

Marta Alves da Silva Arroyo

**Aleitamento Materno em Prematuros:
Conhecimentos e Caracterização Sócio-
demográfica de um Grupo de Mães**

São José do Rio Preto

2007

Marta Alves da Silva Arroyo

**Aleitamento Materno em Prematuros:
Conhecimentos e Caracterização Sócio-
demográfica de um Grupo de Mães**

**Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina de São
José do Rio Preto para obtenção
do Título de Mestre no Curso de
Pós-Graduação em Ciências da
Saúde, Eixo Temático: Medicina e
Ciências Correlatas.**

Orientador: Prof. Dr. José Victor Maniglia

São José do Rio Preto – SP

2007

Arroyo, Marta Alves da Silva

Aleitamento materno em prematuros: conhecimentos e caracterização sócio-demográfica de um grupo de mães / Marta Alves da Silva Arroyo.

São José do Rio Preto, 2007

89 p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Eixo temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientador: Prof. Dr. José Victor Maniglia

1. Aleitamento materno; 2. Lactação; 3. Prematuro; 4. Conhecimento; 5. Condições sociais

Marta Alves da Silva Arroyo

Aleitamento Materno em Prematuros: Conhecimentos
e Caracterização Sócio-demográfica de um Grupo de
Mães

BANCA EXAMINADORA

TESE PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientador: Prof. Dr. José Victor
Maniglia

2º Examinador: Prof. Dr. Antonio A. Cais dos Santos

3º Examinador: Profa. Dra. Vera Lúcia Fugita dos
Santos

Suplentes: Profa. Dra. Maria Cristina O. S. Miyasaky

Profa. Dra. Luciana Martins Zuliani

São José do Rio Preto, 14/08/2007.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimento Especial.....	ii
Agradecimentos.....	iii
Epígrafe.....	v
Lista de Tabelas.....	vi
Lista de Abreviaturas.....	viii
Resumo.....	x
Abstract.....	xii
1 Introdução.....	01
1.1 Objetivos.....	11
2 Casuística e Método.....	14
2.1 Desenho científico.....	14
2.2 Local.....	14
2.3 Casuística.....	15
2.3.1 Critérios de inclusão.....	15
2.3.2 Critérios de exclusão.....	16
2.4 Abordagem ética.....	16
2.5 Método – Instrumento de coleta de dados.....	16
2.6 Análise de dados.....	18
3 Resultados.....	19
3.1 Caracterização sócio-demográfica.....	20
3.2 Dados da gestação e parto.....	21
3.3 Aspectos gerais sobre o aleitamento materno.....	23
3.4 Conhecimentos gerais sobre aleitamento materno.....	24
3.5 Conhecimentos específicos do aleitamento materno do recém-nascido prematuro.....	29

4 Discussão.....	33
5 Conclusões.....	52
6 Recomendações.....	54
7 Referências.....	57
8 Apêndice.....	71
9 Anexos.....	87

- ✓ Ao meu esposo Paulo por sua compreensão, incentivo e apoio irrestrito.

- ✓ Aos meus filhos Lucas e Gabriel, meus maiores estímulos, assim como pelos momentos em que estive ausente deles.

- ✓ Aos meus pais Arlindo (*in memoriam*) e Arinda, pelo exemplo de trabalho, amor e confiança com que me ensinaram a caminhar pela vida.

- ✓ As minhas irmãs, irmãos, cunhados, sobrinhos e sobrinhas pelo carinho que sempre me demonstraram.

- ✓ Ao Prof. Dr. José Victor Maniglia pela oportunidade, paciência e principalmente pela confiança que em mim depositou. Meu respeito e admiração serão eternos.

- ✓ À Faculdade de Medicina e ao Hospital de Base de São José do Rio Preto, nas pessoas de seus diretores, pela oportunidade que tive para a realização deste trabalho.
- ✓ À Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, na pessoa de seu coordenador e demais colaboradores.
- ✓ À Profa. Dra. Vânia Piatto pela atenção e importantes orientações durante a elaboração deste trabalho.
- ✓ As Profas. Dras. Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki e Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler pela motivação e orientações durante o estudo.
- ✓ As mães, que são o centro deste estudo, que em um momento tão especial estiveram disponíveis para participar neste estudo.
- ✓ A todas as mães e filhos com os quais trabalhei durante toda minha vida profissional.
- ✓ As minhas amigas e companheiras Isabel Cristina Figueiredo, Maria Amélia Branco Fecuri Saes e Magali Orate Menezes da Silva por sua ajuda e amizade.
- ✓ As amigas do Serviço de Fonoaudiologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto pelo apoio recebido.
- ✓ Aos pediatras, enfermeiros e psicólogos do Hospital de Base que me auxiliaram com suas sugestões que tanto contribuíram neste estudo.

- ✓ Aos médicos, enfermeiros e demais profissionais que me apoiaram.
- ✓ Ao Prof. Dr. José Antônio Cordeiro pela valiosa análise estatística dos dados.
- ✓ A Jaine Aparecida Padilla pela colaboração na digitação e elaboração deste trabalho.
- ✓ A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram na realização desta investigação.

“Se olhei mais longe foi por estar em pé no ombro de gigantes.”

(Isaac Newton)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados demográficos gerais.....	20
Tabela 2	Distribuição das mães questionadas segundo o planejamento da gravidez.....	22
Tabela 3	Distribuição das mães questionadas segundo o período do início do pré-natal.....	22
Tabela 4	Mães segundo o tipo de parto realizado.....	22
Tabela 5	Distribuição das mães questionadas segundo a existência prévia de informação sobre o aleitamento materno.....	23
Tabela 6	Distribuição das mães estudadas segundo desejo e condições para o início do aleitamento.....	24
Tabela 7	questões relacionadas ao conhecimento geral sobre o aleitamento materno das mães entrevistadas.....	26
Tabela 8	Mães questionadas segundo o conhecimento de condutas preventivas para o ingurgitamento mamário.....	29
Tabela 9	Opinião das mães quanto à não realização do aleitamento materno por um período e a interrupção da lactação.....	30
Tabela 10	Demonstrativo do conhecimento das mães sobre a manutenção da lactação na ausência de amamentação....	30
Tabela 11	Distribuição das mães estudadas quanto à habilidade para realizar a ordenha.....	31
Tabela 12	Distribuição das mães estudadas segundo a informação prévia sobre a técnica de armazenamento do leite materno.....	32

Tabela 13	Distribuição das mães estudadas segundo a informação prévia sobre a técnica de descongelamento do leite materno.....	32
Tabela 14	Mães segundo o conhecimento na utilização de xícara, copo, colher ou seringa para a oferta do leite.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS

AM	aleitamento materno
AME	aleitamento materno exclusivo
BVS	Biblioteca Virtual em saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DIR	Direção Regional de Saúde
dp	desvio padrão
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
GI	Grupo I
GII	Grupo II
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
LH	leite humano
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	recém-nascido
RNPT	recém-nascido pré-termo
RNT	recém-nascido a termo
sm	salário mínimo
SNN	sucção não-nutritiva
SUS	Sistema Único de Saúde

UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VO	via oral

RESUMO

Introdução: Os benefícios do aleitamento materno, tanto para mãe quanto para a criança, bem como o prejuízo causado pela sua ausência ou o desmame precoce são amplamente divulgados pela literatura. No Brasil as taxas de aleitamento materno são baixas para a população em geral e principalmente em situação de prematuridade devido às características próprias das mães e dos prematuros. Este trabalho teve por objetivo caracterizar mães de recém-nascidos a termo e prematuros identificando seu conhecimento sobre o aleitamento materno. **Casuística e método:** O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa; foram pesquisadas 104 mães que realizaram parto no Hospital de Base de São José do Rio Preto, no período de março a abril de 2002 e que atenderam aos critérios de inclusão e caracterizadas sob as variáveis sócio-demográficas, dados de gestação e parto, aspectos gerais, conhecimentos gerais e específicos do aleitamento materno em condições normais e de prematuridade. **Resultados:** Amostra composta de 80 mães de recém-nascidos a termo compondo o grupo I e 24 mães de recém-nascidos prematuros o grupo II, jovem, de pouca escolaridade, baixa renda e sem ocupação profissional. Houve prevalência de cesariana no grupo I e parto normal no grupo II, mas com alto índice de

cesariana nos dois grupos. Tanto as mães do grupo I quanto do grupo II não planejaram a gravidez, porém realizaram o pré-natal precocemente. Com relação aos aspectos gerais do aleitamento materno, apesar da maioria das mães não ter recebido informação, demonstram desejo de amamentar e referem condição de fazê-lo. As mães de ambos os grupos apresentam conhecimento superficial sobre os benefícios do aleitamento para a saúde materno-infantil, pois quando questionadas em profundidade, contradizem o conhecimento apontado, bem como desconhecem o manejo do aleitamento em situação de prematuridade.

Conclusão: Os dois grupos apresentam caracterização semelhante indicando a necessidade de intervenção e suporte no período pós-parto imediato e continuação na alta hospitalar.

Palavras-chave: 1. Aleitamento materno; 2. Lactação; 3. Prematuro; 4. Conhecimento; 5. Condições sociais.

ABSTRACT

Introduction: The benefits of breast feeding both for the mother and for the child, as well as the harm caused by the lack of it or the early weaning are largely divulged by the literature. In Brazil the rates of breast feeding are low for the population in general and mainly in the case of prematurity due to the very characteristics of mothers and of prematures. This work aimed at characterizing mothers of newborns and prematures identifying their knowledge about breast feeding. **Casuistic and method:** The study has been approved by the Ethics Committee. Research a 104 mothers who had their deliveries at Hospital de Base in Sao Jose do Rio Preto, and who fulfilled the inclusion criteria and who were characterized under the sociodemographic variables, gestation and delivery data, general aspects, general and specific knowledge about breast feeding under normal and prematurity conditions were researched from March to April, 2002. **Results:** Sample of 80 mothers of newborns infants being group I and 24 mothers' premature infants being group II, who were young, poorly educated, with low income without professional occupation. Caesareans were prevalent in group I and normal delivery in group II, but with high rate of caesarians in both groups. Neither mothers from group I nor from group II planned their pregnancy, but carried out

the prenatal in time. Concerning the general aspects of breast feeding, despite the fact that most mothers did not receive information, they are willing to breast feed and can manage to do it. Mothers from both groups show superficial knowledge about the benefits of breast feeding for the mother-child health, for when questioned in depth they contradict the pointed knowledge, also they lack of knowledge on how to handle breast feeding in prematurity situation. **Conclusion:** Both groups presented similar characterization showing the need of intervention and of support just after delivery and follow-up of hospital discharge.

Key words: 1. Breast feeding; 2. Lactation; 3. Infant, premature; 4. Knowledge; 5. Social conditions.

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é um tema presente ao longo da história do Brasil e foi citado na carta de Pero Vaz de Caminha ao rei de Portugal, na época do descobrimento. Nela fazia-se referência ao fato de as mulheres indígenas amamentarem seus filhos, o que causava estranheza aos portugueses que não valorizavam essa prática.⁽¹⁾ Em meados do século XIX, surgiram as principais regras normatizadoras relacionadas à amamentação natural, seguindo o modelo europeu. Em 1838, no Brasil, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, houve a defesa pública de uma tese sobre a importância do aleitamento e as implicações do desmame precoce.⁽¹⁾

No período da escravidão era comum a prática de comercialização de escravas para servirem de amas de leite aos filhos dos brancos. A saída da mulher dos afazeres exclusivamente domésticos para o mercado de trabalho, a introdução no país dos leites industrializados e da mamadeira, no início do século XX, contribuíram para o agravamento do desmame precoce,⁽²⁾ o qual passou a representar um dos mais sérios problemas de saúde pública no Brasil no final da década de 70.⁽³⁾

O Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), na década de 80, realizou estudos que apontaram tempo médio de aleitamento materno no Brasil de 134 dias, sendo que o tempo médio de aleitamento materno exclusivo (AME) era apenas de 72 dias.⁽⁴⁾

Desde agosto de 1992, as decisões da “Declaração de *Innocenti*”,⁽⁵⁾ compromisso firmado por 40 países, inclusive o Brasil, são reafirmadas durante a comemoração da Semana Mundial de Amamentação que promove o aleitamento materno já oficializado pelo Ministério da Saúde (MS) como uma das ações básicas de saúde, dentro do Programa de Atenção a Saúde Materno-Infantil.⁽⁶⁾ Os programas de apoio, incentivo e manutenção do aleitamento materno tomaram força em todo o mundo à partir de 1990, depois da experiência idealizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) que incentivaram os estabelecimentos de saúde a adotarem medidas favoráveis à amamentação.⁽³⁾

A norma de atenção humanizada ao recém-nascido pré-termo (RNPT) e de baixo peso (Método Mãe-Canguru) foi oficialmente apresentada no Brasil em dezembro de 1999. O método foi criado a partir de estudos realizados sobre “a posição Canguru” idealizada na Colômbia em 1979. Essa metodologia mostrou-se eficaz na formação do adequado vínculo afetivo, melhor desenvolvimento do recém-nascido e

no sucesso do aleitamento materno. A normatização e implantação do método proposta pelo MS brasileiro tem por objetivo a humanização do atendimento ao RNPT, de baixo peso e de suas mães.⁽⁷⁾

Aleitamento materno é definido como oferta de leite materno com ou sem adição de complemento. É denominado exclusivo quando a criança recebe apenas leite materno diretamente da mama ou ordenhado, e predominante quando recebe além do leite materno, água e bebidas a base de água.⁽⁸⁻¹⁰⁾

A importância do aleitamento materno tem sido valorizada por diversos setores da área de saúde, inclusive, estudos sobre o tema têm sido freqüentes. A ausência do aleitamento materno e/ou a ocorrência do desmame precoce preocupa os profissionais da saúde, pois o leite materno é comprovadamente o alimento mais adequado para o lactente, protegendo-o contra diversas doenças, garantindo melhor qualidade de vida para a mãe e a criança.^(11,12) Trabalhos relacionam a amamentação com a proteção contra o câncer de ovário,^(13,14) mama,⁽¹³⁻¹⁶⁾ útero,⁽¹³⁾ endométrio,^(13,14,16) artrite reumatóide,⁽¹⁷⁾ osteoporose,⁽¹⁸⁾ diminuição do período da amenorréia pós-parto.^(14,16)

As evidências científicas do aleitamento materno para a mãe, bebê e sociedade não são suficientes para garantir o seu sucesso, pois sendo biologicamente determinado e socialmente condicionado, sofre a

influência de fatores físicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e culturais, rotinas hospitalares desfavoráveis, falta de rede social de apoio e condutas inadequadas por parte dos profissionais da saúde.^(19,20)

Os fatores sócio-econômicos e culturais podem influenciar positiva ou negativamente no sucesso do aleitamento materno, sendo de grande importância os que se relacionam às características maternas como idade, grau de escolaridade, renda familiar e os fatores circunstanciais como presença do cônjuge, ocupação profissional e cultura familiar.⁽²¹⁾

Contudo, as causas fisiológicas para a ausência do aleitamento materno ou ocorrência do desmame precoce estão relacionadas ao período inicial e são decorrentes de dificuldades no seu manejo.⁽²²⁾ Estima-se que a promoção efetiva do aleitamento materno exclusivo poderia contribuir para a diminuição da mortalidade infantil, pois fortalece o sistema imunológico do recém-nascido e diminui as causas infecciosas de mortalidade, principalmente em países em desenvolvimento.⁽²³⁻²⁷⁾

As taxas de aleitamento no Brasil são baixas, apesar de estar ocorrendo um aumento das mesmas. Existe uma tendência positiva, porém distante, dos 100% de amamentação exclusiva até o 6º mês de vida e a continuação da oferta do leite materno até os dois anos ou mais,

complementado com alimentação diferenciada, como é recomendado pelo MS, OMS e UNICEF.⁽²⁸⁻³⁰⁾

Estudo realizado no Brasil sobre a prevalência do aleitamento materno tem indicado aumento nos últimos anos; a duração mediana que era de 5,5 meses, em 1989, passou a sete meses, em 1996.⁽³¹⁾ Em 1999, estudo realizado pelo MS em vinte e cinco capitais brasileiras e no Distrito Federal, demonstrou que a maioria das crianças é amamentada durante o primeiro mês de vida (87%), com um crescente abandono, sendo que aos 364 dias, apenas 35% delas são amamentadas. A prevalência do aleitamento materno exclusivo foi de 53% no primeiro mês e 9,7% entre 5º e 6º meses de vida.⁽³⁰⁾

Outro estudo brasileiro demonstrou que o aleitamento materno exclusivo foi de 23 dias e 296 para o aleitamento materno,⁽³⁰⁾ muito longe da meta recomendada pela OMS.^(29,31-34) Estudo realizado em São José do Rio Preto indicou que a maioria das mães (96,2%) amamentaram seus filhos ao nascer e apenas 10% ainda faziam a amamentação exclusiva aos 120 dias de vida.⁽⁹⁾

Os estudos realizados para determinar a incidência e a duração do aleitamento materno são generalizados. Acredita-se que esses números sejam ainda menores com relação aos RNPT, devido às características dessa população.⁽³⁵⁾ Nas últimas décadas, os avanços tecnológicos,

instrumentais e científicos possibilitaram a sobrevivência de recém-nascidos de alto risco, inclusive prematuros, que podem necessitar de longos períodos de internação.⁽³⁶⁾

O recém-nascido (RN) de risco, mais especificamente o pré-termo, dependendo da sua condição clínica e do grau de prematuridade, apresenta limitações respiratórias, circulatórias, termorregulares e gastrointestinais, imaturidade dos reflexos de sucção, deglutição e incoordenação desses reflexos com a respiração e impossibilitados de alimentação via oral, precisam por vezes de internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), permanecendo assim, afastados de suas mães.^(37,38)

Diversos autores referem que a idade para coordenação da sucção, deglutição e respiração é de 32 a 34 semanas gestacionais, porém, o fato de atingir essa idade não é garantia de possibilidade de alimentação por via oral (VO).⁽³⁸⁾ Não há consenso na literatura sobre o momento adequado de se iniciar a amamentação nos prematuros. Indicadores tradicionais utilizados são a estabilidade fisiológica, o peso maior ou igual a 1.500 grs., idade gestacional igual ou maior a 34 semanas e a capacidade de ingerir todo o volume prescrito.^(39,40) Contudo, o início da alimentação VO por volta da 31^o semana pós-concepcional tem sido citada como estratégia para o trabalho com o RNPT.^(40,41)

A alimentação VO envolve o mecanismo oromotor complexo e está relacionado a outras áreas do comportamento, como estado de consciência, cognição, desenvolvimento motor, neurológico, maturação fisiológica e interação mãe-filho,^(40,42) além de coordenação da sucção, deglutição e respiração.⁽⁴³⁾

A fonoaudiologia nas últimas décadas passou a integrar as equipes de profissionais das UTIN, tendo como base, a atuação de estimulação dos RNPT visando a adequação do sistema sensório-motor oral (SSMO), por meio da estimulação dos reflexos orais de sucção, deglutição e a coordenação desses reflexos com a respiração por meio da estimulação da sucção não-nutritiva (SNN).^(40,42,44-47)

A sucção não-nutritiva é realizada sem a presença de líquido na cavidade oral,⁽⁴⁸⁾ sendo um padrão organizado e repetitivo de sugadas curtas e estáveis com pausas longas ou irregulares.⁽⁴⁹⁾ Pode ser realizada quando o neonato apresenta situação clínica estável, estimulando a cavidade oral do RN com o dedo do terapeuta enluvado, devendo ocorrer durante a alimentação por gavagem ou minutos antes.⁽³⁷⁾ A sua estimulação favorece a adequação da musculatura oral, a regulação dos estados de consciência do neonato, o ganho de peso, a digestão, a transição da alimentação para VO de forma segura e rápida, levando a alta hospitalar mais precoce e, conseqüentemente possibilitando convívio

mãe-filho mais precoce.^(42,49) No entanto, é necessária uma assistência integrada que valorize a participação da mãe e sua relação com o serviço de saúde.⁽⁵⁰⁾

O aleitamento materno é especialmente importante para o RNPT, pois auxilia a formação do adequado vínculo mãe-filho, propicia melhor coordenação da sucção, deglutição e respiração. Além disso, o leite humano (LH) tem propriedades imunológicas que favorecem a maturação gastrointestinal e o desempenho neurocomportamental, tem maior propriedade antioxidante, diminui a ocorrência de enterocolite necrotizante, sepse e meningite, protegendo também contra a alergia e o desenvolvimento de retinopatia da prematuridade.⁽⁴⁰⁾

Apesar de ser reconhecida como adequada e desejável, a amamentação do RNPT é um ato complexo e pouco frequente.⁽⁴⁰⁾ A mãe e o RNPT vivenciam situações particulares em relação ao aleitamento materno. O espectro de dificuldades maternas é extenso, englobando conflito emocional diante da fragilidade do RN, sentimento de culpa e impotência⁽⁵¹⁾ confronto entre o filho real e imaginário, impossibilidade de amamentar logo após o parto, dificuldade para a manutenção da produção láctea, rotina hospitalar, capacitação técnica ineficiente dos profissionais, hospitalização prolongada, determinações sócio-culturais.⁽⁵²⁾

Ainda de acordo com Serra e Scochi (2004),⁽⁵²⁾ a ausência de uma rede de apoio formal (serviços e profissionais de saúde) e informal (familiares, vizinhos e outros) é um fator desfavorável no processo do aleitamento materno. A mãe do prematuro é uma puérpera que vivencia uma fase de estresse que leva a alterações no seu cotidiano, abalando a vivência e a dinâmica familiar. Para incentivar o aleitamento materno, torna-se necessário contemplar aspectos relacionados ao prematuro e à mãe nutriz, atendendo suas necessidades e dificuldades, porém ainda não está clara a visão materna sobre o aleitamento do prematuro.^(51,52)

A mãe nutriz necessita de um sistema especial de apoio que não se limite aos aspectos técnicos, vantagens biológicas e nutricionais do aleitamento materno. São necessárias posições e abordagens que considerem os aspectos multifatoriais da amamentação natural.⁽⁵¹⁾ O aleitamento materno apresenta dificuldades e características do ponto de vista físico e psíquico para a mãe e físicas para o RNPT.⁽⁵³⁾ O reconhecimento das muitas vantagens da amamentação, especialmente do ponto de vista nutritivo e imunológico não impede o desmame precoce que muitas vezes é devido a fatores relacionados com o processo de lactação.^(24,54) O manejo clínico adequado da lactação é descrito como facilitador para a amamentação bem sucedida em recém-nascidos a

termo (RNT)⁽³⁾ e podem ser também para o recém-nascidos prematuros (RNPT).⁽⁴⁰⁾

Existe relação entre o conhecimento materno e o êxito do aleitamento.^(3,55) Pesquisas comprovam que ações simples de promoção, proteção e apoio à amamentação, seja no pré-natal, no puerpério imediato ou no período pós-natal, tem impacto positivo no índice e duração do aleitamento materno.^(25,56,57) Há evidências de que postura hospitalar favorável com o apoio de equipe multiprofissional, torne possível o aleitamento em RNPT.⁽³⁵⁾ Porém, os programas de incentivo a amamentação, urgentes em nosso país, não consideram nas práticas assistenciais, as determinações sócio-culturais e a perspectiva da mulher inserida nesse processo.^(19,58, 59)

1.1 Objetivos

Geral

Caracterizar mães de recém-nascidos a termo e prematuros, atendidas no Hospital de Base, identificando seu conhecimento sobre aleitamento materno.

Específicos

- Caracterizar as mães de RN a termo e pré-termo em relação às variáveis demográficas pessoais, sócio-culturais, de gestação e parto;
- Caracterizar o conhecimento materno sobre os benefícios gerais do aleitamento materno;
- Caracterizar o conhecimento materno sobre o manejo do aleitamento em situação de prematuridade.
- Elaborar folhetos explicativos sobre o aleitamento materno em situação de prematuridade

2 CASUÍSTICA E MÉTODO

2.1 Desenho científico

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo a respeito do conhecimento materno sobre aleitamento materno, em uma amostra atendida no Hospital de Base de São José do Rio Preto.

2.2 Local

Hospital de Base de São José do Rio Preto, hospital geral e de ensino, de grande porte, localizado na região noroeste do estado de São Paulo. Apresenta um perfil de alta complexidade em função das especialidades médicas, do grande número de pacientes atendidos, da tecnologia para diagnóstico e tratamento.

O departamento de Ginecologia e o serviço de Ginecologia e Obstetrícia estão localizados no 4º andar, onde são realizados os partos. A assistência pré-natal nesta instituição é feita no ambulatório de obstetrícia, onde são atendidas gestantes de gravidez sem intercorrência e de alto risco da cidade e encaminhadas dos 103 municípios da Direção Regional de Saúde - DIR XXII e também de outros estados. O serviço fornece também, o setor de urgências obstétricas que atende gestantes

em trabalho de parto prematuro e aquelas de gestação de alto risco tanto para a mãe quanto para o neonato.

Na pediatria os recém-nascidos clinicamente estáveis permanecem com suas mães em regime de alojamento conjunto, os recém-nascidos de alto risco são transferidos para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou para a Unidade de Cuidado Semi-intensivo Neonatal.

2.3 Casuística

Participaram desta pesquisa 104 puérperas, sendo 80 mães de recém-nascidos a termo e 24 mães de recém-nascidos pré-termo, atendidas pelo SUS que realizaram o parto no Hospital de Base período de março a abril de 2002 que cumpriram os seguintes critérios de inclusão e exclusão.

2.3.1 Critérios de inclusão

- Mães em condições clínicas adequadas, dentro das primeiras 48 horas do pós-parto de RNT e RNPT liberadas pela equipe médica;
- Concordância em participar voluntariamente, após o esclarecimento prestado pela pesquisadora;

2.3.2 Critérios de exclusão

- Mães não liberadas pela equipe médica por problemas físicos e psíquicos.

2.4 Abordagem ética

A coleta de dados teve início após assinatura do Termo de Consentimento e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), sob o parecer n° 037/2002 (Anexo 1), preservando-se os aspectos éticos relacionados a pesquisa envolvendo seres humanos, atendendo assim a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

2.5 Método – Instrumento de coleta de dados

Consideradas as seguintes variáveis:

- **caracterização sócio-demográfica:** idade, estado civil, escolaridade, renda familiar e ocupação profissional com vínculo empregatício;
- **dados de gestação e parto:** planejamento da gestação, início do pré-natal e tipo de parto realizado;
- **aspectos gerais sobre o aleitamento materno:** recebimento de informação formal, desejo e segurança de amamentar;

- **conhecimentos gerais sobre aleitamento materno:** consideração sobre a saúde da mulher, os benefícios para a saúde infantil, formação de vínculo mãe-filho, necessidade de oferta de outro leite, ganho de peso do bebê, uso de chupeta e mamadeira, causas de fissuras no seio da mãe e padrão de sucção dos seios, conduta preventiva do ingurgitamento mamário;
- **conhecimentos específicos sobre aleitamento materno em recém-nascidos prematuros:** manutenção da lactação na ausência de amamentação, habilidade na ordenha, armazenamento e descongelamento do leite ordenhado e conduta para complementação da dieta por via oral.

A amostra foi dividida em dois grupos: Grupo I (GI) - **mães de recém-nascidos prematuros**, considerando os nascidos vivos com idade gestacional inferior a 38 semanas e Grupo II (GII) - **mães de recém-nascidos a termo**, considerando os nascidos vivos com idade gestacional igual ou superior a 38 semanas, segundo os descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) da OMS.

Para a coleta de dados junto às mães foram utilizados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1) e questionário composto por perguntas fechadas, previamente validado (Apêndice 2).

2.6 Análise de dados

Na análise estatística foram utilizados o teste Qui-quadrado de Pearson para comparação de frequência entre os grupos, o teste exato de Fisher quando recomendado e o teste de comparação de proporções por aproximação normal para hipóteses unilaterais. O nível de significância adotado foi $\alpha = 0,05$.

3 RESULTADOS

3.1 Caracterização sócio-demográfica

A caracterização da amostra sob os parâmetros de faixa etária, estado civil, escolaridade, renda familiar e ocupação profissional das mães estão demonstradas na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Dados demográficos gerais

Características da mãe	Grupos				<i>p</i>
	GI (n=24)		GII (n=80)		
Idade (anos)	n	%	n	%	
≤ 15	0	0,0	2	2,0	
16 a 20	9	38,0	19	24,0	
21 a 25	5	21,0	28	35,0	0,93
26 a 30	6	25,0	23	29,0	
≥ 31	4	16,0	08	10,0	
Estado civil	n	%	n	%	
Solteira	3	12,0	12	15,0	0,76
Casada ou amasiada	21	88,0	68	85,0	
Escolaridade	n	%	n	%	
1º grau incompleto	18	75,0	43	54,0	0,021
1º grau completo ou mais	6	25,0	37	46,0	
Renda familiar (sm)	n	%	n	%	
1 a 2	17	71,0	46	58,0	0,24
3 a 5	7	29,0	34	42,0	
Ocupação profissional	n	%	n	%	
Sim	2	8,0	15	19,0	0,23
Não	22	92,0	65	81,0	

sm = salário mínimo

A idade das mães variou entre 15 e 52 anos. A idade média do GI foi de 24,46 (dp = 7,78) e do GII de 24,61 (dp = 5,32). A análise dos

dados demonstra que a população dos dois grupos é jovem, principalmente no GI (38%) com idade entre 16 e 20 anos em oposição a 35% no GII com idade entre 21 e 25 anos. A maioria das mães dos dois grupos, 88% no GI e 85% no GII, conta com a presença de um companheiro. A comparação da idade e estado civil das mães nos dois grupos pelo teste Qui-quadrado não evidenciou diferença estatística ($p=0,93$ e $p=0,76$ respectivamente).

A escolaridade predominante é o 1º grau incompleto, sendo 75% no GI e 54% no GII, onde o teste exato de Fisher indica que há evidência de diferença entre os grupos ($p=0,021$). A renda familiar é baixa em ambos os grupos, sendo que 71% do GI e 58% do GII referem renda de 2 salários mínimos. Em relação à ocupação profissional com vínculo empregatício dados apontam que 92% no GI e 81% no GII referiram não possuí-la ($p=0,23$).

3.2 Dados da gestação e parto

Os dados relativos à gestação e parto foram pesquisados segundo o planejamento da gravidez, período de início do pré-natal e tipo de parto realizado estando os resultados demonstrados nas **Tabelas 2 a 4**.

Tabela 2 - Distribuição das mães questionadas segundo o planejamento da gravidez.

Gravidez planejada	GI (n = 24)		GII (n = 80)		p
	n	%	n	%	
Sim	09	38,0	35	44,0	0,59
Não	15	62,0	45	56,0	

Tabela 3 - Distribuição das mães questionadas segundo o período do início do pré-natal.

Trimestre de vida	GI (n = 24)		GII (n = 80)		p
	n	%	n	%	
1º trimestre	21	88,0	61	76,0	
Após 1º trimestre	3	12,0	15	19,0	0,24
Não fez	0	0	04	5,0	

A maioria das mães do estudo, 62% do GI e 56% do GII, não planejaram a gravidez. Em relação à realização do pré-natal, 88% do GI e 76% do GII afirmaram tê-lo realizado ainda no 1º trimestre gestacional. A análise estatística utilizando o teste Qui-quadrado para amostras independentes não indicou haver diferença entre os grupos em relação à gravidez planejada ($p=0,59$) e à realização do pré-natal ($p=0,24$).

Tabela 4 - Mães segundo o tipo de parto realizado

Tipo de parto	GI (n = 24)		GII (n = 80)		p
	N	%	N	%	
Normal	08	33,0	47	59,0	
Cesárea	16	67,0	33	41,0	0,011

Com relação ao tipo de parto realizado, a **Tabela 4** demonstra que houve predominância de cesárea no GI (67%) e do parto normal entre mães do GII (59%) demonstrando diferença estatisticamente significativa pelo teste unilateral para duas proporções ($p=0,011$).

3.3 Aspectos gerais sobre o aleitamento materno

Aspectos gerais do aleitamento materno e de conhecimentos adquiridos como o da mãe ter sido amamentada, demonstrando a existência da cultura desta prática na família, o recebimento de informação sobre amamentação, desejo e segurança para a realização do aleitamento materno estão descritos nas **Tabelas 5 e 6**.

Tabela 5 - Distribuição das mães questionadas segundo a existência prévia de informação sobre o aleitamento materno.

Informação sobre aleitamento materno	GI (n = 24)		GII (n = 80)		p
	n	%	n	%	
Sim	10	42,0	35	44,0	0,86
Não	14	58,0	45	56,0	

O relato da existência prévia de informação sobre aleitamento materno ocorreu na minoria da amostra para os dois grupos, sendo 42% no GI e 44% no GII ($p=0,86$).

Os dados da **Tabela 6** demonstram que a maioria das mães do GI (79%) e do GII (89%) relatam ter sido amamentadas pelas suas mães. O desejo de amamentar foi referido por 100% das mães de ambos os grupos, sendo que a maioria delas, 71% do GI e 86% do GII considera-se em condição de realizá-lo. A análise estatística foi inconclusiva com relação ao desejo de amamentar, mas quanto ao fato de ser amamentada e ter condições para amamentar o teste exato de Fisher evidenciou-se diferença significativa entre os grupos ($p=0,049$ e $p=0,021$ respectivamente).

Tabela 6 - Distribuição das mães estudadas segundo desejo e condições para o início do aleitamento.

Início do aleitamento	GI (n = 24)				GII (n=80)				p
	Sim		Não		Sim		Não		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Foi amamentada pela mãe	19	79,0	05	21,0	71	89,0	09	11,0	0,049
Desejo de amamentar	24	100,0	0	0	80	100,0	0	0	inconclusivo
Ter condições de amamentar	17	71,0	07	29,0	69	86,0	11	14,0	0,021

3.4 Conhecimentos gerais sobre aleitamento materno

Foram considerados como conhecimentos gerais: benefícios para a saúde da mulher, da criança, formação do vínculo mãe-filho, necessidade

de oferta de outro leite, ganho de peso do bebê, uso de chupeta e mamadeira, causas de rachaduras, padrão de sucção dos seios e conduta preventiva do ingurgitamento mamário. Os resultados dos primeiros dez itens foram apresentados de acordo com as respostas das mães nos seguintes aspectos: correto, incorreto e não tenho opinião formada e demonstrados na **Tabela 7**.

Tabela 7 – Questões relacionadas ao conhecimento geral sobre o aleitamento materno das mães entrevistadas.

Questionamentos	Grupos												p
	GI (n=24)						GII (n=80)						
	concordo		discordo		sem opinião		concordo		discordo		sem opinião		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1. Amamentar protege a saúde da mulher	18	75,0	02	8,0	04	17,0	63	79,0	01	1,0	16	20,0	0,20
2. O LM ajuda a proteger a saúde do bebê	24	100	0	0,0	0	0	79	99,0	01	1,0	0	0	1,0
3. A AM aproxima a mãe e o bebê tornando-o mais calmo e seguro	21	88,0	01	4,0	02	8,0	80	100,0	0	0	0	0	inc..
4. O LM é o alimento mais adequado e não deve ser complementado com outros alimentos até o 6º mês de vida	18	75,0	06	25,0	0	0	56	70,0	22	28,0	02	2,0	1,0
5. Todo bebê que nasce antes do tempo precisa de receber além do leite materno outro tipo de leite para reforçar a sua alimentação desde o nascimento	11	46,0	05	21,0	08	33,0	19	24,0	59	74,0	02	2,0	<0,0005
6. Caso o bebê com menos de 6 meses esteja engordando pouco deve ser oferecido outro tipo de leite	12	50,0	09	38,0	03	12,0	32	40,0	37	46,0	11	14,0	0,69
7. O uso de chupeta não atrapalha o AM	06	25,0	17	71,0	01	4,0	18	22,0	57	71,0	05	7,0	1,0
8. O uso de mamadeira não atrapalha o AM	11	46,0	13	54,0	0	0	41	51,0	36	45,0	03	4,0	0,69
9. O que causa rachadura no peito da mãe é o bebê mamar errado	11	46,0	10	42,0	03	12,0	19	24,0	51	64,0	10	12,0	0,099
10. Para fazer uma boa “pega” do seio materno o bebê deve estar com a boca bem aberta, sugando o máximo da aréola, elevado, reto e com o nariz livre para respirar.	10	42,0	13	54,0	01	4,0	44	55,0	27	34,0	09	11,0	0,23

LM = leite materno; AM = aleitamento materno; inc. = inconclusivo

Na **Tabela 7**, o **item 1** relativo ao aleitamento materno como fator de proteção à saúde da mulher observa-se que 75% do GI e 79% do GII apresentam conceito adequado não evidenciando diferença significativa entre os grupos pelo teste exato de Fisher ($p=0,20$). Na população estudada o conhecimento do aleitamento materno para proteção da saúde infantil está presente, pois 100% das mães do GI e 99% do GII responderam afirmativamente a esta questão ($p=1,0$) (**item 2**).

Analisando as respostas do **item 3** que avalia o grau de conhecimento da mãe em relação à amamentação ser um facilitador da formação do vínculo mãe e filho, observa-se que a maioria, 88% do GI e 100% do GII, apresenta o conhecimento adequado reconhecendo a veracidade deste conceito. Na análise estatística pelo teste exato de Fisher há indicação de evidência mas, é inconclusiva por insuficiência de dados.

Nos **itens 4, 5 e 6** as mães foram questionadas quanto à necessidade da oferta de alimento ou outro leite, além do materno. A maioria das mães do GI (75%) e do GII (70%) concordam com a importância do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês ($p=1,0$). Em situação de prematuridade, a minoria do GI (21%) contra a maioria do GII (74%) apresentam conhecimento adequado sobre o assunto demonstrando diferença significativa entre os grupos pelo teste exato de

Fisher ($p < 0,0005$). Quando questionada a relação entre aleitamento materno e ganho de peso, uma grande parcela das mães de ambos os grupos, 50% do GI e 40% do GII, demonstra ter um conhecimento equivocado ($p=0,69$).

Analisando os dados dos **itens 7 e 8** observa-se que a chupeta não é considerada pela maioria das mães, 71% tanto pelas mães do GI como do GII, como um fator desfavorável à amamentação. Em relação ao uso da mamadeira metade das mães, 54% no GI e 45% do GII, discorda desta afirmação. Após análise com o teste exato de Fisher não foi evidenciada diferença significativa entre os grupos com relação ao uso de chupeta e mamadeira ($p=0,69$ e $p=1,0$, respectivamente).

Conforme os dados do **item 9** observa-se 46% do GI concordam que a sucção apenas do mamilo ao invés da aréola é tida como um dos fatores predisponentes à ocorrência de fissura do mamilo, enquanto que 64% do GII têm conhecimento equivocado sobre o assunto ($p=0,099$). O padrão adequado de “pega” do seio materno foi novamente avaliado de forma mais detalhada no **item 10**, incluindo, além da sucção da aréola, a postura da criança e da mãe, conforme confirmado por mais da metade das mães do GII (55%), em contrapartida com as mães GI (54%) que discordam desta afirmação ($p=0,23$).

Os resultados da questão referente ao ingurgitamento mamário foram apresentados na **Tabela 8** demonstrando que a maioria das mães, 76% do GI e 56% do GII, afirmam não ter conhecimento de condutas preventivas de ingurgitamento mamário.

Tabela 8 – Mães questionadas segundo o conhecimento de condutas preventivas para o ingurgitamento mamário.

Conduta	GI (n = 24)		GII (n = 80)		p
	n	%	%	n	
Inadequada (massagem/compressa)	03	12,0	17	21,0	
Adequada (ordenha)	03	12,0	18	23,0	0,19
Não sabe	18	76,0	45	56,0	

3.5 Conhecimentos específicos do aleitamento materno do recém-nascido prematuro.

Os dados apresentados nas **Tabelas 9 a 14** demonstram a falta de conhecimento sobre o manejo da lactação em situações especiais: manutenção da amamentação, habilidade na ordenha, técnicas de armazenagem e descongelamento do leite e das condutas de oferta do mesmo.

Na **Tabela 9** a maioria das mães do GI (71%) e 76% do GII demonstrou saber que a ausência da amamentação provoca ausência ou diminuição da lactação. No entanto, o número de mães que não

apresentam conhecimento deste fato é alto, inclusive no GI (29%). Pelo teste exato de Fisher há evidência de diferença significativa entre os grupos ($p=0,0002$).

Tabela 9 - Opinião das mães quanto à não realização do aleitamento materno por um período e a interrupção da lactação.

Ausência do aleitamento interrompe a lactação	GI (n = 24)		GII (n = 80)		p
	n	%	%	n	
Sim	17	71,0	61	76,0	
Não	01	4,0	18	23,0	0,0002
Não sabe	06	25,0	01	1,0	

Quanto à conduta para manutenção da lactação os dados da **Tabela 10** demonstram que a maioria das mães em ambos os grupos não tem conhecimento do procedimento (63% no GI e 60% no GII) ou têm conhecimento incorreto (8% no GI e 4% no GII).

Tabela 10 - Demonstrativo do conhecimento das mães sobre a manutenção da lactação na ausência de amamentação

Conduta na manutenção da lactação	GI (n = 24)		GII (n = 80)		p
	n	%	%	n	
Massagem/Compressa	02	8,0	03	4,0	
Ordenha	07	29,0	29	36,0	0,58
Não sabe	15	63,0	48	60,0	

Conforme a **Tabela 11**, a maior parte das mães, 75% do GI e 58% do GII, afirmam saber realizar a ordenha de alguma forma, porém um percentual considerável, 25% GI e 42% no GII, afirmam não ter habilidades para a realização da ordenha. A análise estatística pelo teste Qui-quadrado de Pearson não demonstrou diferença significativa entre os grupos ($p=0,12$).

Tabela 11 – Distribuição das mães estudadas quanto à habilidade para realizar a ordenha.

Habilidade na ordenha	GI (n = 24)		GII (n = 80)		p
	n	%	n	%	
Ordenha manual	07	29,0	16	20,0	
Ordenha com máquina	10	42,0	19	24,0	
Ordenha manual e com máquina	01	4,0	11	14,0	0,12
Não sabe realizar	06	25,0	34	42,0	

As **Tabelas 12 e 13** demonstram conhecimento da técnicas de armazenamento e descongelamento, onde a maioria das mães afirmam não ter conhecimento da técnica correta de armazenamento, 92% do GI e 100% do GII e, 88% do GI e 91% do GII da técnica correta de descongelamento. Com relação ao armazenamento do leite pelo teste Qui-quadrado de Pearson houve insuficiência amostral para inferência e sem evidência de diferença entre os grupos ($p=0,58$) em relação ao descongelamento.

Tabela 12 - Distribuição das mães estudadas segundo a informação prévia sobre a técnica de armazenamento do leite materno.

Técnica correta de armazenamento do leite	GI (n = 24)		GII (n = 80)		p
	n	%	n	%	
Sim	02	8,0	0	0	<i>inconclusivo</i>
Não	22	92,0	80	100	

Tabela 13 - Distribuição das mães estudadas segundo a informação prévia sobre a técnica de descongelamento do leite materno.

Técnica correta de descongelamento do leite	GI (n = 24)		GII (n = 80)		p
	n	%	n	%	
Sim	03	12,0	07	9,0	0,58
Não	21	88,0	73	91,0	

Os resultados da **Tabela 14** demonstram que a utilização dos utensílios pesquisados para oferta de leite é pouco conhecida, pois 67% das mães do GI e 58% do GII relatam seu desconhecimento. O teste exato de Fisher não evidenciou diferença estatística entre os grupos ($p=0,68$).

Tabela 14 - Mães segundo o conhecimento na utilização de xícara, copo, colher ou seringa para a oferta do leite

Condutas de oferta do leite	GI (n = 24)		GII (n = 80)		p
	n	%	n	%	
Conhece	02	8,0	12	15,0	0,68
Conhece, não sabe usá-los	06	25,0	22	27,0	
Não conhece	16	67,0	46	58,0	

4 DISCUSSÃO

Caracterização sócio-demográfica

Fatores sócio-econômicos e culturais podem influenciar de forma negativa ou positiva o aleitamento materno, portanto devem ser conhecidos e valorizados pelos profissionais da saúde na promoção do mesmo.⁽²¹⁾

A população analisada no presente estudo apresenta alguns dos fatores de risco para o insucesso do aleitamento materno.^(21,60) Ambos os grupos são compostos por mães jovens e este fato é referido como facilitador do desmame precoce na população em geral. Observou-se maior concentração de mães adolescentes ou próximas dessa fase no GI, período definido pela OMS como faixa entre 10 e 19 anos.⁽⁶¹⁾ No entanto, o maior número de mães dos dois grupos tem idade entre 21 e 30 anos, em concordância com dois estudos realizados anteriormente.^(27,62)

O GI apresenta ainda o agravante da pouca idade materna estar associada ao parto prematuro o que pode aumentar a possibilidade de insucesso do aleitamento materno. A gravidez é um período de conflitos, mudanças e preocupações por parte da mulher, sobre seu papel de

mulher, esposa e mãe após o parto. Em se tratando de adolescente esta situação torna-se mais grave, pois este é um período por si só conflitante caracterizado por transformações sociais, biológicas e psicológicas. A gravidez, a maternidade e a vivência como nutriz são fatores de grande impacto para a adolescente.^(21,60,63) Associado às dificuldades maternas, o nascimento de um filho prematuro que necessita, na maioria das vezes de cuidados especiais, apresentando fragilidade, impossibilitado de realizar a amamentação logo após o parto algumas vezes por longos períodos, pode ter um impacto negativo no sucesso do aleitamento materno.

A maioria das mães de ambos os grupos conta com a presença de um companheiro, sendo casadas ou vivendo em união consensual. É importante que este seja sempre que possível envolvido no processo de promoção do aleitamento materno, assegurando à nutriz a possibilidade de contar com o apoio de pelo menos um membro da família. Estudos demonstram que a presença e apoio do pai pode favorecer o aleitamento materno.^(64,65)

A escolaridade foi baixa com maior concentração de indivíduos apresentando 1º grau incompleto nos dois grupos estudados, com percentual consideravelmente maior no GI ($p = 0.021$). O baixo nível de escolaridade das mães é um fator desfavorável para o êxito do

aleitamento, pois estudos revisados mostraram que o mesmo interfere nos índices de amamentação.^(23,24,58,66-70)

A população estudada apresentou na sua maioria renda familiar igual ou inferior a dois salários mínimos, caracterizando portanto baixa renda. Devido a isto, esta população poderia se beneficiar economicamente com a prática do aleitamento materno uma vez que esta forma de alimentação não tem custo. Além disso, o aleitamento materno previne contra doenças maternas e infantis gerando benefícios econômicos à família.^(6,68,71,72)

Em relação à ocupação profissional com vínculo empregatício, a maioria das mães em ambos os grupos relataram não possuí-la. A Constituição Federal garante as nutrizes com emprego formal e carteira assinada, licença maternidade de 120 dias (Art. nº 396 da Consolidação das Leis Trabalhistas).⁽⁷³⁾ Apesar disso, por insegurança e desconhecimento da lei por parte da nutriz, pressão do ambiente de trabalho ou não cumprimento da lei por parte do empregador, a volta da mulher à atividade profissional tem sido relatada como fator de risco para o desmame precoce.^(21,67,74) Contudo, estudos de Caldeira e Goulart (2000)⁽²³⁾ e Escobar et al. (2002)⁽⁶⁰⁾ relatam que em população com maior grau de escolaridade, a ocupação profissional da mãe não é um fator de impacto negativo na prática do aleitamento materno.

A caracterização sócio-demográfica dos grupos estudados demonstrou resultados semelhantes, com discreta concentração de indivíduos do GI com menor idade, escolaridade e renda familiar do que no GII. Sugere-se que esta homogeneidade possa ser explicada pelo fato das mães dos dois grupos pertencerem à mesma classe social e serem atendidas pelo SUS.

Aspectos gerais sobre o aleitamento materno

A gravidez desperta sentimentos e reações nos pais, sobretudo na mulher, seja ela primípara ou não, que se agravam quando a gravidez não é planejada, fato esse que pode afetar o adequado vínculo mãe-filho e prejudicar o êxito do aleitamento materno.⁽²¹⁾ No presente estudo a maioria das mães dos dois grupos referiu não ter planejado a gravidez

A precocidade no início do acompanhamento do pré-natal é citada na literatura como importante fator para o adequado desenvolvimento gestacional, sendo que as consultas, além do acompanhamento clínico da gestante e seu bebê, são uma oportunidade para sanar dúvidas maternas e serem dadas orientações gerais também relacionadas à promoção e ao manejo do aleitamento materno.⁽³²⁾ A maioria das mães dos dois grupos estudados realizou o pré-natal no primeiro trimestre. Contudo, não foi

avaliada a qualidade e adequação das informações recebidas à respeito do aleitamento materno. Além disso, faz-se necessário que as mães recebam orientação e acompanhamento não só no período pré-natal, mas também no pós-parto.⁽⁷⁵⁾

No Brasil, a taxa de cesariana é alta⁽⁷⁶⁾ e ultrapassa o padrão internacional recomendado pela OMS.⁽²¹⁾ Esse tipo de parto aumenta o risco de desmame precoce nos primeiros trinta dias do pós-parto.^(9,77) Dentre as possíveis causas, a dor incisional ou o efeito pós anestésico dificultam as primeiras mamadas. O contato mãe-filho tardio, a não ocorrência de alojamento conjunto e o maior período de hospitalização propiciam a introdução de fórmula láctea, glicose e mamadeira.^(9,78)

A maior ocorrência de cesariana verificada na população de mães de RNPT pode ser justificada pela necessidade de intervenção cirúrgica devido a problemas durante a gestação tanto relacionados à gestante quanto ao feto. Contudo, mesmo na população de RNT a taxa de cesarianas ainda é elevada em concordância com os índices do país.⁽⁷⁶⁾ Diversos estudos da literatura relatam que o melhor período para a realização do trabalho educativo sobre a importância do aleitamento materno é o pré-natal. Após o nascimento questões naturais relacionados aos cuidados com o recém-nascido e as mudanças que ocorrem com o nascimento do bebê, dificultam o processo de aprendizagem.^(56,62,79,80) Os

dados deste estudo apontam que a maioria das mães de ambos os grupos referem não ter participado de qualquer programa de promoção do aleitamento materno durante a gestação, dados estes menores do que os obtidos em estudo semelhante que avaliou mães inscritas em um programa pré-natal.⁽⁸¹⁾

No entanto, a instituição pesquisada neste estudo é um hospital de referência que recebe um grande número de pacientes que permanecem internadas durante o período de pré e pós-parto imediato retornando à sua localidade de origem logo após a alta hospitalar. Para estes casos o único período possível para o trabalho educacional fica restrito ao período de internação para a realização do parto. A literatura demonstra que mesmo não sendo esta uma condição ideal, os resultados também são positivos. Mães que receberam informação sobre a amamentação natural em qualquer período apresentam maior incidência e prevalência desta prática.^(8,79,82)

A amamentação na espécie humana é biologicamente determinada, porém socialmente aprendida e sofre influência cultural, psicológica, física e educacional.⁽²⁾ A cultura familiar da amamentação foi confirmada pela maioria das mães do dois grupos que referiram ter sido amamentada por suas mães. Este fato é relevante, pois a cultura do aleitamento materno na família facilita a sua prática.^(80,83,84) A totalidade

das mães pesquisadas referiram o desejo de amamentar. No entanto, nem todas afirmam ter condições de fazê-lo já nas primeiras horas de prática do aleitamento, ainda dentro do ambiente hospitalar e sob os cuidados da equipe de saúde. O pós-parto é marcado pela incapacidade de lidar com a ambivalência que se estabelece para a mulher, entre querer e poder amamentar.⁽¹⁾

Alguns dos fatores relacionados com o insucesso do aleitamento materno ocorrem no pós-parto imediato como problemas mamários, produção do leite, dificuldade na pega, disfunções orais do RN e poderiam ser solucionados por meio de ações educativas neste período com a inclusão da família (mãe e esposo), ressaltando a continuidade do acompanhamento por parte de uma equipe de profissionais à nutriz inclusive após a alta hospitalar.^(22,85,86)

É necessário questionar se o desejo de amamentar expressado pelas mães é autêntico ou uma atitude socialmente esperada e, também, se a conduta dos profissionais de saúde está adequada, oferecendo às mães os suportes educativo e emocional necessários para facilitar esta prática.⁽⁸¹⁾ Estudos demonstram que os conhecimentos dos profissionais podem por vezes estar inadequados ou insuficientes para dar à nutriz apoio e incentivo na resolução das dificuldades vivenciadas por ela e seu bebê.⁽⁸⁷⁻⁸⁹⁾

Conhecimentos gerais sobre a amamentação natural

Há muito, as vantagens do aleitamento materno têm sido divulgados na literatura. Hipócrates já relatava maior mortalidade em crianças não amamentadas e estudos com fósseis humanos confirmam a prática de amamentação entre os povos egípcios da antigüidade.⁽⁶⁵⁾ Foi pesquisado junto às mães o conhecimento dos benefícios para a saúde da mulher, da criança, formação de vínculo mãe-filho, necessidade de oferta de outro leite, ganho de peso do bebê, uso de chupeta e mamadeira, causas de rachaduras, padrão de sucção dos seios e conduta preventiva do ingurgitamento mamário.

O reconhecimento do aleitamento materno como forma de proteção à saúde da mulher está presente na maioria das mães dos dois grupos que apresentaram respostas em concordância com a literatura. Estudos atuais relacionam a amamentação com a proteção contra o câncer de ovário,^(13,14,72) mama,^(13-16,72) útero,⁽¹³⁾ endométrio,^(13,14,16) artrite reumatóide,^(17,72) osteoporose,^(18,72) diminuição do período da amenorréia pós-parto.^(14,16,72) Os benefícios da amamentação natural para a saúde infantil são amplamente divulgados e foram confirmados pelas mães que responderam afirmativamente a esta questão. Esta prática é considerada como um dos mais importantes fatores de diminuição da mortalidade

infantil em países pobres e em desenvolvimento.⁽⁵⁶⁾ Estudos indicam que o leite materno previne diversas doenças infantis tais como, diarreias,^(28,82) desidratação,⁽⁹⁰⁾ desnutrição,⁽¹⁴⁾ pneumonias,^(91,92) otites médias,⁽⁹¹⁾ doenças alérgicas,^(91,92) meningites bacterianas,⁽⁹¹⁾ botulismo, doença de Crohn,⁽³¹⁾ doenças intestinais,⁽⁹³⁾ linfomas, diabetes *mellitus* insulino-dependente,⁽¹⁴⁾ diminui a incidência de cárie noturna,⁽⁹⁴⁾ e anemia.⁽⁹⁵⁾

Além dos benefícios físicos o aleitamento materno favorece o desenvolvimento emocional que auxilia a formação do vínculo afetivo, por outro lado, o vínculo adequado auxilia no sucesso da amamentação.^(83,96) A maioria das mães dos grupos GI e GII reconhece o aleitamento como facilitador da formação do vínculo mãe-filho. Para as mães do GI especificamente, este fato deve ser considerado, pois elas vivenciam uma condição desfavorável para a formação do vínculo positivo. O RNPT, devido a sua saúde debilitada, necessita, por vezes, ser separado de sua mãe por um longo período. Estudos demonstram que a formação do vínculo que se inicia na gravidez, continua se desenvolvendo após o nascimento, e que as primeiras horas após o parto são de grande importância.⁽⁹⁶⁾ O vínculo inicial da mãe e do RNPT pode ser prejudicado caso seja necessária essa separação que pode ser agravada pelo estresse do parto prematuro. As recentes normas de

humanização no atendimento à parturiente e ao recém-nascido determinam que os dois permaneçam juntos, em tempo integral, desde que as condições de saúde de ambos o permita.

O leite materno é o melhor alimento para o bebê e deve ser oferecido de forma exclusiva até o 6º mês de vida, tal como recomendam a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o MS.^(3,4,8,28,79,88,97) A maioria das mães dos dois grupos apresentam conhecimento adequado sobre o período ideal do aleitamento materno de forma exclusiva para o RNPT, talvez devido às campanhas sobre o assunto veiculadas pelas diversas vias de comunicação. No entanto, quando questionadas com relação à adequação desta prática para o RNPT, ocorre diminuição significativa na porcentagem de respostas adequadas, principalmente no GI.

O leite produzido pela mãe de um prematuro apresenta características especiais, sendo mais adequado para atender às necessidades nutricionais e imunológicas dos recém-nascidos prematuros.^(3,6,98) e quando necessário, pode ser enriquecido com elementos que estejam insuficientes.⁽⁸⁰⁾ Investigações realizadas comparando o leite materno prematuro com fórmulas lácteas especiais para prematuros demonstraram que o primeiro apresenta entre outros componentes níveis mais elevados e adequados de iodo do que o

segundo. A falta de iodo é considerada atualmente uma importante causa de retardo mental.⁽⁹⁹⁾ Outro aspecto importante foi o resultado apresentado em um estudo demonstrando que recém-nascidos prematuros amamentados apresentaram menor porcentagem de possibilidade de morte por enterocolite necrotizante.⁽³⁾ Além disso, o leite prematuro promove efeitos antiinflamatórios maiores do que o leite de mãe de recém-nascido a termo.⁽⁴³⁾ Quando não for possível ofertar o leite da própria mãe pode-se recorrer aos bancos de leite para a aquisição de leite humano com características semelhantes ao da mãe.⁽⁶⁾

O ganho de peso ponderal do bebê é um fator de grande impacto para as mães, conforme confirmado pelas mães do estudo, principalmente no GI. As situações em que o ganho de peso passa a ser questionado pela mãe torna-se necessária uma avaliação do pediatra para verificar sua veracidade e a certificação da eficácia da mamada, sendo esclarecida também a diferença entre ganho de peso adequado e a obesidade infantil.^(100,101)

O conhecimento da interferência negativa do uso da chupeta está evidente em ambos os grupos, diferentemente do uso da mamadeira, pois a maioria das mães do GI concordam que o seu uso pode interferir negativamente no processo do aleitamento materno enquanto no GII este conhecimento está inadequado. Estudos atuais comprovam que uso da

chupeta e da mamadeira comprometem o êxito da amamentação natural sendo de grande relevância a inclusão deste tema em programa educativo com as mães.^(74,102,103) Tanto na sucção da chupeta quanto da mamadeira, o arranjo da musculatura, a força de sucção e a propriocepção são diferentes de quando o bebê suga o seio materno causando a chamada “confusão de bicos”.^(31,97,101) Nos hospitais “Amigos da Criança” onde existem normas de proteção e promoção do aleitamento materno, o uso de chupetas e mamadeiras não é recomendado.⁽¹⁰¹⁾ Além disso, percebe-se que a utilização da mamadeira pode desestimular a mãe que no início do processo ainda não se encontra segura em relação à possibilidade da realização natural do aleitamento materno. A alimentação do recém-nascido com a mamadeira é mais difundida, considerada mais fácil, porém não é a mais adequada. Estudos relatam que desde a antiguidade o ser humano procurava alternativas para o aleitamento sendo encontradas xícaras com biqueiras em sepulturas infantis datadas de 2000 a.C.⁽⁶⁵⁾

Metade das mães do grupo GI concorda que a sucção apenas do mamilo ao invés da aréola é tida como um dos fatores predisponentes à ocorrência de fissura mamilar e que, devido à dor ocasionada, pode favorecer o desmame precoce. No entanto, o restante das mães do grupo GI e a maioria do grupo GII discordam desta afirmação.^(97,101,104)

O padrão adequado de “pega” do seio materno foi novamente avaliado de forma mais detalhada, incluindo além da sucção da aréola, a postura da criança e da mãe. Contudo, observou-se que ocorreu uma inversão das respostas no GI e no GII a maioria das mães apresentou resposta correta. No entanto, um grande número delas reafirmou a ausência de conhecimento adequado. A divergência na adequação das respostas sugere a falta de coesão deste conhecimento. O padrão correto de pega é importante porque é um dos indicativos de eficácia da amamentação, e sua realização incorreta é uma das causas do seu insucesso.^(3,6,97)

Observou-se no estudo que a maioria das mães não apresenta conhecimento adequado sobre a conduta preventiva do ingurgitamento mamário, com maior percentual de respostas inadequadas no GI, grupo este mais suscetível às complicações provenientes deste conhecimento. O ingurgitamento mamário é citado como umas das principais causas de insucesso da amamentação, sendo a sua prevenção possível. Existe um consenso na literatura de que a ordenha, de preferência manual, é a melhor forma de prevenção e tratamento do ingurgitamento mamário.^(6,97,105)

A utilização de massagens, compressas quentes ou frias são recursos à disposição do profissional da saúde para melhor atender à

mulher, analisando caso a caso, fazem parte dos procedimentos adequados e devem anteceder à ordenha.^(2,22)

Conhecimentos específicos da amamentação natural do recém-nascido prematuro

O conhecimento sobre o manejo da lactação em situações especiais foi interrogado junto às mães. A maioria delas em ambos os grupos demonstrou saber que a falta da amamentação provoca a ausência ou diminuição da lactação. No entanto, o número de mães que não apresentam conhecimento deste fato é alto, sobretudo no GI. A sucção do seio materno realizada pelo recém-nascido é a melhor forma de estimular a lactação na nutriz.⁽¹⁰⁶⁾ A sucção favorece a descarga de hormônios que estimulam a produção e o reflexo de descida do leite.⁽¹⁰¹⁾ Além disso, a permanência da mãe junto ao bebê facilita a formação do vínculo, diminui o risco de infecção no bebê e favorece a amamentação.^(7,97) Apesar do conhecimento adequado da maioria das mães sobre o fato da ausência da amamentação interromper a lactação, apenas uma minoria afirma ter conhecimento da conduta adequada para sua manutenção.

Devido à necessidade de internação prolongada da maioria dos recém-nascidos prematuros,^(45,57,107) apesar de serem estimulados por

meio de tratamento fonoaudiológico para estarem aptos mais precocemente à amamentação, se a mãe não for igualmente assistida por meio de orientações e procedimentos adequados, a lactação pode ser muito prejudicada e o êxito da amamentação comprometido. Na impossibilidade da amamentação é indicada a realização de seis a oito ordenhas diárias como forma de manutenção da lactação materna. O leite ordenhado deve ser oferecido posteriormente ao recém-nascido, através de sonda ou outro utensílio, dependendo de suas condições.⁽¹⁰⁸⁾

A ordenha é considerada a melhor forma de manutenção da lactação para as mães que não podem amamentar. Neste estudo, a maioria das mães afirma ter habilidade para a realização da ordenha de alguma forma. Porém, um percentual considerável refere não ter esta habilidade. Além disso, para a população estudada o ideal é a sua realização de forma manual, pois apesar da ordenha com máquina ser adequada, as mães estudadas apresentam dificuldades de acesso ao equipamento de ordenha. A utilização de máquina para realização da ordenha ainda requer cuidados especiais referentes ao manejo e à higienização mais complexos, aumentam o risco de contaminação do leite e a ocorrência de traumas mamilares.^(109, 110)

Outras informações como, a realização de ordenha, conservação e descongelamento do leite materno são relevantes, principalmente para

mães de prematuros, pois no período em que o bebê não pode ser amamentado, a mãe deve ordenhar seu leite como forma da manutenção da lactação.^(7,97,101) A maioria das mães nos dois grupos não apresenta conhecimento sobre as técnicas corretas de congelamento e descongelamento do leite ordenhado. O leite ordenhado deve ser conservado e posteriormente oferecido em temperatura adequada ao bebê. O colostro presente nos primeiros dias após o parto é de grande favorecimento para a saúde do bebê devido ao seu alto valor imunológico. Tanto o colostro quanto o leite materno são benéficos para o desenvolvimento de todo o recém-nascido,^(6,31,59,111) principalmente para o recém-nascido prematuro.^(7,40,48,101,110,111)

O bebê prematuro passa por um período de transição, entre a alimentação por sonda e a amamentação. Devido à sua frágil condição física, a imaturidade dos reflexos orais, pouco peso e complicações respiratórias, o recém-nascido não consegue ser amamentado exclusivamente no seio materno, necessitando no início, de receber após a mamada, o complemento, de preferência o leite materno ordenhado de sua mãe. Quando esse complemento é oferecido por via oral é comum oferta por meio da mamadeira, o que é inadequado.⁽⁴⁰⁾

A utilização de outros utensílios para a oferta do leite que não seja a mamadeira são pouco conhecidos pelas mães pesquisadas em ambos os

grupos. A cultura do uso da mamadeira como forma de alimentação do recém-nascido é antiga e o seu uso considerado como prejudicial a amamentação natural. Entretanto outras formas de oferta do leite por via oral, que não seja a mamadeira são recentes, não existindo hábito de seu uso, sendo necessária a orientação do seu manejo.^(97,101)

Os resultados do presente estudo demonstraram de uma maneira geral, que tanto os conhecimentos quanto o manejo do aleitamento materno em situação de prematuridade estão insuficientes e inadequados nos dois grupos. Considerando que a abordagem destes temas durante a gestação poderia agravar o estado de ansiedade e insegurança freqüente durante a gravidez, a abordagem destas dificuldades deve ser feita após o parto, durante a internação do recém-nascido e o mais precocemente possível. É importante ressaltar que o aleitamento materno não deve ser considerado dentro do ambiente hospitalar como especialidade de alguma área específica de atuação, pois todos os profissionais que atuam com as mães e recém-nascidos devem ter conhecimento básico sobre o assunto, bem como seu manejo para atender a mãe em suas dificuldades. Com base no levantamento do conhecimento materno, identificando as necessidades de aprendizagem das mães, com referência aos estudos levantados, sugere-se a proposta de aplicação de dois folhetos explicativos elaborados pela autora do presente estudo (Apêndice 3 e 4).

O primeiro folheto deverá ser aplicado logo após o parto, durante a internação do RNPT no período em que o mesmo ainda não possa ser amamentado, objetivando a manutenção da lactação por meio da ordenha manual, a coleta, armazenamento e transporte do leite ordenhado. O segundo folheto, ministrado também durante o período de internação do RNPT, visa o manejo do aleitamento materno do prematuro. Além disso, sugere-se a realização de grupos de apoio e incentivo ao aleitamento materno, com a inclusão dos temas propostos (Apêndice 5), afim de posterior avaliação do seus impactos.

5 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo demonstram uma população de mães caracterizada por:

- pouca escolaridade, baixa renda, casada ou em união consensual, sem vínculo empregatício, jovem, sobretudo no grupo das mães de prematuros, com gravidez não planejada, mas com realização de pré-natal;
- pouca ocorrência de informação no pré-natal e, apesar do conhecimento sobre os benefícios gerais do aleitamento materno para sua saúde e de seu filho, quando questionadas em profundidade contradizem esse conhecimento, também desconhecendo o manejo da lactação em condições normais em ambos os grupos;
- quanto ao conhecimento do aleitamento materno em situação de prematuridade de ambos os grupos, reconhecem a relação entre a ausência do aleitamento e a interrupção da lactação, mas desconhecem o manejo que inclui manutenção da produção de leite materno, realização da ordenha, armazenamento, descongelamento e oferta do mesmo; além disso, as mães do GI acreditam que há necessidade de reforço alimentar em situação de prematuridade, o que é incorreto.

6 RECOMENDAÇÕES

As conclusões formuladas permitem fazer as seguintes recomendações:

- divulgar na área de Neonatologia do Hospital de Base os resultados deste trabalho para que todos os profissionais que atendem bebês prematuros contribuam, direta ou indiretamente, para que os mesmos recebam de suas mães um aleitamento adequado;
- propor o uso dos folhetos explicativos (Apêndices 3 e 4) e aplicá-los para medir seus impactos;
- realizar atividades de orientação a todos os profissionais que trabalham no Hospital de Base em função do cuidado com as mães de prematuros para que possam ser orientadas quanto ao aleitamento materno correto;
- analisar por parte da direção do hospital a possibilidade de implantação do método “mãe canguru” para facilitar a formação do vínculo mãe-filho e o aleitamento materno;
- aplicar, mesmo que parcialmente, os “10 passos para o sucesso do aleitamento materno” (Anexo 2).

- aplicar os folhetos explicativos (Apêndices 3 e 4) nas mães de recém-nascidos de risco, que não seja a prematuridade, mas que também não podem amamentar imediatamente após o parto.

7 REFERÊNCIAS

1. Silva A. Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira [Dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1990.
2. Almeida JAG. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
3. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *J Pediatr (Rio J)* 2000;76(Supl 3):S238-52.
4. Sandrè-Pereira G, Colares LGT, Carmo MGT, Soares EA. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(2):457-66.
5. World Health Organization. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. Geneva: WHO; 1990.
6. Rego, J D. Aleitamento Materno. 2. Ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
8. Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev Saúde Pública (São Paulo)* 2000;34(2):143-8.
9. Figueiredo MG, Sartorelli DS, Zan TAB, Garcia E, Silva LC, 79. Carvalho FLP et al. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(1):172-79.

- 10.Saldiva SRDM, Escuder MM, Mondini L. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. *J Pediatr (Rio J)* 2007;83(1):53-8.
- 11.Almeida JAG. Amamentação: repensando o paradigma [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira da Fundação Osvaldo Cruz; 1998.
- 12.Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80(5 Supl):126-30.
- 13.Rosenblatt KA, Thomas DB. Amamentação: uma abordagem fonoaudiológica [Monografia]. Rio de Janeiro: CEFAC. Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, 1999.
- 14.Fernandez FBU. Pensando no bebê: benéficos, técnicas e dificuldades de aleitamento materno [Monografia]. Rio de Janeiro: CEFAC. Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, 2000.
- 15.McCredic M, Paul C, Skegg DC, Willians S. Reproductive factor and breast cancer in Newzeland. *Int J Cancer* 1998; 76(2): 182-8.
- 16.Estenk PV. Amamentação e segurança alimentar. Disponível em: <http://www.aleitameto.org.br/arquivos/asseguranca.htm>. Acesso em. Dezembro 2006.
- 17.Brum J G, Nilssen S, Kvale G Breastfeedig, other reproductive factors and rheumatoid arthritis: a prospective study. *Br J Rheumatol* 1995;34:542-46.
- 18.Blaauw R, Albertse EC, Beneke T, Lombard CJ, Laubscher R, Hough FS. Risk factors for development of osteoporosis in a South African population. *SAMJ* 1994; 84:328-32
- 19.Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80(5 Supl):S119-25.

20. Giugliani ERJ, Lamounier JA. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80(5 Supl): S117-8.
21. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr* 19(5): 623-30, 2006.
22. Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80(5 Supl):S147-54.
23. Caldeira AP, Goulart EMA. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. *J Pediatr (Rio J)* 2000;76:65-72.
24. Montrone VG, Arantes CIS. Prevalência do aleitamento materno na cidade de São Paulo. *J Pediatr (Rio J)* 2000;76(2):138-42.
25. Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influência das avós na prática do aleitamento materno. *Rev Saúde Pública (São Paulo)* 2005;39(2):141-7.
26. Coutinho SB, Lima MC, Ashworth A. Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. *J Pediatr (Rio J)* 2005;81(6):471-477.
27. Yagi, RGR. Alimentação de recém-nascidos e lactentes a termo e prematuros atendidos em um Hospital Escola [Dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, 2005.
28. Rea MF, Venâncio SI. Avaliação do curso de aconselhamento em amamentação OMS/UNICEF. *J Pediatr (Rio J)* 1999;75(2):112-8.
29. World Health Organization. Complementary feeding: report of the global consultation and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Geneva: WHO; 2002.

30. Araújo MFM, Fiaco AD, Pimentel LS, Schmitz BAS. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2004;4(2):135-41.
31. Carvalho M R, Tomez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2002.
32. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285(4):463-4.
33. Giugliani ERJ. Rede nacional de bancos de leite humano do Brasil: tecnologia para exportar. *J Pediatr (Rio J)* 2002;78(3):183-4.
34. Rea MF. O pediatra e a amamentação exclusiva. *J Pediatr (Rio J)* 2003;79:479-80.
35. Nascimento MBR, Issler H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo* 2003;58(1):49-60.
36. Matuhara AM, Magamura M. Impacto de um manual instrucional sobre o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Pediatria (São Paulo)* 2007;28(2):91-97.
37. Caetano LC, Fujinaga CI, Scochi CGC. Sucção não-nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2003;11(2):232-6.
38. Mendes I, Carvalho M, Almeida RT. Uso da tecnologia como ferramenta de avaliação no cuidado clínico de recém-nascidos prematuros. *J. Pediatr (Rio J)* 2006;82(5):371-376.

- 39.Schanler RJ, O`Connor KG, Lawrence R. Pediatricians practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. *Pediatrics* 1999;103(3):35-40.
- 40.Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80(Supl):S163-72.
- 41.Simpson C, Schanler RJ, Lau C. Early introduction of oral feeding in preterm infants. *Pediatrics* 2002;110:517-22.
- 42.Xavier C. Assistência à alimentação de bebês hospitalizados. In: Basseto MCA et al. *Neonatologia. Um convite à atuação fonoaudiológica*. São Paulo: Lovise, 1998. p. 255-75.
- 43.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de política de saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: MS; 2002.
- 44.Brock, R. recém-nascido prematuro, baixo peso e retardo de crescimento intra-uterino. In: Basseto, MCA, Brock R, Wajnsztein R (ed). *Neonatologia um convite à atuação fonoaudiológica*. São Paulo: Lovise, 1998. P. 67-73.
- 45.Jacinto I. Estimulação de sucção para recém-nascido de alto risco. In: Marchesan IQ. *Fundamentos em fonoaudiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. P.7-11.
- 46.Fucile S, Gisel E, Lau C. Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterms infants. *J Pediatr (Rio J)* 2002;141:230-6.
- 47.Faccio CG. *Aleitamento materno*. Barueri: Pró-Fono, 2003.
- 48.Silva IA. Reflexões sobre a prática do aleitamento materno. *Rev Esc Enfermagem USP* 1996;30(1):58-72.
- 49.Tirado AR, Denzin P, Basseto MCA. Sucção não nutritiva e alimentação de recém-nascido. In: Basseto MCA et al. *Neonatologia*.

- Um convite à atuação fonoaudiológica. São Paulo: Lovise, 1998. p. 285-8.
- 50.Rocha SMR et al. Estudo da assistência integral à criança e ao adolescente através da pesquisa qualitativa. *Rev Latino-Am Enfermagem* 1998;6(5):5-15.
- 51.Javorski M, Caetano LC, Vasconcelos MGL et al. As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2004; 12(6):890-8.
- 52.Serra SOA, Scochi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2004;12(4):597-605.
- 53.Andrade CRF. Fonoaudiologia em Berçário Normal e de risco. 1ª ed. São Paulo: Lovise; 1996
- 54.Montrone VG, Rose JC. Uma experiência educacional de incentivo ao aleitamento materno e estimulação do bebê, para mães de nível sócio-econômico baixo: estudo preliminar. Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 1996; 12(1): 612-8.
- 55.Leone CR, Tronchin DMR. Assistência Integrada ao recém-nascido 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 1996.
- 56.Adetugbo AAD. Promotion of breast feeding in the community impact of health education programme in rural communities in Nigeria. *J Diarrh Dis Res* 1996; 14(1):5-11.
- 57.Lamounier JA, Leão E. Estratégias para aumentar a prática da amamentação. *J Pediatr (Rio J)* 1998;74(5):335-6.
- 58.Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública (São Paulo)* 2001; 35(5): 603-10.

59. Almeida H. Situações especiais no lactente. Carvalho M R, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2002. P.162-80.
60. Escobar AMU, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. Rev Bras Saude Matern Infant 2(3):253-61, 2002.
61. Frota DAL, Marcopito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não adolescentes, Montes Claros, MG. Rev Saúde Pública (São Paulo) 2004;38(1):85-92.
62. Moraes AL. Aconselhamento em amamentação na perspectiva da comunicação humana [Dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 2000.
63. Saes SO, Goldberg TBL, Ordani LM, Valarelli TP, Carvalho AP. Conhecimentos sobre amamentação: comparação entre puérperas adolescentes e adultas. Rev Paul Pediatría 2006;24(2):121-6.
64. Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Silva MB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. J Pediatr (Rio J) 2006;.82(4):289-294.
65. Silveira FJF, Lamounier JA. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios da região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública 22(1): 69-77, 2006.
66. Passos MC, Lamounier JA, Silva CAM, Freitas SN, Baudson MFR. Práticas da amamentação no município de Ouro Preto, Minas Gerais – Brasil. Rev Saúde Pública (São Paulo) 2000;34(6):617-22.

67. Bulk-Bunschoten AM, von Bodegon S, Reerink JD, Pasker-de-Jong PC, Graat CJ. Reluctance to continue breastfeeding in the Netherlands. *Acta Paediatr* 2001;90(9):1047-53.
68. Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública (São Paulo)* 36(3):313-8, 2002.
69. Bueno MB, Souza JMP, Souza SB, Paz SMRS, Gimeno SGA, Siqueira AAF. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. *Cad Saúde Pública* 19(5): 1453-60, 2003.
70. Volpini CCA, Moura EC. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. *Rev Nutri* 18(3):311-9, 2005.
71. Saes MABF, Maniglia JV. Aleitamento materno exclusivo e suas vantagens. *HB Científica* 2003;10(3):166-171.
72. Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *J Paediatr (Rio J)* 2004;80(Supl 5):s142-6.
73. Brasil. Tribunal Regional do Trabalho. CLT : Consolidação das Leis do Trabalho: desenvolvimento e atualização realizados pelo Serviço de Jurisprudência e Divulgação do Tribunal Regional do Trabalho da 2ª Região. São Paulo: Serviço de Jurisprudência e Divulgação, 2005.
74. Vannucchi MTO, Thompson Z, Escuder MM, Tacla MTGM, Vezozzo KM, Castro LMCP et al. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no município de Londrina, Paraná. *Rev Bras Saude Mater Infant* 5(2): 155-62, 2005.

75. Sinusas K, Gagliari A. Initial management of breastfeeding. *Am Fam Physician* 2001;64(6):931-2.
76. Barros PC, Vaughan JP, Victoria CG, Huntley SR. Epidemic of caesarian sections in Brazil. *Lancet* 1996;338:167-9.
77. Weiderpass E, Barros FC, Victória CG, Tomasi E, Halpern. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública (São Paulo)* 1998;32(3):225-31.
78. Carvalhães MABL, Correa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J Pediatr (Rio J)* 2003;79(1):13-20.
79. Susin LR, Giugliani ER, Kummer SC, Maciel M, Benjamin ACW, Machado DB et al. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. *J Pediatr (Rio J)* 1998;74(5):368-75.
80. Fogo M. Programa de orientação e incentivo ao aleitamento materno do recém-nascido prematuro [Monografia]. São Paulo: CEFAC. Centro de especialização em Fonoaudiologia Clínica, 1998.
81. Pereira G S; Colares L G T; Carmo M G T; Soares E A. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. *Cad Saúde Pública* 2000;16(2):
82. Haider R, Islam A, Hamadani J, Amin N J, Klabir I, Malek D, Mahalanabis D, Habte D. Breast – feeding counseling in a diarrhoeal disease hospital. *Bull World Health Organ* 1996;74(2):173-179.
83. Primo CC, Caetano LC. A decisão de amamentar da nutriz. Percepção de sua mãe. *J Pediatr (Rio J)* 1999; 76(6): 449-55.

84. Garcia RAS. O trabalho fonoaudiológico no berçário: ênfase no papel da família. In: Marchesan IQ, Bolaffi ICD, Zorzi JL. Tópicos em fonoaudiologia. São Paulo: Lovise, 1999. p.169-92.
85. Gigante DP, Victoria CG, Barros FC. Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública (São Paulo)* 2000; 34(3): 259-65.
86. Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *J Pediatr (Rio J)*, 2004;80(5 Supl):S155-162.
87. Freed GL, Clark SJ, Sorenson J, Lohr JA, Cefalo R, Curts P. National assessment of physician's experience. *JAMA* 1995; 273(6): 472-6.
88. Garduño AGH, Ruiz LR. Capacitación sobre la lactancia materna al personal de enfermería del Hospital General de México. *Salud Pub Mex* 2000, 42(2):112-17.
89. Ilabaca J, Atalah E. Tendencia de la lactancia materna en el servicio de salud metropolitano. *Rev Chil Ped* 2002; 73(2): 127-34.
90. Bhattacharya S K , Dhattacharya M K, Manna B, Datta D, Das A, Dutta P, Goswami A G, Sarkar S, Mukhopadhyaya A, Krishnan T, Naik T N, Nair G B, Risk factors for development of dehydration in young children with acute watery diarrhoea: a case-control study, *Acta Paediatrica* 1995; 84:160-4.
91. Mondal SK, Sengupta PG, Gupta DN, Ghosh S, Sikder SN, Rajendran K et al. Occurrence of diarrhoeal diseases in relation to infant feeding practices in a rural community in west Bengal, India. *Acta Paediatrica* 1996; 85: 1159-62.
92. Cesar JA, Victoria CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested cases control study. *Br Med J* 1999; 318:1316-20.

93. Catassi C, Bonnucci A, Coppa GV, Carlucci A, Giorgi PL. Intestinal permeability changes during the first month: effect on natural versus artificial feeding. *J Pediatr Gastroenterol Nutrition* 1995;21:338–386.1995
94. AI–Dashti AA, Willians AS, Curzon MEJ. Breastfeeding, bottle feeding and dental caries in Kawait, a coutry with louv-fluoride levels in the water supply. *Community Dental Health* 1995; 12:42-7
95. Pisacane A, De Vizia B, Valiante A, Veccari F, Russo M, Grillo G et al. Iron status in breast-feed infants. *J Pediatr (Rio J)* 1995; 127: 429-31.
96. Klaus, M H. Kennell J H. Klaus P H. Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
97. Lana A P B. O livro de estímulo à amamentação: Uma Visão Biológica, Fisiológica e Psicológica Comportamental da Amamentação. São Paulo: Atheneu; 2001.
98. Lang S. Aleitamento do lactente. Cuidados especiais. São Paulo: Santos, 1999.
99. Ares S, Quero J, Duran S, Presas MJ, Herruzo R, Morreale de EG. Iodine content of infant formulas and iodine intake of premature babies: high risk of iodine deficiency. *Arch Dis Child* 1994; 71: 184-91.
100. Agrelo F, Lobo B, Chesta M, Berras S, Sabulski J. Crecimiento de niños amamentados y alimentados com biberón hasta los 2 años de vida. *Rev Panam Salud Publica* 1999; 6(1): 6144-52.
101. Rego JD, Lopes PRA. As dúvidas mais comuns entre as mães e seus familiares. In: Rego JD. Aleitamento materno: um guia para pais e familiares. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 347-70.

102. Cotrim LC, Venancio SI, Escuder MML. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2002;2(3):245-252.
103. Audi CAF, Correa MAS, Latorre MRDO. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2003;3:85-93
104. Andrade C, Gullo A. As alterações do sistema motor oral dos bebês como causa das fissuras/rachaduras mamilares. *Rev Pediatr* 1993; 15:28-33.
105. Thompson Z. Problemas das mamas e mamilos como prevenir e tratar. In: Rego JD. *Aleitamento materno: um guia para pais e familiares*. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 83-101.
106. Mello WJ, Romualdo GS. Anatomia e fisiologia da lactação. In: Carvalho MR, Tomez RN. *Amamentação, bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 25-36.
107. Zeppelini M, Wanjsztejn R. Rotina nos berçários. In: Barreto MCA, Brock R, Wajnszjn R. *Fonoaudiologia e berçário. Um convite à atuação*. São Bernardo do Campo: Centro de Estudos Neomater 1995; p.57-60.
108. Lima GMS. Aleitamento materno em situações especiais. In: Rego JD. *Aleitamento materno: um guia para pais e familiares*. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 153-78.
109. Giugliani ERJ. Falta embasamento científico no tratamento dos traumas mamilares. *J Pediatr (Rio J)* 2003;79(3):1-3.

110. Kelnas CJK, Harvey D, Simpsom C. O recém-nascido doente. Diagnóstico e tratamento em neonatologia. 3.ed. São Paulo: Santos, 2001.
111. Schanler RJ. The use of human milk for premature infants. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48(1): 207-19.

Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E DECLARADO

(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)

Eu, _____ RG: _____,
nascida em _____, residente a
_____ na cidade de
_____, concordo em participar da investigação feita por
Marta Alves da Silva Arroyo, CRF^o 4859/SP, telefone 2279125, fonoaudióloga do
Hospital de Base/FAMERP, que tem por objetivo avaliar a importância do trabalho
educacional sobre amamentação natural com mães de recém-nascidos prematuros
(RNPT).

Declaro haver sido informada que: 1) se trata de um trabalho educativo; 2) devo
responder a um questionário com perguntas relativas a amamentação natural; 3)
somente participarão um grupo de mães de RNPT do programa educativo sobre o
tema; 4) tenho a garantia de ser questionada a respeito da amamentação; 5) tenho a
liberdade de deixar de participar da investigação; 6) minha identidade será mantida
em segredo; 7) os resultados da investigação serem utilizados em congressos e
periódicos científicos.

São José do Rio Preto, ____ de _____ de 2002.

Assinatura da pesquisadora

Apêndice 2

QUESTIONÁRIO

I – Caracterização sócio-demográfica

1. Data de nascimento: ___/___/___
2. Estado civil:
 - 1- solteira ()
 - 2- casada ()
 - 3- união consensual estável ()
 - 4- separada ()

3. Escolaridade:
 - 1- analfabeta ()
 - 2- 1º grau incompleto ()
 - 3- 1º grau completo ()
 - 4- 2º grau incompleto ()
 - 5- 2º grau completo ()
 - 6- universitário completo ()
 - 7- universitário incompleto ()

4. Renda familiar (em salários mínimos):
 - 1- um ()
 - 2- dois ()
 - 3- três ()
 - 4- quatro ()
 - 5- cinco ou mais ()

5. Trabalha: 1- sim () 2- não ()

II - Dados sobre a gestação e parto:

6. A gravidez foi planejada?
 - 1- sim () 2- não ()

7. Quando iniciou as consultas com o ginecologista

- 1- não fez
- 2- primeiros 3 meses
- 3- 2° trimestre
- 4- 3° trimestre

8. Tipo de parto realizado

- 1. Normal
- 2. Cesárea

III – Aspectos gerais sobre aleitamento materno:

9. Recebeu alguma informação sobre amamentação na gestação e/ou parto desse bebê até o momento?

- 1- sim 2- não

10. Você foi amamentada pela sua mãe?

- 1- sim 2-

11. Deseja amamentar seu bebê?

- 1- sim 2- não

12. Encontra-se em condições de amamentar seu bebê?

- 1- sim 2- não

IV - Dados sobre conhecimentos gerais sobre aleitamento materno:

13 . Na sua opinião qual a maneira adequada de evitar que o leite empedre em seu seio?

- 1. massagem
- 2. compressa
- 3. ordenha
- 4. não sei

14. Solicito a sua opinião (concorda, discorda e sem opinião) a respeito de:

Questionamentos	Concordo	Discordo	Sem opinião
1 – Amamentar protege a saúde da mulher;			
2 – O leite materno ajuda a proteger a saúde do bebê;			
3 – A amamentação natural aproxima a mãe e o bebê tornando-o mais calmo e seguro;			
4 – O leite materno é o alimento mais adequado e não deve ser complementado com outros alimentos até o 6º mês de vida;			
5 – Todo bebê que nasce antes do tempo precisa de receber além do leite materno outro tipo de leite para reforçar a sua alimentação desde o nascimento;			
6 – Caso o bebê esteja engordando pouco deve ser oferecido outro tipo de leite;			
7- O uso de chupeta não atrapalha a amamentação natural;			
8- O uso de mamadeira não atrapalha a amamentação natural;			
9 – O que causa rachadura no peito da mãe é o bebê mamar errado;			
10 – Para fazer uma boa “pega” do seio materno o bebê deve estar com a boca bem aberta, sugando o máximo da aréola, elevado, reto e com o nariz livre para respirar.			

V - Dados sobre conhecimentos específicos sobre aleitamento materno no recém-nascido prematuro:

14 . Na sua opinião o bebê ficar sem mamar por um longo período faz o seu leite secar?

1. () sim
2. () não
3. () não sei

15 . Na sua opinião o deve ser feito para o seu leite não secar caso o bebê fique muito tempo sem mamar?

1. () massagem
2. () compressa
3. () ordenha
4. () não sei

16 . Você sabe como retirar (ordenhar) o leite do seu peito?

1. () ordenha com as mãos
2. () ordenha com máquina (bomba)
3. () ordenha com as mãos e com a máquina
4. () não sei realizar

17 . Você sabe como guardar (armazenar) o leite retirado do seu peito?

1. () sim
2. () não

18 . Você sabe como descongelar ou aquecer o leite retirado do seu peito?

1. () sim
2. () não

18 . Você conhece outra forma de oferecer o leite retirado do seu peito que não seja a mamadeira, por exemplo, copo, xícara, colher ou seringa?

1. () conhece e sabe usar
2. () conhece e não sabe usar
3. () não conhece

Apêndice 3



AMAMENTANDO SEU BEBÊ PREMATURO (PARTE I)

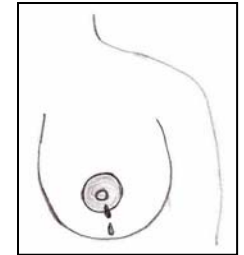
AMAMENTANDO SEU BEBÊ PREMATURO

O seu bebê ainda não pode mamar diretamente no seu peito, mas é muito importante que ele receba o seu leite o mais cedo possível e que você se prepare para amamentá-lo futuramente. Ordene o seu leite para ele não secar e aumentar em quantidade.

Ordenhando o leite

Ordenha manual é a retirada o leite do peito com o auxílio das mãos. A ordenha deve ser iniciada, se possível no primeiro dia após o parto, já nas primeiras seis horas, de seis a oito vezes por dia.

No início sairão gotas de um líquido chamado “colostró” que é muito importante para a saúde do bebê.



Como fazer a ordenha

Durante a ordenha, procure se possível, estar perto do seu bebê ou pensando nele.

Você deve estar:

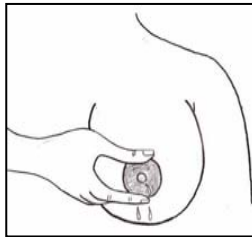
- ✓ com cabelos presos, unhas limpas e aparadas;
- ✓ boca e nariz protegidos por uma fralda limpa;
- ✓ mãos e antebraços lavados com água e sabão e as mamas apenas com água limpa;
- ✓ sentada, relaxada;



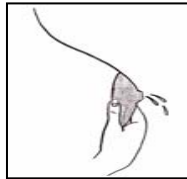
- ✓ massageando suavemente seu seio de fora para a região da aréola.

Coloque o dedo polegar na parte superior da aréola e o indicador na parte inferior.

Aperte suavemente os dedos aproximando-os (sem deslizar), em seguida solte e repita o movimento várias vezes.



Repita o movimento na lateral da aréola também.



O peito não deve doer ou ficar machucado.
Despreze as primeiras gotas.

Para guardar o leite

Sem encostar, aproxime do seu peito um vidro de boca larga fervido e bem limpo para guardar nele o colostro ou leite que ordenhar. Coloque o colostro ou leite ordenhados em vasilhames separados e com data.



- Depois de ordenhado, o seu leite pode ser conservado:
- ✓ na geladeira entre 2° a 6°C por 24 horas;
 - ✓ no congelador ou freezer por 1 mês.

Para transportar o leite ordenhado

Coloque os vasilhames de leite congelado ou gelado dentro de um isopor com gelo.

Ordene seu leite mesmo que você não possa levá-lo ao hospital para que ele não acabe.

Lembre-se: ***“Quanto mais leite você tirar mais leite você produzirá.”***

Fonte: Elaborada por Arroyo, MAS (2007)

Fonoaudióloga do Serviço de Fonoaudiologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto

pcml@terra.com.br – (17) 97913589

Ilustrações: Vinícius Neves

Apêndice 4

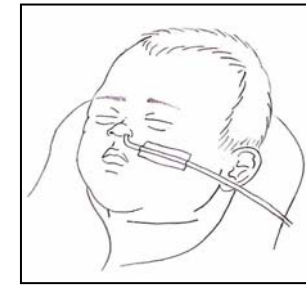
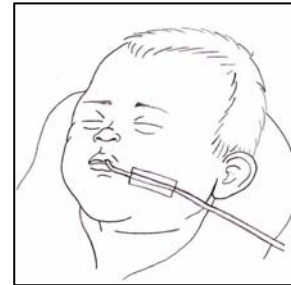


AMAMENTANDO SEU BEBÊ PREMATURO (PARTE II)

O leite materno é o melhor alimento para todos os bebês, inclusive para o prematuro, pois previne o aparecimento de doenças e melhora a saúde do bebê e da mãe.

O leite da mãe do prematuro é diferente do leite das outras mães. É composto por nutrientes que ajudam o desenvolvimento saudável do bebê prematuro. Isso faz o seu leite ser tão importante para o seu filho.

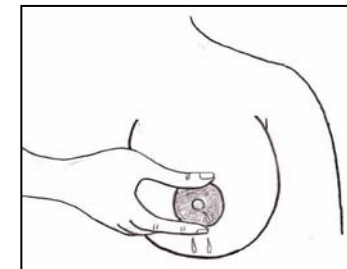
O bebê prematuro, algumas vezes no início, pode ter dificuldade de mamar diretamente no peito, precisando ser alimentado por sonda.



Neste período, uma equipe com vários profissionais estará cuidando do seu bebê e pronta para atendê-la sempre que precisar.

O que fazer para meu leite não secar enquanto não for possível amamentar?

Realizar a ordenha (retirada do leite do peito), de preferência manualmente de seis a oito vezes por dia.



Como aumentar o leite materno?

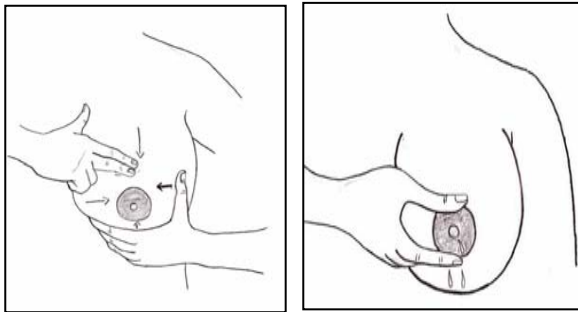
Procure alimentar-se bem, beber bastante líquido, realize a ordenha frequentemente, inclusive à noite e procure descansar e manter-se calma.

Quando o aleitamento pode ser iniciado?

Quando o bebê estiver sugando, engolindo e respirando bem, com bom peso e em condição de saúde que o possibilite mamar.

O que fazer para o leite não empedrar?

- ✓ Apenas amamentar quando o bebê já estiver mamando e esvaziando o peito.
- ✓ Caso o peito continue cheio depois da mamada é importante ordenhá-lo.
- ✓ Se o bebê ainda não estiver sendo amamentado: a mãe deve realizar massagens suaves e de forma circular no seu peito de fora para a aréola e, em seguida ordenhar esvaziando o máximo possível.

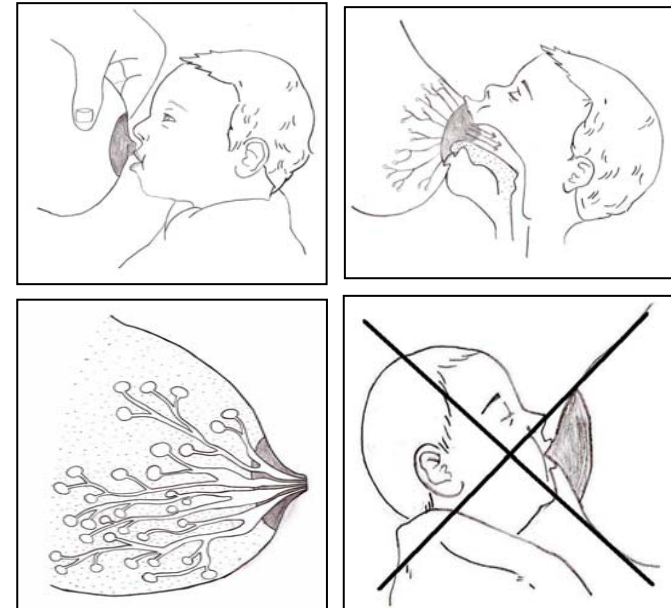


Como amamentar o bebê prematuro?

No começo o bebê pode ter dificuldade para acordar. Procure acordá-lo, ordenhar um pouco do seu peito para amaciá-lo e facilitar a descida do leite, em seguida coloque-o para mamar.

Como deve ser a “pega” correta?

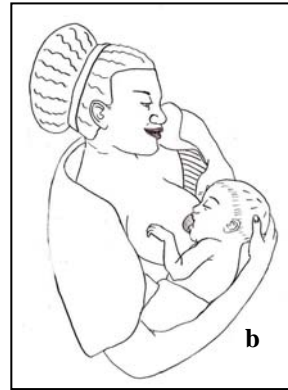
Passa o peito pela boca do bebê para ele abri-la, ajude-o colocando o máximo possível da aréola dentro dela, ficando os lábios virados para fora e o nariz livre para respirar.



Existem posições que facilitam a mamada?

Sim. Vamos ver algumas delas.

- ✓ Mãe sentada de maneira confortável encostando a barriga do bebê na sua, mantendo o bebê com o queixo encostado no seu peito e o nariz livre para respirar (a).
- ✓ Bebê com a barriga encostada na lateral da costela da mãe com o corpo apoiado pelo braço materno a cabeça pela mão (b).



- ✓ Coloque o bebê sentado na sua perna, de frente para você, apoiando com a sua mão (c).



Deve-se oferecer chupeta ou mamadeira?

Não. O uso da chupeta e da mamadeira podem confundir o bebê e atrapalhar a mamada no peito.

O bebê prematuro precisa de outro leite para reforçar sua alimentação?

Não, pois o leite materno contém tudo o que ele precisa para se desenvolver forte e saudável.

Caso precise receber leite materno ordenhado como ele deve ser oferecido?

Sempre depois de mamar diretamente no peito, utilizando copo, xícara, colher ou seringa.

Caso o leite tenha sido resfriado ou congelado, ele deve ser aquecido em banho-maria.



Fonte: Elaborado por Arroyo, MAS (2007)

pcml@terra.com.br – (17) 97913589

Ilustrações: Vinícius Neves

Apêndice 5

PROGRAMA EDUCATIVO

TÍTULO: O ALEITAMENTO MATERNO DO RECÉM-NASCIDO
PREMATURO

OBJETIVOS

Geral

Realizar o aleitamento materno com parâmetros adequados de pega e postura para o recém-nascido prematuro

Específico

Ao finalizar o programa educativo as mães dos recém-nascidos prematuros devem ser capazes de:

- ✓ Reconhecer as principais vantagens do aleitamento materno para a mulher e para a criança.
- ✓ Conhecer a importância da manutenção da lactação no período em que o bebê não pode ser amamentado.
- ✓ Saber ordenhar, armazenar, descongelar e oferecer o leite materno para o seu filho no período que antecede o aleitamento materno.
- ✓ Ter habilidade necessária para realizar o aleitamento materno.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Tema I: A importância do aleitamento materno para a mãe e a criança.

Tema II: A manutenção da lactação.

Tema III: A alimentação do recém-nascido prematuro.

Tema IV: O aleitamento materno para prematuros.

ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DO CURSO

A carga horária será variável dependendo das necessidades de cada mãe, com flexibilidade na seqüência dos temas que serão rediscutidos sempre que houver necessidade. Além dos encontros haverá o acompanhamento de pelo menos 2

mamadas, o que constituirá a parte prática do programa educativo no período hospitalar. Após a alta serão realizados retornos ambulatoriais mensais nos quais haverá o acompanhamento da amamentação.

MÉTODOLOGIA DE ENSINO

O método e os meios de ensino utilizados no programa educativo devem estar adequados ao baixo nível de escolaridade da população visando atender as necessidades de aprendizagem das mães. Além da baixa escolaridade outros fatores determinam a escolha de uma metodologia simples e valorizando as necessidades individuais e conhecimento anterior como situação de estresse vivenciada pela mãe com o nascimento prematuro e o curto período de tempo para o desenvolvimento do programa educativo.

Os meios de ensino sugeridos são:

- ✓ álbum seriado com figuras simples e mensagens curtas.
- ✓ folhetos explicativos com figuras e resumo dos principais tópicos do programa educativo.
- ✓ materiais como recipientes para coleta, armazenamento e oferta do leite para demonstração.

AVALIAÇÃO

No primeiro contato com a mãe, ela será esclarecida sobre o propósito do trabalho e após a sua concordância em participar do programa educativo responderá a um questionário contendo questões relacionadas aos temas que serão desenvolvidos durante o curso, próximo a alta hospitalar o mesmo questionário será reaplicado. Após a alta hospitalar as mães receberão acompanhamento ambulatorial por um período de 6 meses, através de retornos ambulatoriais de periodicidade determinada pelas dificuldades apresentadas pela mãe e criança, sendo que nestas ocasiões será avaliado o manejo do aleitamento materno.

PROGRAMA ANALÍTICO

MÓDULO I

Tema : Importância do aleitamento materno

Conteúdo

- ✓ principais vantagens do aleitamento materno para saúde da mulher e da criança..
- ✓ características imunológicas do colostro e sua importância para a lactação.
- ✓ técnicas para realização da ordenha.

Metodologia

- ✓ breve explicação oral sobre como a amamentação protege a saúde da mulher, do recém-nascido, constituição do colostro e qual a importância da sua retirada e oferta para o recém-nascido prematuro.
- ✓ leitura, discussão e entrega de folheto explicativo com os principais tópicos discutidos.
- ✓ realização da ordenha manual do colostro para demonstração.
- ✓ perguntas dirigidas às mães para avaliar a assimilação dos temas discutidos.
- ✓ resumo dos principais aspectos expostos.

Avaliação

- ✓ adesão da mãe ao programa educativo.

MÓDULO II

Tema: Manutenção da lactação

Conteúdo

- ✓ a importância e possibilidade da manutenção da lactação durante o período que antecede a amamentação natural.

- ✓ técnica de ordenha manual, congelamento e descongelamento do leite materno.
- ✓ técnicas de cuidados com as mamas para evitar o ingurgitamento mamário.

Metodologia

- ✓ determinar o conhecimento prévio da mãe, seguido de esclarecimento sobre as dúvidas e discussão sobre o assunto.
- ✓ explicação oral sobre o processo de produção láctea da mulher e qual a forma da sua manutenção na ausência da amamentação.
- ✓ exposição oral sobre a técnica de ordenha manual, armazenamento e descongelamento do leite materno.
- ✓ determinar as condutas adequadas com as mamas.

Avaliação

- ✓ observação da habilidade da mãe na realização da ordenha

MÓDULO III

Tema : A alimentação do recém-nascido prematuro

Conteúdo

- ✓ apresentação dos utensílios.
- ✓ forma correta de oferecer o leite materno por via oral com a utilização dos utensílios adequados.
- ✓ desenvolver na mãe a habilidade para oferta do leite utilizando os utensílios adequadamente.

Metodologia

- ✓ apresentação de cada utensílio (copo, colher, seringa) separadamente e demonstração sobre a forma de utilização.

Avaliação

- ✓ observação da habilidade e segurança da mãe para oferta do leite por via oral.

MÓDULO IV

Tema: Realização do aleitamento materno para o prematuro

Conteúdo

- ✓ padrões adequados de pega, postura, duração e intervalo das mamadas bem como cuidados com as mamas.

Metodologia

- ✓ determinar qual a opinião das mães sobre estes conceitos, introdução e demonstração sobre os padrões adequados por meio de orientações fornecidas durante a mamadas.

Avaliação

- ✓ avaliação do desempenho da mãe no aleitamento materno.

Referências

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru (manual de curso). Brasília: Ministério da saúde, 2002.

LANA, APB. O livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica comportamental da amamentação. São Paulo: Atheneu, 2001.

REGO, JD. Aleitamento materno. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2006.

VINHA, VHP. O livro da amamentação. São Paulo: CLR Baleiro Editores, 1999.

Anexo 1



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
AUTARQUIA ESTADUAL - LEI Nº 8899 ,de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74.179, de 14/06/74)

Parecer n.º 037/2002

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo n.º 0390/2002 sob a responsabilidade de Marta Alves da Silva Arroyo, com o título “Aplicação de um programa educativo com mães de prematuros sobre a importância da amamentação natural”, está de acordo com a Res. CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 11 de março de 2002.


PROF. DR. JOSÉ PAULO CIPULLO
COORDENADOR DO CEP/FAMERP

Anexo 2



“Hospital Amigo da Criança”

Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
2. Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
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-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.
7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.