Ginecologia e Obstetrícia

Capítulo 20

DERMATOLOGIA DURANTE A AMAMENTAÇÃO

ANA LUIZA FERRAZ[1]
ANA LUIZA FERRETTO JAENISCH[2]
MARIA EDUARDA MOREIRA MENEZES[3]
NICOLE DE SOUZA EBERLE[4]

1. *Médica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos e residente de Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Feevale.*
2. *Médica pela PUCRS e residente de Medicina de Família e Comunidade pelo Hospital Moinhos de Vento.*
3. *Médica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos e residente de Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal de Pelotas.*
4. *Médica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos.*

Palavras-Chaves: *Dermatologia; Amamentação; Atenção Básica.*

Edição XVIII

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A amamentação pode ser uma fase desafiadora em diversos aspectos, mas pouco é falado sobre as consequências dermatológicas desta fase, sejam fisiológicas ou patológicas (WAMBACH & SPENCER, 2020). O ato de amamentar fortalece o vínculo afetivo materno, diminui o risco de hemorragia pós-parto, libera endorfina e tem mais inúmeros benefícios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Essa é considerada uma fase fisiológica, mas que pode desencadear inúmeras alterações de pele e mucosas (LAWRENCE & LAWRENCE, 2015). A avaliação dessas condições, feita por profissionais da saúde, exige cuidado e devem ser considerados fatores mecânicos, infecciosos e hormonais, nunca esquecendo de zelar também pela saúde do lactente (SBP, 2022).

As alterações patológicas podem ser divididas em bacterianas, fúngicas e virais; a principal porta de entrada para esses agentes é, normalmente, as fissuras mamilares causadas pela técnica errônea ao amamentar (ABM, 2016). O tratamento varia conforme os sintomas, o agente etiológico e a gravidade, procurando sempre ter um raciocínio individualizado de cada caso (HALE, 2020). Além disso, condições já adquiridas ou diagnosticadas previamente podem sofrer remissão ou exacerbação, exigindo tratamento com brevidade.

Portanto, compreender as manifestações dermatológicas dos seios, aréola e mamilos nessa fase e saber diferenciar as condições que exigem intervenção é de suma importância para garantir o bem-estar materno e infantil. O objetivo deste capítulo é, também, auxiliar a promover uma experiência de amamentação mais segura, saudável e confortável (UNICEF/OMS, 2018).

Alterações fisiológicas da amamentação

A maioria das alterações cutâneas da lactação são fisiológicas. Entre essas, incluem o surgimento das estrias gravídicas, a hiperpigmentação areolar e o aumento da vascularização das mamas.

Em torno da 5ª semana de gestação, ocorre o início do processo de congestão das mamas e, com isso, a pele torna-se mais sensível e suscetível ao desenvolvimento de estriações (**Figura 20.1)**.

Figura 20.1 Estrias *rubra* em mama



Fonte: UpToDate, 2025.

As estrias são consequência do estiramento das fibras de colágeno da pele e consequente diminuição da hidratação. Na gestação, essas estriações costumam ser avermelhadas (*striae rubra*), todavia, após o parto, podem tornar-se esbranquiçadas (*striae alba*). Entre as medidas preventivas, a hidratação tópica da pele e o controle do ganho de peso adequado são as principais.

Como tratamento das lesões, há a possibilidade de fazer uso de terapia à laser ou tretinoína 0,5mg/g tópico sobre as lesões; todavia, essas terapias são consideradas de manejo de longo prazo e são contraindicadas durante a gestação e lactação, categoria de risco C. (Ministério da Saúde, 2010).

Na 8ª semana, surgem glândulas mamárias acessórias e hipertrofiadas nas aréolas, chamadas de tubérculos de Montgomery. A partir da 14ª semana, ocorre um estímulo dos melanócitos pelo aumento da produção de estrogênio e progesterona da gestação, provocando uma hiperpigmentação na região da vulva, aréolas, na linha alba (linha *nigrans*) e na face (*cloasma* ou *melasma* gravídico) (POMERANZ, 2025). Apesar dessas alterações serem transitórias e amenizarem espontaneamente, a fotoproteção de áreas expostas não deve ser abandonada durante o puerpério.

Na 16ª semana, visualiza-se o aumento da vascularização venosa, denominada de rede de Haller, além do surgimento de telangiectasias. Essas também são alterações que tendem a desaparecer com após o período de lactação.

Por fim, com 20 semanas de gestação, surge o sinal de Hunter, que ocorre por uma hiperpigmentação das papilas, tornando seus limites imprecisos e originando à aréola secundária.

Candidíase mamária

A candidíase mamária é uma infecção causada, geralmente, pelo fungo *Candida albicans* em que os mamilos são afetados e, em alguns casos, também os ductos mamários (AMIR, 2010). Essa patologia ocorre predominantemente em mulheres lactantes e pode acontecer por diversas razões como a presença de fissuras mamilares, que se tornam uma porta de entrada para o fungo (SBP, 2022); por uso recente de antibióticos, que acaba desequilibrando a microbiota local; por lactentes com candidíase oral, conhecida popularmente como “sapinho”, que pode transmitir para a mãe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015); e por fim, por Diabetes mellitus prévia ou imunossupressão (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2023).

Os sintomas são caracterizados como dor intensa e em queimação na região dos mamilos, podendo ou não irradiar para a mama. Também é relatada a sensação de agulhadas durante e após a amamentação (WAMBACH & SPENCER, 2020). Visualmente, os mamilos se apresentam hiperemiados e descamativos, associado a fissuras persistentes que não cicatrizam (LAWRENCE & LAWRENCE, 2015). O diagnóstico vai ser baseado nesses sintomas e no exame físico, sendo de suma importância excluir outras causas de dor também citadas neste capítulo. Se a dúvida permanecer mesmo após a investigação, pode ser solicitado exames complementares como cultura de raspado do mamilo (SBI, 2023).

A prevenção é o principal e mais seguro caminho para evitar a candidíase mamária. É necessário orientar a lactante a manter os mamilos limpos e secos, evitando o uso prolongado de absorvente para os seios pois a umidade favorece a proliferação de fungos (UNICEF/OMS, 2018). Além disso, deve-se corrigir a pega do bebê para evitar fissuras mamilares, evitar antibióticos desnecessários que possam desequilibrar a microbiota (HALE & ROWE, 2020) e, principalmente, tratar precocemente a candidíase oral no lactente para evitar a reinfecção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

No tratamento para a mãe, é sempre priorizado o uso de antifúngicos tópicos como Miconazol ou Nistatina em creme, aplicados nos mamilos após cada mamada por, no mínimo, 7 dias (ABM, 2016). Os antifúngicos orais, como Fluconazol, são usados somente para casos graves ou refratários (HALE, 2020). Já no tratamento

para o bebê, deve-se tratar a candidíase oral com Nistatina em suspensão oral ou Miconazol em gel oral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Por fim, é necessário lembrar que a candidíase oral não é contraindicação para a amamentação e que cada caso deve ser tratado com individualidade em relação à dose e ao tempo de tratamento.

Ingurgitamento mamário

O ingurgitamento mamário define-se pela estase láctea repentina em puérperas, provocando um quadro de hiperdistensão da mama, dor ou desconforto, hipertermia local e febre baixa, mas que, via de regra, não alcança 39ºC. As causas envolvidas, nesse caso, incluem a pega papilar inadequada, sucção ineficiente, produção excessiva de leite ou obstrução do ducto mamário.

Apesar do desconforto, o ingurgitamento mamário é um quadro de simples manejo: a amamentação deve ser mantida e incentivada, além da orientação quanto ao suporte adequado das mamas com sutiãs reforçados. Ademais, a frequência das mamadas deve ser aumentada e o excesso de leite ordenhado após a amamentação, de forma manual ou com bombas elétricas adequadas. Por fim, pode ser orientado a puérpera a realizar massagem circular nas áreas mais dolorosas e enrijecidas, e pode ser prescrito analgesia simples para alívio das dores, porém não há indicação de antibioticoterapia.

Todavia, caso a clínica do ingurgitamento mamário persista, pode haver a progressão para um quadro de mastite, principalmente se houver o surgimento de fissuras mamárias associadas.

Fissuras mamilares

A amamentação é, por si só, desafiadora, principalmente quando ocorrem traumas mamilares. Vários fatores podem contribuir para essa situação, inclusive o ingurgitamento mamário. Além disso, no Tratado de Obstetrícia da Febrasgo (2019), citam-se outros fatores que podem contribuir, como pega e/ou posicionamento incorreto, bico invertido ou pseudoinvertido, língua posteriorizada do bebê, uso incorreto de bombas, colocação do dedo indicador da mãe sobre a aréola na hora da mamada, freio lingual curto e monilíase.

A fissura mamilar é uma forma de lesão do epitélio que recobre o mamilo, gerando como principal sintoma dor ao amamentar. Pelos fatores citados, é uma situação comum, sendo mais frequente na primeira semana pós-parto, afetando cerca de 29 a 76% das mulheres que amamentam (NAKAMURA *et al.,* 2018). Em muitos casos, gera desmame precoce.

Nestes casos, a conduta também é encorajar manter o aleitamento enquanto possível. A dor pode ser intensa, de forma que podemos recomendar suspender a mamada no lado afetado, mas, sempre que possível, mantendo a extração manual do leite, de forma a evitar o desmame. É atribuição do médico que acompanha a puérpera e o RN corrigir a pega em todas as oportunidades. Para cicatrização e diminuição da dor, pomadas com lanolina podem ser utilizadas (FEBRASGO, 2019).

A fim de prevenir lesões mamilares, a consulta pré-natal e o acompanhamento em alojamento conjunto é essencial. Os profissionais envolvidos no cuidado devem ensinar a técnica correta de amamentação e oferecer informação de qualidade às gestantes e puérperas.

Mastite

Diferentemente da ocorrência das fissuras, que é precoce no pós-parto, a mastite, caracterizada pela inflamação e frequentemente infecção do tecido mamário, costuma ocorrer por volta da terceira semana do puerpério. Os germes contidos na pele são os principais causado-

res da doença: *Staphylococcus aureus* ou *Staphylococcus epidermidis*. Geralmente, iniciam após trauma mamilar, como as próprias fissuras, ou por ducto mamário obstruído. Sua complicação pode gerar abscesso mamário (FEBRASGO, 2019).

O quadro clínico aqui é mais grave que os anteriores: além da mama dolorosa, apresenta outros sinais de flogismo, como hiperemia, calor e edema local (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). A paciente pode, ainda, apresentar febre, cefaleia, náuseas e vômitos. O tratamento é sintomático e direcionado à infecção, com antibióticos apropriados para a cobertura dos germes supracitados - cefalosporinas, amoxicilina/clavulanato, oxacilina e, em caso de germes resistentes, vancomicina (FEBRASGO, 2019).

Abscesso mamário

O abscesso mamário é o acúmulo localizado de fluido infectado (pus) no tecido mamário. Comumente, é uma evolução mais grave do quadro de mastite. Sinais e sintomas de abscesso incluem dor localizada e intensa na mama, edema e endurecimento da área, hiperemia, calor local, dificuldade/dor para amamentar. Pode haver flutuação da área afetada e, em alguns casos, drenagem espontânea de pus pela papila. A mulher pode apresentar, ainda, sinais sistêmicos, como citados no quadro de mastite e pode necessitar de internação hospitalar (IRUSEN *et al.*, 2015).

O tratamento visa a resolução o mais rápido possível do quadro, de forma a garantir a saúde da mãe e do bebê, evitando a cessação da amamentação. Assim como na sessão acima, antibióticos direcionados para os germes mais comuns - os gram-positivos - geralmente são iniciados, principalmente se associação com clínica sistêmica, como febre, náuseas e vômitos. Além disso, costuma ser indicado a drenagem do abscesso, sendo duas técnicas comumente empregadas: incisão cirúrgica com bisturi e aspiração com agulha (IRUSEN *et al.*, 2015).

A primeira opção é a mais comumente empregada: realiza-se incisão com bisturi e posterior drenagem; a incisão costuma ser radial e o mais distante possível da aréola, a fim de preservar a amamentação e evitar a secção dos ductos principais da mama. Nestes casos, pode-se inserir um dreno na ferida ou deixar aberto para drenagem espontânea do pus. A segunda opção, menos invasiva e mais moderna, é a aspiração por agulha, geralmente com necessidade de ser guiada por ultrassom (IRUSEN *et al.*, 2015).

Em quase todos os casos, a amamentação deve ser mantida, exceto se houver saída de pus pela papila ou se a incisão cirúrgica for muito próxima à papila. Nestes casos, a amamentação deve ocorrer na mama contralateral e a mama acometida deve ser esvaziada várias vezes ao dia - ordenha manual ou bomba extratora.[6]

Dermatite de contato

A dermatite de contato é um processo inflamatório da pele causado por agentes exógenos que direta ou indiretamente lesionam a pele quando aplicados na concentração e tempo suficientes. A apresentação clínica da dermatite de contato varia de acordo com o alérgeno causador e a área afetada da pele, sendo frequentemente caracterizada por lesões eritematosas e pruriginosas, as quais podem evoluir para vesículas e bolhas em casos agudos, ou para liquenificação, lesões secas, espessadas, escamosas e fissuras em casos crônicos.

Além disso, pode ser classificada em dois tipos principais: dermatite de contato irritativa, que resulta dos efeitos citotóxicos diretos ou inflamação cutânea a partir do contato da pele com um irritante, e dermatite de contato alérgica, que é uma reação de hipersensibilidade tardia mediada por células T do tipo IV, na qual uma substância estranha entra em contato com

a pele e está ligada à proteína da pele, formando um complexo de antígenos que leva à sensibilização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

Nesse contexto, a dermatite de contato durante a lactação é uma condição de pele que acomete especialmente a região das mamas e mamilos, sendo reconhecida por ser uma fonte significativa de dor durante a amamentação. A dor mamilar mal controlada em mães que amamentam representa uma das principais razões de interrupção precoce da amamentação, o que pode prejudicar a nutrição adequada do lactente e o vínculo materno (HELLER *et al.,* 2012).

Do ponto de vista epidemiológico, apesar da dermatite de contato ser considerada uma das patologias dermatológicas mais frequentes e estudadas no mundo, dados específicos sobre a sua prevalência em lactantes são limitados. A etiologia da dermatite de contato durante a amamentação parece estar majoritariamente relacionada a produtos de higiene pessoal, cremes, loções e absorventes de seios que contêm substâncias irritantes ou alergênicas.

Os fármacos representam uma parte importante do tratamento da dermatite de contato, no entanto, o manejo terapêutico deve ser compreendido como um conceito mais amplo, que envolve medidas comportamentais e de cuidado com o ambiente domiciliar e de trabalho, principalmente com vistas à prevenção dos episódios de exacerbação da patologia. Seguindo a linha de raciocínio, fica nítido o quanto a identificação e o afastamento do agente causador são critérios fundamentais para garantir a remissão dos sintomas, em especial no período da amamentação, no qual as opções de fármacos viáveis são restritas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

Em lactantes, a primeira linha de tratamento considerada segura e eficaz para reduzir a inflamação e o prurido da dermatite de contato localizada consiste no uso de corticosteroides tópicos de média a alta potência, como triancinolona 0,1% (Kenalog, Aristocort) ou clobetasol 0,05% (Temovate), aplicados duas vezes ao dia. Não há dados suficientes para apoiar o uso de corticosteroides tópicos para dermatite de contato irritante, apenas na dermatite de contato alérgica, apesar do uso frequente em ambas patologias devido à dificuldade de distinguir clinicamente as apresentações. Em casos mais graves, extensos ou apresentando envolvimento da face e mucosas, pode ser necessário o uso de corticosteroides sistêmicos, o qual deve ser avaliado pelo especialista devido ao possível uso prolongado e seu potencial de transferência para o leite materno. Além disso, é importante garantir que qualquer tratamento utilizado esteja dentro dos limites de segurança estipulados para a mãe e o lactente (USATINE & RIOJAS, 2010).

Em conjunto com as medidas farmacológicas supracitadas, a utilização de compressas frias pode aliviar os sintomas da dermatite de contato aguda, bem como o uso de loção de calamina e banhos de aveia coloidal podem auxiliar na cicatrização e aliviar lesões agudas e exsudativas.

Herpes simples

Das infecções durante o puerpério, o herpes simples na região mamária é a que mais representa risco significativo ao recém-nascido.

A lesão pelo vírus herpes simplex (HSV) é precedida por um período de sintomas prodrômicos, tais como formigamento ou prurido local e, posteriormente, é identificada pela presença de múltiplas vesículas agrupadas em base eritematosa e altamente dolorosas. Na região da mama, todavia, essas lesões podem ser de maior dificuldade para identificação, visto que a aréola da gestante tende a ser hiperpigmentada (**Figura 20.2**).

Figura 20.2 Herpes simples em mamilo



Fonte: Thanushah et *al.,* 2021.

Considerando os riscos do desenvolvimento de quadros de infecção no sistema nervoso central em neonatos, como encefalite herpética ou meningite viral, faz-se necessária a suspensão temporária da amamentação na mama afetada. Ou seja, deve ser orientado à lactante a oferecer o leite apenas da mama sem lesões, o leite da mama com lesões herpéticas deve ser ordenhado e descartado. (HARRISON, 2025)

Considerando seu uso compatível com a lactação, a mãe pode ser tratada com Aciclovir 400 mg 3x/dia por 7 a 10 dias, se primeiro episódio de lesão, ou por 5 dias, se recidiva. Idealmente, a medicação deve ser iniciada durante o período prodrômico, mas também há benefício se iniciado em até 24 horas do surgimento das lesões. Após a cicatrização e desaparecimento das lesões a amamentação deve ser retomada (UFRGS, 2023).

Dermatite atópica

A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crônica cutânea, caracterizada por lesões eczematosas recorrentes, as quais podem variar de eritema leve a placas eczematosas mais severas e liquenificação da pele, e acometem principalmente as superfícies de flexão, associadas a prurido intenso agravado no período noturno. Também é frequentemente encontrada em conjunto com outras manifestações de atopia, tais como rinite alérgica e asma, entre outras. Nesse cenário, a apresentação clínica durante a amamentação não difere significativamente de outras fases da vida, no entanto, o manejo pode exigir um plano terapêutico restrito devido ao risco potencial de transferência para o leite materno e seus efeitos adversos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Enquanto em indivíduos não lactantes o manejo terapêutico apresenta um amplo espectro com opções variadas de tratamento, contendo alternativas que variam entre corticosteroides tópicos a imunossupressores, o tratamento em mulheres que estão amamentando deve buscar uma margem segura, com opções mais restritas, a fim de equilibrar a eficácia com a segurança para o lactente. No segundo grupo, é importante lembrar que o cuidado da DA deve iniciar com a educação dos pacientes sobre a natureza crônica da doença e a importância da terapia de manutenção, dessa forma, o uso de emolientes para restaurar a função da barreira cutânea e prevenir a sensibilização a alérgenos é o pilar da abordagem terapêutica. A hidratação da pele é um componente fundamental para o tratamento de pacientes com dermatite atópica, nesse cenário são preferíveis cremes mais espessos ou pomadas, com baixo ou zero teor de água, pois garantem melhor proteção contra a xerose, que devem ser aplicados pelo menos duas vezes ao dia. Corticosteroides tópicos, como desonida, fluocinolona ou acetato de hidrocortisona, são o tratamento de primeira linha para exacerbações agudas e devem ser aplicados em áreas limitadas e com formulações de baixa a média potência, no entanto, apesar de

serem considerados seguros, conforme destacado pela ANVISA, lactantes não devem utilizar o produto na região das mamas, além de evitar o uso prolongado ou em área extensa. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023)

Outras terapias estão sendo discutidas globalmente, entretanto, ainda não há posicionamento da ANVISA a respeito da segurança durante a amamentação. Entre elas, encontramos os inibidores de calcineurina tópicos, como pimecrolimus e tacrolimus, que ainda apresentam restrição devido à absorção sistêmica potencial e, para casos moderados a graves que não respondem a terapias tópicas, a fototerapia está sendo estudada. Casos refratários às opções de tratamento liberadas pela ANVISA discutidas anteriormente devem ser conduzidos por especialistas, os quais podem analisar cautelosamente o uso de imunossupressores, uma vez que a ciclosporina pode causar eventos adversos graves em lactentes. Nesse caso, deve-se decidir pela interrupção da amamentação ou do uso do medicamento, considerando o risco-benefício ao tratamento da mãe, pois há risco de imunossupressão do lactente devido ao risco potencial de transferência para o leite materno (BARRETT *et al.,* 2013).

Psoríase

A psoríase é uma doença sistêmica inflamatória crônica, não contagiosa, que pode apresentar manifestações cutâneas, ungueais e articulares, sendo a forma típica caracterizada por placas eritematosas com escamas prateadas, frequentemente localizadas no couro cabeludo, cotovelos e joelhos. Por ser uma patologia de caráter crônico, o objetivo do tratamento é a obtenção de períodos prolongados de remissão da doença, dessa forma, a maioria dos pacientes necessita de seguimento e controle vitalício das lesões.

Em não lactantes, o tratamento universal estabelecido para psoríase leve com doença limitada (menos de 5% da superfície corporal) é realizado com fármacos de uso tópico que oferecem alto padrão de segurança e eficácia. Enquanto na psoríase moderada a grave, além dos corticosteroides tópicos, é possível associar medicamentos sistêmicos, com opções disponíveis variando entre fototerapia, metotrexato, acitretina, ciclosporina e os medicamentos biológicos adalimumabe, etanercepte, ustequinumabe e secuquinumabe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

No entanto, o período de amamentação requer considerações especiais e, portanto, apresenta contraindicações, sendo absoluta ou relativa, à grande parte dos medicamentos propostos. No grupo abordado em questão, as terapias tópicas, como corticosteroides de baixa a moderada potência, são consideradas de primeira linha para psoríase limitada. Em casos de psoríase mais extensa, é recomendado solicitar avaliação do especialista, tendo em vista que o tratamento tópico pode ser detectado sistemicamente se aplicado em grandes extensões de pele, apesar de apresentar baixa absorção quando aplicado em pequenas áreas. O manejo terapêutico da psoríase também envolve o uso de emolientes, considerado o tratamento de manutenção após o uso do curso de corticosteroides tópicos, reduzindo taxas de recidiva e xerose.

Ademais, é válido relembrar que opções como ciclosporina, acitretina e metotrexato apresentam contraindicações absolutas durante a amamentação. O uso de outras opções farmacológicas na APS não é recomendado, enquanto a fototerapia com UVB deve ser avaliada apenas por especialistas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Em resumo, as dermatoses inflamatórias podem sofrer exacerbações e remissões recorrentes, dessa forma, é importante enfatizar que o manejo da dermatite atópica e da psoríase durante a amamentação deve focar na segurança materna e infantil, utilizando principalmente terapias tópicas e considerando opções sistêmicas apenas quando absolutamente necessário e prescrito pelo especialista, pois é fundamental avaliar a compatibilidade dos tratamentos com a amamentação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETT, M.E. *et al.* Dermatoses of the breast in lactation. Dermatologic Therapy. 2013 Jul-Aug;26(4):331-6. Doi: 10.1111/dth.12071.

FEBRASGO. Tratado de obstetrícia / editores Cesar Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de Sá; coordenação Corintio Mariani Neto. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

HARRISON, G.J.D. Neonatal herpes simplex virus (HSV) infection: Management and prevention. 2025. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA.

HELLER, M.M. *et al.* Caring for new mothers: diagnosis, management and treatment of nipple dermatitis in breastfeeding mothers. International Journal of Dermatology. 2012 Oct;51(10):1149-61. Doi: 10.1111/j.1365-4632.2011.05445.x.

IRUSEN, H. *et al*. Tratamentos para abscessos mamários em mulheres que amamentam. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015(12):CD010490. DOI: 10.1002/14651858.CD010490.pub2.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias / Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dermatite Atópica - Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/d/dermatite-atopica/view. Acesso em: 1 abr. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da psoríase –. Brasília - DF, 2020. [s.l: s.n.]. Disponível em: https://psoriasebrasil.org.br/wp-content/uploads/2021/01/PCDT-DA-PSORIASE-2020.pdf. Acesso em: 1 abr. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: il.

NAKAMURA, M. *et al.* Nipple skin trauma in breastfeeding women during postpartum week one. Breastfeed Medicine. 2018,13(7):479–484. Doi: 10.1089/bfm.2017.0217.

POMERANZ, M.K. Maternal adaptations to pregnancy: Skin and related structures. 2025. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA.

THANUSHAH, B. *et al*. Primary Herpes Simplex Viral infection of bilateral nipples and areolae with reactive arthritis: An uncommon presentation of a common disease. Journal of Clinical Images and Medical Case Reports. 2021; 2(5):1335.

USATINE, R.P. & RIOJAS, M. Diagnosis and management of contact dermatitis. American Family Physician, v. 82, n. 3, p. 249–255, 1 ago. 2010.