

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

MARIONE BOHN

**ALEITAMENTO MATERNO EM PRIMÍPARAS
EM UM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA**

Porto Alegre
2004

Biblioteca
Esc. de Enfermagem da UFRGS

MARIONE BOHN

**ALEITAMENTO MATERNO EM PRIMÍPARAS
EM UM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA**

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

Orientadora: Prof. Ms. Lilian Cordova do Espirito Santo

Porto Alegre
2004

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	03
2	OBJETIVOS	06
2.1	Objetivo Geral	06
2.2	Objetivos Específicos	06
3	REVISÃO DA LITERATURA	07
3.1	Padrão de Aleitamento Materno	07
3.2	Benefícios do Aleitamento Materno	07
3.3	Duração do Aleitamento Materno	10
3.4	Fisiologia da Amamentação	11
3.5	Composição do Leite Materno	12
3.6	Técnica Correta de Amamentação	13
3.7	Problemas Relacionados ao Aleitamento Materno	14
4	METODOLOGIA	18
4.1	Delineamento do Estudo	18
4.2	Local do Estudo	18
4.3	População e Amostra	19
4.4	Alocação para as entrevistas	19
4.5	Coleta de Dados	20
4.6	Análise de Dados	21
4.7	Considerações Éticas	21
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	22
6	CONSIDERAÇÕES	35
	REFERÊNCIAS	37
	APÊNDICE A - Questionário Inicial	39
	APÊNDICE B - Questionário de Seguimento	41
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Informado	42
	ANEXO A - Dez Passos Para o Aleitamento Materno Bem-Sucedido	43
	ANEXO B - Aprovação da Comissão de Pesquisa e Comitê de Ética do HCPA	44

1 INTRODUÇÃO

A amamentação é um processo que exige conhecimento, aproximação e tempo, sendo esperadas algumas dificuldades nos primeiros dias pós-parto (GIUGLIANI *et al*, 2002). Gonçalves, Espírito Santo e Kohlmann (1998) salientam a importância de se ter profissionais motivados no controle do desmame precoce, considerando não só os aspectos biológicos da amamentação, mas também as questões emocionais e sociais que envolvem esse processo. A amamentação não é um ato puramente instintivo, tanto a mãe quanto os bebês precisam aprender a amamentar e serem amamentados. O bebê precisa adquirir a habilidade de sugar. As primeiras mamadas são decisivas, pois estabelecem rapidamente um padrão de sucção que tende a se repetir nas próximas mamadas (GIUGLIANI *et al*, 2002). O apoio e a intervenção às gestantes e mães são de fundamental importância no pré-natal, no momento do parto e durante pelo menos nas duas primeiras semanas pós-parto, sendo a Iniciativa Hospital Amigo da Criança uma estratégia efetiva nesse processo (ARAÚJO; OTTO; SCHMIDT, 2003).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança foi proposta em 1990 pelo Fundo das Nações Unidas e pela Organização Mundial da Saúde, visando a promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno. Para que um hospital receba o título de “Amigo da Criança”, deve atender os pré-requisitos definidos pelo Ministério da Saúde como indicadores da qualidade de assistência à mulher e à criança e cumprir os “Dez Passos para o Aleitamento Materno Bem-Sucedido” (ANEXO A), com o objetivo de modificar as rotinas hospitalares inadequadas. Os Dez Passos para o Aleitamento Materno Bem-Sucedido preconizam, entre outros, treinar toda a equipe de saúde, informar as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento, evitar outros alimentos ou bebidas além do leite materno, a não ser quando indicado pelo médico, praticar o alojamento conjunto, não dar bicos ou chupetas às crianças, promover grupos de apoio

ao aleitamento por ocasião da alta. No Brasil, os Hospitais Amigos da Criança recebem incentivo financeiro, pagos pelo Ministério da Saúde, sobre os procedimentos obstétricos realizados (ARAÚJO; OTTO; SCHMIDT, 2003).

Um estudo realizado em Santiago, no Chile, demonstra o impacto da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no aumento da duração do aleitamento materno. O estudo compara crianças nascidas em um Hospital Amigo da Criança com outras que nasceram em um hospital tradicional. A prevalência do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida foi de 66,8% para as crianças nascidas no Hospital Amigo da Criança, contra 23% para as que nasceram no hospital tradicional (ARAÚJO; OTTO; SCHMIDT, 2003).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre recebeu o título de “Hospital Amigo da Criança” em dezembro de 1997 (GONÇALVES; ESPÍRITO SANTO; KOHLMANN, 1998). Com o intuito de proporcionar um maior apoio às puérperas com risco para o desmame ou com dificuldades especiais, como internação prolongada do seu recém-nascido, o Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno do Hospital de Clínicas de Porto Alegre propôs a criação de uma “equipe de lactação”, que conta com duas enfermeiras e uma nutricionista (responsável pelo Banco de Leite Humano), chamadas de Consultoras em Aleitamento Materno.

Gonçalves, Espírito Santo e Kohlmann (1998) definem o papel da Enfermeira Consultora em Aleitamento Materno como assistencial, educativo e administrativo. A atividade assistencial inclui acompanhar e orientar as mães com dificuldades ou problemas referentes à amamentação; favorecer o aleitamento materno em situações de alto risco, como nos casos de separação da dupla mãe-bebê; favorecer a interação mãe-pai-bebê; coordenar grupos de gestantes e de puérperas, com enfoque em aleitamento materno; auxiliar as mães após a alta hospitalar; participar de discussões multidisciplinares.

A Enfermeira Consultora está preparada para prevenir, reconhecer e resolver dificuldades da dupla mãe-bebê no que se refere à amamentação. Ela mantém uma ligação entre a mãe que amamenta e o bebê que mama, auxiliando a mãe, o bebê e outros profissionais no entendimento do papel que cada um desempenha no processo de amamentação. Esta profissional ajuda a mãe a superar uma série de obstáculos, promovendo uma amamentação bem sucedida.

A atividade educativa inclui a organização e a participação nos treinamentos sistemáticos em aleitamento materno para a equipe de saúde e o treinamento da equipe de enfermagem em atividades específicas.

Entre as atividades administrativas estão a coordenação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança; a implantação de normas e atividades que visem a promoção do aleitamento materno; representação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre nas atividades extra-muros relacionadas ao aleitamento materno; coordenação das atividades da Semana Mundial de Aleitamento Materno no Hospital de Clínicas.

De acordo com Carpes (2004), a primiparidade representa o principal motivo de encaminhamento dos profissionais que assistem as duplas mães-bebês no Alojamento Conjunto à equipe de lactação. Este estudo tem o intuito de buscar subsídios para justificar a primiparidade como critério de inclusão para o atendimento da mãe pela equipe de lactação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e contribuir para o aprimoramento de um cuidado abrangente e holístico no atendimento de puérperas com risco para desmame precoce e/ou com problemas potenciais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar as características das puérperas primíparas internadas no Alojamento Conjunto, os problemas relacionados à amamentação presentes no hospital e o padrão de aleitamento materno no décimo dia pós-parto.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Identificar as características das puérperas primíparas e seus recém-nascidos internados em Alojamento Conjunto.

2.2.2 Identificar os problemas mais freqüentes relacionados à amamentação, durante a internação.

2.2.3 Verificar se houve acompanhamento da equipe de lactação durante a internação.

2.2.4 Verificar o padrão de aleitamento materno no décimo dia pós-parto.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Padrão de Aleitamento Materno

Segundo Giugliani (2004), as categorias de aleitamento materno adotadas pela Organização Mundial de Saúde e reconhecidas internacionalmente são as seguintes:

Aleitamento materno exclusivo - a criança recebe somente leite materno, sem outros líquidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.

Aleitamento materno predominante - a fonte predominante de nutrição da criança é o leite humano. No entanto, a criança recebe, em quantidades limitadas, água ou bebidas à base de água, sucos de frutas, solução de sais de reidratação oral, gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos e fluidos rituais.

Aleitamento materno - a criança recebe leite humano, independentemente do padrão.

Aleitamento materno complementado - a criança recebe leite materno e outros alimentos sólidos, semi-sólidos ou líquidos, incluindo leites não humanos.

3.2 Benefícios do Aleitamento Materno

A superioridade do aleitamento materno em relação ao artificial tem sido reconhecida em vários estudos. O aleitamento materno traz benefícios para o bebê, para a mãe, para a família e para a sociedade. O ato de amamentar integra vários fatores, protegendo a mãe e seu bebê, tanto em aspectos fisiológicos como emocionais (GIUGLIANI *et al*, 2002).

O aleitamento materno pode evitar 15% das mortes de crianças com menos de cinco anos em todo o mundo. Quanto menor a criança, maior é a proteção conferida pelo leite materno. Essa proteção é muito importante, sobretudo em populações de menor nível econômico. A proteção imunológica promovida pelo aleitamento materno se dá principalmente devido à presença de fatores circulantes como a IgA secretora, imunoglobulina predominante no leite materno (GIUGLIANI, 2004).

Giugliani (2004, p. 225) aponta que:

A especificidade dos anticorpos IgA no leite humano é um reflexo dos antígenos entéricos e respiratórios da mãe, o que proporciona proteção à criança contra patógenos prevalentes no meio em que a criança está inserida.

Estima-se a prevenção de 66% das mortes por diarreia. Há evidências de que esse efeito protetor influencie tanto o número de episódios de diarreia quanto sua intensidade, além de amenizar a desidratação na vigência de diarreia. A suplementação com água, chás ou outros alimentos diminui a ingestão do leite materno, interfere na biodisponibilidade de nutrientes fundamentais, como o ferro e o zinco e reduz a duração do aleitamento. A prevalência de diarreia aumenta quando água ou chás são oferecidos às crianças (GIUGLIANI *et al*, 2002).

O aleitamento materno reduz em 50% as mortes por doenças respiratórias. Essa proteção se mantém constante nos dois primeiros anos de vida. O aleitamento materno também diminui o número de episódios de otite média. O Aleitamento Materno Exclusivo reduz o risco de asma e de sibilos recorrentes. O aleitamento materno está relacionado com a redução do risco de doenças auto-imunes, doença celíaca, doença de Crohn, colite ulcerativa, diabetes melito, linfoma, doença de Hodgkin e leucemia e parece estar associado a um menor risco de sobrepeso/obesidade em crianças. O leite materno propicia todos os nutrientes essenciais e adequados para o crescimento e desenvolvimento ótimos da criança, além de ser mais bem digerido (GIUGLIANI, 2004).

Embora não sejam conclusivos, vários estudos associam o aleitamento materno com um melhor desenvolvimento cognitivo. Além da composição do leite materno, fatores comportamentais ligados ao ato de amamentar podem estar envolvidos nessa associação (GIUGLIANI, 2004).

O ato de amamentar, sendo um dos momentos mais íntimos entre dois seres humanos, promove a ligação mãe-filho, fortalecendo o vínculo afetivo entre os dois. O aleitamento materno preenche, portanto, melhor as necessidades da criança, tanto orgânica quanto emocionalmente. No período intra-uterino, os músculos que primeiramente se desenvolvem são os orofaciais, essenciais para a amamentação e respiração. O trabalho muscular que a extração do leite exige auxilia o desenvolvimento craniofacial ósseo, muscular e funcional adequado (GIUGLIANI *et al*, 2002).

Mulheres que amamentam apresentam períodos de amenorréia, de anovulação e de infecundidade mais prolongados, resultando em intervalos intergestacionais maiores, com conseqüente redução das taxas de crescimento populacional. A eficácia desta anticoncepção depende do aleitamento materno exclusivo (GIUGLIANI, 2004).

Giugliani *et al* (2002, p. 3) observa que:

Hoje, sabe-se que postergar a introdução de alimentos complementares até os seis meses beneficiará tanto a criança quanto à mãe, particularmente nos países em desenvolvimento, por evitar potenciais fontes de contaminação e conseqüente diarreia infantil, maximizar a ingestão de leite humano, prolongar a duração da amenorréia pós-parto e o intervalo entre nascimentos.

3.3 Duração da Amamentação

A Organização Mundial da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida dos lactentes e que a amamentação continue, acompanhada da introdução de alimentos complementares nutricionalmente adequados, por pelo menos dois anos (GIUGLIANI *et al*, 2002).

Essas recomendações são o resultado de um movimento mundial em favor da proteção e promoção do aleitamento materno, iniciado no final da década de 70. Estudos de âmbito nacional identificaram o impacto positivo deste movimento, com períodos mais prolongados de aleitamento materno, não implicando, necessariamente, em maior duração de aleitamento materno exclusivo. A duração do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo está muito distante do preconizado pela Organização Mundial da Saúde (AUDI *et al*, 2003).

Nos primeiros dias de vida, 90% das crianças são amamentadas. A taxa de aleitamento materno exclusivo é de 23,4 dias nas capitais brasileiras e de 29,5 dias em Porto Alegre (GIUGLIANI *et al*, 2002). Pesquisa realizada em 2003, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, constatou que a mediana de aleitamento materno exclusivo das duplas mães-bebês oriundas do Alojamento Conjunto é de 54 dias (Giugliani, comunicação pessoal). A Região Sul apresenta menor duração de aleitamento materno (mediana de 225,2 dias), mas é a região que mais amamenta exclusivamente (39,1 dias) (GIUGLIANI, 2004).

Vários fatores contribuem para a interrupção do aleitamento materno. Entre eles, a precocidade na oferta de líquidos e alimentos semi-sólidos, o uso de mamadeira ou chupetas e a técnica inadequada de amamentação. Outras causas de desmame precoce são maternidade sem suporte, retorno da mãe ao trabalho, gestações gemelares, tabagismo. O sucesso da amamentação

depende também da livre demanda para amamentar, sendo o bebê o responsável pela frequência e duração das mamadas (GIUGLIANI *et al*, 2002; AUDI *et al*, 2003).

3.4 Fisiologia da Amamentação

A mama é uma glândula exócrina. Não contém cisternas para depósito de leite, sendo este produzido durante a mamada (HENTSCHEL; BRIETZKE, 2001). A secreção láctea é formada por uma rede de ductos que convergem aos seios lactíferos, cada qual com uma saída independente no mamilo (GIUGLIANI, 2004).

Mezzacappa e Filho (1995) dividem a lactação em quatro fases: mamogênese, lactogênese, galactopoiese e galactocinese.

A mamogênese compreende o desenvolvimento da glândula mamária. O estrogênio promove crescimento e ramificação dos ductos e alvéolos mamários. No crescimento do sistema de ductos também são importantes o hormônio do crescimento, a prolactina, os glicocorticóides adrenais e a insulina. A progesterona é responsável pelo desenvolvimento final dos alvéolos mamários, preparando a mama para a lactação. Uma vez desenvolvido o sistema de ductos, a progesterona e o estrogênio, de modo sinérgico, provocam crescimento adicional dos lóbulos, com brotamento dos alvéolos e desenvolvimento das características secretoras nas células dos alvéolos. Esses dois hormônios inibem a atuação da prolactina ao nível da célula mamária, evitando que a mama secrete leite durante a gestação.

A lactogênese é o início da produção láctea. A prolactina, secretada pela hipófise anterior da mãe, tem sua concentração aumentada desde a quinta semana de gestação até o nascimento da criança. Após o nascimento, a queda da secreção de estrógeno e progesterona da placenta permite

que o efeito lactogênico da prolactina assuma seu papel de promoção de secreção de leite (GUYTON, 2002).

A galactopoiese é a manutenção da produção láctea, dependente da secreção de prolactina que, por sua vez, depende da sucção do mamilo. Toda vez que a mãe amamenta o filho, os sinais nervosos que se originam dos mamilos dirigem-se ao hipotálamo e causam um surto na secreção de prolactina, que dura cerca de uma hora, mantendo a secreção de leite para os períodos subseqüentes de amamentação. Se o aleitamento não prosseguir, as mamas perdem sua capacidade de produzir leite dentro de mais ou menos uma semana (GUYTON, 2002).

A galactocinese é a seqüência de eventos através dos quais se dá a remoção do leite durante a sucção. A ocitocina contrai as células mioepiteliais que envolvem os alvéolos, provocando a ejeção do leite. Impulsos sensoriais transmitidos pelos nervos somáticos dos mamilos para a medula espinhal da mãe e, a seguir, para o hipotálamo, promovem a secreção de ocitocina. A ocitocina também é estimulada pela visão, cheiro e choro da criança e é desestimulada por fatores de ordem emocional ou por dor e desconforto (GUYTON, 2002).

3.5 Composição do Leite Materno

O colostro é produzido nos primeiros dias. Contém mais minerais e proteínas e menos lipídios do que o leite maduro. Este é produzido por volta do décimo dia pós-parto. O leite de mães de recém-nascidos pré-termo tem composição diferente do leite das mães de bebês a termo. A composição do leite muda à medida em que o recém-nascido vai mamando (HENTSCHEL; BRIETZKE, 2001). No início da mamada, o leite é rico em constituintes hidrossolúveis. No meio da mamada, aumenta a concentração de caseína e, no final da mamada, há uma maior concentração dos pigmentos lipossolúveis. A dieta da mãe pode alterar a cor do leite, embora

somente mulheres com desnutrição grave possam ter seu leite afetado quanto à composição (GIUGLIANI, 2004).

3.6 Técnica Correta de Amamentação

A técnica adequada de amamentação é fundamental para o sucesso do aleitamento materno, podendo prevenir e resolver a maioria dos problemas relacionados à amamentação e ao desmame precoce. É fundamental a avaliação precoce das condições da mamada, para que sejam identificadas dificuldades iniciais da amamentação. Os problemas detectados devem ser corrigidos e a técnica de amamentação revisada (GIUGLIANI *et al*, 2002). As taxas de aleitamento materno exclusivo são maiores em mães que recebem orientação sobre o aleitamento materno (MELO *et al*, 2002).

A técnica inadequada de amamentação está relacionada com trauma mamilar, ingurgitamento mamário, mastite, ganho de peso inadequado, introdução precoce de alimentos, desmame precoce. Ainda no início da amamentação, problemas como demora na descida do leite, ansiedade, cansaço, depressão da mãe e choro do bebê também podem ser decorrentes de uma má técnica. A técnica adequada envolve o posicionamento da mãe e do bebê, a pega adequada do mamilo e da aréola pelo bebê e a sucção efetiva. Uma boa técnica garante a transferência adequada do leite para a criança (GIUGLIANI *et al*, 2002).

De acordo com Giugliani *et al* (2002), vários itens devem ser observados para uma técnica correta de amamentação. As roupas da mãe e do bebê devem ser adequadas, não restringindo movimentos. Os braços do bebê devem ficar livres e as mamas completamente expostas. Mãe confortavelmente posicionada, relaxada, bem apoiada. O apoio dos pés acima do nível do chão é aconselhável. O corpo do bebê permanece voltado para o da mãe, a cabeça e o

tronco alinhados e as nádegas firmemente apoiadas. O braço inferior do bebê se posiciona ao redor da cintura da mãe, de maneira que não fique entre o corpo do bebê e o da mãe.

Quanto à pega, a mãe segura a mama mantendo a aréola livre. O estímulo do lábio inferior do bebê faz com que ele abra a boca e abaixe a língua. O queixo do bebê toca a mama e os lábios ficam curvados para fora. A técnica correta de sucção exige a abertura ampla da boca do bebê, que deve abocanhar cerca de dois centímetros do tecido mamário além do mamilo. A ereção do mamilo e da zona areolar facilita a sua apreensão pelo bebê. A ponta da língua toca a parte inferior da aréola. O mamilo não deve entrar e sair da boca do bebê. É a pressão positiva da língua contra o mamilo e a aréola que retira o leite, junto com a ejeção do leite ao aumentar a pressão intramamária. As bochechas do bebê não se encovam a cada sucção e não deve haver ruídos da língua, somente a deglutição pode ser audível. A mandíbula do bebê realiza movimentos ântero-posteriores e de abertura e fechamento, sincronizados com a deglutição (GIUGLIANI, 2004).

Giugliani *et al* (2002, p. 8) observa que:

A amamentação com técnica inadequada, como pega incorreta, pode levar a mãe a sentir dor porque o bebê puxa o mamilo, friccionando a pele do mesmo e causando fissura. A ordenha da mama não ocorre adequadamente, pois a língua não pressiona os seios lactíferos, deixando o bebê com fome e mamando com muita frequência, o que leva a mãe pensar que tem pouco leite ou que o seu leite é fraco.

3.7 Problemas Relacionados ao Aleitamento Materno

Segundo Giuliani (2004), as dificuldades mais comuns relacionadas com a mãe durante a amamentação são as que seguem: traumas mamilares, mamilos planos ou invertidos, ingurgitamento mamário, presença de sangue no leite, mastite, abscesso e baixa produção de leite.

1 Traumas mamilares, que são fissuras, ulcerações ou feridas, escoriações, bolhas, equimoses, com presença de pus, manchas brancas, amarelas ou pretas (GIUGLIANI *et al*, 2002).

Podem ser considerados normais desconforto e dor discreta no início do aleitamento materno. O trauma mamilar pode ser prevenido com técnica correta de amamentação, exposição das mamas ao ar livre ou à luz solar, para mantê-las secas, evitar o uso de sabões, álcool ou produtos secantes no mamilo, o que o torna mais vulnerável a lesões, amamentação freqüente, técnica correta para interromper a mamada, substituindo o mamilo com o dedo. Os protetores (intermediários) de mamilo podem causar danos aos mamilos.

O tratamento dos traumas mamilares inclui a correção da técnica de amamentação e aplicação de leite materno, devido às propriedades anti-infecciosas presentes nele. Métodos secativos em mamilos machucados não são recomendados. O tratamento farmacológico inclui agentes tópicos como lanolina anídrica ou cremes com vitamina A e D em traumas importantes, eles formam uma barreira impedindo a perda de umidade das camadas mais profundas da pele, facilitando assim a cicatrização. Corticóides só devem ser utilizados na ausência de infecção bacteriana ou fúngica, não necessitando ser removido antes das mamadas.

2 Mamilos planos ou invertidos, constatados quando, ao pressionarmos a aréola entre o polegar e o dedo indicador, o mamilo plano protraí e o invertido retrai. É fundamental a intervenção imediata.

3 Ingurgitamento mamário, que é a congestão e aumento da vascularização, acúmulo de leite e edema devido à obstrução da drenagem linfática pelo aumento da vascularização e enchimento dos alvéolos. O leite se torna mais viscoso, originando o “leite empedrado”. Ocorre mais em primíparas, aproximadamente 3 a 5 dias após o parto. Está relacionado com excesso de leite, início tardio da amamentação, mamadas infreqüentes, restrição da duração e freqüência das mamadas e sucção ineficaz do bebê.

Uma ou ambas as mamas aumentam de tamanho e podem se apresentar duras e sensíveis à palpação. Encontram-se doloridas, enrijecidas, vermelhas e brilhantes. A aréola fica tensa e o mamilo plano, fazendo com que o leite não flua com facilidade (GIUGLIANI *et al*, 2002).

O tratamento inclui amamentação freqüente e ordenha do excesso de leite. O esvaziamento da mama diminui a pressão mecânica nos alvéolos, melhora a drenagem da linfa e o edema, diminui o comprometimento da produção do leite e previne a mastite. Medidas como massagens nas mamas, uso de analgésicos sistêmicos para dor, se necessário e o uso de sutiãs com alças largas e firmes para sustentar as mamas também são recomendadas. O uso de antiinflamatórios se mostrou eficaz.

4 Presença de sangue no leite, que é um fenômeno transitório (primeiras 48 horas) e deve-se ao rompimento de capilares provocado pelo aumento súbito da pressão osmótica intra-alveolar na fase inicial da apojadura. É mais comum em primíparas adolescentes e mulheres com mais de 35 anos e melhora com o esvaziamento das mamas.

5 Mastite, processo inflamatório em um ou mais segmentos da mama, podendo ou não progredir para uma infecção bacteriana. As fissuras favorecem a instalação de bactérias. O bacilo mais comumente envolvido é o *Staphylococcus aureus*. A região afetada encontra-se dolorosa, hiperemiada, edemaciada e quente. O comprometimento geral é importante, com febre e mal-estar.

A mastite pode estar associada com mamadas com horários regulares, longos períodos de sono do bebê, uso de chupetas e mamadeiras, não esvaziamento completo das mamas, produção excessiva de leite, desmame abrupto, entre outros. Um ducto bloqueado, com freqüência, é o precursor da mastite. A fadiga materna também facilita a instalação da mastite.

A manutenção da amamentação está indicada. O tratamento inclui antibioticoterapia, esvaziamento completo da mama comprometida, repouso da mãe, hidratação abundante,

analgésicos e antiinflamatórios. Compressas quentes antes das mamadas auxiliam a drenagem do leite.

6 Abscesso mamário, que pode resultar de uma mastite não tratada ou com tratamento tardio ou inadequado. Está associado à interrupção da amamentação em função da mastite. O tratamento do abscesso consiste em esvaziamento dele por drenagem cirúrgica ou aspiração e antibioticoterapia.

7 Baixa produção de leite, quando a queixa da mãe de ter “pouco leite” ou “leite fraco” decorre da sua própria insegurança, que interpreta o choro do bebê e as mamadas freqüentes como sinais de fome. A suplementação com outros leites tranqüiliza a mãe e o bebê, mas leva a uma menor produção de leite e conseqüente interrupção da amamentação.

O ganho de peso do bebê e o número de micções por dia (no mínimo seis) são alguns dos indicativos da adequada produção de leite. Constatada a produção insuficiente de leite, observa-se a técnica de amamentação. Para aumentar a produção de leite, sugere-se aumentar a freqüência das mamadas, esvaziar bem as mamas, evitar mamadeiras, chupetas e protetores de mamilos, dieta balanceada, hidratação adequada e repouso. Em alguns casos, utilizam-se medicamentos.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório descritiva, com abordagem quantitativa. De acordo com Gil (1996), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Algumas pesquisas descritivas proporcionam uma nova visão do problema, o que as aproxima das exploratórias, que têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, localizada no 11º andar, com internação de mães/bebês em Alojamento Conjunto. Giugliani (2001) define Alojamento Conjunto como um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio fica junto da mãe até a alta hospitalar, sendo esse sistema um dos critérios para a obtenção do título de Hospital Amigo da Criança. É um momento propício para se educar as mães e detectar complicações pós-parto ou afecções neonatais.

4.3 População e Amostra

A população do estudo é composta pelas puérperas e recém-nascidos não gemelares internados no Alojamento Conjunto, em amamentação, que não foram separados ao longo da internação e com telefone disponível para contato no décimo dia pós-parto.

A amostra do estudo compreendeu todas as mães primíparas maiores de 18 anos usuárias da maternidade que atenderam os critérios de inclusão e que tiveram seus bebês no período de 12 de setembro e 18 de outubro deste ano.

Foram excluídos os pares que vieram a se separar ao longo dos primeiros dez dias de vida do bebê ou quando houve contra indicação para amamentar surgida durante a internação ou após a alta hospitalar.

Considerando a média de 400 nascimentos por mês, sendo que em torno de 25% das mães são primíparas, o tamanho amostral calculado foi de 91 sujeitos, com intervalo de confiança de 90% e amplitude de 0,15. Os dados foram digitados em planilha Excel e a análise dos dados foi realizada com a utilização do programa SPSS versão 10,0.

A amostra compreendeu 118 duplas mães/bebês, considerando 30% para perdas.

4.4 Alocação para as Entrevistas

Diariamente eram identificadas, na Unidade de Centro Obstétrico, as mães primíparas que tiveram seus bebês entre as 0h e 24 horas do dia anterior. As mães eram convidadas para participar do estudo, sendo esclarecidas dos seus objetivos. Após a sua aquiescência, era realizada a coleta de dados o mais próximo possível da alta hospitalar, no mínimo 24 horas após parto vaginal e 48 horas após parto cesáreo.

4.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em dois momentos. A primeira entrevista aconteceu na Unidade de Internação Obstétrica do HCPA. A segunda entrevista foi realizada no décimo dia após o nascimento do bebê, por telefone.

Na Unidade de Internação Obstétrica:

Foi aplicado um questionário padronizado (APÊNDICE A), visando a obtenção de dados sociodemográficos, aspectos relacionados ao acompanhamento pré-natal e ao acompanhamento hospitalar. O questionário inclui um formulário que visava investigar a presença de problemas como trauma mamilar e ingurgitamento. Durante a aplicação deste formulário, eram avaliadas as mamas das puérperas.

No décimo dia de vida do bebê:

Através de um telefonema, foi aplicado um questionário padronizado (APÊNDICE B), visando investigar o padrão de aleitamento materno e alguns fatores associados, como o uso de bicos e mamadeiras.

Variáveis da pesquisa:

- Sexo do bebê: masculino; feminino.
- Peso de nascimento: em gramas.
- Idade da mãe: em anos completos.
- Cor da mãe: branca; preta; mista; outra.
- Escolaridade materna: anos completos de estudo.
- Presença de companheiro: sim; não.
- Número de consultas realizadas durante a gestação.

- Tipo de parto: vaginal; cesárea.
- Orientação sobre amamentação no pré-natal: sim; não.
- Uso de chupeta: sim; não.
- Problemas decorrentes da amamentação.
- Padrão de aleitamento materno.

4.6 Análise dos Dados

Os dados foram armazenados e analisados de acordo com o programa de *software* SPSS 10.0.

Foi realizada análise descritiva das variáveis, através de frequências absolutas e relativas.

4.7 Considerações Éticas

As puérperas eram incluídas no estudo após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). O anonimato foi preservado e os resultados foram utilizados apenas para fins da pesquisa. O consentimento ou não para participar da pesquisa não interferiu no seu atendimento no hospital.

Nos casos em que a pesquisadora constatou problemas durante a realização das entrevistas ou da observação das mamas, ela encaminhou a puérpera à equipe de lactação ou ao programa Disque Amamentação do HCPA.

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Comitê Ético do HCPA (ANEXO B).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra incluiu 118 primíparas, das quais foram perdidas 5 ainda na maternidade (4,2%), 2 por não aceitarem participar do estudo e 3 por terem tido alta antes do esperado. No décimo dia de vida do bebê, 9 mães (7,9%) não foram localizadas por telefone. A entrevista na maternidade foi realizada em média, 41 horas após o nascimento do bebê, com um desvio padrão de 14 horas. As características da amostra estão descritas nas tabelas a seguir.

• Idade e cor da mãe

As mães tinham em média 23 anos. A idade mínima foi 18 e a máxima 40 anos.

Tabela 1 – Distribuição conforme a cor da mãe

Variáveis	n (113)	% (100)
Cor da mãe		
Branca	84	74,3
Mulata	15	13,3
Negra	11	9,7
Amarela	3	2,7

Em relação à cor da mãe, 74,3% eram brancas e 25,7% eram de outra cor.

• Situação marital e contato diário com outras pessoas

Tabela 2 – Distribuição conforme situação conjugal e contato diário da mãe do bebê

Variáveis	n (113)	% (100)
Habita com o companheiro		
Sim	79	69,9
Não	28	24,8
Sem companheiro	6	5,3
Contato diário		
Avó do bebê	89	78,8
Outros	19	16,8
Ninguém	5	4,4
Número de pessoas na casa		
Uma	4	3,5
Duas	73	64,6
Outros	36	31,9

Do grupo estudado, 5,3% das mães não contam com a presença de um companheiro, ao passo que 69,9% das mães moram com seus companheiros. A falta de apoio do companheiro é citada como um dos fatores para o desmame precoce.

Além disso, 78,8% das mães têm contato diário com as avós do bebê, contando com a ajuda das mesmas. Giugliani (2004) sugere que as avós interferem negativamente na duração do aleitamento e salienta que a mãe deve estar inserida em um ambiente que a ajude a levar adiante sua opção de amamentar. Muitas avós transmitem sua experiência com amamentação, muitas vezes contrária às recomendações das atuais práticas alimentares das crianças, por isso a importância de incluir tanto as avós quanto os pais no aconselhamento em amamentação.

A maioria das mães (64,6%) mora acompanhada de mais uma pessoa, normalmente o companheiro. Quatro mulheres (3,5%) moram sozinhas.

• **Escolaridade materna e renda familiar**

A média de escolaridade foi de 8,7 anos de estudo. A mediana foi de 11 anos (34%), correspondentes ao Ensino Médio completo. Melo *et al* (2002) mostram, em seu estudo com primíparas de Recife, que 40% das mães tinham nível de instrução igual ou superior ao segundo grau completo, taxa próxima à citada no presente estudo. A maior escolaridade é um dos fatores que contribui para o aprendizado e motivação para a prática da amamentação, embora orientações claras e precisas possam minimizar as dificuldades de compreensão das mães com baixo grau de instrução.

Em relação à renda familiar, 68% das famílias ganhavam entre 2 e 4 salários mínimos, sendo 4 salários (16%) o valor mais freqüente e 20% ganhavam entre 5 e 8 salários mínimos.

• Acompanhamento pré-natal

Tabela 3 – Distribuição conforme o acompanhamento pré-natal.

Variáveis	n (113)	% (100)
Realização de pré-natal	113	100
Orientação sobre aleitamento materno nas consultas		
Bastante	16	14,2
Mais ou menos	17	15
Pouca	9	8
Nenhuma	71	62,8
Grupos de Gestantes		
Sim	19	16,8
Não	94	83,2

O Ministério da Saúde recomenda que o pré-natal tenha início no primeiro trimestre de gestação, com um mínimo de 6 consultas. Giugliani (2004) enfatiza o impacto positivo da educação e preparo das mães para a lactação nas prevalências de aleitamento materno, em especial entre as primíparas.

Todas as mães incluídas neste estudo realizaram pré-natal. As mães compareceram em média a 8 consultas. Entretanto, 62,8% das mães relataram não receber orientações sobre aleitamento materno durante as consultas.

Melo *et al* (2002) relatam um estudo realizado com primíparas, em Recife, mostrando que 96,5% das mães tiveram acesso ao pré-natal, com um número médio de consultas em torno de 6,4. No mesmo estudo, 60% das mães relataram não ter recebido orientações sobre aleitamento materno durante o pré-natal. Araújo, Otto e Schmidt (2003) citam um estudo com primíparas no qual a taxa de aleitamento materno foi significativamente maior entre as gestantes que receberam orientação sobre aleitamento materno.

Apenas 16,8% das mães participaram de grupos ou cursos de gestantes. Gonçalves, Espírito Santo e Kohlmann (1998) dizem que a atividade em grupo favorece a troca de

experiências e o esclarecimento de dúvidas comuns aos participantes. Assim, vê-se a necessidade de uma maior divulgação destes programas e do seu desenvolvimento, principalmente na rede básica de saúde, visto que a maioria das mães que participou de grupos de gestantes e que receberam orientações sobre aleitamento materno durante as consultas de pré-natal, foram as que realizaram seu acompanhamento pré-natal no HCPA.

• **Tipo de parto**

Tabela 4 – Distribuição conforme o tipo de parto

Variáveis	n (113)	% (100)
Tipo de parto		
Vaginal	78	69
Cesáreo	35	31

Observou-se que 31% das mães tiveram seus filhos através de parto cesáreo. O Ministério da Saúde recomenda que o número de cesarianas não ultrapasse a margem de 15%. Rigol e Espírito Santo (2001) citam dados do Ministério da Saúde registrando uma incidência nacional de cesarianas de 32%, semelhante a das mães incluídas neste estudo. Audi *et al* (2003) citam o parto cesáreo como fator desfavorável à prática de aleitamento materno exclusivo, em especial as cesáreas de caráter eletivo.

• **Peso e sexo do recém-nascido**

O peso de nascimento dos bebês era, em média, 3209g. Embora 6% dos bebês tivessem menos de 2500g, todos estavam em aleitamento materno exclusivo no décimo dia de vida. O baixo peso ao nascer é citado como um dos fatores para o desmame precoce. Este estudo incluiu os recém-nascidos saudáveis que estivessem em alojamento conjunto com suas mães.

Tabela 5 – Distribuição conforme o sexo do bebê.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	48	42,5
Masculino	65	57,5

Em relação ao sexo do bebê, predominou o masculino, com 57,5%.

• **Atendimento na maternidade**

Tabela 6 – Distribuição conforme o encaminhamento para a equipe de lactação, uso de complemento, orientação sobre aleitamento materno e participação em grupo de puérpera.

Variáveis	n (113)	% (100)
Atendimento pela Equipe da Lactação		
Sim	69	61,1
Não	44	38,9
Uso de complemento na maternidade		
Sim	26	23
Não	87	77
Recebeu orientação sobre aleitamento materno		
Sim	105	92,9
Não	8	7,1
Participação em Grupo de Puérperas		
Sim	5	4,4
Não	108	95,6

A Equipe de Lactação atendeu 61,1% das primíparas incluídas no estudo. A primiparidade representa o principal motivo de encaminhamento à Equipe de Lactação (CARPES, 2004). Vários estudos e profissionais da área ressaltam a importância de se ajudar as primíparas, em especial, a iniciar a amamentação. Vieira, Pinto e Silva e Barros Filho (2003) dizem que, juntamente com gestantes e mães adolescentes, as primíparas são as que mais se beneficiam de atividades educativas de promoção de aleitamento materno e mostra, ainda, que essas mães aderiram mais à amamentação que as mães adultas.

O passo cinco dos “Dez Passos para o Aleitamento Materno Bem Sucedido”, proposto pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança, recomenda a orientação às mães sobre o

posicionamento e pega corretos para amamentar e sobre a ordenha manual do leite. De acordo com Araújo, Otto e Schmidt (2003), este item é o que mais apresenta pendências e dificuldades no seu cumprimento. Entretanto, neste estudo, 92,9% das mães referiram receber orientação individual sobre aleitamento materno na maternidade, mostrando que este passo, de fundamental importância à manutenção do aleitamento materno, está sendo aplicado com êxito pela maternidade estudada.

Spinelli *et al* (2002) também mostram que a maternidade foi o principal local de orientação sobre aleitamento materno, embora com uma cobertura menor (55,3%).

Escobar *et al* (2002) associaram as variáveis conhecimento da importância do leite materno e tempo de amamentação, obtendo resultados significativamente favoráveis. Toda equipe de saúde deve estar preparada para oferecer orientações e apoio à amamentação, para que sejam efetivos.

Apenas 4,4% das mães participaram de grupos de puérperas, embora seja proposta do Serviço a cobertura do maior número possível de puérperas em atividades de grupo, durante a internação.

Um número bastante expressivo de bebês recebeu complemento durante a internação, representando 23% dos bebês. Giugliani (2004) salienta que os complementos devem ser evitados, pois o seu uso está associado com o desmame precoce. Eles podem diminuir a confiança da mãe, sendo indicadores de alguma dificuldade na amamentação.

Tabela 7 – Distribuição conforme percepção da quantidade de leite, anatomia dos mamilos, presença de dor e uso de analgésicos.

Variáveis	n	%
Quantidade de leite percebida pela mãe		
Mais do que o bebê precisa	7	6,2
Suficiente	82	72,6
Menos do que o bebê precisa	24	21,2
TOTAL	113	100
Anatomia do mamilo		
Plano	22	19,5
Protruso	89	78,8
Invertido	2	1,8
TOTAL	113	100
Dor mamilar		
Sim	93	82,3
Não	20	17,7
TOTAL	113	100
Intensidade da dor		
Fraca	30	32,3
Moderada	36	38,7
Intensa	27	29
TOTAL	93	100
Uso de analgésico		
Sim	102	90,3
Não	11	8,8
TOTAL	113	100

Uma queixa freqüente durante a amamentação é o “pouco leite” ou o “leite fraco”. Neste estudo, 21,2% das mães referiram ter menos leite do que os seus bebês precisam, contra 72,6% que achavam ter leite suficiente, algumas delas convencidas de que no momento não poderiam ter mais de que tinham. De acordo com Giugliani (2004), essa percepção é o reflexo da insegurança materna quanto a sua capacidade de nutrir plenamente o seu bebê. O choro e as mamadas seguidas são freqüentemente interpretados como sinais de fome. A suplementação com outros leites tranqüiliza a mãe. Entretanto, reforça a idéia de que a criança estava com fome e leva a um menor estímulo da produção de leite.

Os mamilos protrusos foram os mais freqüentemente encontrados, com 78,8% de freqüência. Giugliani (2004) salienta que os mamilos planos ou invertidos podem dificultar o

início da amamentação, mas não necessariamente o impedem. Neste estudo foram identificados 21,3% de mães com mamilos planos ou invertidos.

Nos primeiros dias é considerado normal uma discreta dor ou desconforto no início das mamadas (GIUGLIANI, 2004). No presente estudo, 82,3% das mães referiram dor durante as mamadas. Destas, apenas 32,3% das mães referiram dor discreta no início ou durante as mamadas, contra 38,7% e 29% que referiram dor moderada e intensa, respectivamente. A frequência de dor encontrada neste estudo (66%) foi maior do que a citada em estudos anteriores sobre aleitamento materno (RODRIGUES *et al*, 2004).

Nenhuma mãe recebeu medicação especificamente para dor mamilar, embora 90,3% delas estejam recebendo medicações para dor em geral.

Tabela 8 – Distribuição das mães conforme presença de trauma mamilar*.

Variáveis	n (113)	% (100)
Bolha		
Sim	10	8,8
Não	103	91,2
Hiperemia		
Sim	104	92
Não	9	8
Fissura		
Sim	59	52,2
Não	54	47,8
Presença de trauma mamilar		
Sim	105	92,9
Não	8	7,1

* Trauma mamilar se refere à presença de um ou mais fatores, como bolhas, hiperemia e fissura mamilar.

O trauma mamilar foi freqüentemente encontrado no grupo de mães estudado, com 92,9% de ocorrência. Os traumas mais freqüentemente encontrados foram hiperemia com 92% e fissura mamilar com 52,2% das mães.

A frequência de trauma mamilar encontrada neste estudo foi maior do que em estudos anteriores sobre aleitamento materno. Sales *et al* (2000) e Rodrigues *et al* (2004) mostram em

seu estudo, a presença de fissura mamilar em 47% e 43,4% das mães, respectivamente. Giugliani (2004) cita o trauma mamilar como uma importante causa de desmame precoce, por isso a preocupação quanto à prevenção e intervenção adequadas.

Tabela 9 – Distribuição conforme o tratamento do trauma mamilar.

Variáveis	n	%
Tratamento		
Sim	62	59
Não	43	41
TOTAL	105	100
Tratamento úmido		
Sim	53	85
Não	9	15
TOTAL	62	100
Tratamento seco		
Não	62	100
TOTAL	62	100
Leite ordenhado		
Sim	23	37
Não	39	63
TOTAL	62	100

Das mães que apresentaram trauma mamilar, 59% estavam fazendo uso de algum tratamento no momento da entrevista. Destas, 85% estavam em uso de tratamento úmido. As pomadas ou óleos citados foram TCM (Triglicerídeos de Cadeia Média) e fludroxicortida (Drenison®). De uma forma geral, o TCM é utilizado para revitalização da pele e o fludroxicortida quando se tem uma fissura instalada. As mães normalmente iniciam com o uso de TCM e suspendem o seu uso de acordo com a necessidade de se introduzir o fludroxicortida..

Verificou-se que 37% das mães utilizavam o próprio leite ordenhado nos mamilos como medida de proteção e alívio após as mamadas. Giugliani (2004) recomenda esta prática em função das propriedades anti-infecciosas do leite materno, embora não haja estudos respaldando o uso do leite materno para este fim.

Tratamentos secos, como banho de sol ou de luz ou uso de secadores não foram utilizados pelas mães, não sendo recomendados pela equipe de saúde do hospital. Giugliani (2004) recomenda o tratamento seco apenas na ausência de soluções de continuidade.

Práticas populares, como uso de casca de mamão, que visam aliviar o sofrimento materno não foram utilizadas na maternidade, embora algumas mães tenham referido a intenção de uso.

De acordo com Giugliani (2004), o ingurgitamento mamário reflete falha no mecanismo de auto-regulação da fisiologia da lactação. O ingurgitamento excessivo ocorre com mais frequência entre as primíparas. Este estudo não constatou mães com ingurgitamento mamário, o que pode ser explicado pelo fato dele ocorrer aproximadamente 3 a 5 dias após o parto, após a alta hospitalar.

Aos dez dias de vida do bebê 104 mães foram localizadas e contatadas por telefone. A seguir, apresentamos os resultados referentes aos dados obtidos aos dez dias de vida do bebê.

• Padrão de Aleitamento Materno

Tabela 10– Distribuição conforme o padrão de aleitamento materno.

Padrão de Aleitamento Materno	n (104)	% (100)
Exclusivo	85	81,7
Predominante	6	5,8
Complementado	13	12,5

Todas as mães estavam praticando o aleitamento materno aos 10 dias de vida do bebê. Entretanto, apenas 81,7% das mães estavam em aleitamento materno exclusivo. Considerando a realização da entrevista aos 10 dias, esperava-se uma taxa de aleitamento materno mais próxima de 100%. Pesquisa realizada em 2003, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com puérperas do Alojamento Conjunto, constatou que a prevalência de aleitamento materno exclusivo era de 82,5% aos sete dias de vida do bebê (RODRIGUES *et al*, 2004). Pesquisa realizada no estado de

São Paulo, em 1998, encontrou como fator de risco para o desmame precoce, entre outros, a primiparidade (VENÂNCIO et al, 2002).

Tabela 11 – Introdução de complementos e mamadeira aos dez dias de vida.

Variáveis	n (104)	% (100)
Água		
Sim	2	1,9
Não	102	98,1
Chá		
Sim	7	6,7
Não	97	93,3
Leite modificado		
Sim	13	12,5
Não	91	87,5
Uso de mamadeira		
Sim	23	22,1
Não	81	77,9

Observou-se a oferta de líquidos a 18,3% dos bebês aos 4 dias de vida, em média, interrompendo o aleitamento materno exclusivo. O leite artificial utilizado foi sempre o modificado (NAN®), prescrito pelo pediatra de referência. Duas mães (1,9%) introduziram água à dieta dos bebês, em média duas vezes ao dia. Sete mães (6,7%) ofereceram chá aos seus bebês, em média uma vez ao dia. Treze mães (12,5%) ofereceram leite modificado aos seus bebês, em média de 3 a 4 vezes ao dia.

A mamadeira foi utilizada por 22,1% das mães e introduzida em média no 4º ou 5º dia de vida do bebê. Essa taxa é maior do que a de mães que deram líquidos aos bebês (18,3%), indicando que algumas mães podem estar oferecendo leite materno com a mamadeira. Giugliani (2004) desaconselha o uso de mamadeira, pois as crianças podem desenvolver preferência pelo bico delas, dificultando a mamada no seio, além de ser uma importante fonte de contaminação.

- **Uso de chupetas**

Tabela 12 – Distribuição conforme a introdução de chupetas.

Variáveis	n	%
Uso de bicos		
Sim	45	43,3
Não	59	56,7
TOTAL	104	100
Uso de bico todos os dias		
Sim	17	37,2
Não	28	62,8
TOTAL	45	100
Tentativa de uso sem sucesso		
Sim	45	73,8
Não	14	26,2
TOTAL	59	100

A oferta do bico foi prática comum entre as mães. Na maternidade, 58,4% das mães referiram a intenção de dar bicos aos seus bebês. O motivo mais comumente citado foi o de acalmar o bebê. Aos 10 dias de vida do bebê, 43,3% dos bebês estavam usando o bico, 37,2% deles todos os dias. Os bebês iniciaram o uso do bico em média no 4º dia de vida. Em relação aos bebês que não estavam usando bico, 73,8% das mães tentaram introduzi-lo.

Giugliani (2004) diz que tem sido desaconselhado o uso de chupeta, pois pode interferir com o aleitamento materno. O uso de chupeta diminui a frequência das mamadas, prejudicando a produção de leite. O uso de chupeta pode sinalizar uma menor disponibilidade da mãe para amamentar.

Melo *et al* (2002) referem em seu estudo com primíparas o uso de chupetas em 60,8% das crianças, 59,8% delas iniciando o uso logo ao chegar em casa, sendo este número mais elevado do que o apresentado no presente estudo. Vários estudos mostram a associação entre uso de chupeta com menores taxas de amamentação.

Tabela 13 – Procura do Disque-Amamentação.

Variáveis	n (104)	% (100)
Ligaram para o Disque-Amamentação		
Sim	13	12,5
Não	91	87,5

O último item dos Dez Passos para Aleitamento Materno Bem Sucedido recomenda que a promoção e o acompanhamento referente ao aleitamento materno continue após a alta hospitalar. No Hospital de Clínicas, as mães com dificuldade contam com o Programa Disque-Amamentação, que funciona durante 24 horas. Além disso, elas podem retornar ao hospital para serem atendidas pelas consultoras em aleitamento materno durante o dia, em dias úteis. Das mães incluídas neste estudo, 12,5% ligaram para o Disque-Amamentação e 1,8% procuraram atendimento no hospital.

Um programa de assistência às mães após a alta hospitalar se faz bastante necessário, visto que muitas dúvidas e dificuldades surgem quando as mães chegam em casa. O principal motivo que levou as mães a procurarem ajuda foi mamas cheias/ingurgitamento mamário e dificuldade no seu manejo.

6 CONSIDERAÇÕES

A prevalência de aleitamento materno, embora em ascensão, está muito distante dos índices preconizados pela Organização Mundial de Saúde. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança, visando a promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno, proposta pela Fundação das Nações Unidas e pela Organização Mundial da Saúde, é uma estratégia criada para promover a implantação dos “Dez Passos para o Aleitamento Materno Bem Sucedido”. Essa estratégia é responsável, em parte, pela ascensão das taxas de aleitamento materno a partir da década de 80. A intervenção dos profissionais de saúde no pré-natal, no puerpério imediato e na puericultura é fundamental para que a mãe sinta-se acolhida e apoiada, tendo mais possibilidade de amamentar exclusivamente por mais tempo.

A primiparidade acarreta mudanças físicas e emocionais e traz consigo, além do medo, muitas dúvidas e dificuldades. A falta de experiência é um fator que, por si só, gera ansiedade. A população de primíparas estudada apresentou alto índice de trauma mamilar já nos primeiros dias após o nascimento do bebê, o que justifica ações preventivas ainda na internação, como o encaminhamento para avaliação e acompanhamento pela equipe da lactação.

Com este estudo, vê-se a necessidade de uma conscientização da promoção do aleitamento materno no pré-natal, com ênfase na técnica de amamentação, principalmente na rede básica de saúde. A atividade educativa no pré-natal representa um elemento essencial para a promoção do aleitamento materno, considerando o atendimento em grupos, que complementa o aprendizado dessas mães. É importante que a gestante receba não só informações teóricas sobre aleitamento, mas que tenha a oportunidade de desenvolver habilidades práticas com o uso de bonecos para treinar o posicionamento adequado para amamentar e como segurar o bebê.

A maternidade se mostrou o principal local de orientação sobre aleitamento materno para as mães estudadas. Destacamos aqui a importância do trabalho das consultoras em aleitamento materno, responsáveis por boa parte da atenção prestada às mães e aos bebês no que se refere à amamentação, observando as mamadas, apoiando e orientando todo o processo de amamentação. Destacamos, ainda, a importância de todos os profissionais da área se envolverem com esse processo, contribuindo para o sucesso do aleitamento materno.

Nos dez primeiros dias de vida do bebê, algumas das mães já haviam introduzido água, chás e complementos, bicos e mamadeiras. A necessidade do apoio e da intervenção logo após a alta hospitalar, visto a precocidade da introdução de líquidos e mamadeira na dieta dos bebês, é indispensável. Uma intervenção em casa, com a mãe sem dor e mais confortável, conhecendo melhor o comportamento de seu bebê, e mais tranquila em relação ao cuidado deste, parece ser uma estratégia eficaz.

Mães com experiências anteriores de amamentação tendem a repetir a experiência. Cabe aos profissionais de saúde tornar a experiência dessas mães, de primeiro filho, mais positivas, para que isso se repercuta nas experiências futuras.

REFERÊNCIAS

- AUDI, CAF *et al.* Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. **Rev. Brás. Saúde Materno Infantil**, Recife. Vol. 3, n. 1, p. 85-93, jan.-mar., 2003.
- ARAÚJO, MFM; OTTO, AFN; SCHMIDT, BAS. Primeira Avaliação do Cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” nos Hospitais Amigos da Criança do Brasil. **Rev. Brás. Saúde Materno Infantil**, Recife. Vol. 3, n. 4, p. 411-419, out./dez., 2003.
- CARPES, CC. Consultoria em Aleitamento Materno no Alojamento Conjunto. 35 páginas. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2004.
- ESCOBAR, AMU *et al.* Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife. Vol. 2, n. 3, p. 253-261, set.-dez., 2002.
- GIL, AC. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas A.S., 1996.
- GIUGLIANI, ERJ. Aleitamento Materno na Prática Clínica. **Jornal de Pediatria**. Vol. 76, supl.3, 2000.
- GIUGLIANI, ERJ. Alojamento Conjunto. In: FREITAS, F. **Rotinas em Obstetrícia**. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001. p. 313-320.
- GIUGLIANI, ERJ. Aleitamento Materno: Aspectos Gerais. In: **Medicina ambulatorial: O Atendimento à Criança e ao Adolescente**. 2004. p. 219-239.
- GIUGLIANI, ERJ *et al.* A Influência da Técnica de Amamentação no Sucesso do Aleitamento Materno no Primeiro Mês de Vida. **Projeto de Pesquisa**. Porto Alegre, 2002.
- GONÇALVES, A; ESPÍRITO SANTO, L; KOHLMANN, M. Enfermeira Consultora em Aleitamento Materno: A Construção de um Novo Papel. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Vol.19, n.1, p.60-65, jan. 1998.
- GUYTON, AC; HALL, JE. **Tratado de Fisiologia Médica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan AS, 2002. p. 292-293.
- HENTSCHEL, H; BRIETZKE, E. Puerpério Normal e Amamentação. In: FREITAS, F. **Rotinas em Obstetrícia**. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001. p. 303-312.
- MELO, AMCA *et al.* Conhecimentos e atitudes sobre aleitamento materno em primíparas da cidade do Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife. Vol. 2, n. 2, p. 137-142, maio-ago., 2002.

MEZZACAPPA, M; FILHO, FM. Lactação: Fisiologia e Assistência. *In*: NEME, BN. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Sérvia, 1995. p. 171-175

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de Políticas de Saúde – estudos amostrais [site na Internet]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areatecnicas/mulher/cartilha.htm>.

RIGOL, JL; ESPÍRITO SANTO, LC. Perfil das Gestantes Adolescentes atendidas em Consulta de Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Vol. 22, n. 2, p. 122-140, jul.2001.

RODRIGUES, D *et al.* Impacto de Intervenção para melhorar a qualidade da Técnica de Amamentação nas taxas de Aleitamento Materno Exclusivo e Problemas com as mamas no primeiro mês pós-parto. **XVI Salão de Iniciação Científica**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2004. CD

SALES *et al.* Mastite Puerperal: Estudo de fatores predisponentes. **Rev. Brás. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro. Vol. 22, n. 10, nov./dez. 2000.

SPINELLI, MGN *et al.* A Situação de Aleitamento Materno de Crianças atendidas em creches da Secretaria da Assistência Social do município de São Paulo – região Freguesia do Ó. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, 2 (1): 23-28, jan. – abril, 2002.

VENÂNCIO *et al.* Frequência e Determinantes do Aleitamento Materno em Municípios do Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. Vol. 36, n. 3. São Paulo, jun. 2002.

VIEIRA, MLF; PINTO e SILVA, JLC; BARROS FILHO, AA. A Amamentação e a Alimentação Complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? **Jornal de Pediatria**. Vol. 79, n. 4. Porto alegre, jul. – ago. 2003.

APÊNDICE A – Questionário Inicial
Problemas Relacionados ao Aleitamento Materno

Número: ___/___/___ Data da entrevista: ___/___/___

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome da mãe: _____

Registro: _____ Leito: _____ Telefone: _____/_____

Nome do bebê: _____

Endereço: Rua: _____

Número: _____ Apto: _____ Bairro: _____

QUESTIONÁRIO INICIAL	CODIFICAÇÃO
01. Data de nascimento do bebê ___/___/___ Hora: ___	DNBEBE
02. Tipo de parto: (1) parto vaginal (2) cesárea	TIPARTO
03. Sexo do bebê: (1) feminino (2) masculino	SEXOB
04. Peso de nascimento do bebê: _____ g	PNBEBE
05. Cor da mãe: (1) branca (2) mulata (3) negra (4) outra	CORM
06. Idade da mãe: _____ anos	IDADEM
07. Situação marital: (1) mora com companheiro (2) não mora com companheiro (3) sem companheiro	MARIMAE
08. A mãe do bebê tem contato diário com: (1) a mãe (2) a sogra (8) NSA (3) outros Especificar: _____	DIAMAE
09. Renda familiar: RS _____ Sal. Mínimos: _____ (88) não sabe/não informou	REDFAM
10. Quantas pessoas vivem com esta renda?	NPESSOA
11. Renda per capita: RS _____ Sal. Mínimos: _____ (88) NSA	RENDAPC
12. Quantos anos de estudo completos você tem? _____	ESCOLAM
13. Você fez pré-natal? (1) sim (2) não	PRENATAL
14. Se sim, número de consultas pré-natal: ___ (88) NSA	CONSUPRE
15. Durante seu pré-natal, você recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno? (1) sim, bastante (2) sim, mais ou menos (3) sim, pouca (4) não (8) NSA	ORIENPRE
16. Você participou de algum grupo ou curso pré-natal? (1) sim (2) não	CURSOPRE
17. Tempo de vida do bebê em horas: _____	HORAVID
18. A mãe e o bebê foram acompanhados pela equipe da lactação do hospital? (1) sim (2) não	VISILACT
19. O bebê recebeu complemento durante a hospitalização? (1) sim (2) não	COMPLEM
20. Você pretende amamentar este bebê? (1) sim (2) não (3) não sabe	PRETEAM
21. Você pretende dar bico para o bebê? (1) sim (2) não (3) não sabe	BICOPRET

22. Você recebeu alguma orientação no alojamento conjunto sobre amamentação? (1) sim (2) não	ORIENTAC
23. Você participou de algum grupo no alojamento conjunto? (1) sim (2) não	GRUPAC
CHECK LIST PARA PROBLEMAS NAS MAMAS	
1. Quantidade de leite na percepção da mãe: (1) mais do que o bebê precisa (2) o suficiente (3) menos que o bebê precisa	QUALATE
2. Anatomia do mamilo: (1) plano (2) protruso (3) invertido	ANATOMA
3. Dor no bico do seio: (1) sempre (2) às vezes (3) nunca	DOR
4. Como é a dor? (1) fraca (2) moderada (3) intensa (8) NSA	QUANDOR
5. Usou analgésico para dor no bico do seio? (1) sim Qual? (2) não (8) NSA	ANALGES
6. Está tomando ou tomou analgésico para outro tipo de dor? (1) sim (2) não	OANALGE
7. Bolhas: (1) sim (2) não	BOLHA
8. Hiperemia mamilar: (1) sim (2) não	HIPEREMIA
9. Fissura: (1) sim (2) não	FISSURA
10. Tratamento: (1) sim (2) não (8) NSA	TTOFIS
Que tratamento:	
10.1 Pomada, creme: (1) sim (2) não (8) NSA Qual? _____	POMADA
10.2 Tratamento seco, banho de luz, secador, sol (1) sim (2) não (8) NSA	TRATSEC
10.3 Leite ordenhado: (1) sim (2) não (8) NSA	LEITE
Se colocou algo mais, especificar: _____	
11. Trauma mamilar: (1) sim (2) não (3) duvidoso	TRAUMA
12. Mamas empedradas: (1) sim (2) não	MAMEMP
12.1 Mamas dolorosas: (1) sim (2) não (8) NSA	EDEMA
12.2 Mamas endurecidas: (1) sim (2) não (8) NSA	MAMEND
12.3 Mamas aumentadas: (1) sim (2) não (8) NSA	MAMAUM
12.4 Tratamento: (1) sim (2) não (8) NSA	TTOING
12.5 Tratamento? (1) quente (2) frio (3) quente e frio (8) NSA	TTOQF
12.6 Ordenha do leite: (1) sim (2) não (8) NSA	ORDING
12.7 Ingurgitamento mamário: (1) sim (2) não (3) duvidoso	INGURG

**APÊNDICE B - Questionário de Seguimento
Problemas Relacionados Ao Aleitamento Materno**

Número: ___/___/___ Data da entrevista: ___/___/2004

Nome da mãe: _____ Registro: _____

Telefone: _____ Nome do bebê: _____

PADRÃO DE ALEITAMENTO	CODIFICAÇÃO
1. O bebê mama no peito? (1) sim (2) não O seu bebê está recebendo algum destes alimentos?	BEBEMAMI
2. Água (00) não () sim Número de vezes/dia ___ Motivo da introdução: _____	BEBAGUA1
3. Quando introduziu? ___ dias de vida do bebê (88) NSA	QUANAG1
4. Chá (00) não () sim Número de vezes/dia ___ Motivo da introdução: _____	BEBCHA1
5. Quando introduziu? ___ dias de vida do bebê (88) NSA	QUANDCHI
6. Suco de frutas (0) não () sim Número de vezes/dia ___ Motivo da introdução: _____	BEBESUC1
7. Quando introduziu? ___ dias de vida do bebê (88) NSA	QUANSUC1
8. Leite (0) não () sim Número de vezes/dia ___ Motivo da introdução: _____	BELEITE1
9. Quando introduziu? ___ dias de vida do bebê (88) NSA	QUALEIT1
10. Qual o tipo de leite introduzido? (1) leite modificado (2) leite em pó integral (8) NSA (3) leite em caixinha (4) leite em saquinho (5) outro	TIPLEIT1
11. Leite engrossado (0) não () sim Número de vezes/dia ___ Motivo da introdução: _____	LEITENG1
12. Quando introduziu? ___ dias de vida do bebê (88)NSA	QDOLENG1
13. Seu bebê recebe mamadeira com qualquer tipo de líquido? (1) sim (2) não	MAMADE1
14. Quando introduziu? ___ dias de vida do bebê (88)NSA	QDOMAM1
15. Tipo de alimentação atual (1) Aleitamento exclusivo (2) Aleitamento predominante (3) Aleitamento complementado (4) Sem aleitamento materno	TIPOALI1
16. Duração do aleitamento materno exclusivo em dias: ___ (88) ainda mamando	DURAME1
17. Duração do aleitamento materno em dias: ___ (88) ainda mamando	DURAMI
18. Procurou auxílio Disque-Amamentação? (1) sim (2) não	DISQUE
USO DE BICO	
19. O bebê chupa bico? (1) sim (2) não Motivo da introdução: _____	BICO1
20. Quando introduziu? ___ dias de vida do bebê (88)NSA	IDADBIC1
21. O bebê chupa bico todos os dias? (1) sim (2) não (8) NSA	TODIABI1
22. Se não chupa bico, foi tentado alguma vez? (1) sim (2) não	TENTBIC1

Apêndice C – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre aleitamento materno intitulada “*Problemas Relacionados ao Aleitamento Materno em Primíparas num Hospital Amigo da Criança*” e, para tanto, precisamos entrevistar as mães que tiveram seus bebês na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O objetivo deste trabalho é identificar os problemas relacionados ao aleitamento materno em mães que tiveram seu primeiro bebê. A pesquisa servirá como base para o trabalho de conclusão de curso da pesquisadora, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Sendo assim, estamos convidando você para participar deste trabalho.

A pesquisa iniciará na maternidade, através de entrevista com a mãe e observação das mamas. No décimo dia de vida do bebê, vamos telefonar para sua casa, para a realização de uma nova entrevista.

Você tem a liberdade de se recusar a participar ou se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que isto prejudique o cuidado recebido no hospital, ficando desde já assegurada a confidencialidade dos dados. Qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa será esclarecida pela pesquisadora.

Assumimos toda e qualquer responsabilidade no decorrer da pesquisa, garantindo-lhe que as informações somente serão utilizadas para o estudo acima mencionado.

Pelo presente termo, declaro que fui esclarecida, de forma detalhada, da justificativa, dos procedimentos e benefícios do presente estudo. Fui igualmente informada da garantia de receber resposta a qualquer pergunta, dúvida ou esclarecimento necessários durante o desenvolvimento da pesquisa.

Estou ciente de todos os procedimentos relatados acima, livremente concordando em participar da pesquisa.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2004.

Mãe do bebê: _____

Pesquisadora: Marione Bohn Telefone: 96759138

Orientadora: Prof. Lilian Cordova do Espírito Santo Telefone: 96780409

ANEXO A – Dez Passos para o Aleitamento Materno Bem-Sucedido



Todas as Unidades de Saúde com
Serviço de Maternidade e de Assistência ao
Recém-Nascido devem seguir os



Dez passos para o aleitamento materno bem-sucedido

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.
7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que as mães e bebês permaneçam juntos - 24 horas por dia.
8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.



Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN
Coordenação de Saúde Materno-Infantil
Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno



ANEXO B – Aprovação da Comissão de Pesquisa e Comitê de Ética do HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

RESOLUÇÃO

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 04-289

Versão do Projeto: 09/09/2004

Versão do TCLE: 09/09/2004

Pesquisadores:

LILIAN C. DO ESPIRITO SANTO

MARIONE BOHN

Título: PROBLEMAS RELACIONADOS AO ALEITAMENTO MATERNO EM PRIMÍPARAS NUM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 09 de setembro de 2004.


Profª Themis Reverbél da Silveira
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA