (AM) em menores de um ano de idade foi de 55,5% com duração média do aleitamento de seis meses. O aleitamento materno complementar foi identificado em 35,1% das crianças entre seis e nove meses que estavam recebendo além do leite materno, alimentos sólidos e semis-sólidos (PEREIRA et al., 2004).

A mesma pesquisa em 2003 revelou melhora em todos os indicadores de aleitamento materno, particularmente no índice de AME que, em menores de seis meses, foi 24,2%. Quanto ao índice de AMP em menores de seis meses de vida foi de 12%, e o de AM em menores de um ano de idade foi de 60,4%, com duração média do AM de sete meses (RIBEIRÃO PRETO, 2003).

Os dados da última pesquisa realizada em Dia Nacional de Vacinação em Ribeirão Preto, no ano de 2008, revelaram que os índices de AME em menores de seis meses foram de 41,4%, mostrando aumento em relação à pesquisa realizada no ano de 2003. Quanto ao índice de AMP em menores de seis meses de vida foi de 18,6%, e o de AM em menores de um ano de idade foi de 68,1% com duração média do AM de oito meses (RIBEIRÃO PRETO, 2003, 2008). Este cenário aponta que os índices de AM ainda não estão de acordo com o preconizado pela OMS, indicando desmame precoce e, conseqüentemente, elevando os níveis de desnutrição e morbimortalidade infantis no país (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005).

Diante do desafio de aumentar a prevalência de AME no Brasil o MS instituiu a Rede Amamenta Brasil em 2008, considerada uma estratégia inovadora que valoriza a amamentação para além do biológico considerando também os âmbitos social e cultural. Em 2012 essa estratégia foi integrada ao Amamenta e Alimenta

Brasil, que é a união da Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (PASSANHA et al, 2013.)

Apesar de ainda não haver avaliação nacional do impacto desse programa na melhoria da prevalência do AME, o município de Ribeirão Preto analisou o impacto do programa em uma amostra representativa de 916 crianças menores de seis meses que mostrou uma associação positiva entre a realização do programa e o aumento de prevalência de AME em menores de 6 meses de vida (PASSANHA et al, 2013).

Ações respaldadas em informações fidedignas como as provenientes dos inquéritos de aleitamento materno previnem prejuízos em vários aspectos para a sociedade.

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS) aponta para os prejuízos econômicos e sociais do desmame precoce, mostrando evidências quanto ao aumento da morbidade e mortalidade de recém-nascidos e bebês, além do aumento de gastos públicos para tratamento de diarreia, infecções respiratórias, otite, obesidade e diabetes (OPAS, 2002).

Intercorrências específicas da mama enfrentadas durante o processo de lactação, tais como, ingurgitamento mamário, traumas mamilares, candidíase, bloqueio de ductos lactíferos, mastite, abscesso mamário, baixa produção láctea, dentre outros, levam ao desmame precoce (GIUGLIANE, 2004; BRASIL, 2009c).

As intercorrências mamárias podem se instalar nas primeiras horas após o início da amamentação, ainda no período de internação hospitalar (CASTRO et al, 2009; ZORZI; BONILHA, 2006).

Na preparação para alta da maternidade, os profissionais de saúde envolvidos no cuidado da nutriz devem observar a mamada, a postura, e certificarem-se de que a nutriz tenha conhecimento para identificar a necessidade de ordenha bem como de realizá-la. As nutrizes devem ser alertadas a procurar o serviço de saúde mediante qualquer intercorrência com as mamas, para que a intervenção seja precocemente instituída (BRASIL, 2011b).

A proporção de trauma mamilar em mulheres no início da lactação é alta e se constitui em um importante fator de risco para o desmame (MONTRONE et al., 2006). O trauma é uma porta de entrada para um agente etiológico que pode causar mastite (BRASIL, 2011b). Algumas espécies de micro-organismos têm sido associadas à mastite puerperal e ao abscesso mamário, destaca-se o

Staphylococcus aureus como agente mais comum da mastite lactacional infecciosa (BRASIL, 2011b; CHEN et al. 2010; VIEIRA et al., 2006).

Mastite é uma doença inflamatória da mama, geralmente unilateral, que pode ou não ser acompanhada por infecção. É geralmente associada com a lactação, por isso é também chamada de mastite lactacional ou puerperal (WHO, 2000). A principal causa da mastite lactacional é a estase do leite, associada à infecção. O processo inflamatório se instala quando se esgotam os mecanismos de proteção da puérpera contra a infecção aumentando ainda mais a estase do leite (VIEIRA et al., 2006).

É necessário atentar-se para as seis primeiras semanas pós-parto onde a mastite manifesta-se com maior frequência (ABM, 2014), no entanto, com menos frequência, pode ocorrer em qualquer período durante a lactação (LEE et al, 2010).

Vários estudos reportam a **incidência** de mastite, a OMS em seu relatório mostra uma variação entre 2,6% e 33% (WHO, 2000). Uma revisão bibliográfica realizada em 2014 refere que a porcentagem varia entre 3% e 20% (ABM, 2014). É difícil precisar a proporção de mulheres com mastite que desenvolvem abscesso, estima-se que entre 3% e 11% dessas mulheres desenvolvem um abscesso na mama (AMIR et al, 2004; FOXMAN et al., 2002; WHO, 2000). A reincidência de mastite lactacional varia entre 4-8,5% (BARBOSA-CESNIK; SCHWARTZ; FOXMAN, 2003; FOXMAN et al., 2002).

De acordo com a literatura atual, o **fator predisponente** mais importante para o desenvolvimento de mastite lactacional é o ingurgitamento mamário, mas existem outros como: trauma mamilar, duração e frequência do aleitamento materno, desmame abrupto, má pega, adoecimento da mãe ou do bebê, produção excessiva de leite materno, pressão mamária (ex: sutiã muito apertado, cinto de segurança do carro), estresse e fadiga. Outros estudos mostram a idade materna, primiparidade, nível de escolaridade da mãe, trabalho fora do lar, mastite anterior, complicações no parto, tipo de pele e fatores imunológicos do leite (VIEIRA et al, 2006; WHO, 2000).

A mastite lactacional pode ser **classificada** de acordo com o modo de invasão do micro-organismo que infectou a mama, sendo intersticial quando o agente etiológico penetra por lesões na mama e ganha a via linfática atingindo o tecido conjuntivo e gorduroso da mama e parenquimatosa quando o micro-organismo penetra pelos ductos mamários atingindo o lobo mamário e causando hiperemia local.

Quanto ao padrão epidemiológico pode ser classificada em **endêmica ou esporádica e epidêmica**, a primeira é mais frequente na segunda semana pós-parto e no desmame pela estase láctea, o principal agente etiológico, nesse caso, é o *Staphylococcus aureus*, contudo ainda podemos encontrar o *Staphylococcus epidermidis*, e o associado à mastite bilateral que é o *Streptococcus do grupo B*, ainda se pode isolar nesses casos bactérias gram-negativas aeróbias, como a *Escherichia coli*, *Pseudomonas* e *Serratia*. A segunda está relacionada com os casos mais graves e acontece até o quarto dia pós-parto, ocasionadas por infecções dos recém-nascidos, que em ambiente hospitalar, podem ocasionar um surto (SOUZA; SOUZA; CAMANO, 2006; WHO, 2000).

A mastite pode atingir apenas uma pequena estrutura da mama ou a mama toda, neste sentido, Vinha (1994) classifica a mastite lactacional de acordo com a região comprometida, a saber: Ampolar: comprometimento de toda aréola ou parte dela, Lobar: comprometimento de um lobo que segue da aréola à base da mama, Glandular: comprometendo toda a mama e Abscesso Mamário: presença de abscesso com ponto de flutuação que geralmente evolui para drenagem espontânea ou cirúrgica.

O **diagnóstico** é feito com base em parâmetros clínicos locais ou sistêmicos. Os parâmetros locais são: hiperemia, calor, dor, edema, hipersensibilidade, abscesso com pus; e os sistêmicos são: febre, taquicardia, mal-estar geral, calafrios, prostração, fadiga, náuseas e vômitos (ABM, 2004; VINHA, 1988). O abscesso pode levar à septicemia (SALES, 2000). A mastite não tratada, tratada tardiamente ou com tratamento ineficaz, torna-se um abscesso mamário e se não resolvido rapidamente o quadro pode evoluir para drenagem espontânea, necrose e perda de tecido mamário (VIEIRA et al., 2006).

Entretanto, tais **intercorrências podem ser evitadas** ou solucionadas por meio de suporte emocional à nutriz e adequado descanso, boa higiene, manejo específico e ações de promoção e apoio ao aleitamento materno desempenhado pelos profissionais de saúde (GIUGLIANI; LAMOUNIER, 2004; GIUGLIANI, 2004). A orientação de como realizar a ordenha manual e a técnica correta de amamentação é de suma importância na prevenção do desenvolvimento de mastite lactacional.

Assim, o desempenho do profissional de saúde na promoção do aleitamento materno e no manejo de intercorrências mamárias é considerado elemento básico para o sucesso da amamentação, sendo necessária a discussão sobre as

demandas da assistência e a prática realizada pelos profissionais (BRACCO; TADDEI, 2000; SUSIN et al., 1998).

Persistem dúvidas a respeito dos tratamentos mais adequados no manejo de lesões mamilares. Deparamo-nos com poucos estudos publicados nesta temática específica. As lesões mamilares constituem-se em um problema frequente durante a amamentação. A sensação dolorosa que a lesão mamilar provoca leva a nutriz ao desmame precoce. Apesar desta constatação, este tratamento vem sendo realizado de forma empírica sem fundamentação em evidências científicas (GIUGLIANI, 2003).

2.2. Recomendações de condutas terapêuticas para mastite lactacional

Uma das terapêuticas utilizadas para a mastite lactacional segue as diretrizes da *Academy of Breastfeeding Medicine*, de 2014. A ABM surgiu em 1993 e é uma organização de especialistas em AM que anualmente promovem encontros de atualização (ABM, 2014).

A ABM desenvolve ativamente e compartilha seus protocolos baseados em evidências sobre manejo da lactação clínica. Os membros têm a possibilidade de desfrutar de um intercâmbio internacional, de ideias, conhecimentos, métodos de ensino e experiências.

Em 2014, a ABM divulgou novas recomendações para o tratamento de mastite lactacional, a saber:

:

- 1) Manejo para remoção efetiva do leite, estas medidas previnem o ingurgitamento mamário, precursor da mastite lactacional: Orientar as mães a amamentar com mais frequência; iniciar pela mama afetada; orientar a boa “pega” do bebê; massagear o peito durante a amamentação, da área bloqueada em direção ao mamilo. Mulheres incapazes de amamentar devem realizar ordenha manual ou utilizar a bomba. A súbita cessação do aleitamento aumenta o risco de desenvolver abscesso.
- 2) Medidas de suporte: Nutrição e hidratação adequadas; ajuda nos afazeres domésticos, para que a mãe tenha um período adequado de descanso;

aplicação de calor local , antes da amamentação, seja por banho morno ou compressas; compressas frias , após a amamentação ou ordenha, para aliviar a dor e o edema mamário; a internação hospitalar deve ser considerada no caso de a mama estar extremamente afetada e a mulher , mas o alojamento conjunto é obrigatório para a manutenção da amamentação.

- 3) Tratamento farmacológico: incluem o uso de analgésicos, anti-inflamatório e antibióticos. As medicações mais utilizadas são ibuprofeno, paracetamol, acetomenofem. O uso de antibiótico é necessário caso os sinais e sintomas não regredam nas primeiras 12-24 horas após a utilização da medicação antiinflamatória. Os antibióticos mais usuais são a dicloxacilina ou floxacilina 500mg, quatro vezes ao dia por um mês, mas cefalosporinas também são aceitáveis, e é uma boa opção para as mulheres alérgicas à penicilina. A maioria das autoridades recomenda que os antibióticos sejam prescritos por 10-14 dias, mas não existem estudos randomizados para sustentar essa conduta.
- 4) Seguimento: A resposta clínica à terapêutica sugerida acima é rápida, caso os sintomas persistam deve-se considerar diagnósticos diferenciais, investigações adicionais podem ser necessárias, para confirmar bactérias resistentes, formação de abscesso ou até mesmo carcinoma.

Orientações do mesmo protocolo, para complicações:

- 1) Abscesso: Utilizar ultrassonografia para diagnóstico da coleção; A coleção que forma o abscesso pode ser drenada com agulha; pode ser necessária a utilização de ultrassonografia para guiar a drenagem; a secreção deve ser encaminhada para cultura, para identificação do agente etiológico e adequação da utilização de antibiótico; a drenagem cirúrgica pode ser necessária nos casos de abscessos grandes.
- 2) Descanso: A fadiga muitas vezes é precursora da mastite, portanto os profissionais de saúde e a família devem apoiar a mãe no processo de amamentação e orientá-la a pedir ajuda quando necessitar.
- 3) Boa higiene: Lavar as mãos é de extrema importância, para os profissionais de saúde, mães e familiares que auxiliam nos cuidados com o binômio.

O Brasil não possui protocolos direcionados exclusivamente ao tratamento de mastite lactacional, no entanto, dentro de protocolos direcionados ao aleitamento

materno da Federação Brasileira das Associações de Ginecologistas e Obstetras (FEBRASGO) e do Ministério da Saúde (MS) existem orientações de tratamento. São elas:

Tratamentos sintomáticos com analgésicos (paracetamol, acetaminofeno), anti-inflamatório (piroxicam), antibiótico, cefalexina 1g a cada oito horas por 7 dias, flucloxacilina 500 mg a cada oito horas por sete ou dez dias, sulbactana cada oito horas por cinco dias e como melhor tratamento para mastite lactacional destaca-se a ordenha manual (FEBRASGO, 2010).

Para o abscesso mamário, realiza-se a cirurgia com a manutenção de dreno de penrose, pedido de antibiograma e suspensão temporária do aleitamento materno na mama afetada mantendo a ordenha manual até a retirada do dreno (FREBASGO, 2010).

O MS recomenda em um de seus protocolos que o tratamento deve ser instituído o mais precoce possível para evitar agravos, como o abscesso mamário. O esvaziamento da mama deve ser preferencialmente, realizado pelo recém-nascido e após a mamada realizar a ordenha manual se necessário. Os antibióticos são indicados para sintomas graves e sem regressão após 12-24 horas. Os indicados pelo MS são: cefalexina 500mg a cada oito horas, amoxilina 500mg ou associada ao ácido clavulônico (500mg/125mg) a cada oito horas e para as alérgicas eritromicina 500 mg a cada seis horas, todos recomendados por 10 dias (BRRASIL, 2009c).

Nos casos de abscesso mamário, exige-se rápida internação para drenagem cirúrgica, coleta de secreção para teste de sensibilidade a antibióticos, suspensão temporária do aleitamento materno na mama afetada com ordenha manual. A suspensão da amamentação com drogas não está indicada (BRASIL, 2009c).

Outras recomendações brasileiras encontradas na literatura incluem as compressas frias que podem ser úteis no alívio dos sintomas de ingurgitamento mamário, apesar de não ter sua eficácia comprovada. A diminuição de temperatura local provoca temporariamente vasoconstrição, reduzindo o fluxo sanguíneo e por consequência a diminuição do edema, aumento da drenagem linfática e menor produção do leite (GIUGLIANE, 2004). A recomendação de utilização é entre 15 e 20 minutos, não é aconselhável ultrapassar este limite de tempo (SMITH; HEADS, 2002), pois compressas mornas podem ser desvantajosas para o tratamento de ingurgitamento mamário, promovem vasodilatação aumentando o volume de leite (GIUGLIANE, 2004).

Em Ribeirão Preto, a mastite na fase inicial é manejada com medida ambulatorial, a inspeção e palpação são realizadas para identificação dos sinais clínicos de mastite lactacional e confirmação do diagnóstico e prescrição de cefalexina 500 mg a cada seis horas por sete dias e anti-inflamatório se necessário (SANTOS, 2012).

As orientações para tratamento de mastite lactacional abscedada dependem da localização do abscesso, e a amamentação deverá ser interrompida. Quando a mastite ocorre na região areolar a sucção do bebê é comprometida pela sensação de dor da nutriz. Neste caso a ordenha manual deve ser realizada a cada três horas com o cuidado para não disseminar a infecção, e é aconselhável continuar a amamentação na mama não afetada. Quanto à evolução, pode ocorrer a drenagem espontânea ou a necessidade de drenagem cirúrgica. Na presença de secreção purulenta, faz-se necessária a coleta de material para cultura bacteriológica e antibiograma antes de iniciar a antibioticoterapia (NALMA, 1998).

O tratamento tradicional para abscesso mamário consiste em incisão e drenagem. Este tratamento está associado a um período de recuperação prolongado, trocas frequentes de curativo, dificuldades de amamentação e a possibilidade de resultados estéticos insatisfatórios (SANTOS 2012; HANSEN; AXELSSON, 2003).

Atualmente a conduta para abscessos menores que cinco centímetros de diâmetro é realizar aspirações repetidas por meio de agulha. Esta conduta tem alcançado bons resultados estéticos (ERYILMAZ et al., 2005) , mas não é utilizado no município de Ribeirão Preto.

Existe uma grande variabilidade de condutas clínicas para o tratamento de mastite lactacional, não apenas no Brasil, mas no mundo. Devido a esta variabilidade de condutas, em grande parte, sem evidências científicas de sucesso surge a necessidade de instrumentalizar os profissionais de saúde, com informações da terapêutica utilizada no município de Ribeirão Preto para futuras intervenções.

A forma encontrada, para realizar esse diagnóstico terapêutico, foi descrever como o tratamento para mastite lactacional, que necessita de hospitalização, vem sendo utilizado no sistema público de saúde hospitalar do município de Ribeirão Preto, propondo uma ficha de registro para mulheres que internam por mastite lactacional, construída com base em evidências científicas e que poderá ser empregada na detecção de condutas não aceitáveis.

A ficha surge como forma de direcionar o gerenciamento de informações a respeito dos casos mais graves de mastite lactacional. No futuro, essas mesmas informações podem respaldar mudanças nas condutas clínicas utilizadas, já que tem uma base científica na sua construção.

É necessário utilizarmos uma prática clínica de melhor qualidade na atenção às mulheres que sofrem de mastite lactacional a partir das melhores evidências científicas, em concordância com a opinião de profissionais envolvidos nesse cuidado.

2.3. Evidências científicas e o processo de validação do conhecimento

O avanço das mídias digitais exige novas atitudes e formas de pensar. A tecnologia e a facilidade de informações influenciam na maneira de cuidar, é necessário pensar formas para validação do conhecimento produzido e promover meios que possam subsidiar sua aplicação (PEDROLO et al., 2009).

A prática baseada em evidências (PBE) nasce com o objetivo de auxiliar na validação de conhecimento produzido e torná-lo mais confiável (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

A PBE surgiu na área médica por um grupo de pesquisadores da Universidade MacMaster no Canadá na década de 1980. Atualmente a PBE ganhou destaque influenciando condutas médicas na prática clínica (EVIDENCE-BASED WORKING GROUP, 1992).

Esse movimento surge como um elo que conecta os resultados de pesquisa e a prática clínica no consenso e incorporação das informações mais relevantes na melhoria da prática do cuidar (PEDROLO et al., 2009).

Um dos objetivos da PBE é utilizar resultados de pesquisas na prática assistencial. A resposta de uma inquietação envolve definir a que pergunta se quer responder, a busca de evidências, avaliação crítica das mesmas, implementação na prática clínica e a avaliação dos resultados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A qualidade do conhecimento produzido na PBE mede-se pelo nível de evidência que acrescenta um critério de qualidade aos estudos, baseado em seu rigor metodológico (CANADIAN TASK FORCE, 1979).

Com a disseminação desse conhecimento outros autores começaram a utilizar os níveis de evidência e adaptá-los para outras necessidades, como: diagnóstico, terapêutica e prognóstico entre outros, no momento publicações respaldam-se desta nomenclatura para classificar as informações produzidas (NEVES, 2004).

Evidências advindas de revisões sistemáticas de estudos controlados randomizados são consideradas as melhores a serem consideradas, mas na ausência ou escassez de estudos desta natureza, evidências de estudos descritivos, qualitativos e a opinião de especialistas no assunto podem ser associadas a decisões clínicas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

No sentido de que todos os estudos possuem seu valor, o *Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence* adaptou os níveis de evidência para estudos, com diferentes tipos de metodologia. Existe um ranqueamento para estudos observacionais, geralmente utilizados para perguntas diagnósticas; para os de intervenção, que envolve perguntas em relação à terapêutica, e daí por diante (NEVES, 2004). Na fase II deste estudo, essa classificação será utilizada considerando os benefícios de tratamento (ANEXO B).

A decisão por utilizar a classificação de níveis de evidência da *Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence*, surgiu pela escolha do tipo de revisão que realizamos (revisão Integrativa de Literatura), na fase II deste estudo. Esse tipo de revisão é ampla e permite incluir estudos com várias abordagens metodológicas, consequentemente será possível classificar os estudos encontrados de acordo com a pergunta do estudo, já que, nessa classificação existem valores diferentes no nível de evidência, dependendo da pergunta.

Os níveis de evidência conferem mais segurança ao tipo de informação produzida (SACKETT, 2003). Na atualidade não se admitem mais práticas empíricas na enfermagem como eram realizadas até 1950, a partir daí foram incorporados vários saberes e ciências à construção de um conhecimento próprio (NEVES, 2004).

Resta-nos a inquietação de como a Enfermagem correlaciona os conhecimentos explícitos (pesquisas) aos conhecimentos empíricos (prática) no processo de avaliação crítica das informações. Isto implica na forma como o cuidado é planejado e implementado, pois se apreende que o conhecimento empírico ainda fundamenta determinadas práticas de cuidar. Por outro lado, o enfermeiro se depara com certos processos complexos,

que exigem uma abordagem diferenciada e, por vezes, emergem dúvidas na tomada de decisão [...] (PEDROLO et.al, 2009, p.761). .

Nesse sentido a fase III deste estudo pretende unir o conhecimento empírico produzido na fase I, o conhecimento científico produzido na fase II e gerar um novo conhecimento traduzido em uma ficha de registro da assistência à mulher durante a internação por intercorrências mamárias, levando em consideração a opinião de especialistas no assunto.

3 . OBJETIVOS

3.1 Geral

- ✓ Propor uma ficha de registro de informações para casos de mastite lactacional que resultaram em hospitalização na rede pública de saúde do município de Ribeirão Preto, com base na prática assistencial e evidências científicas.

3.2 Específicos

- ✓ Identificar e descrever características sociodemográficas, obstétricas e de internação, específicas de mulheres que sofreram de mastite lactacional e que estiveram hospitalizadas em instituições públicas do município de Ribeirão Preto-SP, entre os anos de 2009 a 2013.
- ✓ Identificar as condutas terapêuticas adotadas para mastite lactacional na rede pública hospitalar de referência no município de Ribeirão Preto.
- ✓ Buscar evidências na literatura nacional e internacional sobre a terapêutica usada para mastite lactacional.
- ✓ Reconstruir e validar o instrumento de identificação e caracterização de mulheres e terapêutica utilizada para mastite lactacional, utilizado pelo projeto “Floresce uma vida”, vinculado ao Programa de Aleitamento Materno do município de Ribeirão Preto.

4. DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em três fases com abordagens metodológicas distintas. Nas próximas seções, cada fase será apresentada incluindo o método utilizado e os resultados alcançados.

Fase I

Identificar e descrever características sociodemográficas, obstétricas e de internação, específicas de mulheres que sofreram de mastite lactacional e que estiveram hospitalizadas em instituições hospitalares públicas do município de Ribeirão Preto-SP, entre os anos de 2009 a 2013.

Realizamos um estudo descritivo, retrospectivo e documental, utilizando dados secundários de registros da assistência à mulher durante a internação hospitalar por mastite lactacional no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013

Fase II

Buscar evidências na literatura nacional e internacional sobre a terapêutica usada para mastite lactacional

Revisão integrativa da literatura, que reúne e sintetiza o conteúdo produzido sobre um tema e contribui para o desenvolvimento de futuras investigações. Os estudos foram analisados de forma sistemática no que concerne a seus objetivos, materiais, métodos e resultados.

Fase III

Propor uma nova ficha de registro para mulheres que internam por mastite lactacional no município de Ribeirão Preto, com base na prática assistencial e evidências científicas.

A nova ficha foi construída utilizando a metodologia de validação aparente de conteúdo, junto aos profissionais especialistas no assunto e envolvidos no cuidado.

Figura 1 - Fases do estudo e desenvolvimento

4.1. Aspectos éticos

Para realização deste estudo, foi solicitada autorização prévia da Secretária Municipal de Saúde para consulta dos registros da assistência à mulher durante a internação hospitalar por mastite lactacional e individualmente para os três campos envolvidos: Centro de Referência em Saúde da Mulher-Mater, na Sociedade Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto e no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

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.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem (EERP) de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), sob o protocolo número: 1401/2011.

*5 FASE I- PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO,
OBSTÉTRICO E DE INTERNAÇÃO DE
MULHERES HOSPITALIZADAS POR MASTITE
LACTACIONAL*

5.1. Perfil sociodemográfico, obstétrico e de internação de mulheres hospitalizadas por mastite lactacional

Com o propósito de responder ao primeiro objetivo específico deste estudo realizamos um estudo descritivo, retrospectivo e documental. Utilizamos dados secundários, obtidos de registros da assistência à mulher durante a internação hospitalar por mastite lactacional no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil 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 puérperas internadas nos três hospitais de referência. Nos casos de mastite lactacional é realizado, em fichas próprias do projeto, o registro das informações referentes à identificação da mulher, informações sobre o parto, evolução da mastite, avaliação clínica das mamas e conduta hospitalar frente à mastite.

Obtivemos, da coordenação do Programa de Aleitamento Materno da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, os dados de todas as mulheres que foram hospitalizadas nas três instituições de referência, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013, 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.

Entre 2009 e 2013 foram hospitalizadas 114 mulheres para tratamento de mastite lactacional, nas três instituições de referência do sistema público hospitalar do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, a saber: Centro de Referência em Saúde da Mulher-Mater, na Sociedade Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto e no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

Em 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. Destas, a maior frequência de internação 107 (93,9%) foi no Centro de Referência em Saúde da Mulher-Mater.

O tempo decorrido entre o parto e a ocorrência da mastite foi em média de 35 dias, com exceção de três mulheres cuja mastite ocorreu entre um ano e um ano e nove meses do parto.

5.2. Características sociodemográficas das mulheres

A idade das mulheres variou de 14 a 41 anos. A faixa etária de 20 a 29 anos teve a maior frequência de internações 62 (54,4%). Quanto à situação conjugal, a maioria das mulheres não tinha companheiro 64 (56,1%). Quanto à escolaridade, 51(44,7%) tinham ensino médio completo e duas (1,8%) tinham ensino superior completo. Do total de 114 mulheres, 64 (56,1%) não trabalhavam fora do lar, conforme Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição das mulheres hospitalizadas para tratamento de mastite lactacional, segundo idade, escolaridade, atividade laboral e situação conjugal. Instituições hospitalares do SUS, Ribeirão Preto, janeiro de 2009 a dezembro de 2013. n=114

Variáveis		
Idade	Média: 23,9 anos (dp=6,1) Mediana: 23 Mínimo: 14 Máximo: 41	
Escolaridade	n	%
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
Não foi alfabetizada	1	0,9
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
Situação conjugal		
Não tem companheiro	64	56,1
Tem companheiro	46	40,4
Sem registro	4	3,5

5.3. Características obstétricas das mulheres

Em relação às particularidades obstétricas, 73 (64,0%) mulheres eram primíparas, 12 (10,5%) sofreram um aborto e 67 (58,8%) tiveram uma única gestação. 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 nos permitiram conhecer o conteúdo e as estratégias utilizadas nas orientações.

Quanto ao local da realização do parto, a maior porcentagem foi realizada no Centro de Referência em Saúde da Mulher-Mater 95 (83,3%), nove foram realizados no (HCFMRP-USP) e 10 (8,8%) na Santa Casa de Ribeirão Preto, SP.

Tabela 2: Distribuição das mulheres hospitalizadas para tratamento de mastite lactacional, segundo número de gestações, paridade e tipo de parto na última gestação. Instituições hospitalares do SUS, Ribeirão Preto, janeiro de 2009 a dezembro de 2013. 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
Múltipara	15	13,1
Abortos prévios		
Nenhum	97	85,0
Um	12	10,5
Continuação...		
Dois	05	4,4
Tipo de parto na última gestação		
Normal	77	67,5
Cesárea	33	28,9
Fórceps	4	3,5

Identificamos que, no momento da internação para o 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 mulheres (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, 60 (52,6%) tiveram “mamilos machucados”, com descrição dos tipos de lesão na Tabela 3. Vale ressaltar que duas mulheres já haviam tido abscesso mamário em decorrência do parto recente, um com drenagem cirúrgica e outro com drenagem espontânea.

Tabela 3: Distribuição das mulheres hospitalizadas para tratamento de mastite lactacional, segundo problemas relacionados ao aleitamento materno antes da internação hospitalar corrente. Instituições hospitalares do SUS, Ribeirão Preto, janeiro de 2009 a dezembro de 2013. n=114

Problema relacionado ao aleitamento materno*	Frequência	%	Observação
Ingurgitamento mamário	21	18,4	-
Mamilos machucados	60	52,6	20 fissura 6 escoriação 9 dor 9 hiperemia 1 vesícula 15 trauma mamilar sem especificação
Mastite (sem hospitalização)	7	6,1	-
Drenagem de abscesso mamário anterior	2	1,7	1 cirúrgico 1 espontâneo
Outros	20	17,5	23 hipertermia 7 dificuldade para amamentar

* Nomenclatura retirada do Caderno de Atenção Básica nº23, MS, 2009c.

5.4. Características da internação hospitalar

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, quatro foram drenagens espontâneas e houve um caso de abscesso crônico (8,1%) que não foi drenado cirurgicamente.

Dos 62 abscessos mamários, foram colhidas amostras de secreção para cultura em 52 (83,9%) casos e não houve coleta de secreção em dez casos (16,1%). Dos 52 casos com coleta de cultura, 27 (51,9%) tiveram resultado positivo para

Staphylococcus aureus; um (1,9%) teve resultado positivo para *Streptococcus agalactiae*; em uma das culturas não houve crescimento de nenhum micro-organismo e em 23 (44,2%) casos os resultados não foram anotados no prontuário.

Após a resolução do abscesso 21 (18,4%) nutrizes desmamaram seus filhos, 16 (25,8%) mantiveram aleitamento materno exclusivo e 25 (21,9%) suspenderam o aleitamento materno exclusivo temporariamente. Das 25 que suspenderam a amamentação temporariamente, 9 (36%) restabeleceram o aleitamento materno exclusivo antes da alta hospitalar, as demais 9 (36%) migraram para o aleitamento materno misto e não havia registro da alimentação do bebê das sete (28%) restantes.

Todas as informações a seguir a respeito do tratamento das mulheres que foram hospitalizadas nas três instituições públicas de saúde de Ribeirão Preto foram coletadas dos prontuários médicos, pois as fichas utilizadas pelo Programa de Aleitamento do Município de Ribeirão Preto não possuíam essas informações.

Todas as participantes receberam tratamento medicamentoso, que consiste no uso de medicações tópicas, antibiótico, anti-inflamatório e analgésico. Todas foram tratadas com antibióticos por via endovenosa, além do uso de antibiótico, as mulheres também receberam anti-inflamatório e analgésico, com exceção de sete (6,1%) que não receberam anti-inflamatório e 24 (21%) que não receberam analgésico.

No caso de uso tópico, o curativo com soro fisiológico foi mais frequente devido aos abscessos drenados. O anti-inflamatório mais usado foi o cetoprofeno endovenoso 500mg de 8 em 8 horas, e o antibiótico mais comum foi a oxacilina 1g endovenosa de 6 em 6 horas. Por fim, a terapêutica complementar mais utilizada foi o foco de luz.

A ordenha manual foi adotada como tratamento clínico 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 15 (15,8%) fichas não constava essa informação.

5.5. Discussão dos dados

A fase I do estudo nos permitiu conhecer as características específicas de mulheres que foram internadas por mastite lactacional, no município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil; além das informações que não constavam das fichas utilizadas pelo programa de amamentação. Estas particularidades também nos alertam para um possível grupo de mulheres vulnerável à mastite. Mediante os resultados, 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 mastite lactacional pode ocasionar o desmame precoce, causando prejuízos à mãe e ao bebê (AGUIAR; SILVA, 2011). Existem inúmeros fatores contribuintes para o desmame precoce, um deles é o perfil das mulheres que estão amamentando (JOCA et al., 2005).

Dentre um dos fatores das características sociodemográficas está a idade materna, apesar de não estar diretamente ligada à mastite lactacional (KINLAY.; O'CONNELL; KINLAY, 2001), há indícios de que mulheres jovens tenham mais dificuldades para amamentar devido à insegurança e inexperiência (LIMA; JAVORSKI; VASCONCELOS, 2011), o que pode levar à dificuldade no aleitamento materno culminando em problemas mamários e consequentemente no desmame precoce. Estudo mostra que a maior parte das mulheres que desmamaram precocemente eram adolescentes, não possuíam renda, e a maioria não possuía o ensino fundamental (JOCA et al., 2005).

Quanto à escolaridade das mulheres, não há consenso na literatura em relação ao risco para desenvolver mastite lactacional. Estudo sugere que mulheres com melhor nível de escolaridade têm maior risco de desenvolver mastite lactacional (KINLAY; O'CONNELL; KINLAY, 2001), o que coincide com os nossos achados. Outros estudos, não associam o nível de escolaridade ao desenvolvimento de mastite lactacional (FOXMAN et al., 2002; VIEIRA et al., 2006).

Estudos apontam associação de proteção relativa à mastite, quando a nutriz não está trabalhando fora de casa (VIEIRA et al., 2006), o que não observamos 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 (VIEIRA et.al, 2006) Este fato chama atenção para necessidade de ajuda e apoio emocional que a mulher necessita no período de amamentação, o que inclui a divisão de tarefas domésticas, para que a mãe disponha de mais tempo livre para a amamentação (SALES et al., 2000). Outro estudo mostra que a família e o companheiro exercem grande influência para o estabelecimento do aleitamento materno (MACHADO; BOSI, 2008) Em acréscimo, o envolvimento dos profissionais de saúde na orientação relacionada à importância do aleitamento materno faz-se muito importante (AGUIAR; SILVA, 2011).

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

Quando nos referimos às características obstétricas é unânime o apontamento de outros autores de que as primíparas têm maior chance de desenvolver mastite lactacional^(1,8). Em nosso estudo, assim como nos demais estudos, houve maior porcentagem de primíparas (64,0%). Mulheres que nunca amamentaram podem ser mais ansiosas e como resultado interferir no processo de amamentação (SALES et al., 2000).

Não encontramos estudos que mostrem 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 à maior demora em iniciar a amamentação. Um estudo chinês mostra a influência do parto cesárea nas taxas de amamentação, o estudo sugere que mulheres submetidas ao parto cesárea têm menores taxas de aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar (QIU et al., 2008). A amamentação exclusiva evita o ingurgitamento mamário que é precursor para o desenvolvimento da mastite (WHO, 2000).

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

Para a família, com a chegada do bebê é bom pensar em relação a 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 (ARAÚJO et. al, 2004). Para o governo, diminuem os custos em saúde pública com gastos em relação às 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 (MACHADO; BOSI, 2008; ARAÚJO et al., 2004), inclusive a mastite.

Em nosso estudo as mulheres ficaram internadas em média 4,4 dias para tratamento, mas algumas ficaram sob cuidados por mais de uma semana, o que também causa prejuízos financeiros para o governo, e um grande custo emocional para a mulher e para o bebê. Possivelmente estar fora do seu 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 (WHO, 2000), nesta situação elas são submetidas à drenagem cirúrgica o que em muitas situações leva ao desmame devido ao desconforto da amamentação após a cirurgia, além da preocupação com os resultados estéticos que esse procedimento acarreta (MARTIC; VASILJ, 2012). Nesse momento, o suporte clínico e emocional adequado à mulher é definitivo para a manutenção do aleitamento materno; quando ela não é acolhida e orientada adequadamente é possível recusar-se a amamentar, tanto nesta, quanto nas próximas gestações (WHO, 2000).

No presente estudo, 54,4% das mulheres tiveram abscesso mamário, apenas 21% conseguiram manter o aleitamento materno exclusivo no período de tratamento. O que reafirma a citação anterior, quanto ao alto risco de desmame nessas situações.

A literatura mostra que a incidência de abscesso mamário varia entre 3% e 11% (FOXMAN et al., 2002; AMIR et al., 2004), 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* (WHO, 2000; AMIR et al., 2004) o que coincide com nossos achados, já que, 51,9% tiveram resultado positivo para este micro-organismo.

Estes casos de mastite infectada são considerados os mais graves. A fim de minimizar os danos, a mulher deve estar o mais confortável possível, para tal,

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 condições de restabelecimento da amamentação (WHO, 2000).

5.6. Algumas considerações sobre os dados discutidos

A mastite lactacional 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 de pós-parto.

As nutrízes 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.

Na 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.

6 FASE II- REVISÃO INTEGRATIVA

6.1. Desenvolvimento da fase II

A segunda fase do presente estudo visou a buscar evidências na literatura, respondendo ao terceiro objetivo específico: “identificar as evidências disponíveis na literatura sobre o tratamento da mastite lactacional em humanos”.

A revisão integrativa da literatura foi usada como referencial metodológico para esta fase do estudo. Optamos pela revisão integrativa devido a sua abordagem metodológica mais ampla, permitindo a inclusão simultânea de pesquisa experimental e não experimental (WHITTEMORE; KNALF, 2005), contribuindo para uma compreensão mais ampla do tema.

A revisão integrativa é um método que considera uma análise ampla da literatura, a fim de obter um profundo entendimento de um determinado assunto, tomando como base trabalhos anteriores (BROOME, 2000; FERNANDES, 2000; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). É uma ferramenta importante para a Prática Baseada em Evidências (PBE). Um dos objetivos da PBE é estimular o uso de resultados de pesquisa junto à assistência clínica, proporcionando uma prática assistencial de melhor qualidade (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Sabemos que as revisões de literatura são consideradas pesquisas de investigação e, portanto, devem atender ao mesmo rigor metodológico adotado das pesquisas primárias (GANONG, 1987; COOPER, 1998). O processo de elaboração da revisão integrativa está descrito por vários autores, e tem em comum a importância de um problema bem estruturado, a sistematização da busca das pesquisas e a análise criteriosa dos resultados. O presente estudo seguiu as etapas sugeridas por Whittemore; Knalf (2005), a saber:

6.1.1. Etapa 1 - Identificação do problema e formulação da questão norteadora

Nesta fase inicial é de suma importância ter clareza na pergunta do estudo. A questão norteadora da revisão deve estar clara e dita, pois dela depende o sucesso das etapas posteriores. A questão norteadora bem definida facilita a identificação dos estudos primários que constarão da revisão, e proporciona melhor diferenciação de informações no momento da extração dos dados.

Para organizar a pergunta do estudo utilizamos a PICO - que representa um acrônimo para Paciente/população, Intervenção, Comparação e "Outcomes". Esta estratégia é utilizada para identificar claramente as variáveis de interesse na pergunta do estudo (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Incluímos a variação PICOT, sendo T o tempo esperado (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

Nossa questão norteadora foi:

- Quais as terapêuticas utilizadas (I) para mulheres com mastite lactacional (P) independente do desfecho do tratamento (O) publicadas entre os anos de 2000 a 2013 (T)?

6.1.2. Etapa 2 - Busca na literatura dos estudos para compor a amostra

Na sequência da formulação da questão norteadora, iniciamos a busca nas bases de dados para a identificação dos estudos que comporiam a amostra da revisão integrativa.

O produto final desta fase depende de uma boa estratégia de busca. Toda literatura relevante que responda à questão de pesquisa deve constar da revisão. Existem três formas de realizar a busca de literatura: busca em banco de dados, busca ascendente e busca descendente (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa em banco de dados foi a principal fonte de busca de literatura por nós utilizada. Além desta, utilizamos a pesquisa antecedente, onde localizamos manuais que abordavam o tema da pesquisa.

A busca foi feita nas bases de dados (i) *Cummulative Index to Nursing na Allied Health Literature* (CINAHL), (ii) *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), (iii) Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), (iv) *Excerpta Medica* (EMBASE) e (v) *Cochrane Central Register of Controlled Trials* (CENTRAL).

O banco de dados CINAHL é uma importante fonte de dados na área de saúde, principalmente para enfermagem, pois inclui quase todos os periódicos da área em língua inglesa, além de livros, capítulos de livros, anais de conferências desde 1982 (POLIT; BECK, 2011). O acesso a esse banco de dados é pago e realizado por meio

eletrônico diretamente no site www.cinahl.com. As pesquisas são realizadas com vocabulário controlado, denominado títulos CINAHL.

O banco de dados Medline inclui em seus arquivos periódicos de medicina, enfermagem e saúde pública, em aproximadamente 70 países, com mais de 16 milhões de registros. Usa o vocabulário controlado chamado MeSH. O banco pode ser acessado de forma gratuita pelo PubMed através do endereço eletrônico: www.ncbi.nlm.nih.gov/PudMed (POLIT; BECK, 2011).

A base de dados LILACS possui informações bibliográficas latino-americana na área de saúde. Indexa documentos em português, inglês e espanhol de 27 países, com acesso gratuito a periódicos, monografias, teses, além de anais de congressos, conferências e relatórios técnico-científicos, através do site <http://www.bireme.br/php/index.php> (BIREME, 2014).

O EMBASE é uma base de dados, que possui mais de 25 milhões de registros advindos de mais de 7000 periódicos indexados pelo tesouro Emtree, além dos documentos do Medline produzidos pelo *National Library of Medicine* (NLM). Esta base de dados indexa documentos em vários idiomas e é considerada uma boa fonte para pesquisa em medicina baseada em evidências (ELSEVIER, 2014).

A CENTRAL (*Cochrane Central Register of Controlled Trials*) é uma base de dados que concentra os ensaios clínicos randomizados de alta qualidade. Alguns registros são recuperados do Medline e EMBASE. Os grupos de revisão da Cochrane, a empresa Metaxis e o editor chefe da CENTRAL, são responsáveis pelo conteúdo indexado nesta base. A CENTRAL está disponível gratuitamente para membros da Cochrane através do *Cochrane Register of Studies on line* (CRSO) (COCHRANE, 2014).

É nesta fase que se definem os critérios de inclusão e exclusão da amostra. Geralmente a busca inicia-se de uma forma mais abrangente e afunila-se ao passo que o pesquisador retorna à questão inicial (BROOME, 2000).

Estipulamos o período de 2000 a 2013, devido à evolução na terapêutica a partir do século XX; terapêuticas para aquém de 2000 não resgatariam terapêuticas atuais.

Para as bases de dados CINAHL, Medline e CENTRAL, foram escolhidos os termos do Medical subject headings (Mesh) e os títulos CINAHL: *mastitis* com qualificador, *therapy*, *breast feeding*, *lactation*, *lactation disorder*, *human milk*. Na base de dados LILACS, foram pesquisados os seguintes descritores em ciências

médicas (DeCS): mastite lactacional/TH, aleitamento materno, lactação, transtornos da lactação, leite humano. Na busca a base de dados EMBASE os mesmos descritores foram utilizados com exceção de *human milk* que tinha termo similar no ENTREE de *breast milk*. Outra ferramenta utilizada foram os operadores booleanos *and* e *or*. Os documentos recuperados com *and* têm a busca de dois descritores ocorrendo simultaneamente e os que utilizam o operador booleano *or* somam os dois descritores na busca, conforme apresentado no Quadro 1

Quadro 1: Apresentação da estratégia de busca nas bases de dados selecionadas, Ribeirão Preto, 2014.

Base de dados	Estratégia
MEDLINE	Search "Mastitis/therapy"[Mesh] AND ("Breast Feeding"[Mesh] OR "Lactation"[Mesh] OR "Lactation Disorders"[Mesh] OR "Milk, Human"[Mesh]) Filters: Publication date from 2000/01/01 to 2013/07/16; Humans; English; Portuguese; Spanish; Female
CINHAL	Pesquisar em títulos CINHAL *(S1) Mastitis → search → escolher o qualificador therapy → conceito principal search → limpar → repetir todo o procedimento para cada descritor (S2) breast feeding ; (S3) lactation; (S4) lactation disorder; (S5) human milk Em histórico de pesquisa buscar S2OR S3 OR S4 OR S5= S6 Buscar S1 AND S6= S7 Pesquisa avançada— inserir limites anos 2000 a 2014, idiomas português, english, spanish. Search S1 AND S6.
LILACS Descritores em ciências da Saúde (DeCS)	Formulário avançado Mastite-- em aspectos escolher terapia ("Aleitamento materno" OR "Lactação" OR "transtornos da lactação" OR "leite humano") Limites: (2000 a 2014, buscando com OR entre os anos) AND português OR inglês OR espanhol.
EMBASE	Busca no ícone disease Mastite inserir qualificador therapy Selecionar limites anos 2000 a 2013, human, portuguese, english, spanish, retirar o MEDLINE da busca. Repetir a busca para cada descritor

Continuação.....	separadamente lactation disorder; lactation; breast milk Enviar para formulário avançado e colocar os limite anos 2000 a 2013, human, portuguese, english, spanish, retirar o MEDLINE da busca. Cruzar o primeiro resultado com o segundo com o operador booleano AND
CENTRAL	Mastitis therapy (breast feeding OR lactation OR lactation disorder OR human milk)

*Código identificador da palavra

Os desenhos metodológicos identificados a partir do levantamento foram: estudo randomizado duplo cego, prospectivo, retrospectivo e descritivo exploratório

Os critérios de inclusão definidos para esta revisão integrativa foram:

- Publicações advindas de estudos primários, com descrição de delineamento do método de pesquisa de abordagem metodológica quantitativa.
- Presença de resumo da publicação na base de dados.
- Presença no título da publicação de um ou mais dos descritores controlados estabelecidos para a busca nas bases de dados.
- Presença no resumo da publicação de um ou mais dos descritores controlados estabelecidos para a busca nas bases de dados.
- Publicações referentes a pesquisas em seres humanos.
- Artigos nos idiomas português, inglês e espanhol.

As buscas foram realizadas concomitantemente em todas as bases de dados selecionadas em julho de 2013. Ao final da busca foram recuperados 114 artigos e salvos no gerenciador de referências EndNote® basic.

Para a seleção dos artigos que respondiam à pergunta do estudo respeitando os critérios de inclusão, foi realizada a leitura de todos os títulos e resumos por dois pesquisadores independentemente, nos casos de dúvidas de inclusão os dois pesquisadores deveriam discutir os pontos de dúvidas até chegar ao consenso. Os estudos em duplicata foram considerados apenas uma vez.

6.1.3. Etapa 3 - Extração dos dados

Estabelecemos as informações que seriam extraídas dos estudos selecionados. Esta etapa exige a utilização de um instrumento que, segundo Broome (2000), permita sumarizar de modo fácil e objetivo, as informações contidas nos artigos da revisão integrativa, e ainda englobe informações essenciais, tais como: identificação do estudo, objetivos, características metodológicas, resultados e conclusões (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). Neste estudo, nos apropriamos do instrumento de coleta de dados sugerido por Polit e Beck (2011) (APÊNDICE B), para cada um dos artigos da presente revisão.

A leitura dos artigos foi feita, inicialmente examinando o título do artigo, os objetivos do estudo e a data de publicação, seguida por uma leitura crítica e interpretativa. Após a leitura dos artigos, o instrumento foi preenchido.

6.1.4. Etapa 4 - Análise dos dados ou interpretação dos dados

Após a extração dos dados os itens devem ser comparados e os dados semelhantes agrupados (WHITTEMORE; KNALF, 2005). Esta etapa é parecida à etapa de análise de dados das pesquisas primárias, e requer uma abordagem organizada (BROOME, 2000).

Whittemore e Knalf (2005) sugerem para organização dos estudos o método de redução dos dados, visualização e comparação, o que permite analisar o conjunto de documentos primários e obter conclusões baseadas em evidências científicas. Para melhor visualização dos artigos selecionados sugerimos a construção de quadros com a síntese desses documentos, o que possibilita ao revisor uma visão geral com os principais dados de cada artigo (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Apesar de a enfermagem ainda não dispor de um número elevado de estudos que possibilitam mostrar fortes evidências, como nos ensaios clínicos randomizados controlados, temos a possibilidade, através de revisão integrativa de obter a melhor evidência disponível. Não se configura no padrão-ouro para a PBE, no entanto, não

inviabiliza a tomada de decisão (CRUZ; PIMENTA, 2005; GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

6.1.5. Etapa 5 - Apresentação dos resultados

A apresentação das conclusões pode ser em forma de tabela ou diagrama. É importante conter detalhes das fontes primárias segundo uma lógica de acordo com o que foi estabelecido como meta para esta revisão (WHITTEMORE; KNALF, 2005). Os resultados devem capturar a profundidade do tema e contribuir para sua melhor compreensão. As implicações para prática clínica devem ser exaltadas, além da importância para iniciativas de pesquisa e políticas públicas (WHITTEMORE; KNALF, 2005).

As conclusões de todas as etapas da metodologia proposta deve ter o potencial de fortalecer o processo de desenvolvimento do resultado da revisão (WHITTEMORE; KNALF, 2005).

A partir dos descritores definidos para esta revisão integrativa, encontramos 67 artigos na base de dados Medline; 15 artigos na CINAHL; 1 artigo na LILACS; 22 artigos na EMBASE e nove na CENTRAL. Os estudos primários foram selecionados pelo título e resumo e a seleção pautou-se nos critérios de inclusão delimitados. Após esta análise inicial, excluímos 105 artigos pelos motivos descritos no Quadro 2. Assim, selecionamos nove artigos para serem lidos na íntegra.

Quadro 2: Distribuição dos critérios utilizados para a exclusão das publicações inicialmente identificadas nas bases de dados investigadas. Ribeirão Preto, 2014

Base de dados	Total da busca	Duplicados	Não relacionados	Outros*	Amostra final
Medline	67	-----	37	23	7
CINAHL	15	5	5	5	-----
LILACS	1	-----	-----	1	-----
EMBASE	22	8	10	2	2
CENTRAL	9	5	4	-----	-
Total	114				9

*secundário, editorial, envolve animais.

A trajetória de busca dos documentos localizados nas bases de dados selecionadas foi resumida no fluxograma abaixo, Figura 2.

Figura 2: Trajetória de busca das publicações

6.1.5.1. Caracterização dos estudos selecionados

Os nove estudos foram desenvolvidos fora do Brasil. Em relação ao país de origem, três eram da Espanha, dois dos Estados Unidos, dois da Suíça, um da Turquia e um do Taiwan e todos foram escritos na língua inglesa.

Quanto à formação do primeiro autor, segundo consta nos estudos, temos um microbiologista, uma enfermeira, uma consultora de amamentação, dois médicos e quatro não constavam a formação no artigo. Seis estudos estavam vinculados a universidades e três a instituições hospitalares. Os estudos 1, 2 e 6 foram realizados em parceria interinstitucional; os demais três artigos foram desenvolvidos em um único local. Seis estudos são provenientes da Europa, em seis estudos o pesquisador principal é o professor universitário.

Em relação ao tipo de periódico em que os artigos foram publicados, cinco revistas têm um escopo multiprofissional na área de saúde e quatro são da área médica. A Tabela 4 mostra detalhes das publicações.

Tabela 4: Distribuição das publicações quanto ao tipo de revista e fator de impacto. Ribeirão Preto, 2014.

Identificação	Nome da revista	Tipo de publicação	*FI
1,4,5	<i>Journal of Human Lactation</i>	Multiprofissional na área de aleitamento materno	1,638
2	<i>Applied na Environmental Microbiology</i>	Multiprofissional na área de biotecnologia	3,678
3	<i>Clinical Infectious Diseases</i>	Multiprofissional na área de saúde	9,374
6	<i>American Journal of Epidemiology</i>	Médica	5,910
7	<i>American Journal of Obstetrics & Gynecology</i>	Médica	3,877
8	<i>Emergency Radiology</i>	Médica	+S/I
9	<i>Radiology</i>	Médica	6,339

*FI=Fator de Impacto, +S/I= Sem informação

A abordagem metodológica utilizada em todos os artigos foi a quantitativa. Os estudos tiveram diferentes delineamentos, sendo três randomizados duplo-cego, três prospectivos e três retrospectivo-descritivos. Todos foram classificados de acordo com a *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* (2011), que leva em consideração o tipo de pergunta da revisão para classificar o nível de evidência. No caso deste estudo a pergunta foi sobre se a intervenção realizada ajudou na solução do problema (Does this intervention help?/ Treatment benefits) (ANEXO B).

6.1.5.2. Apresentação e síntese dos estudos primários

A seguir serão apresentadas as análises dos nove estudos incluídos na revisão integrativa. Foi possível sintetizar o conhecimento produzido e divulgado sobre o tratamento de mastite lactacional. Identificamos os principais conteúdos de cada estudo, como sugerido por Broome (2000) e os agrupamentos em três categorias analíticas, a saber: (i) terapêutica alternativa e/ou complementar baseada em probióticos, (ii) terapêutica convencional e (iii) terapêutica para mastite lactacional abscedada.

Na categoria terapêutica alternativa e/ou complementar baseada em probióticos, foram incluídos três estudos sendo os três artigos completos (Quadros 3 a 5), que focalizaram o uso de diferentes probióticos para o tratamento da mastite lactacional.

A categoria terapêutica convencional foi identificada em quatro estudos (Quadros 6 a 9), sendo todos artigos completos que enfocaram a terapêutica medicamentosa e auxiliar.

Na terceira categoria analítica, terapêutica para mastite lactacional abscedada, foram incluídos dois estudos, sendo os dois artigos completos (Quadros 11 a 13) que investigaram a eficácia da cirurgia convencional e da cirurgia aspirativa como forma alternativa da resolução do abscesso.

A seguir, estão apresentadas as sínteses dos estudos analisados de acordo com as categorias identificadas.

Quadro 3: Apresentação resumida do estudo 1, incluído na categoria analítica “Terapêutica alternativa e/ou complementar baseada em probióticos”. Ribeirão Preto, 2014.

Estudo 1 FERNÁNDEZ, L.; DELGADO, S.; HERRERO, H.; MALDONADO, A. RODRÍGUEZ, J.M. The bacteriocin nisin, an effective agent for the treatment of staphylococcal mastitis during lactation. **Journal of Human Lactation**; v. 24, n. 3, p. 311- 316, 2008.

OBJETIVO(S)

- Avaliar se a aplicação de nisina pode constituir uma alternativa ou um complemento para o tratamento de mastite lactacional causada por *Staphylococcus* nos casos em que a antibioticoterapia foi mal sucedida.

METODOLOGIA

- Estudo randomizado duplo cego.
- Participantes: oito mulheres, entre 25 e 35 anos, com sintomas clínicos de mastite estafilocócica bilateral.
- Intervenção: aplicação de solução de nisina (0,1ml) no mamilo e aréola das mulheres do grupo de intervenção após cada mamada por duas semanas. Da mesma forma uma solução não contendo nisina foi aplicada no grupo controle. A evolução dos sintomas foi avaliada semanalmente por uma obstetriz. Duas amostras de leite foram coletadas: uma no dia zero e outra no dia 14.
- Análise estatística: o teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para determinar se a média dos valores obtidos da contagem de estafilococos dentro de cada grupo experimental (grupo de nisina, grupo controle) foi identicamente distribuída antes de iniciar o tratamento. Uma vez que o estudo foi concluído, o teste não paramétrico Mann-Whitney (Wilcoxon) foi utilizado para avaliar as diferenças entre a nisina e o grupo de controle. As análises foram realizadas com um nível de significância de $P < 0,05$. Todas as análises foram realizadas utilizando os Statgraphics Plus Software 5.0

RESULTADOS

- No dia zero a contagem de estafilococcus no leite foi similar entre o grupo da nisina e o grupo controle.
- No dia quatorze a contagem de estafilococcus no grupo nisina foi estatisticamente menor e o grupo controle sofreu uma pequena elevação.
- No dia 7 a avaliação clínica mostrou uma melhora significativa nos sinais de inflamação e no dia 14 não havia nenhum sinal de inflamação, no entanto o grupo controle seguiu com sinais de inflamação durante todo o período do experimento.

CONCLUSÕES

- Nisina mostra ser uma eficiente alternativa para o tratamento de mastite estafilocócica

Quadro 4: Apresentação resumida do estudo 2, incluído na categoria analítica “Terapêutica alternativa e/ou complementar baseada em probióticos”. Ribeirão Preto, 2014.

Estudo 2 JIMÉNEZ, L.; FERNÁNDEZ, A.; MALDONADO, R.; MARTIN, R.; OLIVARES M.; XAUS, J.; RODRÍGUEZ, J.M. Oral administration of lactobacillus strains isolated from breast milk as an alternative for the treatment of infectious mastitis during lactation. **Applied and Environmental Microbiology**; v. 74, n. 15, p. 4650-4655, 2008.

OBJETIVO(S)

- Avaliar se a administração oral de duas cepas de *Lactobacillus* isoladas de leite materno, *L. salivarius* CECT5713 e *L. gasseri* CECT5714, pode ser uma alternativa ou um complemento para o tratamento de mastite estafilocócica nos casos em que antibioterapia anterior não foi bem sucedida;
- Investigar se a administração oral de lactobacilos pode realmente levar a sua presença no leite materno.

METODOLOGIA

- Estudo randomizado duplo cego.
- Participantes: 20 mulheres entre 26 e 34 anos e com sintomas clínicos de mastite por *Staphylococcus*
- Intervenção: as mulheres foram randomizadas em dois grupos (probiótico e controle); a intervenção teve duração de 30 dias nos quais o grupo probiótico (n=10) consumiu 200mg de probiótico liofilizado contendo aproximadamente $10 \log_{10}$ CFU de cada (*L. salivarius* CECT5713 e *L. gasseri* CECT5714) numa matriz de metilcelulose e o grupo controle consumiu 200mg de metilcelulose por dia. Uma amostra de leite foi obtida das voluntárias no dia 0 da intervenção e no dia 30 da intervenção.
- Análise estatística: Os dados microbiológicos, registrados como UFC /ml de leite, foram transformados para valores de logarítmico antes da análise estatística. Os valores relatados de contagens bacterianas são os valores médios de determinações triplicado ou duplicado do desvios (SD). O teste de Kruskal-Wallis foi aplicado para determinar se os valores médios de contagem de log de *Staphylococcus* dentro de cada grupo experimental foram identicamente distribuídos antes de iniciar o tratamento. O Mann Whitney (Wilcoxon) foi usado para avaliar as diferenças entre o probiótico e o grupo controle. O nível de significância foi estabelecido em P 0,01. Todas as análises foram realizadas utilizando o software Statgraphics Plus 5.0 (Manugistics, Inc., Rockville, MD).

RESULTADOS

- No dia 0, a contagem média de *Estafilococos* nos grupos de probióticos e de controle foram semelhantes (4,74 e 4,81 log 10 UFC / ml, respectivamente), mas os lactobacilos não puderam ser detectados.
- *L. salivarius* CECT5713 and *L. gasseri* CECT5714 foram isolados a partir das amostras de leite de 6 das 10 mulheres do grupo probiótico.
- No dia 14, não foram observados sinais clínicos de mastite nas mulheres atribuídas ao grupo probiótico, mas a mastite persistiu durante todo o período de estudo entre as mulheres do grupo de controle.
- No dia 30, a contagem média de estafilococos no grupo probiótico (2,96 log10 UFC / mL) foi mais baixa do que a do grupo de controle (4,79 log 10 UFC / ml).

CONCLUSÕES

- O *L. salivarius* e o *L. gasseri* parecem ser uma alternativa eficiente para o tratamento de mastite lactacional

Quadro 5 – Apresentação resumida do estudo 3, incluído na categoria analítica “Terapêutica alternativa e/ou complementar baseada em probióticos”. Ribeirão Preto, 2014.

Estudo 3 ARROYO, R.; MARTIN, V.; MALDONADO, A.; JIMÉNEZ, E.; FERNÁNDEZ, L. Treatment of infectious mastitis during lactation: antibiotics versus oral administration of lactobacilli isolated from breast milk. **Clinical Infectious diseases**, v.50, n.12, p.1551-1558, 2010.

OBJETIVO(S)

- Avaliar a eficácia da administração oral de dois lactobacilos isolados do leite materno, *Lactobacillus fermentum* CECT5716 and *L. salivarius* CECT5713, para tratamento de mastite lactacional em um número grande de mulheres.
- Comparar a terapia desses dois lactobacilos com a antibioticoterapia convencional.

METODOLOGIA

- Estudo randomizado duplo cego.
- Participantes: 352 mulheres com sintomas de mastite foram distribuídas em três grupos, sendo dois grupos probióticos (A e B) e um grupo antibiótico (C). O grupo A foi composto por 124 mulheres, o grupo B por 127 mulheres e o grupo C por 101 mulheres.
- Intervenção: durante 21 dias o grupo A consumia diariamente uma cápsula de 200mg de *L. fermentum* e o grupo B uma cápsula de *L. salivarius*. As mulheres do grupo C receberam o tratamento prescrito pelo serviço de atenção básica em saúde. Uma amostra de leite materno foi coletada das voluntárias nos dias 0 e 21. Os sintomas foram avaliados nos dias 0 e 21 por uma obstetriz no serviço de atenção básica. Nos dois momentos foi solicitado às voluntárias que apontassem escores de dor que variaram de 0 a 10.
- Análise estatística: O teste Kruskal-Wallis foi usado para determinar diferenças estatisticamente significativas entre as contagens bacterianas (espécie bacteriana total e principal) e entre os escores de dor de mama no início (dia 0) e no final (dia 21) do experimento. A mesma abordagem foi utilizada para determinar se havia diferenças na mudança destas variáveis entre os três grupos. Quando foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, comparações múltiplas não paramétricas foram realizadas para determinar qual par de grupos foi diferente. A associação de recorrência mastite com o tratamento foi comparado com a relação com o teste Qui quadrado. A relação entre a contagem de bacteriana total e o escore de dor mamária foi analisada pelo coeficiente de correlação de Spearman para dados não paramétricos. O nível de significância foi fixado em 0,05. Todas as análises foram realizadas utilizando o pacote de software SAS, versão 9.1 (SAS Institute).

RESULTADOS

- No dia 0 a contagem de bactérias no leite foi similar nos três grupos.
- No dia 21 houve diferenças no total de bactérias nos 3 grupos.
- A redução de bactérias no grupo C foi significativamente menor que no grupo A e B. A maior redução de bactérias foi observada no grupo B.
- A bactéria que foi mais reduzida foi *Staphylococcus aureus*.

CONCLUSÕES

- Os resultados obtidos neste estudo sugerem que *L. fermentum* CECT5716 e *L. salivarius* CECT5713, podem ser usados para tratamento de mastite lactacional como alternativa ao antibiótico.

Quadro 6: Apresentação resumida do estudo 4, incluído na categoria analítica “Terapêutica convencional”. Ribeirão Preto, 2014

Estudo 4. OSTERMAN, K.L.; RAHM, V.A. Lactation mastitis: Bacterial of breast milk, Symptons, Treatment, and outcome. Journal of Human Lactation , v.16, n.4, p297-302, 2000.
OBJETIVO(S) <ul style="list-style-type: none"> • Comparar os marcadores bioquímicos, sinais clínicos, tratamento e resultados entre os dois grupos.
METODOLOGIA <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de estudo: prospectivo • Amostra: amostra de conveniência contendo 41 mulheres com mastite lactacional. As mulheres que procuraram o hospital com queixas no aleitamento materno foram alocadas no estudo entre maio de 1996 e novembro de 1998 • Intervenção: as mulheres foram divididas em dois grupos baseado no resultado da cultura do leite materno. Grupo A (25): A cultura encontrou bactérias que normalmente são encontradas na pele, Grupo B (16): A cultura encontrou bactérias patogênicas. O protocolo seguido foi: Encorajar a mulher a esvaziar as mamas a cada 3 ou 4 horas amamentando, seguido de ordenha manual ou mecânica, usar Ocitocina nasal, orientar a técnica de amamentação correta, descansar . As que não conseguiam descansar em casa, foi considerada a possibilidade de internação. • A antibióticoterapia é uma escolha individual de cada médico baseado nos sinais clínicos de mastite, Foi colhida amostra de leite materno e sangue para análise. Todos os casos foram acompanhados até a recuperação total. Recuperação dentro de uma semana com lactação continuada foi classificado como bom resultado. Recuperação de mais de uma semana, desmame devido ao episódio mastite lactacional, abscesso, ou febre séptica foram classificados como mau resultado. • Testes estatísticos: O teste t de Student foi utilizado para comparação de médias para as variáveis com distribuição normal. O Mann-Whitney foi usado para comparar os valores medianos para as variáveis não normalmente distribuídas. As variáveis binárias primiparidade e a proporção de crianças com menos de 2 semanas de idade, foram analisados pelo teste quiquadrado com correção de Yates para pequenas amostras. Para presença de mamilos doloridos e presença de calafrios, o teste de Fisher foi utilizado. Em todos os casos, um valor P de menor que 0.05 foram considerados estatisticamente significantes.
RESULTADOS <ul style="list-style-type: none"> • . Analise sanguínea: A proteína C reativa foi elevada em ambos os grupos comparados a valores normais. A contagem de leucócitos no grupo B foi maior que no grupo A. A hemoglobina não diferiu significativamente entre os dois grupos. Sinais clínicos: Mamilos feridos foram fortemente associados com a presença de bactérias patogênicas no leite. A mastite lactacional ocorreu mais cedo no grupo B do que no A. Nos dois grupos as mulheres tiveram severa elevação de temperatura. Todas as mulheres do grupo A referiram calafrios e 8 do grupo B. A duração média de tempo entre o início dos sintomas e a inclusão no estudo foi de 2 dias. Amamentação: No grupo A de uma maneira geral os resultados foram bons e nenhuma puérpera deixou de amamentar, além disso, não foi utilizada antibióticoterapia. • No grupo B, 13 mulheres tiveram resultado considerado pobre. Foram observadas várias complicações como abscesso e febre séptica; 5 mulheres resolveram desmamar; 81% tiveram persistência de sintomas da mastite por mais de uma semana. Uma delas teve abscesso drenado cirurgicamente e o <i>Staphylococcus</i> foi encontrado na cultura do leite e na secreção do abscesso .Foi prescrito antibiótico para nove mulheres. Flucloxacilina 1,5g/d/7dias (1 paciente), A mesma dose 10 dias foi usada por 6 pacientes e uma tomou por 16 dias juntamente com Cefuroxima 4,5g/d IV/ 3 dias a mesma dose dois dias para outra paciente juntamente com Penicilina G 9-12g/d IV/ 8 dias. Fenoximetilo/penicilina 3g/d/5semanas.

- Continuação...

CONCLUSÕES

- Todas as mulheres com sintomas de mastite lactacional devem ser orientadas ao esvaziamento completo do peito e descansar. No presente estudo, este tratamento foi considerado curativo para as mulheres com a cultura de leite em que cresceram apenas bactérias normalmente presentes na pele. A presença de potenciais bactérias patogênicas *Staphylococcus aureus* e *β -estreptococos-hemolítico* na cultura de leite foi associada com risco de complicações, e, nestes casos, a antibioticoterapia é recomendada.

Quadro 7: Apresentação resumida do estudo 5, incluído na categoria analítica “Terapêutica convencional”. Ribeirão Preto, 2014

Estudo 5. WAMBACH, K.A. Lactation mastitis: A descriptive study of the experience. Journal of Human lactation , v.19, n.1, p.24-34, 2003.	
OBJETIVO(S)	
<ul style="list-style-type: none"> Documentar e descrever o desenvolvimento da mastite. Identificar práticas de amamentação concomitante com a mastite. Descrever autocuidado, cuidado médico e sua eficácia. Descrever a sobrecarga percebida e as causas de mastite. Determinar a incidência, recorrência e complicações dos sintomas de mastite. 	
METODOLOGIA	
<ul style="list-style-type: none"> Tipo de estudo: Descritivo prospectivo. Amostra: 31 mulheres diagnosticadas com mastite lactacional. Intervenção: A amostra foi de conveniência, seguida prospectivamente do momento do diagnóstico de mastite até 6 semanas após o diagnóstico no período de 1999-2000. Mulheres com mais de 7 dias do diagnóstico foram excluídas. As entrevistas foram feitas pelo telefone. Na primeira entrevista os seguintes dados foram coletados: fatores demográficos; prática de amamentação, problemas 24h antes de os sintomas começarem, tipo de sintoma e intensidade desde que começaram autocuidado, cuidado médico e tratamento, sintomas que incomodam. Foi realizada uma ligação diária durante sete dias que coletou os seguintes dados: autocuidado, assistência médica e sintomas que incomodam; mais duas entrevistas foram realizadas com 2 e 6 semanas após o diagnóstico de mastite. Testes estatísticos: os dados foram analisados quanto à distribuição normal, e quando não normalmente distribuídos foram utilizadas medidas de tendência central (medianas) e análises não paramétricas foram usadas. 	
RESULTADOS	
<ul style="list-style-type: none"> O aparecimento da mastite se deu entre 1 e 36 semanas pós parto, com média de 3,5 semanas. 26 mulheres receberam o diagnóstico e prescrição por telefone. A frequência de amamentar variou entre 2 e 11,5 horas com média de 3 horas entre cada mamada. Cinco mulheres começam a usar fórmulas para substituir a amamentação e 1 para aumentar as mamadas. Técnicas de auto- cuidado com bons resultados: Manter a amamentação. Acetomenofem, aspirina e ibuprofeno. Massagem na mama. Compressa quente. Aumentar a ingesta hídrica. Aumentar o período de repouso. Ordenha (manual ou mecânica). Aumentar a frequência de amamentação. Amamentar primeiro na mama afetada. Diminuir as tarefas domésticas. Ter maior ajuda da família. Repouso absoluto no leito. Lanolina no mamilo. Sutiã de alça larga. Compressa de água fria. Vitamina C. Parar de amamentar na mama afetada. Desmamar. Técnicas de relaxamento. Antibioticoterapia: Cefalexina 1000mg/dia durante 7dias. Cefalexina 2000mg/dia durante 7 ou 10 dias. Dicloxacilina 1000mg/dia durante 7 ou 10 dias. Dicloxacilina 1500mg/dia durante 7 ou 13 dias. Dicloxacilina 2000mg/dia durante 7 ou 10 dias. Amoxicilina/ácido clavulônico 1000/dia durante 7dias. Amoxicilina/ácido clavulônico 1500mg/dia durante 10 dias. Amoxicilina/ácido clavulônico 2000/dia durante 10 dias. Clindamicina 1200mg/dia durante 10 dias. Amoxicilina 2000mg/dia durante 14 dias. Amoxicilina 1500mg/dia durante 7 dias. Cefamicina 500mg/dia Ampicilina 2000mg/dia durante 7 dias. 	
CONCLUSÕES	
<ul style="list-style-type: none"> É indicado realizar orientações em relação a causas, prevenção e tratamento médico de mastite. Focar em ordenha e prevenção de trauma mamilar. Orientar sobre o autocuidado. Pesquisas que mostrem como prevenir e tratar mastite previnem também o desmame precoce. 	

Quadro 8: Apresentação resumida do estudo 6, incluído na categoria analítica “Terapêutica convencional”. Ribeirão Preto, 2014

Estudo 6. FOXMAN, B.; D'ARCY, H.; GILLESPIE, B. BOBO, J.K.; SCHWARTZ, K. Lactation mastitis: Occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. American Journal of Epidemiology , v.155, n.2, p.103-113, 2002.	
OBJETIVO(S)	<ul style="list-style-type: none">• Descrever a incidência e tratamento de mastite e qualquer associação entre a ocorrência de mastite e características e comportamento das mulheres
METODOLOGIA	<ul style="list-style-type: none">• Tipo de estudo: estudo descritivo, prospectivo.• Amostra: 946 mulheres no pós-parto; 711 de um centro de nascimento em Michigan e 235 trabalhavam em uma grande companhia no Nebraska.• Intervenção ou desenvolvimento: As participantes foram entrevistadas pelo telefone com 3, 6, 9 e 12 semanas pós-parto ou pós desistir de amamentar.• Análise estatística: Descrevemos associações brutas entre exposições e taxa de mastite com índices e taxas de incidência cumulativa (risco) relações e seus intervalos de confiança aproximados de 95%. Índices de taxa foram calculados para covariáveis dependentes do tempo, por exemplo, hábitos de amamentação e incidência cumulativa relações de covariáveis que não mudam, por exemplo, estado civil. Riscos relativos e intervalos de confiança foram calculados utilizando o software dEPID. Testamos diferenças entre os grupos para as variáveis categóricas com o teste do qui-quadrado e para as variáveis contínuas com teste t de Student, os dois adotaram nível de significância de $\alpha = 0,05$.
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none">• A maioria das mulheres (711) era de Michigan e 235 do Nebraska. A incidência de mastite foi maior nas primeiras semanas pós-parto. Mulheres que tiveram mastite na gravidez anterior estavam mais vulneráveis a ter mastite nesta gravidez. O sintoma mais comum foi a fragilidade nas mamas. Quase metade das mulheres mudou seus hábitos de amamentação (menos frequente), antibióticos usados: cefalexina, amoxicilina, ampicilina/clavulanato de potássio (augmentin). Mulheres com história de mastite tiveram mais trauma mamilar.
CONCLUSÕES	<ul style="list-style-type: none">• Mastite lactacional é comum mas pouco entendida. Nosso estudo mostra o quão pouco é sabido sobre a epidemiologia e patogênese; os fatores de risco; são muito pouco explicados. Estudos futuros deveriam descrever o risco de mastite em relação à flora da pele e nasal nesse processo.

Quadro 9: Apresentação resumida do estudo 7, incluído na categoria analítica “Terapêutica convencional”. Ribeirão Preto, 2014

Estudo 7. LEE, I.W.; KANG, L.;HSU,H.P. ; KUO,P.L.; CHANG, C.M. Puerperal mastitis requiring hospitalization during nine year period. American Journal of Obstetric & Gynecology , v.203, n.4, p.332.e1-332.e 6, 2010.	
OBJETIVO(S)	<ul style="list-style-type: none">• O objetivo deste artigo foi descrever o manejo e os resultados deste manejo em pacientes que tiveram mastite puerperal através de busca em prontuários entre os anos de 2000 e 2008 (9anos) e rever as culturas realizadas no leite dessas pacientes e a suscetibilidade ao ATB.
METODOLOGIA	<ul style="list-style-type: none">• Tipo de Estudo: retrospectivo descritivo.• Amostra: 127 casos revisados de mastite lactacional de prontuários em um período de 9 anos.• Intervenção: As características clínicas de mastite e os resultados de cultura foram consultados nos prontuários.• Testes estatísticos: Usou-se o programa Statistical Package for the Social Science for Windows (SPSSWIN, versão 13.0). As variáveis contínuas foram expressas em média e desvio padrão e comparadas com o teste t Student ou Mann-Whitney. As variáveis categóricas foram expressas em número e porcentagem e comparadas como o teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher.
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none">• . 127 prontuários foram revisados entre 2000-2008. Mais de 90% dos casos ocorreram durante os 3 primeiros meses pós parto. E 76 mulheres sofreram incisão e drenagem e todas desmamaram. O microrganismo mais comum nas culturas foi S. Aureus e resistente a Oxacilina com período longo de hospitalização. As 99 mulheres descontinuaram a amamentação após a alta.
CONCLUSÕES	<ul style="list-style-type: none">• Os casos de mastite cresceram com a prevalência de amamentação dos últimos 9 anos. Os abscessos às vezes necessitam de drenagem o que aumenta os casos de mastite que cresceram com a prevalência de amamentação dos últimos 9 anos. Os abscessos às vezes necessitam de drenagem o que aumenta o desmame e o período de hospitalização. Para eliminar abscessos localizados o ultrassom guiado para aspiração com o adequado antibiótico é a opção de preferência. Pacientes Oxacilina resistente a <i>S. aureus</i> estão crescendo. É necessária uma terapia antimicrobiana para as mulheres resistentes a estafilococcus que não responderam aos agentes beta lactâmicos.

Quadro 10: Apresentação resumida do estudo 8, incluído na categoria analítica “Terapêutica para mastite abscedada”. Ribeirão Preto, 2014

Estudo 8. OZEKER,B.; OZCAN,U.A.; RASA, K.; CIZMELI,O.M. Treatment of breast abscess with ultrasound-guided aspiration and irrigation in the emergency setting. *Emergency Radiology*, v.15, n.2, p.105-108, 2008.

OBJETIVO(S)

- Descrever a eficácia da utilização de ultrassom para aspiração e irrigação de abscesso mamário em cenários de emergência.

METODOLOGIA

- Tipo de estudo: Descritivo
- Amostra: 10 pacientes encaminhadas do departamento de emergência com abscesso mamário
- Intervenção: A coleta foi realizada de setembro de 2004 a maio de 2005. A suspeita clínica de abscesso foi confirmada com palpação no local avermelhado da mama. Todas realizaram ultras-sonografia seguido de Doppler. Para drenagem do abscesso foi realizada anestesia local a aspiração, começou com agulha calibre 18-22 mas agulhas maiores foram usadas para líquidos mais viscosos. O material aspirado foi enviado para cultura e a cavidade foi irrigada com solução salina estéril de 2 a 3 vezes.
- Testes estatísticos: não descreveu, mas foram observadas frequências absolutas.

RESULTADOS

- 11 abscessos foram tratados em 10 pacientes; 3 (27%) que tiveram abscesso menor que 3cm foram tratadas com uma única aspiração. A média de aspirações para as outras 8 mulheres foi em média de 6 vezes, mas, variou de 4 a 8 vezes. O resultado da cultura foi : 4 casos de cultura estéril; 3 casos de *Staphylococcus aureus*; 3 casos de *Staphylococcus epidermidis* e um caso de *Klebsiella pneumoniae*.
- Foi realizada irrigação com antibiótico na cavidade onde foi retirado o abscesso de 4 pacientes, apenas uma teve drenagem cirúrgica. As pacientes foram acompanhadas durante 6 meses sem ocorrência de recidiva.

CONCLUSÕES

- O ultrassom é um método útil para realizar diagnóstico de abscesso mamário em cenários de emergência. O ultrassom guiado para realização de aspiração e irrigação do abscesso é considerado seguro, bem tolerado e bem sucedido método para tratamento de abscesso mamário, no entanto, este método tem melhores resultados com abscessos menores de 3 cm. A aspiração e a irrigação para abscesso mamário crônico são questionáveis e necessita de mais investigações.

Quadro 11: Apresentação resumida do estudo 9, incluído na categoria analítica “Terapêutica para mastite abscedada”. Ribeirão Preto, 2014

Estudo 9. ULITZSCH, D.; NYMAN, M.K.G.; CARLSON, R.A. Breast abscess in lactating women: US-guided treatment. Radiology , v.232, n.3, p.904-909, 2004.	
OBJETIVO(S)	
<ul style="list-style-type: none"> Avaliar retrospectivamente o uso da ultras-sonografia (US)-guiada para tratamento de abscessos de mama em mulheres lactantes. 	
METODOLOGIA	
<ul style="list-style-type: none"> Tipo de estudo: retrospectivo Amostra: 108 lactantes foram examinadas e 56 diagnosticadas com abscesso. Intervenção: Foi realizado ultrassom em mulheres com suspeita de mastite lactacional. O ultrassom foi realizado por um ultrassonografista experiente, tão logo realizado o diagnóstico foi colhida secreção para cultura e imediatamente tratado o abscesso com a aspiração da secreção. Quando o abscesso tinha até 3mm de diâmetro foi realizada uma única aspiração, caso fosse maior era tratado com a inserção de Cook HPD (Cook Europe, Bjaeverskov, Denmark). O ultrassom guiado em abscessos menores de 3mm utilizou agulhas de 1.7-2.0 mm e lavagem com soro fisiológico. Houve acompanhamento com ultrassom depois de 2 ou 3 dias após o procedimento, se necessário realiza-se aspiração novamente e retorno após 5 dias. Após anestesia local foi inserido um cateter de 6 a 8 F, dependendo da viscosidade da secreção e lavado pela paciente ou acompanhante de 3 a quatro vezes por dia. O cateter foi retirado se houvesse menos de 4ml de secreção, quando o soro fisiológico não entrava mais no cateter para lavagem ou quando o abscesso não era mais visível no ultrassom. Para avaliação da dor, foi utilizada uma escala analógica de zero a dez; e enviado um questionário pelo correio (38-63 meses depois do tratamento) a fim de saber se havia alguma cicatriz ou resultado estético insatisfatório. Analgésicos utilizados- Metadona IM 50mg, ATB – Floxacilina 500mg VO 3x/dia por 10 dias. Testes estatísticos: sem descrição, mas observa-se frequência absoluta. 	
RESULTADOS	
<ul style="list-style-type: none"> 56 abscessos foram identificados em 43 mulheres, todos os abscessos foram tratados guiados por ultrassonografia: 23 com aspiração e 33 com inserção de cateter e drenagem. O tratamento foi determinado pelo tamanho do abscesso. Abscessos menores de 3mm de diâmetro foram tratados com aspiração e os maiores com inserção de cateter. Uma paciente tratada com aspiração teve de retornar para cirurgia, todas as outras tiveram resultado satisfatório, a inserção do cateter foi bem tolerado com score de dor em média de 2.3 em 22 duas mulheres em que a escala foi utilizada. Das 43 mulheres questionadas sobre os resultados estéticos e cicatrizes, 37 responderam, 35 estavam satisfeitas e duas não. 	
CONCLUSÕES	
<ul style="list-style-type: none"> Tanto a aspiração para abscessos menores de 3mm quanto a inserção de cateter para abscessos maiores de 3mm de diâmetro são meios de sucesso para tratamento de abscesso. 	

6.1.5.3. Discussão dos estudos primários selecionados

O interesse pela flora bacteriana normal em humanos vem aumentando, devido à bacterioterapia que utiliza bactérias comensais para prevenir a proliferação de patógenos, esta vem sendo uma alternativa promissora ao combate de infecções (HEIKKILÄ; SARIS, 2003). Estudos mostram que a utilização de bactérias comensais tem sido útil na prevenção de amigdalite estreptocócica recorrente em crianças, otite média, colite ulcerativa, trato urinário e gastrointestinal, infecções respiratórias e diarreia (STRAUSS, 2000; HUOVINEN 2001; REID et. al 2001).

A mastite infecciosa é normalmente associada ao *Staphylococcus aureus*, no entanto, o *Staphylococcus epidermidis* vem emergindo como um importante agente etiológico causador de mastite infecciosa (FERNANDEZ et al., 2008). A multirresistência aos antibióticos e a formação de biofilmes são muito comuns nessas duas espécies (JIMENEZ et al., 2008), portanto os estudos com probióticos vêm como uma alternativa terapêutica.

No que se refere à terapêutica para mastite lactacional com probióticos, os artigos encontrados foram 1, 2, e 3 desenvolvidos por pesquisadores da Universidad Complutense de Madri. Os estudos mostraram a utilização de um probiótico em comparação com um placebo, por via tópica (estudo 1); a combinação de dois lactobacilos em cápsula em comparação ao placebo (estudo 2); e a comparação entre antibioticoterapia e duas cepas diferentes de lactobacilos (estudo 3).

O estudo 1 foi realizado em hospital da Espanha e teve como objetivo avaliar a aplicação de nisina como alternativa ou complementação de tratamento para mastite estafilocócica em casos de insucesso da antibioticoterapia.

A nisina foi introduzida na Inglaterra há 30 anos como conservante alimentício. Foi utilizada primeiramente na conservação de queijos e posteriormente empregada para outros alimentos e bebidas (DELVES-BROUGHTON, 1996). A nisina é um peptídeo antimicrobiano produzido por algumas linhagens de *Lactococcus lactis* e pode ser utilizada como alternativa para o tratamento de mastite infecciosa, no entanto sua aplicação foi esquecida após o advento da antibioticoterapia (FERNANDEZ et al, 2008).

Utilizando os conhecimentos já produzidos, os pesquisadores do estudo 1

isolaram o *Lactobacilo lactis*, que é uma cepa de produção de nisina, a partir do queijo, e liofilizaram para utilização no tratamento de mulheres com mastite (FERNANDEZ et al., 2008).

Esse mesmo estudo teve como amostra oito mulheres com sinais clínicos de mastite infecciosa que não tiveram melhora com antibioticoterapia. As mulheres foram randomizadas em dois grupos (nisina e placebo), os pesquisadores e as mulheres não tinham conhecimento do que estavam administrando e usando, respectivamente (FERNANDEZ et al., 2008).

A nisina foi utilizada no mamilo e aréola mamária após cada mamada, no grupo controle foi utilizado um placebo. A evolução dos sintomas foi avaliada por uma obstetriz e amostras de leite materno foram colhidas no dia zero e ao final do estudo, no dia quatorze, as mamas foram corretamente higienizadas antes da coleta (FERNANDEZ et al., 2008).

Os resultados mostraram que mesmo as meticilinas resistentes foram sensíveis à nisina. No dia zero a contagem de staphylococcus no leite, obtida dos dois grupos (nisina e controle), foi semelhante. No dia quatorze, a contagem de estreptococos no grupo de nisina foi estatisticamente menor. O grupo controle sofreu uma pequena piora nos sinais e sintomas no dia 7, o que não aconteceu no grupo de nisina, e no dia quatorze não havia sinais e sintomas de mastite no grupo de nisina, ao passo que o grupo controle teve persistência dos sinais e sintomas ao longo do estudo (FERNANDEZ et al., 2008).

Os autores concluem que estratégias baseadas em bacterioterapia são promissoras, já que muitos agentes patogênicos que causam mastite são resistentes a antibióticos, além de evidências do aumento na multirresistência no uso indiscriminado de antibióticos (FERNANDEZ et al., 2008).

Em um segundo estudo, realizado pelo mesmo grupo de pesquisa, o objetivo foi utilizar dois lactobacilos (*L. salivarius* e *L. gasseri*), nesse momento foram administrados via oral durante 30 dias. As cepas desses lactobacilos foram isoladas de leite materno de mulheres saudáveis, e o grupo controle recebeu cápsulas de metilcelulose. O segundo objetivo foi avaliar se a administração oral de lactobacilos pode ser transferida para o leite materno. Como em estudo anterior a metodologia adotada para esse experimento foi randomização duplo-cego (JIMENEZ et. al, 2008).

Vinte nutrízes com sinais clínicos e mastite lactacional e com coleta de leite

positiva para *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus epidermides* foram randomizadas, no dia zero a contagem de *Staphylococcus* nos dois grupos foi semelhante e não foi identificado nenhum lactobacilo em nenhuma das amostras, no dia 30 a contagem média de estafilococcus nas amostras das mulheres que receberam probiótico era estatisticamente inferior ao grupo controle. Em relação à presença de lactobacilos nas amostras de leite do grupo controle nenhum foi identificado, e no grupo que recebeu os probióticos foram identificados lactobacilos em seis amostras de leite materno (JIMENEZ et al., 2008).

Estudos mostram que lactobacilos e outras bactérias lácteas produtoras de ácidos presentes no leite humano podem ter origem endógena, e após interação com células dendríticas do intestino materno atingem a glândula mamária pela via enteromamária (MARTIN et al., 2003; MARTIN et al., 2004).

Os autores concluem sugerindo que os dois lactobacilos desse ensaio podem ser uma opção alternativa ao antibiótico e, que em estudos futuros, poderemos avaliar o efeito preventivo da sua utilização em mulheres grávidas com mastite anterior (JIMENEZ et al., 2008).

Em um terceiro estudo a randomização duplo-cego foi realizada com 352 mulheres com diagnóstico de mastite lactacional, divididas em três grupos, as que receberam os lactobacilos em cápsula (*L. fermentum* e *L.salivarius*) e as que receberam terapia convencional de antibiótico no período de 21 dias; mas nesse momento as nutrizes não tinham realizado antibioticoterapia prévia sem sucesso. A metodologia empregada para isolar os lactobacilos foi a mesma dos estudos anteriores (ARROYO et al., 2010).

Os antibióticos prescritos para as mulheres do grupo C foram a amoxicilina-ácido clavulônico (38,6%), amoxicilina (22,8%), cotrimoxazol (18,8%), cloxacilina (17,8%), e eritromicina (2%). A eficácia destes antibióticos na redução de *Staphylococcus epidermides*, *Staphylococcus aureus* e *Estreptococos mitis* foram estatisticamente significantes. A amoxilina e a cloxacilina foram as menos eficazes na redução de bactérias, e em duas mulheres ao final de 21 dias não houve alteração na contagem de bactérias em comparação ao dia zero. Não foi possível isolar nenhum lactobacilo na amostra de leite dessas mulheres, mas foram isolados lactobacilos em mais da metade das mulheres nos grupos de probióticos (ARROYO et al., 2010).

Ainda assim, ao final do experimento os grupos que receberam probióticos

tiveram melhores resultados em relação à diminuição na contagem de bactérias e eliminação de sinais clínicos de mastite em comparação ao grupo que recebeu antibiótico (ARROYO et al., 2010).

Estudos de revisão narrativa vêm sendo realizados para elucidar a terapêutica adequada para mastite lactacional. Esses estudos nos mostram pontos de convergência e de divergência entre as terapêuticas, mas a complexidade dos casos, muitas vezes, direciona o tratamento por caminhos distintos; o que leva à dificuldade de especialistas em manter um consenso nessa temática.

Uma publicação recente com perguntas e respostas a três especialistas, mostra a diversidade de cuidados para mastite lactacional, dependendo da profissão que exerce, e do protocolo terapêutico do seu local de trabalho. Enfermeiros tendem a direcionar a terapêutica com orientações e suporte e médicos além das já citadas, possuem a responsabilidade da escolha do antibiótico adequado, quando necessário, e nem sempre temos a clareza de quando é necessário (AMIR; TRUPIN; KVIST, 2014).

Os quatro estudos dessa revisão, com o tema de terapêutica convencional, também mostram a dependência do olhar dos profissionais de saúde para a terapêutica da mastite lactacional e de como as mulheres a recebem.

O estudo 4 compara os marcadores bioquímicos, sinais clínicos, tratamento e resultados entre dois grupos. O grupo A composto por 25 mulheres, com cultura do leite materno negativo para bactérias patogênicas e o grupo B, composto por 16 mulheres, onde foram identificadas bactérias patogênicas (OSTERMAN; RAHM, 2000).

O protocolo seguido foi: Encorajar a mulher a esvaziar as mamas a cada 3 ou 4 horas amamentando, seguido de ordenha manual ou mecânica, usar ocitocina nasal, orientar a técnica de amamentação correta, descansar. As mulheres que não conseguiam descansar em casa poderiam ser internadas para descanso (OSTERMAN; RAHM, 2000). O que mostra a grande importância do descanso, principalmente nos primeiros dias da mastite lactacional, na recuperação das mulheres.

A antibioticoterapia é uma escolha individual de cada médico baseado nos sinais clínicos de mastite. Foram colhidos amostra de leite materno e sangue para análise. Todos os casos foram acompanhados até a recuperação total. Recuperação dentro de uma semana com lactação continuada foi classificada como bom

resultado. Recuperação de mais de uma semana, desmame devido ao episódio de mastite lactacional, abscesso, ou febre séptica foram classificados como mau resultado (OSTERMAN; RAHM, 2000).

Os antibióticos foram utilizados para o grupo B, todas com cultura positiva para *Staphylococcus aureus*; os antibióticos utilizados foram: flucloxacilina 1,5g/dia por 7 dias para uma mulher, e por 10 dias para cinco mulheres. Uma que evoluiu para abscesso mamário recebeu flucloxacilina 1,5g/dia por 16 dias e cefuroxima 4,5g/dia por 3 dias, no caso mais grave, que foi septicemia, foram utilizados três antibióticos, cefuroxima 4,5g/dia por dois dias, penicilina G 9-12g/dia por oito dias e fenoximetilo 3g/dia por cinco semanas (OSTERMAN; RAHM, 2000).

Quanto ao resultado dos exames as mulheres do grupo B, houve aumento de leucócitos, ao passo que, a proteína C reativa (PCR) foi alta nos dois grupos. Os autores sugerem que o PCR não deve ser considerado na realização do diagnóstico e questionam o uso de antibióticos com base nos sinais clínicos de mastite, já que estavam presentes em todas as mulheres, e apenas 16 tinham cultura de leite positiva para *Staphylococcus aureus* (OSTERMAN; RAHM, 2000).

Os autores concluem dizendo que mulheres com mastite lactacional devem ser orientadas a esvaziar as mamas completamente em todas as mamadas e descansar, o que foi considerado uma terapêutica curativa para as mulheres sem contaminação por patógenos no leite, e que a terapia com antibiótico é recomendada para mulheres com patógenos isolados no leite materno (OSTERMAN; RAHM, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a estase do leite na mama a causa primária de mastite lactacional. A remoção eficiente do leite pode prevenir o desenvolvimento de mastite, e sugere que a estase proporciona um bom meio para o desenvolvimento da infecção (WHO, 2000).

Um dos objetivos do estudo 5 foi identificar práticas de amamentação concomitantes com a mastite. A orientação mais comum para mulheres com mastite lactacional foi o aleitamento materno e também a mais apreciada pelas mulheres; manter a amamentação tem alto poder de resolução do quadro de mastite (WAMBACH, 2003).

A mastite lactacional aumenta a chance de desmame precoce, é importante descrever as experiências sob a perspectiva das mulheres, como vivenciaram os sintomas e seu autocuidado. A terapêutica não inclui apenas administração de

medicações, o processo é mais complexo, exige um olhar holístico e muita energia na investigação de informações desde a realização do diagnóstico adequado até que tipo de tratamento é mais eficaz na opinião de quem os recebe (FETHERSTON, 1997).

O diagnóstico foi feito nas primeiras 18 horas a partir dos primeiros sinais e sintomas locais (“vermelhidão”, dor, endurecimento, edema, calor) e sistêmicos (temperatura elevada, arrepios, sintomas de gripe) em uma escala de zero a cinco a dor foi considerada pelas mulheres quatro entre os dias 1 e 3 e a “vermelhidão” teve seu pico entre os dias 2 e 3, sinais e sintomas sistêmicos também tiveram seu pico entre os dias 1 e 2 (WAMBACH, 2003).

Todas receberam antibiótico com base nos sinais e sintomas de mastite lactacional, sem a coleta de cultura de leite. O antibiótico mais prescrito foi a cefalexina 2g/dia por 7 ou 10 dias e o segundo a ser prescrito foi a dicloxacilina 1g/por 7 ou 10 dias. Os quatro casos de recorrência foram tratados inicialmente com amoxicilina e ampicilina, que não são drogas consideradas padrão para mastite, o que mostra o desconhecimento de alguns profissionais de saúde em relação à terapêutica medicamentosa para esse acometimento (WAMBACH, 2003).

Outros autores consideram que a dicloxacilina e a floxacilina são consideradas as drogas de excelência no tratamento de mastite lactacional e a cefalexina ou a clindamicina podem ser usadas nos casos de alergia à penicilina (AMIR; TRUPIN; KVIST, 2014).

As mulheres consideraram muito eficazes os seguintes métodos terapêuticos orientados a elas por um profissional de saúde, via telefone ou pessoalmente: manter e aumentar a frequência do aleitamento materno, amamentar primeiramente na mama afetada, utilizar analgésicos e anti-inflamatório, compressas quentes, aumento da ingestão hídrica, maior ajuda familiar nas tarefas domésticas, usar sutiã de alças firmes, suspender a amamentação na mama afetada temporariamente e creme nos mamilos, não existe a informação de que tipo de creme foi utilizado (WAMBACH, 2003).

O autor conclui dizendo que esse estudo acrescenta novos conhecimentos sobre a mastite na perspectiva da mulher, e que os profissionais de saúde devem dar mais atenção nas orientações sobre autocuidado. Devido ao risco de desmame precoce em alguns casos o autor sugere a continuidade de investigações sobre as intervenções para prevenir e tratar a mastite (WAMBACH, 2003).

O estudo 6, foi realizado em lugares distintos nos Estados Unidos (Nebraska e Michigan) com o objetivo de descrever a incidência e o tratamento de mastite, qualquer associação entre a ocorrência de mastite e características comportamentais das mulheres. Não houve diferença significativa nos resultados associada ao local de estudo. As mulheres foram entrevistadas por telefone durante 6 meses ou até cessar o aleitamento materno. Os diagnósticos realizados por telefone ou pessoalmente tiveram as mesmas características em relação aos sinais e sintomas e características sociodemográficas. Dentre as 946 mulheres 840 foram acompanhadas por 12 semanas; 711 eram de Michigan e a incidência de mastite foi mais frequente nas primeiras semanas pós-parto com porcentagem de 10,3% em Michigan e 7,2% em Nebraska. Os traumas mamilares não tiveram associação com a idade materna ou renda familiar (FOXMAN et al., 2002).

Em relação ao diagnóstico, 64% foram diagnosticadas por telefone, 38% das mulheres foram diagnosticadas por obstetra, 23% por enfermeiro e as demais por outro profissional de saúde (FOXMAN et al., 2002). A prática de realizar diagnóstico e prescrição por telefone é comum nos Estados Unidos (VOGEL; HUTCHISON; MITCHELL, 1999; FOXMAN et al., 2002).

Entre as mulheres diagnosticadas com mastite lactacional, 36% eram primigestas e 14% secundigestas, as que já tinham um filho tinham risco maior de desenvolver mastite (FOXMAN et al., 2002).

No processo de realização do diagnóstico, os sintomas mais comuns foram: dor nas mamas (98%), febre (82%), mal-estar (87%), arrepios (78%), vermelhidão (78%), tensão e calor na mama (62%). Quando tinham mais de um desses sintomas já era suficiente para diminuição das atividades diárias da mulher e quase metade delas mudou seus hábitos em relação ao aleitamento materno (FOXMAN et al., 2002).

Os sinais e sintomas são descritos em quase todos os artigos relacionados com essa temática, no entanto, algumas mulheres não são diagnosticadas precocemente, o que leva ao agravamento do caso com a necessidade de tratamentos mais agressivos, comprometendo o sucesso do aleitamento materno (VINHA, 1988; WHO, 2000; VIERA et al., 2006).

Em relação ao tratamento, 88% das mulheres receberam uma ou mais medicações, analgésicos (17%) e ou antibiótico (86%). Os antibióticos utilizados foram: cefalexina (46%), amoxicilina (7%), ampicilina (7%) e amoxicilina / clavulanato

de potássio (7%). Não foram realizadas cultura no leite materno (FOXMAN et al., 2002).

As orientações mais frequentes foram: compressas quentes nas mamas (88%), esvaziar completamente a mama afetada (65%), amamentar com mais frequência (74%), posição correta para amamentar (48%) (FOXMAN et al., 2002). Estudo mostra que há de se ter cautela na utilização de calor local, como orientação para mastite lactacional, o que pode trazer mais malefícios que benefícios (GIUGLIANE, 2004). Protocolos de referência mundial indicam o esvaziamento da mama como medida principal para tratamento e prevenção de mastite lactacional (WHO, 2000; ABM, 2014).

Mulheres que amamentaram com menos frequência tiveram menos mastite, o que determinou o esvaziamento foi a duração da mamada, a frequência foi relacionada com risco maior de trauma mamilar, assim como a má pega, o uso de bombas para retirar o leite e lavar a mama antes de amamentar. O método indicado para esvaziar a mama sem causar trauma mamilar é a ordenha manual (FOXMAN et al., 2002).

Os autores concluem dizendo que a mastite é um acometimento comum, mas pouco compreendido e que estudos que investiguem a patogênese desse acometimento devem ser desenvolvidos (FOXMAN et al., 2002).

Assim sendo, o último estudo na categoria tratamento convencional, trata justamente da patogenia da mastite lactacional, por meio de revisão de culturas de leite materno de mulheres que foram internadas por mastite lactacional de 2000 a 2008. Nesse período 127 mulheres foram internadas, 76 drenaram abscesso mamário por incisão e 4 por punção, não houve a necessidade de drenagem nas 47 restantes (LEE, 2010).

As mulheres que drenaram abscesso mantiveram-se por mais tempo com sintomas de mastite, em média 17 dias, em contrapartida as que não tiveram essa necessidade sentiram os sintomas em média por 3 dias, além disso todas as mulheres que foram submetidas à drenagem descontinuaram a amamentação, a contagem plaquetária era maior, tinham a temperatura mais baixa, havia mais culturas positivas para *Staphylococcus aureus* resistentes à oxacilina (LEE, 2010).

Das 127 mulheres que foram internadas por mastite lactacional, 101 receberam antibiótico, patógenos foram identificados em 99 culturas. De 38 mulheres que receberam antibiótico sensível ao patógeno encontrado na cultura 21

não necessitaram cirurgia para drenagem de abscesso, enquanto 46 de 61 mulheres que receberam antibióticos resistentes ao patógeno encontrado no leite foram submetidas à cirurgia de drenagem de abscesso mamário (LEE, 2010).

Houve a necessidade de cirurgia para drenar abscesso em 76 casos, destes 61 tinham *Staphylococcus aureus* e 42 eram resistentes à oxacilina. Todas oxacilino-resistentes eram sensíveis à vancomicina, teicoplanina, nilezolid, ácido fusídico; entre as pacientes oxilino-resistentes cinco receberam antibióticos adequados ao patógeno e quatro não necessitaram de drenagem (LEE, 2010).

Quando se trata da terapêutica para mastite lactacional ainda existem controvérsias quando analisamos vários estudos. Um estudo realizado na Suíça mediu patógenos no leite de mulheres com presença e ausência de sinais clínicos de mastite, os dois grupos tiveram bactérias patogênicas muitas vezes em altos níveis, mas nem todas desenvolveram sinais clínicos de mastite, assim contagens bacterianas no leite materno podem ser de valor limitado na decisão de tratar com antibióticos. Os autores que sugerem o acompanhamento diário para medir a diminuição dos sintomas pode ajudar a identificar aqueles que necessitam de tratamento com antibióticos (KVIST et. al, 2008).

Em conclusão os autores do estudo 5 sugerem que para elucidar o impacto do uso de terapêutica antimicrobiana adequada, há necessidade de mais estudos com as oxilino-resistentes inclusive a nível molecular. A resistência à oxacilina emergiu em cocos Gram-positivos isolados de leite e abscessos, a prescrição antimicrobiana empírica não funciona para mulheres com cultura oxacilino-resistentes (LEE, 2010).

Esses quatro estudos analisados nesta revisão integrativa, mostram a necessidade de aumentar o consenso em alguns pontos na terapêutica para mastite lactacional, como por exemplo: a coleta de cultura do leite para adequação da antibioticoterapia, a investigação de sensibilidade de antibióticos relacionados com o patógeno encontrado no leite, a influência das características sociodemográficas e obstétricas no desenvolvimento de mastite lactacional.

O abscesso mamário no pós-parto é relativamente raro, mas é uma complicação séria da mastite lactacional (CHRISTENSEN et. al, 2005). O abscesso mamário é largamente prevenível se o manejo adequado for instituído no início da estase láctea (WHO, 2000). Geralmente ocorre entre 3 e 8 semanas pós-parto com incidência entre 5% e 10%, o micro-organismo adentra a mama através de traumas

mamilares, o *Staphylococcus aureus* é o maior causador dessa infecção (DENER; INAN, 2003; AMIR et. al, 2011).

O tratamento para abscesso mamário lactacional pode ser realizado por incisão cirúrgica e drenagem ou por aspiração com agulha e antibioticoterapia. A primeira opção deveria ser a aspiração e antibioticoterapia, a cirurgia deveria ser reservada para recorrência ou grandes abscessos (DENER; INAN, 2003; VERSLUIJS-OSSEWAARDE; ROUMEN; GORIS, 2005).

Os estudos 8 e 9 referem-se ao tratamento do abscesso mamário lactacional por aspiração guiada por ultrassonografia. A ultrassonografia foi utilizada para realizar o diagnóstico, para guiar a punção e para o acompanhamento pós-procedimento (ULITZSCH; NYMAN; CARLSON, 2004; OZSEKER et al., 2008).

Em um dos estudos o procedimento de aspiração teve melhor resultado em abscessos menores de 3 cm , os maiores tiveram de ser aspirados por mais de uma vez (ULITZSCH; NYMAN; CARLSON, 2004). O último estudo dessa revisão também utilizou aspiração guiada por ultrassonografia, mas em abscessos maiores de 3 cm foi inserido um cateter de drenagem, que foi bem suportado pelas mulheres. O cateter era retirado se houvesse menos de 4ml de secreção (OZSEKER et al., 2008).

Todas as mulheres receberam antibiótico de acordo com a cultura de secreção (OZSEKER et al., 2008). No estudo onde as mulheres permaneceram com cateter para drenagem foi utilizado analgésico intramuscular (cloridrato de petidina 50mg), além da flucloxacilina via oral administrada três vezes ao dia durante 10 dias (ULITZSCH; NYMAN; CARLSON, 2004).

Os autores concluíram que a ultrassonografia facilita o diagnóstico e a realização da aspiração do abscesso mamário, principalmente para abscessos menores de 3cm. A drenagem por aspiração é uma boa alternativa para resolução do abscesso com menos complicações pós-procedimento e melhores resultados estéticos (ULITZSCH; NYMAN; CARLSON, 2004; OZSEKER et al., 2008).

6.1.6. Implicações da presente revisão integrativa para prática

Um dos objetivos da PBE é diminuir a lacuna que existe entre a pesquisa e a prática clínica. Através desta revisão de literatura vários aspectos da mastite lactacional foram abordados e é importante que os profissionais de saúde entrem em contato com essa realidade e avaliem a possibilidade de aplicação em seu campo de trabalho.

Os pontos a serem considerados nesta revisão são: os lactobacilos são boas alternativas ao uso de antibióticos como forma de diminuir o risco do aumento potencial de bactérias antibiótico-resistente, devido ao uso indiscriminado de antibioticoterapia. Esses estudos tiveram como limitação o tamanho da amostra, levando os autores a sugerirem novos estudos com amostras maiores e confirmação dos resultados.

A terapêutica para mastite lactacional não se limita apenas ao uso de antibióticos, esse acometimento deve ser visto de maneira holística e a realização do diagnóstico correto e em tempo hábil poupa a mulher de danos maiores, como por exemplo o abscesso mamário.

Existe a necessidade de mais exploração dessa temática, a fim de conseguir o consenso de resultados divergentes entre estudos. Alguns aspectos já são consenso, como esvaziar totalmente a mama para prevenção e tratamento de mastite, como ponto principal de resolução dos casos, os sinais clínicos também são consenso (dor, calor, rubor, edema e endurecimento da mama), mas ainda não existe consenso se a administração de antibiótico é segura sem a realização de cultura de leite ou secreção mamária prévia.

E enfim, além de levar em consideração a opinião dos profissionais de saúde deve-se considerar a opinião das mulheres que se submetem ao tratamento, pois o autocuidado é um fator muito importante no sucesso do tratamento.

*7. FASE III- ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DA
FICHA*

7. Elaboração e validação da ficha

A fase III visou a atender ao objetivo específico 4 e foi constituída pela proposta de elaborar e validar uma ficha de registro de aplicação clínica sobre a assistência à mulher durante uma internação por mastite lactacional. O documento produzido será utilizado para coletar e estruturar informações clínicas e sociodemográficas da mulher com mastite durante a internação hospitalar. Visa a contribuir com a qualidade das informações que serão utilizadas para traçar estratégias, definir metas e intervenções que se fizerem pertinentes para a atenção à saúde das mulheres com mastite, no município de Ribeirão Preto, SP.

Buscando aplicar, em nosso estudo, os constructos que sustentam a PBE, na Fase I utilizamos a ficha antiga para traçarmos o perfil das mulheres que foram internadas por mastite lactacional em instituições hospitalares de referência para a rede pública municipal de Ribeirão Preto, SP e ao mesmo tempo identificarmos na ficha, os campos ou segmentos que demandavam reformulação. A Fase II remeteu-se ao auxílio das evidências científicas sobre o tratamento da mastite lactacional e finalizamos com a elaboração e validação da nova ficha, com a contribuição dos profissionais de saúde no processo de validação aparente de conteúdo (Fase III).

7.1. Desenvolvimento da elaboração da ficha

A ideia para a elaboração da nova ficha surgiu da necessidade de alterar a “Ficha de registro da assistência à mulher na amamentação durante a internação por intercorrência mamária”, identificada pelos profissionais do “Projeto Floresce uma Vida” da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Ribeirão Preto. Esta ficha é considerada um instrumento de grande importância na identificação e acompanhamento dos casos de mulheres que internam por mastite lactacional na rede pública de saúde hospitalar do município de Ribeirão Preto, SP.

O Projeto “Floresce uma Vida” surgiu em 1995, como resultado de esforços de diferentes frentes de trabalho da SMS de Ribeirão Preto. O objetivo principal do projeto é reduzir a mortalidade infantil no município, e os objetivos secundários

referem-se ao cuidado pré-natal, ao incentivo do aleitamento materno, ao atendimento de puericultura, à melhoria do desenvolvimento infantil e à integração de diversos programas (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 1995). Dentre as atividades do Projeto Nascer são realizadas visitas diárias por um auxiliar de enfermagem a puérperas nas maternidades de referência e a mulheres que estão hospitalizadas por intercorrências mamárias, como a mastite lactacional. É nesse momento que a ficha de registro a ser elaborada e validada é utilizada.

Como já foi descrito na revisão de literatura na fase II deste estudo, uma boa terapêutica depende do acompanhamento da história de desenvolvimento da mastite lactacional desde o seu início. Com investigação adequada, é possível poupar a mulher de maiores agravos ou até mesmo prevenir o desenvolvimento da mastite. É necessário enxergar a história das mulheres de uma maneira mais ampla, documentar e trabalhar em soluções. O instrumento que está sendo utilizado pelo projeto não está alcançando ao que se almeja, pois não contempla aspectos importantes na terapêutica da mastite lactacional, desde alguns pontos sobre dados sociodemográficos até ao tratamento em si, que no momento não é registrado em tal instrumento.

A coordenação do PALMA mostrou-se disponível para repensar a forma como os casos de mastite lactacional vêm sendo abordados e manejados no município de Ribeirão Preto, e para tal se dispôs à parceria para a elaboração e a validação de uma nova ficha que substitua a atual.

As Fases I e II dessa tese foram utilizadas como fonte de informação para a elaboração da nova ficha. Na Fase I foi possível identificar que todos os dados referentes a tratamento ou intercorrências eram anotados de forma não sistemática no verso da ficha. No intuito de investigar que tipo de terapêutica estava sendo utilizada, foi necessária a consulta de prontuários de todas as mulheres que já haviam sido internadas desde a implementação dessa ficha, em 2009, demonstrando mais lacunas na ficha atual.

A fase II direcionou a construção das questões a comporem a nova ficha, de forma que os dados a serem coletados estejam em concordância com a terapêutica sugerida por estudos científicos, diminuindo a distância entre a pesquisa científica e a prática clínica.

A ficha que estamos propondo contém cinco itens principais, a saber:

- Identificação e dados sociodemográficos,

- dados obstétricos,
- informações do recém-nascido,
- avaliação da puérpera,
- conduta hospitalar no tratamento.

Cada item gerou subitens, com questões fechadas e espaço para itens que possam não ter sido contemplados. A mesma é preenchida pelos auxiliares de enfermagem do “Programa Floresce uma Vida” com informações fornecidas pela mulher e por consulta em seus prontuários.

7.2. Validação da ficha

De acordo com Silva e Ribeiro-Filho (2006, p.95), “Validação é o processo de coletar e avaliar as evidências de validade”. Muitas vezes é importante que o pesquisador conduza sua própria pesquisa para validação local, com o propósito de adequar o instrumento à população estudada (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006)

A validação permeia todo o processo de elaboração, aplicação, correção e interpretação dos resultados (RAYMUNDO, 2009).

O modo mais usado para validar um instrumento é a sujeição à opinião de peritos no assunto ou júri. Esse procedimento leva em consideração o julgamento de um grupo de profissionais especializados ou com experiência no tema do instrumento a ser validado. A validação é realizada através de uma escala de avaliação que permite quantificar ou julgar a permanência das questões (GIL, 2008). A opinião dos juízes é determinante na permanência, ou não, de cada questão (PASQUALI, 1998).

A literatura é controversa em relação ao número de juízes que deve compor o painel de validação. Existe literatura que recomenda no mínimo cinco e no máximo dez, outra recomenda de seis a vinte com no mínimo três (LYNN, 1986; HAYNES; RICHARD; KUBANY, 1995). Neste sentido, devem ser levadas em conta as características do instrumento, a formação profissional, a qualificação, e a disponibilidade de tempo em querer ajudar (LYNN, 1986; GRANT; DAVIS, 1997).

Na decisão sobre a seleção dos profissionais para compor o painel de juízes

deve-se levar em consideração a experiência e qualificação (LYNN, 1986).

Entre esses critérios a literatura tem algumas recomendações, tais como: ter experiência clínica, publicar ou pesquisar sobre o assunto, estar envolvido na temática abordada (DAVIS, 1992; GRANT; DAVIS, 1997). Recomenda-se também incluir profissionais potencialmente envolvidos com a população do estudo (TILDEN; ELSON; MAY, 1990; RUBIO, 2003).

Assim sendo, em nosso estudo, para compor o painel de juízes foram convidados pessoalmente dez profissionais de saúde de Ribeirão Preto, com experiência em atenção à saúde tanto no nível primário de atenção quanto secundário e envolvidos no cuidado de mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Para sua inclusão na amostra, os juízes deveriam preencher pelo menos dois dos critérios de inclusão, sugeridos por Davis, (1992) e Grant e Davis, (1997); a saber: ter experiência clínica na área de aleitamento materno; já ter realizado pesquisas na área de aleitamento materno; ter experiência na área por cinco anos ou mais e ou estar envolvido na utilização do instrumento a ser validado. Todos os juízes convidados aceitaram participar do estudo, portanto o painel final foi composto por dez juízes.

Após a aceitação do convite, foi solicitado ao juiz que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) em duas vias originais, uma permaneceu com o pesquisador e a outra ficou com o participante.

Todos os juízes tiveram participação voluntária, foi lhes reservado o direito de recusa caso julgassem conveniente. Todos consentiram na utilização do material, como parte desta tese e em futuras publicações, reservando seu anonimato.

Em seguida, todos os participantes receberam um impresso que continha perguntas para caracterização dos juízes, instruções de preenchimento para o procedimento de validação (APÊNDICE C) e o próprio instrumento a ser validado. Ao final de cada item, quadros avaliativos deveriam ser preenchidos com o objetivo de avaliar os itens do instrumento individualmente (APÊNDICE D). No impresso com as instruções de preenchimento havia um breve convite ao potencial juiz destacando a relevância da sua opinião, caso aceitasse participar, constava ainda a que a validação propunha-se, a descrição do quadro avaliativo para validação do instrumento, e os conceitos de clareza, simplicidade e neutralidade, no qual deveriam ater-se na avaliação dos itens.

O quadro avaliativo continha o objetivo ao qual a questão propunha-se, duas

questões que deveriam ser respondidas com a marcação de um X em respostas do tipo Sim e Não, quatro questões avaliavam se os itens eram: Essencial; Útil, mas não essencial ou Não necessário, uma questão dando liberdade ao juiz em sugerir modificações, e as duas últimas questões avaliavam o instrumento de uma maneira geral, em relação ao leiaute do instrumento.

Como forma de agradecimento e reconhecimento da relevância da opinião dos juízes nessa validação aparente de conteúdo, foram confeccionados certificados de participação e enviados por e-mail.

8. RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

8.1. Caracterização dos juízes

O painel de validação foi composto por dez profissionais de saúde, denominados para este estudo como juízes. A seguir, há uma breve caracterização dos profissionais que compuseram esse painel.

Tabela 5: Distribuição dos juízes segundo, sexo, profissão, anos de trabalho, cargo que ocupa e local de atendimento. Ribeirão Preto, 2014.

Variáveis		
Tempo de experiência	Média: 17,7 anos (dp=7,54) Mediana: 18,5 Mínimo: 08 Máximo: 30	
Sexo	n	%
Feminino	8	80,0
Masculino	2	20,0
Profissão		
Enfermeiro	5	50,0
Enfermeira obstetra	1	10,0
Médico	3	30,0
Biomédico	1	10,0
Cargo que ocupa		
Enfermeiro	2	20,0

Continuação.....		
Docente universitário	3	30,0
Coordenador do Programa de Aleitamento	1	10,0
Médico	3	30,0
Diretor técnico de saúde I	1	10,0
Local de atendimento*		
Consultório	3	30,0
Hospital	5	50,0
Atenção Básica	2	20,0
Banco de leite	3	30,0
Ensino		

*um profissional atende em mais de um local

A distribuição da amostra é diversificada, levando em conta o número pequeno de juízes, existe representação de profissionais que têm contato diário com a prática clínica, docentes e cargo de comando, o que é considerado como um ponto positivo no momento da validação do instrumento, o estudo contará com diferentes pontos de vista.

Tabela 6: Distribuição dos juízes segundo, pós-graduação, áreas de pós-graduação, anos de formado, anos de especializado, pesquisas e publicações na área. Ribeirão Preto, 2014.

Variável	n	%
Possui pós-graduação		
Especialização	6	60,0
Mestrado	5	50,0
Doutorado	3	30,0
Área do mestrado e doutorado		
Saúde pública	5	50,0
Mastologia	1	10,0
Área de especialização		
Enfermagem obstétrica	2	20,0
Aleitamento materno	1	10,0
Saúde pública	1	10,0
Mastologia	1	10,0
Ginecologia/mastologia	1	10,0
Há quantos anos se graduou		
7 a 15	4	40,0
16 a 25	3	30,0

Continuação...		
26 a 35	3	30,0
Há quantos anos se tornou especialista		
4 a 8	2	20,0
9 a 13	3	30,0
14 a 18	1	10,0
19	1	10,0

Dentre os juízes, três (30%) possuíam especialização, mestrado e doutorado, dois (20%) tinham especialização e mestrado, um (10%) tinha mestrado e doutorado, e três (30%) não tinham especialização, mas tinham em média 22 anos de experiência na área de aleitamento materno, com mínimo de 8 anos e o máximo de 35 anos.

8.2. Validação da ficha pelos juízes

Os dados foram avaliados por meio de uma estatística descritiva, em que foi possível a caracterização da amostra quanto às variáveis coletadas. Esta metodologia tem como objetivo básico sintetizar uma série de valores de uma mesma natureza, permitindo que se tenha uma visão global da variação desses valores, organizando e descrevendo os dados por meio de tabelas de frequências e medidas descritivas (R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2008).

Não há uma norma rígida para estabelecer a porcentagem de concordância entre os juízes (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2006). Silva e Ribeiro-Filho (2006) consideram que se mais de 50% dos juízes indiquem que os itens do instrumento são essenciais, esses itens têm alguma validade de conteúdo. Outros autores consideram que pelo menos 80% de concordância das respostas entre os juízes é suficiente para aceitação do item avaliado (PASQUALI, 1998; OLIVEIRA; FERNANDES; NAMIE, 2008).

Para este estudo, foi considerada uma porcentagem de 80% de concordância entre os juízes para análise das questões.

Os quadros avaliativos preenchidos pelos juízes para julgamento dos itens adotam as seguintes especificações de critérios:

- Clareza, as questões devem ser compreensíveis e específicas, com frases curtas e expressões simples, preferindo palavras concretas e termos abstratos;
- Simplicidade, as questões devem ser formuladas com palavras simples e comuns que transmitam uma única ideia;
- Neutralidade, evitar palavras que sugiram uma resposta (PASQUALI, 1999; CUMMINGS et. al.; 2003).

Cada quadro em que constava a avaliação dos juízes teve dupla digitação em planilha Excel/2007 para análise estatística, e as sugestões de modificações dos itens da ficha foram anotadas para inclusão na mesma, de acordo com a pertinência da sugestão.

As avaliações descritas a seguir referem-se ao julgamento de dez juízes, como já descrito anteriormente. Alguns juízes não acrescentaram nenhuma sugestão adicional, e outros deram mais de uma sugestão. Para manter o anonimato dos juízes, eles foram identificados por números.

Quadro 12: Avaliação dos juízes referente às questões do item 1. identificação/dados sociodemográficos. Ribeirão Preto, 2014.

Objetivo das questões do item 1: Caracterizar as mulheres que internam para tratamento de mastite lactacional. “Os dados de identificação e sociodemográficos são coletados para fins de arquivamento, estatístico e pericial, além de fornecerem subsídios para individualizar a assistência ao paciente” (RAMOS JUNIOR, 1995).			
Item	Avaliação dos juízes		
	Sim	Não	
1) As questões (do item 1) possibilitam atingir o objetivo acima?	100%		
2) As questões possuem clareza?	100%		
3) As questões são simples?	100%		
4) As questões possuem neutralidade?	100%		
5) Como você classificaria estas questões no contexto do questionário?	Essencial 90%	Útil, mas não essencial. 10%	Não necessário
<p>5) Você tem alguma sugestão de modificação para algum item? (mudança de local, inclusão, exclusão de algum item)</p> <p>O juiz 1 sugeriu a modificação do item 1.3. Estado civil para Estado marital, e modificar a ordem dos itens 1.6 Número de cigarros/dia e 1.7 Hábito de fumar para conferir mais clareza aos itens.</p> <p>O juiz 2 sugeriu acrescentar a cidade no endereço.</p> <p>O juiz 3 deu as mesmas sugestões do juiz 1.</p> <p>O juiz 5 sugeriu modificar o item 1.4 que se refere à escolaridade, e iniciar sempre com a incompleta e acrescentar o item analfabeta.</p>			

A sugestão dos juízes 1 e 3 quanto à modificação do estado civil para estado marital foi pertinente, pois o objetivo dessa questão é saber se a mulher tem um companheiro ou vive com alguém. Estudos mostram que mulheres que recebem ajuda de um companheiro ou algum membro da família têm chances de sucesso aumentados no processo de aleitamento materno. O suporte emocional e apoio nos trabalhos domésticos são da mesma forma, importantes nessa fase da vida (SALES,

et al. 2000; VIEIRA et. al. 2006; MACHADO, BOSI; 2008).

A sugestão de inserir a cidade nos dados de identificação, não foi incorporada, pois o instrumento está sendo validado para a cidade de Ribeirão Preto, além disso, o sistema Hygia identifica o endereço, e a concordância entre os juízes para os itens de identificação variou de 90% a 100%.

As outras sugestões estavam relacionadas à estética do instrumento e foram aceitas, os itens foram modificados lhes conferindo maior clareza.

Em relação à concordância entre os juízes na inclusão desses itens no instrumento, foi observado que um juiz avaliou os itens relacionados com a identificação das mulheres e dados sociodemográficos útil, mas não essencial.

Quadro 13: Avaliação dos juízes referente às questões do item 2. dados obstétricos. Ribeirão Preto, 2014.

Objetivo das questões do item 2: Registrar os dados obstétricos mais importantes e identificar alguma intercorrência no parto ou pós-parto. “Compõe informações relevantes sobre os cuidados a serem prestados à paciente” (SILVA; MARQUES, 2007).			
Item	Avaliação dos juízes		
	Sim	Não	
1) As questões (do item 2) possibilitam atingir o objetivo acima?	100%		
2) As questões possuem clareza?	80%	20%	
3) As questões são simples?	90%	10%	
4) As questões possuem neutralidade	100%		
5) Como você classificaria estas questões no contexto do questionário?	Essencial 100%	Útil, mas não essencial.	Não necessário
6) Você tem alguma sugestão de modificação para algum item? (mudança de local, inclusão, exclusão de algum item)			
O juiz 1 sugeriu no item 2.9. retirar tipos de trauma e substituir por “teve trauma mamilar? () Sim () Não			
O juiz 4 sugeriu acrescentar o item 2.10 “Experiência anterior em amamentação”			

Continuação.....

() Sim () Não Quanto tempo?

O **juiz 5** sugeriu modificar o item 2.5 para “Orientações no pré-natal? () Sim

() Não Onde?” e “Orientações no pós-parto? () Sim () Não Onde?”

O **juiz10** sugeriu a inclusão do item 2 “Número de filhos” e “ Amamentação anterior?

Amamentou outros filhos? () Sim () Não Quanto tempo?”

Os juízes 4 e 10 referiam ser importante a inclusão de um item sobre a mulher já ter amamentado anteriormente. Consideramos a inclusão dessa informação pertinente, sendo acrescentada no item 2.12. se a mulher teve experiência anterior com a prática de amamentação e por quanto tempo.

Estudo mostra que mulheres que tiveram boas experiências com o aleitamento materno são mais positivas em relação à experiência de amamentação atual, a afirmativa contrária também é verdadeira (ESCOBAR et al., 2002).

No item 2.5 que se refere à orientação sobre amamentação, o juiz 5 sugeriu subdividir em que momento foi realizada essa orientação, decidimos incluir os itens pela importância dessa informação; como mostra a literatura, que mulheres com maior conhecimento têm uma maior tendência em ter sucesso na amamentação, estão mais esclarecidas sobre os benefícios do aleitamento materno para seu filho e para si própria. Orientações efetivas no período gravídico puerperal aumentam o conhecimento da mulher, o que se reflete em experiências positivas com o aleitamento materno (SUSIN et al., 2000).

As avaliações que conferiam mais clareza ao item foram incorporadas, a inclusão sobre número de filhos não foi incluída, pois o item 2.1 refere-se ao número de parto, gestações e abortos.

Quadro 14: Avaliação dos juízes referente às questões do item 3. Identificação do recém-nascido. Ribeirão Preto, 2014

Objetivo das questões do item 3: Registrar dados do nascimento e tipo de alimentação do recém-nascido ao nascimento, na internação e alta da mãe em decorrência de mastite lactacional. “Registros direcionados ao recém-nascido permitem o desenvolvimento de estratégias dinâmicas e sistematizadas que favorecem a promoção, manutenção e recuperação de sua saúde” (LIMA; SILVA; BELTRÃO, 2009).			
Item	Avaliação dos juízes		
	Sim	Não	
1) As questões (do item 3) possibilitam atingir o objetivo acima?	100%		
2) As questões possuem clareza?	80%	20%	
3) As questões são simples?	90%	10%	
4) As questões possuem neutralidade	100%		
5) Como você classificaria estas questões no contexto do questionário?	Essencial 100%	Útil, mas não essencial.	Não necessário
6) Você tem alguma sugestão de modificação para algum item? (mudança de local, inclusão, exclusão de algum item) O juiz 1 sugeriu a inversão do item 3.3 peso e estatura para 3.2 condições de nascimento e trocar a palavra Altura pela palavra Comprimento. No item 3.6. trocar a palavra Alimentação por amamentação, retirar a palavra apenas das alternativas , acrescentar alimento semis-sólidos e retirar o item aleitamento materno por ser amplo e incorporar todos os anteriores. O juiz 2 sugeriu modificar o item 3.4. Amamentação ao nascer, retirando “nas primeiras 2h após o nascimento”, com base nos “10 passos para o sucesso do aleitamento materno”, que recomenda que o recém-nascido deve iniciar a mamada na primeira hora pós-parto. Nos itens (3.6. e 3.7) que se referem-se ao tipo de alimentação do recém-nascido na internação e na alta. Sugeriu retirar o item “Aleitamento materno”, pois nestas questões existe a possibilidade de mais de uma resposta, o que torna a informação pouco precisa.			

O **juiz 3** sugeriu colocar em negrito as seguintes palavras: 3.1. Nascimento, 3.3. Peso/estatura, 3.4. Intercorrências no nascimento, 3.5. Amamentação ao nascer. Trocar a palavra nasceu morto por natimorto, a palavra altura por estatura, peito por seio materno

O **juiz 5** sugeriu acrescentar tipo de alimentação do recém-nascido na alta hospitalar , ao nascimento:

() Aleitamento materno exclusivo, () Aleitamento materno parcial () Desmame. Qual motivo?

Continuação...

Fez uso de inibidor de prolactina?, Fez uso de enfaixamento mamário?

O **Juiz 7** sugeriu modificar intercorrências no nascimento, mas não deu nova sugestão.

O juiz 1 considerou que a palavra altura deveria ser trocada por comprimento e o juiz 3 tinha a opinião que deveria ser trocada por estatura. A modificação foi realizada com a incorporação da palavra comprimento. MS, (2000) considera a palavra estatura a crianças e a palavra comprimento a recém-nascidos.

Os juízes 1 e 2 avaliaram que as palavras aleitamento materno inseridas no itens 3.6 e 3.7 poderiam causar alguma confusão no momento de preenchimento e que esta palavra engloba todas as outras, apesar desse tipo de aleitamento materno estar de acordo com a definição do MS (2009c), foi decidido retirar essa opção , pois pode realmente causar algum erro de anotação. Nestes mesmos itens a palavra semis-sólido não foi incluída anteriormente por um erro de digitação.

O juiz 2, além do item anterior citado, pediu a retirada de nas primeiras 2 horas após o nascimento no item 3.4 que se referia à amamentação ao nascer, pois o recomendado pelo M.S. amamentar o recém-nascido 1 hora após o nascimento, o item não foi modificado, pois se fosse retirado 2 horas após, teríamos de retirar os seguintes de 6 a 12 horas após o nascimento, então julgamos importante saber em que momento o recém-nascido foi amamentado pela primeira vez, já que essa informação influencia para o sucesso da amamentação.

Quanto às solicitações do juiz 3 de colocar negrito em algumas palavras, apenas as palavras peso e comprimento foram alteradas para negrito, as demais se fossem modificadas comprometeriam o leiaute do instrumento.

As sugestões do juiz 5 em relação ao aleitamento materno, já constam no

instrumento nos itens 3.6 e 3.7, mas foi considerado que saber o motivo do desmame é importante, portanto esse item consta na nova versão. Em relação ao acréscimo de uso de inibidor de prolactina e enfaixamento, ambos já constam do instrumento no item 4.3 em avaliação da puérpera.

A sugestão do juiz 7 não foi considerada, por não haver uma sugestão de substituição a ser considerada.

Quadro 15: Avaliação dos juízes referente às questões do item 4. Avaliação clínica da puérpera. Ribeirão Preto, 2014.

Objetivo das questões do item 4: Registrar intercorrências mamárias. “Documentar informações de forma objetiva, permitindo a identificação de problemas, e conseqüentemente, determinar ações de enfermagem direcionadas” (PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARD, 2004).			
Item	Avaliação dos juízes		
	Sim	Não	
1) As questões (do item 4) possibilitam atingir o objetivo acima?	90%	10%	
2) As questões possuem clareza?	90%	10%	
3) As questões são simples?	90%	10%	
4) As questões possuem neutralidade	100%		
5) Como você classificaria estas questões no contexto do questionário?	Essencial 100%	Útil, mas não essencial.	Não necessário
6) Você tem alguma sugestão de modificação para algum item? (mudança de local, inclusão, exclusão de algum item) O Juiz 1 sugeriu no item 4.1.Estado geral, acrescentar “() Ruim”, no item 4.2.sugeriu modificar para “intercorrências mamárias”, considerou confuso e perguntou se é pós-alta?, no item 4.3 sugeriu retirar as opções uma, duas, três ou mais deixando apenas o espaço para ser escrito número de dias, no item 4.9 sugeriu separar “tipo de secreção” em outro item e no item 4.5. perguntou que tipo de lesão? Se é trauma? Abscesso?			

Continuação.....

O **juiz 2** sugeriu que o item 4.1. estado geral, não é necessário e pode ser respondido de forma subjetiva por diferentes profissionais, sugeriu que o item 4.6.mastite anterior a esta internação pode ser respondido no 4.2.intercorrências mamárias antes da internação, no item 4.7. tipo de mamilo, perguntou qual a diferença entre mamilo semi-protruso e mamilo plano.

O **juiz 3** sugeriu no item 4.1 estado geral, incluir a informação de que os dados são retirados do prontuário, sugeriu no 4.9. presença de ingurgitamento mamário, repensar o tipo de formatação e no item 4.13. presença de secreção/tipo de secreção, sugeriu separar “presença de secreção” de tipo de secreção”.

O **juiz 4** sugeriu acrescentar os item “febre”, “dor” e “hiperemia”.

O **juiz 5** sugeriu no item 4.7. tipo de mamilo, acrescentar “ pseudo invertido () D () E, no item 4.2 sugeriu especificar as intercorrências mamárias “() Traumas mamilares () Ingurgitamento mamário

Continuação....

() mastite data____/____/____ou período” e retirar o item 4.6.

O **juiz 7** sugeriu trocar termos específicos, mas não referiu quais.

O **juiz 8** sugeriu que o item 4.9. presença de ingurgitamento, pode ser simplificado apenas para direito e esquerdo.

O **juiz 10** sugeriu incluir “febre, hiperemia e dor”

Os juízes 1 e 2 fizeram considerações sobre o item que se referia ao estado geral da puérpera, dizendo que o item é subjetivo. Esse item seria retirado do prontuário, mas avaliando melhor a consideração, a informação do prontuário também pode ser imprecisa dependendo do dia e da hora em que foi anotado, por todos esses motivos o item foi retirado.

Os juízes 4 e 10 consideram importante acrescentar um item investigando se a mulher teve dor e hiperemia nas mamas , assim como febre, os itens foram considerados pertinentes para inclusão já que a fase II deste estudo mostrou que esses são sinais clínicos de mastite lactacional e quanto antes forem detectados maior sucesso em intervenções exitosas.

Em relação ao tipo de mamilo dois juízes deram sua opinião (2 e 5), relação ao mamilo plano o MS (2001), não utiliza essa nomenclatura , portanto não consta mais no instrumento e foi acrescentado mamilo pseudo- invertido.

As demais considerações referiam-se a melhorar a clareza do instrumento e foram todas consideradas, pode-se ver no ANEXO E. O juiz 7 sugeriu trocar termos específicos, mas não apontou quais termos específicos deveriam ser trocados.

Quadro 16: Avaliação dos juízes referente às questões do item 5. conduta hospitalar/tratamento. Ribeirão Preto, 2014.

Objetivo das questões do item 5: Registrar as condutas terapêuticas que estão sendo realizados para mastite lactacional em nível hospitalar. “Registrar as condutas terapêuticas contribui na identificação dos problemas e planejamento dos cuidados” (VIRGINIO, 2003).			
Item	Avaliação dos juízes		
	Sim	Não	
1) As questões (do item 5) possibilitam atingir o objetivo acima?	100%		
2) As questões possuem clareza?	90%	10%	
3) As questões são simples?	90%	10%	
4) As questões possuem neutralidade	100%		
5) Como você classificaria estas questões no contexto do questionário?	Essencial 100%	Útil, mas não essencial.	Não necessário
6) Você tem alguma sugestão de modificação para algum item? (mudança de local, inclusão, exclusão de algum item) O juiz 1 sugeriu no item 5.9. nome dos medicamentos usados,. deixar mais espaço para escrever, no item 5.10. medidas de suporte, sugeriu modificar para “terapêutica complementar” () banho de sol () Foco de luz e retirar compressas monas e frias por não ser uma terapêutica aceitável. O juiz 2 sugeriu no item 5.14. continuidade da assistência seguir a mesma lógica das questões 2.5. e 4.3. O juiz 3 sugeriu no item 5.3.suspensão temporária da amamentação, separar itens “suspensão temporária da amamentação” de número de dias e incluir número de			

Continuação.....

dias, no item 5.5, ordenha manual, separar “ordenha manual” de quantas vezes ao dia e inserir no item 5.11. drenagem de abscesso, “tipos de drenagem”, no item 5.14. continuidade da assistência sugeriu modificar a redação há conduta para continuidade da assistência?” () Não () Sim, Seguirá atendimento em : () Atenção primária à saúde () hospital () Outro” e inserir local para registro profissional

O **juiz 5** sugere no item 5.13. realizou ultrassonografia, acrescentar “() antes da internação () durante a internação”

A palavra medidas foi trocada por terapêutica, já que a segunda é mais abrangente (REZENDE, 2010) e foi utilizada em alguns momentos neste estudo por englobar terapias adequadas para mastite lactacional (sugestão juiz 2). Quanto a retirar a terapêutica com compressas de água morna e fria , não foi considerada pertinente, já que os profissionais que preenchem o instrumento têm conhecimento de que essas terapias não são recomendadas rotineiramente, existem estudos que recomendam compressa de água fria em situações especiais (SMITH; HEADS, 2002), o objetivo de manter os itens é identificar o erro e orientar o acerto.

Os demais apontamentos referiam-se à melhora de clareza e não à pertinência do item, portanto foram modificados.

Quadro 17: Avaliação dos juízes referente a ficha em sua totalidade. Ribeirão Preto, 2014.

Item	Sim	Não	Em parte	Comentários e sugestões dos juízes
8) O leiaute do instrumento é de fácil visualização?	60%	10%	30%	
9) O instrumento tem espaço suficiente para as respostas?	80%		20%	

Atendemos a todas as sugestões referentes à melhora do leiaute. O tamanho da ficha foi definido por solicitação dos profissionais do “Projeto Floresce uma Vida”, em manter o instrumento em duas páginas, no entanto foi feito o possível para aumentar espaços de anotações entre as linhas.

8.3. Adequação da ficha após validação pelos juízes

O processo de validação requer tempo e atenção pode ser norteado por dúvidas, acertos e mudanças, a fim de que o resultado final obtenha o melhor resultado possível (WOJCIK, 2013).

As mudanças de adequação da ficha foram submetidas à validação aparente de conteúdo, proporcionando maior confiabilidade a ficha. A concordância entre os juízes sobre os itens a serem inseridos ou retirados da nova ficha variou entre 80%-100%.

Ao término da validação pelos juízes a ficha antiga foi readequada a necessidades atuais de identificar mulheres que são internadas por mastite lactacional e conseqüentemente como ocorre à terapêutica para tais casos.

Seguindo a lógica da ficha, apresentaremos as mudanças sugeridas pelos juízes. O item 1 que se referia a identificação e dados sociodemográficos das mulheres, teve uma avaliação positiva, com 90% de concordância entre os juízes em relação a importância de manter cada item na ficha. Apenas o item 1.3. estado civil foi modificado para estado marital, sendo o segundo mais abrangente que o primeiro.

Foram sugeridas três modificações para o item 2 que se referia aos dados obstétricos, dois foram incorporados e um não foi. Não foi incluído o número de filhos na ficha, pois constam os números de gestações, partos, abortos e neomortos, que nos remete ao número de filhos vivos.

No item 3. que referia-se a informações do recém-nascido, os itens modificados referiam-se a termos específicos que poderiam causar confusão no momento do preenchimento da ficha e informações importantes em relação ao aleitamento materno nas primeiras horas de vida e ao desmame.

Em relação ao item 4 que investigava a avaliação clínica da puérpera os itens

que foram modificados referiam-se ao estado geral da nutriz ,considerado pouco específico pelos juízes e a adequação de termos como mamilos planos para mamilo pseudo invertido.

O último item da ficha tratava sobre a conduta hospitalar em relação ao tratamento para mastite lactacional. Foi entendido pelos juízes que o termo terapêutica seria mais adequado, já que , tratamento entende-se como uma única forma de tratar determinado acometimento e terapêutica é visto como um conjunto de tratamentos (REZENDE, 2010).

Na avaliação da ficha de modo geral o que despertou discordância foi o layout da ficha, os juízes solicitaram formatar a ficha para melhor visualização de cada item, o que foi atendido na medida do possível, já que outra solicitação foi manter a ficha em duas páginas.

Ao final do processo de validação a ficha foi modificada e incorporando todas as sugestões dos juízes, as sugestões que não foram incorporadas tiveram justificativa respaldada na literatura.

De acordo com as etapas seguidas para essa validação consideramos que o produto final da ficha é o mais adequado possível para obtenção de informações de mulheres que internam para mastite lactacional e proporcionará a identificação de acertos e erros na terapêutica auxiliando os profissionais a mudanças e melhorias nessa terapêutica (APÊNDICE E).

9. Conclusão

1. A incidência de internação por mastite lactacional no município de Ribeirão não é alta, no entanto os prejuízos são incalculáveis quando nos referimos ao processo de aleitamento materno. O perfil de mulheres que necessitaram de internação, devido a essa intercorrência mamária no município de Ribeirão Preto mostrou que as manifestações clínicas de mastite são mais frequentes em mulheres jovens, sem companheiro, que não exerciam nenhuma atividade remunerada fora do lar e não chegaram à universidade. O estudo também apontou que mais da metade das mulheres que necessitaram de internação foram casos de mastite abscedada e que a bactéria mais comum nas culturas de secreção do abscesso foi o *Staphylococcus aureus*.
2. As terapêuticas adotadas nos casos de mastite lactacional no município de Ribeirão Preto dividiram-se em tópicas, sistêmicas e complementares. No caso de uso tópico, o curativo com soro fisiológico foi mais frequente devido aos abscessos drenados. As sistêmicas dividiram-se em antiinflamatório e antibióticos. O antiinflamatório mais usado foi o cetoprofeno endovenoso 500mg de 8 em 8 horas, e o antibiótico mais comum foi a oxacilina 1g endovenosa de 6 em 6 horas. Por fim, a terapêutica complementar mais utilizada foi o foco de luz.
3. A bacterioterapia utilizando diferentes cepas de lactobacilos é uma área promissora no tratamento de mastite lactacional, principalmente por ser uma alternativa que pode controlar a multirresistência aos antibióticos e a formação de biofilmes. Essa revisão integrativa mostrou a dificuldade de consenso em alguns aspectos da terapêutica para mastite lactacional. Um aspecto que é consenso refere-se ao esvaziamento da mama, e a melhor forma de fazê-lo é sustentar o aleitamento materno e se necessário ordenha manual. Com relação à antibioticoterapia, a maioria dos estudos baseia-se no início dos sinais clínicos para prescrevê-los, no entanto existem dúvidas sobre a necessidade de cultura de leite ou secreção para iniciar a terapia.
4. A nova ficha de registro da assistência à mulher na amamentação durante a internação por intercorrências mamárias foi validada por dez profissionais especialistas no assunto com bom resultado final de aceitação com concordância que variou entre 80% e 100%.

10. REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com Associação Brasileira De Normas Técnicas. NBR 6023

ACADEMY OF BREASTFEEDING PROTOCOL COMMITTEE (ABM). **Clinical Protocol: Mastitis**. Breastfeeding Medicine, USA, v. 3, n. 3, p.177-180, 2014.

AGUIAR, H.; SILVA A.I. Aleitamento materno: a importância de intervir. **Acta Med Port.**, Portugal, v.24, p.889-896, 2011. Suplemento 4.

AMIR, L.H.; FORSTER, D.; MCLACHLAN, H.; LUMLEY, J. Incidence of breast abscess in lactating women: report from an Australian cohort. **BJOG**, London, v.111, n.12, p.1378-81, 2004.

AMIR, L.H.; CULLINANE, M.; GARLAND, S.M.; TABRIZI, S.N.; DONATH, S.M.; BENNETT, C.N.; COOKLIN, A.R.; FISHER, J.R.W.; PAYNE, M.S. The role of micro-organisms (*Staphylococcus aureus* and *Candida albicans*) in the pathogenesis of breast pain and infection in lactating women: study protocol. **BMC pregnancy childbirth**, London, v.11, n.54, p.1-10, 2011.

AMIR, L.R.; TRUPIN, S.; KVIST, L.J. Diagnosis and treatment of mastitis in Breastfeeding women. **J Hum lact**, Morrisville, v.30, n.1, p.10-13, 2014.

ARROYO, R.; MARTIN, V.; MALDONADO, A.; JIMENEZ, E.; FERNANDEZ, L. Treatment of infectious mastitis during lactation: antibiotics versus oral administration of lactobacilli isolated from breast milk. **Clin Infect Dis.**, Oxford, v.50, n.12, p.1551-1558, 2010.

ARAÚJO, M.F.M.; DEL FIACO, A.; PIMENTEL, L.S.; SCHMITZ, B.A.S. Custo e economia da prática do aleitamento materno para família. **Rev. Bras. Saúde Materno Infant**, Recife, v.4, n. 2, p. 135-141, 2004.

ATALLAH, A.N.; CASTRO, A.A. **Evidências para melhores decisões clínicas**. São Paulo, Centro Cochrane do Brasil; 1998.

BARBOSA-CESNIK, C.; SCHWARTZ, K.; FOXMAN, B. Lactation mastitis. **JAMA**, Chicago, v.289, n.13, p.1609-1612, 2003.

BEMFAM. **Sociedade civil bem-estar familiar no brasil**. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro; 2006.

BIREME. Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. São Paulo: Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. Disponível em: <http://www.bireme.br/php/index.php>. Acesso em 23 jun. 2014.

BRACCO, N. H.; TADDEI, J. A. A. C. Mudança de conhecimento de gestantes em aleitamento materno através de atividade educacional. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 7-14, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP. **Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; DF: CNS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Normas e Manuais Técnicos, **Cadernos de Atenção Básica n. 23**, Brasília: DF, 2009c.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Criança e

Aleitamento Materno. **Atenção à Saúde do recém-nascido-Guia para os profissionais de saúde**, Brasília: DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Atenção à saúde da gestante em APS** / organização de Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011b.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: ROGERS, B. L.; KNAFL, K. A. (Eds.). **Concept development in nursing: foundations, techniques and application**. Philadelphia: WB Saunders Company, 2000. p. 231-250.

CAMINHA, M.F.C.; AZEVEDO, P.T.A.C.C.; SAMAPIO, B.B.; ACIOLY, V.M.C.; BELO, M.P.M.; LIRA, P.I.C.; BATISTA FILHO, M. Aleitamento materno em crianças de 0 a 59 meses no estado de Pernambuco, Brasil, segundo o peso ao nascer. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19,n.7, p. 2021-2031, 2014.

Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination. **Can Med Assoc J**, Canada, v.121, p.1193-254, 1979.

CASTRO, K.F.; SOUTO, C.M.R.M.; RIGÃO, T.V.C.; GARCIA, T.R.; BUSTORFF, L.A.C.V.; BRAGA, V.A.B. Intercorrências mamárias relacionadas à lactação estudo envolvendo puérperas de uma maternidade de João Pessoa , PB. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.33, n.4, p.433-439, 2009.

CHEN, C.Y. et al. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection may not impede de success of ultrasound-guided drainage of puerperal breast abscesses. **Journal of American College of Surgeons**, Chicago, v.210, n.2, p. 148-54, feb. 2010.

CHRISTENSEN, A.F.; SULIMAN, N.; NIELSEN, K.R.; VEJBORG, I.; SEVERINSEN, N.; CHRISTENSEN, H.; NIELSEN, M.B. Ultrasound-guided drainage of breast abscesses: results in 151 patients. **Br J Radiol**, UK, v.78, n.927, p.186-188, 2005.

COCHRANE Central Register of Controlled Trials (CENTRAL). Disponível em: <http://www.cochrane.org/editorial-and-publishing-policy-resource/cochrane-central-register-controlled-trials-central>. Acesso em: 23 jun. 2014.

COOPER, H. M. **Synthesizing research: a guide for Literature reviews**. Califórnia: SAGE Publications, 1998. 201p.

CRUZ, D.A.L.M.; PIMENTA, C.A.M.; Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico, **Rev Latino-Am de Enferm.**, Ribeirão Preto, v.13,n.3, p.415-422, 2005.

CUMMINGS, S. R. ; HULLEY, S. B. ; STEWART, A. L. Elaboração de questionário e instrument de coleta de dados. In: HULLEY, S. B. ; CUMMINGS, S. R. ; BROWNER, W. R. ; GRADY, D. ; HEARST, N. ; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Trad. De Michael Schmidt Duncan e Ana Rita Peres, 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 2003, p. 265-281.

DAVIS, L.L. Instrument review: getting the most from a panel of experts. **Appl Nurs Res**, Philadelphia, v. 5, n.4, p.194-197, 1992.

DE DOMENICO, E.B.L.; IDE, C.A.C. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. **Rev.Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.1, p.115-118, 2003.

DELVES-BROUGHTON, J.; BLACKBURN, P.; EVANS, R. J.; HUGENHOLZ, J. Applications of the bacteriosin, nisin. **Antonie Van Leeuwenhoek**, Netherlands, v. 69, n.2, p.193-202, 1996.

DENER, C.; INAN, A. Breast abscesses in lactating women. **World J. Surgery**, Switzerland, v. 27, n.2, p.130-133, 2003.

ELSEVIER EMBASE. Disponível em: <http://www.americalatina.elsevier.com/sul/pt-br/embase.php>. Acesso em: 23 jun. 2014.

ERYILMAZ, R. et al. Management of lactacional breast abcess. **The Breast**, Amsterdam, v.14, n.5, p. 375-379, 2005.

ESCOBAR, A.M.U.; OGAWA, A.R.; HIRATSOKA, M.; KAWASHITA; M.Y.; TERUYA, P.Y.; GRISI, S.; TOMIKAWA, S.O. Aleitamento materno e condições sócio-econômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev Bras Saúde Mater Infant.**, Recife, v. 2, n.2p.253-61,2002.

EVIDENCE-BASED WORKING GROUP. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. **JAMA**, Chicago, v.268, p.2420-5, 1992.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. (FEBRASGO). **Manual de aleitamento materno**. Brasil: Comissões nacionais especializadas ginecologia e obstetrícia, 2010. 147 p.

FERNANDES, L. M. **Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa da literatura**. 2000. 168f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

FERNADEZ, L.; DELGADO, S.; HERRERO, H.; MALDONADO, A. ; RODRIGUEZ, J.M. The bacteriocin nisin, na effective agente for the treatment os Staphylococcal mastitis during lactation. **J. Hum. Lact**, Morrisville, v.24, n.3, p. 311-316, 2008.

FETHERSTON, C. Characteristics of lactation mastitis in a western Australian cohort. **Breastfeeding Review**, Austrália, v.5, n.2, p.5-11, 1997.

FOXMAN, B.; D'ARCY, H.; GILLESPIE, B.; BOBO, J.K.; SCHWARTZ, K. Lactation mastitis: occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. **Am J Epidemiol**, Oxford, v. 155, n.2, p.103-14, 2002.

FRIENDLAND, D.J.; GO, A.S.; DAVOREN, J.B.; SHLIPAK, M.G.; BENT, S.W.; SUBAK, L.L.; MENDELSON, T. **Medicina baseada em evidências: uma estrutura para a prática clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001,388p.

FRENCH, P. The development of evidence-based nursing. **J Adv Nurs**, England, v. 29, n.1, p.:72-78, 1999.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; ROSSI, L.A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev Latino-Am de Enferm**, Ribeirão Preto, v.10, n.5, p.690-695, 2002.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, 2004.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, EUA, v.10, n.1, p. 1-11,1987.

GIL AC. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2008. 220 p.

GIUGLIANI, E.R. Falta embasamento científico no tratamento dos traumas mamilares. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.79, n.3, 2003.

GIUGLIANI, E. R. J.; LAMOUNIER, J. A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, p. S117-S118, 2004. Suplemento 5.

GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, p. S147-S154, 2004. Suplemento 5.

GRANT, J.S; DAVIS, L.L. Selection and use of content experts for instrument development. **Res Nurs Health**, New York, v. 20, n.3, p.269-274,1997.

HANSEN, P. B. ; AXELSSON, C. K. Treatment of breast abscess. An analysis of patient material and implementation of recommendations. **Ugeskr Laeger**, Copenhagen, v. 182, n.2, p. 128-131, 2003.

HAYNES, S.N.; RICHARD, D.C.S.; KUBANY, E.S. Content validity in psychological assessment: functional approach to concepts and methods. **Psychol Assess**, Arlington, v.7, n.3, p.238-247, 1995.

HEIKKILÄ, M.P.; SARIS, P.E.J. Inhibition of *Staphylococcus aureus* by the commensal bacteria of human milk. **J Appl Microbiol**, Oxford, v. 95, n.3, p.471-478, 2003.

HUOVINEN, P. Bacteriotherapy: the time has come. **British Medical Journal**, UK, v.353, n.7309, p. 353-354, 2001.

ISERN, M.T.I. La evidencia científica: estratégia para la prática enfermera. **Rev Rol Enfermeria**, Espanha, v. 22, n.3, p.185-90, 1999.

JIMENEZ, E.; FERNANDEZ, L.; MALDONADO, A.; MARTIN, R.; OLIVARES, M.; XAUS, J.; RODRIGUEZ, J.M. Oral administration of Lactobacillus strains isolated from breast milk as an alternative for the treatment of infectious mastitis during lactation. **Appl Environ Microbiol.**, Washington DC, v.74, n.15, p.4650-4655, 2008.

JOCA, M.T.; MONTEIRO, M.A.A.; BARROS, S.K.S.; PINHEIRO, A.K.B.; RAFAELLE, L.O. Fatores que contribuem para o desmame precoce. **Escola Anna Nery Rev Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.356-64, 2005.

KEENEY, S.; HASSON, F.; MCKENNA, H. Consulting the oracle: ten lessons from the Delphi Technique in nursing research. **J Adv Nurs**, Oxford, v.2, n.53, p.205-212, 2006 .

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**, Austrália, v.25, n.2, p.115-120, 2001.

KVIST, L.J.; LARSSON, B. W.; HALL-LORD, M. L. ; SLEEN, A. The role of bacteria in lactational mastitis and some considerations of the use of antibiotic treatment. **Inter. breastf. journal**, Austrália, v.3, n.6, p.1-7, 2008.

LIMA, A.P.E.; JAVORSKI, M.; VASCONCELOS, M.G.L. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 5, p.912-918, 2011.

LIMA, M.D.C.; SILVA, V.M.; BELTRÃO, B.A. Construção e validação de conteúdo de instrumento de coleta de dados em unidade neonatal. **Rev. RENE**, Ceará, v10, n.3, p. 97-106, 2009.

LEE IW, KANG L, HSU HP, KUO PL, CHANG CM. Puerperal mastitis requiring hospitalization during a nine-year period. **Am J Obstet Gynecol**, USA, v.203, n.4, p.332 e 1-6, 2010.

LYNN MR. Determination and quantification of content validity. **Nurs Res**, New York v. 35, n.6, p.382-385, 1986 .

MACHADO, M.M.T.; BOSI, M.L.M. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da rede de serviços em Fortaleza, Ceará, **Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, Recife, v.8, n. 2, p.187-196, 2008.

MARTIC´, K.; VASILJ, O. Extremely large breast abscess in a breastfeeding mother. **J Hum lact**, Morrisville, v.28, n.4, p.460-3, 2012.

MARTI´N, R. S.; LANGA, C.; REVIRIEGO, E.; JIME´NEZ, M. L.; MARI´N, J.; XAUS, J. M. RODRI´GUEZ. Human milk is a source of lactic acid bacteria for the infant gut. **J. Pediatr.**, v. 143, n.3, p.754–758, 2003.

MARTI´N, R., S. LANGA, C. REVIRIEGO, E. JIME´NEZ, M. L. MARI´N, M. OLIVARES, J. BOZA, J. JIME´NEZ, L. FERNA´NDEZ, J. XAUS, AND J. M. RODRI´GUEZ. The commensal microflora of human milk: new perspectives for food bacteriotherapy and probiotics. **Trends Food Sci. Technol**, v. 15, n.3-4, p.121–127, 2004.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Willians & Wilkins, 2011. 599 p.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MONTRONE, A.V.G.; ARANTES, C.I.S.; NASSAR, A.C.S.; ZANON, T.. Trauma mamilar e as práticas de amamentar: estudo de mulheres no início da lactação. **Revista APS**, Juíz de Fora, v.9, n.2, p.168-174, 2006.

NALMA. Núcleo de Aleitamento Materno da EERP-USP. **Manual de procedimentos:** prevenção e tratamento de intercorrências mamárias na amamentação. São Paulo, Ribeirão Preto: Secretária Municipal de Saúde, 1998. 46p.

NEVES, D.D. Níveis de evidência. **Pulmão RJ**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.226-228, 2004.

OLIVEIRA, M.I.C.; CAMACHO, L.A.B.; SOUZA, I.E.O. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, p.1901-1910, 2005.

OLIVEIRA, M.S.; FERNANDES, A.F.C.; NAMIÊ, O.S. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de avaliação. **Texto e Contexto Enferm**, Santa Catarina, v.17, n.1, p.115-123, 2008.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Regional office for the americas indicators for assessing infant and young child feeding practices**. Washington, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos:** Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. OPAS, 2002.

OSTERMAN, K.; RAHM, V.A. Lactation mastitis: bacterial cultivation of breast milk, symptoms, treatment, and outcome. **J. Hum. Lact**, Morrisville, v.16, n.4, p. 297-302, 2000.

OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. UK: University of Oxford, 2011. Disponível em: <http://www.cebm.net/?s=level+of+evidence> . Acesso: 25 out. 2014.

OZSEKER, B.; OZCAN, U.A.; RASA, K.; CIZMELI, O.M. Treatment of breast abscess with ultrasound-guided aspiration and irrigation in the emergency setting. **Emerg Radiol.**, Houston, v.15, n.2, p. 105-108, 2008.

PASSANHA, A.; BENÍCIO, M.H.D.; VENÂNCIO, S.I.; REIS, M.C.G. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.47, n.6, p.1141-1148, 2013.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev Psiquiatr Clín.**, São Paulo, v. 25, n.5, p.206-13,1998.

_____. **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. 1ªed.Brasília: LabPAM; IBAPP, 1999.

PEDROLO, E; DANSKI, MTR; MINGORANCE, P; LAZZARI, LSM; MÉIER, MJ; CROZETA, K. A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**,Paraná, v.14, n.4, p. 760-3, 2009.

PEREIRA, M. J. B.; REIS, M. C. G.; NAKANO, A. M. S.; SANTOS, B. N.; VILLELA, M. R. G. B. Indicadores do aleitamento materno no município de Ribeirão Preto, São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 36-43, 2004.

PIVOTTO, F.; LUNARDI FILHO, W. D; LUNARD, V.L. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. **Cogitare Enferm**, Paraná, 2004, v. 9, n.2, p.32-42.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Avaliação para prática de enfermagem. Artmed, 2011. 669p.

POMPEO, D.A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul Enfem**, São Paulo, v.22, n.4, p.434-438, 2009.

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**, China, v.11, n., p.220-227, 2008. Supplement 20.

RAMOS JUNIOR, J. **Semiotécnica da observação clínica: fisiopatologia dos sintomas e sinais**. 7a ed. São Paulo: Sarvier, 1995. 868 p.

RAYMUNDO VP. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Revista Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, 2009.

REID, G.; HOWARD, J.; GAN, B.C. Can bacterial interference prevent infection? **Trends in Microbiology**, Cambridge, v.9, n.9, p.424-428, 2001.

REZENDE, J.M. Terapia, terapêutica tratamento. **Rev Patol Tropical**, Goiás, v.39,n.2, p.149-150, 2010.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Projeto floresce uma vida**. Ribeirão Preto, 1995.

RIBEIRÃO PRETO. **Projeto Amamentação e Municípios**: práticas alimentares no 1º ano de vida em dias nacionais de vacinação. Ribeirão Preto, 2003. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaudef/programas/aleita/palma.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2010.

_____. **Projeto Amamentação e Municípios:** práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação. Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.asp?pagina=/ssauade/principa/amamentacao/XVIIISman01a07agosto-09.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2009.

ROCCI, E.; FERNANDES, R.A.Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.67, n.1, p.22-27, 2014.

RUBIO, D.M.; BERG-WEGER, M.; TEBB, S.S.; LEE, S.; RAUCH, S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Soc Work Res**, Flórida, v. 27, n.2, p.94-105, 2003.

SACKETT D. **Medicina baseada em evidências:** prática e ensino. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

SALES, A.N.; VIEIRA, G.O.; MOURA, M.S.Q.; ALMEIDA, S.P.T.M.A.; VIEIRA, T.O. Mastite puerperal: fatores predisponentes. **RBGO**, Rio de Janeiro, v.22, n.10,p. 627-32, 2000.

SANTOS, J.S. **Protocolos clínicos e de regulação/ acesso à rede de saúde.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, 2007.

SILVA, J.A.; RIBEIRO-FILHO, N.P. **Avaliação e mensuração de dor:** pesquisa, teoria e prática. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2006, 467 p.

SILVA, S. L.; MARQUES, I. R. Análise do registro de dados obstétricos em prontuários. **Cogitare Enferm**, Paraná, v. 12, n. 2, p. 150-156, 2007.

SMITH, A; HEADS, J. Breast pathology. In: Walker M, editor. **Core curriculum for lactation consultant practice**. Jones and Bartlett Publishers, chapter 36, p. 175-208, Boston, 2002.

SOUZA, M. T. S.; SILVA, M. D. ; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SOUZA, G.N.; SOUZA, E.; CAMANO, E. Mastite lactacional. In: LOPES, A.C. **Diagnóstico e tratamento**. 1.ed. Barueri: Manole, 2006, p. 1783.

STRAUSS, E. Fighting bacterial fire with bacterial fire. **Science**, EUA, v.290, n.5500, p.2231-2233, 2000.

SUSIN, L.R.O.; GIUGLIANI, C.R.J.; KUMMER, S.C.; MACIEL, M.; BENJAMIN, A.C.W.; MACHADO, D.B.; BARCARO, M.; DRAGHETTI,V. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. **Rev. Chil. Pediatr.**, Chile, v.71; n.5;p.461-470, 2000.

TILDEN, V.P.; ELSON, C.A.; MAY, B.A. Use of qualitative methods to enhance content validity. **Nurs Res**, EUA, v.39, n.3, 172-175, 1990.

ULITZSCH, D.; NYMAN, M.K.G.; CARLSON, R.A. Breast abscess in lactating women: US-guided treatment. **Radiology**, EUA, Oak Brook, v. 232, n.3, p. 904-909, 2004.

UNICEF. Monteiro CA. **O panorama da nutrição infantil nos anos 90**. Cadernos de Políticas Sociais, Série Documentos para Discussão, v. 1. Brasília: UNICEF; 1997.

UNICEF. **Kit família brasileira fortalecida**. Brasília, DF, 2013.

VERSLUIJS-OSSEWAARDE, F.N.; ROUMEN, R.N.; GORIS, R.J. Subareolar breast abscesses: characteristics and results of surgical treatment. **Brest J.**, Australasian, v.11, n.3, p.179-182, 2005.

VIEIRA, G.O.; SILVA, L.R.; MENDES, C.M.C.; VIEIRA, T.O. Mastite Lactacional e a iniciativa Hospital Amigo da Criança, Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1193- 200, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000600008&script=sci_arttext
Acesso em 11 mar. 2014

VINHA, V.H.P. **Projeto aleitamento materno:determinação de sua eficácia com vistas ao auto-cuidado com a mama puerperal**. 1988. 276 f. Tese (Livre Docência)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1988.

VINHA, V.H.P. **Projeto aleitamento materno-auto cuidado com a mama puerperal**. São Paulo: Sarvier, 1994.

VIRGÍNIO, N.A. **Validação de instrumento de coleta de dados de enfermagem para clientes adultos hospitalizados**. 2003.142p.Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB), 2003.

VOGEL A, HUTCHISON BL, MITCHELL EA. Mastitis in the first year postpartum. **Birth**, v. 26, n. 4, p. 218-225, 1999.

WAMBACK, K. A. Lactation mastitis: a descriptive study of the experience. **J. Hum. Lact**, Morrisville, v.19, n.1, p. 407-414, 2003.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WOJCIK, L.I. **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados sobre competências em promoção de saúde**. 2013. 98 f. Dissertação (Mestrado)– Universidade de Franca, Franca, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mastitis. Causes and management**. Geneva, 2000.

ZORZI, N.T.; BONILHA, A.L.L. Práticas utilizadas pelas puérperas nos problemas mamários. **REBEN**, Brasília, v.59, n.4, 2006.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

NOME DA PESQUISA: “Mastite lactacional: Proposta de registro dos casos de mastite que necessitam de internação”

PESQUISADORES: Alecssandra de F. S. Viduedo- Enfermeira COREN SP- 68548 e Flávia Azevedo Gomes-Sponholz - Enfermeira COREN SP – 62099.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Eu, Alecssandra F.S. Viduedo, aluna de doutorado da Universidade de São Paulo - Campus Ribeirão Preto do Programa de Enfermagem em Saúde Pública e a Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz, orientadora da pesquisa, professora associada junto ao departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP. gostaríamos de convidá-lo a participar voluntariamente, a ser um dos juízes na avaliação de conteúdo da “Ficha de registro da assistência à mulher na amamentação durante a internação por intercorrência mamária”

O estudo tem por objetivo propor uma ficha de registro dos casos de mastite lactacional que necessitam de internação. Julgamos necessário criar um registro sistematizado desses casos, já que são os mais graves. Acreditamos que as decisões clínicas são facilitadas quando existe um bom registro dos casos.

Se aceitar participar do estudo, lhe entregaremos uma cópia da “Ficha de registro da assistência à mulher na amamentação durante a internação por intercorrência mamária” seguida de perguntas avaliativas com as instruções de preenchimento.

Sua participação não acarreta ao Sr(a) custos ou prejuízos e garantiremos o sigilo da sua identidade, além de ter o direito de recusar-se a participar ou desistir a qualquer momento.

Gostaria de poder contar com sua colaboração no preenchimento do instrumento de coleta de dados, integralmente. A sua colaboração é essencial na construção da ficha de registro de mulheres que foram internadas por mastite lactacional, esperamos que o estudo possa subsidiar a prática dos profissionais de saúde.

Eu, _____, depois de receber as informações sobre este trabalho, e sabendo dos meus direitos, concordo em participar na qualidade de juiz na validação dos dados da “Ficha de registro da assistência à mulher na amamentação durante a internação por intercorrência mamária”. Autorizo a utilização dos dados por mim fornecidos para realização da pesquisa e futuras divulgações científicas, mantendo meu anonimato. Estou ciente de que não sofrerei nenhum tipo de prejuízo caso decida, a qualquer momento desistir de participar do estudo.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Flávia A. Gomes-Sponho Alecssandra F. S. Viduedo Participante

Contato: Alecssandra F.S. Viduedo: 16-34424824, 11-63595737 e-mail: aleviduedo@usp.br ou flagomes@eerp.usp.br Endereço: Avenida dos Bandeirantes 3900, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP. CEP: 14040-920 Ribeirão Preto SP.

APÊNDICE B- Protocolo para coleta de dados, adaptado de Polit e Beck (2011).

1. Citação:

Número do artigo: _____

Autores: _____

Formação do primeiro autor: _____

Local do estudo: _____

Título: _____

Periódico: _____

Ano: _____ Volume: _____ Número: _____ Páginas: _____

2. Tipo de estudo: () Quantitativo () Qualitativo () Método misto

3. Local/Cenário

4. Delineamento: () Experimental () Quase experimental () Não experimental

Cego? () Não () Simples-cego () Duplo-cego

Objetivo: _____

Descrição da intervenção: _____

Grupo(s) de comparação: _____

() Cruzado () Longitudinal/prospectivo

5. Amostra: Tamanho: _____ Método de amostragem: _____

Características da amostra: _____

6. Fontes de dados: Tipo: () Autorrelato () Observacional () Outras _____

Descrição das mensurações: _____

Qualidade dos dados: _____

7. Testes estatísticos: Bivariado: () Teste T () ANOVA () Qui-quadrado

() r de Pearson () Outro _____

Multivariado: () Regressão múltipla () MANOVA () Regressão logística

() Outro: _____

8. Descobertas: _____

9. Recomendações:

APÊNDICE C- CARACTERIZAÇÃO E INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO PARA OS JUÍZES

Data ____/____/____

Validação aparente de conteúdo da “**Ficha de registro da assistência à mulher na amamentação durante a internação por intercorrência mamárias**”

1. Identificação dos juízes.

Iniciais do nome: ____ Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () Fem. () Masc.

E-mail: _____ Profissão: _____

Cargo que ocupa: _____ Há quantos anos trabalha com aleitamento materno? _____

Local de atendimento: () Consultório () Hospital () Atenção Básica () Outro: _____

Tem pós-graduação? () Não () Sim () Especialização, em que se especializou? _____

() Mestrado () Doutorado, em que área? _____

Ano em que se graduou: _____ Ano em que se tornou especialista: _____

Desenvolve ou já desenvolveu pesquisa na área de aleitamento materno? () Não () Sim

Tem trabalhos publicados na área de aleitamento materno? () Sim () Não

2. INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Antes de iniciar sua avaliação peço a gentileza de ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preencher os dados de caracterização dos juízes.

Reconhecendo sua experiência profissional e com a certeza de que o Sr. (a) pode contribuir valiosamente com sua opinião na fase de validação do instrumento intitulado “Ficha de registro da assistência à mulher na amamentação durante a internação por intercorrência mamária”, gostaria que respondesse às questões avaliativas da ficha em anexo.

Esta ficha foi elaborada considerando o formulário que já é utilizado no projeto “Floresce uma Vida” para registro das mulheres que são internadas por mastite lactacional, nos três hospitais públicos de Ribeirão Preto. Após uma revisão de literatura a ficha foi reelaborada com cinco itens, a saber: 1) Identificação/dados

sociodemográficos, 2) Dados obstétricos, 3) Informações do recém-nascido, 4) Avaliação clínica da puérpera, 5) conduta hospitalar/tratamento. Ao final de cada item estarão as questões avaliativas a que o Sr. (a) deverá responder.

Para o seu julgamento, peço a gentileza de preencher o instrumento avaliativo com sete questões; as quatro primeiras devem ser preenchidas com um **X** nos espaços reservados com opções de **Sim** e **Não**. Na quinta questão o Sr (a) deverá emitir sua opinião quanto à importância das questões daquele item marcando um **X** em uma das opções: **Essencial; Útil, mas não essencial; Não necessário**, e a sexta e última questão refere-se a sua opinião por escrito sobre a inclusão ou exclusão de questões contidas em cada item. As questões 7 e 8 referem-se à sua opinião do instrumento como um todo e devem ser assinaladas com um **X** nos espaços **Sim** e **Não**. O tempo de preenchimento é de aproximadamente uma hora.

Seguem as especificações dos critérios utilizados para avaliação dos itens, segundo Hulley (2003) e Pasqualli (1999):

Clareza:		As questões devem ser compreensíveis e específicas. Com frases curtas e expressões simples, preferindo palavras concretas a termos abstratos.	
Simplicidade:		As questões devem ser formuladas com palavras simples e comuns que transmitam claramente uma única ideia.	
Neutralidade:		Evitar palavras que sugiram uma resposta.	
SIGLAS UTILIZADAS NO INSTRUMENTO:			
D	Direita	Hygia	É o sistema que efetua a Gestão da Saúde Pública em Municípios e Estados.
E	Esquerda		
SIGLAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO			
UBS		Unidade Básica de Saúde	
USF		Unidade Saúde da Família	
UBDS		Unidade Básica Distrital de Saúde	
CMSC		Centro médico social e comunitário	
CSE		Centro de saúde escola	

REFERÊNCIAS

CUMMINGS, S. R. ; HULLEY, S. B. ; STEWART, A. L. Elaboração de questionário e instrumento de coleta de dados. In: HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. R.; GRADY, D. ; HEARST, N. ; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Trad. De Michael Schmidt Duncan e Ana Rita Peres, 2ºed. Porto Alegre: Artmed, 2003, p. 265-281.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. 1ºed.Brasília: LabPAM, IBAPP, 1999.

RAMOS JUNIOR, J. **Semiotécnica da observação clínica: fisiopatologia dos sintomas e sinais**. 7a ed. São Paulo: Sarvier, 1995. 868 p.

PIVOTTO, F.; LUNARDI FILHO, W. D; LUNARD, V.L. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. **Cogitare Enferm**, Paraná, 2004, v. 9, n.2, p.32-42.

VIRGÍNIO, N.A. **Validação de instrumento de coleta de dados de enfermagem para clientes adultos hospitalizados**. 2003.142p. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB), 2003.

LIMA, M.D.C.; SILVA, V.M.; BELTRÃO, B.A. Construção e validação de conteúdo de instrumento de coleta de dados em unidade neonatal. **Rev. RENE**, Ceará, v10, n.3, p. 97-106, 2009.

SILVA, S. L.; MARQUES, I. R. Análise do registro de dados obstétricos em prontuários. **Cogitare Enferm**, Paraná, v. 12, n. 2, p. 150-156, 2007.

Não existem respostas certas ou erradas. O importante é a sua opinião, por favor, não deixe nenhum item em branco.

Agradeço antecipadamente por sua valiosa contribuição em compartilhar seu conhecimento conosco. Coloco-me à disposição para eventuais dúvidas que possam ocorrer.

Atenciosamente

Alecassandra F.S. Viduedo

e-mail: aleviduedo@usp.br Endereço: Avenida dos Bandeirantes 3900, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP. CEP: 14040-920 Ribeirão Preto SP.

16-34424824 11-63595737

APÊNDICE D- “Ficha de registro da assistência à mulher na amamentação durante a internação por intercorrência mamárias”

1-IDENTIFICAÇÃO/ DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome: _____ Hygia: _____

Nº Prontuário: _____ Data da Internação: ____/____/____ Data da alta: ____/____/____ Hospital: () Mater () Santa Casa () HC

Telefone: () _____ Endereço: _____ Bairro: _____

1.1. Data de Nascimento: ____/____/____ 1.2. Cor auto referida: () Branca, () Negra, () Amarela, () Parda, () Vermelha.

1.3. Estado civil: () Vivendo com um companheiro, () Tem um companheiro mas não vive junto, () Não tem companheiro

1.4. Escolaridade: () Ensino Fundamental Completo, () Ensino Fundamental Incompleto, () Ensino médio completo, () Ensino médio Incompleto, () Ensino Superior Completo, () Ensino Superior incompleto.

1.5. Ocupação: () Desempregada, () Do lar, () Trabalho remunerado fora do lar, () Trabalho remunerado dentro do lar () Estudante

1.6. Renda familiar em salários mínimos: () não sabe, Número de salários: _____

1.7. Hábito de fumar: () Não, () Sim 1.6. Número de cigarros/dia: () Não sabe, () não se aplica (não fuma) Número: _____/dia

1.8. Hábito de beber: () não bebe, () bebe todos ou quase todos os dias, () bebe uma ou duas vezes/semana, () bebe uma a três vezes/mês, () bebe menos de uma vez/mês

1.9. Uso de drogas ilícitas: () não usa, () usa todos ou quase todos os dias, () usa uma ou duas vezes/semana, () usa uma a três vezes/mês, () usa menos de uma vez/mês.

Para avaliação das questões do item 1. Identificação/dados sociodemográficos responda:

Objetivo das questões do item 1: Caracterizar as mulheres que internam para tratamento de mastite lactacional. “Os dados de identificação e sociodemográficos são coletados para fins de arquivamento, estatístico e pericial, além de fornecerem subsídios para individualizar a assistência ao paciente” (RAMOS JUNIOR, 1995).			
Item	Avaliação dos juízes		
	Sim	Não	
1) As questões (do item 1) possibilitam atingir o objetivo acima?			
2) As questões possuem clareza?			
3) As questões são simples?			
4) As questões possuem neutralidade			
5) Como você classificaria estas questões no contexto do questionário?	Essencial	Útil, mas não essencial.	Não necessário
6) Você tem alguma sugestão de modificação para algum item? (mudança de local, inclusão, exclusão de algum item)			

2-DADOS OBSTÉTRICOS

2.1. Gestação/Paridade/Aborto: () Número de gestações () Número de partos () Número de abortos

2.4. Fez pré-natal: () Não, () Sim Local? _____ N°de consultas ()

2.5. Recebeu orientação sobre amamentação: () Não, () Sim Onde? () UBS () USF () UBDS () UPA
() Bco Leite () Maternidade () Consulta particular

2.6. Tipo de Parto: () Normal, () Cesárea, () Fórceps

2.7. Data do parto: ____/____/____ Hospital: _____

2.8. Intercorrência no parto: () Não, () Sim Qual? _____

2.9. Saiu de alta pós-parto com trauma mamilar? () Não () Sim Qual? () Fissura () Escoriação () Vesícula ()
Erosão () Outro: _____

Para avaliação das questões do item 2. Dados Obstétricos, responda:

Objetivo das questões do item 2: Registrar os dados obstétricos mais importantes e identificar alguma intercorrência no parto ou pós-parto. "Compõe informações relevantes sobre os cuidados a serem prestados à paciente" (SILVA; MARQUES, 2007).			
Item	Avaliação dos juízes		
	Sim	Não	
1) As questões (do item 2) possibilitam atingir o objetivo acima?			
2) As questões possuem clareza?			
3) As questões são simples?			
4) As questões possuem neutralidade			
5) Como você classificaria estas questões no contexto do questionário?	Essencial	Útil, mas não essencial.	Não necessário
6) Você tem alguma sugestão de modificação para algum item? (mudança de local, inclusão, exclusão de algum item)			

3- INFORMAÇÕES DO RECÉM-NASCIDO

3.1. Nascimento: () A termo, () Prematuro

3.2. Condições de nascimento: () Vivo, () Nasceu morto, () Morreu logo após o nascimento

3.3. Peso/estatura Peso: _____g Altura: _____cm

3.4. Intercorrências no Nascimento () Não, () Sim Qual? _____

3.5. Amamentação ao nascer: () Na primeira hora após o nascimento, () Nas primeiras 2 horas após o nascimento,
() Nas primeiras 6 horas após o nascimento, () Nas primeiras 12 horas após o nascimento Outro: _____

3.6. Tipo de alimentação do RN na admissão desta internação: () Aleitamento materno exclusivo (apenas seio materno), () Aleitamento materno predominante (seio materno+ líquidos à base de água), () Aleitamento parcial (apenas seio materno+ leite artificial), () Aleitamento materno complementado (apenas seio materno+ alimento sólido), () Aleitamento materno (seio materno independente de receber outros alimentos), () Desmame.

3.7. Tipo de alimentação do RN na alta desta internação: () 1 Aleitamento materno exclusivo (apenas seio materno), () Aleitamento materno predominante (seio materno+ líquidos à base de água), () Aleitamento parcial (seio materno+ leite artificial), () Aleitamento materno complementado (seio materno+ alimento sólido) () Aleitamento materno (seio materno independente de receber outros alimentos) () Desmame

Para avaliação das questões do item 3. Informações do recém-nascido, responda:

Objetivo das questões do item 3: Registrar dados do nascimento e tipo de alimentação do recém-nascido ao nascimento, na internação e alta da mãe em decorrência de mastite lactacional. "Registros direcionados ao recém-nascido permitem o desenvolvimento de estratégias dinâmicas e sistematizadas que favorecem a promoção, manutenção e recuperação de sua saúde" (LIMA; SILVA; BELTRÃO, 2009).			
Item	Avaliação dos juízes		
	Sim	Não	
1) As questões (do item 3) possibilitam atingir o objetivo acima?			
2) As questões possuem clareza?			
3) As questões são simples?			
4) As questões possuem neutralidade?			
5) Como você classificaria estas questões no contexto do questionário?	Essencial	Útil, mas não essencial.	Não necessário
6) Você tem alguma sugestão de modificação para algum item? (mudança de local, inclusão, exclusão de algum item)			

4- AVALIAÇÃO CLÍNICA DA PUÉRPERA

4.1. Estado geral: () Excelente, () Bom, () Regular

4.2. Intercorrências mamárias antes desta internação () Não, () Sim Quais? _____

4.3. Quantas vezes procurou serviço de saúde antes da internação? () Uma, () Duas, () Três, () Mais Quantas vezes _____ Onde? () UBS, () USF, () UBDS, () CMSC, () CSE, () Banco de Leite () Hospital

4.4. Foi orientada a tratar a intercorrência mamária em casa? () Não () Sim O que foi orientado? () Ordenha () Suspende AM () compressa quente () compressa fria () analgésico () antiinflamatório () antibiótico () Inibidor de prolactina () Enfaixamento () Outro: _____

4.5. Quem orientou? () Vizinho () Parente () Médico () Enfermeira () Aux enferm () ACS () Outros: _____

4.6. Mastite anterior a esta internação, no pós-parto atual () Não, () Sim Data ____/____/____

4.7. Tipo de mamilo () Protruso D () Protruso E, () Semi-protruso D, () Semi-protruso E, () Plano D, () Plano E, () Invertido D () Invertido E.

4.8. Presença de lesão Mamilar? () Não () Sim () Íntegro D, () Íntegro E, () Escoriação D, () Escoriação E, () Fissura D, () Fissura E, () Erosão D, 8 Erosão E, 9 Dilacerção D, Dilacerção E, Vesícula D, Vesícula E.

4.9. Presença de ingurgitamento mamário () Não () Sim **4.10. Localização:** () QSE (quadrante superior externo, **mama direita**), () QSE (quadrante superior externo, **mama esquerda**), () QSI (quadrante superior interno, **mama direita**), () QSI (quadrante superior interno, **mama esquerda**), () QIE (quadrante inferior externo, **mama direita**), () QIE (quadrante inferior externo, **mama esquerda**) () QII (quadrante inferior interno, **mama direita**), () QII (quadrante inferior interno, **mama esquerda**).

4.11. Presença de mastite: () Mastite D () Mastite E () Mastite Bilateral

4.12. Presença de abscesso mamário () Abscesso D, () Abscesso E () Abscesso bilateral.

4.13. Presença de secreção/Tipo de secreção: () Não, () Sim () Purulenta D, () Purulenta E, () Serosanguinolenta D, Serosanguinolenta E, () Sanguinolenta D, () Sanguinolenta E. Outro: _____

() Colheu secreção para exame, () Não colheu secreção para exame, () Não tem registro

4.14. Marque a localização das lesões

Para avaliação das questões do item 4. Avaliação clínica da puérpera, responda:

Objetivo das questões do item 4: Registrar intercorrências mamárias. “Documentar informações de forma objetiva, permitindo a identificação de problemas, e consequentemente, determinar ações de enfermagem direcionadas” (PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARD, 2004).			
Item	Avaliação dos juízes		
	Sim	Não	
1) As questões (do item 4) possibilitam atingir o objetivo acima?			
2) As questões possuem clareza?			
3) As questões são simples?			
4) As questões possuem neutralidade			
5) Como você classificaria estas questões no contexto do questionário?	Essencial	Útil, mas não essencial.	Não necessário
6) Você tem alguma sugestão de modificação para algum item? (mudança de local, inclusão, exclusão de algum item)			

5. CONDUTA HOSPITALAR/TRATAMENTO

5.1. RN internou com a mãe () Sim, () Não Porquê: _____

5.2. Manutenção do aleitamento () Mama D, () Mama E, () As duas mamas, () Desmame

5.3. Suspensão temporária da amamentação/ Dias () Não, () Sim () Um dia, () Dois dias, () Três dias, () Quatro dias, Outro: _____

5.4. Em qual mama? () Mama D () Mama E () As duas mamas

5.5. Ordenha Manual/quantas vezes ao dia () Não, () Sim () Uma vez/dia, () Duas vezes/dia, () Três vezes/dia, () Quatro vezes/dia Outro: _____

5.6. A nutriz foi capacitada a fazer ordenha na internação? () Não, () Sim

5.7. Terapêutica Sistêmica () Antiinflamatório, () Antibiótico, () Antitérmico, () Inibidor de prolactina Outro: _____

5.8. Terapêutica tópica. () Pomada, () Creme, () Curativo

5.9. Nome dos medicamentos usados: _____

5.10. Medidas de suporte () Foco de luz, () Banho de sol, () Compressa Morna, () Compressa fria Outro: _____

5.11. Drenagem de abscesso () Não, () Sim () Cirúrgico, () Espontâneo

5.12. () Colheu Swab, () Não colheu Swab Resultado do swab: _____

5.13. Realizou Ultrassonografia de mama? () Não () Sim

5.14. Continuidade da assistência: () Não, () Sim () Atenção primária de saúde, () Hospital
Data: ____/____/____

Responsável pelo preenchimento desta ficha: _____

Para avaliação das questões do item 5. Conduta hospitalar/tratamento, responda:

Objetivo das questões do item 5: Registrar as condutas terapêuticas que estão sendo realizados para mastite lactacional em nível hospitalar. "Registrar as condutas terapêuticas contribui na identificação dos problemas e planejamento dos cuidados" (VIRGINIO, 2003).			
Item	Avaliação dos juízes		
	Sim	Não	
1) As questões (do item 5) possibilitam atingir o objetivo acima?			
2) As questões possuem clareza?			
3) As questões são simples?			
4) As questões possuem neutralidade			
5) Como você classificaria estas questões no contexto do questionário?	Essencial	Útil, mas não essencial.	Não necessário
6) Você tem alguma sugestão de modificação para algum item? (mudança de local, inclusão, exclusão de algum item)			

Para as questões 8 e 9 , considere o instrumento como um todo:

Item	Sim	Não	Em parte	Comentários e sugestões dos juízes
8) O leiaute do instrumento é de fácil visualização?				
9) O instrumento tem espaço suficiente para as respostas?				

APENDICE E- “Ficha de registro da assistência à mulher na amamentação durante a internação por intercorrência mamária” (VALIDADA)

“Ficha de registro da assistência à mulher na amamentação durante a internação por intercorrência mamárias”

1-IDENTIFICAÇÃO/ DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Nome: _____ Hygia: _____

Nº Prontuário: _____ Data da Internação: ____/____/____ Data da alta: ____/____/____ Hospital: () Mater () Santa Casa () HC

Telefone: () _____ Endereço: _____ Bairro: _____

1.1. Data de Nascimento: ____/____/____ 1.2. Cor auto referida: () Branca, () Negra, () Amarela, () Parda, () Vermelha.

1.3. Estado marital: () Vivendo com um companheiro, () Tem um parceiro mas não vive junto, () Não tem companheiro

1.4. Escolaridade: () Ensino Fundamental Incompleto, () Ensino Fundamental Completo, () Ensino médio Incompleto, () Ensino médio completo, () Ensino Superior Incompleto, () Ensino Superior Completo, () Não alfabetizada

1.5. Ocupação: () Desempregada, () Do lar, () Trabalho remunerado fora do lar, () Trabalho remunerado dentro do lar

1.6. Renda familiar em salários mínimos: Número de salários: _____ () não sabe

1.7. Hábito de fumar: () Sim, Número cigarros/dia: _____/dia () Não sabe, () não se aplica (não fuma)

1.8. Hábito de beber: () não bebe, () bebe todos ou quase todos os dias, () bebe uma ou duas vezes/semana, () bebe uma a três vezes/mês, () bebe menos de uma vez/mês

1.9. Uso de drogas ilícitas: () não usa, () usa todos ou quase todos os dias, () usa uma ou duas vezes/semana, () usa uma a três vezes/mês, () usa menos de uma vez/mês.

2-DADOS OBSTÉTRICOS

2.1. Gesta/Para/Aborto: () Número de gestações () Número de partos () Número de abortos

2.4. Fez pré-natal: () Não, () Sim Onde? _____ Nº de consultas ()

2.5. Recebeu orientação sobre amamentação: () Não, () Sim. No pré-natal? () Não, () Sim Onde? _____
No pós-parto? () Não () Sim Onde? _____

2.6. Tipo de Parto: () Parto Normal, () Parto Cesárea, () Parto Fórceps

2.7. Data do parto: ____/____/____ Hospital: _____

2.8. Intercorrência no parto: () Não, () Sim Qual? _____

2.9. Intercorrências no pós-parto: () Não, () Sim Onde? _____

2.11. Teve trauma mamilar no pós-parto? () Não () Sim Qual? _____

2.12. Experiência anterior em amamentação? () Não, () Sim Quanto tempo? _____

3- INFORMAÇÕES DO RECÉM-NASCIDO

3.1. Nascimento: () A termo, () Prematuro, () Natimorto, () Neomorto

3.2. Intercorrências no Nascimento () Não, () Sim Qual? _____

3.3. Peso/estatura **Peso:** _____ g **Comprimento:** _____ cm

3.4. Amamentação ao nascer: () Na primeira hora após o nascimento, () Nas primeiras 2 horas após o nascimento, () Nas primeiras 6 horas após o nascimento, () Nas primeiras 12 horas após o nascimento Outro: _____

3.5. Tipo de amamentação do RN na admissão desta internação: () Aleitamento materno exclusivo (só seio materno), () Aleitamento materno predominante (seio materno+líquidos a base de água), () Aleitamento parcial (seio materno+leite artificial), () Aleitamento materno complementado (seio materno+alimento sólido ou semi-sólido) () Desmame Motivo do desmame: _____

3.6. Tipo de amamentação do RN na alta desta internação: () Aleitamento materno exclusivo (só peito), () Aleitamento materno predominante (peito+líquidos a base de água), () Aleitamento parcial (peito+leite artificial), () Aleitamento materno complementado (peito+alimento sólido ou semi-sólido) () Desmame Motivo do desmame: _____

4- AVALIAÇÃO CLÍNICA DA PUÉRPERA

- 4.1. Intercorrências mamárias após alta do parto atual () Não, () Sim Quais? _____
- 4.2. Quantas vezes procurou serviço de saúde antes da internação? Quantas vezes _____ Onde? () UBS, () USF, () UBDS, () CMSC, () CSE, () Banco de Leite () Hospital
- 4.3. Foi orientada a tratar a intercorrência mamária em casa? () Não () Sim O que foi orientado? () Ordenha () Suspende AM () compressa quente () compressa fria () analgésico () anti-inflamatório () antibiótico () Inibidor de prolactina () Enfaixamento () Outro: _____
- 4.4. Quem orientou? () Vizinho () Parente () Médico () Enfermeira () Aux enferm () ACS () Outros: _____
- 4.5. Tipo de mamilo () Protruso D () Protruso E, () Semi-protruso D () Semi-protruso E, () Pseudo invertido D Pseudo invertido E () Invertido D () Invertido E
- 4.6. Presença de lesão Mamilar? () Não () Sim () Íntegro D, () Íntegro E, () Escoriação D, () Escoriação E, () Fissura D, () Fissura E, () Erosão D, () Erosão E, () Dilaceração D, () Dilaceração E, () Vesícula D, () Vesícula E.
- 4.7. Presença de ingurgitamento mamário () Não () Sim Marque a localização no item 4.13
- 4.8. Presença de mastite: (edema, hiperemia, dor, endurecimento) () Mastite D () Mastite E () Mastite Bilateral
- 4.9. Presença de abscesso mamário () Abscesso D, () Abscesso E 4.10. Presença de secreção () Não () Sim
- 4.11. Tipo de secreção () Não, () Sim () Purulenta, () Serosanguinolenta, () Sanguinolenta Outro: _____
- () Colheu secreção para exame, () Não colheu secreção para exame, () Não tem registro
- 4.12. Teve febre? () Não () Sim
- 4.13. Marque a localização das lesões do item 4.6 com um círculo e do item 4.7 com um triângulo
QSE		QSI
QIE		QII

5. CONDUTA HOSPITALAR/TRATAMENTO

- 5.1. RN internou com a mãe () Sim, () Não Porque? _____
- 5.2. Manutenção do aleitamento () Mama D, () Mama E, () As duas mamas, () Desmame
- 5.3. Suspensão temporária da amamentação () Não, () Sim Número de dias: _____
- 5.4. Em qual mama? () Mama D () Mama E () Bilateral
- 5.5. Ordenha Manual () Não, () Sim Quantas vezes ao dia? _____
- 5.6. Sabe fazer ordenha sozinha () Não, () Sim
- 5.7. Terapêutica medicamentosa () Anti-inflamatório, () Antibiótico, () Antitérmico, () Inibidor de prolactina Outro: _____
- 5.8. Medicamentos tópicos. () Pomada, () Creme, () Curativo
- 5.9. Nome dos medicamentos usados: _____
- 5.10. Terapêutica complementar () Foco de luz, () Banho de sol, () Compressa Morna, () Compressa fria Outro: _____
- 5.11. Drenagem de abscesso () Sim, () Não () Cirúrgico, () Espontâneo () Colheu Swab, () Não colheu Swab 5.12. Resultado do swab: _____
- 5.13. Realizou Ultrassonografia de mama? () Não () Sim Antes da desta internação? () Não () Sim Durante a internação () Não () Sim
- 5.14. Continuidade da assistência () Não, () Sim () UBS, () USF, () UBDS, () CMSC, () CSE, () Banco de Leite () Hospital
- Responsável pelo preenchimento desta ficha: _____

ANEXO

ANEXO A - Protocolo de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa

Centro Coordenador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avonida Bandeirantes, 3932 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3632 3342 - 55 16 3632 3361 - Fax: 55 16 3632 0518
www.eerp.usp.br - eerp@eerp.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP - 443/2011

Ribeirão Preto, 19 de outubro de 2011.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 143ª Reunião Ordinária, realizada em 19 de outubro de 2011.

Protocolo: n° 1401/2011

Projeto: Mastite Lactacional Abscedada: Proposta de Diretriz para Tratamento.

Pesquisadores: Flávia Azevedo Gomes
Alecassandra de Fatima Silva Viduedo

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Flávia Azevedo Gomes

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B – Níveis de Evidência

Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011 Levels of Evidence

Question	Step 1 (Level 1*)	Step 2 (Level 2*)	Step 3 (Level 3*)	Step 4 (Level 4*)	Step 5 (Level 5)
How common is the problem?	Local and current random sample surveys (or censuses)	Systematic review of surveys that allow matching to local circumstances**	Local non-random sample**	Case-series**	n/a
Is this diagnostic or monitoring test accurate? (Diagnosis)	Systematic review of cross sectional studies with consistently applied reference standard and blinding	Individual cross sectional studies with consistently applied reference standard and blinding	Non-consecutive studies, or studies without consistently applied reference standards**	Case-control studies, or poor or non-independent reference standard**	Mechanism-based reasoning
What will happen if we do not add a therapy? (Prognosis)	Systematic review of inception cohort studies	Inception cohort studies	Cohort study or control arm of randomized trial*	Case-series or case-control studies, or poor quality prognostic cohort study**	n/a
Does this intervention help? (Treatment Benefits)	Systematic review of randomized trials or <i>n</i> -of-1 trials	Randomized trial or observational study with dramatic effect	Non-randomized controlled cohort/follow-up study**	Case-series, case-control studies, or historically controlled studies**	Mechanism-based reasoning
What are the COMMON harms? (Treatment Harms)	Systematic review of randomized trials, systematic review of nested case-control studies, <i>n</i> -of-1 trial with the patient you are raising the question about, or observational study with dramatic effect	Individual randomized trial or (exceptionally) observational study with dramatic effect	Non-randomized controlled cohort/follow-up study (post-marketing surveillance) provided there are sufficient numbers to rule out a common harm. (For long-term harms the duration of follow-up must be sufficient.)**	Case-series, case-control, or historically controlled studies**	Mechanism-based reasoning
What are the RARE harms? (Treatment Harms)	Systematic review of randomized trials or <i>n</i> -of-1 trial	Randomized trial or (exceptionally) observational study with dramatic effect			
Is this (early detection) test worthwhile? (Screening)	Systematic review of randomized trials	Randomized trial	Non-randomized controlled cohort/follow-up study**	Case-series, case-control, or historically controlled studies**	Mechanism-based reasoning

* Level may be graded down on the basis of study quality, imprecision, indirectness (study PICO does not match questions PICO), because of inconsistency between studies, or because the absolute effect size is very small; Level may be graded up if there is a large or very large effect size.

** As always, a systematic review is generally better than an individual study.