

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

**EFEITO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A
TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO NAS FREQUÊNCIAS
DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E
PROBLEMAS DECORRENTES DA LACTAÇÃO**

LUCIANA DIAS DE OLIVEIRA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Porto Alegre, Brasil

2004

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

**EFEITO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A
TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO NAS FREQUÊNCIAS
DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E
PROBLEMAS DECORRENTES DA LACTAÇÃO**

LUCIANA DIAS DE OLIVEIRA

Orientadora: Prof^a Dra. Elsa Regina Justo Giugliani

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

Porto Alegre, Brasil

2004

048e Oliveira, Luciana Dias de

Efeito de Intervenção para melhorar a técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e problemas decorrentes da lactação / Luciana Dias de Oliveira; orient. Elsa Regina Justo Giugliani. – 2004.

74f.: il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação Medicina: Pediatria. Porto Alegre, BR-RS, 2004.

1. Aleitamento materno 2. Transtornos da lactação 3. Estudos de intervenção I. Giugliani, Elsa Regina Justo II. Título.

NLM: WS 125

Esse trabalho me ensinou a ser curiosa, a querer sempre mais uma resposta, a aprender. E como não poderia deixar de ser, dedico-o ao Vitor, meu marido, por ter compartilhado comigo cada dia, cada alegria, cada dificuldade ao longo do caminho!

“Devemos relacionar a ética da compreensão entre as pessoas com a ética da era planetária, que pede a mundialização da compreensão. A única verdadeira mundialização que estaria a serviço do gênero humano é a da compreensão, da solidariedade intelectual e moral da humanidade”.

(Edgar Morin, 2002)

AGRADECIMENTOS

Às mulheres/mães que abriram as portas de suas casas com alegria e forneceram as informações tão importantes para a realização desse trabalho.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

À colega e amiga Maristela, com quem iniciei minha caminhada na Pós-Graduação, por todas as horas que passamos juntas dividindo alegrias e dificuldades.

À Lilian, uma amiga muito querida que sempre esteve pronta para me ajudar.

Aos bolsistas Danieli, Cecília, Danusa, Marione, Breno e Patrícia, incansáveis em sua participação na coleta de dados.

À Vânia e Ceres, pela ajuda com os cálculos e os programas estatísticos.

À Rosane, secretária do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Pediatria, pelas várias vezes em que me ajudou.

À minha mãe Lecy, pelas orações e pelo orgulho.

Ao Diogo, meu sobrinho, que fez brotar em mim o interesse pelo tema dessa dissertação.

Ao Marcelo, meu irmão e Ana Paula, minha cunhada, pelo incentivo.

À minha avó postiça, Maria, aos meus sogros, Ligia e Caetano e aos meus cunhados, Fabrício, Natália e Marcelo, por terem torcido por mim.

E, especialmente, à Dra. Elsa, por ter sido tão exigente, me levando a fazer o melhor que eu pudesse; tão correta, me mostrando como trabalhar de maneira ética e respeitosa e tão orgulhosa de cada resultado e cada pequena vitória, me enchendo de coragem. Obrigada por ter me conduzido por esse caminho de aprendizagem, indicando-me novas perspectivas e possibilidades.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS E QUADRO	viii
LISTA DE TABELAS	ix
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Importância do aleitamento materno	2
1.2 A prática do aleitamento materno no Brasil e em Porto Alegre	6
1.3 A técnica de amamentação	7
1.3.1 Fisiologia da sucção	9
1.3.2 Importância da pega adequada	10
1.3.3 Instrumentos de observação de mamada	11
1.3.4 Estudos sobre a técnica de amamentação em grupos populacionais	13
1.3.5 Estudos de intervenção relacionados com a técnica de amamentação	15
1.4 Justificativa para o estudo	20
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo geral	22
2.2 Objetivos específicos	22
3 POPULAÇÃO E MÉTODO	23
3.1 Delineamento da pesquisa	24
3.2 População	24
3.3 Processo de amostragem	24
3.3.1 Cálculo do tamanho da amostra	24
3.3.2 Critérios de inclusão	25
3.3.3 Critérios de exclusão	25
3.3.4 Seleção da amostra	25
3.3.5 Alocação para os grupos	26
3.4 Intervenção	26
3.5 Coleta de dados	28
3.5.1 Na maternidade	28
3.5.2 No seguimento	30
3.6 Variáveis envolvidas no estudo	30
3.7 Estudo piloto	32

3.8 Equipe de trabalho	32
3.9 Considerações éticas.....	33
3.10 Análise dos resultados	34
4 REFERÊNCIAS	36
5 ARTIGO - EFEITO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO NAS FREQUÊNCIAS DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E PROBLEMAS DECORRENTES DA LACTAÇÃO	42
Resumo	44
Abstract.....	44
Introdução.....	45
Metodologia.....	46
Resultados.....	49
Discussão.....	50
Referências	55
ANEXO.....	62
ANEXO A – Formulário para Avaliação de Mamada - OMS	63
APÊNDICES	64
APÊNDICE A – Questionário Inicial.....	65
APÊNDICE B – Questionário de Seguimento	68
APÊNDICE C – Lista de Problemas com as Mamas	72
APÊNDICE D – Termo de Consentimento.....	74

LISTA DE FIGURAS E QUADRO

Figura 1: Posicionamento mãe/bebê adequado para a amamentação.....	8
Figura 2: Seqüência adequada de pega do bebê na mama.....	10
Figura 3: Intervenção.....	27
Figura 4: Observação de mamada na maternidade.....	29
Figura 5: Observação de mamada no domicílio.....	30
Quadro 1: Características da técnica adequada de amamentação quanto ao posicionamento, pega e sucção.....	8

LISTA DE TABELAS

Tabelas inseridas no artigo

Tabela 1 – Características da população estudada, por grupo.....	57
Tabela 2 – Frequência de itens desfavoráveis à qualidade da técnica de amamentação na maternidade e aos 30 dias após o parto, por grupo.....	58
Tabela 3 – Média do número de itens desfavoráveis à qualidade da técnica de amamentação na maternidade e aos 30 dias após o parto, por grupo.....	59
Tabela 4 – Frequência de aleitamento materno exclusivo aos 7 e 30 dias após o parto, por grupo.....	60
Tabela 5 – Frequência de problemas decorrentes da amamentação, por grupo	61

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Importância do aleitamento materno

A importância do aleitamento materno para a criança, a mãe, a família e a sociedade vem sendo objeto de estudo principalmente nos últimos 20-25 anos. O efeito mais marcante da amamentação se dá sobre a mortalidade infantil, considerando-se que o aleitamento materno pode reduzir em 50% as mortes por doenças respiratórias e em 66% as mortes por diarreia (VICTORA et al., 1999). Estudo realizado nos Estados Unidos, de âmbito nacional, concluiu que o aleitamento materno está associado com redução do risco de morte pós-natal; sua promoção poderia diminuir em cerca de 720 o número de mortes infantis por ano naquele país (CHEN; ROGAN, 2004). Na América Latina, o aleitamento materno poderia prevenir cerca de 13% (52.000) de todas as mortes infantis, sendo que a maior redução seria sobre as mortes por diarreia e doença respiratória (BETRÁN et al., 2001). Em 14 municípios do Estado de São Paulo, no Brasil, a estimativa média de impacto da amamentação sobre o coeficiente de mortalidade infantil foi de 9,3% (ESCUDEIR et al., 2003). Em Pelotas, no Rio Grande do Sul, crianças menores de dois meses que não recebiam leite materno tinham uma chance quase 25 vezes maior de morrer por diarreia e 3,3 vezes maior de morrer por doença respiratória, quando comparadas com crianças em aleitamento materno que não recebiam

outro tipo de leite (VICTORA et al., 1987). Essa proteção tende a diminuir se o bebê receber qualquer outro alimento além do leite da mãe, inclusive chá, água ou suco (VICTORA et al., 1989).

O efeito protetor do leite materno também é observado nos estudos sobre morbidade infantil, principalmente por infecções gastrintestinais e respiratórias. Várias pesquisas mostram que a promoção do aleitamento materno exclusivo está associada à redução do risco de doença gastrintestinal (BHANDARI et al., 2003; KRAMER et al., 2003; KRAMER; KAKUMA, 2004). Pesquisas realizadas no Peru (BROWN et al., 1989) e nas Filipinas (POPKIN et al., 1990) mostram que a prevalência de diarreia dobrou em crianças menores de seis meses que recebiam água ou chás, quando comparadas com crianças em aleitamento materno exclusivo. Estudo realizado por Victora et al., em 1992, constatou que crianças não amamentadas tiveram um risco 3,3 vezes maior de desidratar na vigência de diarreia, o que sugere que o aleitamento materno tem influência não só no número de episódios de diarreia, como também na gravidade dos mesmos.

Da mesma maneira, vários estudos apontam o papel protetor do leite materno contra as infecções respiratórias. Metanálise realizada por Bachrach et al. (2003) concluiu que bebês saudáveis alimentados com fórmula têm um risco três vezes maior de internação por doença respiratória do que bebês alimentados exclusivamente com leite materno pelo menos até os quatro meses de vida.

Além do efeito protetor na morbidade por doenças gastrintestinais e respiratórias, o aleitamento materno protege a criança contra outras doenças como otite média (UHARI et al., 1997; VERNACCHIO et al., 2004), alergias gastrintestinais, respiratórias e cutâneas,

incluindo asma, dermatite atópica e rinite alérgica (KULL et al., 2002; VAN ODIJK et al., 2003), e, possivelmente, contra doenças crônicas como doença celíaca, doença de Crohn, colite ulcerativa, *diabetes mellitus*, linfoma, doença de Hodgkin e leucemia (DAVIS, 2001), além da obesidade na infância (DEWEY, 2003). Resultados de estudo recente realizado por Dundaroz et al. (2003) sugerem que pode haver dano no DNA de linfócitos de crianças não amamentadas, o que pode estar relacionado com malignidade na infância e ao longo da vida.

O leite materno proporciona para a criança uma nutrição de alta qualidade, com todos os nutrientes essenciais para um crescimento e desenvolvimento adequados, além de ser mais bem digerido quando comparado com leites de outras espécies (SACHDEV et al., 1991; DEWRETT et al., 1993; VITOLO, 2003). Estudo realizado com o objetivo de avaliar o crescimento de crianças alimentadas exclusivamente com leite materno durante os seis primeiros meses de vida observou que essas crianças chegaram aos seis meses com peso superior ao percentil 50 da curva do *National Center Health Statistics* (NCHS), confirmando as vantagens nutricionais do leite materno (MARQUES et al., 2004).

A amamentação envolve uma interação complexa e multifatorial entre duas pessoas, interferindo tanto na fisiologia quanto no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança, bem como na saúde física e psíquica da mãe (GIUGLIANI, 2004).

Acredita-se que o ato de amamentar favoreça o relacionamento entre a mãe e o filho, embora isso seja difícil de quantificar. É praticamente consenso que a amamentação traz benefícios psicológicos para a criança e para a mãe, gerando sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e realização na mulher (GIUGLIANI, 2004).

Apesar de não haver consenso quanto à associação entre aleitamento materno e desenvolvimento cognitivo, a maioria dos estudos sobre esse assunto concluiu que as crianças amamentadas apresentam vantagens sob o ponto de vista cognitivo quando comparadas com as não amamentadas (GIUGLIANI, 2004). Uma metanálise envolvendo 20 estudos mostrou que as crianças amamentadas tinham escores de desenvolvimento cognitivo significativamente maiores do que as alimentadas com fórmulas, sobretudo aquelas com baixo peso de nascimento (ANDERSON et al., 1999).

O aleitamento materno traz importantes benefícios também para a mãe. Estudos têm demonstrado o efeito protetor do aleitamento materno no câncer de mama pré-menopáusico. Em uma revisão de 20 estudos, 11 apontaram para um efeito protetor do aleitamento materno contra esse tipo de câncer (LABBOK, 2001). Em uma análise de 47 estudos epidemiológicos realizados em 30 países incluindo 50.302 mulheres com câncer de mama e 96.973 mulheres sem a doença, concluiu-se que as mulheres que amamentam mais tempo estão mais protegidas contra o câncer de mama, ao passo que curta duração da amamentação contribui para o aumento da incidência desse tipo de câncer (COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER, 2002). A lactação funciona, ainda, como anticoncepcional, sobretudo nos primeiros seis meses após o parto, quando o bebê está em amamentação exclusiva ou predominante e a mulher se mantém amenorréica (HATCHER et al., 2001).

Apesar do crescente conhecimento sobre as desvantagens de não se amamentar e dos esforços de diversos seguimentos da sociedade e dos profissionais de saúde para promover o aleitamento materno, esta prática no Brasil ainda está muito aquém do preconizado pela Organização Mundial de Saúde.

1.2 A prática do aleitamento materno no Brasil e em Porto Alegre

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda amamentação por dois anos ou mais, sendo os seis primeiros meses de aleitamento materno exclusivo, isto é, a criança deve receber somente leite do peito, sem outros líquidos ou sólidos, incluindo água ou chás, à exceção de remédios ou gotas de vitaminas e minerais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Um movimento mundial para resgatar o aleitamento materno como método preferencial de nutrir a criança pequena teve início na década de 70. No Brasil, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno foi iniciado em 1982 e, desde então, surgiram inúmeras campanhas pró-amamentação nos âmbitos nacional e local. Como resultado, as taxas de aleitamento materno vêm crescendo em todo o País. A duração mediana da amamentação no Brasil subiu de 2,5 meses em 1976 para 5,5 meses em 1989 (VENANCIO; MONTEIRO, 1998) e para 7 meses em 1996 (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997). O último inquérito nacional, realizado em outubro de 1999 nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, exceto no Rio de Janeiro, mostrou uma duração mediana do aleitamento materno de 10 meses. Já em Porto Alegre, a duração mediana da amamentação é de 6,4 meses, inferior, portanto, à mediana nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Quanto ao aleitamento materno exclusivo, as taxas são bem mais baixas que as do aleitamento materno em geral. No Brasil, a duração mediana é de apenas 23 dias e, especificamente em Porto Alegre, de 29,5 dias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A duração da amamentação e da amamentação exclusiva varia nas diversas regiões do

País. De acordo com o inquérito nacional, a região Norte é a que apresenta maior duração mediana do aleitamento materno (414,2 dias), seguida das regiões Centro-Oeste (329,5 dias), Nordeste (252,8 dias), Sudeste (240,6 dias) e Sul (225,2 dias). Curiosamente, a região Sul, que apresenta a menor duração de aleitamento materno, é a região em que as mulheres mais amamentam exclusivamente, com uma mediana de 39,1 dias, seguida das regiões Nordeste (26,3 dias), Norte (24 dias), Centro-Oeste (17,1 dias) e Sudeste (13,1 dias) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Para haver mais avanços nas taxas de aleitamento materno, são necessárias estratégias que visem a diminuir os obstáculos à efetivação dessa prática. Dentre os obstáculos, com frequência são citados baixa produção de leite e problemas relacionados com as mamas, como ingurgitamento mamário, lesões mamilares e mastite. Essas situações podem estar relacionadas com a técnica de amamentação (ZIEMER et al., 1990; MORTON, 1992; RIGHARD; ALADE, 1992).

1.3 A técnica de amamentação

Uma boa técnica de amamentação tem sido citada como um importante fator para o sucesso do aleitamento materno, facilitando o esvaziamento das mamas, o que é importante para uma produção de leite adequada. Uma técnica correta envolve posicionamento adequado da mãe e do bebê durante a mamada, apresentado na figura 1, além de pega eficaz do mamilo e da aréola e sucção efetiva por parte do bebê (MORTON, 1992).

O quadro 1 descreve as características de uma técnica de amamentação adequada.



Figura 1: Posicionamento mãe/bebê adequado para a amamentação

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

Fonte: Giugliani, 2000.

Quadro 1: Características da técnica adequada de amamentação quanto ao posicionamento, pega e sucção

1.3.1 Fisiologia da sucção

O recém-nascido normal tem três reflexos complementares, importantes no processo de extração do leite da mama, que são ativados quando ele se alimenta: o reflexo de busca (rotação), que faz com que o bebê procure o mamilo, abrindo bem a boca; o reflexo de sucção, que é acionado quando o mamilo toca o palato do bebê; e o reflexo de deglutição, quando o leite passa da faringe para o esôfago, ocorrendo o fechamento da glote e a proteção das vias aéreas inferiores, evitando-se, assim, aspirações e coordenando-se a sucção e a deglutição (AKRÉ, 1994; LAWRENCE; LAWRENCE, 1999; KING, 2001).

O primeiro passo para que a criança consiga realizar sucção adequada é a “pega” correta (APPLEBAUN, 1970). Para que isto ocorra, o bebê deve realizar uma ampla abertura da boca e abocanhar, além do mamilo, parte da aréola (cerca de 2 centímetros) (GIUGLIANI, 2000). O mamilo e parte da aréola são comprimidos e alongados pela língua e levados até a região do palato duro (ARDRAN et al., 1958; PETROVIC, 1972). A língua eleva suas bordas, promovendo vedamento e formando um canal central (canolamento) que vai receber o leite e levá-lo até a orofaringe, para ser deglutido (WEBER et al., 1986; TURGEON-O'BRIEN et al., 1996).

Estudo ecográfico mostra que o movimento peristáltico rítmico da língua inicia pela ponta da mesma e segue até a sua base, da frente para trás. A língua e a gengiva inferior comprimem o mamilo contra o palato duro (WEBER et al., 1986). A mandíbula realiza movimentos protrusivos e retrusivos e de abaixamento e elevação, sincronizados com a deglutição (LAAN, 1995; LAWRENCE; LAWRENCE, 1999).

Havendo uma boa pega, o complexo aréolo-mamilar permanece na boca da criança, a ponta da língua não se desprende do mamilo e da aréola e a pressão positiva da língua nessa região faz com que o leite saia. A pressão negativa que se cria na boca do bebê mantém o mamilo e a aréola na mesma posição e facilita a ordenha dos ductos e seios lactíferos (LAWRENCE; LAWRENCE,1999).

1.3.2 Importância da pega adequada

A pega adequada, apresentada na figura 2, é fundamental para que o bebê extraia a quantidade necessária de leite da mama. Se a pega não for adequada e a extração de leite for insuficiente, a secreção de leite tende a diminuir ou, até mesmo, a cessar, uma vez que o esvaziamento da mama contribui para o reflexo neuroendócrino, favorecendo a liberação de prolactina e a atividade secretora de leite (MELLO Jr; ROMUALDO, 2002).



Figura 2: Seqüência adequada de pega do bebê na mama

Muitas vezes, o bebê com pega inadequada é capaz de obter o chamado leite anterior, mas tem dificuldade para retirar o leite posterior, mais nutritivo e rico em gorduras. Assim, solicita a mama com mais frequência, além de poder ter baixo ganho ponderal. Tais situações podem gerar conflitos, frustrações e dúvidas na mãe quanto a sua capacidade de alimentar o bebê, contribuindo com os mitos de “leite fraco” e “pouco leite” (OMS/UNICEF, 1997;

SANCHES, 2000; GIUGLIANI, 2004).

Além disso, a pega de má qualidade pode ocasionar problemas como lesões no mamilo e na aréola, que trazem dor e desconforto para a mãe, dificultando a continuidade do aleitamento materno (GIUGLIANI, 2000). Righard e Alade (1992), ao acompanharem 82 pares de mães e bebês, constataram que a técnica de sucção adequada tem influência significativa sobre a duração do aleitamento materno.

Já em 1996, Righard, ao observar 52 duplas mães/bebês cujas mães tinham diagnóstico de trauma mamilar, constatou que em 94% das duplas as crianças sugavam de maneira inadequada e que apenas 10% das crianças das mães sem traumas mamilares tinham esse problema.

No Brasil, o acompanhamento de duplas mães/bebês nascidos em dois hospitais de Santos, São Paulo, durante os primeiros três meses pós-parto, constatou que a dificuldade de pega, o ingurgitamento mamário e as fissuras mamilares ocorridos nos primeiros 30 dias após o parto foram alguns dos fatores de risco relacionados com o desmame precoce (SEGALL, 1996).

1.3.3 Instrumentos de observação de mamada

A partir do conhecimento da técnica favorável de amamentação, tornou-se possível a elaboração de instrumentos para avaliar mamadas e identificar possíveis problemas. Dentre eles destacam-se os seguintes.

A. Formulário para observação de mamada preconizado pela Organização Mundial de Saúde (Organização Mundial de Saúde / Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1997) (Anexo A). Trata-se do instrumento utilizado no curso de “Aconselhamento em Amamentação” que tem por objetivo capacitar trabalhadores da área da saúde a desenvolver habilidades clínicas e interpessoais para apoiar e tornar bem sucedida a prática da amamentação. Esse formulário, que avalia a mamada e detecta possíveis problemas, está dividido em seis blocos: (1) postura corporal – avalia posicionamento e conforto da mãe, proximidade entre bebê e mãe e alinhamento e apoio do corpo do bebê; (2) respostas da dupla mãe/bebê – avalia as respostas do bebê ao seio (reflexo de busca ou rotação), interesse e tranquilidade do bebê e sinais de ejeção do leite; (3) vínculo emocional – avalia a maneira da mãe segurar o bebê e sua atenção em relação a ele (olhar e toque); (4) anatomia das mamas – avalia as condições da mama e do mamilo com relação a ingurgitamento, tipo de mamilo, lesões mamilares e aspecto da mama; (5) sucção – avalia itens da pega e alguns aspectos do padrão de sucção do bebê; (6) tempo gasto na mamada – avalia a duração da mamada e a maneira como ela termina.

B. *Breastfeeding Score Checklist* (INGRAM et al., 2002) – Instrumento não validado, criado especialmente para a pesquisa realizada em Bristol, Reino Unido, sobre técnica de amamentação e apoio para pais e famílias. Avalia a técnica da amamentação por meio da observação de oito itens – posicionamento e conforto da mãe, apoio da mama, posicionamento e apoio do corpo do bebê, alinhamento do bebê em relação à mama, sucção do bebê e relaxamento da mãe e do bebê durante a mamada – atribuindo pontuação zero ou um, de acordo com a ausência ou presença de cada comportamento.

C. LATCH (JENSEN et al., 1994; RIORDAN et al., 2001) – Instrumento validado nos

Estados Unidos por consultoras em lactação, utilizado em hospitais e maternidades para identificar mães com risco de desmame precoce relacionado à má técnica de amamentação. É baseado em observação e descrição da mamada. Cada letra do acrônimo representa uma característica: L (*latch*) refere-se à qualidade da pega da criança no seio; A (*audible swallowing*) refere-se à possibilidade de se ouvir a deglutição do bebê enquanto está mamando; T (*type of nipple*) avalia o tipo de mamilo; C (*comfort*) refere-se ao conforto da mãe em relação à mama e ao mamilo; H (*hold*) refere-se ao fato da mãe precisar ou não de ajuda para posicionar o bebê. Cada categoria recebe um escore numérico (0, 1 ou 2), sendo possível um escore máximo de 10 pontos.

1.3.4 Estudos sobre a técnica de amamentação em grupos populacionais

Poucos estudos têm sido realizados sobre a relação da técnica de amamentação com problemas nas mamas e desmame precoce, tanto em âmbito mundial quanto nacional.

No estudo que validou o instrumento LATCH (RIORDAN et al., 2001), nos Estados Unidos, foram avaliadas 133 duplas mães/bebês quanto à técnica de amamentação entre 24 e 72 horas após o parto. Posteriormente, com oito semanas, as mães eram questionadas por telefone quanto ao padrão de amamentação na sexta semana após o parto. Foi constatado que as mulheres que ainda amamentavam na sexta semana após o parto tinham apresentado melhor técnica na maternidade quando comparadas às que interromperam o aleitamento materno antes desse período.

O estudo realizado no Reino Unido, por Ingram et al. (2002), por sua vez, avaliou 395 duplas mães/bebês quanto à técnica de amamentação, durante a internação após o parto.

Foram consideradas amamentando com técnica inadequada 44% das mulheres estudadas.

Cernadas et al. (2003), na Argentina, realizaram um estudo sobre fatores que influenciam a duração do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida. Foram avaliadas 539 duplas mães/bebês quanto à técnica de sucção após o parto no hospital. Durante os primeiros seis meses de vida, mensalmente, as mães foram entrevistadas por telefone sobre o padrão de alimentação dos bebês. Os bebês com técnica de sucção considerada muito boa (bebê abocanha bem a mama, com boca bem aberta, língua abaixo da aréola, lábio inferior evertido, sucções com movimentos lentos e profundos) foram amamentados exclusivamente por quatro meses, em média. Já os considerados com técnica de sucção boa (bebê abocanha a mama com dificuldade, mas suga corretamente após ter iniciado e adquirido uma boa sucção rítmica) mamaram exclusivamente por 3,5 meses e os com sucção considerada ruim (bebês posicionados muito “altos” na mama, boca pouco aberta, segura o mamilo apenas parcialmente e não consegue abocanhar a aréola) por apenas dois meses. A diferença foi estatisticamente significativa.

No Brasil, foi realizado estudo em um hospital “Amigo da Criança” em Santos, São Paulo, sobre dificuldades iniciais da amamentação. O estudo transversal, que abrangeu 409 duplas de mães/recém-nascidos, considerou insatisfatória a mamada em 33% dos recém-nascidos a termo, saudáveis, avaliados nas primeiras 24-48 horas, sendo mais da metade devido à forma incorreta do RN de abocanhar a aréola. A média do escore de posicionamento foi 11,5 (de um máximo de 20 pontos atribuídos a 10 itens) e da pega 6,0 (de um máximo de 10 pontos atribuídos a cinco itens). Apenas 0,2% atingiu escore máximo para posicionamento e 2% para pega. No mesmo estudo foi constatada uma incidência de 47,3% de problemas com as mamas como dor e lesão mamilar nas primeiras 48 horas após o parto (SANCHES, 2000).

Carvalhoes e Corrêa (2003) avaliaram a técnica de amamentação de 50 duplas mães/bebês de uma maternidade pública na cidade de Botucatu, São Paulo, utilizando o instrumento preconizado pela OMS/UNICEF e determinando os escores bom, regular e ruim a partir do número de comportamentos considerados desfavoráveis para cada bloco do formulário. A frequência de binômios que apresentaram comportamentos sugestivos de dificuldades importantes no início do aleitamento materno variou entre 2% e 22 %, conforme o aspecto da mamada avaliado. As dificuldades mais frequentes foram referentes à má posição corporal da mãe e do bebê durante a mamada, tendo 22% das duplas apresentado escore ruim para esse item.

1.3.5 Estudos de intervenção relacionados com a técnica de amamentação

São escassos e com limitações metodológicas os estudos de intervenção abordando a técnica de amamentação. A seguir, são descritos os estudos encontrados nas bases de dados pesquisadas (MedLine, Cochrane, Bireme, Scielo, Periódicos CAPES). É importante ressaltar que não foram encontrados estudos brasileiros relacionados à intervenção e técnica de amamentação.

Com o objetivo de avaliar a técnica de sucção e seu efeito sobre a continuidade do aleitamento materno a longo prazo, Righard e Alade (1992) acompanharam 82 pares de mães/bebês. Os recém-nascidos com técnica inadequada, que sugavam apenas o mamilo, foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos, tendo um dos grupos sofrido intervenção para a correção da técnica de amamentação. A técnica foi observada no momento da alta hospitalar. Os dois grupos foram comparados com um grupo controle, que apresentou a técnica adequada desde o início. As mães foram entrevistadas por telefone na segunda semana

de vida do bebê e no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês após o parto. Os resultados mostraram que a introdução de mamadeira ainda no primeiro mês de vida foi 10 vezes maior no grupo com sucção não corrigida. As taxas de amamentação exclusiva ou não exclusiva foram maiores no grupo que teve a sucção corrigida pela intervenção.

Na Austrália, Duffy et al. (1997) realizaram estudo de intervenção com o objetivo de avaliar, nos quatro dias posteriores ao parto, o efeito de uma orientação em grupo oferecida a mulheres nulíparas com mais de 36 semanas de gestação, durante o acompanhamento pré-natal, tendo como desfechos dor e fissura mamilar e frequência de amamentação com seis semanas de vida do bebê. A intervenção consistia de uma sessão de uma hora de duração com orientações fornecidas por uma consultora em lactação, sobre posicionamento e pega adequados do bebê durante a mamada, com a utilização de boneca para demonstração da técnica. Participaram do estudo 70 mulheres (35 no grupo controle e 35 no experimental), cujos bebês nasceram com 38 semanas de gestação ou mais e saudáveis. Nos primeiros quatro dias após o parto, no hospital, as mães dos dois grupos foram observadas diariamente amamentando, utilizando-se o instrumento de observação de mamada (*LATCH*) para avaliar o posicionamento e a pega do bebê e o instrumento *NTI* (*Nipple Trauma Index*), elaborado para o estudo, para avaliar trauma mamilar. As mães do grupo experimental tiveram escores melhores com relação ao posicionamento e à pega do bebê durante a mamada nos primeiros quatro dias após o parto. A maioria das mães do grupo experimental (80%) não referiu dor alguma nos mamilos, enquanto 40% das mulheres do grupo controle relataram dor intensa nos mamilos. Quase metade das mães do grupo experimental (47%) não apresentou nenhum trauma mamilar, ao passo que todas as mães do grupo controle apresentaram algum tipo de trauma mamilar nos primeiros quatro dias. As taxas de aleitamento na sexta semana após o parto foram maiores nas duplas mães/bebês do grupo experimental do que no grupo controle:

respectivamente 92% e 29%. Não foi testada a associação entre a técnica de amamentação no domicílio e os desfechos estudados (dor e fissura mamilar e frequência de amamentação com seis semanas de vida do bebê). O artigo não refere como foi aplicado o questionário para coletar os dados no domicílio.

Também na Austrália, um estudo randomizado foi realizado por Henderson et al. (2001), para avaliar o efeito de uma intervenção sobre posicionamento e pega na amamentação em puérperas primíparas. A intervenção, que acontecia 24 horas após o parto, era individual e ocorria em uma seção de 30 minutos. Ela consistia de informações sobre anatomia da mama, posições para colocar a criança para mamar e princípios da pega favorável. Utilizando uma mama cobaia para demonstração, o intervencionista prestava somente informações verbais para que a própria mãe posicionasse o bebê, sendo ela corrigida sempre que necessário. A técnica da amamentação e o trauma mamilar foram observados durante a sessão de intervenção e a cada dia subsequente durante a internação, utilizando-se o instrumento LATCH e uma escala para mensurar a intensidade do trauma. No seguimento, as mães foram entrevistadas por telefone na sexta semana e no terceiro e sexto mês de vida da criança, ocasiões em que era aplicado um questionário que investigava dor, trauma mamilar e duração da amamentação. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos experimental e controle no que se refere à duração da amamentação. Menos mulheres do grupo experimental referiram dor nos mamilos no segundo (39% vs 62%; $p=0,004$) e no terceiro (51% vs 68%; $p=0,04$) dias após o parto. Diferenças significativas não foram mais observadas entre os dois grupos em nenhum outro momento. Mães dos grupos experimental e controle apresentaram trauma mamilar (17% e 20%, respectivamente) durante a internação. Contrariando as expectativas, mais mães do grupo experimental disseram sentir-se menos satisfeitas com a amamentação no terceiro e no sexto mês após o parto. Entre as limitações do

estudo, pode-se citar a falta de cegamento, já que a pessoa que realizou a intervenção também aplicou o instrumento que identificava dor e trauma, sabendo, pois, a que grupo pertencia cada participante. É possível que as mães que receberam intervenção tenham ficado hesitantes em admitir que tiveram dor e, ainda, pode ter ocorrido tendenciosidade da pesquisadora na avaliação visual de trauma mamilar. Com relação à alocação nos grupos, as mães sabiam a que grupo pertenciam e é possível que tenham conversado sobre o estudo entre si, já que permaneciam internadas no hospital após a intervenção. As enfermeiras do hospital também sabiam sobre a intervenção e podem ter modificado sua conduta com relação à orientação padrão que as mães recebiam na maternidade.

No St. Michael's Hospital, em Bristol, Reino Unido, foi realizado estudo de coorte prospectivo, não controlado, com o objetivo de determinar se a técnica de amamentação ensinada às mães no período pós-natal imediato aumentaria as chances de sucesso na amamentação e reduziria a incidência de problemas. A técnica era ensinada a todas as mães logo após o parto e tantas vezes quanto necessário, durante toda a permanência na maternidade. Eram prestadas informações sobre o posicionamento confortável da mãe, apoio e aconchego do bebê junto ao corpo da mãe, posicionamento da cabeça do bebê na altura correta, mantendo seu nariz no nível do mamilo no momento da pega, como apoiar a mama com a mão reta, a necessidade do queixo do bebê tocar a mama e sua boca estar bem aberta e como levar o bebê rapidamente ao seio. As 395 mães do estudo foram avaliadas com o instrumento *Breastfeeding Score Checklist*, recebendo escores de 0 a 8. Foram consideradas amamentando com técnica adequada as mães que atingiram escores de 7 a 8 pontos, o que incluiu mais de 50% das mães estudadas neste grupo. Observou-se que as mães com melhor técnica eram primíparas ou mulheres que nunca haviam amamentado e que permaneceram no hospital por mais de três dias, tendo assim a oportunidade de receber as orientações e terem

sua técnica corrigida em vários momentos (INGRAM et al., 2002). No seguimento do estudo, foram aplicados instrumentos na segunda e sexta semanas de vida, enviados pelo correio, com o objetivo de investigar as taxas de aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno e trauma mamilar. Os resultados mostraram um aumento, comparado às taxas da população com baixo nível socioeconômico no sul de Bristol, nas taxas de aleitamento materno exclusivo na segunda ($p < 0,001$) e sexta ($p = 0,02$) semanas, e de aleitamento materno em geral na sexta ($p = 0,005$) semana após a aplicação da intervenção sobre a técnica de amamentação. Apesar das limitações do estudo – falta de grupo controle e a não avaliação da associação entre a técnica e os desfechos –, as autoras concluíram que a técnica adequada é importante não só para a manutenção da amamentação ainda na sexta semana de vida, mas também para as mães, visto que as que realizaram a técnica satisfatoriamente sofreram menos com fissuras nos mamilos.

Na França, em 2003, foi realizado ensaio clínico randomizado para avaliar se uma intervenção individual durante a internação após o parto aumentaria as taxas de aleitamento na décima sétima semana de vida do bebê. Após a randomização, 106 mães internadas receberam intervenção individual, durante 30 minutos, de um profissional com experiência em aconselhamento em amamentação. A intervenção incluía orientações sobre posição para amamentar, livre demanda, indicação para evitar bicos e mamadeiras, manejo de traumas mamilares e ingurgitamento e manutenção da amamentação após retorno ao trabalho. Ao final de 17 semanas de vida dos bebês, não foram encontradas diferenças entre os dois grupos no que se refere às taxas de aleitamento, tanto exclusivo quanto aleitamento materno em geral. Houve, no entanto, um significativo decréscimo nas taxas de trauma mamilar e dor nos mamilos. As mães do grupo experimental apresentaram menos trauma mamilar (12,9% x 23,7% no grupo controle; $p = 0,05$) e menos dor nos mamilos (8,6% x 18,6% no grupo

controle; $p=0,04$). Os pesquisadores alertam para o fato de a pesquisa ter sido realizada em uma única enfermaria da maternidade, podendo ter ocorrido troca de informações entre as participantes, o que explicaria por que as taxas de aleitamento estimadas para o grupo controle estavam acima do esperado (LABARERE et al., 2003).

1.4 Justificativa para o estudo

É praticamente consenso que uma técnica de boa qualidade de aleitamento materno é um fator importante para o sucesso da amamentação. Ela faz com que a criança consiga extrair adequadamente o leite da mama, satisfazendo-se e tendo, assim, um bom desenvolvimento, deixando a mãe confiante em si mesma e evitando problemas relacionados às mamas, como o ingurgitamento mamário, o trauma mamilar e a mastite, que levam ao desmame precoce.

Os poucos estudos no Brasil avaliando a técnica da amamentação apontam para uma baixa qualidade da técnica em geral. Sendo assim, é de se esperar que uma intervenção visando à melhora da técnica de amamentação poderia aumentar as taxas de aleitamento materno exclusivo e diminuir os problemas relacionados com a amamentação, que comumente surgem nas primeiras semanas após o parto. As escassas pesquisas sobre intervenções direcionadas para a técnica de amamentação mostram resultados divergentes e apresentam limitações.

Não há, até o momento, nenhum estudo publicado sobre intervenção direcionada para a técnica de amamentação no Brasil. Daí nasceu a motivação para o presente estudo, que pretendeu contribuir para preencher essa lacuna do conhecimento.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o impacto de uma intervenção direcionada à técnica de amamentação na qualidade da técnica, na frequência de aleitamento materno exclusivo e na prevalência de complicações relacionadas à amamentação no primeiro mês após o parto.

2.2 Objetivos específicos

– Comparar a técnica de amamentação, em puérperas, no dia da alta da maternidade e no final do primeiro mês de vida da criança, em dois grupos de duplas mães/bebês: o das que receberam intervenção (experimental) e o das mães que não receberam (controles).

– Comparar os dois grupos quanto às frequências do aleitamento materno exclusivo aos 7 e 30 dias após o parto.

– Comparar as frequências de complicações com as mamas relacionadas à amamentação (ingurgitamento mamário, lesões mamilares e mastite infecciosa) nos dois grupos, aos 7 e 30 dias após o parto.

3 POPULAÇÃO E MÉTODO

3 POPULAÇÃO E MÉTODO

3.1 Delineamento da pesquisa

Para o desenvolvimento da pesquisa, foi planejado um ensaio clínico randomizado tendo como fator em estudo, a intervenção e, como desfechos, a qualidade da técnica de amamentação, a frequência de aleitamento materno exclusivo e a prevalência de problemas com as mamas, tais como ingurgitamento mamário, trauma mamilar e mastite, no primeiro mês após o parto.

3.2 População

A população-alvo eram puérperas e seus bebês, usuários da maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

3.3 Processo de amostragem

3.3.1 Cálculo do tamanho da amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se o programa EpiInfo 6.04, tendo como

parâmetros: $\alpha = 0,05\%$; $\beta = 80\%$; proporção entre expostos (com intervenção) / não expostos (sem intervenção) = 1:2; prevalência de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês no grupo não exposto à intervenção = 56% (BRAUN et al., 2003); diferença estipulada na prevalência de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês entre o grupo não exposto e o grupo exposto à intervenção = 20%. Assim, estimou-se, como amostra mínima, 146 duplas mães/bebês para o grupo controle e 75 para o grupo experimental.

3.3.2 Critérios de inclusão

Foram consideradas elegíveis para o estudo mães e seus respectivos bebês em alojamento conjunto, devendo os bebês ter peso ao nascer $\geq 2.500\text{g}$, ser não gemelares, ter iniciado a amamentação, residir em Porto Alegre e não apresentar doenças que impedissem ou dificultassem a amamentação.

3.3.3 Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo mães que se separaram dos seus bebês após iniciarem a amamentação.

3.3.4 Seleção da amostra

Diariamente (incluindo finais de semana) pela manhã, eram identificadas no Centro Obstétrico as mães que tiveram parto nas 24 horas do dia anterior e que preenchiam os critérios de inclusão. Destas, eram sorteadas duas duplas mães/bebês por dia, até ser completado o número mínimo de sujeitos calculado para a pesquisa.

3.3.5 Alocação para os grupos

Após a entrevista inicial e a observação da mamada, era feita a alocação da dupla para um dos grupos (intervenção ou controle) por sorteio até que fosse completado o número de sujeitos calculado para o grupo experimental, sendo que todas as duplas que entraram a seguir fizeram parte do grupo controle.

3.4 Intervenção

A intervenção, ilustrada na figura 3, foi realizada na maternidade por duas enfermeiras com experiência em aleitamento materno que não participaram da coleta de dados, após a entrevista inicial e a observação de mamada, em ambiente com privacidade e livre de interrupções. Utilizaram-se os princípios do *aconselhamento em amamentação* (Organização Mundial de Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1997), que orientam o profissional a assumir postura empática para auxiliar a mulher a tomar decisões com confiança e a sentir-se apoiada. O curso “Aconselhamento em Amamentação: Um Curso de Treinamento”, vem sendo oferecido desde 1995 com o suporte do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de saúde e do Instituto de Saúde de São Paulo e tem como objetivo treinar o profissional de saúde em algumas habilidades específicas para facilitar a comunicação com a mãe e atingir uma ação construtiva, considerando as bases fisiológicas da amamentação (BUENO; TERUYA, 2004). São trabalhados princípios básicos como escutar ativamente, utilizar linguagem corporal, prestar atenção, orientar na tomada de decisão e estar disponível para novas orientações quando necessário (CARVALHO; TAMEZ, 2002).

A atividade era realizada com uma ou no máximo duas duplas mães/bebês

simultaneamente. Procurou-se respeitar o momento mais adequado para a atividade, sendo importante que mãe e bebê estivessem tranquilos e a mãe estivesse disponível para interagir com a enfermeira. No início da atividade, a enfermeira se apresentava, esclarecendo que daria orientações sobre como amamentar, sem vincular a atividade à pesquisa, sempre se dirigindo à mãe e ao bebê pelo nome.



Figura 3: Intervenção

A mãe permanecia sentada confortavelmente, com apoio das costas e braços. O bebê era colocado em berço ao lado da mãe ou permanecia no seu colo. A enfermeira sentava em frente ou ao lado da mãe.

Foram trabalhados cinco itens.

1. Uso de vestuário adequado e confortável, para facilitar a exposição da mama e manter o bebê com os braços livres e roupa adequada ao clima.
2. Diferentes posições que a mãe pode assumir ao amamentar, com as costas, braços e pés bem apoiados para manter-se confortável e relaxada.

3. Posição do bebê, com cabeça e corpo alinhados, corpo bem apoiado e boca posicionada de maneira a favorecer a pega assimétrica, ou seja, ao se aproximar a boca do bebê para abocanhar mamilo e aréola, seu nariz deve estar na altura do mamilo materno.

4. Pega adequada, com a boca bem aberta, abocanhando todo o mamilo e boa parte da aréola, postura da língua, lábios e queixo.

5. Ordenha manual, seu objetivo e técnica.

Para ilustrar as orientações, foram utilizadas fotos, boneca e seio cabaia. Sempre que os bebês estiveram disponíveis para mamar, os diferentes itens da técnica foram demonstrados utilizando-se a própria mãe e bebê como modelo. Após a orientação da ordenha manual, a mãe era estimulada a realizá-la com o auxílio da enfermeira.

Ao final da atividade, eram esclarecidas eventuais dúvidas, e a mãe era encaminhada ao seu quarto.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de junho a dezembro de 2003 e foi realizada na maternidade e, após, no domicílio das mães.

3.5.1 Na maternidade

No segundo ou terceiro dia após o parto, a mãe era entrevistada, aplicando-se um questionário padronizado (Apêndice B) que coletou informações relativas às características sociodemográficas e a alguns aspectos relacionados ao acompanhamento pré-natal, ao parto e

à experiência prévia com amamentação. Após, foi investigada a presença de problemas com as mamas (trauma mamilar, ingurgitamento mamário e mastite), por intermédio de observação das mamas e relato das mães. Por último, era observada uma mamada completa em que eram pesquisados dois blocos de itens desfavoráveis à qualidade da técnica, retirados do instrumento de observação de mamada recomendado pela Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*, 2001): o do posicionamento mãe/bebê (mãe com ombros tensos, não relaxada; bebê distante da mãe; cabeça e tronco do bebê não alinhados; queixo do bebê não toca o seio; bebê não apoiado firmemente, somente ombro e cabeça do bebê apoiados) e o da pega do bebê (boca pouco aberta; lábio inferior não virado para fora; e pega não assimétrica, ou seja, a criança não pegava mais aréola na parte inferior da boca), ilustrado na figura 4.

Para uniformização da observação de mamadas, as pesquisadoras responsáveis por essa tarefa foram treinadas até atingirem concordância de 90% entre suas observações, sendo, para isso, necessário realizar 300 observações de mamada.



Figura 4: Observação de mamada na maternidade

3.5.2 No seguimento

Entre o sétimo e o oitavo dia e o trigésimo e o trigésimo primeiro dia após o parto, no domicílio das mães, foi aplicado um questionário padronizado (Apêndice C) para obtenção de informações sobre o padrão alimentar da criança. Após, foi investigada a presença de problemas com as mamas, utilizando-se a mesma metodologia aplicada na maternidade. Na visita do final do primeiro mês, era também realizada uma observação de mamada, ilustrada na figura 5, utilizando-se a mesma técnica empregada na maternidade.



Figura 5: Observação de mamada no domicílio

3.6 Variáveis envolvidas no estudo

- Técnica de amamentação: dados coletados por meio de observação de uma mamada completa. Foram considerados cinco itens do posicionamento mãe/bebê e cinco itens da pega do bebê.

- Aleitamento materno: considerou-se em aleitamento materno exclusivo a criança que recebia somente leite materno, do peito ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1991).

- Problemas relacionados à amamentação: dados coletados por meio de observação da mama, entrevista com a mãe e preenchimento da “Lista de problemas com as mamas” (Apêndice D). Foram consideradas presença ou ausência de: (1) lesões mamilares, considerando-se presença de fissura, bolha, marcas e/ou equimose observados a olho nu; (2) ingurgitamento mamário, considerando-se mamas muito cheias, dolorosas e endurecidas; e (3) mastite infecciosa, considerando-se o aparecimento de febre, mal-estar, mama dolorida, avermelhada e uso de antibiótico.

- Tipo de parto: dado coletado da planilha do Centro Obstétrico e categorizado em vaginal e cesariana.

- Sexo do bebê: dado coletado na planilha do Centro Obstétrico e categorizado em masculino e feminino.

- Idade da mãe: dado informado pela mãe, em anos completos e categorizado em adolescente (≤ 19 anos) e adulta (> 19 anos).

- Cor da mãe: dado informado pela mãe e categorizado em branca e não branca .

- Escolaridade materna: dado informado pela mãe, em anos completos e categorizado em < 8 anos ou ≥ 8 anos.

- Presença de companheiro: dado informado pela mãe e categorizado em sim, quando o companheiro residia com a mãe e não.

-
- Número de consultas no acompanhamento pré-natal: dado informado pela mãe e categorizado em até 5 e >5.
 - Orientação sobre posicionamento e pega no acompanhamento pré-natal: dado informado pela mãe e categorizado em sim e não.
 - Número de filhos anteriores nascidos vivos: dado informado pela mãe e categorizado em primogênito e não primogênito.
 - Média aritmética do tempo de amamentação dos filhos anteriores: dado informado pela mãe, categorizado em < 6 meses e \geq 6 meses.

3.7 Estudo piloto

Foi realizado estudo piloto com 20 mães para testar a logística do estudo e os instrumentos de coleta de dados, tendo sido realizados os ajustes necessários.

3.8 Equipe de trabalho

A equipe de trabalho contou com os seguintes componentes:

- Orientadora, que supervisionou e orientou todas as fases do desenvolvimento da pesquisa.
- Três alunas de pós-graduação, responsáveis pela seleção da amostra, entrevista com as mães, observação das mamas e de uma mamada no hospital e no domicílio 30 dias após o parto, sendo cegas à intervenção.

- Uma aluna de pós-graduação e uma enfermeira voluntária com experiência em aleitamento materno, responsáveis pela intervenção, que não participaram da coleta dos dados.

- Seis bolsistas de iniciação científica - três acadêmicos de medicina e três de enfermagem - responsáveis pela coleta de dados no domicílio sete dias após o parto e pelo auxílio na digitação dos dados. Os bolsistas foram previamente treinados para executar as suas tarefas, incluindo identificação de trauma mamilar, ingurgitamento mamário e mastite e aplicação do questionário sobre a alimentação da criança.

Foram realizadas reuniões semanais com toda a equipe para acompanhamento do andamento da pesquisa e discussão de ocorrências não previstas no projeto.

3.9 Considerações éticas

As mulheres que fizeram parte do estudo concordaram com a sua participação e assinaram termo de consentimento informado (Apêndice E). A pesquisa foi classificada como de risco mínimo de acordo com a Resolução 196/96 e as Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, propostas pelo CIOMS, em 1993, nos comentários da diretriz 1 sobre Consentimento Informado, em que os riscos mínimos são caracterizados como sendo aqueles não maiores nem mais prováveis do que os ligados ao exame médico ou psicológico de rotina.

As fotos apresentadas neste trabalho foram tiradas durante a pesquisa, tendo sido dado consentimento por escrito para utilização das mesmas, exceto a foto da seqüência da pega correta, que foi cedida pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação do HCPA, conforme consta na Resolução do Projeto nº 02-532.

3.10 Análise dos resultados

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

Inicialmente, foram computadas as frequências de todas as variáveis coletadas e realizada a caracterização do grupo controle e do grupo experimental, para testar se eram semelhantes entre si, utilizando-se o teste de qui-quadrado. Após, foram feitas as seguintes comparações, utilizando-se o teste de qui-quadrado:

- Frequências de cada um dos itens investigados considerados desfavoráveis ao posicionamento mãe/bebê e à pega do bebê nos grupos controle e experimental, na maternidade e aos 30 dias.
- Frequências de aleitamento materno exclusivo nos dois grupos estudados aos 7 e 30 dias.
- Comparação das frequências dos problemas decorrentes da amamentação (ingurgitamento, lesões mamilares e mastite infecciosa) nos dois grupos aos 7 e 30 dias.

Utilizou-se ainda o teste t de Student para comparar as médias de número de itens desfavoráveis à técnica de amamentação, na maternidade e aos 30 dias para cada grupo estudado. Teste t de Student para amostras pareadas foi utilizado para comparar as médias de número de itens desfavoráveis na maternidade e aos 30 dias para cada grupo.

Considerou-se diferença significativa quando $p < 0,05$.

4 REFERÊNCIAS

4 REFERÊNCIAS

1. Akre J. Alimentação infantil: bases fisiológicas. São Paulo: IBFAN Brasil, OMS, OPAS, UNICEF Brasil; 1994. p. 21-2.
2. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999; 70:525-35.
3. Applebaum RM. The modern management of successful breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 1970; 17:203-5.
4. Ardran GM, Kemp FH, Lind J. A cineradiografic study of breastfeeding. *B J Radiol* 1958; 31: 156-62.
5. Bachrach VRG, Schwarz E, Bachrach LR. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157: 237-43.
6. Betrán AP, Onís M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. *BMJ* 2001; 323: 1-5.
7. Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martines J, Black RE, Bhan MK. Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 1418-23.
8. Braun MLG, Giugliani ERJ, Soares MEM, Giugliani C, Oliveira AP, Danelon CMM. Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. *Am J Publ Health* 2003; 93:1277-9.
9. Brown KH, Black RE, Lopez R, Creed K. Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics* 1989; 83:31-40.
10. Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. *J Pediatr (Rio J)* 2004; 80:126- 30.
11. Carvalhaes MABL, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J Pediatr (Rio J)* 2003; 79:13-20.
12. Cernadas JMC, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal

- factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *J Hum Lact* 2003; 19:136-44.
13. Chen A, Rogan J. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the united states. *Pediatrics* 2004; 113: 435-9.
 14. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. *Lancet* 2002; 360: 187-95.
 15. Davis MK. Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 125-41.
 16. Dewey KG. Is breastfeeding prospective against child obesity? *J Hum Lact* 2003; 19:9-18.
 17. Dewrett R, Amatayakul K, Wongsawadii L, Mangklabruks A, Rukpaopunt S, Ruangyuttikan C, et al. Nursing frequency and the energy intake from breast milk and supplementary food in a rural Thai population: a longitudinal study. *Eur J Clin Nutr* 1993; 47: 880-91.
 18. Duffy EP, Percival P, Kershaw E. Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breastfeeding rates. *Midwifery* 1997; 13: 189-96.
 19. Dundaroz R, Ulucan H, Aydin HI, Gungor T, Baltaci V, Denli M, et al. Analysis of DNA damage using the comet assay in infants fed cow's milk. *Biol Neonate* 2003; 84: 135-41.
 20. Escuder MML, Venancio SI, Pereira JCR. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. *Rev Saude Publica* 2003; 37: 319-25.
 21. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *J Pediatr (Rio J)* 2000; 3:238-52.
 22. Giugliani ERJ. Aleitamento materno: aspectos gerais. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, eds. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 219-31.
 23. Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton JD. Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção. Baltimore: Escola de Saúde Pública Johns Hopkins, Programa de Informação de População; 2001. cap.15, p. 1-15.
 24. Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. *Birth* 2001; 28:236-42.
 25. Ingran J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support fathers and families. *Midwifery* 2002; 18:87-101.
 26. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição. Brasília: INAN; 1989.
 27. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *JOGNN* 1994; 23:27-32.

28. King FS. Como ajudar as mães a amamentar. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
29. Kull J, Wickman M, Lilja G, Nordvall SL, Pershagem G. Breast feeding and allergic diseases in infants: a prospective birth cohort study. *Arch Dis Child* 2002; 87: 478-81.
30. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Collet JP, et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2003; 78: 291-5.
31. Kramer MS, Kakuma R. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva (Cochrane Review). *Cochrane Library* 2004; 1.
32. Laan TVD. A importância da amamentação no desenvolvimento facial infantil. *Pró-Fono* 1995; 7: 3-5.
33. Labarere J, Bellin V, Fourny M, Gagnaire JC, Francois P, Pons JC. Assessment of a structured in-hospital educational intervention addressing breastfeeding: a prospective randomised open trial. *BJOG* 2003; 110: 847-52.
34. Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48:143-58.
35. Lawrence RA, Lawrence RM. Management of the mother-infant nursing couple. In: *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. 5th ed. St. Louis: Mosby; 1999. p. 233-95.
36. Marques RFSV, Lopez FA, Braga JAP. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. *J Pediatr (Rio J)* 2004; 80: 99-105.
37. Mello Jr. W, Romualdo GS. Anatomia e fisiologia da lactação. In: Carvalho MR, Tamez RN, eds. *Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.25-36.
38. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. *Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
39. Morton JA. Ineffective sucking: a possible consequence of positioning. *J Hum Lact* 1992; 8:83-5.
40. Organização Mundial de Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento*. São Paulo: OMS/UNICEF; 1997.
41. Petrovic AG. Mechanisms and regulation of mandibular condylar growth. *Acta Morphol Neerl Scand* 1972; 10:25-34.
42. Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Flieger W. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics* 1990; 86: 874-82.
43. Righard L. Early enhancement of successful breast-feeding. *World Health Forum* 1996; 17:92-7.

44. Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992; 19:185-9.
45. Riordan J, Bibb D, Miller M, Rawlins T. Predicting breastfeeding duration using the LATCH breastfeeding assessment tool. *J Hum Lact* 2001; 17: 20-3.
46. Sachdev HPS, Krishna J, Puri RK, Satyanarayana L, Kumar S. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. *Lancet* 1991; 337: 929-33.
47. Sanches MTC. Dificuldades iniciais na amamentação: um enfoque fonoaudiológico. [dissertação] São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
48. Segall AM. Aleitamento materno: estudo sobre o impacto das práticas assistenciais. [tese] Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1996.
49. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde-1996. Amamentação e situação nutricional da mães e crianças. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997. p. 125-38.
50. Turgeon-O'Brien H, Lachapelle D, Gagnon P, Larocque I, Matheu-Robert LF. Nutritive and nonnutritive sucking habits: a review. *J Dent Child* 1996; Volume: 321-7.
51. Uhari M, Mantysaari K, Niemela M. A meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media. *Clin Infect Dis* 1997; 24: 283-4.
52. van Odijk J, Kull I, Borres MP, Brandtzaeg P, Edberg U, Hanson LA, et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy* 2003; 58: 833-43.
53. Venancio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol* 1998; 1: 40-9.
54. Vernacchio L, Lesko SM, Vezina RM, Corwin MJ, Hunt CE, Hoffman HJ, et al. Racial/ethnic disparities in the diagnosis of otitis media in infancy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004; 68: 795-804.
55. Victora CG, Fuchs SC, Kirkwood BR, Lombardi C, Barros FC. Breast-feeding nutritional status, and other prognostic factors for dehydration among young children with diarrhea in Brazil. *Bull World Health Organ* 1992; 70: 467-75.
56. Victora CG, Kirkwood BR, Asworth A, Black RE, Rogers S, Sazawal S, et al. Potential interventions for the prevention of childhood pneumonia in developing countries: improving nutrition. *Am J Clin Nutr* 1999; 70: 309-20.
57. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987; 2:319-22.
58. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Infant feeding and death due to diarrhea: a case-control study. *Am J Epidemiol* 1989; 129:1032-41.

-
59. Vitolo MR. Aleitamento materno e alimentação da nutriz. In: *Nutrição: da gestação à adolescência*. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores; 2003. p. 63-73.
 60. Weber R, Woolridge MW, Baum JD. An ultrasonographic study of sucking and swallowing in newborn infants. *Dev Med Child Neurol* 1986; 28:19-24.
 61. World Health Organization. Expert consultation on optimal duration of exclusive breastfeeding. Geneva: World Health Organization; 2001.
 62. World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: World Health Organization; 1991. WHO/CDD/SER/91.14.
 63. Ziemer MM, Paone JP, Achupay J, Cole E. Methods to prevent and manage nipple pain in breastfeeding women. *West J Nurs Res* 1990;12:732-44.

5 ARTIGO:
**EFEITO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A TÉCNICA DE
AMAMENTAÇÃO NAS FREQUÊNCIAS DE ALEITAMENTO
MATERNO EXCLUSIVO E PROBLEMAS DECORRENTES DA
LACTAÇÃO**

**EFEITO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A TÉCNICA DE
AMAMENTAÇÃO NAS FREQUÊNCIAS DE ALEITAMENTO MATERNO
EXCLUSIVO E PROBLEMAS DECORRENTES DA LACTAÇÃO**

Luciana Dias de Oliveira ⁽¹⁾, Elsa Regina Justo Giugliani ⁽²⁾, LÍlian Córdova do Espírito Santo ⁽³⁾, Maristela Cavalheiro Tamborindeguy França ⁽⁴⁾, Enilda Maria Lara Weigert ⁽⁵⁾, Celina Valderez Feijó Kohler ⁽⁶⁾, Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha ⁽⁷⁾

- (1) **Luciana Dias de Oliveira, RD** – Nutricionista, Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Nutrição da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre. Rua Sarmento Leite, 245– Porto Alegre/ RS –Brasil. CEP 90 050 170. peruchin@terra.com.br
- (2) **Elsa Regina Justo Giugliani, MD, PhD, IBCLC** – Doutora em Medicina: Pediatria, Professora do Departamento de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2400 – 4º andar – Porto Alegre/ RS – Brasil. CEP 90 035 003. elsag@ufrgs.com.br
- (3) **LÍlian Córdova do Espírito Santo, RN, MsC, IBCLC** – Mestre em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem Materno – Infantil da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua São Manoel, 963 – Porto Alegre/ RS – Brasil. CEP 90 040 373. lilian.cordova@terra.com.br
- (4) **Maristela Cavalheiro Tamborindeguy França, CCC-SLP** – Fonoaudióloga do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Rua Carlos Trein, 596 – Porto Alegre/ RS – Brasil. CEP 90 450 120. fmaristela@ghc.com.br
- (5) **Enilda Maria Lara Weigert, RD** – Nutricionista do Hospital Moinhos de Vento. Rua Ramiro Barcelos, 910 – Porto Alegre/ RS – Brasil. CEP 90 035 005. enilda.weigert@bol.com.br
- (6) **Celina Valderez Feijó Kohler, RN, MsC** – Enfermeira da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul. Av. Borges de Medeiros, 536 – Porto Alegre/ RS – Brasil. CEP 90 020 023. valkeler@terra.com.br
- (7) **Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, RN, PhD** – Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua São Manoel, 963 – Porto Alegre/ RS – Brasil. CEP 90 040 373. abonilha@terra.com.br

Resumo

Este ensaio clínico randomizado comparou as frequências de amamentação exclusiva e problemas decorrentes da amamentação nos primeiros 30 dias entre 74 mães que receberam uma intervenção única, na maternidade, para melhorar a técnica de amamentação, e 137 controles. As frequências de aleitamento materno exclusivo entre as mães que receberam a intervenção foram semelhantes às dos controles aos 7 dias (79,7% *versus* 82,5%, respectivamente; $p=0,760$) e 30 dias (60,8% *versus* 53,3%; $p=0,365$). Também não houve diferença entre os grupos na frequência de lesões mamilares aos 7 e 30 dias ($p=0,521$ e $p=1,000$, respectivamente), ingurgitamento mamário ($p=1,000$ e $p=0,966$) e mastite ($p=0,585$ e $p=1,000$), assim como não houve diferença na qualidade da técnica aos 30 dias. Portanto, uma única intervenção na maternidade não foi suficiente para melhorar a técnica de amamentação, aumentar as taxas de aleitamento materno exclusivo e reduzir a incidência de problemas na amamentação no primeiro mês.

Palavras chave: Aleitamento materno; transtornos da lactação; estudos de intervenção.

Abstract

This randomized clinical trial compared frequencies of exclusive breastfeeding and problems resulting from breastfeeding during the first 30 days among 74 mothers who received a single intervention in the maternity ward to help improve breastfeeding techniques, and 137 controls. The frequency of exclusive mother breastfeeding among mothers who had received intervention was similar to controls by 7 days (79.7% *versus* 82.5%, respectively; $p=0.760$) and 30 days (60.8% *versus* 53.3%; $p=0.365$). There was no difference between groups in the frequency of nipple injury at 7 and 30 days ($p=0.521$ and $p=1.000$, respectively),

breast engorgement ($p=1.000$ and $p=0.966$) and mastitis ($p=0.585$ and $p=1.000$), and there was no difference in the technique's quality at 30 days. However, a single intervention at maternity as not sufficient to improve breastfeeding technique, increase exclusive mother breastfeeding rates and reduce the incidence of breastfeeding problems during the first month.

Key words: Mother breastfeeding; lactation disorders; interventional studies

Introdução

Apesar do reconhecimento do valor do aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida da criança e dos esforços em promover essa prática, as taxas desse tipo de amamentação no Brasil ainda estão muito aquém da recomendação da Organização Mundial de Saúde, que preconiza amamentação exclusiva nos seis primeiros meses¹. O último inquérito nacional sobre prevalência de aleitamento materno revelou uma duração mediana de aleitamento materno de 10 meses. No entanto, a duração da amamentação exclusiva foi de apenas 23 dias². Entre os fatores que têm sido associados com a duração e com o padrão do aleitamento materno encontra-se a técnica de amamentação³⁻⁵.

É relativamente recente o conhecimento de que a técnica utilizada na amamentação, em especial o posicionamento da dupla mãe/bebê e a pega/sucção do bebê, é importante para a transferência efetiva do leite da mama para a criança e também para a prevenção de lesões mamilares⁶⁻⁸. Ainda são escassos os estudos sobre a qualidade da técnica de amamentação no Brasil, e os resultados divergem. Sanches⁹, avaliando duplas mães/bebês em uma maternidade, observou que apenas 2% das duplas apresentaram desempenho ótimo na avaliação da pega e 0,2% na avaliação da posição mãe/bebê. Já Carvalhaes et al.¹⁰ consideraram satisfatórios o posicionamento mãe/bebê e a pega do bebê em 68% e 82% das

duplas, respectivamente.

Considerando que a técnica de amamentação parece ser importante para o seu sucesso, intervenções visando a uma melhor qualidade nessa técnica poderiam ser uma estratégia para aumentar as frequências de aleitamento materno, em especial o exclusivo, e também para reduzir os problemas decorrentes da amamentação, dando mais conforto à mãe no ato de amamentar. No entanto, os estudos sobre esse tema são escassos e com limitações^{5,11,12,13}, o que motivou a realização do presente estudo. Assim, o objetivo desta pesquisa foi avaliar o impacto de uma intervenção para melhorar a qualidade da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e de problemas mamários relacionados ao aleitamento materno no primeiro mês após o parto.

Metodologia

Para atingir os objetivos do estudo, foi delineado um ensaio clínico randomizado, com duplas mães/bebês atendidas na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, um hospital geral universitário que possui o título de “Hospital Amigo da Criança” desde dezembro de 1997 e que atende cerca de 4.000 partos por ano. O hospital atende preferencialmente população de baixo nível socioeconômico.

O cálculo do tamanho da amostra estimou um mínimo de 146 duplas mãe/bebê para o grupo controle e 75 para o grupo experimental, considerando-se: $\alpha = 0,05$; $\beta = 80\%$; prevalência de aleitamento materno exclusivo com um mês para o grupo controle = 56%¹⁴; diferença mínima na prevalência entre grupo controle e grupo experimental = 20%; razão entre os grupos = 2:1.

Os pares mães/bebês foram recrutados de junho a novembro de 2003. Diariamente, incluindo os finais de semana, eram sorteadas duas duplas que preenchiam os seguintes critérios de inclusão: mães residentes no município de Porto Alegre, recém-nascidos saudáveis, não gemelares, com peso de nascimento igual ou maior que 2.500g. As duplas que, por problemas do bebê ou de suas mães, estivessem impossibilitadas de permanecer no alojamento conjunto e de iniciar a amamentação não foram incluídas no estudo.

Das 233 duplas selecionadas para o estudo, 12 (5,1%) não participaram por recusa da mãe, 9 (3,9%) foram perdidas ao longo do acompanhamento por não terem sido localizadas após a alta hospitalar e 1 (0,4%) teve que ser excluída por registro incompleto dos dados, o que resultou em uma amostra final de 211 duplas mães/bebês, assim distribuídas: 137 no grupo controle e 74 no grupo de intervenção.

A coleta dos dados foi realizada em três momentos: na maternidade, aos 7 e aos 30 dias após o parto. Na maternidade, no segundo ou terceiro dia após o parto, depois de assinarem termo de consentimento informado, as puérperas eram entrevistadas com o intuito de se obterem informações sociodemográficas e sobre o parto, a família e experiências anteriores com aleitamento materno. Após a entrevista, observavam-se as mamas à procura de problemas relacionados com a amamentação (lesões, ingurgitamento e mastite). Em seguida, era avaliada uma mamada completa, em que eram pesquisados os seguintes parâmetros relacionados ao posicionamento mãe/bebê durante a amamentação e à pega do bebê tidos como desfavoráveis à amamentação, retirados do instrumento de avaliação de mamada recomendado pela Organização Mundial de Saúde¹⁵: de posicionamento (mãe com ombros tensos, não relaxada; bebê distante da mãe; cabeça e tronco do bebê não alinhados; queixo do bebê não tocando o seio; bebê não apoiado firmemente, somente ombro e cabeça do bebê

apoiados) e de pega do bebê (boca pouco aberta; lábio inferior não virado para fora; e pega não assimétrica, com mais aréola visível abaixo da boca do bebê). Para a uniformização das avaliações de mamada, as pesquisadoras responsáveis por essa tarefa foram treinadas até atingirem uma concordância de 90% em suas observações.

Após a entrevista e a avaliação de mamada, as duplas eram alocadas, por sorteio, para o grupo controle ou experimental. A intervenção era realizada na maternidade, em um ambiente com privacidade e livre de interrupções, durante aproximadamente 30 minutos, com no máximo duas duplas mãe/bebê, utilizando-se os princípios do aconselhamento em amamentação¹⁵. As mães foram orientadas quanto à técnica de amamentação, com ênfase nos aspectos relacionados ao posicionamento confortável e adequado da mãe e do bebê, pega correta da criança no seio e ordenha manual¹⁶. Foram utilizados fotos, boneca e seio cabaia para demonstração da técnica da amamentação. Sempre que possível, a mãe era estimulada a amamentar o filho durante a intervenção, aproveitando-se a oportunidade para corrigir detalhes da técnica que podiam ser melhorados e para reforçar os aspectos positivos.

Aos 7 e aos 30 dias de vida da criança, as duplas foram visitadas em seus domicílios, ocasião em que se aplicou questionário para investigar o padrão alimentar da criança e se averiguou a presença de problemas relacionados com a amamentação, por meio de observação da mama e relato da mãe. Na visita do 30^o dia, era feita nova avaliação de mamada, pela mesma pesquisadora que havia feito a observação na maternidade, utilizando-se os mesmos critérios. As pesquisadoras eram cegas quanto ao grupo ao qual as duplas pertenciam.

Considerou-se em amamentação exclusiva a criança que recebia leite materno como única fonte de nutrição e hidratação, sem nenhuma suplementação sólida ou líquida, incluindo água e chá¹⁷. Na categoria não amamentação exclusiva foram incluídas todas as demais

crianças inclusive as que já não recebiam mais leite materno.

Utilizou-se o programa epidemiológico EPI-INFO, versão 6.04, para o banco de dados, e o programa estatístico SPSS, versão 10.0, para as análises estatísticas. Inicialmente, foram comparadas as características dos sujeitos do grupo controle e do grupo experimental, utilizando-se teste de qui-quadrado com correção de Yates. O mesmo teste foi usado para comparar as seguintes frequências entre os dois grupos: (1) de cada um dos parâmetros desfavoráveis na avaliação das mamadas, na maternidade e no 30º dia; (2) de aleitamento materno exclusivo, no 7º e 30º dias; e (3) de complicações relacionadas à amamentação, na maternidade e no 7º e 30º dias. O teste *t* de *Student* para amostras pareadas foi utilizado na comparação das médias do número de parâmetros desfavoráveis na maternidade e aos 30 dias para cada grupo e o mesmo teste foi utilizado para amostras independentes, para comparar as médias entre os dois grupos na maternidade e aos 30 dias. Adotou-se $p < 0,05$ como nível crítico de significância.

O projeto de pesquisa elaborado para o desenvolvimento deste estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Resultados

A Tabela 1 apresenta as características da amostra, que foram semelhantes nos dois grupos em todos os aspectos pesquisados. A Tabela 2 contém os resultados das avaliações de mamadas. Como das 211 mães que entraram no estudo uma parou de amamentar antes da primeira visita ao domicílio e 7 entre a primeira e a segunda visitas, o número de avaliações de mamadas aos 30 dias foi de 203. Observa-se que a técnica de amamentação foi semelhante

nos dois grupos em todos os parâmetros pesquisados na maternidade, antes da intervenção. Chama a atenção o fato de que apenas 3 bebês na maternidade (1,4%) apresentaram pega assimétrica. Aos trinta dias de vida das crianças, houve melhora significativa ($p < 0,001$) desse item, com 21 crianças (10,5%) apresentando pega assimétrica mas, ainda assim, a grande maioria das crianças continuou com pega não assimétrica ao final do primeiro mês.

Não houve diferenças significativas na comparação das médias do número de parâmetros desfavoráveis à amamentação entre os grupos tanto na maternidade quanto aos 30 dias (respectivamente $p = 0,339$ e $p = 0,413$). No entanto, quando se compara as médias do número de parâmetros desfavoráveis na maternidade e aos 30 dias para cada grupo, observa-se uma melhora (média mais baixa), embora não significativa, no grupo experimental ($p = 0,141$), o que não ocorreu no grupo controle (Tabela 3). A intervenção também não fez diferença no padrão de aleitamento materno aos 7 e aos 30 dias (Tabela 4) e na frequência de problemas relacionados com a amamentação (Tabela 5). Quase metade das mães apresentou lesão nos mamilos na maternidade e pouco mais de 1/3 relatou ingurgitamento mamário no primeiro mês, independentemente de ter recebido ou não a intervenção.

Discussão

A técnica de amamentação tem sido descrita como componente importante para o sucesso da amamentação e para a prevenção de problemas nas mamas^{6,16}. Ainda assim, estudos têm mostrado alta prevalência de técnica inadequada^{9,10}, levando a traumas mamilares, ingurgitamento mamário e desmame precoce, entre outros^{7,9}. Portanto, era de se esperar que uma intervenção direcionada especificamente para a técnica adequada de amamentação contribuísse para aumentar as taxas de aleitamento materno exclusivo, bastante

baixas já no primeiro mês no Brasil, e para reduzir alguns problemas decorrentes da amamentação, como traumas mamilares e ingurgitamento mamário.

No entanto, contrariando a hipótese inicial deste estudo, a intervenção testada não interferiu na qualidade da técnica de amamentação nem no padrão de aleitamento e na ocorrência de problemas com as mamas ao final do primeiro mês. Em dois outros estudos, a intervenção para melhorar a técnica de amamentação também não foi efetiva para aumentar a duração do aleitamento materno. O primeiro, realizado na Austrália¹², não encontrou aumento das frequências de aleitamento materno na sexta semana e no terceiro e sexto meses de vida entre puérperas primíparas que receberam orientação individual sobre posicionamento e pega 24 horas após o parto, quando comparadas com controles. O outro estudo, realizado na França¹³, não observou diferenças nas taxas de aleitamento materno e de aleitamento materno exclusivo 17 semanas após o parto entre as mulheres do grupo controle e do grupo experimental. A intervenção consistia de uma sessão individual na maternidade, com orientações sobre posição para amamentar, e abordava outros aspectos, como manejo de traumas mamilares e ingurgitamento mamário, amamentação em livre demanda, não uso de bicos e mamadeiras e manutenção da amamentação após retorno ao trabalho, sendo distribuído folheto informativo ao final da sessão. O presente estudo e os outros dois aqui mencionados têm em comum o fato de que a intervenção foi oferecida em um único momento, na maternidade, após o nascimento da criança. É possível que a intervenção fosse mais efetiva se houvesse mais de um contato com as mães. Os resultados de estudo realizado em Bristol, UK, são favoráveis a essa hipótese¹¹. Os autores constataram um aumento nas taxas de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo na segunda e sexta semanas após a aplicação da intervenção, em comparação com as taxas da população de Bristol com nível socioeconômico semelhante ao da amostra. A intervenção, nesse estudo, previa

orientação quanto à técnica de amamentação logo após o parto e em vários momentos enquanto a mãe estivesse internada na maternidade. Bem-sucedida também foi a intervenção descrita por Duffy et al.⁵, que consistia de uma sessão de orientação sobre técnica de amamentação, em grupo, para gestantes nulíparas com mais de 36 semanas de gestação. As mulheres que receberam a intervenção apresentaram escores melhores com relação ao posicionamento e pega do bebê durante a mamada, nos primeiros quatro dias após o parto, e mantiveram a amamentação até a sexta semana após o parto com mais frequência do que as mulheres que não a receberam (92% *versus* 29%). É importante salientar que nenhum estudo, exceto o nosso, avaliou a técnica de amamentação antes e depois da intervenção, o que dificulta atribuir o sucesso da intervenção à melhoria da técnica de amamentação. Por outro lado, é possível também que a intervenção descrita em alguns estudos tenha resultado em uma melhoria da técnica, sem repercussões nas taxas de aleitamento materno.

A intervenção no presente estudo não foi suficiente para melhorar significativamente o posicionamento mãe/bebê e a pega do bebê. Chama atenção o fato de que apenas 3 crianças entre as 211 avaliadas foram consideradas como tendo pega adequada, assimétrica, na primeira avaliação. Apesar de na intervenção dar-se ênfase à pega assimétrica, orientando a mãe, mostrando gravuras e mostrando na prática como proceder, não houve melhora significativa deste aspecto da técnica. No Brasil, praticamente todas as mulheres, para amamentar, apóiam as cabeças dos bebês na dobra do cotovelo do braço do mesmo lado da mama a ser oferecida, o que certamente dificulta a pega ótima. Não é, portanto, de se estranhar que uma única sessão não seja suficiente para modificar um hábito (jeito de segurar o bebê) tão arraigado na nossa cultura.

A maioria dos estudos de intervenção para melhorar a técnica da amamentação mostra

resultados positivos quanto à redução de dor e traumas mamilares^{5, 11, 12, 13}. O mesmo não foi observado no presente estudo. A incidência de trauma mamilar, ingurgitamento mamário e mastite no grupo de mães que recebeu a intervenção foi semelhante à do grupo que não recebeu a intervenção quando avaliadas com 7 e 30 dias. Esse resultado é coerente com o fato de que a intervenção não melhorou a qualidade da técnica. A alta incidência de traumas mamilares muito provavelmente é reflexo da qualidade da pega do bebê (pega não assimétrica). Na primeira avaliação, feita antes da intervenção, quase metade das mulheres tinha alguma lesão nos mamilos. Esse dado é relevante e mostra que a intervenção deve ser o mais precoce possível, de preferência já durante o acompanhamento pré-natal.

Acreditamos que os resultados deste estudo possam ser generalizados para populações semelhantes à estudada, usuárias do sistema público de saúde, que atinge aproximadamente 70% da população brasileira. Essa população, em geral, tem menor poder aquisitivo e baixa escolaridade. É possível que a mesma intervenção tivesse resultado diferente em população com maior escolaridade, mais esclarecida e, teoricamente, mais preparada para aprender mais rápido uma nova habilidade.

Este estudo tem o mérito de ser o primeiro a avaliar a técnica da amamentação antes e depois de uma intervenção, e de ser o primeiro estudo brasileiro a testar uma intervenção de promoção de aleitamento materno tendo como estratégia a melhoria da técnica de amamentação. Além disso, é o primeiro a descrever detalhadamente o posicionamento mãe/bebê e a pega do bebê entre as mulheres brasileiras, detectando a alta incidência de problemas relacionados com a técnica, em especial com a pega não assimétrica. Devido à quase universalização desse fenômeno no presente estudo, fica impossível, com os dados disponíveis, avaliar a contribuição desse fator para as baixas taxas de aleitamento materno exclusivo na população pesquisada (56% aos 30 dias, 35% aos 60 dias e 4% aos 6 meses¹⁴).

É possível que algumas crianças com pega não assimétrica tenham dificuldade para esvaziar a mama, não obtendo o leite posterior. Nessa circunstância, as mães tendem a produzir menos leite e as crianças tendem a mamar com mais frequência, gerando na mãe a desconfiança na sua capacidade de alimentar plenamente o seu bebê, precipitando a suplementação com chá e eventualmente outros leites. São necessários estudos que investiguem a importância de nossos achados para os índices de aleitamento materno exclusivo no nosso meio.

Com base nos resultados deste estudo e de outros, acreditamos que uma única sessão de intervenção na maternidade pode não ser suficiente para melhorar a técnica de amamentação e os problemas decorrentes da má técnica. São necessários outros estudos que testem o impacto de intervenções com mais sessões, em diferentes momentos da amamentação, iniciando preferencialmente no período pré-natal, para assim efetivamente prevenir traumas mamilares. Seria de muita utilidade identificar estratégias comprovadamente efetivas na redução de complicações decorrentes da amamentação, trazendo mais conforto à mãe que amamenta e aumentando as chances de uma amamentação mais prolongada e prazerosa.

Referências

1. World Health Organization. Expert consultation on optimal duration of exclusive breastfeeding. Geneva: World Health Organization; 2001.
2. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
3. Riordan J, Bibb D, Miller M, Rawlins T. Predicting breastfeeding duration using the LATCH breastfeeding assessment tool. *J Hum Lact* 2001; 17: 20-23.
4. Cernadas JMC, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *J Hum Lact* 2003; 19:136-144.
5. Duffy EP, Percival P, Kershaw E. Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breastfeeding rates. *Midwifery* 1997; 13:189-196.
6. Morton JA. Ineffective sucking: a possible consequence of positioning. *J Hum Lact* 1992; 8: 83-85.
7. Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992; 19: 185-189.
8. Ziemer MM, Paone JP, Achupay J, Cole E. Methods to prevent and manage nipple pain in breastfeeding women. *West J Nurs Res* 1990; 12: 732-744.
9. Sanches, MTC. Dificuldades iniciais na amamentação: um enfoque fonoaudiológico [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2000.
10. Carvalhaes MABL, Corrêa CRH. Identification of difficulties at the beginning of breastfeeding by means of protocol application. *J Pediatr (Rio J)* 2003;79:13-20.

11. Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery* 2002;18: 87-101.
12. Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. *Birth* 2001;28:4-8.
13. Labarere et al. Assessment of a structured in-hospital educational intervention addressing breastfeeding: a prospective randomised open trial. *BJOG* 2003;110:847-852.
14. Braun MLG, Giugliani ERJ, Soares MEM, Giugliani C, Oliveira AP, Danelon CMM. Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. *Am J Public Health* 2003; 93:1277-1279.
15. Organização Mundial de Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância. Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento. São Paulo: OMS/UNICEF; 1997.
16. Giugliani ERJ. Breastfeeding and clinical practice. *J Pediatr (Rio J)* 2000; 76: 238-252.
17. World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: World Health Organization; 1991.

Tabela 1 – Características da população estudada, por grupo

Características	Grupo experimental (n=74) N (%)	Grupo controle (n=137) N (%)	P*
Mães c/ \geq 20 anos	56(75,7)	104(75,9)	1,000
Parto vaginal	59(79,7)	92(67,2)	0,076
Sexo masculino do bebê	40(54,1)	70(51,1)	0,790
Mãe de cor branca	53(71,6)	95(69,3)	0,851
Mãe c/ \geq 8 anos de estudo	42(56,8)	93(67,9)	0,145
Casal co-habitando	61(82,4)	114(83,2)	1,000
Pré-natal c/ $>$ 5 consultas	57(78,1)	109(80,7)	0,783
Primeiro filho	34(45,9)	65(47,4)	0,949
Duração da amamentação de filhos anteriores \geq 6 meses**	19(47,5)	47(65,3)	0,103
Orientação sobre posicionamento e pega antes do parto	8(11,0)	28(20,7)	0,112

* Teste de X^2 de Pearson com correção de Yates.

** Consideradas apenas as 112 mulheres que tiveram filhos

Tabela 2 – Frequência de itens desfavoráveis à qualidade da técnica de amamentação na maternidade e aos 30 dias após o parto, por grupo

Itens	Maternidade		P*	Aos 30 dias		P*
	Experimental (n= 74)	Controle (n= 137)		Experimental(n=71)	Controle (n=132)	
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)	
<i>Posicionamento mãe/bebê</i>						
Mãe c/ ombros tensos	26(35,1)	53(38,7)	0,719	23(32,4)	59(44,7)	0,120
Bebê distante da mãe	10(13,5)	19(13,9)	1,000	8(11,3)	30(22,7)	0,071
Bebê não alinhado	56(75,7)	89(65,0)	0,148	45(63,4)	81(61,4)	0,896
Queixo não toca o seio	19(25,7)	29(21,2)	0,566	10(14,1)	23(17,4)	0,678
Bebê não apoiado	27(36,5)	37(27,0)	0,203	36(50,7)	74(56,1)	0,560
<i>Pega do bebê</i>						
Boca pouco aberta	21(28,4)	33(24,1)	0,606	9(12,7)	20(15,2)	0,787
Pega não assimétrica	74(100,0)	134(97,8)	0,501	68(95,8)	114(86,4)	0,063
Lábio não evertido	12(16,2)	29(21,2)	0,493	10(14,1)	11(8,3)	0,298

* Teste de X^2 de Pearson com correção de Yates.

Tabela 3 – Média do número de parâmetros desfavoráveis à amamentação na maternidade e aos 30 dias após o parto, por grupo

Itens desfavoráveis à técnica	Maternidade (n=211)	30 dias (n=203)	P*
	Média (\pm DP)	Média (\pm DP)	
Grupo experimental	3,3(\pm 1,7)	2,9(\pm 1,4)	0,141
Grupo Controle	3,1(\pm 1,6)	3,1(\pm 1,5)	0,893

* Teste “*t*” de *Student* para amostras pareadas

Tabela 4 – Frequência de aleitamento materno exclusivo aos 7 e 30 dias após o parto, por grupo

Aleitamento materno exclusivo	Experimental n=74 N(%)	Controle n=137 N(%)	P*
Aos 7 dias	59(79,7)	113(82,5)	0,760
Aos 30 dias	45(60,8)	73(53,3)	0,365

* Teste de X^2 de Pearson com correção de Yates.

Tabela 5 – Frequência de problemas decorrentes da amamentação, por grupo

Problemas	Maternidade			7 dias			30 dias		
	Experimental n=74 N(%)	Controle n=137 N(%)	P*	Experimental n=74 N(%)	Controle n=137 N(%)	P*	Experimental n=71 N(%)	Controle n=132 N(%)	P*
Lesão mamilar	32(43,2)	60(43,8)	1,000	32(43,2)	67(48,9)	0,521	6(8,5)	12(9,1)	1,000
Ingurgitamento	0	1(0,7)	1,000	26(35,1)	47(34,3)	1,000	28(37,8)	50(36,5)	0,966
Mastite	0	0	—	2(2,7)	1(0,7)	0,585	2(2,7)	4(2,9)	1,000

* Teste de X^2 de Pearson com correção de Yates.

ANEXO

ANEXO A – Formulário para Avaliação de Mamada - OMS

1 - Quanto à Postura Corporal	
<input type="checkbox"/> mãe relaxada e confortável	<input type="checkbox"/> mãe c/ ombros tensos, deitada sobre o bebê
<input type="checkbox"/> bebê próximo de frente para o seio	<input type="checkbox"/> bebê longe da mãe
<input type="checkbox"/> cabeça e corpo do bebê alinhados	<input type="checkbox"/> pescoço do bebê torcido
<input type="checkbox"/> queixo do bebê tocando o seio	<input type="checkbox"/> queixo do bebê não toca o seio
<input type="checkbox"/> [nádegas do bebê apoiadas]	<input type="checkbox"/> [só ombro ou cabeça apoiado]
2 - Quanto às Respostas do Bebê	
<input type="checkbox"/> bebê procura o peito se faminto	<input type="checkbox"/> nenhuma resposta ao seio
<input type="checkbox"/> [bebê roda e busca o peito]	<input type="checkbox"/> [não busca o peito]
<input type="checkbox"/> bebê explora o seio c/ a língua	<input type="checkbox"/> bebê não interessado no seio
<input type="checkbox"/> bebê calmo e alerta no seio	<input type="checkbox"/> bebê inquieto ou chorando
<input type="checkbox"/> bebê mantém a pega da aréola	<input type="checkbox"/> bebê não mantém a pega da aréola
<input type="checkbox"/> sinais de ejeção do leite (vazamento, cólicas uterinas, fisgada)	<input type="checkbox"/> não há sinais de ejeção do leite
3 - Quanto ao Vínculo Emocional	
<input type="checkbox"/> mãe segura o bebê no colo com firmeza	<input type="checkbox"/> mãe nervosa ou carrega o bebê vacilante
<input type="checkbox"/> atenção da mãe face a face	<input type="checkbox"/> nenhum contato ocular mãe/bebê
<input type="checkbox"/> muito toque materno	<input type="checkbox"/> mãe e bebê quase não se tocam
4 - Quanto à Anatomia	
<input type="checkbox"/> mamas macias e cheias	<input type="checkbox"/> peitos ingurgitados
<input type="checkbox"/> mamilos exteriorizados, protrácteis	<input type="checkbox"/> mamilos planos ou invertidos
<input type="checkbox"/> tecido mamário parece saudável	<input type="checkbox"/> fissuras ou vermelhidão na mama
<input type="checkbox"/> mamas parecem redondas na mamada	<input type="checkbox"/> mamas parecem estiradas ou caídas
5 - Quanto à Sucção	
<input type="checkbox"/> boca bem aberta	<input type="checkbox"/> boca pouco aberta, fazendo um bico
<input type="checkbox"/> lábio inferior virado para fora	<input type="checkbox"/> lábio inferior virado para dentro
<input type="checkbox"/> língua acoplada em torno do seio	<input type="checkbox"/> língua do bebê não visível
<input type="checkbox"/> bochechas redondas	<input type="checkbox"/> bochechas tensas ou para dentro
<input type="checkbox"/> mais aréola acima da boca do bebê	<input type="checkbox"/> mais aréola abaixo da boca do bebê
<input type="checkbox"/> sugadas lentas e profundas, ruídos e pausas	<input type="checkbox"/> apenas sugadas rápidas com estalidos
<input type="checkbox"/> pode-se ver e ouvir a deglutição	<input type="checkbox"/> ouve-se ruídos altos, mas não a deglutição
6 - Quanto ao Tempo Gasto na Sucção	
<input type="checkbox"/> bebê solta o peito por vontade própria	<input type="checkbox"/> nutriz retira o bebê do seio
Bebê sugou o peito por _____ minutos	

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário Inicial

Número: Grupo:

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

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
01. Data de nascimento do bebê ____ / ____ / ____ Hora: _____	DNBEBE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
02. Dia da semana (em número) _____	DIASEM <input type="checkbox"/>
03. Tipo de parto: (1) parto vaginal (2) cesárea	TIPARTO <input type="checkbox"/>
04. Sexo do bebê: (1) feminino (2) masculino	SEXOB <input type="checkbox"/>
05. Peso de nascimento do bebê: _____g	PNBEBE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
06. Cor da mãe: (1) branca (2) mulata (3) negra (4) outra	CORM <input type="checkbox"/>

07. Idade da mãe: _____ anos	IDADEM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
08. Situação marital: (1) Mora com companheiro (2) não mora com companheiro (3) sem companheiro	MARIMAE <input type="checkbox"/>
09. A mãe do bebê mora no mesmo terreno com: (1) a mãe (8) NSA (2) a sogra (3) outros Especificar: _____	MAEMORA <input type="checkbox"/>
10. Renda familiar: R\$ _____ Sal. mínimos: _____ (88) não sabe/não informou	RENFAM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Quantas pessoas vivem com esta renda? _____	NPESSOA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Renda per capita: R\$ _____ Sal. mínimos: _____ (88) NSA	RENDAPC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Quantos anos de estudo completos você tem? _____	ESCOLAM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Você fez pré-natal? (1) sim (2) não	PRENATAL <input type="checkbox"/>
15. Se sim, número de consultas pré-natal: _____ (88) NSA	CONSUPRE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Durante seu pré-natal, você recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno? (1) sim, bastante (2) sim, mais ou menos (3) sim, pouca (8) NSA (4) não	ORIENPRE <input type="checkbox"/>
17. No PRÉ-NATAL, recebeu orientações de como posicionar o bebê para mamar? (1) sim (2) não (8) NSA	ORIENPOSI <input type="checkbox"/>
18. Você participou de algum grupo ou curso pré-natal? (1) sim (2) não	CURSOPRE <input type="checkbox"/>
19. No CURSO ou GRUPO, recebeu orientações de como posicionar o bebê para mamar? (1) sim (2) não (8) NSA	CURSOPOS <input type="checkbox"/>

DADOS ALEITAMENTO MATERNO	
20. Quantos filhos vivos você teve antes deste? _____	FILHOVI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. Por quanto tempo os filhos anteriores foram amamentados (em meses)? <i>Começar pelo filho mais velho</i> A____ B____ C____ D____ E____ (88) NSA	DURAM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. Tempo de vida do bebê, em horas: _____	HORAVID <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. A mãe e o bebê foram acompanhados pela equipe da lactação do hospital? (1) sim (2) não	VISILACT <input type="checkbox"/>
24. Bebê recebeu complemento durante a hospitalização? (1) sim (2) não	COMPLEM <input type="checkbox"/>

Data da entrevista:

ENTREVISTADORA

1. Enilda Maria Weigert

INTERVENCIONISTA

2. Luciana Dias de Oliveira

3. Maristela Tamborindéguy França

APÊNDICE B – Questionário de Seguimento

Número: Grupo:

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

ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ	
01. O bebê mama no peito? (1) sim (2) não	BEBEMAM <input type="checkbox"/>
O seu bebê está recebendo algum destes alimentos?	
02. Água (00) não () sim Número de vezes/dia _____	BEBAGUA <input type="text"/>
Motivo da introdução: _____	
03. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA	QUANAG <input type="text"/>
04. Chá (00) não () sim número de vezes/dia _____	BEBCHA <input type="text"/>
Motivo da introdução: _____	
05. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA	QUANDCH <input type="text"/>

<p>06. Suco de frutas (0) não () sim Número de vezes/dia _____ Motivo da introdução: _____</p>	<p>BEBESUC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>07. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA</p>	<p>QUANSUC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>08. Leite (0) não () sim Número de vezes/dia _____ Motivo da introdução: _____</p>	<p>BELEITE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>09. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA Qual o tipo de leite introduzido? (1) leite modificado (2) leite em pó integral (8) NSA (3) leite em caixinha (4) leite em saquinho (5) outro</p>	<p>QUALEIT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TIPLEIT <input type="checkbox"/></p>
<p>11. Leite engrossado (0) não () sim Número de vezes/dia _____ Motivo da introdução: _____</p>	<p>LEITENG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>12. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA</p>	<p>QDOLENG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>13. Seu bebê recebe mamadeira com qualquer tipo de líquido? (1) sim (2) não</p>	<p>MAMADE <input type="checkbox"/></p>
<p>14. Seu bebê recebe outros alimentos? (1) sim (2) não Se sim, especificar? _____</p>	<p>OTRALIM <input type="checkbox"/></p>
<p>15. Tipo de alimentação atual (1) Aleitamento exclusivo (2) Aleitamento predominante (3) Aleitamento complementado (peito + outros alimentos) (4) Sem aleitamento materno</p>	<p>TIPOALI <input type="checkbox"/></p>
<p>16. Duração do aleitamento materno exclusivo em dias: _____ (88) ainda mamando</p>	<p>DURAME <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>17. Duração do aleitamento materno em dias: _____ (88) ainda mamando</p>	<p>DURAM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

APOIO NA AMAMENTAÇÃO	
18. Você está recebendo apoio de seu companheiro para amamentar? (1) Muito (2) mais ou menos (3) pouco (4) nenhum (8) NSA	APOIOCO <input type="checkbox"/>
19. De mais alguém? (1) sim Quem? _____ (2) não Você recebe a ajuda de alguém para:	APOALG <input type="checkbox"/>
20. Cuidar dos afazeres domésticos: (1) sempre (2) às vezes (3) nunca	CUICASA <input type="checkbox"/>
21. Cuidar do bebê (banho, fralda, colo): (1) sempre (2) às vezes (3) nunca	CUIBEBE <input type="checkbox"/>
22. Ficar com o bebê enquanto a mãe se ausenta? (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (4) nunca se ausentou	FICABEB <input type="checkbox"/>
23. Ajudar a posicionar o bebê para mamar: (1) sempre (2) às vezes (3) nunca	POSICIO <input type="checkbox"/>
24. Alimentar o bebê: (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (8)NSA	ALIMENT <input type="checkbox"/>
USO DE BICO	
25. O bebê chupa bico? (1) sim (2) não Motivo da introdução: _____	BICO <input type="checkbox"/>
26. Qual a idade em que o bebê começou a chupar bico? _____ dias (88) NSA	IDADBIC <input type="checkbox"/>
27. O bebê usa bico todos os dias? (1) sim (2) não (8) NSA	TODIABI <input type="checkbox"/>
28. Se não chupa bico, foi tentado alguma vez? () sim () não	TENTBIC <input type="checkbox"/>

Data da entrevista:

ENTREVISTADORA

1. Enilda Maria Weigert

INTERVENCIONISTA

2. Luciana Dias de Oliveira

3. Maristela Tamborindéguy França

APÊNDICE C – Lista de Problemas com as Mamas

1. Com relação à quantidade de leite	
1. mais do que o bebê precisa	
2. a quantidade que o bebê precisa	QUALATE <input type="checkbox"/>
3. menos que o bebê precisa	
2. Trauma mamilar	
2.1 Sente dor no bico do seio?	
(1) sim (2) não	DOR <input type="checkbox"/>
2.2 Como é a dor?	
(1) fraca (2) moderada (3) intensa (8) NSA	QUANDOR <input type="checkbox"/>
2.3 Usou analgésico para a dor no bico do peito?	
(1) sim (2) não Qual? _____ (8) NSA	ANALGES <input type="checkbox"/>
2.4 Está tomando ou tomou algum analgésico para outro tipo de dor?	OANALG <input type="checkbox"/>
(1) sim (2) não	
2.5 Presença de bolhas? (1) sim (2) não	BOLHA <input type="checkbox"/>
2.6 Presença de fissuras? (1) sim (2) não	FISSURA <input type="checkbox"/>
2.7 Presença de marca? (1) sim (2) não	MARCA <input type="checkbox"/>
2.8 Tratamento? (1) sim (2) não	TTOFIS <input type="checkbox"/>
Que tipo de tratamento?	
2.9 Pomada, creme (1) sim (2) não (8) NSA	POMADA <input type="checkbox"/>
2.10 Banho de luz, secador, sol (1) sim (2) não (8) NSA	TRATSEC <input type="checkbox"/>
2.11 Leite do peito (1) sim (2) não (8) NSA	LEITE <input type="checkbox"/>
Se colocou algo mais, especificar _____	
2.12 Trauma mamilar (1) sim (2) não (3) duvidoso	TRAUMA <input type="checkbox"/>
3. Está ou esteve com as mamas empedradas (ingurgitamento)?	INGURG <input type="checkbox"/>
(1) sim (2) não	
3.1 Mamas dolorosas? (1) sim (2) Não (8) NSA	EDEMA <input type="checkbox"/>
3.2 Mamas endurecidas? (1) sim (2) não (8) NSA	MAMEND <input type="checkbox"/>
3.3 Mamas aumentadas de tamanho mais que o usual?	
(1) sim (2) não (8) NSA	MAMAU <input type="checkbox"/>
3.4 Diagnóstico	
(1) profissional de saúde (2) nutriz (3) outros	DIAGNI <input type="checkbox"/>
(4) entrevistador	
3.5 Tratamento (1) sim (2) não (8) NSA	TTOING <input type="checkbox"/>

3.6 Tratamento (1) quente (2) frio (3) misto (8) NSA	TTOQF	<input type="checkbox"/>
3.7 Ordenha do leite da mama? (1) sim (2) não (8) NSA	ORDING	<input type="checkbox"/>
3.8 Ordenha (1) manual (2) bomba manual (3) bomba elétrica (8) NSA	ORDMAB	<input type="checkbox"/>
3.9 Ingurgitamento? (1) sim (2) não (3) duvidoso	MAEMP	<input type="checkbox"/>
4. Está, ou esteve, com infecção nas mamas? (1) sim (2) não	INFEC	<input type="checkbox"/>
4.1 Mal-estar? (1) sim (2) não (8) NSA	MALEST	<input type="checkbox"/>
4.2 Febre alta? (1) sim (2) não (8) NSA	FEBRE	<input type="checkbox"/>
4.3 Mama avermelhada? (1) sim (2) não (8) NSA	MAVERM	<input type="checkbox"/>
4.4 Mama afetada: (1) direita (2) esquerda (3) ambas (8) NSA	MAMAFE	<input type="checkbox"/>
4.5 Mama dolorida? (1) sim (2) não (8) NSA	MAMDOR	<input type="checkbox"/>
4.6 Diagnóstico (1) profissional de saúde (2) nutriz (3) outros (4) entrevistador	DIAGNM	<input type="checkbox"/>
4.7 Tomou antibiótico? (1) sim (2) não (8) NSA Especificar: _____	ANTIB	<input type="checkbox"/>
4.8 Infecção nas mamas? (1) sim (2) não (3) duvidoso	MASTIT	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE D – Termo de Consentimento

Estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre aleitamento materno e, para tanto, precisamos entrevistar e conversar com mães que tiveram seus bebês na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

O objetivo desse trabalho é verificar o impacto de um programa de intervenção sobre aleitamento materno, na prevenção de problemas nas mamas e pouco ganho de peso do bebê.

A pesquisa é parte dos estudos de diversas profissionais, alunas do Curso de Pós-Graduação em Medicina: Pediatria, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Sendo assim, estamos convidando para participar deste trabalho.

A pesquisa iniciará na maternidade, através de entrevista com a mãe e observação da mamada. No sétimo dia de vida do bebê e no final do primeiro mês, você será visitada em sua casa, para a realização de nova entrevista e observação.

Você tem a liberdade de se recusar a participar ou de se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que isto prejudique o cuidado recebido no hospital, ficando desde já assegurado o sigilo e anonimato das participantes. Qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa será esclarecida por uma das pesquisadoras abaixo citadas.

Como pesquisadoras, assumimos toda e qualquer responsabilidade no decorrer da pesquisa, garantindo-lhes que as informações somente serão utilizadas para o estudo acima mencionado.

Pelo presente termo, declaramos que fomos esclarecidas, de forma detalhada, da justificativa, dos procedimentos e benefícios do presente estudo. Fomos igualmente informadas da garantia de receber resposta a qualquer pergunta, dúvida ou esclarecimento necessários durante o desenvolvimento da pesquisa.

Estando cientes de todos os procedimentos relatados acima, livremente concordamos em participar da pesquisa.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2003.

Mãe do bebê: _____

Pesquisadora: _____