

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:  
PEDIATRIA

**INFLUÊNCIA DA TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO SOBRE O  
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E TRAUMAS  
MAMILARES**

**ENILDA M. L. WEIGERT**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Porto Alegre, Brasil  
2004

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:  
PEDIATRIA

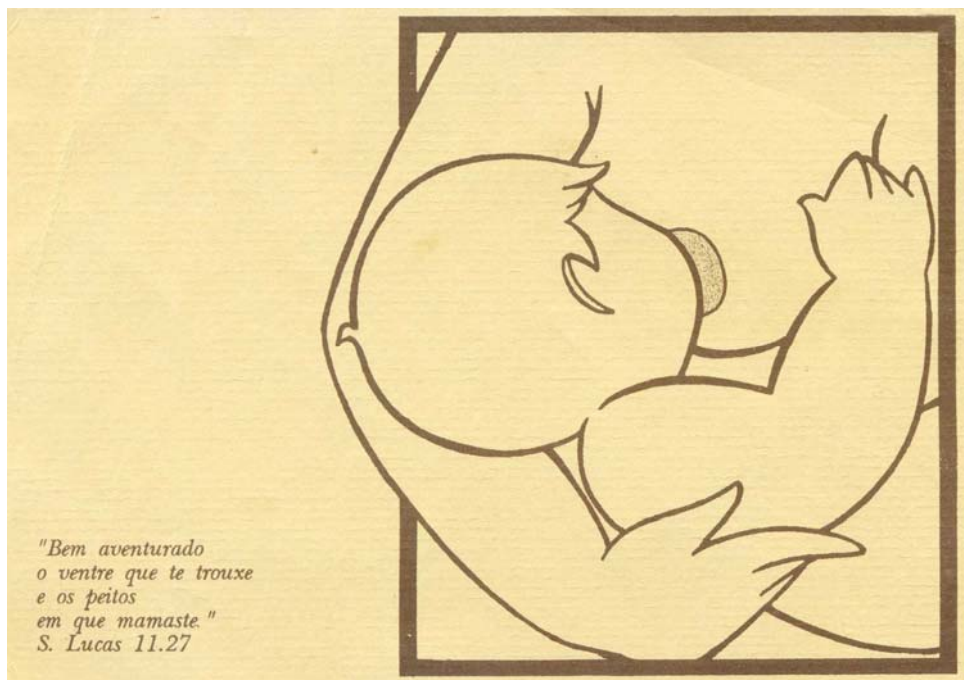
**INFLUÊNCIA DA TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO SOBRE O  
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E TRAUMAS  
MAMILARES**

**ENILDA M. L. WEIGERT**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Elsa Regina Justo Giugliani**

A apresentação dessa dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil  
2004



***Aos meus queridos Clóvis, Gabriel, Bruno e Eduardo***

***A Deus, por essa oportunidade***

***A minha mãe, pelo exemplo e determinação***

***E a todas as mães e bebês que eu tive o prazer de conhecer nesta  
pesquisa.***

## **AGRADECIMENTOS**

À minha querida orientadora Professora Elsa Giugliani, a quem admiro e respeito.

Ao meu marido Clovis Weigert, pela paciência, pelo apoio e carinho durante esta etapa.

Aos meus filhos Gabriel, Bruno e Eduardo, pela compreensão das minhas ausências.

A família Lara Weigert, pela amizade, em especial a minha amada irmã Glaucia Lara e a minha Professora e companheira Nilvia Taís Weigert.

A nossa equipe de trabalho, minhas colegas: Celina Valderez Kölher, Lílian Córdova Espírito Santo, Luciana Oliveira e Maristela França, pela nossa convivência, companheirismo e aprendizado.

A Professora Ana Bonilha, pela disponibilidade e carinho para a leitura deste trabalho.

Aos acadêmicos do Curso de Enfermagem e de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela colaboração e comprometimento com que participaram desta pesquisa, em especial Marione e Patrícia.

A Ceres Oliveira, pela disponibilidade, amizade e pelo apoio na análise estatística.

---

A Associação Hospitalar Moinhos de Vento, em especial Bernardete Weber e Josiane, e aos meus colegas do Programa de Saúde da Família do Arquipélago, pela compreensão e apoio.

Aos membros da Rede IBFAN – Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar, por dividir conhecimentos e perspectivas a favor do aleitamento materno.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>vii</b>
<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>viii</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>445</b>
2.1 A Importância da Amamentação.....	556
2.1.1 Aleitamento materno.....	556
2.1.2 Aleitamento materno exclusivo .....	889
2.1.3 A prática da amamentação no Brasil.....	111112
2.1.4 Técnica de amamentação .....	121213
2.1.4.1 Importância da técnica de amamentação .....	151516
2.1.4.2 Estudos brasileiros abordando a técnica de amamentação.....	171718
<b>3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO .....</b>	<b>202021</b>
<b>4 OBJETIVOS.....</b>	<b>222223</b>
4.1 Objetivo geral.....	232324
4.2 Objetivos específicos .....	232324
<b>5 POPULAÇÃO E MÉTODO .....</b>	<b>242425</b>
5.1 Delineamento da pesquisa.....	252526
5.2 População .....	252526
5.3 Amostra.....	252526
5.3.1 Cálculo do tamanho da amostra .....	252526
5.3.2 Critérios de inclusão.....	262627
5.3.3 Critérios de exclusão .....	262627
5.3.4 Seleção da amostra.....	262627
5.4 Coleta de dados .....	272728
5.4.1 Na maternidade .....	272728
5.4.2 No seguimento .....	272729
5.4.3 Variáveis envolvidas no estudo.....	282829
5.6 Equipe de trabalho .....	303031
5.7 Análises dos dados .....	303031
5.8 Considerações éticas .....	313132

---

<b>6 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>323233</b>
<b>7 ARTIGO .....</b>	<b>373738</b>
Resumo .....	393940
Abstract .....	404041
Introdução .....	414142
Métodos.....	424243
Resultados .....	444445
Discussão .....	464647
Referências.....	505051
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>565657</b>
APÊNDICE A – Questionário Inicial .....	575758
APÊNDICE B – Questionário de Seguimento.....	595960
APÊNDICE C – Termo de Consentimento.....	626263

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Lista para conferir posicionamento e pega na amamentação.....	141415
Quadro 2: Sinais indicativos de técnica inadequada de amamentação .....	141415



## LISTA DE TABELAS

### Tabelas do artigo

- Tabela 1: Características da amostra quanto a algumas variáveis de interesse (n=211)... 515152
- Tabela 2: Média dos escores do posicionamento mãe/bebê e pega do bebê de acordo com o padrão de aleitamento materno aos 7 e 30 dias ..... 525253
- Tabela 3: Frequência dos itens desfavoráveis à técnica da amamentação na maternidade, segundo o padrão de aleitamento materno aos 7 e 30 dias..... 535354
- Tabela 4: Frequência dos itens desfavoráveis à técnica da amamentação aos 30 dias segundo o padrão de aleitamento materno aos 30 dias ..... 545455
- Tabela 5: Média dos escores do posicionamento mãe/bebê e da pega do bebê na maternidade de acordo com a presença ou não de trauma mamilar ..... 555556

---

---

## 1 INTRODUÇÃO

---

---

## 1 INTRODUÇÃO

A importância do aleitamento materno tem sido amplamente divulgada e documentada em diversas publicações. Muitas são as vantagens do leite materno para a saúde da criança e da mãe, como também para a família e a sociedade (GIUGLIANI, 2000).

A Organização Mundial de Saúde define aleitamento materno exclusivo como a condição em que a criança recebe somente leite materno, direto do seio ou ordenhado ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1991).

Hoje se sabe que a suplementação do leite materno com água ou chás, nos primeiros meses, até há pouco tempo considerada inócua, pode ser nociva à saúde da criança. Estudos realizados no Peru (BROWN et al., 1989) e nas Filipinas (POPKIN et al., 1990) mostraram que a prevalência de diarreia dobrava em crianças as quais eram oferecidos água ou chás em comparação àquelas que só recebiam leite materno. Nos primeiros dois a três dias de vida, recém-nascidos normais não necessitam de líquidos além do leite materno, mesmo ingerindo pouco colostro, pois nascem com níveis de hidratação tecidual relativamente alto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1989).

A Organização Mundial de Saúde, após um grupo de especialistas debater, revisar e avaliar mais de 3.000 referências, passou a indicar, como recomendação mundial de saúde pública, a amamentação exclusiva por seis meses, sua complementação, após seis meses; com alimentos seguros e apropriados e mantendo a amamentação até dois anos de idade ou mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Acredita-se que uma boa técnica de amamentação seja importante para a sua manutenção, uma vez que previne trauma nos mamilos (ZIEMER et al,1990; GIUGLIANI, 2000; CARVALHAES; CORRÊA, 2003) e garante a retirada efetiva do leite pela criança (RIGHARD; ALADE, 1992; MORTON, 1992). Considera-se uma técnica adequada de amamentação quando o bebê está sendo alimentado numa posição, que seja confortável para ele e para a mãe, não interferindo na sua capacidade de abocanhar tecido mamário suficiente para retirar efetivamente o leite, deglutindo e respirando livremente. É importante dar especial atenção à forma de posicionar o corpo do bebê em relação ao da mãe. Seu corpo deve estar sempre próximo ao da mãe, com suficiente sustentação do quadril para manter esse posicionamento. Outro aspecto importante é assegurar que a boca do bebê seja posicionada de maneira a abocanhar mais aréola na parte inferior da boca do que na superior (pega assimétrica) e que o queixo toque a mama (GIUGLIANI, 2004; SANCHES, 2000).

No Brasil, os dois estudos realizados em maternidades para investigar as dificuldades iniciais relacionadas à técnica da amamentação (SANCHES, 2000; CARVALHAES; CORRÊA, 2003) não avaliaram seu impacto no sucesso da amamentação.

Não foi possível localizar na literatura, em âmbito nacional ou internacional, estudos que tenham avaliado a qualidade da técnica de amamentação ao longo de um determinado período e sua associação com a duração e o padrão do aleitamento materno.

O presente estudo foi delineado com o objetivo de preencher esta lacuna.

---

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

---

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 A Importância da Amamentação**

Várias são as evidências científicas que mostram a importância do aleitamento materno para a saúde das crianças e das mães, beneficiando a sociedade como um todo.

#### **2.1.1 Aleitamento materno**

É bem divulgada, na literatura, a importância do aleitamento materno na redução da mortalidade infantil. Para estudar a associação entre ausência de aleitamento materno e mortalidade por doenças infecciosas nos dois primeiros anos de vida, foi realizada uma metanálise baseada em seis conjuntos de dados provenientes do Brasil, Filipinas, Gâmbia, Gana, Paquistão e Senegal. O trabalho mostrou que crianças menores de dois meses de idade não amamentadas apresentaram um risco seis vezes maior de morte por doenças infecciosas em comparação com as amamentadas. O risco diminuía durante o primeiro ano de vida, variando de 4,1 a 1,4 em crianças de dois a doze meses, e se mantinha relativamente constante no segundo ano de (2,1 a 1,6) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Estima-se que o aleitamento materno poderia prevenir 13 a 15% de todas as mortes de crianças,

abaixo de cinco anos, em todo o mundo (JONES et al., 2003), 50% das mortes por doenças respiratórias e 66% das causadas por diarreia (VICTORA et al., 1999). Outros estudos também constaram o efeito do aleitamento materno na redução de mortalidade infantil (VICTORA et al., 1987; ESCUDER et al., 2003).

Em estudo de Betran et al. (2001), em que foram analisados os dados nacionais de países da América Latina sobre a mortalidade infantil e o aleitamento materno, constatou-se que aproximadamente 55% das mortes são evitáveis pela amamentação exclusiva nas crianças de zero a três meses e pela amamentação parcial durante o segundo ano de vida. Em geral, 13% (52.000) das mortes causadas por diferentes doenças poderiam ser prevenidas se as crianças fossem amamentadas, sendo que a maior redução seria sobre as mortes por diarreia e doença respiratória.

Além de reduzir a mortalidade infantil, o aleitamento materno é de fundamental importância na redução de morbidades. A incidência de doenças gastrintestinais (BROWN et al., 1989; POPKIN et al., 1990) e respiratórias (incluindo otite média) (TEELE et al., 1989; FONSECA et al., 1996) é significativamente mais baixa nas crianças amamentadas. Além disso, o aleitamento materno parece diminuir a gravidade dos episódios destas enfermidades (WRIGHT et al., 1989; FUCHS et al., 1996). Em Pelotas, no Rio Grande do Sul, a ocorrência de internações hospitalares por pneumonia no primeiro ano de vida foi 17 vezes maior para as crianças não amamentadas, quando comparadas às que recebiam exclusivamente leite materno. Nos primeiros três meses, esse risco chegou a ser 61 vezes maior para as crianças não amamentadas (CÉSAR et al., 1999).

Embora ainda não esteja bem estabelecida a proteção do leite materno contra certas molestias crônicas, há vários relatos na literatura sobre o papel do aleitamento materno na redução do risco desses males, como doença celíaca, doença de Crohn, colite ulcerativa, linfoma, doença de Hodgkin, leucemia e *diabetes mellitus* (DAVIS, 2001), além da provável proteção contra obesidade (DEWEY, 2003).

Outro benefício do aleitamento materno que vem sendo citado na literatura relaciona-se com o desenvolvimento cognitivo. Uma metanálise mostrou primazia das crianças amamentadas nos escores de desenvolvimento cognitivo. Essa vantagem foi observada desde os seis meses até os 15 anos de idade, tendo relação direta com a duração do aleitamento materno (ANDERSON et al., 1999).

Não só o conteúdo do leite materno é importante, mas também o exercício que a criança faz para retirá-lo do seio da mãe. Essa prática, por ser mais prolongada e mais adequada do que a realizada com a sucção da mamadeira, promove o crescimento e o desenvolvimento crânio-facial ósseo, muscular e funcional (CARVALHO, 2002).

O aleitamento materno também traz ganhos para a mulher que amamenta. Já está devidamente comprovado que a amamentação protege a mulher do câncer de mama. Uma revisão de 20 estudos controlados mostrou que 11 deles apontavam para um efeito protetor do aleitamento materno contra esse tipo de câncer. Em geral, esse efeito aumenta com a duração total de amamentação ao longo da vida. A maioria dos estudos que não mostraram uma associação significativa entre câncer de mama e aleitamento materno indicou uma tendência direcionada à proteção (LABBOK, 2001).

Estudos também mostram o auxílio que a amamentação oferece em relação ao câncer de ovário (SCHNEIDER, 1987; GWINN et al., 1990). Rosenblat et al. (1993) constataram que amamentar por no mínimo dois meses reduz em 25% o risco de câncer no epitélio ovariano.

Outra vantagem para a saúde da mulher que amamenta é a involução uterina mais rápida, com conseqüente diminuição do sangramento pós-parto e de anemia (GIUGLIANI, 2000).



O aleitamento materno também é importante sob o ponto de vista econômico, pois amamentar uma criança ao seio é mais barato que alimentá-la com outro tipo de leite ou fórmula, sobretudo em famílias em vulnerabilidade social. No Brasil, o gasto médio mensal com a compra de leite para alimentar um bebê nos primeiros seis meses de vida varia de 23% a 68% do salário mínimo (TOMA, 1996).

### 2.1.2 Aleitamento materno exclusivo

A importância do aleitamento materno exclusivo para as crianças tem sido enfatizada em diversos estudos, o que levou a Organização Mundial de Saúde a aumentar de quatro para seis meses a recomendação da amamentação exclusiva (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Sabe-se que a suplementação do leite materno com água ou chá é desnecessária para bebês, mesmo em locais secos e quentes, e que pode até mesmo ser prejudicial (SACHDEV et al., 1991; ASHRAF et al., 1993).

Muitos benefícios do leite materno, como a proteção contra infecções, são mais evidentes se a amamentação for exclusiva nos primeiros seis meses, pois o efeito protetor do leite materno contra diarreia e doenças respiratórias pode diminuir substancialmente quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer outro alimento, incluindo água ou chás. Isto se deve ao fato de a criança não amamentada exclusivamente receber menos fatores de proteção presentes no leite materno, além de ingerir alimentos ou água com frequência contaminados (GIUGLIANI, 2002).

Pesquisa realizada na região metropolitana de Porto Alegre mostrou que o tipo de leite consumido pela criança antes do início de um episódio de diarreia foi fortemente associado com a desidratação, independente de fatores socioeconômicos, ambientais e demográficos. Crianças amamentadas exclusivamente comparadas com as alimentadas com leite não humano tiveram um alto risco de apresentar diarreia com desidratação (razão de chance de 6,0 para leite de vaca e razão de chance de 6,9

para fórmula). Comparando aquelas que ainda estavam sendo amamentadas com as crianças que não estavam sendo amamentadas nos dois meses anteriores ao episódio de diarreia, estas tinham maior chance de desenvolver desidratação. O risco diminuía à medida que o intervalo entre o desmame e o episódio de diarreia aumentava (FUCHS et al., 1996).

Além de uma maior proteção contra infecções, a amamentação exclusiva é importante sob o ponto de vista nutricional. A suplementação com outros alimentos e líquidos diminui a ingestão de leite materno (DREWETT et al., 1993), o que pode ser desvantajoso para a criança, já que muitos alimentos e líquidos oferecidos às crianças pequenas, além de serem menos nutritivos que ele, interferem na biodisponibilidade de nutrientes-chave do leite materno, como o ferro e o zinco (OSKI; LANDAW, 1980; BELL et al., 1987).

Uma revisão sistemática de estudos prospectivos que avaliavam a associação entre amamentação exclusiva durante os primeiros três meses e asma, confirmou que essa prática está associada a taxas mais baixas dessa doença durante a infância. O efeito, obtido pela modulação do sistema imune pelo leite materno, por evitar alérgenos ou por uma combinação destes e outros fatores, valoriza a amamentação exclusiva, especialmente quando existe história familiar de atopia (GDALEVICH et al., 2001).

A exclusividade da amamentação, nos primeiros meses de vida, parece estar associada à proteção contra diabetes mellitus tipo I. A exposição precoce do leite de vaca (antes dos quatro meses) pode aumentar em 50% o risco de aparecimento dessa doença. Estima-se que 30% dos casos poderiam ser prevenidos se 90% das crianças, até três meses, não recebessem leite de vaca (GERSTEIN, 1994).

Acredita-se que postergar a introdução de alimentos complementares para os seis meses, além de beneficiar as crianças, também favorece a mãe, pois prolonga a duração da amenorréia pós-parto e o

---

intervalo de nascimentos (COHEN et al., 1995; VALDES et al., 2000). A eficácia da lactação, como anticoncepcional, é de 98% nos primeiros seis meses após o parto, desde que a amamentação seja exclusiva ou predominante e que a mãe se mantenha amenorréica (GRAY et al., 1990).

Apesar de todos os benefícios conhecidos ou não do aleitamento materno, em muitos lugares do mundo essa prática é sub-ótima e o Brasil não é uma exceção.

### 2.1.3 A prática da amamentação no Brasil

As taxas de aleitamento materno vêm crescendo em todo o País. A duração mediana da amamentação no Brasil subiu de 2,5 meses em 1976 para 5,5 meses em 1989 (INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 1989) e para sete meses em 1996 (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997). A última pesquisa nacional, realizada em 1999, mostrou que em todas as capitais brasileiras (exceto Rio de Janeiro e Distrito Federal), a duração mediana do aleitamento materno é de dez meses; para Porto Alegre é de 6,4 meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). A maioria das crianças brasileiras é amamentada no primeiro mês de vida; no entanto, ao longo do tempo, vai ocorrendo o abandono dessa prática, sendo a prevalência de aleitamento materno de 87% aos 30 dias, de 77% aos 120 dias, de 69% aos 180 dias, e de 35% aos 364 dias. Essas prevalências variam nas diversas regiões, sendo a região Norte a que apresenta maior duração mediana do aleitamento materno (414,2 dias), seguida das regiões Centro-Oeste (329,5 dias), Nordeste (252,8 dias), Sudeste (240,6 dias) e Sul (225,2 dias). Curiosamente, a região Sul que apresenta a menor duração do aleitamento materno, é a que mais amamenta exclusivamente (mediana de 39,1 dias), seguida das regiões Nordeste (26,3 dias), Norte (24 dias), Centro-Oeste (17 dias) e Sudeste (13,1 dias). A mediana do aleitamento materno exclusivo no Brasil é de apenas 23,4 dias e em Porto Alegre, de 29,5 dias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Portanto, a duração do aleitamento materno, sobretudo do aleitamento materno exclusivo, está bem aquém do recomendado pela Organização Mundial de Saúde, que é de 180 dias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

A maioria das mulheres inicia o aleitamento materno, mas, por alguma razão, interrompe-o precocemente ou não o faz de modo exclusivo, conforme o recomendado. Vários fatores contribuem para esse quadro, entre os quais tem sido mencionada a técnica inadequada de amamentação (NEIFERT, 1999).

### 2.1.4 Técnica de amamentação

É relativamente recente, o conhecimento de que existe uma técnica que favorece a amamentação, que requer posicionamento adequado da dupla mãe/bebê e pega/sucção efetiva do bebê, e que essa habilidade pode influenciar no desempenho da amamentação (NEIFERT, 1999; MORTON, 1992; RIGHARD; ALADE, 1992; ZIMER et al., 1990).

Na amamentação com boa técnica, a mãe estimula o bebê com um toque do mamilo em seu lábio inferior, o que desencadeia o reflexo de procura (rotação) e promove uma ampla abertura da boca da criança. O bebê deve apreender, além do mamilo, aproximadamente dois centímetros da aréola (GIUGLIANI, 2000), o que resulta no vedamento da parte anterior das mamas pelos lábios, impedindo a entrada de ar na cavidade oral. A língua comprime o mamilo e parte da aréola contra o palato duro, alongando-os. A seguir, os bordos laterais da língua se curvam ao redor do mamilo, criando um canal central (canolamento). Os movimentos peristálticos da língua, da ponta para a base, ordenham os ductos lactíferos da mama, facilitando a ejeção do leite. A elevação da língua leva o leite até a faringe, estimulando o reflexo de deglutição (LAWRENCE; LAWRENCE, 1999). Ocorre, então, o fechamento da glote e a proteção das vias aéreas inferiores, evitando-se aspirações e, automaticamente, coordenando-se a sucção e a deglutição. Estudo ecográfico, realizado por Weber, em 1986, citado por Lawrence e Lawrence em 1999, mostra os padrões de sucção, deglutição e respiração durante a mamada, evidenciando que nem todas as sucções se associam com deglutição.

Para que a extração do leite ocorra adequadamente, é necessário que a mandíbula do bebê realize movimentos anteroposteriores e de abertura e fechamento, sincronizados com a deglutição (CARVALHO, 1995).

Se a pega for adequada, o mamilo não deve entrar e sair da boca do bebê. É importante notar que não é a pressão negativa de sucção que retira o leite, mas sim a pressão positiva da língua contra o mamilo e a aréola, a qual, junto com a ejeção do leite, aumenta a pressão intramamária. A pressão negativa que se cria na boca do bebê mantém o mamilo e o seio em seu lugar e facilita o enchimento dos ductos e seios lactíferos (LAWRENCE; LAWRENCE, 1999).

O quadro 1 apresenta as características de uma técnica adequada de amamentação e o quadro 2, os sinais indicativos de técnica inadequada de amamentação (GIUGLIANI, 2004).

**Quadro 1: Lista para conferir posicionamento e pega na amamentação**

- Roupas da mãe e do bebê adequadas, sem restringir movimentos: as mamas devem estar completamente expostas e o bebê deve estar vestido de maneira que os braços fiquem livres (não devem estar enrolados).
- Mãe confortavelmente posicionada, relaxada, bem apoiada, não curvada para trás nem para frente. O apoio dos pés acima do nível do chão é aconselhável.
- Corpo do bebê bem próximo do da mãe, todo voltado para ela, barriga com barriga. Uma das regras básicas de uma boa técnica de amamentação é manter corpo e cabeça do bebê alinhados.
- Braço inferior do bebê posicionado ao redor da cintura da mãe, de maneira que não fique entre o corpo do bebê e o corpo da mãe.
- Corpo do bebê fletido sobre a mãe, com as nádegas firmemente apoiadas.
- Pescoço do bebê levemente estendido.
- Mãe segurando a mama formando um C com o dedo polegar colocado na parte superior e os outros quatro dedos na parte inferior, tendo o cuidado de deixar a aréola livre. Os dedos não devem ser colocados em forma de tesoura, para que não haja interposição entre a boca do bebê e a aréola.
- Cabeça do bebê no mesmo nível da mama, com a boca centrada em frente ao mamilo. É sempre útil lembrar a mãe de que *é o bebê que vai à mama e não a mama que vai ao bebê*. Uma regra útil, para que não haja problemas quanto à pega, é solicitar à mãe que posicione a cabeça do bebê de maneira que o nariz da criança fique na altura do mamilo.
- Mãe estimula o lábio inferior do bebê com o mamilo para que ele abra bem a boca e abaixe a língua.
- Mãe, com um rápido movimento, leva o bebê ao peito.
- Bebê abocanha, além do mamilo, parte da aréola (aproximadamente 2 cm além do mamilo). Lembrar que o bebê retira o leite comprimindo os seios lactíferos com as gengivas e a língua.
- Queixo do bebê toca a mama.
- Narinas do bebê desobstruídas.
- Bebê mantém a boca bem aberta colada na mama, sem apertar os lábios.
- Lábios do bebê curvados para fora, formando um laço. Para visualizar o lábio inferior do bebê, muitas vezes é necessário pressionar a mama com as mãos.
- Língua do bebê sobre a gengiva inferior. Algumas vezes a língua é visível; no entanto, na maioria das vezes é necessário abaixar suavemente o lábio inferior para visualizar a língua.
- Língua do bebê curvada para cima nas bordas.
- Bebê mantém-se fixado à mama, sem escorregar ou largar o mamilo.
- Mandíbulas do bebê em movimento.
- Deglutição visível e/ou audível.

Fonte: Giugliani ERJ. Aleitamento materno. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, eds. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004. p .219-31.

**Quadro 2: Sinais indicativos de técnica inadequada de amamentação**

- Bochechas do bebê encovadas a cada sucção.

- Ruídos da língua; a deglutição, entretanto, pode ser barulhenta.
- Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada.
- Mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê larga a mama.
- Dor na amamentação.

Fonte: Giugliani ERJ. Aleitamento materno. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, eds. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004. p .219-31.

#### 2.1.4.1 Importância da técnica de amamentação

A técnica de amamentação, em especial o posicionamento da dupla mãe/bebê e a pega/sucção do bebê, é importante para a transferência efetiva do leite da mama para a criança. A posição inadequada (da mãe e/ou do bebê) na amamentação dificulta o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao mamilo e à aréola, resultando no que se denomina de má pega. Esta, por sua vez, interfere na dinâmica de sucção e extração do leite, podendo dificultar o esvaziamento da mama, que pode ter como consequência a diminuição da produção do leite, contribuindo, assim, para o desmame precoce (MORTON, 1992; RIGHARD; ALADE, 1992; NEIFERT, 1999). Além disso, a má pega pode gerar traumas mamilares, dor e desconforto para a mãe, dificultando inclusive a continuidade do aleitamento, caso não seja devidamente corrigida (ZIEMER, 1990; GIUGLIANI, 2000). Estudos ultra-sonográficos mostram que, quando o bebê tem pega correta, o mamilo fica posicionado na parte posterior do palato, protegido da fricção e compressão, o que previne traumas mamilares (WOOLRIDGE, 1986).

É relativamente escasso, o número de estudos publicados abordando a técnica de amamentação. Alguns deles têm descrito associação entre qualidade da técnica de amamentação e duração do aleitamento materno e ocorrência de dor para amamentar e traumas mamilares.

Na Suécia, Righard e Alade (1992) observaram que as crianças que tinham pega inadequada (sucção apenas do mamilo) no dia da alta da maternidade (n=25) tiveram chance dez vezes maior de receber mamadeira no primeiro mês, quando comparadas com as crianças com pega adequada (n=28) ou



que tiveram a sua pega corrigida na maternidade (n=29). Aos quatro meses, a prevalência de aleitamento materno era de 40% no primeiro grupo e de 74% nos outros dois. Esse estudo mostrou também que o grupo com técnica inadequada teve mais problemas decorrentes da lactação (88%), quando comparado com os outros dois grupos (48% para o grupo com a técnica corrigida e 57% para o grupo com técnica correta desde o início). Foram considerados os seguintes problemas, por ordem decrescente de ocorrência: insuficiência de leite ou introdução de mamadeira, criança irrequieta entre as mamadas, insegurança dos pais ou introdução de uma mamadeira à noite, problemas mamários tais como mamilos machucados e ingurgitamento, doença na mãe ou criança, leite materno ordenhado, oferecido por mamadeira, criança irrequieta quando no seio e ganho insuficiente de peso. Mais mães do grupo da pega não corrigida alegaram ter pouco leite.

Righard (1996), ao comparar a técnica de amamentação de 52 pares mães/bebês encaminhados por problemas relacionados com a lactação com 40 pares sem problemas, concluiu que técnica inadequada de sucção ao seio (sucção apenas do mamilo) era muito mais comum no grupo com problemas (94%) do que no grupo controle (10%). Os problemas citados foram, por ordem decrescente de frequência: bebê irrequieto e choroso entre as mamadas, trauma mamilar, bebê irrequieto durante as mamadas, introdução de mamadeira, ansiedade dos pais com relação à alimentação da criança, mamadas prolongadas, mamadas frequentes, uso de protetor de mamilo, pouco ganho ponderal, fezes aquosas, insuficiência de leite, necessidade de ordenha do leite, ingurgitamento mamário, dificuldade do bebê em abocanhar a mama adequadamente, cólicas e suporte inadequado dos profissionais de saúde.

Duffy et al. (1997), na Austrália, observaram melhor técnica de amamentação nos primeiros quatro dias, após o parto em um grupo de mulheres que receberam orientações quanto ao posicionamento e pega do bebê na 36<sup>a</sup> semana de gestação quando comparadas com um grupo que não recebeu a intervenção. Além de ter melhor técnica de amamentação, o grupo que foi orientado durante a gestação

relatou significativamente menos dor nos mamilos. Enquanto 40% das mulheres do grupo controle referiram dor importante nos mamilos, 80% das mulheres do grupo de intervenção não referiram qualquer dor. Também trauma mamilar teve maior ocorrência no grupo controle, assim como desmame precoce: seis semanas após o parto, 71% das mulheres desse grupo já haviam desmamado os seus filhos, enquanto apenas 8% das mulheres do grupo experimental abandonaram a amamentação nesse período.

Em Bristol, Reino Unido, Ingram et al. (2002) relataram aumento significativo nas taxas de aleitamento materno exclusivo duas e seis semanas após o parto entre mulheres que recebiam orientação na maternidade sobre técnica adequada de amamentação (n=395), quando comparadas com a população de mulheres com baixo nível socioeconômico no sul de Bristol que tiveram seus filhos no mesmo hospital (n=1.400) antes da intervenção. A incidência de nutrízes que relatavam baixa produção de leite diminuiu significativamente com a intervenção. Entre as mulheres do grupo de intervenção, aquelas, com melhor técnica, tiveram chance 2,4 vezes maior de estarem amamentando com seis semanas do que as com técnica inferior.

Realizado na Argentina, um estudo identificou a qualidade da técnica de sucção do bebê como um dos cinco fatores (entre os 26 estudados) associados com a duração do aleitamento materno exclusivo. As crianças classificadas como tendo pega muito boa tiveram uma média de amamentação exclusiva de quatro meses, enquanto que as com pega ruim tiveram uma média de apenas dois meses (CERNADAS et al., 2003).

#### **2.1.4.2 Estudos brasileiros abordando a técnica de amamentação**

No Brasil, foram identificados dois estudos que avaliaram a técnica de amamentação (SANCHES, 2000; CARVALHAES; CORRÊA, 2003).

O primeiro, realizado na cidade de Santos, São Paulo, tinha como objetivo avaliar as dificuldades iniciais na amamentação em uma maternidade (SANCHES, 2000). Foi constatado que 91% dos recém-nascidos a termo e em boas condições ao nascer, que permaneceram em alojamento conjunto, apresentaram condições adequadas para mamar no peito quanto ao funcionamento e reflexos orais e que 79% das mães tinham as mamas em condições ótimas para a amamentação. Ao observar a posição mãe-bebê, 60% das duplas apresentaram desempenho médio. Contudo, quanto às condições de pega do bebê ao peito, apenas 5% deles apresentaram desempenho ótimo, tendo a maioria (68%) revelado desempenho médio. Os problemas mais frequentes relacionados à pega dos recém-nascidos que tiveram sua mamada classificada como insatisfatória foram a maneira de o bebê abocanhar a aréola (80% abocanhando apenas o mamilo e 20% abocanhando só parte da aréola) e a tensão labial na pega (60% apresentando tensão excessiva e 20% tensão diminuída). Os principais problemas relacionados à sucção (ordenha) foram movimentos mandibulares incoordenados (96% dos casos), alteração do ritmo de ordenha (62% das situações) e língua sem canolamento ou posteriorizada (15% dos bebês).

O estudo de Carvalhaes e Corrêa (2003), realizado em Botucatu, São Paulo, utilizou o formulário para observação de mamada, preconizado pela Organização Mundial de Saúde, com o objetivo de dimensionar o grupo de mães/recém-nascidos com necessidades especiais em relação ao início da amamentação. O protocolo foi aproveitado para registrar os comportamentos das duplas na maternidade, avaliando a frequência de itens desfavoráveis ao aleitamento materno. Os resultados indicaram que um terço das duplas mães-bebês apresentou comportamento sugestivo de dificuldades no início da amamentação. Duplas com comportamentos sugestivos de dificuldades importantes no início do aleitamento materno apresentaram frequências entre 2% e 22%, conforme o aspecto da mamada avaliado. As dificuldades mais frequentes estavam relacionadas à má posição corporal da mãe e do bebê durante a mamada, tendo 22% das duplas apresentadas escore ruim para esse item.

Não foi encontrado estudo brasileiro que tenha analisado a influência da técnica na duração do aleitamento materno e na ocorrência de trauma mamilar.

---

### **3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO**

---

### **3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO**

A literatura tem apontado a importância de uma boa técnica de amamentação para a plena realização do aleitamento materno. Acredita-se que a técnica inadequada esteja associada a dificuldades como esvaziamento inadequado da mama, o que pode resultar em desmame precoce, além de dor para amamentar e trauma mamilar. No entanto, são limitadas as evidências científicas que comprovam essas associações. Não foi possível localizar na literatura, em âmbito nacional ou internacional, estudos que tenham avaliado a qualidade da técnica de amamentação ao longo de um determinado período, associando-a com a duração e o padrão do aleitamento materno e a ocorrência de problemas decorrentes da amamentação. Em todos os estudos, a técnica foi avaliada em apenas uma oportunidade, no início do estudo, o que limita a interpretação da relação causa/efeito, ou seja, fica difícil quantificar a contribuição da qualidade da técnica de amamentação na duração e padrão do aleitamento materno e na ocorrência de problemas, se não se conhece a evolução da qualidade da técnica ao longo do seguimento do estudo. Além disso, estudos nacionais abordando a técnica da amamentação são raros, e nenhum avalia a associação da técnica com desfechos desfavoráveis.

O presente estudo foi delineado com o intuito de contribuir para o preenchimento dessa lacuna do conhecimento.

---

---

## **4 OBJETIVOS**

---

---

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Avaliar a influência da técnica de amamentação no padrão de aleitamento materno no primeiro mês de vida do bebê e a incidência de traumas mamilares no início do aleitamento materno.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Avaliar a técnica de amamentação de duplas mães/bebês na maternidade e no final do primeiro mês de vida da criança.
- Verificar se existe associação entre a qualidade da técnica de amamentação na maternidade e o padrão de aleitamento materno aos sete e aos 30 dias de vida do bebê.
- Verificar se existe associação entre a qualidade da técnica de amamentação e o padrão de aleitamento materno aos 30 dias de vida do bebê.
- Identificar a incidência de traumas mamilares na maternidade.
- Avaliar associação entre qualidade da técnica de amamentação e traumas mamilares no início do aleitamento materno.



---

---

## **5 POPULAÇÃO E MÉTODO**

---

---

## **5 POPULAÇÃO E MÉTODO**

### **5.1 Delineamento da pesquisa**

Para o desenvolvimento deste trabalho, planejou-se um estudo de coorte contemporâneo tendo, como fator de estudo, a técnica de amamentação e, como desfechos, o padrão de aleitamento materno aos sete e aos 30 dias e a ocorrência de trauma mamilar no início da amamentação.

### **5.2 População**

O estudo teve, como população alvo, mães e bebês em alojamento conjunto na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

### **5.3 Amostra**

#### **5.3.1 Cálculo do tamanho da amostra**

Como não havia na literatura estudos que pudessem auxiliar no cálculo do tamanho da amostra, os parâmetros utilizados basearam-se na frequência de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês,

observado em estudo anterior feito com a mesma população do presente estudo (BRAUN et al., 2002) e na experiência clínica do orientador. Utilizou-se o programa EpiInfo 6.04, tendo como parâmetros:  $\alpha=0,05\%$ ;  $\beta=80\%$ ; prevalência de aleitamento materno exclusivo no grupo com técnica inadequada = 50%; prevalência de aleitamento materno exclusivo no grupo com técnica adequada = 70%; e prevalência de técnica inadequada = 50%. Assim, estimou-se, como amostra mínima, 206 duplas mãe/bebê.

### 5.3.2 Critérios de inclusão

Os critérios de elegibilidade para o estudo foram os seguintes:

- duplas mães/bebês estarem em alojamento conjunto;
- bebês terem peso ao nascer  $\geq 2.500$  g;
- gestação ter sido com feto único;
- duplas terem iniciado o aleitamento materno;
- mãe residir em Porto Alegre durante o período do estudo;
- não haver doenças na mãe ou no bebê que impedissem ou dificultassem a amamentação (Ex.: mães HIV positivas, malformações orofaciais, problemas neurológicos importantes, etc.)

### 5.3.3 Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo as duplas que foram separadas após terem iniciado a amamentação e/ou que mudaram de cidade no decorrer da pesquisa.

### 5.3.4 Seleção da amostra

Diariamente, incluindo-se os finais de semana, pela manhã, eram identificadas, no Centro Obstétrico, as mães que haviam tido parto nas 24 horas do dia anterior e que preenchiam os critérios de

inclusão. Destas, eram sorteadas duas duplas mãe/ bebê por dia, até ser completado o número mínimo calculado para a amostra.

#### **5.4 Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu de junho a dezembro de 2003.

##### **5.4.1 Na maternidade**

No segundo ou terceiro dia pós-parto, a mãe respondia ao entrevistador, oralmente, um questionário padronizado (Apêndice A) com perguntas relativas às características sociodemográficas e a alguns aspectos relacionados ao acompanhamento pré-natal, ao parto e à experiência prévia com amamentação. Após, era investigada a presença de trauma mamilar, por meio de exame das mamas. Por último, observava-se uma mamada completa, em que pesquisavam-se dois blocos de itens desfavoráveis à qualidade da técnica, retirados do instrumento de observação de mamada do Curso de Aconselhamento, recomendado pelo Fundo da Nações Unidas para Infância (1993): do posicionamento mãe/bebê (mãe com ombros tensos, não relaxada; bebê distante da mãe; cabeça e tronco do bebê não alinhados; queixo do bebê não toca o seio; bebê não apoiado firmemente, somente ombro e cabeça do bebê apoiados) e o da pega do bebê (boca pouco aberta; lábio inferior não virado para fora; e pega não assimétrica, com mais aréola visível abaixo da boca do bebê). Para a uniformização das avaliações de mamada, as pesquisadoras responsáveis por essa tarefa foram treinadas até atingir uma concordância de 90% entre suas observações, para o que foi necessário realizar 300 observações de mamada.

##### **5.4.2 No seguimento**

Aplicava-se um questionário padronizado (Apêndice B) para obtenção de informações sobre o padrão alimentar da criança entre o sétimo e o oitavo dia e entre o trigésimo e o trigésimo-primeiro dia após o parto, no domicílio das mães,. Na visita do final do primeiro mês, era realizada nova observação de mamada, efetuada pela mesma pessoa que havia feito o exame na maternidade e utilizando a mesma metodologia.

### 5.4.3 Variáveis envolvidas no estudo

As variáveis de interesse do estudo foram as seguintes:

- técnica de amamentação: dados obtidos por meio de observação de uma mamada completa, em que eram considerados, separadamente, os cinco itens desfavoráveis à qualidade da técnica de amamentação referentes ao posicionamento da dupla mãe/bebê e os três relacionados com a sucção do bebê;
- padrão de aleitamento materno: dado obtido por relato da mãe. Categorizado em aleitamento materno exclusivo e não exclusivo. Considerou-se em aleitamento materno exclusivo a criança que recebia somente leite materno, diretamente do peito ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1991);
- trauma mamilar: dado coletado por meio de observação da mama. Foi considerado trauma mamilar a presença de fissura, bolha, marcas e/ou equimose observados a olho nu;
- tipo de parto: dado obtido da planilha do Centro Obstétrico, e categorizado em vaginal e cesariana;
- sexo do bebê: dado obtido da planilha do Centro Obstétrico e categorizado em masculino e feminino;
- idade da mãe: dado obtido por informação da mãe, em anos completos, e categorizado em adolescentes (<20 anos) e adulta (≥20 anos);

- 
- cor da mãe: dado obtido por informação da mãe, e categorizada em branca e não branca (mulata, negra e outra);
  - escolaridade materna: dado obtido por informação da mãe, em anos completos de estudo e categorizado em menor que oito anos e maior ou igual a oito anos de estudo;
  - presença de companheiro: dado obtido por informação da mãe, e categorizado em sim (quando coabitava com a mãe) e não;
  - número de consultas pré-natais: dado obtido por informação da mãe, e categorizado em menor ou igual a seis consultas ou maior que seis consultas;
  - orientação sobre amamentação no acompanhamento pré-natal: dado obtido por informação da mãe, e categorizado em sim e não;
  - orientação sobre posicionamento e pega durante o acompanhamento pré-natal: dado obtido por informação da mãe, e categorizado em sim e não;
  - número de filhos anteriores nascidos vivos: dado obtido por informação da mãe, e categorizado em primogênito e não primogênito;
  - experiência prévia com amamentação: dado obtido por informação da mãe, e categorizado, pela média aritmética do tempo de amamentação dos filhos anteriores, em meses completos, em inferior a seis meses ou maior ou igual a seis meses.

## 5.6 Equipe de trabalho

A equipe de trabalho contou com os seguintes componentes:

- orientadora, que supervisionou e orientou todas as fases do desenvolvimento da pesquisa;
- três alunas de pós-graduação, responsáveis pela seleção da amostra, entrevista com as mães , observações de mamada e exames das mamas na maternidade e no domicílio após 30 dias da alta.
- seis alunos de iniciação científica - três acadêmicos do curso de medicina e três de enfermagem
- responsáveis pela coleta de dados no domicílio no sétimo dia após o parto e pela digitação dos dados. Os alunos foram previamente treinados para executar as suas tarefas.

A equipe reunia-se semanalmente para acompanhar o desenvolvimento da pesquisa e discutir as ocorrências não previstas no projeto.

## 5.7 Análises dos dados

Os programas epidemiológico e estatístico utilizados pertencem ao grupo de pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O EPI-INFO versão 6.04 foi utilizado para o cálculo amostral e armazenamento do banco de dados, tendo havido dupla digitação e realização de *validate* para assegurar melhor qualidade dos dados armazenados. Para a análise de dados, foi utilizado o SPSS versão 10.0.

Foram computadas as frequências de todas as variáveis coletadas e realizada a caracterização da amostra. Para avaliar a associação dos diversos itens observados na técnica de amamentação com o padrão de aleitamento materno e a ocorrência de traumas mamilares, utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson ou qui-quadrado com correção de Yates. Na presença de associação significativa, calculou-se

o risco relativo e seus respectivos intervalos de confiança. Para quantificar a qualidade do posicionamento mãe/bebê e da pega do bebê, calculou-se o número de itens desfavoráveis observados na avaliação da mamada. Assim, quanto menor o escore, melhor a qualidade da técnica. Teste t de Student foi utilizado nas comparações das médias dos escores.

Adotou-se  $p < 0,05$  como nível crítico e intervalos de confiança de 95%.

### **5.8 Considerações éticas**

As mulheres que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Informado (Apêndice C). A pesquisa foi classificada de risco mínimo, de acordo com a resolução 196/96 e de acordo com as diretrizes éticas internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, propostas pelo CIOMS, em 1993, especialmente nos comentários da diretriz 1 sobre Consentimento Informado, em que os riscos mínimos são caracterizados como sendo aqueles não maiores nem mais prováveis do que os ligados ao exame médico ou psicológico de rotina.

O projeto de pesquisa elaborado para o desenvolvimento deste estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, conforme consta na Resolução do Projeto número 02-532.



---

---

## **6 REFERÊNCIAS**

---

---

## 6 REFERÊNCIAS

1. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999; 70:525-35.
2. Ashraf RN, Jalil F, Aperia A, Lindblad BS. Additional water is not needed for healthy breast-fed babies in a hot climate. *Acta Paediatr* 1993;82:1007-11.
3. Bell JG, Keen CI, Lonnerdal B. Effect of infant cereals on zinc and copper absorption during weaning. *Am J Dis Child* 1987;141:1128-32
4. Betrán AP, Onís M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. *BMJ* 2001; 323: 1-5.
5. Braun MLG, Giugliani ERJ, Soares MEM, Giugliani C, Oliveira AP, Danelon CMM. Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. *Am J Publ Health* 2003; 93:1277-9.
6. Brown KH, Black RE, Lopez R, Creed K. Infant-feeding practices and their relationship with diarrhoeal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics* 1989; 83:31-40.
7. Carvalhaes MABL, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J Pediatr (Rio J)* 2003; 79:13-20.
8. Carvalho GD. A amamentação sob a visão funcional e clínica de odontologia. *Revista Secretários de Saúde* 1995;10: 12-13.
9. Carvalho GD. Amamentação e o sistema estomatognático. In: De Carvalho MR, Tamez RN, eds. *Amamentação. Bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.p.37-49.
10. Cernadas JMC, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *J Hum Lact* 2003; 19:136-44.

11. Cesar JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ* 1999;318:1316-20.
12. Cohen RJ, Haddix K, Hurtado E, Dewey KG. Maternal active budgets: feasibility of exclusive breastfeeding for six months among urban women in Honduras. *Soc Sci Med* 1995; 41:527-36.
13. Davis MK. Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 125-41.
14. Dewey KG. Is breastfeeding prospective against child obesity? *J Hum Lact* 2003; 19:9-18.
15. Drewett R, Amatayakul K, Wongsawasdi L, Mangklabruks A, Rukpaopunt S, Ruangyuttikan C et al. Nursing frequency and the energy intake from breast milk and supplementary food in a rural Thai population: a longitudinal study. *Eur J Clin Nutr* 1993; 47: 880-91.
16. Duffy E P, Percival P, Kershaw E Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breast feeding rates. *Midwifery* 1997; 13:189-96.
17. Escuder MML, Venancio SI, Pereira JCR. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. *Rev Saude Publica* 2003;37:319-5.
18. Fonseca W, Kirkwood BR, Victora CG, Fuchs SC, Flores JÁ, Missago C. Risk factors for childhood pneumonia among the urban poor in Fortaleza, Brazil: a case-control study. *WHO Bull* 1996;74:199-208.
19. Fuchs SC, Victora CG, Martines J. Case-control study of risk de dehydrating in infants in vulnerable period after full weaning. *BMJ* 1996 ; 313:391-4.
20. Fundo das Nações Unidas para Infância. Breastfeeding management and promotion in a baby-friendly hospital: na 18-hour course for maternity staff. New York: UNICEF; 1993.
21. Gdalevich M, Mimouni D, Mimouni M. Breastfeeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. *J Pediatr* 2001;139:261-6.
22. Gerstein HC. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. *Diabetes Care* 1994; 17:13-9.
23. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clinica. *J Pediatr (Rio J)* 2000; 3:238-52.
24. Giugliani ERJ. Amamentação exclusiva e sua promoção In: Carvalho MR, Tamez RN, eds. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Guanaba Koogan: Rio de Janeiro; 2002. p.11-24.
25. Giugliani ERJ. Aleitamento materno: aspectos gerais In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, eds. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 219-31.
26. Gray RH, Campbell OM, Apelo R, Eslami SS, Zacur H, Ramos RM, Gehret JC, Labbok MH. Risk of ovulation during lactation. *Lancet*, 1900;335:25-9.
27. Gwinn ML, Lee NC, Rhides PH, Layde PM, Rubin GL. Pregnancy, breast feeding, and oral contraceptives and the risk of epithelial ovarian cancer. *Clin Epidemiol* 1990; 43:559-68.

28. Ingran J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support fathers and families. *Midwifery* 2002; 18:87-101.
29. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição. O perfil do aleitamento materno no Brasil, Brasília: Ministério da Saúde, 1989.
30. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta Za, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362:65-71.
31. Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48:143-58.
32. Lawrence R, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession. In: Management of the mother infant nursing couple. Saint Louis: CV Mosby, 1999; 8: 222-5.
33. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde da Criança. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileira e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001
34. Morton JA. Ineffective sucking: a possible consequence of positioning. *J Hum Lact* 1992; 8:83-5.
35. Neifert MR. Clinical aspects of lactation: promoting breastfeeding success. *Clin Perinatol* 1999; 26:35-8.
36. Oski FA, Landaw SA. Inhibition of iron absorption from human milk by baby food. *Am J Dis Child* 1980;134:459-60.
37. Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Flieger W. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics* 1990; 86: 874-82.
38. Righard L. Early enhancement so successful breast-feeding. *World Health Forum* 1996; 17:92-7.
39. Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992; 19:185-9.
40. Rosenblatt KA, Thomas DB. Lactation and risk of epithelial ovarian cancer. *Int J Epidemiol* 1993; 22:192-97.
41. Sachdev HPS, Krishna J, Puri RK, Satyanarayana L, Kumar S. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. *Lancet* 1991; 337: 929-33.
42. Sanches MTC. Dificuldades iniciais na amamentação: um enfoque fonoaudiológico [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
43. Schneider AP. Risk factor for ovarian cancer (letter). *New Engl J Med* 1987;317:508-9.
44. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde-1996. Amamentação e Situação Nutricional da mães e Crianças. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997: p.125-38.
45. Teele DW, Klein JO, Rosner B. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: a prospective, cohort study. *J Infect Dis* 1989; 160:83-94.
46. Toma TS. Violando a norma 1996: relatório nacional das violações à Norma Brasileira para comercialização de alimento para lactentes. São Paulo: IBFAN/UNICEF; 1996.

47. Valdes V, Labbok MH, Pugin E, Perez A. The efficacy of the lactational amenorrhea method (LAM) among working women. *Contraception* 2000; 62:217-9.
48. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987; 2:319-22.
49. Victora CG, Kirkwood BR, Asworth A, Black RE, Rogers S, Sazawal S et al. Potential interventions for the prevention of childhood pneumonia in developing countries: improving nutrition. *Am J Clin Nutr* 1999; 70: 309-20.
50. Woolridge MW. The anatomy of the infant sucking. *Midwifery* 1986;2:164-71.
51. World Health Organization, Unicef. Protecting, promoting and supporting breast-feeding. Geneva: World Health Organization; 1989.
52. World Health Organization. Indicators for Assessing Breastfeeding Practices. Geneva: World Health Organization; 1991.
53. World Health Organization, Collaborative Study Team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2000; 355:451-5.
54. World Health Organization. Expert Consultation on Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Geneva: World Health Organization; 2001.
55. Wright AL, Holberg CJ, Martinez FD. Breastfeeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. *BMJ* 1989;299:946-9.
56. Ziemer MM, Paone JP, Archway J, Cole E. Methods to prevent and manage nipple pain in breastfeeding women. *West J Nurs Res* 1990; 12: 732-44.

---

---

**7 ARTIGO**

---

---

# A INFLUÊNCIA DA TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO NAS TAXAS DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E TRAUMAS MAMILARES NO PRIMEIRO MÊS PÓS-PARTO

**The influence of breastfeeding technique on the rates of exclusive breastfeeding and nipple trauma in the first month postpartum**

**Enilda M. L. Weigert<sup>(1)</sup>, Elsa R. J. Giugliani<sup>(2)</sup>, Maristela C. T. França<sup>(3)</sup>,  
Luciana D. de Oliveira<sup>(4)</sup>, Ana Bonilha<sup>(5)</sup>, LÍlian C. do Espírito Santo<sup>(6)</sup>,  
Celina Valderez F. Köhler<sup>(7)</sup>**

- <sup>(1)</sup> Nutricionista Comunitária Programa de Saúde da Família da Associação Hospitalar Moinhos de Vento Porto Alegre – RS. [enilda.weigert@hmv.org.br](mailto:enilda.weigert@hmv.org.br)
- <sup>(2)</sup> Professora de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto. [elsag@ufrgs.br](mailto:elsag@ufrgs.br)
- <sup>(3)</sup> Fonoaudióloga do Hospital Nossa Senhora Conceição, Porto Alegre, RS. Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Pediatria – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. [mm.franca@terra.com.br](mailto:mm.franca@terra.com.br)
- <sup>(4)</sup> Nutricionista, Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Pediatria – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Fundação Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre. [peruchin@terra.com.br](mailto:peruchin@terra.com.br)
- <sup>(5)</sup> Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Enfermagem pela Universidade São Paulo (USP). [bonilha@enfurgs.br](mailto:bonilha@enfurgs.br)
- <sup>(6)</sup> Professora de Enfermagem no Cuidado à Mulher da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. [lilian.cordova@terra.com.br](mailto:lilian.cordova@terra.com.br)
- <sup>(7)</sup> Enfermeira Especialista em Saúde Pública. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. [valkeler@terra.com.br](mailto:valkeler@terra.com.br)

## **Endereço para correspondência e contato:**

Elsa R. J. Giugliani  
Rua Itaboraí, 1477  
90670-030 - Porto Alegre - RS  
Telefone: 51 3336 0282 / 51 9986 5377

**RESUMO**

**Objetivo:** Investigar a influência do posicionamento mãe/bebê e da pega do bebê nas frequências de amamentação exclusiva e na ocorrência de traumas mamilares no primeiro mês de vida do bebê.

**Métodos:** Estudo de coorte, contemporâneo, em que foram observadas mamadas de 211 pares mães/bebês sadios na maternidade e aos sete e 30 dias, no domicílio. Foram comparadas as frequências de cinco itens desfavoráveis ao posicionamento mãe/bebê e três itens desfavoráveis à pega do bebê, bem como as médias do número de itens desfavoráveis, entre as duplas em amamentação exclusiva e as que haviam abandonado essa prática aos 7 e aos 30 dias. Compararam-se também as médias do número de itens desfavoráveis nas mulheres com e sem lesões mamilares na maternidade.

**Resultados:** Não houve associação entre técnica de amamentação na maternidade e frequência de amamentação exclusiva aos 7 e aos 30 dias. No entanto, aos 30 dias, as duplas em amamentação exclusiva apresentaram melhor posicionamento e pega. Os seguintes itens desfavoráveis foram mais frequentes entre as duplas que já haviam abandonado a amamentação exclusiva: cabeça e tronco do bebê não alinhados (RR=1,5; IC95%=1,2-1,9), boca pouco aberta (RR=2,3; IC95%=1,3-4,2) e pega não assimétrica (RR=1,6; IC95%=1,3-1,9). Não houve diferença na qualidade da pega entre as mulheres que apresentaram ou não traumas mamilares na maternidade, porém as mulheres que apresentaram lesões nos mamilos mostraram melhor posicionamento na avaliação.

**Conclusões:** A técnica de amamentação na maternidade não foi preditiva para a prática da amamentação exclusiva no primeiro mês. No entanto, aos 30 dias, ela mostrou associação com essa prática.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno; transtornos da lactação.



---

**ABSTRACT**

**Objective:** To investigate the influence of mother/baby's positioning and the baby's latch on the frequency of exclusive breastfeeding and on the occurrence of nipple traumas in the first month of the baby's life.

**Methods:** Through a prospective cohort study, we observed breastfeeding sessions of 211 healthy mother/baby couples in rooming-in and at day 30 at home. We compared the frequencies of 5 items unfavorable to positioning of the couple and 3 items unfavorable to baby latch between the couples in exclusive breastfeeding and those who had abandoned this practice at days 7 and 30. We also compared the means of numbers of unfavorable items in women with and without nipple lesions in the maternity hospital.

**Results:** No association between the breastfeeding technique in the maternity and the frequency of exclusive breastfeeding at days 7 and 30 was found. However, at day 30, the couples on exclusive breastfeeding presented better positioning and latch. The following unfavorable items were more frequent in the couples that had already abandoned exclusive breastfeeding: unaligned head and trunk of the baby (RR=1.5; IC 95%+1.2-1.9), mouth not opened enough (RR= 2.3; IC 95% = 1.3-4.2), and asymmetrical latch (RR=1.6; IC 95% =1.3-1.9). No difference was found on latch quality for the women with or without nipple traumas in the maternity, but the women with nipple lesions showed better positioning in the evaluation.

**Conclusions:** In the maternity, the breastfeeding technique was not predictive of exclusive breastfeeding practice in the first month. However, at day 30, it showed an association with this practice.

**Key Works:** Breastfeeding; lactation disorders.

## INTRODUÇÃO

Apesar de estarem em ascensão, as taxas de aleitamento materno exclusivo no Brasil ainda são muito baixas, sendo de apenas 23 dias nas capitais e Distrito Federal<sup>1</sup>. Vários fatores contribuem para esse quadro, entre os quais tem sido mencionada a técnica inadequada de amamentação<sup>2</sup>.

É relativamente recente o conhecimento de que o posicionamento adequado da dupla mãe/bebê e a pega/sucção efetiva do bebê durante a amamentação favorecem a manutenção dessa prática. Uma posição da mãe e/ou do bebê que dificulta o posicionamento adequado da boca do bebê em relação ao mamilo pode resultar no que se denomina de má pega. Esta, por sua vez, interfere na dinâmica de sucção e extração de leite materno, podendo dificultar o esvaziamento da mama e levar à diminuição da produção do leite e, conseqüentemente, à introdução precoce de outros alimentos, contribuindo, assim, para o desmame precoce<sup>2,3,4</sup>. Em Bristol, Reino Unido, a incidência de mulheres que relataram baixa produção de leite diminuiu significativamente entre as que receberam orientação, na maternidade, sobre técnica adequada de amamentação<sup>5</sup>. Além disso, a pega inadequada pode gerar traumas mamilares, causando dor e desconforto para a mãe, o que pode comprometer a continuidade do aleitamento, caso não seja devidamente corrigida<sup>5,6,7</sup>.

É relativamente escasso o número de estudos publicados abordando a técnica de amamentação. No Brasil, foram identificados dois estudos versando sobre o assunto<sup>8,9</sup>. O primeiro, realizado por Sanches<sup>8</sup>, em Santos - SP, considerou insatisfatória a mamada em 33% dos recém-nascidos a termo, saudáveis, avaliados nas primeiras 24-48 horas, sendo mais da metade dos casos devido à forma incorreta do recém-nascido de abocanhar a aréola. O segundo, feito em Botucatu - SP<sup>9</sup>, mostrou que o posicionamento mãe/bebê e a pega do bebê na maternidade foram satisfatórios em 68% e 82% das duplas, respectivamente.\* como você citou o autor do 1º seria interessante citar do 2º.

Não foi possível localizar na literatura, em âmbito nacional ou internacional, estudos que tenham avaliado a qualidade da técnica de amamentação ao longo de um determinado período associando-a com a duração e o padrão do aleitamento materno e com a ocorrência de problemas decorrentes da amamentação. Além disto, até o momento, nenhum estudo brasileiro avaliou a associação entre técnica de amamentação e desfechos desfavoráveis à mesma. Este estudo, que teve por objetivo investigar a influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e na ocorrência de traumas mamilares no primeiro mês de vida do bebê e foi delineado com o intuito de contribuir para o preenchimento dessa lacuna do conhecimento.

## MÉTODOS

Este é um estudo de coorte contemporâneo, observacional, que envolveu 211 pares de mãe/bebê, selecionados no alojamento conjunto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS. Este é um hospital geral universitário que atende predominantemente usuários do Sistema Único de Saúde e realiza aproximadamente 4000 partos por ano.

A amostra foi selecionada no período de junho a novembro de 2003. Diariamente, incluindo os finais de semana, eram sorteados dois pares mãe/bebê que preenchiam os seguintes critérios de inclusão no estudo: mães/bebês saudáveis, em alojamento conjunto, residentes no município de Porto Alegre e que tivessem iniciado a amamentação; bebês não gemelares, com peso ao nascer maior ou igual a 2.500 g.

Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizaram-se os seguintes parâmetros, tendo como base estudo anterior<sup>10</sup> e experiência clínica.  $\alpha = 0,05\%$ ;  $\beta = 80\%$ ; prevalência de aleitamento materno exclusivo no grupo com técnica inadequada = 50%; prevalência de aleitamento materno exclusivo no grupo com técnica adequada = 70%; prevalência de técnica inadequada = 50%. Assim, estimou-se, como amostra mínima, 206 duplas mãe/bebê.

Foram selecionadas para o estudo 233 duplas mãe/bebê, das quais 12 (5%) não participaram por recusa da mãe e 10 (4%) foram perdidas ao longo do acompanhamento, resultando uma amostra final de 211 pares.

A coleta dos dados foi realizada em três etapas: na maternidade, aos sete dias e aos 30 dias de vida do bebê. Na maternidade, entre o segundo e o terceiro dia após o parto, e após assinatura do consentimento informado, as mães foram entrevistadas para a obtenção de informações sociodemográficas, sobre o parto, a família e experiências anteriores com aleitamento materno. Após a entrevista, as mamas foram examinadas com o objetivo de detectar lesões mamilares (presença de fissura, bolha, marcas e/ou equimose observados a olho nu). Em seguida, a observação de uma mamada completa, em que eram pesquisados cinco itens desfavoráveis ao posicionamento mãe/bebê (mãe com ombros tensos, não relaxada; bebê distante da mãe; cabeça e tronco do bebê não alinhados; queixo do bebê não tocando o seio; e bebê não apoiado firmemente, somente ombro e cabeça do bebê apoiados) e três itens desfavoráveis à pega do bebê (boca pouco aberta; lábio inferior não virado para fora; e pega não assimétrica, com mais aréola visível abaixo da boca do bebê). Os itens foram retirados do instrumento de observação de mamada difundido pela Organização Mundial de Saúde<sup>11</sup>. Para a uniformização das avaliações de mamada, as pesquisadoras responsáveis pela tarefa (E.W., M.F. e L.O.) foram treinadas até atingirem 90% de concordância entre suas observações.

Aos 7 dias de vida do bebê, as duplas mãe/bebê foram visitadas em seus domicílios para obter informações sobre a alimentação da criança. Aos 30 dias, nova visita domiciliar, ocasião em que foram coletados dados sobre alimentação da criança (mesmo questionário utilizado aos 7 dias) e efetuada nova observação de mamada, com a mesma metodologia, pela pesquisadora que havia feito a observação na maternidade. Como a amamentação foi interrompida ao longo do primeiro mês em 8 pares mãe/bebê, a observação de mamada aos 30 dias ficou restrita aos 203 pares que continuavam em aleitamento materno.

Conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde, foi considerada em aleitamento materno exclusivo a criança que recebe somente leite materno, sem outro líquido ou sólido, incluindo água e chá<sup>12</sup>.

Para a elaboração do banco de dados e as análises estatísticas foram utilizados os programas EPI-INFO, versão 6.04, e o programa estatístico SPSS versão 10.0. Para assegurar melhor qualidade dos dados, foi realizada dupla digitação dos dados com posterior comparação. Para avaliar a associação dos diversos itens observados na técnica da amamentação com o padrão de aleitamento materno e a ocorrência de traumas mamilares, utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson ou qui-quadrado com correção de Yates. Na presença de associação significativa, calculou-se o risco relativo e seus respectivos intervalos de confiança. Para quantificar a qualidade do posicionamento mãe/bebê e da pega do bebê, calculou-se o número de itens desfavoráveis observados na avaliação da mamada. Assim, quanto menor o escore, melhor a qualidade da técnica. Teste t de Student foi utilizado nas comparações das médias dos escores entre os grupos e teste t de Student para amostras pareadas nas comparações intra grupos. Adotou-se  $p < 0,05$  como nível crítico e intervalos de confiança de 95%.

O estudo foi aprovado pela Comissão Científica e pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

## RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características das duplas mãe/bebê incluídas no estudo. Observa-se que a amostra foi constituída na sua maioria por mulheres adultas, de cor branca, com oito ou mais anos de escolaridade, que co-habitavam com o pai da criança, que realizaram mais de cinco consultas pré-natais e que tiveram seus filhos de parto normal. A amostra se mostrou equilibrada quanto ao gênero da criança e

à paridade materna. Entre as mães que já haviam tido filhos anteriormente, a maioria havia amamentado por mais de seis meses. Poucas receberam orientação pré-natal sobre posicionamento e pega na amamentação.

As freqüências de aleitamento materno exclusivo aos 7 e aos 30 dias foram, respectivamente, 81,5% e 55,9%. As médias dos escores do posicionamento mãe/bebê e da pega do bebê na maternidade foram semelhantes no grupo de mães que estavam amamentando exclusivamente e no que já não alimentava mais seus filhos unicamente com leite materno, tanto aos 7 quanto aos 30 dias. No entanto, esses escores foram significativamente inferiores (significando uma melhor técnica) aos 30 dias no grupo de mães/bebês em aleitamento materno exclusivo (Tabela 2). Comparando-se os escores na maternidade com os obtidos aos 30 dias, observa-se que as duplas mãe/bebê em amamentação exclusiva aos 30 dias mantiveram o escore do posicionamento ( $p=0,814$ ), mas melhoraram substancialmente o escore da pega do bebê ( $p<0,001$ ). Já para o grupo que não estava em amamentação exclusiva houve uma piora significativa do escore do posicionamento ( $p=0,017$ ), sem mudança do escore da pega ( $p=0,227$ ). As tabelas 3 e 4 apresentam as freqüências dos diversos itens pesquisados desfavoráveis ao posicionamento mãe/bebê e à pega do bebê na maternidade e aos 30 dias, respectivamente, de acordo com o padrão de aleitamento materno aos 7 e 30 dias. Observa-se que nenhum dos itens pesquisados na maternidade se mostrou associado com as freqüências de amamentação aos 7 e 30 dias. Por outro lado, os seguintes itens desfavoráveis encontrados aos 30 dias foram significativamente mais freqüentes entre as duplas mãe/bebê que já haviam abandonado o aleitamento materno exclusivo: cabeça e tronco do bebê não alinhados ( $RR=1,5$ ;  $IC95\%=1,2-1,9$ ), boca pouco aberta ( $RR=2,3$ ;  $IC95\%=1,3-4,2$ ) e pega não assimétrica ( $RR=1,6$ ;  $IC95\%=1,3-1,9$ ).

A incidência de trauma mamilar na maternidade foi de 43,6% (92/211). A comparação dos escores do posicionamento mãe/bebê e da pega do bebê na maternidade entre as mulheres que apresentaram ou

não traumas mamilares revela que não houve diferença nos escores relacionados à pega; no entanto, os escores do posicionamento foram significativamente menores (melhor posicionamento) entre as mulheres que apresentaram lesões nos mamilos (Tabela 5). Como o hospital dispõe de uma equipe especializada no manejo do aleitamento materno, que atende preferencialmente as puérperas que apresentam dificuldades na amamentação, buscou-se a informação sobre o atendimento ou não das duplas incluídas no estudo pela equipe especializada. Verificou-se que 52,2% das mães com trauma mamilar foram atendidas pela equipe especializada, antes da observação de mamada para esta pesquisa, enquanto 38,7% das que não apresentaram tais lesões tiveram esse atendimento, diferença estatisticamente significativa ( $p=0,05$ ).

## DISCUSSÃO

Neste estudo, foram detectados vários problemas de técnica de amamentação, tanto no posicionamento mãe/bebê quanto na pega do bebê. Em média, cada dupla mãe/bebê apresentou entre um e dois itens de posicionamento e entre um e dois itens de pega desfavoráveis à amamentação, tanto na maternidade como aos 30 dias. Os itens desfavoráveis mais frequentes, ocorridos em mais de metade das duplas, foram cabeça e tronco do bebê não alinhados e pega não assimétrica. Esse último comportamento ocorreu em quase a totalidade da amostra na maternidade e em aproximadamente 90% aos 30 dias. Infelizmente, não é possível fazer comparações com outros estudos, já que não foi possível encontrar trabalhos que informassem a frequência dos diversos itens desfavoráveis à amamentação. Embora não detalhando os itens, Sanches<sup>8</sup>, em Santos (SP), também encontrou vários comportamentos desfavoráveis à qualidade da técnica de amamentação. Nesse estudo a média do escore de posicionamento foi 11,5 pontos (de um máximo de 20 atribuídos a 10 itens) e a da pega 6,0 pontos (de um máximo de 10 atribuídos a 5 itens). Apenas 0,2% atingiu escore máximo para posicionamento e 2% para pega. Carvalhaes e col.<sup>9</sup>, pesquisando os mesmos cinco itens de posicionamento avaliados no presente estudo e seis itens de pega (três além dos aqui pesquisados) relataram que 32% das 50 duplas mãe/bebê observadas

em maternidade de Botucatu (SP) apresentavam dois ou mais comportamentos desfavoráveis no posicionamento e 18% exibiam dois ou mais itens desfavoráveis a uma boa pega.

Vários estudos sugerem que a técnica de amamentação nos primeiros dias após o parto está associada com a duração do aleitamento materno. Na Suécia, Righard e Alade<sup>4</sup> observaram que as crianças que tinham pega inadequada (sucção apenas do mamilo) no dia da alta da maternidade tinham chance 10 vezes maior de receber mamadeira no primeiro mês quando comparadas com as crianças com pega adequada ou que tiveram a sua pega corrigida na maternidade. Aos quatro meses, a prevalência de aleitamento materno era de 40% no primeiro grupo e de 74% nos outros dois. Na Austrália<sup>6</sup>, mulheres que receberam orientações quanto ao posicionamento e pega do bebê na 36<sup>a</sup> semana de gestação tiveram maior prevalência de aleitamento materno seis semanas após o parto quando comparadas com grupo controle (92% *versus* 29%, respectivamente). Em Bristol<sup>5</sup>, Reino Unido, houve significativo aumento nas taxas de aleitamento materno exclusivo com duas e seis semanas pós-parto e de aleitamento materno com duas semanas quando as mulheres recebiam orientação na maternidade sobre técnica correta de amamentação quando comparadas com a população de mulheres que tiveram seus filhos no mesmo hospital antes da intervenção. Na Argentina<sup>13</sup>, a qualidade da técnica de sucção do bebê foi um dos cinco fatores (entre os 26 estudados) associados com a duração do aleitamento materno exclusivo. Contrariando os resultados desses estudos, a presente pesquisa não encontrou associação entre qualidade da técnica de amamentação na maternidade e índices de aleitamento exclusivo no primeiro mês, ou seja, a técnica de amamentação na maternidade não foi preditiva da prática da amamentação exclusiva. Houve, no entanto, associação significativa entre técnica de amamentação ao final do primeiro mês e prática do aleitamento materno exclusivo na mesma ocasião. As duplas mãe/bebê em amamentação exclusiva aos 30 dias apresentaram significativamente menos itens desfavoráveis à qualidade da técnica de amamentação. Houve uma mudança na qualidade da técnica ao longo do primeiro mês, com as duplas em amamentação exclusiva apresentando significativa melhora na pega, ao passo que as que já haviam abandonado esse



padrão de aleitamento materno apresentaram um piora significativa do posicionamento. Entretanto, o delineamento do estudo não permite elucidar se a melhora da técnica favoreceu a manutenção da amamentação exclusiva ou se a interrupção desta, com a introdução de mamadeira, exerceu efeito negativo na técnica. Righard<sup>14</sup> sugere que as crianças com alimentação mista (peito e mamadeira) podem desenvolver uma técnica incorreta de sucção. Algumas dessas crianças usam a língua como pistão ao sugar o peito, comportamento usual na sucção da mamadeira mas não na sucção do peito. No presente estudo, as crianças não amamentadas exclusivamente (provavelmente fazendo uso de mamadeira) apresentavam com mais frequência boca pouco aberta e pega não assimétrica, o que pode dificultar a retirada efetiva do leite da mama. Sem esvaziamento adequado da mama, a mulher tende a produzir menos leite, o que pode resultar em necessidade de complementação láctea da criança, podendo culminar com desmame precoce.

Outro dado que merece destaque é a alta incidência de traumas mamilares na maternidade. Quase metade das puérperas apresentou alguma lesão mamilar. Esse dado é coerente com o fato de que em aproximadamente 25% das crianças tinham boca pouco aberta e, mais relevante ainda, de que apenas três tinham pega assimétrica. Estudos ultra-sonográficos mostram que, quando o bebê tem pega adequada, o mamilo fica posicionado na parte posterior do seu palato, protegido da fricção e compressão, o que previne traumas mamilares<sup>15</sup>. Diversos estudos<sup>5,6,16</sup> confirmam que a melhora da técnica da amamentação resulta em redução de dor e traumas mamilares. Era de se esperar, portanto, que as mulheres com lesões mamilares apresentassem um número maior de itens desfavoráveis à técnica de amamentação. Paradoxalmente, as mulheres com trauma mamilar apresentaram escores de posicionamento mais baixos (melhores) do que as sem essa complicação. Cabe, no entanto, referir que as observações das mamadas foram feitas no dia da alta das parturientes, desconhecendo-se a técnica nas primeiras mamadas. É muito provável que as mulheres com lesões mamilares tenham melhorado a técnica durante a sua permanência na maternidade por terem recebido mais orientação que as demais, já que o hospital em que o estudo foi

desenvolvido dispõe de um atendimento especializado no manejo da lactação. Esse atendimento é feito por duas enfermeiras credenciadas pelo IBLCE (International Board of Lactation Consultant Examiners), contratadas exclusivamente para essa função. As profissionais concentram seu trabalho nas mulheres que apresentam dificuldades na amamentação. De fato, foi comprovado que as mulheres com trauma mamilar tiveram esse atendimento especializado com maior frequência, e isto, provavelmente, influenciou a técnica de amamentação, favorecendo-a.

Este estudo tem o mérito de ser o primeiro a descrever detalhadamente o posicionamento mãe/bebê e a pega do bebê na amamentação em mulheres brasileiras, detectando a alta frequência de comportamentos desfavoráveis a uma técnica adequada de amamentação, em especial a pega não assimétrica, apesar de o estudo ter sido realizado em Hospital Amigo da Criança, com equipe especializada em manejo da lactação. Esse fato reflete o hábito arraigado de praticamente todas as mulheres no Brasil de, ao amamentarem os seus bebês, apoiarem as cabeças dos mesmos na dobra do cotovelo do braço do mesmo lado da mama a ser oferecido, o que certamente dificulta a pega assimétrica. Devido à quase universalização desse fenômeno no presente estudo, fica difícil avaliar com precisão a contribuição desse fator para as taxas de aleitamento materno exclusivo. No entanto, ficou claro que são necessárias ações para modificar esse quadro, uma vez que esse comportamento continuou presente apesar de atendimento especializado na maternidade e ao final do primeiro mês de vida do bebê. São necessários estudos que testem a eficácia de estratégias que melhorem a técnica de amamentação desde as primeiras mamadas, e seu efeito nas frequências de complicações decorrentes da amamentação. É possível que, melhorando a técnica de amamentação, as mães possam amamentar com mais conforto, aumentando assim as chances de uma amamentação mais prolongada e prazerosa.

**REFERÊNCIAS**

1. Brasil, Ministério da Saúde. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2001.
2. Neifert MR. Clinical aspects of lactation. Promoting breastfeeding success. *Clin perinatol* 1999; 26:35-8.
3. Morton JA. Ineffective sucking: a possible consequence of positioning. *J Hum Lact* 1992; 8:83-5.
4. Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992; 19:185-9.
5. Ingran J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support fathers and families. *Midwifery* 2002; 18:87-101.
6. Duffy EP, Percival P, Kershaw E. Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breastfeeding rates. *Midwifery* 1997; 13:189-96.
7. Ziemer MM, Paone JP, Achupay J, Cole E. Methods to prevent and manage nipple pain in breastfeeding women. *West J Nurs Res* 1990; 12: 732-44.
8. Sanches MTC. Dificuldades iniciais na amamentação: um enfoque fonoaudiológico [dissertação]. São Paulo; Universidade de São Paulo; 2000.
9. Carvalhaes MABL, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo, *J Pediatr (Rio J)* 2003; 79:13-20.
10. Braun MLG, Giugliani ERJ, Soares MEM, Giugliani C, Oliveira AP, Danelon CMM. Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. *Am J Publ Health* 2003; 93:1277-9.
11. Fundo das Nações Unidas para Infância. Breastfeeding management and promotion in a baby-friendly hospital: an 18-hour course for maternity staff. New York: UNICEF; 1993
12. World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: World Health Organization; 1991. WHO/CDD/SER/91.14.
13. Cernadas JMC, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *J Hum Lact* 2003; 19:136-44.
14. Righard L. Are breastfeeding problems related to incorrect breastfeeding technique and the use of pacifiers and bottles? *Birth* 1998; 25:40-4.
15. Woolridge MW. The anatomy of the infant sucking. *Midwifery* 1986; 2:164-71.
16. Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. *Birth* 2001; 28:4-8.

**Tabela 1: Características da amostra quanto a algumas variáveis de interesse (n=211)**

<b>Variáveis</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Mãe com 20 ou mais anos	160	75,8
Mãe de cor branca	148	70,1
Mãe com 8 ou mais anos de escolaridade	135	64
Casal coabitando	175	82,9
Mãe recebeu orientação quanto ao posicionamento e pega na amamentação antes do parto	36	17,1
Parto vaginal	151	71,6
Primeiro filho	99	46,9
Bebê do sexo masculino	110	52,1
Média de amamentação de filhos anteriores $\geq$ 6 meses*	66	58,9
Nº de consultas pré-natais $\geq$ 6	169	80,1

\* consideradas apenas as 112 mães que já haviam tido filhos

**Tabela 2: Média dos escores do posicionamento mãe/bebê e da pega do bebê de acordo com o padrão de aleitamento materno exclusivo aos 7 e 30 dias**

	Aleitamento Materno Exclusivo					
	Aos 7 dias			Aos 30 dias		
	SIM (n=172) Média ± DP	NÃO (n=39) Média ± DP	p*	SIM (n=118) Média ± DP	NÃO (n=93) Média ± DP	p*
<b>Maternidade</b>						
Posicionamento mãe/bebê	1,8 ± 1,4	1,6 ± 1,3	0,655	1,7 ± 1,4	1,8 ± 1,4	0,753
Pega do bebê	1,4 ± 0,7	1,4 ± 0,6	0,999	1,4 ± 0,7	1,5 ± 0,7	0,609
<b>Aos 30 dias</b>						
Posicionamento mãe/bebê	-	-	-	1,7 ± 1,2	2,2 ± 1,1	0,009
Pega do bebê	-	-	-	1,0 ± 0,6	1,4 ± 0,6	< 0,001

\* teste t-student

**Tabela 3: Frequência dos itens desfavoráveis à técnica da amamentação na maternidade, segundo o padrão de aleitamento materno aos 7 e 30 dias**

Itens	Aleitamento Materno Exclusivo					
	Aos 7 dias		p	Aos 30 dias		p
	SIM (n=172) n (%)	NÃO (n=39) n (%)		SIM (n=118) n (%)	NÃO (n=93) n (%)	
<i>Posicionamento mãe/bebê</i>						
Mãe c/ ombros tensos	69 (40,1)	10 (25,6)	0,133*	46 (39,0)	33 (35,5)	0,705*
Corpo do bebê distante do da mãe	26 (15,1)	3 (7,7)	0,344**	17 (14,4)	12 (12,9)	0,910*
Cabeça e tronco do bebê não alinhados	117 (68,0)	28 (71,8)	0,789*	80 (67,8)	65 (70,0)	0,860*
Queixo do bebê não toca o seio	39 (22,7)	9 (23,1)	1,000*	27 (22,9)	21 (22,6)	1,000*
Bebê não apoiado Adequadamente	50 (29,1)	14 (35,9)	0,519*	31 (26,3)	33 (35,5)	0,195*
<i>Pega do bebê</i>						
Boca pouco aberta	44 (25,6)	10 (25,6)	1,000*	32 (27,1)	22 (23,7)	0,679*
Lábio inferior não Evertido	34 (19,8)	7 (17,9)	0,972*	19 (16,1)	22 (23,7)	0,229*
Pega não assimétrica	169 (98,3)	39 (100,0)	1,000**	116 (98,3)	92 (98,9)	1,000**

\* Teste do qui-quadrado de Pearson; \*\* Teste exato de Fisher

**Tabela 4: Frequência dos itens desfavoráveis à técnica da amamentação aos 30 dias segundo o padrão de aleitamento materno exclusivo aos 30 dias**

Itens	Aleitamento Materno Exclusivo aos 30 dias		p*
	SIM (n=118) n (%)	NÃO (n=85) n (%)	
<i>Posicionamento mãe/bebê</i>			
Mãe c/ ombros tensos	46 (39,0)	36 (42,4)	0,736
Corpo do bebê distante do da mãe	21 (17,8)	17 (20,0)	0,830
Cabeça e tronco do bebê não alinhados	61 (51,7)	65 (76,5)	0,001
Queixo do bebê não toca o seio	14 (11,9)	19 (22,4)	0,071
Bebê não apoiado adequadamente	63 (53,4)	47 (55,3)	0,900
<i>Pega do bebê</i>			
Boca pouco aberta	8 (6,8)	21 (24,7)	0,001
Lábio inferior não evertido	9 (7,6)	12 (14,1)	0,206
Pega não assimétrica	100 (84,7)	82 (96,5)	0,013

\* Teste do qui-quadrado de Pearson

**Tabela 5: Média dos escores do posicionamento mãe/bebê e da pega do bebê na maternidade de acordo com a presença ou não de trauma mamilar**

	Trauma mamilar		P*
	SIM (n=92) Média $\pm$ DP	NÃO (n=119) Média $\pm$ DP	
Posicionamento mãe/bebê	1,4 $\pm$ 1,2	2,0 $\pm$ 1,4	0,004
Pega do bebê	1,4 $\pm$ 0,6	1,5 $\pm$ 0,7	0,189

\* Teste t-student



---

---

## APÊNDICES

---

---

## APÊNDICE A – Questionário Inicial

Número:    Grupo: 

Nome da mãe: _____	
Registro: _____	Leito: _____
Nome do bebê: _____	
Endereço: Rua: _____	
Número: _____	Apto: _____ Bairro: _____
Telefone: _____	
Ponto de referência: _____	
Ônibus: _____	
Descer em qual parada: _____	
Telefone para contato: _____	Recados: _____
Pretende mudar de endereço? ( ) não ( ) sim Quando? _____	
Para qual? _____	
Pretende ir para a casa de outra pessoa após a alta? Sem sim, quem e qual o endereço? _____	
Melhor horário para visita domiciliar: Dia da semana: _____ horário: _____	
( ) qualquer horário	

<b>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>	
01. Data de nascimento do bebê ____/____/____ Hora: _____	DNBEBE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
02. Dia da semana (em número) _____	DIASEM <input type="text"/>
03. Tipo de parto: (1) parto vaginal (2) cesárea	TIPARTO <input type="text"/>
04. Sexo do bebê: (1) feminino (2) masculino	SEXOB <input type="text"/>
05. Peso de nascimento do bebê: _____g	PNBEBE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
06. Cor da mãe: (1) branca (2) mulata (3) negra (4) outra	CORM <input type="text"/>
07. Idade da mãe: _____ anos	IDADEM <input type="text"/> <input type="text"/>
08. Situação marital: (1) Mora com companheiro (2) não mora com companheiro (3) sem companheiro	MARIMAE <input type="text"/>
09. A mãe do bebê mora no mesmo terreno com: (1) a mãe (8) NSA (2) a sogra (3) outros Especificar: _____	MAEMORA <input type="text"/>
10. Renda familiar: R\$ _____ Sal. mínimos: _____	RENDFAM <input type="text"/> <input type="text"/>

(88) não sabe/não informou	
11. Quantas pessoas vivem com esta renda? _____	NPESOA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Renda per capita: R\$_____ Sal. mínimos: _____	RENDAPC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(88) NSA	
13. Quantos anos de estudo completos você tem? _____	ESCOLAM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Você fez pré-natal?	PRENATAL <input type="checkbox"/>
(1) sim (2) não	
15. Se sim, número de consultas pré-natal: _____ (88) NSA	CONSUPRE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Durante seu pré-natal, você recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno?	ORIENPRE <input type="checkbox"/>
(1) sim, bastante	
(2) sim, mais ou menos	
(3) sim, pouca (8) NSA	
(4) não	
17. No PRÉ-NATAL, recebeu orientações de como posicionar o bebê para mamar?	ORIENPOSI <input type="checkbox"/>
(1) sim (2) não (8) NSA	
18. Você participou de algum grupo ou curso pré-natal?	CURSOPRE <input type="checkbox"/>
(1) sim (2) não	
19. No CURSO ou GRUPO, recebeu orientações de como posicionar o bebê para mamar?	CURSOPOS <input type="checkbox"/>
(1) sim (2) não (8) NSA	
<b>DADOS ALEITAMENTO MATERNO</b>	
20. Quantos filhos vivos você teve antes deste? _____	FILHOVI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. Por quanto tempo os filhos anteriores foram amamentados (em meses)? <i>Começar pelo filho mais velho</i>	DURAM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A____ B____ C____ D____ E____(88) NSA	
22. Tempo de vida do bebê, em horas: _____	HORAVID <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. A mãe e o bebê foram acompanhados pela equipe da lactação do hospital?	VISILACT <input type="checkbox"/>
(1) sim (2) não	
24. Bebê recebeu complemento durante a hospitalização?	COMPLEM <input type="checkbox"/>
(1) sim (2) não	

Data da entrevista:

1. Enilda Maria Weigert
2. Luciana Dias de Oliveira
3. Maristela Tamborindeguy França

ENTREVISTADORA   
INTERVENCIONISTA

## APÊNDICE B – Questionário de Seguimento

Número:  Grupo: 

Nome da mãe: _____	
Registro: _____	Leito: _____
Nome do bebê: _____	
Endereço: Rua: _____	
Número: _____	Apto: _____ Bairro: _____
Telefone: _____	
Ponto de referência: _____	
Ônibus: _____	Descer em qual parada: _____
Telefone para contato: _____	Recados: _____
Pretende mudar de endereço? ( ) não ( ) sim Quando? _____	
Para qual? _____	
Pretende ir para a casa de outra pessoa após a alta? Sem sim, quem e qual o endereço? _____	
Melhor horário para visita domiciliar: Dia da semana: _____ horário: _____	
( ) qualquer horário	

### ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ

01. O bebê mama no peito? (1) sim (2) não O seu bebê está recebendo algum destes alimentos?	BEBEMAM <input type="checkbox"/>
02. Água (00) não ( ) sim Número de vezes/dia _____ Motivo da introdução: _____	BEBAGUA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
03. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA	QUANAG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
04. Chá (00) não ( ) sim número de vezes/dia _____ Motivo da introdução: _____	BEBCHA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
05. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA	QUANDCH <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
06. Suco de frutas (0) não ( ) sim Número de vezes/dia _____ Motivo da introdução: _____	BEBESUC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
07. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA	QUANSUC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
08. Leite (0) não ( ) sim Número de vezes/dia _____ Motivo da introdução: _____	BELEITE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
09. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA	QUALEIT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Qual o tipo de leite introduzido? (1) leite modificado (2) leite em pó integral (8) NSA (3) leite em caixinha (4) leite em saquinho (5) outro	TIPLEIT <input type="checkbox"/>
11. Leite engrossado (0) não ( ) sim Número de vezes/dia _____ Motivo da introdução: _____	LEITENG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

12. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA	QDOLENG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Seu bebê recebe mamadeira com qualquer tipo de líquido? (1) sim (2) não	MAMADE	<input type="checkbox"/>
14. Seu bebê recebe outros alimentos? (1) sim (2) não Se sim, especificar? _____	OTRALIM	<input type="checkbox"/>
15. Tipo de alimentação atual (1) Aleitamento exclusivo (2) Aleitamento predominante (3) Aleitamento complementado (peito + outros alimentos) (4) Sem aleitamento materno	TIPOALI	<input type="checkbox"/>
16. Duração do aleitamento materno exclusivo em dias: _____ (88) ainda mamando	DURAME	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Duração do aleitamento materno em dias: _____ (88) ainda mamando	DURAM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>APOIO NA AMAMENTAÇÃO</b>		
18. Você está recebendo apoio de seu companheiro para amamentar? (1) Muito (2) mais ou menos (3) pouco (4) nenhum (8) NSA	APOIOCO	<input type="checkbox"/>
19. De mais alguém? (1) sim Quem? _____ (2) não Você recebe a ajuda de alguém para:	APOALG	<input type="checkbox"/>
20. Cuidar dos afazeres domésticos: (1) sempre (2) às vezes (3) nunca	CUICASA	<input type="checkbox"/>
21. Cuidar do bebê (banho, fralda, colo): (1) sempre (2) às vezes (3) nunca	CUIBEBE	<input type="checkbox"/>
22. Ficar com o bebê enquanto a mãe se ausenta? (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (4) nunca se ausentou	FICABEB	<input type="checkbox"/>
23. Ajudar a posicionar o bebê para mamar: (1) sempre (2) às vezes (3) nunca	POSICIO	<input type="checkbox"/>
24. Alimentar o bebê: (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (8)NSA	ALIMENT	<input type="checkbox"/>
<b>USO DE BICO</b>		
25. O bebê chupa bico? (1) sim (2) não Motivo da introdução: _____	BICO	<input type="checkbox"/>

26. Qual a idade em que o bebê começou a chupar bico? _____ dias (88) NSA	IDADBIC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27. O bebê usa bico todos os dias? (1) sim (2) não (8) NSA	TODIABI <input type="checkbox"/>
28. Se não chupa bico, foi tentado alguma vez? ( ) sim ( ) não	TENTBIC <input type="checkbox"/>

Data da entrevista:

1. Enilda Maria Weigert
2. Luciana Dias de Oliveira
3. Maristela Tamborindeguy França

ENTREVISTADORA   
INTERVENCIONISTA

---

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento