

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem**

MÁRCIA DORNELLES MACHADO MARIOT

**PREVALÊNCIA DE TRAUMA MAMILAR EM PUÉRPERAS DE UM HOSPITAL
AMIGO DA CRIANÇA DO SUL DO BRASIL**

Porto Alegre

2012

MÁRCIA DORNELLES MACHADO MARIOT

**PREVALÊNCIA DE TRAUMA MAMILAR EM PUÉRPERAS DE UM HOSPITAL
AMIGO DA CRIANÇA DO SUL DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Enfermagem
da Universidade Federal do Rio Grande
do Sul, como requisito parcial para a
obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Annelise de Carvalho Gonçalves

Porto Alegre

2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me proporcionar momentos tão especiais nessa minha caminhada repleta de descobertas e realizações.

O meu mais sincero agradecimento ao meu marido, Gustavo, amor da minha vida, por me fazer seguir em frente e acreditar que tudo daria certo. Dedico a ele essa conquista.

Aos meus pais e a minha amada irmã Mara, que estejam onde estiverem, sei que estão orgulhosos de mim e têm guiado os meus passos.

Aos meus irmãos e as minhas sobrinhas por estarem ao meu lado, mesmo a quilômetros de distância.

Aos meus sogros Bruno e Clarice e cunhados pelo apoio e incentivo constantes e, principalmente, pelos momentos maravilhosos em família.

A minha querida orientadora e amiga, Annelise, pelo tempo e paciência a mim dedicados, pelos muitos ensinamentos e momentos de descontração, mas principalmente por ser o meu modelo de profissional ético e bem sucedido.

Aos meus amigos que me proporcionaram momentos de descontração, companheirismo e incentivo. Em especial à minha amiga-irmã Maiara pela amizade, pelo carinho e por estar sempre ao meu lado me motivando e incentivando.

Aos meus tios Bira e Janice pelo incentivo e apoio, desde a época do cursinho pré-vestibular.

A Prof^a Cláudia Armellini pelas conversas, carinho, preocupação e sábios conselhos, sem os quais alguns momentos teriam sido muito mais difíceis.

À equipe de enfermagem das unidades de Centro Obstétrico e Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo apoio recebido durante a coleta de dados.

À minha supervisora de estágio curricular no Centro Obstétrico, Enf^a Lúcia Pfitscher pelos muitos ensinamentos, que certamente me fizeram crescer e marcaram muito a minha formação.

Às colegas do Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê, Caroline Tronco, Jéssica Teles e Sara Pinheiro, pelo apoio na coleta e montagem do banco de dados.

Ao Grupo de Pesquisa e Pós-graduação (GPPG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo apoio na logística, em especial ao Anderson Martins e pelo suporte estatístico fornecido pela Vanessa Torman.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo ensino gratuito e de qualidade que viabilizou a minha formação.

Aos professores da Escola de Enfermagem da UFRGS pelo aprendizado adquirido ao longo desses quatro anos e meio.

Às professoras da banca examinadora deste Trabalho de Conclusão de Curso por suas contribuições para aperfeiçoamento desse estudo.

E por fim, às puérperas que aceitaram participar desse estudo.

RESUMO

Este estudo faz parte do projeto denominado “Fatores associados à prática do aleitamento materno em um Hospital Amigo da Criança”. A amamentação é, reconhecidamente, importante para a saúde dos recém-nascidos. O trauma mamilar é um dos principais fatores que dificultam essa prática, podendo levar ao desmame precoce. Trata-se de um estudo transversal, que teve por objetivo geral verificar a prevalência de trauma mamilar em puérperas de um Hospital Amigo da Criança do sul do Brasil. Foram entrevistadas 342 puérperas com bebês a termo, idade gestacional mínima de 37 semanas e peso igual ou maior a 2500g, em alojamento conjunto e que já haviam iniciado a amamentação. Procedeu-se à análise estatística descritiva dos dados, utilizando-se o Software SPSS versão 18. Os aspectos éticos foram respeitados, com a submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa da instituição e aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como resultados, encontrou-se uma alta prevalência de traumas mamilares (82,5%), tendo sido a amostra constituída, em sua maioria, por mulheres adultas, autodeclaradas brancas, escolaridade média de nove anos de estudo, coabitantes com o companheiro e que realizaram, em média, oito consultas de pré-natal, predominantemente na rede pública. Quanto aos dados obstétricos, 70,8% teve parto vaginal; 66,5% tiveram contato pele a pele com seus bebês, sendo que 53,1% deles mamaram na primeira hora. Ressalta-se que 71% das puérperas não receberam orientações sobre aleitamento materno no pré-natal. Conclui-se que as elevadas taxas de prevalência de trauma mamilar nas puérperas internadas são preocupantes e evidenciam a necessidade de se buscarem novas estratégias para reversão desse quadro. Há carências de abordagem sobre aleitamento materno no pré-natal, o que está em desconformidade com o preconizado pelos programas públicos voltados para gestação, parto e nascimento. Os achados indicam a necessidade de maior qualificação do atendimento à mulher e sua família na atenção básica e hospitalar.

Descritores: Aleitamento materno; Traumas mamilares; Hospital Amigo da Criança.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM - Aleitamento materno

AME - Aleitamento materno exclusivo

HAC – Hospital Amigo da Criança

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

RN - Recém-nascido

UIO - Unidade de Internação Obstétrica

Unicef - Fundo da Nações Unidas para a Infância

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Algumas características das 342 duplas mães/bebês incluídas no estudo, Porto Alegre (RS), 2012.....	24
Tabela 2 - Frequência de alguns fatores predisponentes ao trauma mamilar, Porto Alegre (RS), 2012.....	25
Figura 1 - Tipo de queixas referidas pelas puérperas na amamentação, Porto Alegre (RS), 2012.....	26
Tabela 3 - Tipos de traumas mamilares das 342 puérperas incluídas no estudo, Porto Alegre (RS), 2012.....	27
Figura 2 - Tipos de traumas nos mamilos das puérperas, Porto Alegre (RS), 2012.....	27
Tabela 4 - Condutas preventivas ou curativas dos profissionais de saúde frente aos traumas mamilares das puérperas que necessitaram ajuda durante a internação, Porto Alegre (RS), 2012.....	28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivo geral.....	11
2.1 Objetivos específicos.....	11
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	12
3.1 A importância da amamentação.....	12
3.2 Iniciativa Hospital Amigo da Criança.....	12
3.3 Fatores que interferem na amamentação.....	13
3.4 Prevenção e tratamento de traumas mamilares.....	15
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	18
4.1 Tipo de estudo.....	18
4.2 Campo ou contexto.....	18
4.3 População e amostra.....	18
4.4 Coleta de dados.....	19
4.5 Análise dos dados.....	20
4.6 Aspectos éticos.....	20
5 RESULTADOS.....	22
6 DISCUSSÃO.....	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICE A: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	47
APÊNDICE B: Instrumento de coleta de dados.....	48
ANEXO 1 - Dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno (UNICEF,1989).....	62
ANEXO 2 - Termo de responsabilidade para utilização de dados institucionais.....	63
ANEXO 3 - Carta de aprovação da COMPESQ - Escola de Enfermagem.....	64
ANEXO 4 - Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA.....	65

1 INTRODUÇÃO

Este estudo é um produto do projeto denominado “Fatores associados à prática do aleitamento materno em um Hospital Amigo da Criança”, desenvolvido por integrantes do Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê (GEMBE).

O aleitamento materno (AM) é uma prática que proporciona inúmeros benefícios para o binômio mãe-bebê. Além de nutrir adequadamente o recém-nascido (RN) e o proteger contra infecções, proporciona à mãe uma recuperação pós-parto mais rápida (COCA et al., 2009a). A amamentação corresponde a uma importante estratégia para o estabelecimento de vínculo afetivo entre mãe-bebê, pois se traduz como uma forma muito especial e particular de comunicação entre ambos, proporcionando ao recém-nascido sentimento de segurança e de proteção e para a mãe, autoconfiança e realização. Esta prática fortalece os laços afetivos estabelecidos entre mãe e o filho (BRASIL, 2011a).

A prática e o incentivo do aleitamento materno tem sido alvo de um número cada vez maior de programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, que objetivam entender quais seriam os possíveis determinantes de índices tão baixos de aleitamento materno no Brasil. Segundo pesquisa publicada pelo Ministério da Saúde, referentes aos dados das capitais brasileiras e Distrito Federal, a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses, no ano de 2008, em Porto Alegre foi de 38,2%, inferior à média de 41,0%, obtida no conjunto das capitais brasileiras (VENANCIO et al., 2010; BRASIL, 2009a).

Diversas pesquisas vêm sendo desenvolvidas com este tema a fim de se compreender quais são os fatores que interferem positiva ou negativamente para a prática do aleitamento materno (SHIMODA et al., 2005; BRASIL, 2009b).

Nesse contexto, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1991-92, constitui-se de um importante programa de apoio e incentivo ao aleitamento materno, que tem crescido com o passar dos anos, tendo aproximadamente 20 mil hospitais credenciados nos últimos 15 anos em todos os continentes (BRASIL, 2010). Outro programa que surgiu em 2008 com o objetivo principal de contribuir para aumentar os índices de aleitamento

materno foi a “Rede Amamenta Brasil”, que consiste de uma estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno na Atenção Básica.

Embora essas ações de incentivo ao aleitamento materno estejam ocorrendo no país, muitas crianças são desmamadas precocemente, ou seja, param de mamar antes de completarem seis meses de vida (2009b).

Um importante fator que contribui para o desmame precoce é o trauma mamilar, que se define como eritema, edema, bolhas, “marcas” brancas, amarelas ou escuras, hematomas ou equimoses e fissuras nos mamilos e/ou aréola (BRASIL, 2009b), dificultando o estabelecimento da amamentação por causar dor e desconforto. A intensidade da dor e o seu modo de enfrentamento, quando o mamilo e/ou a aréola estão machucados, variam de acordo com cada mãe e com a vontade e a determinação em amamentar (SHIMODA et al., 2005).

A maioria dos estudos aponta o trauma mamilar como decorrente do posicionamento e pega incorretos. Também são fatores predisponentes, segundo a literatura, alterações no padrão de sucção do RN devido ao ingurgitamento mamário, ao uso do bico, ou a disfunções orais do RN, puérperas com mamilos curtos, planos ou invertidos, mau uso de bombas de extração de leite, interrupção inadequada da sucção quando for necessário retirar o lactente do peito, uso de cremes e óleos que causam reações alérgicas nos mamilos, uso de protetores de mamilo, conhecidos como “intermediários” (WEIGERT et al., 2005; BRASIL, 2009b).

O acesso à informação, que deve se iniciar desde o pré-natal e se estender até o momento do parto e do puerpério, bem como o auxílio que a puérpera recebe no hospital são fundamentais para que se estabeleça o aleitamento materno e também para que a mãe continue amamentando ao sair do hospital, já que a má pega pode comprometer a continuidade do aleitamento se não for corrigida (GIUGLIANI, 2011).

Faz-se necessário que as medidas de proteção e promoção do aleitamento materno sejam alvo de esforços das diferentes áreas profissionais que atendem essa puérpera e seu recém-nascido. Tal união constitui enorme desafio para o sistema de saúde, mas quando alcançada proporcionará um atendimento em uma perspectiva de abordagem integral e humanizada.

A proposta de desenvolvimento do presente estudo surgiu em decorrência do interesse da autora pela área materno-infantil e saúde da mulher e devido à experiência vivenciada em participação em projetos de pesquisa que trabalhavam com a temática do puerpério e do aleitamento materno.

Este estudo se justifica pela percepção da ocorrência frequente de trauma mamilar em puérperas acompanhadas pela aluna, durante estágio curricular na Unidade de Internação Obstétrica (UIO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), fato esse, que pode estar contribuindo para os altos índices de desmame precoce vivenciados no município.

Com este estudo pretende-se conhecer a real prevalência de trauma mamilar na UIO, para que, assim seja possível contribuir com informações relevantes capazes de promover melhorias na qualidade da assistência à puérpera e ao recém-nascido. Tem-se, portanto, como questão de pesquisa neste estudo verificar qual a prevalência de trauma mamilar em puérperas internadas na UIO do HCPA.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Verificar a prevalência de trauma mamilar em puérperas de um Hospital Amigo da Criança do sul do Brasil.

2.2 Objetivos específicos:

- Verificar a frequência de alguns fatores identificados na literatura que predispõem a puérpera ao trauma mamilar.
- Identificar características sócio-demográficas e do pré-natal das puérperas integrantes da amostra.
- Identificar as características dos recém-nascidos de puérperas incluídas no estudo, quanto à idade gestacional, o sexo, Apgar e o peso ao nascer.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A importância da amamentação

O aleitamento materno (AM) constitui-se em uma prática de extrema relevância para saúde pública, por tratar-se de uma importante estratégia de prevenção das mortes infantis (VENÂNCIO et al., 2010).

Um dos oito objetivos de desenvolvimento do milênio é a redução em dois terços da mortalidade na infância, em crianças menores de cinco anos entre 1990 e 2015 (BRASIL, 2004). O aleitamento materno tem papel fundamental para o alcance dessa meta, uma vez que é considerado uma das principais intervenções para redução da mortalidade em crianças menores de cinco anos. Em estudo elaborado pelo Comitê Nacional de Aleitamento Materno, foi demonstrado que 13% das mortes evitáveis de crianças nessa faixa etária poderiam não acontecer se essas fossem amamentadas conforme a determinação da Organização Mundial da Saúde, representando a redução de 7800 mortes de crianças no Brasil (VENÂNCIO, 2009).

De acordo com estudo desenvolvido em Gana, com 10947 crianças, os autores constataram que quanto mais precoce o início da amamentação, maior o seu efeito de redução da mortalidade neonatal (EDMUND et al., 2006).

3.2 Iniciativa Hospital Amigo da Criança

Com a finalidade de aumentar a prevalência e a duração do aleitamento materno e de diminuir a interferência de rotinas inadequadas a esta prática, a OMS e a UNICEF lançaram o programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Tal programa tem como objetivo mobilizar e capacitar a equipe de saúde das maternidades para que modifiquem as condutas e rotinas inadequadas à atenção e a promoção do aleitamento materno, para que, assim, seja possível diminuir os altos índices de desmame precoce vivenciados em nosso país (BRASIL, 2010).

Para obter o título de Hospital Amigo da Criança (HAC) as instituições precisam dispor de uma organização diferenciada de seus serviços, principalmente no que se refere aos da área materno-infantil, e, para tanto, deverá contar com uma equipe capacitada a apoiar a mulher e comprometida com o estabelecimento e a continuidade do aleitamento materno (BULHOSA et al., 2007).

Sendo assim, as instituições hospitalares engajadas nessa iniciativa buscam, continuamente, a qualificação de seus profissionais, fato esse que melhora o atendimento prestado ao binômio mãe-bebê e constitui-se como prática de promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno (BRASIL, 2010).

As instituições que seguem os preceitos da IHAC necessitam cumprir os 'Dez passos para o sucesso do aleitamento materno' (ANEXO 1). Os passos foram elaborados por uma equipe de especialistas em saúde e nutrição e constituem a base das práticas estabelecidas a fim de promover o aleitamento materno nas maternidades que dispõem do título de Hospital Amigo da Criança (BULHOSA et al., 2007).

3.3 Fatores que interferem na amamentação

Mesmo diante de inúmeras pesquisas que indicam e comprovam a importância do aleitamento materno para a sociedade, observa-se que não são raras às vezes em que os procedimentos e, principalmente, as rotinas hospitalares das maternidades desfavorecem a prática do início e da continuidade do aleitamento materno (BULHOSA et al., 2007).

A falta de informações ou as informações que são compreendidas de maneira errônea pelas gestantes durante a realização do pré-natal, a carência de apoio para a amamentação no pós-natal, o uso rotineiro e desnecessário de fórmulas lácteas, bem como o uso de chupetas e de mamadeiras, são fatores que podem influenciar negativamente a prática do aleitamento materno (BULHOSA et al., 2007).

A assistência à puérpera e ao recém-nascido envolve uma série de fatores que podem ou não colaborar com o início e a continuidade do aleitamento

materno. Dentre esses fatores, destaca-se o estabelecimento de uma relação de comprometimento, confiança e empatia entre os profissionais de saúde e a mãe e sua família. Uma comunicação efetiva com a mãe, na qual ela se sinta à vontade para perguntar e esclarecer suas dúvidas é de extrema relevância para que o profissional que a está assistindo possa ajudá-la de maneira efetiva, agindo diretamente na questão em que a mãe e/ou bebê possuem dificuldade (GIUGLIANI, 2011).

Observar a mamada durante a internação hospitalar é fundamental para que se possa avaliar em quais aspectos mãe e bebê necessitam de ajuda, e é dever de todos os profissionais de saúde que assistem essa puérpera e o seu recém-nascido (GIUGLIANI, 2011).

Por tratar-se de um importante fator de desmame precoce, a prevenção do trauma mamilar assume um papel de destaque na assistência prestada à mãe e ao bebê. Em decorrência de uma série de estudos apontarem o trauma mamilar como resultado de um posicionamento e pega incorretos, destaca-se a importância de uma orientação qualificada e efetiva quanto ao posicionamento adequado do lactente ao seio materno (WEIGERT et al., 2005; BRASIL, 2009b).

Durante a amamentação o bebê deve estar com o seu corpo próximo e de frente para a mãe, sem muita roupa ou cobertores entre eles, a cabeça e o restante do corpo devem estar alinhados com a boca e na mesma altura da mama (COCA et al., 2009b). É importante ressaltar que a mãe, ao amamentar, deve estar em uma posição confortável e que propicie ao lactente abocanhar corretamente o seio materno, para que assim ele consiga retirar efetivamente o leite e não cause lesões mamilares (GIUGLIANI, 2011).

A prática do aleitamento materno está intimamente relacionada com a promoção à saúde; em virtude disso, a compreensão dos determinantes associados à sua interrupção é de fundamental importância para o apoio à implementação e à continuidade do aleitamento materno (COCA et al., 2009b; BRASIL, 2009b).

3.4 Prevenção e tratamento de traumas mamilares

O ato de amamentar nem sempre ocorre de maneira efetiva e tranquila, visto que são comuns os casos em que as nutrizes desistem de amamentar seus bebês em decorrência de problemas com a lactação. Tais problemas podem envolver aspectos relacionados à puérpera, ao recém-nascido ou ambos e, na maioria das vezes, correspondem a um importante fator predisponente ao desmame precoce (BRASIL, 2009b).

No que se refere ao recém-nascido, destaca-se as alterações no padrão de sucção como um importante fator que pode dificultar o estabelecimento do aleitamento materno. A alteração na sucção pode ser decorrente do ingurgitamento mamário, de disfunções orais do RN, ou do uso de bicos/chupetas (BRASIL, 2011a).

Dentre as alterações vivenciadas pelas puérperas, ressalta-se o ingurgitamento mamário, que resulta em uma compressão dos ductos lactíferos, dificultando a saída do leite dos alvéolos (BRASIL, 2009b).

No ingurgitamento mamário, as mamas da nutriz ficam muito distendidas causando desconforto, que pode estar associado à febre e ao mal-estar. O RN pode encontrar dificuldade para mamar nesses casos porque os mamilos ficam achatados e, algumas vezes, o leite não sai com facilidade. Salienta-se que o ingurgitamento é mais prevalente nas primíparas e ocorre entre o terceiro e o quinto dia após o parto (BRASIL, 2009b).

São fatores predisponentes do ingurgitamento mamário: o leite em grande quantidade, o início tardio do aleitamento materno, a restrição da frequência e da duração das mamadas e a sucção ineficaz do bebê. Dentre as principais recomendações para o manejo do ingurgitamento, destacam-se as mamadas frequentes (livre demanda), massagens nas mamas através de movimentos circulares nos locais onde há acúmulo de leite, o uso do sutiã para suporte das mamas, o uso de analgésicos sistêmicos e de anti-inflamatórios para redução do edema e da inflamação, e o uso de compressas frias (gelo) que reduzirá a produção de leite (BRASIL, 2009b).

Quando há a percepção de que o bebê não está sugando de forma adequada ou efetivamente e estando a mãe com vontade de manter a lactação, ela deve ser orientada a estimular a mama regularmente, por meio da ordenha manual ou do uso de bomba de sucção, a fim de garantir a produção do leite. Em casos em que o RN apresenta resistência às tentativas de ser amamentando, sem nenhuma causa aparente, deve-se atentar ao possível uso de bicos/chupetas e/ou mamadeiras, orientando a mãe quanto aos malefícios de seu uso (BRASIL, 2011a).

Também são frequentes as situações em que os bebês que não conseguem pegar a aréola ou manter a pega, em uma ou ambas as mamas, em decorrência de um mau posicionamento, de não estarem abrindo a boca suficientemente ou de possuírem algum trauma decorrente do parto (fratura de clavícula, por exemplo). Se esse for o problema, uma das alternativas para convencer o lactente a mamar na mama em que tem dificuldade é a tentativa de diferentes posições, como por exemplo, “jogador de futebol americano”, descrita como o RN apoiado no braço correspondente ao mesmo lado da mama que se deseja amamentá-lo, com o corpo mantido na lateral, abaixo da axila e com a cabeça apoiada na mão da mãe (BRASIL, 2011a).

A retirada do RN durante a sucção é um dos fatores que contribuem para o início de trauma mamilar. Assim, a mãe necessita de orientações para tal procedimento, tais como, a introdução do dedo mínimo pelo canto da boca do RN, para retirá-lo do peito (BRASIL, 2011a).

O tratamento das lesões mamilares envolve, primeiramente, a adoção de medidas para o alívio da dor e para promover a cicatrização das lesões. Tais medidas envolvem iniciar o aleitamento materno pela mama menos afetada, realizar a ordenha de um pouco do leite antes da mamada para provocar a ejeção do leite, evitando, assim, que o bebê tenha que sugar muito forte no início da mamada, fazer uso de diferentes posições ao amamentar para reduzir o contato com os pontos dolorosos, uso de “conchas protetoras” para evitar o contato da área machucada com a roupa e o uso de analgésicos sistêmicos por via oral. Com o objetivo de acelerar a cicatrização das lesões tem-se recomendado o tratamento úmido que consiste no uso do leite materno ordenhado sobre as

fissuras, para formar uma camada protetora que evite a desidratação das camadas da pele (BRASIL, 2011a).

Para que se possa atuar de maneira efetiva na prevenção e tratamento dos traumas mamilares é fundamental que os profissionais envolvidos com o atendimento do binômio mãe-bebê conheçam e saibam identificar os fatores predisponentes do trauma mamilar, para que, dessa forma, possam adotar medidas que solucionem ou ao menos colaborem para a superação das dificuldades encontradas pela nutriz e por seu bebê na prática do aleitamento materno (BRASIL, 2009b).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo transversal. O estudo transversal, também denominado seccional, corresponde a uma estratégia de estudo que se caracteriza pela observação direta de um número planejado de indivíduos em uma única oportunidade (KLEIN; BLOCH, 2006).

4.2 Campo ou contexto

O estudo foi realizado na Unidade de Internação Obstétrica (UIO), localizada no décimo primeiro andar, na ala sul, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A instituição é uma das referências no município de Porto Alegre na área de aleitamento materno, tendo sido credenciada como Hospital Amigo da Criança no ano de 1998. Fazem parte da sua equipe profissionais de saúde treinados e capacitados para auxiliar no manejo e na promoção das práticas relacionadas ao aleitamento materno.

4.3 População e amostra

Considerando que o número de partos realizados no HCPA, no ano de 2010, foi de 3.511 e que a estimativa de prevalência de trauma mamilar, segundo pesquisa realizada no local no ano de 2005 (WEIGERT et al., 2005), foi de 43,6%, realizou-se o cálculo da amostra. O referido cálculo utilizou 95% de confiança e 5% de margem de erro, o Software utilizado foi o Win Pepi. Desta forma, a amostra do estudo foi de 342 binômios mães/bebês.

Foram incluídas no estudo: puérperas que estavam com o RN na Unidade de Internação Obstétrica (UIO) do HCPA, em alojamento conjunto; que tiveram gravidez única; que já tinham iniciado a amamentação; com recém-nascidos de

peso ao nascer maior ou igual a 2.500 gramas e com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas definida pelo método de CAPURRO. Foram excluídas as duplas que, por problemas dos bebês ou de suas mães, estavam separadas e as que tinham a amamentação contraindicada.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada na UIO do HCPA, após o aceite da puérpera ou de seu responsável, em se tratando de menor de idade, e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), em duas vias. As entrevistas foram realizadas, com as puérperas elegíveis, após as primeiras 24 horas pós-parto. Utilizou-se um questionário semiestruturado composto de duas partes: a primeira constando de questões fechadas que incluíam aspectos sócio demográficos, a história obstétrica, o tipo de parto, presença de suturas perineais, a realização de analgesia/anestesia, a história pregressa de amamentação, a amamentação no Centro Obstétrico e na UIO, queixas em relação à amamentação, e a segunda que abrangia o exame das mamas (APÊNDICE B). Também foram avaliados os prontuários da mãe e do neonato, para o preenchimento de dados que a mãe não soube fornecer, tais como a idade gestacional do RN.

A coleta de dados somente teve início após a análise e aprovação dos órgãos competentes pela avaliação metodológica e ética. A autora do estudo, juntamente com outras duas pesquisadoras do GEMBE, previamente treinadas, executaram a coleta, durante três meses, não de forma contínua. Foi realizado um estudo piloto com a aplicação do instrumento de coleta de dados em dez puérperas, o que possibilitou ajustes e adaptações antes de ser aplicado. O período da coleta foi do dia nove de março ao dia 21 de maio de 2012.

4.5 Análise dos dados

Procedeu-se à análise estatística descritiva dos dados, aplicando-se medidas de tendência central e de variabilidade, além de frequências absolutas e relativas. Para a apresentação dos resultados recorreu-se a tabelas e figuras, utilizando-se o *software* SPSS versão 18.

Para o desenvolvimento da análise proposta, recorreu-se à assessoria estatística do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação do HCPA.

4.6. Aspectos Éticos

O projeto “Fatores associados à prática do aleitamento materno em um Hospital Amigo da Criança” do qual esse estudo se originou, foi submetido à apreciação da Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – (ANEXO 2) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA - (ANEXO 3), dos quais recebeu o aval metodológico e ético, para então ser executado. Antes de cada entrevista, a pesquisa foi explicada detalhadamente à puérpera e ao seu responsável, quando ela era menor de idade. Aquelas que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias iguais, tendo sido entregue a elas ou seu responsável uma das cópias. Foi assegurado a elas o anonimato das informações coletadas e o uso destas exclusivamente para fins da pesquisa em questão, além da não identificação de suas identidades e a liberdade de desistirem do estudo em qualquer etapa do mesmo, sem prejuízos a sua assistência e a de seu recém-nascido durante a internação hospitalar. Também foi apresentado à Instituição um Termo de compromisso de utilização dos dados (ANEXO 1) em função da possível necessidade de busca de algumas informações no prontuário da mãe e do recém-nascido.

Conforme a resolução Conselho Nacional de saúde (CNS) 196/96, os dados obtidos neste estudo serão armazenados durante cinco anos e após serão destruídos (BRASIL, 1996).

As puérperas participantes desta pesquisa foram submetidas a possíveis desconfortos, especialmente relacionados ao exame das mamas e ao tempo despedido de aproximadamente 15 minutos para a entrevista, não havendo outros riscos devido a não realização de procedimentos ou uso de drogas e medicações.

5 RESULTADOS

Foram estudadas 342 puérperas e seus respectivos recém-nascidos. Observou-se que as mulheres apresentaram, em média, 25 anos (DP: 6,37), com idades mínima e máxima de 15 e 44 anos; 222 delas se autodeclararam brancas (64,9%) e a escolaridade média foi de nove anos de estudo (DP: 2,72). O município predominante de origem dessas mulheres foi Porto Alegre (65,8%), seguido de algumas cidades pertencentes à região metropolitana. A maioria das puérperas coabita com o companheiro (79,5%), vide Tabela 1.

No que se referem aos dados obstétricos, das 342 puérperas, 154 (45,0%) mulheres eram primíparas, a maioria teve parto vaginal (70,8%); 159 (65,7%) foram submetidas à episiotomia; 138 (40,6%) delas receberam analgesia ou anestesia (TABELA1).

Quanto ao planejamento da gravidez e ao pré-natal, foi constatado na amostra que 144 (42,1%) das mulheres planejaram a gravidez; 338 (98,8%) realizaram pré-natal, sendo a média de consultas por mulher de 8,42 (DP:3,55); a maioria delas realizou suas consultas no sistema público de saúde (79%), sendo atendidas na maior parte das consultas (81,4%) por pré-natalistas médicos; 189 (55,9%) não tiveram acompanhantes durante as consultas de pré-natal e 295 (86,3%) não participaram de cursos ou grupos de gestante. Sobre a amamentação de filhos anteriores, das 188 multíparas da amostra, 174 (92,6%) delas amamentaram seus outros filhos (TABELA 1).

Acerca do parto atual, das 342 mulheres incluídas no estudo, 324 (94,7%) tiveram a presença de algum acompanhante, de sua escolha, durante seu período de permanência no centro obstétrico; sendo que 94,4% na sala de parto; 51,2% na sala de recuperação e 83,3% na UIO; 142 (41,8%) amamentaram em sala de parto ou de cesárea; 226 (66,5%) tiveram o contato pele a pele com seu bebê logo após o parto; 236 (69,0%) amamentaram na sala de recuperação pós-parto e 181 (53,1) amamentaram seus bebês ainda na primeira hora de vida (TABELA 1).

Quanto aos dados dos recém-nascidos (RN) registrados no prontuário, a idade gestacional média foi de 39 semanas (DP:1,12); 286 (86,4%) dos RN foram classificados como adequados à idade gestacional (AIG), 18 (5,4%) como

grandes para a idade gestacional (GIG) e apenas 27 (8,2%) como pequenos para idade gestacional (PIG); 173 (50,6%) eram do sexo masculino; o peso médio foi de 3.328g (DP:390,29), tendo variado entre 2.500 a 4.760g; em média, o índice APGAR no primeiro minuto e no quinto minuto foi de 8,44 (DP:1,27) e de 9,48 (DP: 0,67), respectivamente (TABELA 1).

Na Tabela 2, estão relacionados alguns fatores predisponentes ao trauma mamilar. Constatou-se, mediante o exame das mamas, a presença de mamilos planos, curtos e umbilicados, de forma isolada ou combinada, em 150 mulheres, representando um percentual de 43,9%; mamas túrgidas ou cheias em 150 mulheres (43,9%) e ingurgitadas em apenas cinco (1,5%) delas. Referentes ao pré-natal identificou-se a ocorrência de “preparo das mamas”, realizado por 129 (37,7%) mulheres, por meio do uso de cremes/óleos (26,9%), uso de buchas vegetais (8,8%), realização de exercícios mamilares (14,0%), orientados em sua maioria das vezes por familiares (32,2%), seguido do profissional médico (26,2%). Outro fator que pode favorecer ao aparecimento de traumas mamilares de forma indireta é o não recebimento de orientações sobre aleitamento materno, o que foi predominante em 71% da amostra.

Na Unidade de Centro Obstétrico, 105 (30,7%) das puérperas necessitaram de ajuda na amamentação, por diversos motivos, entre eles os relacionados ao posicionamento dela e do RN, à anatomia dos mamilos e quanto à sucção do bebê. Apenas 33 (10%) recém-nascidos receberam complementos/fórmulas lácteas, sendo a indicação predominante, a hipoglicemia do RN (50%). Já na Unidade de Internação Obstétrica verificou-se que das 177 puérperas (51,8%) que necessitaram de ajuda na amamentação, 129 (72,5%) foram ajudadas pela enfermeira; 61(17,8%) dos recém-nascidos receberam complementos/fórmulas lácteas principalmente em decorrência do choro do bebê 38 (63,3%). O uso de bicos ou chupetas, durante a internação, foi mencionado pelas mães de 27 recém-nascidos (7,9%), que os deram motivadas pelo choro dos mesmos (88,9%), vide Tabela 2.

Tabela 1- Características das 342 duplas mães/bebês incluídas no estudo, Porto alegre (RS), 2012.

Características	n /média	% /Desvio Padrão
Sócio-demográficas		
Idade	25,3	6,37
15-19 anos	69	20,2
20-44 anos	273	79,8
Escolaridade (em anos de estudo)	9,12	2,72
Coabita com companheiro	271	79,5
Cor branca	222	64,9
Procedência de Porto Alegre	225	65,8
Obstétricas		
Primípara	154	45,0
Parto vaginal	242	70,8
Episiotomia	159	65,7
Lacerações perineais	64	26,4
Cesariana	100	29,2
Analgesia/anestesia	138	40,6
Pré-natal		
Gravidez planejada	144	42,1
Realização de pré-natal	338	98,8
Número de consultas de pré-natal	8,42	3,55
Pré-natal na rede pública	267	79,0
Sem acompanhante nas consultas	189	55,9
Predomínio de consultas pré-natais com médicos	275	81,4
Participou de grupo/curso de gestantes	47	13,7
Amamentou filhos anteriores *	174	92,6
Atenção ao parto e nascimento		
Amamentação na sala de parto	142	41,8
Contato pele a pele	226	66,5
Amamentação na sala de recuperação	236	69,0
Amamentação na primeira hora de vida	181	53,1
Acompanhante no centro obstétrico	324	94,7
Acompanhante em sala de parto	306	94,4
Acompanhante na sala de recuperação	175	51,2
Acompanhante na Unidade de internação obstétrica	285	83,3
Recém-nascido		
Idade gestacional (Capurro somático)	39	1,12
Adequados à idade gestacional (AIG)	286	86,4
Sexo masculino	173	50,6
Peso (gramas)	3.328	390,29
Apgar 1º minuto	8,4	1,27
Apgar 5º minuto	9,4	0,67

*consideradas apenas 188 mães que já haviam tido filhos.

Tabela 2- Frequência de alguns fatores predisponentes ao trauma mamilar, Porto Alegre (RS), 2012

Características	n	%
Fatores Maternos		
Mamilos planos, curtos ou umbilicados	150	43,9
Mamas cheias/túrgidas	150	43,9
Mamas ingurgitadas	05	1,5
Fatores relacionados ao pré-natal		
Realizaram o preparo das mamas	129	37,7
Uso de óleos/cremes nas mamas	92	26,9
Uso de buchas vegetais nas mamas	30	8,8
Realização de exercícios mamilares	48	14,0
Não receberam orientação sobre amamentação	240	71,0
Fatores relacionados ao Centro obstétrico		
Necessitaram de ajuda na amamentação	105	30,7
Receberam complemento (fórmula láctea)	33	10,0
Fatores relacionados à Unidade de Internação Obstétrica		
Necessitaram de ajuda na amamentação	177	51,8
Recebeu ajuda da enfermeira	129	72,5
Uso de bicos ou chupetas	27	7,9
Receberam complemento (fórmula láctea)	61	17,8

Existem posturas da mãe com relação à amamentação que interferem na ocorrência de traumas mamilares, entre elas destaca-se a livre demanda. Não praticar a livre demanda relaciona-se com a ocorrência de mamas cheias, favorecendo o ingurgitamento mamário. Nesse estudo a maioria das puérperas pratica a livre demanda, ou seja, não regula o intervalo das mamadas (73,5%) e não controla o tempo de mamada (72,8%).

Frente à ocorrência de queixas na amamentação, 235 puérperas (68,7%) as apresentaram. Na Figura 1, estão listadas as queixas mencionadas, sendo, a mais frequente, dor na amamentação (50,0%).

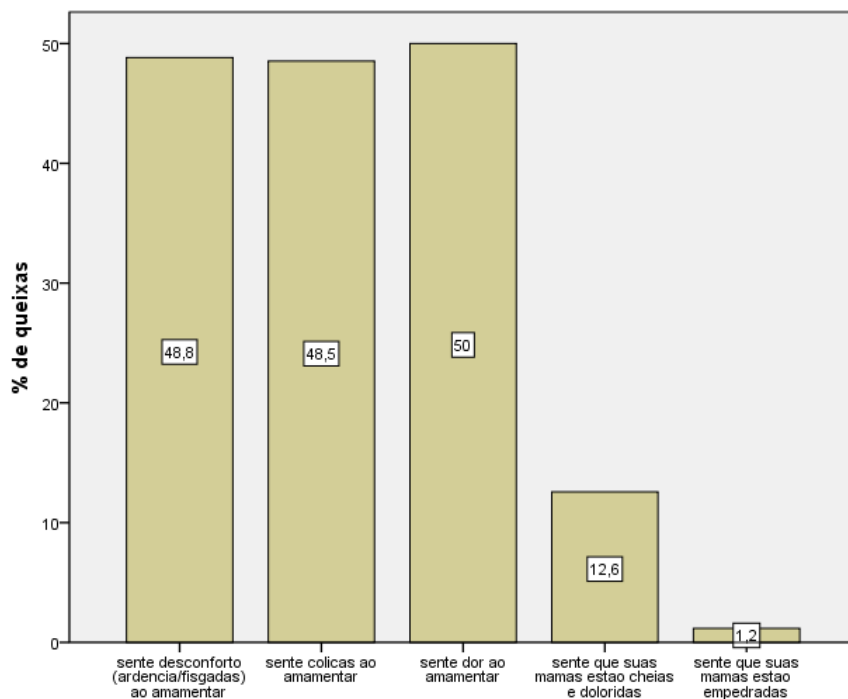


Figura 1- Tipo de queixas referidas pelas puérperas na amamentação, Porto Alegre (RS), 2012.

Verificou-se que das 342 puérperas incluídas na amostra, 282 (82,5%) apresentaram traumas mamilares. Foram identificados 359 traumas mamilares, distribuídos em traumas nas aréolas (22,8%) e traumas nos mamilos (82,2%) (Tabela 3).

Na Figura 2 estão descritos os tipos de traumas apresentados pelas 281 puérperas que tiveram traumas nos mamilos. Dessas, 73,7% apresentaram hiperemia e 60,5% apresentaram fissuras.

No que se refere aos registros em prontuário, verificou-se apenas 70 (20,5%) registros de traumas mamilares, sendo que 39 (55,7%) deles encontravam-se no registro médico e 28 (40,0%) no de enfermagem executado pelo enfermeiro, ambos em prontuário eletrônico; e apenas 3 (4,3%) no registro manuscrito de enfermagem, realizados pelos técnicos de enfermagem, onde constam os sinais vitais dos pacientes e as medicações administradas. Quanto à localização dos registros de queixas de mamilos doloridos 65 (19,0%) encontravam-se 38 (57,6%) na evolução médica, 26 (39,4%) na evolução de enfermagem 02 (3,0%) nos registros de enfermagem. Das 83 solicitações de consultoria, em apenas 49,4%

destas havia registros de atendimento pela equipe de consultoria em amamentação do HCPA .

Tabela 3 – Tipo de traumas mamilares das 342 puérperas incluídas no estudo, Porto Alegre (RS), 2012

Tipo de traumas	n	%
Traumas nas aréolas	78	22,8
Eritema	56	16,4
Edema	1	0,3
Equimose	4	1,2
Manchas brancas/amarelas/ escuras	23	6,7
Despigmentação	1	0,3
Fissura	3	0,9
Traumas nos mamilos	281	82,2
Despigmentação parcial ou total	23	6,7
Hiperemia	207	60,5
Bolhas	26	7,6
Fissura	170	49,7
Total	359	105,0

Nota: O total excede 100%, pois algumas puérperas apresentaram mais de um tipo de trauma.

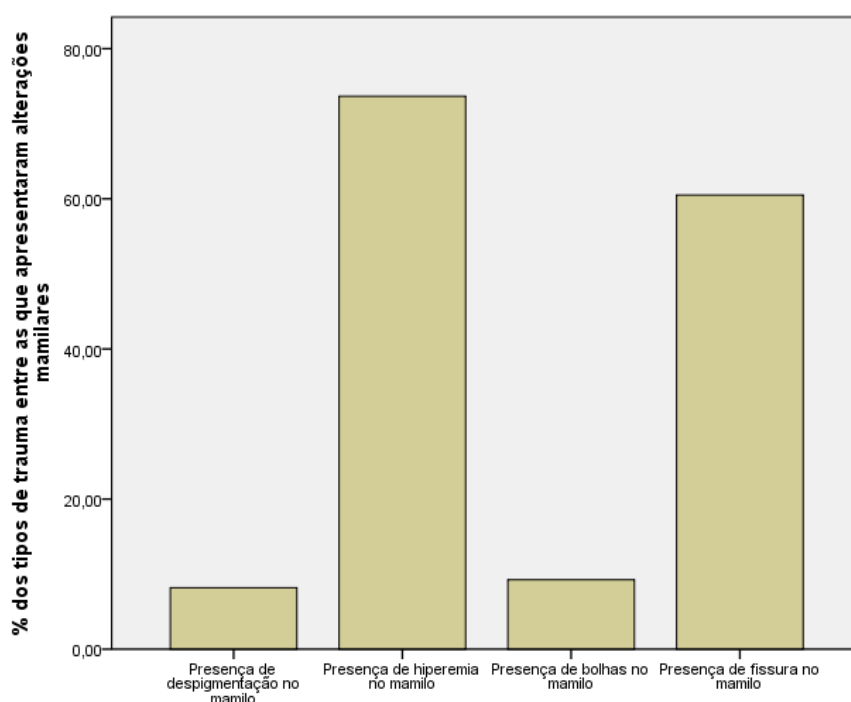


Figura 2 – Tipos de traumas nos mamilos das puérperas, Porto Alegre (RS), 2012.

No que se refere à conduta dos profissionais de saúde frente à prevenção ou tratamento dos traumas mamilares, das 105 puérperas que necessitaram de ajuda, 102 (97,1%) delas receberam orientação sobre pega e posicionamento do RN no Centro obstétrico e das 177 puérperas que necessitaram de ajuda na UIO, 175 delas (98,3%) também receberam orientação sobre pega e posicionamento do RN; 111 (32,5%) receberam orientação sobre como realizar a ordenha manual, sendo em 68 (60,7%) dos casos orientada pela enfermeira; 118 (34,5%) utiliza o próprio leite nos mamilos após as mamadas, sendo que 48,2% destas justifica tal atitude como uma maneira de proteger os mamilos contra fissuras; 151 (44,2%) estavam usando óleo (Triglicerídeos de Cadeia Média- TCM) ou corticóide tópico (pomada) nos mamilos, prescritos pelo médico, com a orientação do uso pela enfermeira (60,9%), 124 (82,1%) delas justificavam o uso em virtude da dor nos mamilos e 108 (71,5%) por mamilos “machucados”; foi solicitada consultoria em aleitamento materno para 83 (24,3%) puérperas (Tabela 4).

Tabela 4 - Condutas preventivas ou curativas dos profissionais de saúde frente aos traumas mamilares das puérperas que necessitaram ajuda durante a internação, Porto Alegre (RS), 2012.

Conduta	n	%
Unidade Centro obstétrico		
Orientação sobre pega/posicionamento ¹	102	97,1
Unidade de Internação Obstétrica		
Orientação sobre pega/posicionamento ²	175	98,3
Orientação sobre ordenha manual	111	32,5
Uso do próprio leite nos mamilos	118	34,5
Uso de óleo/pomada	151	44,2
Solicitação de Consultoria em aleitamento materno	83	24,3

¹consideradas 105 puérperas.

²consideradas 177 puérperas.

6 DISCUSSÃO

Nesse estudo, constatou-se alta prevalência de traumas relacionados à amamentação, pois 82,5% das puérperas apresentaram algum tipo de trauma mamilar, sendo o mais frequente a presença de trauma nos mamilos (82,2%). Em estudo anterior, nesta mesma maternidade, no ano de 2003, a incidência de lesões (trauma) nos mamilos foi de 43,6% (WEIGERT et al, 2005), demonstrando um aumento, no estudo atual, de 88,5% deste problema.

Dentre os traumas mamilares, o que apresentou maior frequência foi a hiperemia nos mamilos, seguida de fissuras. Essa hiperemia é um indicativo de inadequação da técnica de amamentação e a fissura tem como causa mais comum a má pega do recém-nascido durante a sucção (BRASIL, 2011a; GIUGLIANI, 2004; SHIMODA et al 2005; COCA et al 2009a; COCA et al 2009b). Outro fator que precede à fissura mamilar é a despigmentação dos mamilos (COCA et al 2009a), ocorrência em pequeno número na amostra analisada.

No que se refere aos dados sócio-demográficos das puérperas incluídas no estudo, cabe destacar, que mais da metade delas possuía acima de oito anos de estudo. Segundo alguns autores, quanto maior o nível de escolaridade, maior é a chance da puérpera amamentar com sucesso, devido a sua maior capacidade de compreensão. Cabendo destacar que, o ato de amamentar não é instintivo, já que, pode ser ensinado e aprendido (LAWRENCE; LAWRENCE, 2005; COCA et al., 2009b).

A maioria das mulheres entrevistadas eram adultas. Isso denota que a maternidade para elas não foi precoce e acredita-se que esse fato favoreça o enfrentamento das diversas situações vivenciadas no processo de amamentação, ou seja, é esperado um melhor preparo do ponto de vista emocional para o aleitamento materno (MARQUES; MELO, 2008).

Quanto à cor da pele, a maioria das puérperas do estudo se auto declararam brancas. Há controvérsias, quanto a relação de trauma mamilar com a cor da pele. Segundo Giugliani (2004) não existe predisposição ao trauma nas mulheres de pele clara, salientando tratar-se de um mito na amamentação. No entanto, outros autores afirmam o contrário, a maior ocorrência de traumas

mamilares nas mulheres de pele clara, quando comparadas as de pele escura (SHIMODA et al., 2005).

A grande maioria das mulheres deste estudo coabita com o companheiro, o que demonstra, segundo alguns estudos, ser uma situação favorável à prática do aleitamento materno. O apoio e o incentivo dos familiares, principalmente do companheiro, são muito importantes para as nutrizes, principalmente no início da amamentação (BRASIL, 2011a; GONÇALVES; BONILHA, 2005). Segundo Coca et al. (2009a), a ausência de companheiro é um fator associado ao trauma mamilar. Na maioria das vezes, a presença do companheiro confere uma sensação de segurança e de apoio à mulher, tanto do ponto de vista emocional quanto para seus desconfortos físicos relacionados ao pós-parto.

No que se refere aos dados obstétricos, quase metade das mulheres (45%) da amostra eram mães de primeiro filho. Conforme alguns estudos há maior ocorrência de lesões mamilares em mulheres primíparas, principalmente em decorrência da inexperiência na técnica de amamentação (SHIMODA et al., 2005; COCA et al., 2009a). Assim, é possível que a atenção especial e apoio dos profissionais de saúde na assistência ao aleitamento materno para essas mulheres possa repercutir na redução de traumas mamilares.

Neste estudo, houve a prevalência do parto vaginal (70,8%). Segundo Shimoda et al. (2005), o tipo de parto não foi relevante para o aparecimento de traumas mamilares. No entanto, estudos identificam maior incidência desses traumas em mulheres submetidas à cesárea em função da dor ou desconforto influenciarem na posição adotada pela puérpera para amamentar, principalmente no período de pós-parto imediato (COCA et al., 2009b). O percentual de partos vaginais com episiotomia verificados neste estudo foi de 65,7%, sendo tal percentual considerado muito elevado se comparado aos 10% recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996). Segundo a *World Health Organization* (2005) a episiotomia deveria ser realizada apenas para os casos de parto vaginal complicado.

Muitas vezes, no cotidiano dos alojamentos conjuntos, observa-se dificuldade de posicionamento na amamentação das mulheres que foram submetidas a algum procedimento no parto, tais como suturas abdominais ou

perineais. Essa dificuldade possivelmente favorecerá à má pega do recém-nascido e conseqüentemente favoreça o surgimento de trauma mamilar.

Verificou-se na presente investigação o uso de analgesia/anestesia no parto em 40,6% das mulheres. De acordo com alguns autores, o uso de anestésicos durante o trabalho de parto e parto pode interferir no padrão de sucção da criança (MARTINS FILHO, 2000; WIKLUND et al., 2009; BRASIL, 2011). Shimoda et al. (2005) reforça ainda que os bebês, filhos de mães que receberam doses elevadas de anestésicos, podem ficar mais sonolentos e com sucção prejudicada, podendo predispor a uma sucção inadequada, contribuindo, assim, para o aparecimento de lesões mamilares.

Praticamente todas as participantes do estudo (98,8%) realizaram pré-natal, com uma média de oito consultas. O número alto de consultas é um resultado positivo, visto que o Ministério da Saúde recomenda a realização de, no mínimo, seis consultas (BRASIL, 2006). Questiona-se, no entanto, a qualidade da assistência prestada a essas mulheres, visto que a maioria delas (71%) referiu não ter recebido qualquer orientação sobre aleitamento materno durante as consultas de pré-natal, o que também seria esperado, conforme determinações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Tal achado é semelhante ao estudo de Boccolini et al. (2010) em maternidades do Rio de Janeiro.

Em virtude da maioria das mulheres terem realizado seu acompanhamento da gravidez na rede pública de saúde e atendidas, predominantemente, pelo profissional médico, é de fundamental importância que esses profissionais estejam conscientes da importância de sua atuação, pois, a consulta de pré-natal é, para muitas mulheres, um dos únicos momentos nos quais elas possuem a oportunidade de verificar o seu estado de saúde e de solucionar suas dúvidas e anseios sobre a gestação (BRASIL, 2006; FREITAS et al., 2011). Ressalta-se, entretanto, que o atendimento do pré-natal instituído atualmente, é pautado no modelo biomédico, uma vez que os profissionais de saúde têm sua formação voltada mais para práticas curativas e desta forma, com pouca abordagem de cunho educativo e preventivo, o que explicaria o pequeno número de mulheres que receberam alguma orientação sobre amamentação durante o pré-natal.

Os resultados mostraram que poucas mulheres participaram de grupos ou cursos de gestantes e, aquelas que não o fizeram, alegaram em sua maioria, que

a unidade básica de saúde em que foi atendida não realiza mais esse tipo de grupo ou que eles ocorrem em horários desfavoráveis ao comparecimento para as que trabalham. A pequena quantidade de grupos de gestantes, realizados na rede pública, reforça o fato de que, praticamente, não existe abordagem sobre aleitamento materno no pré-natal, visto que, muitas vezes, essa temática era abordada nesses tipos de encontros. Segundo o Ministério da Saúde, no guia de Pré-natal e Puerpério, é determinada a realização de grupos de apoio durante o pré-natal com o intuito de oferecer, às gestantes, trocas de experiências, além de orientá-las sobre parto e nascimento, com tópicos voltados à amamentação, ressaltando suas vantagens, bem como o manejo de situações adversas (BRASIL, 2006).

Destacam-se nesse estudo, práticas favoráveis à amamentação, tais como a realização do contato pele a pele e a amamentação na sala de parto. Mais da metade dos recém-nascidos tiveram contato pele a pele com suas mães e um pouco menos da metade deles mamaram em sala de parto. Seria esperada a realização do contato pele a pele em praticamente a totalidade da amostra, já que essa abrangeu recém-nascidos saudáveis e que ficaram com a mãe desde o nascimento, não tendo sido separados, exceto durante a realização de procedimentos básicos (identificação, clampeamento definitivo do cordão, banho). A literatura da área enfatiza inúmeros benefícios ao binômio mãe-bebê proporcionados por essa prática, tais como: estabelecer o vínculo, favorecer a efetividade da primeira mamada, regular e manter a temperatura corporal do RN e melhorar a sua estabilidade cardiorrespiratória (BRASIL, 2011b). Todavia, ainda há dificuldades em sua implementação, por condições adversas maternas e neonatais, ou por outros motivos relacionados a rotinas hospitalares e resistências de alguns profissionais de saúde a novos modelos de atenção ao parto (PILLEGI et al., 2008).

Referente à amamentação na primeira hora de vida, esta não é obrigatória, pois depende de vários fatores, principalmente da disposição e condições do bebê e da mãe. Sabe-se que a amamentação precoce traz inúmeros benefícios, entre eles, para a mãe, o estímulo à liberação de ocitocina, que provoca a contração uterina, a maior duração do aleitamento materno e também está relacionada à prevenção da morbimortalidade neonatais (BRASIL, 2011b). Em

estudo realizado em Gana foi constatada a redução da mortalidade neonatal em 22% quando o aleitamento materno iniciou dentro da primeira hora de vida da criança (EDMUND et al., 2006).

Convém enfatizar que a mulher necessitará de apoio da equipe de saúde para ser possível a amamentação na sala de parto, uma vez que algumas rotinas no Centro Obstétrico não favorecem essa prática, como por exemplo, a posição no parto/cesárea, analgesia/anestesia e punções venosas. A dificuldade em posicionar-se adequadamente, poderá predispor aos traumas mamilares, o que é endossado no estudo de COCA et al. (2009a). Segundo esses autores, existe uma associação entre trauma mamilar e amamentação na primeira hora de vida após o parto, sendo o posicionamento e a pega incorretos, motivos principais para a ocorrência dessas lesões, além da falta de acompanhamento das mamadas

Outro aspecto é a observação, no dia a dia das salas de parto, de mães temerosas quanto à segurança do bebê ou mesmo “surpresas” com a colocação do bebê junto a ela. BOCCOLINI et al. (2010) salientam ser necessário o “empoderamento” das mães para a amamentação ainda na sala de parto, respeitando suas particularidades e diversidades socioculturais, e isso deve começar no pré-natal, a partir de um diálogo entre a equipe de saúde e a mulher sobre todos os potenciais benefícios da amamentação na primeira hora de vida, para que avalie e construa as suas escolhas

Aproximadamente metade das mulheres do estudo não teve a presença do acompanhante durante a sua permanência na sala de recuperação pós-parto, que se localiza dentro do centro obstétrico. Chama a atenção esse resultado, uma vez que nos demais locais (pré-parto, sala de parto e UIO), praticamente todas as puérperas tiveram acompanhante de sua livre escolha. Essencialmente esse local é para a mulher se reestabelecer do trabalho de parto e parto, permitindo que seja monitorada, por no mínimo duas horas, tendo em vista a maior possibilidade de complicações nesse período. Muitas vezes, a puérpera adormece pela exaustão e aproveita para descansar. O bebê, por sua vez, após a primeira hora de vida, pode estar sonolento e não querer mamar. Estando ele disposto para a amamentação, a puérpera possivelmente necessitará de ajuda em função do pós-parto imediato. Quanto à permanência do acompanhante na sala de recuperação, esse pode optar por sair do centro obstétrico para informar outros familiares sobre

o nascimento do bebê ou permanecer junto à mulher. Nesse caso, compete à enfermagem a orientação de como ele poderá ajudar a mulher em suas necessidades e estimular a sua permanência. No entanto, acredita-se que a atual estrutura física da sala de recuperação dessa instituição não favoreça a permanência do acompanhante, pois o espaço é reduzido e a privacidade é limitada. Independente desse fato, acredita-se que o acompanhante é importante em todos os locais, já que proporciona o apoio à mulher nesse momento em que ela está mais fragilizada física e emocionalmente.

Em relação às características dos recém-nascidos, não houve diferença expressiva de percentuais entre os sexos, a média de peso ultrapassou os três quilogramas, a idade gestacional média foi de 39 semanas (Capurro somático) e o Apgar médio foi acima de oito. Assim, seria esperado que esses bebês saudáveis não apresentassem dificuldades na sucção. Todavia, essas características podem favorecer a mamadas mais frequentes e vigorosas, propiciando o desgaste da pele da aréola e do mamilo se a amamentação não seguir os preceitos estabelecidos para uma boa pega. Estudos relatam maior incidência de traumas mamilares em mães de bebês com idade gestacional entre 37 e 40 semanas (SHIMODA et al., 2005; COCA et al., 2009b).

No que se refere aos fatores predisponentes ao trauma mamilar, destaca-se que a presença de mamilos curtos, planos ou invertidos, presentes em cerca da metade das mulheres deste estudo, pode retardar o início da amamentação, bem como dificultar a pega correta do complexo aréolo-mamilar (SHIMODA et al., 2005). Nesse contexto, mesmo que o posicionamento e a pega inadequados durante as mamadas sejam as causas mais comuns dos traumas mamilares, a presença de mamilos curtos, planos ou invertidos, também são fatores predisponentes ao seu aparecimento (BRASIL, 2011a). Ressalta-se também o modelo de parto instituído neste hospital, no qual as mulheres ficam em posição litotômica, o que dificulta a amamentação, principalmente se o tipo de mamilo for desfavorável.

Outro fator predisponente do trauma mamilar é a presença do ingurgitamento mamário, pouco verificado nessa amostra, por tratar-se de uma complicação mais tardia que ocorre, geralmente, após três dias do parto. Salienta-se que as mamas, quando ingurgitadas, ficam excessivamente distendidas,

causando grande desconforto à mulher, além dos mamilos frequentemente ficarem achatados, dificultando a boa pega e facilitando a ocorrência de traumas mamilares (CARVALHAES; CORRÊA, 2003; BRASIL, 2011b). Dentre as medidas de prevenção do ingurgitamento estão o início do aleitamento materno logo após o parto, amamentação em livre demanda e técnica adequada de amamentação (BRASIL, 2011b). Por outro lado, se a presença do ingurgitamento mamário pode predispor ao aparecimento de trauma, o trauma mamilar pode causar ou agravar o ingurgitamento, uma vez que as mulheres espaçam as mamadas ou deixam de oferecer a mama devido à dor que sentem ao amamentar (GIUGLIANI; LAMOUNIER, 2004a; LAWRENCE; LAWRENCE, 2005).

Ainda sobre os fatores predisponentes, destacam-se alguns pontos negativos sobre a assistência recebida durante o pré-natal como a indicação do preparo das mamas utilizando-se de cremes/óleos, buchas vegetais ou exercícios mamilares. A orientação inadequada recebida por algumas mulheres durante a gravidez, aliada à falta de abordagem quanto ao aleitamento materno, comum a praticamente todas entrevistadas, certamente contribuíram para o alto índice de traumas mamilares encontrados no presente estudo. Investigações contraindicam o uso de cremes/óleos nos mamilos, pois podem levar à descamação da pele no local, aumentando a sensibilidade e predispondo ao trauma mamilar (GIUGLIANI; LAMOUNIER, 2004; GONÇALVES; BONILHA, 2005; COCA et al., 2009a). Ressalta-se que muitas mulheres informaram terem recebido essas orientações equivocadas de preparo das mamas de seus familiares ou de seus pré-natalistas médicos. As puérperas, muitas vezes, seguem as orientações dos familiares, pois não recebem da equipe de saúde orientações sobre como devem proceder, evidenciando assim a baixa qualidade do serviço e o despreparo dos profissionais (GONÇALVES; BONILHA, 2005).

Determinações atuais do Ministério da Saúde não recomendam o preparo das mamas para a amamentação e ainda afirmam que ele é prejudicial. O banho de luz nas mamas, por exemplo, ainda é prescrito como forma de prevenção de fissuras, mas não mais como tratamento das mesmas. A realização de exercícios mamilares não é mais recomendada também pelo risco de desencadeamento de trabalho de parto prematuro, devido à mobilização de ocitocina (BRASIL, 2011b).

No entanto, muitos profissionais de saúde continuam indicando esses procedimentos, demonstrando conhecimento desatualizado.

Cabe destacar que a falta de orientação e de apoio no período pré-natal, poderá predispor ao aparecimento dos traumas mamilares, por falta de conhecimento materno sobre o assunto. Identificar os conhecimentos, as crenças e as atitudes que a mulher possui em relação à amamentação, é o que irá permitir a educação e o preparo das mulheres para a amamentação (BRASIL, 2006).

Relativo aos fatores predisponentes no âmbito do Centro Obstétrico e da internação obstétrica salienta-se a necessidade de ajuda na amamentação referida por algumas mulheres nos dois locais. Convém ressaltar que a maioria das puérperas desse estudo são primíparas e esse fato justifica a necessidade de apoio/orientação na amamentação de forma mais próxima e contínua. Mães de primeiro filho são mais inseguras e tradicionalmente mais despreparadas para os eventos da maternidade, por ser sua primeira experiência (COCA et al., 2009b). Desta forma necessitarão de atenção especial por parte dos profissionais de saúde quanto às técnicas de amamentação, principalmente.

O uso de complemento lácteo em pequena parcela dos recém-nascidos do estudo, tanto no centro obstétrico quanto na internação, se utilizado sem indicações precisas, como em função do “choro do bebê” mencionado por algumas mães, pode atrapalhar a amamentação, mesmo quando administrado por copinho. Os motivos de choro do recém-nascido são diversos e entre eles, está a alegação da mãe de ter “pouco leite”. Muitas vezes, esse fato deve-se a não estimulação da produção de leite de forma adequada, que poderá ser por técnica incorreta, favorecendo também o surgimento de trauma mamilar.

O uso de bicos ou chupetas, por alguns bebês, não era esperado pelo fato de tratar-se de um Hospital Amigo da Criança. Diversos estudos acerca dessa temática afirmam que o uso desses artefatos traz prejuízos para saúde da criança, tais como, alterações na arcada dentária, maior risco de desenvolver asma, vômitos, diarreias, febre, otalgia e parasitoses intestinais. Também há uma associação do uso da chupeta com menor duração da amamentação (SOUZA; CANCELIER, 2008; COTRIM; VENANCIO; ESCUDERM, 2002; SOARES, 2003; LAMOUNIER, 2003). Outros autores referem a “confusão de bicos”, quando o RN amamentado fica exposto a bicos artificiais, predispondo-o a padrões de sucção

inadequados, podendo levar à lesão mamilar (NEIFERT; LAWRENCE; SEACAT, 1995). O uso de sucção não nutritiva prolongada também é considerado fator predisponente ao trauma mamilar (BRASIL, 2011). A motivação para o uso do bico/chupeta mais prevalente foi o choro frequente do bebê, justificativa também encontrada em outra pesquisa como uma crença materna de que o uso de bico acalma a criança (GONÇALVES; BONILHA, 2005).

Mais da metade das puérperas desse estudo referiu ter alguma queixa quanto à amamentação, tendo sido a dor ao amamentar a mais frequente, seguida do desconforto/fisgadas e de mamas cheias ou doloridas. Nesse contexto, cabe destacar que os traumas mamilares são a causa mais comum de dor para amamentar e, na maioria dos casos, são decorrentes de posicionamento e pega inadequados. Sabe-se que a dor ao amamentar corresponde a uma importante causa de desmame precoce, em virtude disso, sua prevenção é fundamental (GIUGLIANI, 2004; SHIMODA et al., 2005; COCA et al., 2009a; COCA et al., 2009b). Destaca-se que a amamentação na primeira semana de vida do lactente pode, realmente, ser desconfortável e até mesmo dolorosa, principalmente no começo das mamadas, em decorrência da forte e frequente sucção da aréola por parte do RN. Por isso, é muito importante, que diante de queixas de dor nos mamilos em função de lesões, a técnica da amamentação seja reavaliada, a fim de corrigi-la, evitando, dessa forma, o estabelecimento do trauma mamilar (BRASIL, 2011a).

Relativo à conduta dos profissionais quanto a medidas preventivas ou curativas que assistiram a mulher durante o pré-natal ou no hospital, ela abrangeu ações endossadas pela literatura da área (orientações sobre pega e posicionamento, ordenha manual, aplicação do próprio leite na aréola e mamilo, uso de óleos e pomadas) (GIUGLIANI, 2004; BRASIL, 2011b).

Um dado a ser avaliado com cautela é a orientação de ordenha manual recebida por menos da metade das puérperas desse estudo. Segundo determinações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), é de fundamental importância que todas as mulheres que amamentam recebam orientações quanto à ordenha manual de seu leite, antes de sua alta hospitalar. Essa orientação é imprescindível por ser preventiva de complicações como o ingurgitamento mamário e mastite lactacional (GIUGLIANI, 2004). Acredita-se que a pequena

porcentagem de mães que receberam tal orientação se deva ao fato de que na rotina da Unidade de Internação obstétrica esse tópico é abordado pela enfermeira no dia da alta hospitalar materna. Como as puérperas foram entrevistadas após 24 horas do horário de nascimento do RN, é possível que, muitas delas, ainda não tivessem recebido demonstração da técnica de ordenha manual.

A ordenha manual é utilizada para manter a produção de leite quando o bebê apresenta dificuldades de sucção, para retirada do leite que será oferecido ao bebê quando a mãe não puder estar junto dele para amamentar e para o esvaziamento da mama muito cheia (BRASIL, 2011b). O adequado esvaziamento da mama, por meio da ordenha manual, evita o aparecimento de traumas mamilares decorrentes da má pega provocada pelo fato da mama estar muito cheia ou, até mesmo, ingurgitada (BRASIL, 2006).

A aplicação do próprio leite no complexo aréolo-mamilar foi utilizada por poucas mulheres no estudo, embora seja uma prática comprovada para o tratamento de fissuras e prevenção de complicações, como a mastite lactacional. Óleos e pomadas para tratamento de traumas devem ser reservados para aqueles casos mais exacerbados, nos quais as orientações de técnica para uma boa pega foram tardias ou insuficientes (GIUGLIANI, 2004).

Reforça-se então, que para o tratamento das fissuras mamilares, as orientações de banho de luz, banho de sol, uso de secador de cabelo, não são mais recomendadas, pois, segundo alguns estudos, o processo de cicatrização será mais eficiente se camadas internas, expostas pela lesão, permanecerem úmidas. Também a aplicação de casca de banana e de mamão no local da lesão, práticas populares, não são indicadas, até que estudos comprovem sua eficácia. As recomendações atuais para o tratamento de lesões mamilares envolvem o uso do próprio leite materno, com suas propriedades anti-infecciosas, e cremes e óleos apropriados, com o objetivo de formar uma camada protetora que evite o ressecamento do local (GIUGLIANI, 2004).

Ressalta-se que o hospital de desenvolvimento desse estudo recebeu o título de Hospital Amigo da Criança em 1998. Esse título pressupõe que a equipe de saúde está capacitada para promoção do aleitamento materno, e com isso

espera-se que seja capaz de promover ações que possam diminuir o desmame precoce, entre elas, a prevenção de traumas mamários.

Além disso, esse hospital dispõe de uma equipe de consultoria em aleitamento materno, composta por nutricionista e enfermeiras, nos turnos da manhã e da tarde. Esses profissionais estão aptos para o atendimento dos casos mais complicados que requerem maior monitoramento, dentre eles os traumas mamilares de maior vulto. Em função disso, buscou-se informação sobre o número de atendimentos realizados por esses profissionais, bem como seus registros. Constatou-se que para poucas mulheres do estudo foi solicitada consultoria. No entanto, na prática, o número de atendimentos realizados por essa equipe é muito maior, uma vez que esses profissionais estão constantemente presentes e inseridos junto à equipe de saúde das unidades obstétricas e neonatais. Nos registros de consultoria, observou-se, como motivos predominantes de encaminhamento, o trauma mamilar e a primiparidade. Esses motivos condizem com outra pesquisa sobre consultoria em lactação desenvolvido no HCPA em 2004 (CARPES; GONÇALVES, 2004).

Os registros dos atendimentos das consultorias em aleitamento materno realizados foram inferiores a 50%. Ressalta-se que esse percentual, aquém do esperado, pode ser explicado, em parte, pelo fato dos prontuários das mulheres entrevistadas terem sido consultados não ao final da internação, o que impossibilita dizer com precisão se esse registro foi ou não efetuado.

A avaliação dos registros de traumas ou queixas da mulher sobre a amamentação revelou pequeno percentual deles constantes nos prontuários eletrônicos das puérperas e/ou dos recém-nascidos, sendo que o maior contingente deles foi efetuado por médicos. Para uma avaliação mais detalhada acerca dessa situação seria necessária à avaliação dos registros após a alta hospitalar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados analisados neste estudo, principalmente no que se refere à prevalência de trauma mamilar, demonstram que houve aumento expressivo desse tipo de problema na maternidade em questão, se compararmos com um estudo anterior nesse mesmo local. Tal fato evidencia que as ações preventivas desenvolvidas atualmente junto à puérpera não têm sido suficientes para evitar o aparecimento desse tipo de trauma relacionado com a amamentação. Outra possibilidade é de que as orientações possam estar sendo tardias, ou seja, após o trauma mamilar já ter se instalado.

Também algumas características maternas podem ter favorecido a ocorrência de traumas mamilares, entre elas, destaca-se a anatomia mamilar desfavorável (mamilos planos, curtos ou invertidos), presentes em quase metade do número de nutrizes. Aliado a isso, cabe destacar que o ato de amamentar não é fácil para todas as mulheres, tendo suas particularidades influenciadas por vários fatores, entre eles o cultural.

Na presente investigação não foi possível diagnosticar em qual local, se no Centro Obstétrico ou na Internação Obstétrica, se deu o início do problema, mas é possível que seja ainda na sala de parto ou na de recuperação, uma vez que a mulher se encontra nesses dois locais, na maior parte das vezes, em posição desfavorável para a realização da *boa pega* pelo neonato.

Cabe destacar que é responsabilidade de todos os profissionais de saúde da maternidade orientar e dar apoio para o início e a continuidade do aleitamento materno para as mães e os bebês que ali se encontram, a fim de evitar que essas lesões venham a ocorrer, especialmente se considerarmos a primiparidade, comum a muitas puérperas do estudo, e a ausência de orientação para a amamentação da maioria delas.

Ressalta-se que a instituição do estudo faz parte da *Iniciativa Hospital Amigo da Criança*, o que pressupõe que toda a sua equipe de saúde está capacitada para dar o suporte adequado às mulheres, a seus recém-nascidos e suas famílias nos aspectos referentes à amamentação. No entanto, é notório haver necessidade da promoção de discussões com os profissionais de saúde visando levantar hipóteses que justifiquem a alta prevalência de traumas

mamílares nas mulheres estudadas, e a partir disso, traçar novas estratégias capazes de reverter esse quadro.

Além disso, sugere-se enfatizar junto à equipe de saúde aspectos simples de prevenção desses traumas, tais como a livre demanda, mudança de posições do bebê na amamentação, a recomendação do uso do próprio leite nos mamilos, a interrupção da sucção de forma adequada, caso seja preciso, assim como a antecipação da orientação de ordenha manual, que hoje é preconizada para o momento da alta hospitalar.

Conforme evidenciado, mesmo que os percentuais da presença de acompanhante no Centro Obstétrico sejam elevados, esses decaem quando se trata da sala de recuperação pós-parto. Não foram levantados os motivos para tal achado. Entretanto, propiciar e estimular a permanência do acompanhante, também na sala de recuperação, seria uma maneira de proporcionar à puérpera parte do apoio e incentivo de que ela precisa para amamentar de forma adequada desde as primeiras mamadas do bebê. É aconselhável que a enfermagem verifique junto à mulher e seu acompanhante o que desejam neste momento, se é permanecerem juntos, ou não, tendo em vista as reais necessidades da mulher e de seu recém-nascido. Desta forma, a decisão da permanência do acompanhante na sala de recuperação não será arbitrária e sim compartilhada.

Um dos dados a ser salientado é o não recebimento de orientações sobre aleitamento materno durante o pré-natal referido pela maioria das puérperas, especialmente porque essas tiveram uma média de consultas superior ao recomendado no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, implantado em Porto Alegre desde 2002. Isso demonstra que as mulheres estão fazendo a parte que lhes compete, no sentido de buscar o acompanhamento de saúde indicado durante a gestação, enquanto que os profissionais que as atendem, aparentemente não. Talvez a equipe de saúde da rede básica necessite de maior preparo e capacitação para fazer o que é preconizado pelos programas públicos no que se refere ao aleitamento materno. Também é possível que esses profissionais não percebam a importância da abordagem sobre o assunto desde a gravidez.

Ressalta-se que os grupos de gestantes são fortes aliados para o preparo das futuras lactantes, mas esses precisam ser oferecidos a elas, a seus parceiros

e familiares em horários compatíveis com as suas disponibilidades. Acredita-se que, se a mulher fosse de alguma forma orientada sobre aleitamento materno, desde o pré-natal, talvez o panorama apresentado neste estudo fosse diferente.

Melhorar a qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério é fundamental para que se possa garantir o bem-estar físico e emocional da mãe, do bebê e de sua família. Para que isso seja possível, é preciso que as Unidades de saúde, tanto em nível hospitalar quanto da rede básica, disponham de uma infraestrutura adequada, de profissionais capacitados e motivados e que tenham presente o seu papel de educadores para a saúde.

Sendo o trauma mamilar, reconhecido pela literatura da área, como um importante fator causal do desmame precoce, sua prevenção é fundamental. Se grande parte das puérperas já sai da maternidade com esse problema, o que acontecerá em relação à duração do aleitamento materno ao chegarem em casa, onde muitas vezes não encontram o apoio adequado de sua família ou dos serviços de saúde para solucioná-los?

Pesquisas nacionais evidenciam baixos índices de amamentação exclusiva até o sexto mês, além de altos índices de uso de bicos ou chupetas nos bebês amamentados em Porto Alegre, taxas que estão aquém do esperado para o nível de desenvolvimento dessa capital e refletem fortemente os aspectos culturais desse contexto. Esses dados, sem dúvida, são preocupantes, tendo em vista o papel do aleitamento materno para a saúde da criança no primeiro ano de sua vida.

O enfermeiro, juntamente com a sua equipe, em função da sua prática profissional junto às puérperas, seus recém-nascidos e sua família, tem papel preponderante na promoção, apoio e incentivo à amamentação. Esse profissional tende a estar mais próximo das nutrizes, o que lhes permite captar suas necessidades físicas e emocionais necessárias para o aleitamento materno ser bem sucedido.

Novas investigações serão necessárias para fornecer as respostas a inúmeras questões levantadas pelo presente estudo, entre elas, estão os fatores que possam explicar a alta prevalência dos traumas mamilares na instituição pesquisada.

REFERÊNCIAS

BOCCOLINI C. S et al. Amamentação na primeira hora de vida. **Rev Saúde Pública** 2011; 45(1):69-78.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196**. *In: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo seres Humanos*. Brasília. 1996. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 13 de set. 2011, 16:35:07.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área técnica de saúde da criança e aleitamento materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado**: modulo 4 : auto avaliação e monitoramento do hospital / Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Cadernos de Atenção Básica, n. 23. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Ano V, maio/junho de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Amamenta Brasil (2008)**. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/folder/rede_amamenta_brasil.pdf. Acesso em: 07 de jul. 2012.

BULHOSA M.S, et al. Promoção do aleitamento materno pela equipe de enfermagem em um Hospital Amigo da Criança. **Rev. Gaúcha de Enferm**, Porto Alegre, V. 28, n.1, p. 89-97, 2007.

CARPES C. C; GONÇALVES, A. C. **Consultoria em aleitamento materno no alojamento conjunto**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. 2004;41p.

CARVALHAES M. A, CORRÊA, C.R. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **J.Pediatr** (Rio J.). 2003; 79:13-20.

COCA, K. P et al. Factors associated with nipple trauma in the maternity unit. **J Pediatr** , Rio de Janeiro, V. 85, n. 4, p. 341-345, 2009a.

COCA, K. P et al. A posição de amamentar determina o aparecimento de trauma mamilar? **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 446-452, 2009b.

COTRIM, L. C, VENANCIO, S.I, ESCUDERM. M.L. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. 2002; 2(3): 245-252.

EDMUND K. M. et al. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. **Pediatrics**, v.117; p. e380-6, 2006.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 6ª edição. Editora: Artmed. Porto Alegre, 2011.

GIUGLIANI, E. R. J., LAMOUNIER, J.A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **J. Pediatr** (Rio J.). 2004; 80:S117-8.

GIUGLIANI, E. R. J. Alojamento conjunto e amamentação. In: FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **J. Pediatr** (Rio J). 2004; 80(5supl):S147-S154.

GONÇALVES, A. C, BONILHA, A. L. L. Crenças e práticas da nutriz e seus familiares relacionadas ao aleitamento materno. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2005; 26(3):333-44.

KLEIN, C. H, BLOCH, K. V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, Roberto et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.

LAMOUNIER, J.A. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. **J. Pediatr**. 2003; 79(4): 284-86.

- LAWRENCE R. A, LAWRENCE R. M. Management of the mother-infant nursing couple. In: Lawrence R.A, Lawrence R. M. **Breastfeeding: a guide for the medical profession**. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2005, p.255-316.
- MARQUES, M. C. S., MELO, A. M. Amamentação no alojamento conjunto. **Rev CEFAC**. V.10,n.2. São Paulo, 2008:261-271.
- MARTINS FILHO J. Obstáculos à amamentação. In: **Neme B. Obstetrícia básica**. 2º Ed. São Paulo: Sarvier; 2000. P. 245-50.
- NEIFERT, M., LAWRENCE, R., SEACAT, J. Nipple confusion: toward a formal definition. **The journal of pediatrics**, Denver, v.126, n.6, 1995; p125-129.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996. 53p
- PILLEGI, M. C. A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna: prevalência e fatores limitantes. **Einstein**. 2008; 6(4):467-72.
- SHIMODA, G. T, et al. Características, frequência e fatores presentes na ocorrência de lesão de mamilos em nutrizes. **Rev Bras Enferm**, V. 58, n. 5, p. 529-34, 2005.
- SOARES, M. E. M, et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital amigo da Criança. **J. Pediatr** 2003; 79(4):309-16.
- SOUZA, J. M, CANCELIER, A. C. L. Prevalência do aleitamento materno exclusivo na primeira semana de vida em um Hospital Amigo da Criança. **Arquivos Catarineses de medicina**. Vol. 37, nº2, 2008.
- UNICEF. **Dez passos para o sucesso do aleitamento materno**. {1989}. Disponível em:
<http://www.unicef.org.br/?gclid=CJbzq_LqzawCFQ1X7AodLE3uqw> Acesso em: 24 set. 2011.
- VENANCIO, S. I. et al. Breastfeeding practice in the brazilian capital cities and the federal district: current status and advances. . **J Pediatr** , Rio de Janeiro, V.86(4), p. 317-324, 2010.
- VENÂNCIO, S. Situação do aleitamento materno no Brasil. **Comitê Nacional de aleitamento materno**. IS/SES - São Paulo, 2009.
- WEIGERT, E. M, et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. **J Pediatr** , Rio de Janeiro, V.81, p. 310-6, 2005.
- WIKLUND, I. et al. Epidural analgesia: breast-feeding success and related factors. **Midwifery**, [S.l.], v.25, n.2, p.31-38, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. Episiotomia. In: _____. **Manejo das complicações na gestação e no parto**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.309-18.

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada _____,

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “Fatores associados à prática do aleitamento materno em um Hospital Amigo da Criança”, de responsabilidade de pesquisadores da Escola de Enfermagem da UFRGS. O estudo pretende verificar os fatores associados à prática do aleitamento materno nas unidades de centro obstétrico e alojamento conjunto de um Hospital Amigo da Criança, em Porto Alegre, RS.

A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e ao bebê, não havendo qualquer risco envolvido, podendo haver algum desconforto com o tempo estimado para a entrevista e com o exame das mamas realizado por uma das pesquisadoras. Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê e como foi sua assistência desde o pré-natal e consultar algumas informações em seu prontuário e de seu bebê. As respostas serão anotadas em um formulário em papel. Esta entrevista terá uma duração em torno de 15 minutos.

Tudo que for dito será confidencial e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram e as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para esta pesquisa. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação com este hospital.

É importante lhe informar que não haverá nenhuma forma de reembolso financeiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto. Este documento será feito em duas vias iguais, sendo lhe entregue uma delas, caso você aceite participar da pesquisa.

() Eu declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

Assinatura da entrevistada

Assinatura do responsável no caso de menor de 19 anos

Nome da pesquisadora (entrevistadora): _____

Assinatura da pesquisadora (entrevistadora): _____

Porto Alegre, _____ / _____ / _____

Observação: em caso de dúvida ou novas perguntas, entrar em contato com a pesquisadora responsável: Prof^a Annelise de Carvalho Gonçalves pelo telefone 3308-5422/3308-5226, email: annelise@enf.ufrgs.br e endereço: Escola de Enfermagem - Rua São Manoel, 963, Bairro Santa Cecília – Porto Alegre. Pesquisadoras alunas: Márcia Mariot: 9235-0142 e Jéssica Teles: 81772827. Em caso de dúvidas quanto a questões éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo telefone (51) 33598304.

APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Número da entrevista: _____

Data da entrevista: |__|__|/|__|__|/|__|__|

Horário da entrevista: |__|__|/|__|__|

Entrevistadora: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE:

1. Nome completo da puérpera:

2. Nº prontuário: |__|__|__|__|__|__|__|__|

3. Data de nascimento: |__|__|/|__|__|/|__|__|

4. Idade: |__|__| anos

5. Cor da pele (segundo autodenominação): |__| 1. Branca 2. Parda/morena/mulata
3. Preta 4. Amarela /oriental 5. Indígena.

6. Escolaridade (em anos completos de estudo): |____|anos

7. Situação marital: |__| 1. Sem companheiro 2. Mora com companheiro
3. Não mora com companheiro

8. Endereço: Rua: _____

nº|__|__|__|__|__|__| Bairro: _____

Município: _____ CEP: |__|__|__|__|__|__|__|__|

9. Telefones para contato (com DDD):

Telefone celular: |__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|

Telefone residencial: |__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|

Telefone familiar: |__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|

Nome do familiar: _____

2. INFORMAÇÕES OBSTÉTRICAS: (INCLUIR O ATUAL)

10. Número de filhos: |__|__| filhos vivos (INCLUIR O ATUAL)

11. Número de gestações : |__|__|

12. Número de partos: |__|__|

13. Número de cesáreas : |__|__|

14. Número de abortos: |__|__|

15. Numero de natimortos: |__|__|

16. Tipo de partos nas gestações anteriores: |__| |__| |__| |__|

(COMEÇAR PELO FILHO MAIS VELHO)

1. Normal 2. Normal/ fórceps 3. Cesariana 4. Não se aplica

3. GESTAÇÃO ATUAL:

17. Intercorrências na gestação atual (tratamento, hospitalizações):

|__| 1. sim 2. Não (VÁ PARA QUESTÃO Nº 22)

Se sim, qual(s)?

18. Infecção do trato urinário: |__| 1.sim 2. não

19. Doença hipertensiva: |__| 1.sim 2. não

20. Diabetes gestacional: |__| 1.sim 2. Não

21. Outra. Qual? _____

22. Tipo de parto da gestação atual:

|__| 1. Normal 2. Normal/ fórceps 3. Cesariana

23. Presença de episiorrafia:

|__| 1. Sim 2. Não 3. Não soube responder 4. Não se aplica

24. Presença de lacerações perineais:

|__| 1. Sim 2. Não 3. Não soube responder 4. Não se aplica

25. Realização de analgesia/anestesia: 1. Sim 2. Não 3. Não soube responder

Uso de Métodos não farmacológicos para alívio da dor nesse parto:

26. Banho de chuveiro: 1. Sim 2. Não

27. Bola suíça: 1. Sim 2. Não

28. Cavalinho: 1. Sim 2. Não

29. Banqueta: 1. Sim 2. Não

30. Massagem: 1. Sim 2. Não

31. Arco: 1. Sim 2. Não

32. Uso de ocitocina no parto: 1. Sim 2. Não

33. Uso de outras medicações no parto/trabalho de parto:

1. Sim 2. Não 3. Não soube responder. 4. Se sim,

Quais? _____

34. Há registro dessas medicações no **prontuário**? 1. Sim 2. Não

35. Quanto tempo levou da internação até o nascimento do bebê (em horas completas) :

36. Duração do parto (em horas completas):

1. Até 1 hora 2. Até 2 horas 3. Mais de 2 horas 4. Ganhou pré-parto 5. Não há como precisar tempo

37. Horário da internação: 99. Não consta no prontuário

38. Horário do nascimento:

39. Quantos centímetros de dilatação a gestante estava quando internou no pré-parto:

99. Não consta no prontuário

4. PRÉ- NATAL:

40. Quanto a esta gravidez, você (LER AS OPÇÕES): 1. Queria engravidar nesse momento 2. Queria esperar mais tempo 3. Não queria engravidar
- 41 .Realizou pré-natal: 1. Sim 2. Não (VÁ PARA QUESTÃO Nº 54)
42. Com quantas semanas ou meses de gravidez você começou o pré-natal?
| meses |semanas |Não se aplica
43. Quantas consultas de pré-natal você fez durante a gravidez? |consultas
44. Local de realização do pré-natal: 1. Público 2. Privado
3. Convênio 4. Uma parte no público e outra no privado/convênio
45. Qual o profissional que lhe atendeu na maioria das consultas durante o pré-natal?
 1. Enfermeiro 2. Médico 3. Outros 4. Não soube responder
46. Além de você outro familiar/ acompanhante participava das consultas?
 1. Sim 2. Não
47. Recebeu orientações sobre aleitamento materno no pré-natal?
 1.Sim 2. Não (VÁ PARA QUESTÃO Nº 54)
48. Quem lhe forneceu? |
1. Enfermeiro 2. Médico 3. Familiares 4. Outros
- Quais informações você recebeu?
49. Posição e pega correta de amamentar 1. Sim 2. Não
50. Características/composição do leite materno 1. Sim 2. Não
51. Benefícios para a mãe 1. Sim 2. Não
52. Benefícios para o recém-nascido 1. Sim 2. Não
53. Cuidados com as mamas 1. Sim 2. Não
54. Você participou de **curso/grupo de gestante**? 1. Sim 2. Não (VÁ PARA QUESTÃO Nº 63)

55. Em que local ? 1. Posto de Saúde (UBS/ESF) 2. Hospital público
3. Hospital privado 4. Outro, qual? _____

56. Além de você outro familiar/ acompanhante participava dos grupos? 1. Sim
2. Não

57. Você recebeu orientações sobre aleitamento durante esse curso/ grupo ? 1.
Sim 2. Não

Se sim, quais foram essas informações?

58. Posição/pega correta de amamentar 1. Sim 2. Não

59. Características/composição do leite materno 1. Sim 2. Não

60. Benefícios para a mãe 1. Sim 2. Não

61. Benefícios para o bebê 1. Sim 2. Não

62. Cuidados com as mamas 1. Sim 2. Não

Sobre o preparo das mamas:

63. Durante a gestação você utilizou nas mamas **cremes/óleos** 1. Sim 2. Não

64. Durante a gestação você utilizou nas mamas **buchas** 1. Sim 2. Não

65. Durante a gestação você realizou nas mamas **exercícios mamilares**
 1. Sim 2. Não

66. Durante a gestação você fez **exposição dos mamilos ao sol** 1. Sim 2. Não

67. Foi indicado por quem? 1. Enfermeiro 2. Médico 3. Familiares
4. Amiga 5. Outros 6. Não se aplica

5. HISTÓRIA PREGRESSA SOBRE ALEITAMENTO MATERNO:

(**ATENÇÃO!** Esse bloco só deve ser respondido por puérperas que são múltiparas)

68. Você amamentou seus outros filhos? 1. Sim 2. Não (VÁ PARA QUESTÃO
Nº 82)

69. **Se sim.** Por quanto tempo os outros filhos foram amamentados? (começar pelo filho mais velho) A_____ B_____ C_____ D_____ E_____ não sabe

(SE SIM, VÁ PARA QUESTÃO Nº 82)

Se não, por que?

70. Doença materna |__| 1. Sim 2. Não

71. Doença da criança |__| 1. Sim 2. Não

72. Não tinha leite |__| 1. Sim 2. Não

73. Não quis amamentar |__| 1. Sim 2. Não

74. Não conseguia amamentar |__| 1. Sim 2. Não

75. O bebê não conseguia mamar |__| 1. Sim 2. Não

76. Rachadura nos mamilos/"figo" |__| 1. Sim 2. Não

77. A mama empedrou? |__| 1. Sim 2. Não

3. Outra, qual? _____ 4. Não se aplica

Você enfrentou algum problema na amamentação de seus filhos anteriores?

78. Seu leite secou |__| 1. Sim 2. Não

79. Mama(s) empedrou |__| 1. Sim 2. Não

80. Seu leite era fraco |__| 1. Sim 2. Não

81. Teve "Figo", rachaduras/fissuras |__| 1. Sim 2. Não

3. Outra, qual? _____ 4. Não se aplica

6. ALEITAMENTO MATERNO NO CENTRO OBSTÉTRICO:

82. Você teve acompanhante? |__| 1. Sim 2. Não (VÁ PARA QUESTÃO Nº 87)

Se sim, em que local(s)?

83. Sala de pré-parto |__| 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

84. Sala de parto |__| 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

85. Sala de recuperação 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

86. Quem foi esse acompanhante?

1. Pai do bebê 2. Mãe 3. Sogra 4. Irmã 5. Amiga 6. Outro

87. Você amamentou durante o período em que esteve no Centro Obstétrico?

1. Sim 2. Não (VÁ PARA QUESTÃO Nº 110)

88. Seu bebê foi colocado em contato com o seu corpo na sala de parto (Contato pele a pele)?

1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

89. Seu bebê foi colocado para mamar na sala de parto?

1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

90. Quanto tempo após o nascimento (em horas) seu bebê mamou pela primeira vez?

1. Durante a primeira hora . 2. ____ horas 3. Não se aplica

91. Seu bebê mamou na sala de recuperação 1. Sim 2. Não

92. Você precisou de ajuda na amamentação na sala de recuperação?

1. Sim 2. Não (VÁ PARA QUESTÃO Nº 104)

Se sim, porque razão?

93. Dificuldade de você se posicionar 1. Sim 2. Não

94. Dificuldades em relação aos mamilos 1. Sim 2. Não

95. Dificuldade de posicionamento do bebê 1. Sim 2. Não

96. O bebê não conseguia “pegar” o peito 1. Sim 2. Não

97. O bebê “pegava” o peito, mas não conseguia sugar 1. Sim 2. Não

3. Outra 4. Não se aplica 5. Outra, qual? _____

98. Quem lhe ajudou na amamentação?

1. Enfermeira (o) 2. Médico 3. Enf^a. Consultora 4. Estudante de enf.

5. Técnico de enfermagem 6. Acompanhante 7. Não soube identificar

O que foi lhe orientado/feito nesta ajuda?

99. Orientações da técnica de amamentação: pega/posicionamento

1. Sim 2. Não

100. Indicação de TCM 1. Sim 2. Não

101. Indicação de pomada com corticóide 1. Sim 2. Não

102. Ajuda para posicionar o bebê 1. Sim 2. Não

103. Ajuda para posicionar a mãe 1. Sim 2. Não

3.Outra, qual? _____

104. Seu(s) acompanhantes precisou (aram) lhe ajudar durante a amamentação?

1. Sim 2. Não (VÁ PARA QUESTÃO Nº 110)

Se sim, porque razão? (LER AS OPÇÕES)

105. O profissional não podia me ajudar no momento 1. Sim 2. Não

106. Teve dificuldade na posição, pois estava com dor 1. Sim 2. Não

107. Não conseguia posicionar o bebê 1. Sim 2. Não

108. O bebê não conseguia “pegar” o peito 1. Sim 2. Não

109. O bebê “pegava” o peito, mas não conseguia sugar

1. Sim 2. Não 3. Outra, qual? _____

110. O seu bebê recebeu algum **complemento/outro leite**?

1. Sim 2. Não 3. Não soube informar (VÁ PARA QUESTÃO Nº 116)

Se sim, por que?

111. O leite ainda não havia descido 1. Sim 2. Não

112. O bebê estava chorando muito 1. Sim 2. Não

113. O bebê estava com hipoglicemia (açúcar baixo no sangue) 1. Sim 2. Não

114. O bebê nasceu abaixo do peso 1. Sim 2. Não

3. Outra, qual? _____

115. Como este leite foi dado ao bebê? 1. Copinho 2. Mamadeira 3. Seringa

7. AMAMENTAÇÃO EM ALOJAMENTO CONJUNTO

116. Você tem acompanhante durante sua internação na Unidade de internação

Obstétrica (UIO)? 1. Sim 2. Não (VÁ PARA QUESTÃO Nº 118)

117. Se sim, quem ?

1. Pai do bebê 2. Mãe da puérpera 3. Pai da puérpera 4. Sogra 5. Amiga 6. Outro 7. Não se aplica 8. Outro, qual? _____

118. Você está amamentando nas duas mamas?

1. Sim (VÁ PARA QUESTÃO Nº 124) 2. Não

Se não, porque razão?

119. Dificuldade de posicionar o bebê 1. Sim 2. Não

120. O bebê gosta mais de uma das mamas 1. Sim 2. Não

121. Não tem bico em uma das mamas 1. Sim 2. Não

122. Mamas cheias e doloridas 1. Sim 2. Não 123. Mamas empedradas 1. Sim 2. Não 3. Outra, qual? _____

124. De quanto em quanto tempo você amamenta o seu bebê: (Não ler) 1. Sempre que ele quer (livre demanda) 2. A cada 3 horas 3. A cada 1 hora 4. Não sabe informar

125. Você controla o tempo que o bebê fica mamando? 1. Sim 2. Não

126. Quanto tempo o bebê fica mamando ? (**Não ler**)

1. 10 minutos em cada mama 2. Meia hora em cada mama. 3. O tempo que ele quiser 4. Outros, qual? _____

127. Seu(s) acompanhante(s) precisou(aram) lhe ajudar durante a amamentação?

1. Sim 2. Não (VÁ PARA QUESTÃO Nº 133)

Se sim, porque razão?

128. O profissional não podia me ajudar no momento |__| 1. Sim 2. Não
129. Tenho ou tive dificuldade em me posicionar, pois estava com dor |__| 1. Sim 2. Não
130. Não consigo ou não conseguia posicionar o bebê |__| 1. Sim 2. Não
131. O bebê não consegue ou não conseguia “pegar” o peito |__| 1. Sim 2. Não
132. O bebê pega ou pegava o peito, mas não consegue ou não conseguia sugar |__| 1. Sim 2. Não 3. Outra 4. Não se aplica 5. Outra, qual? _____
133. Seu bebê recebeu **bico/chupeta**? |__| 1. Sim 2. Não (VÁ PARA QUESTÃO Nº 136)
134. Se sim, quem deu? |__| 1. Mãe 2. Pai 3. Avó materna 4. Avó paterna 5. Outro, quem foi esta pessoa? _____
135. Porque foi dado bico/chupeta ao bebê? |__| 1. Estava chorando muito 2. Queria mamar toda hora 3. Outro, qual? _____
136. Você necessitou de ajuda de algum profissional na amamentação? |__| 1. Sim 2. Não (VÁ PARA QUESTÃO Nº141)
137. Se sim, qual profissional lhe ajudou? |__| |__| |__| 1. Enfermeira 2. Médico 3. Técnico de enfermagem 4. Enf^a. Consultora 5. Estudante de enfermagem 6. Nutricionista 7. Outro
- O que foi lhe orientado/feito nesta ajuda?**
138. Orientações da técnica de amamentação: pega, posicionamento |__| 1. Sim 2. Não
139. Indicação de TCM |__| 1. Sim 2. Não

140. Indicação de pomada com corticóide 1. Sim 2. Não 3.Outra 4. Outra, qual?_____

141. Você realizou ordenha/retirada manual? 1. Sim 2. Não

142. Você recebeu orientações sobre como ordenha/retirar o leite?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe (VÁ PARA QUESTÃO Nº 144)

143. Se sim, de qual profissional? 1. Enfermeiro 2. Médico 3. Enf^a consultora 4. Técnica (o) de enfermagem 5. Acadêmica (o) de enfermagem 6. Nutricionista 7.Outros 8. Outro, qual?_____

144. O seu bebê recebeu algum complemento/outro leite?

1. Sim 2. Não (VÁ PARA QUESTÃO Nº150)

Se sim, por que?

145. O leite ainda não havia descido 1. Sim 2. Não

146. O bebê estava chorando muito 1. Sim 2. Não

147. O Bebê estava com hipoglicemia (açúcar baixo no sangue) 1. Sim 2. Não

148. O bebê nasceu com baixo peso 1. Sim 2. Não

4. Outra, qual?_____

149. Como este leite foi dado ao bebê?

1. Copinho 2. Mamadeira 3. Seringa

150. Você tem queixas em relação à amamentação: 1. Sim 2. Não

151. Você sente **desconforto** (ardência/fisgadas) ao amamentar? 1. Sim 2. Não

152. Você sente **cólicas** ao amamentar? 1. Sim 2. Não

153. Você sente **dor** ao amamentar ? 1. Sim 2. Não

154. Você sente que suas mamas estão **cheias e doloridas**? 1. Sim 2. Não

155. Você sente que suas mamas estão **empedradas**? 1. Sim 2. Não

156. Alguma outra queixa além dessas perguntadas? Qual? _____

157. Você usou ou está usando alguma pomada, creme, loção, óleo? |___|

1. Sim 2. Não (VÁ PARA QUESTÃO Nº 161)

158. Quem lhe forneceu?|___| 1. Enfermeira 2. Médico 3. Técnico de enf.

4. Acadêmico de enfermagem 5. Enfª. Consultora 6. Familiar 7. Outros

Se sim, por que motivo você está usando?

159. Estava com os mamilos machucados |___| 1. Sim 2. Não

160. Estava sentindo dor |___| 1. Sim 2. Não 3.Outra 4. Não se aplica

5.Outra, qual? _____

161. Você foi encaminhada ao Banco de Leite? |___| 1. Sim 2. Não (VÁ PARA QUESTÃO Nº 163)

162. Se sim, por qual motivo? |___|

1. Mamas muito cheias 2. Estimular as mamas 3. Não soube informar 4. Outro

163. Você costuma passar leite materno nos mamilos após as mamadas? |___|

1. Sim 2. Não 3. Se sim, por que? _____

DADOS DO RECÉM-NASCIDO COLETADOS DO PRONTUÁRIO

164. Idade gestacional (método Capurro) |___|_|___|semanas gestação.

165. Classificação do recém-nascido: |___| 1. PIG 2. AIG 3. GIG

166. Sexo do bebê: |___| 1. Feminino 2. Masculino

167. Peso do recém-nascido ao nascer: |___|_|___|_|___|gramas

168. Mamou na primeira hora de vida: |___| 1. Sim 2. Não 3. Não há registro

169. Apgar no primeiro e quinto minuto |___|_|___|

EXAME DAS MAMAS REALIZADO PELA PESQUISADORA

170. **Condições das mamas após o parto:** |___|

1. Flácidas 2. Túrgidas/cheias 3. Endurecidas ou ingurgitadas

171. **Tipo de mamilos:** |___|

1. Ambos mamilos protrusos 2. Apenas um mamilo protruso
3. Ambos mamilos semi-protrusos 4. Apenas um mamilo semi-protruso
5. Ambos mamilos planos 6. Apenas um mamilo plano
7. Ambos mamilos umbilicados 8. Apenas um mamilo umbilicado

172. **Alterações nas mamas**, com presença de: |___|

1. Ambas mamas com eritema 2. Apenas uma mama com eritema
3. Ambas mamas com edema 4. Apenas uma mama com edema
5. Ambas mamas com hematomas ou equimoses 6. Apenas uma mama com hematomas ou equimoses
7. Ambas mamas sem alterações

173. **Alterações nas aréolas**, com presença de: |___|

1. Ambas aréolas com eritema 2. Apenas uma aréola com eritema
3. Ambas aréolas com edema 4. Apenas uma aréola com presença de edema
5. Ambas aréolas com bolha (s) 6. Apenas uma aréola com bolha (s)
7. Ambas aréolas com equimoses 8. Apenas uma aréola com equimoses
9. Ambas aréolas com “Manchas” brancas, amarelas ou escuras 10. Apenas uma aréola com “Manchas” brancas, amarelas ou escuras
11. Ambas aréolas sem alterações

174. **Avaliação mamilar:** |___|

1. Ambos mamilos com coloração homogênea 2. Apenas um mamilo com coloração homogênea 3. Ambos mamilos com despigmentação parcial ou total (alteração da coloração do mamilo em relação à aréola)
4. Apenas um mamilo com despigmentação parcial ou total (alteração da coloração do mamilo em relação à aréola)
5. Ambos mamilos hiperemiados 6. Apenas um mamilo hiperemiado
7. Ambos mamilos com bolha(s) 8. Apenas um mamilo com bolha(s)
9. Ambos mamilos fissurados 10. Apenas um mamilo fissurado
11. Ambos mamilos sem alterações

175. **Há registro de trauma mamilar no prontuário materno?** |___| 1. Sim 2. Não

176. **Se sim, onde está registrado:** |___| 1. Evolução de enfermagem

2. Evolução médica 3. Registro de enfermagem (folha de controle de Sinais Vitais) 4. Outro, qual? _____

177. **Há registro ou queixa de mamilos doloridos?**

|___| 1. Sim 2. Não (VÁ PARA QUESTÃO Nº 179)

178. **Se sim, onde está registrado:** |___| 1. Evolução de enfermagem

2. Evolução médica 3. Registro de enfermagem (folha de controle de Sinais Vitais) 4. Outro, qual? _____

179. **Há solicitação de consultoria em lactação no prontuário (ON LINE - MÃE OU BEBÊ)** |___| 1. Sim 2. Não

180. **Há registro de atendimento pela consultoria em lactação no prontuário (ON LINE - MÃE OU BEBÊ)** |___| 1. Sim 2. Não

**ANEXO 1 - Dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno
(UNICEF,1989).**

Dez Passos para o sucesso do Aleitamento Materno

- 1º) Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deverá ser rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde.
- 2º) Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar a referida norma.
- 3º) Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.
- 4º) Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
- 5º) Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a serem separadas de seus filhos.
- 6º) Não dar aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno a não ser que tenha indicação clínica.
- 7º) Praticar o alojamento conjunto (permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia).
- 8º) Encorajar o aleitamento sob livre demanda.
- 9º) Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
- 10º) Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

ANEXO 2 - TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS

Título do Projeto

Fatores associados à prática do aleitamento materno em um Hospital Amigo da Criança	Cadastro no GPPG
---	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, ____ de _____ de 20__.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Profª Drª Annelise de Carvalho Gonçalves	
Profª Drª. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha	
Profª Drª Lilian Córdova do Espírito Santo	
Márcia Dornelles Machado Mariot	
Jéssica Machado Teles	

ANEXO 3 - Carta de aprovação da COMPESQ Escola de Enfermagem

Dados do Projeto de Pesquisa

Projeto Nº: 22179

Título: FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EM UM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Área do Conhecimento: Enfermagem Obstétrica

Início: 01/02/2012

Previsão de conclusão: 31/07/2013

Situação: projeto em andamento

Origem: Escola de Enfermagem

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil

Projeto da linha de pesquisa Fundamentos e Práticas de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente

Projeto envolve aspectos éticos da categoria: Projeto Em Seres Humanos

Objetivo: Verificar os fatores associados à prática do aleitamento materno nas unidades de centro obstétrico e alojamento conjunto de um Hospital Amigo da Criança, em Porto Alegre, RS.

Equipe UFRGS

Nome: Annelise De Carvalho Goncalves

Participação: Coordenador

Início: 01/02/2012

Anexos

Projeto Completo

Data de Envio: 09/12/2011

Avaliações

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 11/01/2012

ANEXO 4 - Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 120001

Data da Versão do Projeto: 10/02/2012

Data da Versão do TCLE: 06/02/2012

Pesquisadores:

ANA LUCIA DE LOURENZI BONILHA

LILIAN CORDOVA DO ESPIRITO SANTO

JÉSSICA MACHADO TELES

MARCIA DORNELLES MACHADO MARIOT

ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES

Título: FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EM UM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 13 de fevereiro de 2012.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA