

DIFICULDADES INICIAIS NA AMAMENTAÇÃO: ENFOQUE FONOAUDIOLÓGICO

MARIA TERESA CERA SANCHES

Dissertação de mestrado apresentada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do Grau de Mestre.

Área de concentração: Saúde Materno-Infantil

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. KEIKO
OGURA BURALLI

São Paulo
2000

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Ivonne Cera Sanches, que sempre me acompanhou e incentivou no caminho do aprendizado, e José Sanches Machuca (*in memorian*), que com muita paciência me ensinou a importância da observação.

Aos meus padrinhos Jackson P. Abreu e Yolanda Cera de Abreu (*in memorian*), pelo carinho e dedicação sempre presentes.

À todas as mães e bebês que conheci, que me mostraram que para aprender é preciso unir emoções além do intelecto.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Keiko Ogura Buralli, minha orientadora, pela orientação científica e principalmente pela amizade com que sempre me acompanhou no decorrer de todo o processo.

Ao Professor Doutor Jayme Murahovschi, do Centro Universitário Lusíada e Centro de Lactação de Santos, pelo constante apoio, interesse e alegria com que sempre me acolheu para a leitura e comentários deste trabalho.

À Professora Doutora Doris Lewis, da Pontifícia Universidade Católica de SP pelas idéias e palavras que auxiliaram a construir este trabalho.

Aos Professores Doutores do Departamento de Saúde Materno-Infantil da FSP/USP Ana Cristina d'Andretta Tanaka, Arnaldo Augusto Franco de Siqueira, Augusta Thereza de Alvarenga, Cornélio Pedroso Rosenberg, Fumika Peres, Ivan França Júnior, Maria da Penha Costa Vasconcellos e Néia Schor pelas sugestões e participação.

Aos Professores Doutores Maria do Rosário D. Oliveira Latorre, do Departamento de Estatística da FSP da USP, Maria Lucia O. Formigoni, do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo, Maria Regina Alves Cardoso, do Departamento de Epidemiologia da FSP/USP e Maria Cecília Goy P. Alves, pesquisadora Científica da Sucen e Doutoranda do Departamento de Epidemiologia da Fsp da USP, pela consultoria na área de estatística.

As fonoaudiólogas do Curso de Aprimoramento Profissional em Fonoaudiologia do HGA, Aline de Oliveira Martins, Cláudia Renata S. de Almeida,

Carla Fabiane M. dos Santos, Magali Aparecida Santos Duro pelo interesse e colaboração indispensáveis na fase da coleta de dados desse trabalho.

Ao Nilson Silva Soares, do Departamento de Saúde Materno Infantil pelo assessoramento e determinação constantes que auxiliaram nos primeiros passos com o EPI-INFO e a construção do banco de dados deste trabalho.

À amiga e companheira Katia Cibelle Machado Pirotta, cientista social e Doutoranda da FSP/USP, pela assessoria e entusiasmo que foram imprescindíveis para elaboração dos resultados e análise de dados deste estudo.

À amiga Teresa Etsuko da Costa Rosa, pesquisadora do Instituto de Saúde, pela carinhosa escuta e indispensável colaboração no tratamento estatístico e interpretação dos dados obtidos.

Ao Professor Doutor Paulo Cesar Koch Nogueira do Departamento de Pediatria do HGA e Universidade Federal de São Paulo, pela incansável disposição e interesse, desde o tratamento estatístico e interpretação dos dados, assim como sugestões em diversas etapas deste trabalho.

A equipe de funcionários do Departamento de Saúde Materno Infantil Elba Barreto Carvalho, Iara Aparecida de Macedo, Ivany Pares Abranches de Oliveira, Leandro Cleto Firmino, Maria Takishita, Meirezilda Aparecida Gonçalves, Sonia Maria Emigdio Silva, Sonia Maria Heto pelo carinho e atenção constantes.

A equipe de funcionários da Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP, em especial Márcia Regina P. Ribeirão, Maria do Carmo A Alvarez, Maria Lúcia E. Ferraz, Sueli Campos e Vanda Lúcia Garbin pela competência e auxílio indispensáveis.

A todos os companheiros do mestrado dos departamentos de Saúde Materno Infantil, Epidemiologia e Práticas de Saúde Pública da FSP/USP pelo exercício da união.

Em nome de Carmem Maria Fernandes Domingues, à Direção da Equipe de Reabilitação do Hospital Guilherme Álvaro, Direção do Departamento de Pediatria e Direção Geral do Hospital Guilherme Álvaro, pela permissão e incentivo que possibilitou a realização deste estudo.

As colegas Eliane Selma do Valle Blanco e Priscila Stéfan, do Setor de Fonoaudiologia do Hospital Guilherme Álvaro, pelo apoio e incentivo os quais foram imprescindíveis para o início do projeto e à Tereza Cristina Ferreira de Souza pela cumplicidade no decorrer de tantas barreiras a serem vencidas.

As colegas de trabalho e funcionárias do Setor de Fonoaudiologia do Hospital Guilherme Álvaro pelo apoio e compreensão em todas as fases de realização deste trabalho.

À toda equipe interdisciplinar que integra a maternidade do Hospital Guilherme Álvaro pelo incentivo e indispensável colaboração durante todo o processo de construção deste trabalho.

À equipe interdisciplinar que compõe o Centro de Lactação de Santos pelos comentários, convivência e apoio que contribuíram em várias etapas da construção deste trabalho.

As amigas e fonoaudiólogas, Maria Cristina Pedro Biz, Sandra Regina Antunes, Sandra Regina Gomes e bióloga Conceição Aparecida Silva, pelo eterno carinho e companheirismo que tanto contuíram para a realização desse projeto.

Aos amigos Andrea Wander Bonamigo, fonoaudióloga e doutoranda do Departamento de Saúde Materno Infantil da FSP/USP, Gilberto Veras Caldeira, Professor da Universidade Federal de Santa Catarina, Patrícia Constante Jaime doutoranda do Departamento de Epidemiologia da FSP/USP, Lígia Beatriz Bento Franz, da Faculdade de Nutrição de Ijuí e Marina Porto Vieira, da Faculdade Católica de Santos pelas opiniões e principalmente pela cumplicidade e carinho com que sempre me acolheram.

Ao Claudio Henriques P. Mayerovith, diretor da Divisão de Correlatos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária pelas importantes discussões e auxílio no planejamento desse trabalho.

À Ana Maria Chiesa, Professora Doutora da Escola de Enfermagem da USP, Ausonia Favorido Donato, doutoranda do Departamento de Saúde Materno-Infantil da FSP e Lauro Ibanhes Professor Doutor e pesquisador do Instituto de Saúde pelo “empurrão inicial” e apoio necessários.

À querida Reginalice Cera da Silva, mestrande da FSP/USP pela disponibilidade, alegria e cumplicidade marcantes em todas as fases da minha vida.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ pelo financiamento deste projeto.

A todas as mães/recém-nascidos que compuseram a casuística desse trabalho pela valiosa colaboração.

RESUMO

SANCHES, MTC. Dificuldades iniciais na amamentação: enfoque fonoaudiológico. São Paulo; 1999. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Introdução: A amamentação é a melhor forma de alimentação para o recém-nascido e lactente no início da vida. Algumas barreiras no estabelecimento do aleitamento materno referem-se às dificuldades iniciais no período puerperal, que envolvem tanto a mãe e o recém-nascido isoladamente, como o binômio mãe-filho. **Objetivo:** O presente estudo teve por objetivo caracterizar o padrão de aleitamento materno dentre os recém-nascidos (RN) do alojamento conjunto do Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, verificando dificuldades iniciais para o seu estabelecimento e descrevendo alguns fatores relacionados às alterações de pega e ordenha dos recém-nascidos na amamentação. **Métodos:** O estudo transversal abrangeu 409 duplas de mães/recém-nascidos, as quais não apresentaram impedimentos orgânicos e psíquicos que interferissem na amamentação e foi realizado no período de agosto a dezembro de 1997, em 3 etapas: 1) Coleta de dados da mãe e recém-nascido a partir do prontuário médico; 2) Entrevista com a mãe; 3) Observação estruturada de uma única mamada entre as 24 a 48 primeiras horas de vida. Para verificação de significância dos fatores associados à dificuldade inicial da amamentação, utilizou-se o teste X^2 , assim como a análise multivariada - regressão logística. **Resultados:** Das 409 duplas de mães/recém-nascidos estudadas, 54 casos (13%) apresentaram dificuldades iniciais na amamentação. Na análise univariada, *em relação à mãe*, os fatores associados a essas dificuldades iniciais foram: idade da mãe (OR=2,12; IC=1,10-4,09), escolaridade (OR=0,45; IC=0,23-0,87), e orientação da mãe no pré-natal sobre aleitamento materno (OR=2,13; IC=1,65-2,65). *Em relação ao recém-nascido*, houve significância estatística para as variáveis: idade (OR=1,88; IC=1,00-3,53), força de sucção (OR=7,33; IC=3,78-14,18), comportamento do recém-nascido na mamada (OR=7,03; IC=3,61-13,70) e número de sucções por pausa na mamada (OR=2,51; IC=1,35-4,69). Quanto aos fatores *relacionados à dupla mãe/recém-nascido*, mediante a análise multivariada, o "comportamento do RN na amamentação" (OR=7,08; IC=3,30-15,05) e "força da sucção" (OR=7,70; IC=3,66-16,16) mostraram-se associados à mamada insatisfatória. **Conclusões:** Para o diagnóstico precoce das dificuldades na amamentação é importante uma avaliação detalhada quanto aos aspectos globais que envolvem não só fatores básicos como posicionamento, pega, ordenha, mas também comportamento do RN, interação mãe-filho e desempenho dos reflexos orais do RN, mesmo que esses aparentem boas condições orgânicas para tal funcionamento. Quanto ao padrão de sucção do RN, sugere-se também uma avaliação oral detalhada, incluindo o teste da sucção não nutritiva e observação específica de todo o sistema estomatognático durante os movimentos exigidos para pega e ordenha na amamentação.

Descritores: amamentação, dificuldades iniciais na mamada, fonoaudiologia, recém-nascido, dificuldades no padrão de sucção.

SUMMARY

SANCHES, M.T.C. Early difficulties in breast-feeding - a viewpoint from the speech therapist. São Paulo; 1999. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Introduction: Breast-feeding is the best way to nourish a child in his/her first months of life. Some barriers to initiate breast-feeding are related to early difficulties which occur soon after maternity, involving either the newborn, the mother, or the pair mother-baby. **Objective:** This study aims to characterize breast-feeding among newborns who were born at Guilherme Alvaro Hospital in Santos, trying to characterize early difficulties to initiate effective sucking. In addition, a description of some disturbances in the way that newborns take the breast and establish the sucking technique was performed. **Methods:** This is a horizontal prospective study including 409 pairs mother-baby who did not present any clinical or psychological problem that could have disturbed breast-feeding. The study was performed between August to December, 1997 in three stages, as follows: 1) Data collection from medical records of mothers and newborns; 2) Interview with the mothers; 3) Structured observation of one episode of breast-feeding occurring between 24 to 48 hours of newborn's life. In order to verify statistical significance of the factors involved with difficulties to initiate effective sucking, X^2 test was used, as well as logistic regression (multivariate analysis). **Results:** From the 409 mother-newborn pairs studied, 54 cases (13%) exhibited early difficulties in breast-feeding. In the univariate analysis regarding the *mother*, the factors associated with the difficulties were: age (OR=2.12; CI=1.10-4.09), scholarship (OR=0.45; CI=0.23-0.87) and instruction received about breast-feeding before maternity (OR=2.13; CI=1.65-2.65). With regard to the *newborn* the following factors achieved statistical significance: age (OR=1.88; CI=1.00-3.53), sucking strength (OR=7.33; CI=3.78-14.18), behaviour of the newborn during breast-feeding (OR=7.03; CI=3.61-13.70), and number of sucking movements during the period between a burst of suctions and a pause (OR=2.51; CI=1.35-4.69). In the multivariate analysis concerning the pair *mother-newborn*, sucking strength (OR=7.70; CI=3.66-16.16) and behaviour of the newborn during breast-feeding (OR=7.08; CI=3.30-15.05) were the variables that exhibited statistical significance. **Conclusions:** In order to establish a precocious diagnosis of breast-feeding difficulties it is necessary to perform a detailed evaluation, which typically should involve not only basic aspects as positioning of the pair mother-newborn, take of the breast and sucking technique. Behaviour of the newborn during breast-feeding, mother-newborn interaction and oral reflexes integrity, even in normal newborns, should be part of the evaluation. With regard to newborn sucking pattern, a detailed assessment should be performed, including non-nutritive sucking test, and also a precise observation of the oral structures during the movements involved in the take of breast and sucking.

Keywords: breast-feeding, speech therapy, newborn, early sucking difficulties, sucking pattern difficulties.

ÍNDICE

1.APRESENTAÇÃO	1
2.ASPECTOS DA FONOAUDIOLOGIA NA SAÚDE PÚBLICA	6
2.1. Atuação Fonoaudiológica na Saúde Materno-Infantil	10
3. INTRODUÇÃO	13
3.1.Importância do aleitamento materno para saúde da criança	13
3.2.Fatores gerais relacionados ao desmame precoce	20
3.3.Dificuldades iniciais na amamentação - período puerperal	28
3.4.Fisiologia da amamentação	37
3.5.Disfunções orais e prática fonoaudiológica na amamentação	41
4.OBJETIVO GERAL	44
4.1.Objetivos Específicos	44
5.METODOLOGIA	45
5.1.Área do estudo	45
5.2.População do estudo	49
5.3.Delineamento do estudo	50
5.4.Período do estudo	50
5.5.Variáveis do estudo	50
5.5.1.Categorização das variáveis	51
5.5.2.Critérios de categorização das variáveis	53
5.6.Coleta de dados	71
5.6.1.Instrumento para coleta de dados	71
5.6.1.a) Protocolo para coleta de dados no prontuário médico	72
5.6.1.b) Roteiro para entrevista da mãe	72
5.6.1.c) Formulário de observação fonoaudiológica na amamentação	73

5.6.2.Procedimentos de registro e análise dos dados	75
5.6.3.Atividades de campo	76
5.7.Análise Estatística	77
5.8.Programa de computador	78
6.RESULTADOS	79
6.1.Descrição das características epidemiológicas da população de estudo	80
6.1.a) Características referentes à mãe	80
6.1.b) Características do recém-nascido	90
6.1.c) Características dos quadros referente a observação da mamada	96
7.DISSCUSSÃO	113
7.1.Quanto ao método	113
7.2.Quanto aos resultados	116
7.2.1.Variáveis da mãe	116
7.2.2.Variáveis do recém-nascido	120
7.2.3.Variáveis do binômio mãe/recém-nascido	120
8.CONCLUSÕES	136
9. IMPLICAÇÕES PRÁTICAS	137
10.REFERÊNCIAS	141
11.ANEXOS	156
• ANEXO 1: Protocolo para coleta de dados no prontuário médico	1 A
• ANEXO 2: Roteiro para entrevista com a mãe	2 A

- **ANEXO 3:** Formulário de observação fonoaudiológica da amamentação 5 A
- **ANEXO 4:** Orientação para observação fonoaudiológica na amamentação 12 A
- **ANEXO 5:** Formulário de observação da mamada 13 A
- **ANEXO 6:** Termo de consentimento 14 A

12. IMAGENS

ÍNDICE DAS TABELAS

- TABELA 1:* Distribuição do número e porcentagem das mães, segundo nível de escolaridade. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997. 81
- TABELA 2:* Distribuição do número e porcentagem das mães segundo tipo de família. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1997. 82
- TABELA 3:* Distribuição do número e porcentagem das mães segundo o número de consultas realizados no pré-natal. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1997. 84
- TABELA 4:* Distribuição do número e porcentagem das mães segundo a orientação recebida durante o pré-natal. Hospital Guilherme Álvaro, 1997. 85
- TABELA 5:* Distribuição do número e porcentagem das mães segundo número de filhos. Hospital Guilherme Álvaro, 1997. 86
- TABELA 6:* Distribuição do número e porcentagem das mães segundo experiência anterior na amamentação. Hospital Guilherme Álvaro, 1997. 88
- TABELA 7:* Distribuição do número e porcentagem das mães segundo história de fissura mamilar durante a amamentação de filhos anteriores. Hospital Guilherme Álvaro, 1997. 89
- TABELA 8:* Distribuição do número e porcentagem de recém-nascidos segundo a idade. Hospital Guilherme Álvaro, 1997. 90

<i>TABELA 9:</i> Distribuição do número e porcentagem de recém-nascidos segundo peso ao nascer. Hospital Guilherme Álvaro, 1997.	91
<i>TABELA 10:</i> Distribuição do número e porcentagem de recém-nascidos segundo avaliação da força de sucção não nutritiva. Hospital Guilherme Álvaro, 1997.	93
<i>TABELA 11:</i> Distribuição do número e porcentagem de recém-nascidos segundo observação do comportamento na mamada. Hospital Guilherme Álvaro, 1997.	94
<i>TABELA 12:</i> Distribuição do número e porcentagem dos recém-nascidos segundo número de sucções por pausa na mamada. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1997.	95
<i>TABELA 13:</i> Valores das medidas de tendência central e de variabilidade das variáveis relativas ao processo de amamentação-Quadros I, II, III, IV, V, VI, VII-Hospital Guilherme Álvaro, 1997.	97
<i>TABELA 14:</i> Resultado das análises univariadas de associação entre as variáveis da mãe segundo a classificação final da mamada (Escore < 4).	106
<i>TABELA 15:</i> Resultado das análises univariadas de associação entre as variáveis do RN segundo a classificação final da mamada (Escore < 4).	108
<i>TABELA 16:</i> Resultado da análises de regressão logística múltipla - Modelo inicial com fatores relativos à mãe- Modelo 1	109

TABELA 17: Resultado da análises de regressão logística múltipla -
Modelo inicial com fatores relativos ao RN- Modelo 2 110

TABELA 18: Resultado da análises de regressão logística múltipla -
Modelo final com fatores relativos à mãe e ao RN- Modelo 3 111

ÍNDICE DAS FIGURAS

- FIGURA 1:* Distribuição da porcentagem das mães entrevistadas por ocasião do parto segundo idade. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997. 80
- FIGURA 2:* Distribuição da porcentagem das mães segundo o tipo de parto. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997 83
- FIGURA 3:* Distribuição da porcentagem das mães segundo experiência anterior na amamentação. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1997. 87
- FIGURA 4:* Distribuição da porcentagem dos recém-nascidos segundo o sexo. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997. 91
- FIGURA 5:* Distribuição da porcentagem dos recém-nascidos segundo o crescimento intra-uterino. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997. 92
- FIGURA 6:* Distribuição da porcentagem dos escores do quadro I referente aos aspectos relacionados à mama. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997 98
- FIGURA 7:* Distribuição da porcentagem dos escores do quadro II referente aos reflexos orais do recém-nascido. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997. 99
- FIGURA 8:* Distribuição da porcentagem dos escores do quadro III, referente aos sinais de vínculo mãe-RN. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997. 100

FIGURA 9: Distribuição da porcentagem dos escores do quadro IV, referente à posição da mãe-RN durante a mamada. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997. 101

FIGURA 10: Distribuição da porcentagem dos escores do quadro V, referente às condições da pega do RN ao peito. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997. 102

FIGURA 11: Distribuição da porcentagem dos escores do Quadro VI referente às condições da ordenha do RN ao peito. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997. 103

FIGURA 12: Distribuição da porcentagem dos escores do Quadro VII, referente às condições da classificação final da mamada. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1997. 104

ÍNDICE DOS QUADROS

CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

5.5.1a) Variáveis relacionadas à mãe	51
5.5.1.b) Variáveis relacionadas ao RN	52
5.5.1.c) Variáveis relacionadas ao binômio mãe-RN	53
<i>QUADRO I:</i> Aspectos relacionados à mama	58
<i>QUADRO II:</i> Reflexos orais do RN	59
<i>QUADRO III:</i> Sinais de vínculo mãe/RN	61
<i>QUADRO IV:</i> Posição mãe-RN durante a mamada	63
<i>QUADRO V:</i> Condições da pega do RN ao peito	66
<i>QUADRO VI:</i> Condições da ordenha do RN ao peito	68
<i>QUADRO VII:</i> Classificação final da mamada	70

RELAÇÃO DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS UTILIZADOS

\leq - Menor ou igual

X^2 - qui-quadrado

CI - Confidence Interval

DF - Distrito Federal

FSP - Faculdade de Saúde Pública

Fundap - Fundação do Desenvolvimento

GIG - Grande para Idade Gestacional

HC - Hospital de Comparação

HGA - Hospital Guilherme Álvaro

HIV - Vírus da Imunodeficiência Adquirida

IC - Intervalo de Confiança

IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IRA - Infecção Respiratória Aguda

MS - Ministério da Saúde

OR - Odds Ratio

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PNIAM - Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

PIG - Pequeno para a Idade Gestacional

QI - Cociente de Inteligência

RN - Recém-nascidos (s)

SAME - Serviço de arquivo médico e estatística

SEADE - Fundação do Sistema Estadual de Análise de Dados

SEHIG - Secretaria de Higiene e Saúde do Município de Santos

SP - São Paulo

slm - Substitutos do leite materno

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNICEF - Fundação das Nações Unidas para a Infância

USP - Universidade de São Paulo

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

Apresentação

1. APRESENTAÇÃO

O presente estudo resulta da busca profissional frente à necessidade de desenvolver uma atuação fonoaudiológica junto à equipe interdisciplinar do Hospital Estadual Guilherme Álvaro (Hospital Amigo da Criança, UNICEF/93) sendo este, referência nacional para serviços de aleitamento materno e sede do Centro de Lactação de Santos, que atua na promoção, pesquisa e treinamento em aleitamento materno.

Ao ingressarmos na equipe, em 1992, participando, no início, somente do Ambulatório de Aleitamento Materno e assistindo às reuniões de grupo com as mães do pré-natal, pudemos vivenciar a riqueza de um trabalho que, além de todo o conhecimento, técnica e experiência de mais de 25 anos de atuação prática do aleitamento materno, não media esforços para colocar em prática seus objetivos.

Sendo assim, participar da equipe do Centro de Lactação de Santos, atuando de modo interdisciplinar com profissionais especializados na prática do aleitamento materno, tornou-se mais do que um desafio, mesmo porque a própria atuação fonoaudiológica preventiva num hospital público "Amigo da Criança", em programas de saúde materno-infantil, já era, por si só, desafiadora. Ainda hoje, a grande ênfase nos serviços fonoaudiológicos - sejam eles de caráter público ou privado - centra-se na reabilitação dos distúrbios da linguagem e audição, pelo exercício na área clínica fonoaudiológica ou em serviços de audiologia.

Desta forma, as dúvidas e os questionamentos eram muitos e abrangiam desde problemas como a identidade do profissional na instituição, inserção e definição da atuação do fonoaudiólogo na equipe multidisciplinar, até aqueles referentes às bases do conhecimento teórico-prático da atuação fonoaudiológica em programas de saúde materno-infantil e, especificamente, em aleitamento materno. Isto dificultava a elaboração das atividades programáticas a serem desenvolvidas com as mães e bebês.

Após a participação no VI Curso de Treinamento de Equipes Multiprofissionais em Amamentação, em 1992, oferecido no próprio Centro de Lactação de Santos e a partir da observação e da prática por 6 meses no

Ambulatório de Aleitamento Materno do Hospital Guilherme Álvaro, iniciamos um programa específico de atuação fonoaudiológica junto a esse serviço. Com o **objetivo principal** de resolução dos problemas práticos da amamentação, conjuntamente com o atendimento pediátrico e conseqüentemente na promoção do aleitamento, iniciamos orientações junto ao grupo de mães e familiares, além de desenvolvermos programa de acompanhamento dos bebês, com o intuito de diagnosticar e interceder precocemente, caso fossem observados desvios no desenvolvimento, prevenindo, assim, futuros problemas da comunicação.

Aos poucos, nessa trajetória, pudemos perceber variados fatores que interferem na prática da amamentação. Observamos desde aspectos de ordem social, econômica, familiar, psicológica da mãe, dificuldades do bebê, até os de origem fisiológica da lactação, bem como problemas de rotina do aleitamento relacionados a ingurgitamentos mamários, fissuras e traumas de mamilo, entre outros. Desde o início, nossa maior preocupação centrava-se nos casos em que mães-bebês não conseguiam estabelecer uma amamentação com sucesso devido a um contato mama/boca inadequado ou ainda por problemas da "sucção" do bebê, o que ocorria não só em casos de má-formações ou síndromes e prematuridade, mas também em bebês a termo e eutróficos.

Desta forma, a própria equipe, cada vez mais, foi nos atribuindo a tarefa de diagnosticar e atuar nesses casos, esperando do fonoaudiólogo uma intervenção mais específica, de resolução direta frente às disfunções orais do bebê, já que esse profissional da equipe é o mais especializado no trabalho com o sistema estomatognático¹.

Nosso interesse foi se intensificando nesse assunto e assim procuramos apoio técnico fonoaudiológico em cursos, e, também, conhecendo outros serviços e instituições na Grande São Paulo, com o intuito de estabelecer intercâmbio profissional e nos inteirarmos de diferentes

¹ Sistema estomatognático: refere-se ao conjunto de estruturas orais, os quais desenvolvem funções comuns, apresentando como característica básica a participação da mandíbula. Faz parte desse sistema todos os tecidos, ossos, articulação temporomandibular, órgãos, dentes e sistema neuromuscular que exercem as funções de sucção, deglutição, mastigação, respiração, fonação e articulação.

experiências fonoaudiológicas na prática do aleitamento materno. Descobrimos, no entanto, que nos poucos hospitais maternidades (público ou privado) onde existe a atuação do fonoaudiólogo, este limita-se, na maioria das vezes, a ser um prestador de serviços, uma vez que não possui vínculo empregatício com a instituição, ou se possui, o vínculo não é específico para atuação em maternidade. Isso gera também um desempenho mais intervencionista, onde na maioria dos hospitais está voltado à atuação na UTI Neonatais, com o objetivo de detectar e minimizar as alterações de audição, do sistema oral, bem como do desenvolvimento neuro-psico-motor dos recém-nascidos de risco. Além disso, o trabalho direto com esses bebês, em relação ao funcionamento oral, envolve principalmente técnicas de estimulação que utiliza chupetas, mamadeiras e fórmulas infantis, decorrentes das condições do próprio serviço hospitalar e que nem sempre contam com a presença da mãe na unidade. Na maioria das vezes o hospital não estabelece uma rotina que viabilize o aleitamento materno, bem diferente dos serviços de um “Hospital Amigo da Criança”.

Fomos, então, buscar apoio teórico para a nossa atuação. Consultamos a bibliografia referente à fisiologia normal da amamentação, técnicas de aleitamento em geral, práticas relatadas por consultores internacionais em aleitamento materno, trabalhos de pesquisas e relatos de experiências em geral. Muito nos ajudou, também, o conhecimento das experiências teóricas e práticas de trabalho com profissionais de áreas variadas, como enfermeiros, pediatras, neonatologistas, psicólogos, assistentes sociais, sanitaristas e até parteiras, tanto em nosso próprio serviço, como em outros serviços públicos do país.

Posteriormente, visando compreender melhor toda essa dinâmica da relação mãe-bebê no aleitamento, especialmente as dificuldades entre eles quanto a pega e sucção do bebê, e procurando intervir mais precocemente nessas dificuldades, demos início, em 1992, à uma atuação fonoaudiológica também na maternidade do hospital. Desta forma, pudemos vivenciar a amamentação desde os primeiros contatos entre mãe e recém-nascidos

(RN)², a forma como vai se estabelecendo o vínculo e também compreender melhor, nesse processo, suas conquistas e respectivas dificuldades.

Muitas vezes acompanhamos a ansiedade de mães que haviam se preparado no pré-natal, tinham o propósito de amamentar seus bebês e viviam, no puerpério, a insatisfação de perceber as primeiras dificuldades. As condições de pega ao peito ou mesmo de uma “sucção ineficiente” eram, muitas vezes, um grave problema, mesmo em RN nascidos a termo, sem justificativas aparentes para tais dificuldades. Outras vezes, percebemos o quanto era difícil para as mães, mesmo devidamente orientadas no pré-natal e acompanhadas no puerpério, conseguir responder às exigências as quais lhes eram atribuídas pela própria equipe, pelos familiares e por elas próprias, de uma amamentação adequada. Notamos que em alguns casos a situação era realmente difícil de resolver e não dependiam só de conhecimentos e orientação sobre o aleitamento mas sim de um diagnóstico mais preciso do problema e de técnicas especiais, por envolver dificuldades originárias do bebê, relacionados a seu funcionamento oral. Consequentemente, acabavam afetando a relação e até no estabelecimento do vínculo entre mãe e bebê.

Uma vez que o fonoaudiólogo estuda o sistema estomatognático e atua diagnosticando e intervindo nas desordens funcionais deste, iniciamos, a partir da aplicação desses conhecimentos e de sua adaptação à prática da amamentação, avaliações de mamada mais detalhadas, com enfoque especial para as condições de pega e ordenha do bebê ao peito, além de adaptarmos técnicas de estimulação motora oral visando corrigir as dificuldades logo no início, antes de se tornarem problemas já instalados. Seguindo os 10 passos preconizados pela “Iniciativa do Hospital Amigo da Criança” (IHAC), toda a técnica por nós desenvolvida exclui a utilização de chupetas e mamadeiras para estimulação oral e ainda prioriza o treino oral do bebê o mais precoce possível na própria mama, o que se dá, muitas vezes, simultaneamente à utilização de sondas orogástricas e/ou em bebês de muito baixo peso.

² Ao longo do trabalho será utilizada a sigla RN para denominação de recém-nascido (s).

O nosso interesse pelo assunto deste estudo surgiu dessas experiências e conflitos não só profissionais mas também pessoais.

Criou-se a expectativa de contribuir para a sistematização da prática fonoaudiológica em neonatologia, visando o incentivo e manutenção da amamentação, bem como o desejo de colaborar na consolidação de uma atuação fonoaudiológica na Saúde Materno-Infantil, com ações mais voltadas para a prevenção e promoção da saúde.

Tendo em vista esta perspectiva vale retomar os aspectos centrais constitutivos do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto política pública de saúde, recuperando a inserção do fonoaudiologia no contexto das práticas de saúde.

Aspectos da Fonoaudiologia na Saúde Pública

2. ASPECTOS DA FONOAUDIOLOGIA NA SAÚDE PÚBLICA

A trajetória da Fonoaudiologia na Saúde Pública foi delineada pela busca de um refazer de sua prática (MENDES 1994). Os fonoaudiólogos dessa área avançam no sentido de transpor suas práticas, antes centradas na queixa ou problema e estruturadas na atenção individual/assistencial/curativa, que concebe a saúde como presença/ausência de doença e como fenômeno individual, para práticas que envolvam a promoção da saúde e prevenção da doença antes mesmo da sua manifestação (MASSON 1995).

Para MASSON (1995) foi só a partir da década de 80 que se iniciou uma reflexão nos próprios Cursos de Graduação em Fonoaudiologia quanto a atuação fonoaudiológica, reconhecendo-se a necessidade de ampliá-la, mediante sua limitada abrangência, mais centrada na reabilitação, com ações curativas.

A atuação no novo espaço, na área da Saúde Pública e também, em parte, o momento político que se concretiza na reforma constitucional e na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, levam o fonoaudiólogo à reflexão de sua prática clínica e à procura de caminhos que permitam construir um novo modelo de atenção à saúde (SILVA 1999).

A implantação do SUS foi baseada em princípios de organização e funcionamento, nos quais preconiza-se a estruturação de uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada de saúde (GARBIN 1995).

São princípios doutrinários do SUS:

Universalidade – garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão. Saúde é direito de cidadania e é dever do Estado em suas distintas esferas do governo: municipal, estadual e federal.

Equidade – garantia de serviços de saúde em todos os níveis de acordo com a complexidade de cada caso.

Integralidade - reconhecimento pelos serviços de saúde que:

- todo indivíduo é um ser indivisível e integra uma comunidade;

- as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde são complementares.
- as unidades que prestam serviços de saúde, em diferentes graus de complexidade, formam um sistema capaz de prestar assistência integral.
- o homem é um ser integral e deve ser atendido por um sistema também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

E princípios organizativos:

Regionalização e Hierarquização – Os serviços são organizados em graus de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica determinada e com definição da população que será atendida. O nível primário de atenção deve garantir o acesso dessa população à rede, resolver seus principais problemas e referenciar para níveis mais complexos quando necessário.

Resolubilidade – Relacionado mais ao nível local, refere-se a necessidade de implementar um modelo assistencial que contemple tanto ações curativas como preventivas, buscando resolver a maioria dos problemas de saúde da população, sob sua responsabilidade.

Descentralização – As responsabilidades de oferecer ações e serviços de saúde são redistribuídas entre as várias esferas do governo de modo a garantir que as decisões tomadas tenham maior chance de acerto (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1990,p. 9).

Dentro dessa nova visão, no contexto SUS, o fonoaudiólogo deve necessariamente entender os determinantes do processo saúde-doença na sua totalidade, articular-se com outros profissionais para construir uma ação intersetorial e interdisciplinar e associar a atuação clínica com ações de promoção e prevenção à saúde.

Para ROUQUAYROL, em 1994, a Atenção Primária à Saúde deve ser o primeiro nível de contato da comunidade com o sistema de saúde e alcançado através de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde do indivíduo.

Em minucioso estudo sobre a trajetória do fonoaudiólogo na Saúde Pública, LEWIS, em 1996, afirma que a inserção nessa área ocorreu,

com maior ênfase, no final dos anos 80 e de forma mais localizada nas Unidades Básicas de Saúde, no nível da Atenção Primária, com prioridade para ações preventivas.

TESTA, em 1992, refere que a atenção primária funciona como o primeiro passo de uma cadeia de atenção, onde são resolvidos os problemas de menor dificuldade (diagnóstica e terapêutica), para que, posteriormente, seguindo os próximos níveis sucessivos da cadeia, se orientem os restantes. O autor afirma, também, que para haver essa sucessão é importante que alguns aspectos sejam destacados como: a existência de estabelecimentos interligados, de modo a organizar-se o fluxo de pacientes pelo sistema de saúde; organização territorial regionalizada e a participação social.

Para que a equidade em saúde realmente considere as desigualdades das diferentes realidades é necessário que se faça o planejamento local, definindo-se normas com a participação social, desde os servidores de nível local, como da comunidade. Nesse sentido a territorialização traduz um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social, que está em constante construção.

Além disso, é importante reconhecer-se as desigualdades e atuar frente aos problemas detectados, através de ações específicas, dirigidas por exemplo a grupos de risco (UNGLERT 1999).

Outro aspecto importante destacado por TESTA (1992) quanto à equidade em saúde, refere-se à necessidade de recursos humanos qualificados, que funcionem e exerçam efetivamente o papel de porta de entrada do sistema e dirijam corretamente a via dos usuários. Para o autor, se esse sistema de referência não se encontra estruturado adequadamente, torna-se inviável a resolução de problemas mais complexos, quando necessário, uma vez que além de não serem diagnosticados os casos de maior risco, também não serão redistribuídos adequadamente para serviços mais especializados.

Mediante todo o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS (o processo de distritalização), fez-se necessário a reavaliação de concepções acerca da organização de serviços de saúde, para a

reformulação dos serviços prestados à população, uma vez que o objeto deste modelo de vigilância à saúde consiste em danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (ARAÚJO 1999). O Distrito Sanitário, enquanto base organizacional e operativa do SUS, foi assimilado como proposta para o reordenamento dos serviços de saúde em nível local, buscando redirecionar e modificar a forma de organização e conteúdo das ações e serviços de saúde, de modo a responder às demandas da população, atender às necessidades de saúde e contribuir para a solução dos problemas de saúde da população que vive e trabalha no espaço territorial e social do Distrito Sanitário.

Dentro dessa visão, é fundamental considerar-se o enfoque estratégico situacional do planejamento em saúde, na direção de políticas públicas saudáveis, questões para resolução da acessibilidade da população aos serviços, atividades constantes de vigilância sanitária, construção de sistemas de referência e contra-referência, implantação de técnicas e instrumentos não convencionais para a coleta de informações de natureza epidemiológica e socioeconômica, mecanismos de incorporação da população organizada nas decisões sobre os serviços de saúde, além de interligação dos diversos serviços de saúde, o que faz do Distrito Sanitário, ainda que no âmbito de atuação local, um processo social de transformação das práticas sanitárias (HENRIQUES 1996; MENDES 1999)

Nesse aspecto, é importante que o fonoaudiólogo, tanto em sua formação como na prática profissional, se qualifique para exercer ações coletivas dentro dessa nova concepção, articulando a saúde com condições de vida, por meio da inter-relação dos fatores biológicos, ambientais, sociais e políticos/econômicos.

Além desses aspectos acima citados, LEWIS (1996) afirma que ainda são muitas as dificuldades encontradas na realizações destas ações, além da constatação de que o fonoaudiólogo ainda necessita aumentar sua inserção nos serviços públicos de saúde, tanto no que se refere ao número de profissionais contratados, como também quanto ao desenvolvimento das suas próprias ações no contexto referido.

2.1. Atuação Fonoaudiológica na Saúde Materno-Infantil

Segundo LEAVELL e CLARK, em 1976, a Saúde Materno-Infantil compreende as etapas de: maternidade, período neonatal, infância, período pré-escolar e escolar. A maternidade abrange as etapas da concepção até o nascimento do bebê. O período neonatal integra desde o nascimento até o fim do primeiro mês de vida e em seguida inicia-se a infância que vai até o fim do primeiro ano de vida.

A partir do segundo ano de vida inicia-se o período pré-escolar que prolonga-se até o período escolar. Com o conceito atual de adolescência, que inclui a faixa de etária de 10 a 19 anos, o segmento materno-infantil representa dois terços da população brasileira. Para CORREIA e MCAULIFFE (1994) mais do que as dimensões quantitativas, a importância de se tratar desse grupo de maneira distinta, refere-se às suas elevadas taxas de morbidade e mortalidade, inclusive por problemas frequentemente preveníveis, além da demanda efetiva que busca os serviços de saúde.

Mediante a dimensão desses problemas em termos de Saúde Pública, a partir da década de 80 instituiu-se, no Brasil, programas sistemáticos de promoção da saúde materno- infantil.

Quanto à fonoaudiologia, permanece, ainda nos dias de hoje, muito limitada sua atuação quanto às ações preventivas na Saúde Materno-Infantil.

Para ANDRADE, em 1996, a fonoaudiologia materno-infantil consiste em "ciência e tecnologia responsáveis pela eliminação ou interceptação dos fatores que interferem na aquisição, desenvolvimento e degenerescência dos modelos de comunicação." "Responde pela elaboração e implantação de screenings, diagnósticos e tratamentos precoces, pela indicação e adaptação de sistemas suplementares de comunicação e pela redução das debilidades e o restabelecimento do efetivo funcionamento, para a mais completa possível reintegração dos indivíduos à sociedade"(p. 40).

Um programa fonoaudiológico preventivo em saúde materno-infantil pode ser dividido em três etapas: já na gestação (ações no pré-natal), no nascimento (em maternidades e unidades de risco) e no puerpério (com a necessidade ou não de intervenções específicas) (ANDRADE 1996).

No Brasil, a Fonoaudiologia passa a atuar em maternidades a partir da década de 1980, na Grande São Paulo e também na Baixada Santista, na década de 90 (Hospital Estadual Guilherme Álvaro-Santos em 1992 e Hospital Municipal Silvério Fontes-Santos, 1995), inicialmente com enfoque nas unidades de risco e posteriormente na maternidade como um todo. Essa atuação se dá, segundo HERNANDEZ, em 1996, principalmente mediante aos avanços tecnológicos na área de Neonatologia, na década de 60 e conseqüentemente o aumento da sobrevivência dos RN de Risco propiciando, aos poucos, uma demanda para atuação interdisciplinar, inclusive para a fonoaudiologia, frente as intercorrências desses bebês. Intensificam-se também os estudos em várias áreas que incluem a interação mãe/bebê, formação psíquica do RN e abordagem quanto à estimulação precoce, entre outros (OLIVEIRA 1996).

Atualmente, nos poucos hospitais maternidades (público ou privado) onde existe a atuação do fonoaudiólogo, este limita-se, na grande maioria, à um desempenho mais intervencionista, centrado principalmente nas UTI Neonatais, excluindo-se uma atuação generalizada para todas as mães/recém-nascidos da maternidade. Nesse tipo de atuação, os procedimentos fonoaudiológicos são iniciados posteriormente a existência de um agravo à saúde, sendo difícil desenvolver um trabalho de ações fonoaudiológicas direcionados à promoção da saúde.

Os trabalhos descritos por esses autores diferem daqueles realizados no HGA (na qual a pesquisadora desenvolveu este estudo). No HGA o trabalho é realizado na maternidade com RN do alojamento conjunto e da unidade de risco e visa desenvolver ações promocionais de aleitamento materno, baseado nos princípios doutrinários do SUS, de equidade e integralidade, além de ações curativas.

Com o intuito de ampliar essa prática fonoaudiológica em neonatologia, e favorecendo um trabalho que integrasse ações de promoção, proteção e não apenas a recuperação da saúde, o trabalho no HGA passou a incluir um serviço de rotina diária na maternidade. Assim, passou-se a incluir orientação de rotina à todas as mães do alojamento conjunto,

abordando desde aspectos referentes a fisiologia da amamentação, como questões mais amplas como as relacionadas aos tabus do aleitamento, desvantagens do uso da chupeta e mamadeira, desenvolvimento oro facial, sempre com o intuito de prevenir futuros agravos que pudessem interferir na saúde da comunicação. Aos poucos foi-se construindo junto à equipe interdisciplinar um plano de atuação que incluía desde a visita com a pediatria aos leitos do alojamento conjunto, como também um programa de intervenção motora oral precoce para todo recém-nascido que apresentasse dificuldades na amamentação. Desta forma, atendia-se aos problemas da dupla mãe/RN do alojamento conjunto, participando e opinando quanto a alta, além do atendimento diário na unidade de risco, que inclui também um trabalho com a equipe e família além da própria intervenção junto ao RN de risco.

“Promover a saúde materno-infantil, através de medidas preventivas individuais e coletivas determinará a melhora da qualidade geral de vida dos indivíduos e das populações” (ANDRADE 1996, p.26).

Uma das formas de promoção fonoaudiológica da saúde materno-infantil é desenvolver, em conjunto com uma equipe interdisciplinar, programas de incentivo ao aleitamento materno, considerando que os períodos da maternidade e infância irão influir diretamente na qualidade de vida das pessoas, incluindo o desenvolvimento da comunicação oral.

Introdução

3. INTRODUÇÃO

3.1. Importância do aleitamento materno para a saúde da criança

Segundo GOLDENBERG, em 1989, o aleitamento natural constitui a forma mais adequada de alimentação das crias entre os mamíferos no início da vida, ressaltando-se a especificidade do leite produzido em cada espécie, como produto de uma adaptação milenar visando a sobrevivência” (p.97). Durante toda a existência da espécie, exceto nos últimos 100 ou 150 anos, a alimentação ao peito representou a forma natural e praticamente exclusiva de alimentar o ser humano em seus primeiros meses de vida (JELLIFFE e JELLIFFE 1978).

O leite humano é atualmente considerado muito mais que uma simples coleção de nutrientes; é visto como uma substância viva de grande complexidade biológica, ativamente protetora e imunomoduladora. Inicialmente o colostro, fluído amarelado e viscoso, é adaptado para as necessidades específicas do recém-nascido e só evolui para o leite maduro entre 3 a 14 dias após o parto. Este leite maduro tem a capacidade ímpar de variação individual de sua composição, não só entre diferentes mães, como entre as várias mamadas na mesma mãe e até, curiosamente, no decurso da mesma mamada (HARTMANN 1984).

Vários autores estudaram a proteção imunológica do leite materno e do colostro, relacionando-a a maior resistência do recém-nascido às infecções (CUNNINGHAM 1977; MATA e WYATT 1972; JELLIFFE e JELLIFFE 1971, 1978). Segundo GOLDMAN e col., em 1988, o leite materno estimula o desenvolvimento adequado do sistema imunológico do bebê, além de conter componentes antiinflamatórios.

O reconhecimento da ação anti-infecciosa do leite materno, na década de 70, modificou o conceito dos profissionais de saúde, antes centrado apenas no aspecto nutricional deste. A produção científica dos anos 60 aos 80 enfatizou as características específicas do leite materno e a fisiologia da amamentação. Por outro lado, estudos epidemiológicos caracterizaram os padrões de alimentação dos lactentes, incluindo as condições associadas ao

desmame e à introdução precoce de alimentos na dieta dos bebês relacionando-os com os dados de morbi-mortalidade dos lactentes (BURALLI 1986; RÉA 1989; SEGALL 1996).

Os primeiros estudos sobre os efeitos protetores do leite materno efetuados em países desenvolvidos eram passíveis de críticas metodológicas³ uma vez que não distinguiam os fatores de confusão. No entanto, nos últimos 15 anos, pesquisas em diferentes partes do mundo, têm conseguido demonstrar o efeito protetor do leite materno contra infecções e também a relação do desmame precoce com a mortalidade infantil, principalmente em países em desenvolvimento.

HABICHT e col., em 1986, demonstraram uma associação entre aleitamento materno, até além dos 6 meses de idade e um **baixo índice de mortalidade** no primeiro ano de vida, numa pesquisa não isenta de críticas. Para reduzir as dúvidas quanto aos problemas metodológicos atribuídos à pesquisa citada, VICTORA e col. (1987), num estudo populacional sobre mortalidade infantil no Sul do Brasil, em estudo de caso-controle, demonstraram que o tipo de leite e a dieta da criança constituíam fatores de risco para morte por diarreia e doenças respiratórias. Comparadas a crianças amamentadas exclusivamente ao peito, as crianças não amamentadas apresentaram riscos 14,2 e 3,6 vezes maiores de morrer por diarreia e doença respiratória respectivamente. Os riscos das crianças parcialmente amamentadas no peito foram 4,2 e 1,6 vezes, respectivamente, portanto menor do que no desmame total.

Quanto mais precoce a idade do bebê mais evidente é a proteção oferecida pela amamentação, sendo maior a proteção de acordo com a maior frequência e a duração do aleitamento materno (WALKER 1985). Também essa proteção tende a diminuir, podendo até deixar de ser efetiva se o bebê receber complementação alimentar com qualquer outro alimento, além do leite da mãe, inclusive chá, água ou suco (VICTORA e col. 1989).

³ Em estudos de avaliação do efeito da alimentação infantil sobre a saúde é necessário diferenciar todos os fluidos e sólidos oferecidos ao bebê; os fatores de confusão referem-se ao fato de não serem separados os bebês exclusivamente amamentados desde o nascimento, dos outros, que receberam suplementos ou totalmente desmamados (OMS 1994).

Estudos também têm demonstrado o efeito protetor do leite materno sobre a morbidade nas crianças, principalmente por **infecções gastro-intestinais e respiratórias**.

FEACHEM e KOBLINSKY, em 1984, realizaram uma revisão de 35 estudos efetuados em 14 países e referem diminuição da incidência de diarreia associada à prática da amamentação. Os autores encontraram, em 83% dos estudos, relatos de proteção proporcionada pelo aleitamento materno exclusivo, contra diarreias; em 88%, proteção contra diarreias quando comparados com crianças não amamentadas e em 76% dos estudos, relatos de proteção para crianças em aleitamento parcial quando comparado com crianças não amamentadas. Segundo HOWIE, em 1989 na Escócia, 674 binômios mãe-filho foram acompanhados durante 2 anos, concluindo-se que bebês amamentados por 3 meses no mínimo tinham substancialmente menos doenças gastro-intestinais no primeiro ano de vida do que os artificialmente alimentados desde o nascimento ou desmamados totalmente. Já os bebês amamentados por menos de 3 meses apresentavam taxas de doença gastro-intestinais semelhantes às observadas nos alimentados por mamadeira.

No Brasil, no Estado de São Paulo, MARTINS FILHO e col. (1979) estudaram a morbidade no 1º ano de vida de crianças amamentadas ao peito comparadas às desmamadas precocemente. Concluíram que a incidência de processos infecciosos como gastroenterites, otites, infecções das vias aéreas superiores e outras infecções da infância foi sempre menor nas crianças amamentadas .

Outros estudos na região de Ribeirão Preto (SP), demonstraram associação estatisticamente significativa entre a incidência de diarreia e o desmame precoce, considerado antes dos 6 meses (SOBRINHO 1982). Por sua vez, às crianças que receberam exclusivamente leite materno por tempo mais prolongado tiveram menor frequência de gastroenterites e de otite média (BARROS FILHO e col., 1985).

VICTORA e col., em 1992, em estudo de caso-controle, buscando identificar os fatores de risco para desidratação, estudaram 192 crianças de

0 a 23 meses, em Porto Alegre concluindo por uma forte associação com a ausência de aleitamento materno e episódios de desidratação, que as crianças desmamadas tiveram probabilidade 3,3 vezes maior de apresentarem desidratação. O estudo conclui que o leite materno ou sua ausência, influi não só na incidência da diarreia, mas também na severidade dos episódios diarreicos.

Quanto às **infecções respiratórias**, segundo GIUGLIANE (1994), em diferentes partes do mundo, vários estudos sugerem o papel protetor do leite materno. FRANK e col., em 1982, acompanhando 39 crianças amamentadas no peito exclusivamente (durante 3 ou mais meses) e 42 com mamadeira, demonstram que há evidências estatísticas de diminuição de doenças respiratórias em crianças amamentadas nos primeiros 3 e 6 meses de vida, além de mais episódios de pneumonias e bronquites nas crianças aleitadas artificialmente nos primeiros 6 meses. No Brasil, VICTORA e col. (1987), conforme citação acima, também demonstraram risco menor de contrair doenças respiratórias nas crianças amamentadas exclusivamente no peito.

Esse mesmo trabalho sugere ainda a proteção do leite materno sobre outras **infecções em geral**, incluindo meningite.

SAARINEN, em 1982, pesquisando a **incidência da otite média** constatou que esta é menor durante o primeiro ano de vida, nas crianças amamentadas ao peito, sendo que esta diferença torna-se ainda maior depois do 1º ano de vida: no intervalo do 1º ao 3º ano de vida, os casos de otite registrados aumentaram de 6% no grupo que foi amamentado ao peito para 26% no grupo de leite artificial. Estes achados foram confirmados por BARROS FILHO e col. (1985) em pesquisa realizada no interior de São Paulo, sendo que entre crianças amamentadas exclusivamente até os 2 meses, a incidência de otite foi de 51,9% e para as exclusivamente até os 6 meses variou entre 28,8%.

Embora haja algumas dúvidas e controvérsias, existem firmes evidências de que o leite materno tenha um efeito protetor contra o aparecimento de alergias gastrintestinais, respiratórias e cutâneas (eczema) (AKRÉ 1994). Numa incrível pesquisa publicada em 1995, SAARINEN e

KAJOSSARI seguiram pessoalmente, desde o nascimento, a grande maioria das crianças de uma cidade inteira da Finlândia, durante 17 anos e comprovaram o papel protetor do leite humano contra as doenças atópicas, incluindo não só a alergia digestiva, mas também a alergia da pele e do sistema respiratório.

Há ainda trabalhos sugerindo que o aleitamento materno reduz incidências de outras **doenças relacionadas ao sistema imunológico**, como doença celíaca (GRECO e col., 1988) doença de Crohn (KOLETZKO e col. 1989) e câncer (DAVIS e col. 1988).

Além do efeito protetor do leite materno, é importante analisar o papel do aleitamento materno nas duas características fundamentais da criança: crescimento e desenvolvimento

Importante ação preventiva do aleitamento materno refere-se à **redução de alterações nas funções orais da criança**, o que inclui mal-oclusões dentárias e deglutições atípicas. Segundo LABBOK e HENDERSON, em 1987, entre crianças amamentadas reduziu-se em 50% a incidência de mal-oclusão para as crianças que permaneceram em aleitamento materno até 1 ano.

CARVALHO (1996) em estudo sobre a síndrome do respirador oral, onde o paciente não consegue realizar a respiração nasal livre, sendo necessário o apoio da respiração bucal (integral ou parcialmente), refere que a amamentação é um fator importante de prevenção desta síndrome. Além do fator imunológico do leite materno que age protegendo o bebê das infecções respiratórias, como já foi descrito anteriormente, na amamentação o bebê assume uma correta postura da língua dentro da cavidade oral, exercita intensamente a musculatura e estimula o circuito correto entre sucção/deglutição e respiração. Desta forma, as crianças amamentadas adquirem precocemente um padrão de lábios ocluídos e musculatura oral equilibrada além de um correto crescimento oro-facial, fatores esses fundamentais para a fixação da respiração correta. Segundo a autora, se as corretas funções dependem de corretas estruturas, prevenção em respiração é estabelecer um crescimento oro-facial correto. No casos das crianças

portadoras da síndrome da respiração oral, pela própria necessidade do uso da respiração bucal constante, observa-se o oposto. Geralmente essas crianças apresentam-se com a boca aberta, desequilíbrio da musculatura oral, postura inadequada de lábios e língua, acompanhada de alterações da oclusão dentária e também do próprio crescimento facial; quanto às funções geralmente há dificuldades na mastigação, deglutição e fala, associadas a inadequação da respiração.

STRAUB, citado por SEGÓVIA, em 1988, refere trabalhos de pesquisa com 480 pessoas portadoras de deglutição atípica, entre as quais 478 não haviam sido amamentadas ao peito exclusivamente nos primeiros meses de vida, sendo que 35 tiveram alimentação mista e o restante só com mamadeira. Segundo PLANAS, em 1988, crianças que foram amamentadas no peito, no mínimo até os 5 ou 6 meses, desenvolvem corretas funções do aparelho estomatognático, explicadas pelo significativo esforço muscular que realizam para ordenhar o peito e conseqüentemente um crescimento orofacial adequado.

Segundo as recomendações da OMS, as crianças devem receber somente leite materno até no mínimo 4 a 6 meses de idade, uma vez que este satisfaz inteiramente as necessidades nutricionais da criança nesse período (CORREIA e MACAULIFFE 1994). Em um estudo de revisão epidemiológica sobre a relação entre aleitamento materno e a saúde das crianças, CUNNINGHAM e col., em 1991, concluíram que, além do fator de proteção comprovado do leite materno contra a diarreia, as IRAs, meningite, desnutrição e conseqüentemente a redução da mortalidade infantil, o leite materno é o alimento nutricionalmente mais adequado para o lactente.

MURAHOVSKI e col., em 1987 num estudo longitudinal e prospectivo realizado em Santos, (São Paulo) acompanharam 576 crianças de classe sócio-econômicas diferentes (alta e média-alta de um lado e baixa de outro), amamentadas exclusivamente no peito. Concluíram que não houve diferença significativa de crescimento entre as crianças dos dois grupos, demonstrando que o crescimento de crianças em aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre de vida independe de sua condição

sócio-econômica, proporcionando para todos os lactentes um excelente estado de saúde para o lactente.

Sob o **enfoque do desenvolvimento infantil**, apesar das controvérsias que ainda hoje existem sobre o quanto o tipo de alimento, no início da vida, tem efeito posterior sobre o desenvolvimento neurológico da criança, alguns estudos sugerem que as crianças alimentadas no peito poderiam ter vantagens em seu desenvolvimento intelectual. LUCAS e col., em 1992, avaliaram o QI de 300 crianças com idade entre 7,5 e 8 anos, que, mesmo tendo nascido prematuras, receberam leite materno precocemente através de sonda. Ajustando-se fatores interferentes quanto a educação materna e classe social, as crianças que receberam leite materno obtiveram 8,3 pontos de vantagem na avaliação de QI, comparadas as que tiveram leite artificial. Os autores levantam a hipótese de que o leite materno contribui, enquanto composição química, favorecendo o desenvolvimento do sistema nervoso.

O aleitamento materno contribui ainda para outro aspecto básico do desenvolvimento, a **estruturação psico-emocional da criança**. Segundo OLIVEIRA, em 1996, nos últimos anos a Psicologia e a Etologia têm contribuído para a compreensão do quanto a experiência da amamentação envolve muito mais para o bebê do que a simples alimentação e nutrição. WINNICOTT, em 1996, considera a amamentação como uma das bases para a construção da saúde mental do indivíduo, uma vez que este processo entre mãe e bebê, quando ocorre adequadamente, estabelece um ambiente facilitador em que os processos evolutivos e as interações naturais do bebê com o meio podem desenvolver plenamente seu potencial genético. O autor considera ainda a amamentação como forma de comunicação entre mãe e bebê, onde se estabelece também um contato físico entre ambos, sendo que a forma de manipular e segurar o bebê, os toques, a temperatura corporal, o tom da voz da mãe, entre outros, podem resultar em gratificantes trocas, contribuindo para um bom desenvolvimento psicológico do bebê. Por outro lado, o autor adverte para a possibilidade da amamentação ser, em alguns casos, um ato puro de alimentação para satisfação nutricional, insatisfatória

do ponto de vista emocional, se a mãe age de maneira fria, mecânica, sem trocas com o bebê.

Em uma pesquisa objetiva realizada em Porto Alegre, PROCIANOY e BERCINI (1983) estudaram a influência do aleitamento materno na relação mãe e filho. Observando as atitudes das mães, durante o exame físico pediátrico de seus bebês, criaram um índice relativo ao interesse materno. Comparando dois grupos de mães-bebês, dois meses após o nascimento, acharam um índice de interesse materno significativamente menor no grupo onde o desmame ocorreu antes dos dois meses, o que sugere haver uma associação entre aleitamento materno e maior vínculo entre mãe e filho.

Outros autores importantes que estudaram e observaram bebês e seus comportamentos, incluindo a relação mãe e bebê, o desenvolvimento do apego, o desenvolvimento psicológico do bebê, os primeiros sinais da personalidade, como também a natureza da comunicação não verbal, referem também a grande importância da proximidade física e da relação afetiva entre a mãe e o bebê para o desenvolvimento infantil e como a amamentação, como processo de interação, pode favorecer o estabelecimento dessa relação (SPITZ 1979; BRAZELTON e col. 1987; BRAZELTON 1988; KLAUSS e KENNEL 1978; KLAUSS e KLAUSS 1989; WINNICOTT 1996).

Apesar de todas as evidências do papel de destaque do aleitamento materno para a saúde infantil, assim como das famílias e da sociedade como um todo, o **desmame precoce** continua sendo uma prática largamente difundida em todo o mundo, inclusive em nosso país.

3.2. Fatores gerais relacionados ao desmame precoce

Em consequência das transformações estruturais ocorridas mundialmente, relativas à organização social, às condições demográficas, à revolução industrial e desenvolvimento tecnológico, aos padrões culturais e de assistência à saúde, a **forma de alimentação dos lactentes** sofreu substanciais transformações. Neste último século, a amamentação natural passou a ser substituída por formas artificiais de alimentação dos lactentes,

fato observado em maior ou menor grau em diferentes países (JELLIFFE e JELLIFE 1971; LAWRENCE 1994; BURALLI 1986; MONTEIRO e col. 1988; GOLDENBERG 1989; ISSLER e col. 1989; RÉA 1989; MONTEIRO e col. 1987b; SEGALL, 1996).

Segundo RÉA, em 1989, a epidemiologia do desmame precoce foi estudada em diferentes regiões do mundo. Foram identificados vários fatores importantes no desenvolvimento dessa prática tais como: idade da mãe, presença de companheiro, paridade, escolaridade dos pais, origem rural, renda, prática do aleitamento anterior, prática atual do aleitamento (horário rígido das mamadas, introdução precoce dos alimentos, etc.), introdução de mamadeira, trabalho materno fora do lar, acesso a leite artificial, conhecimento do valor do leite materno, tabus alimentares, práticas dos serviços de saúde, orientação do profissional de saúde, exposição à promoção comercial de substitutos do leite materno, entre outros.

Até a revolução industrial, a grande maioria das mulheres amamentava seus filhos estimuladas pelos valores culturais da época, relacionados a vida rural, grandes proles, famílias numerosas e também ao papel feminino de cuidar dos filhos. A revolução industrial propiciou a necessidade de novos contingentes de mão de obra nas áreas urbanas. Desta forma, mulheres e crianças foram incorporadas como força de trabalho de menor custo e utilização intensiva, ao mesmo tempo que os homens eram submetidos a longas jornadas de trabalho, sob condições de grande desgaste físico e adversidade do ambiente de trabalho. Acresce que nessa época inexistiam regras ou legislações que regulamentassem as condições de trabalho. Assim, a mulher não desempenha mais só a função de reprodutora e responsável pela prole, passando a ocupar um novo papel na sociedade. Somando-se esse fato com o desenvolvimento tecnológico em geral, o desenvolvimento da ciência da nutrição, dos laticínios e processamento dos alimentos, fabricação das mamadeiras e bicos de borracha, o final do século passado e início desse século caracterizam-se pela alimentação artificial dos bebês (BADER 1976; CAVALCANTI 1982;

MONTEIRO e col. 1987a, 1987b; RÉA 1989; GOLDENBERG 1989; RÉA 1990; SEGALL 1996).

Por volta da década 40, especialmente na Europa e nos Estados Unidos, iniciou-se o declínio da amamentação, caracterizado tanto pela queda da frequência, como pela menor duração do aleitamento. Já nos países em desenvolvimento, a queda da amamentação parece ter se difundido de modo mais expressivo depois da Segunda Guerra Mundial, mas faltam dados mais seguros sobre a evolução das práticas de alimentação nesses países até o início da década de 70, tanto pela ausência de levantamentos sistemáticos, como por problemas metodológicos nas pesquisas de grupos populacionais (BURALLI 1986; MONTEIRO e col. 1987b; REA, 1989). Curiosamente, nesses países as mães continuavam praticando o aleitamento materno, porém introduzindo leites complementares cada vez mais precocemente (GREINER 1977 citado por SEGALL 1996 p.8).

Na segunda metade da década de 70, mediante um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, envolvendo vários países, e com a realização do Inquérito Mundial de Fertilidade (WFS), foi possível obter dados sobre alimentação e padrão de aleitamento em vários países, incluindo a possível relação com grau de urbanização e nível sócio-econômico das populações. Concluiu-se então que a prevalência da amamentação era muito baixa, tanto na alta hospitalar quanto nos primeiros meses de vida, tanto nos países desenvolvidos como também nas elites urbanas dos países em desenvolvimento. Já nos países em desenvolvimento, incluindo áreas urbanas carentes e rurais, observou-se que a duração do aleitamento era bem maior, ocorrendo porém a tendência da utilização de alimentos artificiais, seguindo o mesmo caminho dos países ricos (MONTEIRO e col. 1987b; NOTZON 1984; SEGALL 1996).

Desta forma, foram as mulheres de nível econômico-social e escolaridade mais altos, no nível mundial, as primeiras a praticar o desmame precoce nos centros urbanos dos países mais desenvolvidos. Já as mulheres de nível cultural, social e econômico menos favorecido praticaram por mais tempo a amamentação, assim como também as residentes em áreas rurais.

Atualmente, nos países desenvolvidos, ocorre o desmame precoce em larga escala entre mulheres mais carentes e menos favorecidas culturalmente, enquanto que entre mulheres de melhor nível sócio-econômico e mais alta escolaridade, o desmame precoce está diminuindo, num movimento de revalorização do aleitamento materno, relacionado com o acesso à informações atuais sobre as vantagens dessa prática, o apoio de profissionais mais atualizados e também uma retomada de modos de vida mais naturais (BARROS e col. 1986; GIUGLIANE 1994; RODRIGUES-GARCIA e SCHEFER 1991).

No Brasil, acompanhando a tendência dos países em desenvolvimento, inquéritos realizados na década de 70 sugerem a prática do desmame nas grandes capitais como São Paulo, Rio de Janeiro, Recife, e Salvador (MONTEIRO e col. 1987a, 1987b; SIGULEN e col. 1980) e amamentação mais prolongada em zonas rurais de hábitos tradicionais (RÉA 1981).

Posteriormente, com dados provenientes do Demographic Health Survey- DHS (PEREZ-ESCAMILLA 1993), realizado entre 1986 a 1989, foi possível obter informações quanto à duração e à qualidade da amamentação de crianças nascidas a partir de 1981, avaliando uma amostra representativa de toda a população brasileira, além de 8 países da América Latina. Analisando esse estudo, BARROS e VICTORA, em 1990, verificaram que 90% das crianças brasileiras são iniciadas na amamentação, porém a duração média dessa prática é de apenas 90 dias. Outra conclusão deste estudo é de que o aleitamento materno exclusivo no Brasil é raro, uma vez que só 6% das crianças são amamentadas exclusivamente ao peito até os 2 meses de idade. Também foi destacado que a duração média do aleitamento é maior entre as mulheres residentes em áreas rurais e nas mulheres de nível sócio-econômico menos favorecido.

O inquérito nacional realizado pelo INAN/IBEGE, em 1992 mostra que, no Brasil, de 97% das mulheres que iniciam a amamentação, somente 50% continuam amamentando exclusivamente até 134 dias (mediana) e nas regiões urbanas somente 123 dias (mediana). Quanto a prática da

amamentação predominante (leite materno mais água ou chá) a duração mediana encontra-se em 72 dias (LEÃO e col. 1992).

Outros estudos desenvolvidos no Brasil, mostram que em centros desenvolvidos do país, como São Paulo (MONTEIRO e col. 1988), Pelotas (BARROS e col. 1986) e Porto Alegre (GIUGLIANE e col. 1992), mulheres de nível sócio- econômico e cultural mais favorecido amamentam durante mais tempo, comparadas a mulheres de nível menos favorecido, sugerindo, então, um processo semelhante ao dos países mais desenvolvidos.

De um modo geral, os estudos em diferentes países, demonstram que o declínio do aleitamento materno está relacionado a uma multiplicidade de fatores complexos e inter-relacionados (BURALLI 1986). Vão desde os mais específicos, até os mais amplos referentes às transformações na organização política, econômica, social, onde novos estilos de vida vão transformando culturalmente a concepção do aleitamento materno, que antes visto como natural, passa a ser encarado como uma prática “demodée”, ultrapassada.

Focalizando esta análise, BADER em 1976 conclui que, segundo uma visão antropológica, nos países em desenvolvimento, entre os fatores que contribuíram para as mudanças da prática do aleitamento materno, configurou-se a aceitação do uso da mamadeira como símbolo de status social, sendo o aleitamento materno considerado uma prática fora de moda e até vulgar. Outro aspecto relatado pelo autor relaciona-se à concepção do papel da mama da mulher, anteriormente relacionado à nutrição. Este passa gradualmente a ser considerado símbolo sexual. Houve também mudança nos conceitos relacionados à preservação do corpo feminino, sendo então aceita a idéia da amamentação como responsável pela destruição das formas da mama.

Outro aspecto relatado pelo autor refere-se ao processo de urbanização e industrialização, sendo que ocorre uma modificação relativa à estrutura familiar. Anteriormente constituída por mais membros, de modo mais extenso, a família passa a estruturar-se em núcleos menores, constituída somente pelo pai, mãe e filho(s), deixando de receber influências

de parentes mais experientes na prática da alimentação e em especial do aleitamento materno. (BURALLI 1986; GOLDENBERG 1989).

Soma-se a todos esses fatores a orientação inadequada oferecida pelos serviços de saúde em relação ao aleitamento materno, como também a atuação específica dos próprios profissionais da saúde, inclusive docentes, vítimas de forte influência do padrão dos países mais desenvolvidos e do marketing das indústrias de alimentos. Estes aspectos concorrem para promover o desmame precoce, inclusive no Brasil (JELLIFFE e JELLIFFE 1971; CAVALCANTI 1982; BURALLI 1986; BADER 1976; GOLDEMBERG 1989; RÉA 1990; SEGALL 1996)

RÉA (1989) demonstra, em seu estudo sobre as políticas de alimentação infantil em São Paulo, que as campanhas nacionais de distribuição de leites industrializados para bebês de famílias menos favorecidas economicamente, em conjunto com as práticas indiscriminadas de comercialização dos substitutos do leite materno (slm) contribuíram para a promoção da alimentação artificial. Através de uma revisão histórica da substituição do leite materno por produtos industrializados, cujas origens já antecedem o século XVIII, a autora enfoca a estratégia de promoção comercial das fórmulas infantis. Eram usados diferentes modos de comercialização para atingir os países do terceiro mundo, inclusive porque neles havia maior crescimento demográfico e melhores perspectivas de consumo.

Nesse aspecto, destaca-se o trabalho de GOLDENBERG (1989), que, através do estudo histórico da evolução da propaganda dos slm, demonstra o *papel fundamental do marketing na disseminação da alimentação artificial*. Inicialmente, a propaganda, que objetivava atingir o público em geral, oferecia estimulantes à lactação. Porém, essa “boa ação” acaba por criar ou reforçar “mitos” sobre o leite materno, como o da qualidade inferior (*leite fraco*) ou o da pouca quantidade (*pouco leite*), ou ainda imagens de que “bebê sadio é igual a **bebê gordo**” ou de que “bebê que chora muito é igual a **bebê com fome**”, os quais exercem influências negativas até os dias de hoje.

Uma etapa importante desse processo começa a partir dos anos 40, quando a indústria dos *slm*, através da publicidade, organiza uma campanha direcionada à categoria médica e profissionais de saúde, veiculando enfaticamente anúncios nas revistas científicas da época. Paralelamente, também patrocinava cursos e reuniões científicas, conseguindo, com sucesso, formar a geração dos profissionais de saúde, que incentivaram o desmame precoce no país, acreditando, aceitando e confiando plenamente na substituição segura do leite materno pelos produtos industrializados.

Entre as estratégias apontados por RÉA (1990), a de criar um público consumidor que acreditasse e comprasse a idéia da ***necessidade de utilização dos slm para a nutrição de todas as crianças***, foi decisiva para redimensionar a prática do aleitamento de toda a sociedade médica e científica, a atuação governamental, bem como da população em geral, favorecendo o desmame precoce. Assim, as mães substituíam seu próprio leite pelo artificial, de maneira direta e indireta. Diretamente, influenciadas pelas campanhas que utilizavam todos os recursos da mídia e, muitas vezes, um marketing ilusório e agressivo. Indiretamente, também por ações realizadas pelo setor comercial (através de percentagens de lucro para os comerciantes, ofertas de prêmio ao consumidor) e pelo próprio governo (gerando novas políticas de nutrição e complementação alimentar). Outra via caracterizava-se pelo sistema de saúde, devido a forma inadequada de atuação dos profissionais da saúde, muitas vezes orientando a complementação alimentar desnecessariamente, em gentilezas e crédito à indústria que patrocinava eventos, doava materiais, cartazes, tudo isso exercendo fortes influências sobre as mães.

Corroborando este fato, CAVALCANTI (1982) em seu estudo sobre conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal da saúde sobre aleitamento materno, em unidades de saúde pública de São Paulo, demonstra o desconhecimento e o despreparo de tais profissionais para a assistência ao aleitamento e para a educação das mães. Esses profissionais utilizavam práticas alimentares inadequadas e atitudes negativas que contribuem para o desmame precoce.

Resultante então, deste amplo contexto de modificações demográficas, históricas, sociais, políticas e econômicas que ocorreram no Brasil, acompanhando um processo de tendência mundial, registrou-se também em nosso país a *história do desmame precoce*, com sérias conseqüências para a saúde infantil.

Visando reverter este quadro, no Brasil, a partir da década de 80, estabeleceram-se leis, normas e programas que, direta ou indiretamente promovem o aleitamento materno. Assim foi com o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno-PNIAM (MS 1987), considerado o mais abrangente, incluindo divulgação através da mídia com a colaboração de atores de TV. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança /Ações Básicas, em 1985 (MS 1984) incluía, entre as ações básicas de saúde, dar apoio ao PNIAM, enfocando a promoção e a assistência ao aleitamento materno nas unidades das redes básicas de saúde. Posteriormente, em 1988, são fixadas no Brasil disposições sobre a implantação e o funcionamento dos bancos de leite humano. A Constituição Federal, nesse mesmo ano, assegura as licenças maternidade e paternidade. Já em 1989, a OMS/UNICEF elaboraram os "10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", com a criação do "Hospital Amigo da Criança (IHAC)" título que premia o hospital que cumprir rigorosamente as normas estabelecidas. Os "10 passos" constituem-se de práticas e rotinas que promovem e efetivam o aleitamento, desde o pré-natal até o atendimento pós alta hospitalar, além de visar uma rotina de assistência hospitalar de melhor qualidade para a mãe e RN. Também em 1989, o Brasil adapta o Código Internacional de Comercialização dos slm à realidade do país, com o título de Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes. Em 1990 é promulgado o "Estatuto da Criança e do Adolescente" que assegura à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal e também oficializa a obrigatoriedade da adoção do sistema de alojamento conjunto nas maternidades (MS 1991).

Porém, na avaliação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (1991), concluiu-se que o programa apresentava várias

falhas e necessitava ser revisto, já que das 70,8% das mulheres que foram assistidas nos programas de pré-natal, 60% não haviam recebido orientações sobre aleitamento e mais da metade das parturientes não recebeu nenhuma informação na maternidade sobre aleitamento. Concluiu-se também a necessidade de permanente avaliação de todas as iniciativas propostas, inclusive a assistência às puerperas na maternidade.

Em dados mais recentes, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996) constatou-se que 97% das mulheres brasileiras iniciam a amamentação, sendo que a mediana da duração desta é de 150 dias (MONTEIRO 1997).

3.3. Dificuldades iniciais na amamentação - Período puerperal

Diversos estudos apontam que a educação sobre aleitamento materno no pré-natal e no *período puerperal* funcionam como práticas preventivas para diminuir as dificuldades iniciais da amamentação. Já é reconhecida a importância da permanência de mãe/RN no alojamento conjunto para promoção do aleitamento materno, que além de favorecer o vínculo entre mãe e filho, permite o equacionamento das primeiras dificuldades da amamentação, antes mesmo do retorno para o lar. Com essa prática pode-se evitar procedimentos inadequados para o aleitamento materno, prevenindo-se o desmame precoce (JELLIFE e JELLIFE 1978; BURALLI 1986; MARTINS FILHO 1983; MARTINS FILHO 1987; LAWRENCE 1994).

CARVALHO, em 1985, numa discussão sobre os obstáculos ao aleitamento materno, refere que de um modo geral, a grande maioria das nutrízes tem capacidade de amamentar seus filhos, sendo que os "obstáculos" encontrados, na maior parte das vezes, são transitórios e possíveis de serem superados. O autor considera como mais sérios, os fatores relacionados aos profissionais de saúde e à rotina das maternidades, que se tornam os verdadeiros "obstáculos" para a prática da amamentação. Entre esses, aponta os horários rígidos das mamadas nas maternidades, manutenção por várias horas após o nascimento do RN normal, a termo, num berçário para observação detalhada deste, incompetência na resolução

de problemas práticos como o ingurgitamento mamário, trauma dos mamilos, assim como na abordagem com as mães sobre mitos do aleitamento (“leite fraco” e “pouco leite”).

Aspectos críticos, tanto para a mãe como para o bebê, relacionam-se às dificuldades iniciais do processo do aleitamento materno (MURAHOVSKI 1998; MARTINS FILHO 1987; KING 1991).

Quanto à mãe, destaca-se o *grau de experiência* desta na amamentação, sendo que quanto mais *inexperiente for*, maior será sua dificuldade. A mãe inexperiente apresenta mais dificuldades em compreender o processo como um todo, mesmo quando informada no *pré-natal*. Assim, além da falta de prática nos cuidados com o bebê em geral, também não está familiarizada, por exemplo, com os cuidados da mama puerperal, com os sinais externos a observar para checar a pega, sendo que frequentemente, traumatiza o mamilo já na colocação inicial deste ao peito. Outro aspecto crítico refere-se ao *grau de ansiedade e/ou estresse* em que a mãe se encontra. Seja, pela falta de experiência ou de um *relacionamento* com um companheiro que lhe dê apoio, ou pela falta de outras pessoas que lhe ajudem no puerpério, ou ainda por *problemas psicológicos* pessoais relacionados a gravidez, a mãe poderá ficar muito ansiosa nessa fase inicial. Isso poderá refletir diretamente na amamentação e dificultar o processo, mesmo a mãe querendo amamentar.

No sul do Brasil, em Porto Alegre, GIUGLIANE e col. (1992), num estudo prospectivo realizado com 238 mães-bebês até o primeiro ano de vida, identificaram vários fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: grau de educação materna (até 8 anos de estudo), inexperiência em aleitamento materno, falta de orientação da mãe no pré-natal, falta de ajuda de parentes ou funcionária nas tarefas do lar e ausência da participação do marido.

No que se refere ao nível do **binômio mãe-RN**, vários fatores são importantes para superar-se as primeiras barreiras na amamentação.

Em importante estudo prospectivo realizado em Santos, São Paulo, SEGALL (1996) analisa o impacto das ações hospitalares na duração do

aleitamento materno. Acompanhando até o terceiro mês após a alta hospitalar uma coorte de 341 mães e bebês, nascidos em 2 hospitais: um considerado referência em programas de promoção do aleitamento (HGA) e o outro (HC) de comparação, que não possui programa específico para esse aspecto. Os fatores de risco para o desmame precoce no HC foram: **as intercorrências mamárias, dificuldades de “pega” do RN e diarreia**, aspectos encontrados entre a 1ª visita (30 dias) e 2ª visita (90 dias) pós alta hospitalar. Para o HGA identificou-se como risco: **partos cirúrgicos, dificuldades maternas para ordenhar o leite durante a internação, ausência de orientação sobre amamentação no 1º mês de vida e diarreia**, nos 15 dias que antecederam a 1ª visita. Quanto à ocorrência de problemas com as mamas foi semelhante entre os dois grupos de mães, com impacto negativo maior para as mulheres atendidas no HC. Os problemas os mais frequentes foram **ingurgitamento e fissuras mamárias**, que ocorreram entre o nascimento até os primeiros 30 dias após o parto.

Na fase puerperal, destacam-se os problemas com a **mama**, principalmente quanto ao ingurgitamento mamário e trauma dos mamilos, os quais trazem muita dor ou desconforto para a mãe, dificultando a continuidade do aleitamento materno, caso não seja devidamente tratado (VINHA e col. 1987; MOTTER e col. 1992).

Mal-formações da mama ou mamilos (planos, invertidos, pseudo-invertidos), cirurgia redutiva da mama, mamilo pouco retrátil ou mamilo inelástico certamente ocasionarão dificuldades da ordenha devido a causas anatômicas, que dificultam a sucção do bebê. Da mesma forma, mamas muito volumosas ou ingurgitadas geram dificuldades.

VINHA e col., em 1987, refere que há muitos anos o trauma mamilar já vem preocupando estudiosos do assunto, sendo que o ingurgitamento mamário e o trauma mamilar são as causas de maior solicitação para serviços de enfermagem no período puerperal para a mulher que amamenta. Em estudo sobre o trauma mamilar, as pesquisadoras acompanharam 107 puérperas do grupo etário de 10-37 anos, de diferentes níveis sócio-econômicos e portadoras de trauma mamilar, com a seguinte distribuição: 79

fissuras completas (mamilo protruso - normal), 21 escoriações (quando o mamilo semi-protruso apresenta-se esfolado ou com a epiderme levantada) e 7 erosões (mamilos pseudo-umbilicados). Essas mães haviam recebido alta hospitalar após o desaparecimento completo das lesões mamilares e o prosseguimento normal da lactação. Cada mãe recebeu em média três visitas domiciliares, entre o 3º e 5º dia após o parto. Diagnosticou-se ingurgitamento mamário no 2º ou 3º dia após o parto, sendo que o trauma de mamilo foi atribuído à presença deste. Nesses casos, em que a oferta de leite é maior que a procura do bebê, a mama, por estar tão cheia, pode tornar-se endurecida e o mamilo plano, pouco flexível. Conseqüentemente, ocorre uma modificação da sucção, sendo que o bebê passa a exercer a força da mandíbula sobre o mamilo, por não conseguir fixá-la sobre os seios lactíferos, causando lesão sobre estes (vide maiores detalhes, a seguir, no capítulo de "Fisiologia da amamentação").

O tratamento proposto foi eliminar o ingurgitamento mamário, procedendo-se à ordenha mamária manual, até que a aréola ficasse bem macia. Após esse procedimento, nos casos de fissuras pequenas (menos de 3 mm), amamentava-se normalmente, nos de fissuras médias (menos de 5 mm) oferecia-se primeiro o mamilo em melhor condição e somente por 10 minutos. Para as grandes fissuras (maiores do que 5 mm) oferecia-se apenas um peito de cada vez (o menos dolorido) e somente até 7 minutos dando um repouso de 24 a 48 hs para o outro, o qual era submetido à ordenha fazendo a ordenha manual.

Usando a dor como indicadora de melhora, o tempo médio de cura foi 3 dias para as pequenas, 5 para as médias e 7 para as grandes fissuras. Em 4 casos (19,04%) as mães tomaram a decisão de desmamar seus filhos e as demais (80,96%) conseguiram superar esta fase e prosseguir com a amamentação.

Em outro trabalho, VINHA (1994) desenvolveu um estudo prospectivo no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), com objetivo de avaliar a eficácia do "Projeto Aleitamento Materno - Autocuidado com a mama puerperal" o qual envolve ações de

enfermagem de profilaxia e tratamento do ingurgitamento mamário, trauma mamilar e mastite (tanto na maternidade, ambulatório de seguimento como em visitas domiciliares).

A população do estudo constituiu-se de 105 puérperas e seus RN, do grupo etário de 14-45 anos de idade, de vários níveis sócio-econômicos, capacitadas a amamentar e com condições de compreensão para participação do grupo de orientação desenvolvido pelo setor de enfermagem. Os RN incluídos eram de termo, com capacidade para mamar no peito, (apesar de poder apresentar algum problema clínico). As mamas foram submetidas a 3 exames: 1) no 2º dia pós-parto, ainda no hospital antes das mães aprenderem os procedimentos para a profilaxia do ingurgitamento mamário e traumas mamilares; 2) nos domicílios (feito pelas próprias mães); 3) por ocasião do 10º ao 15º dia pós-parto (feito pelas pesquisadoras).

No primeiro exame 12 mães (11,4%) apresentaram ingurgitamento mamário e 4 (3,8%) fissuras mamilares. No segundo exame 57 mães (54,3%) apresentaram ingurgitamento e 28 mães (26,7%) traumas mamilares, sendo que 77 mães (73,3%) permaneceram com os mamilos íntegros. No terceiro exame apenas 3 mães (2,8%) apresentavam ingurgitamento e 11 (10,5%) mantinham a ordenha preventiva das mamas para evitar o ingurgitamento; aconteceram somente 2 casos de mastite. Quanto aos traumas mamilares o percentual de mamilos íntegros à direita foi de 91,6% e à esquerda 90,6%. Os resultados apontaram que ações de profilaxias e tratamento do ingurgitamento mamário e traumas mamilares são eficazes e devem começar ainda na maternidade, antes da alta.

Outra dificuldade inicial do aleitamento materno, amplamente descrita, relativa ao *binômio mãe-RN*, refere-se à ***postura inadequada assumida na amamentação, a qual gera um posicionamento incorreto da boca do bebê ao peito***. Isso dificulta a pega e extração do leite, provocando dor e/ou trauma nos mamilos e conseqüentemente mamada ineficiente a qual poderá gerar conflitos, frustração e dúvidas na mãe quanto a sua capacidade de alimentar o bebê (MARTINS FILHO 1987; MURAHOVSKI 1997; ESCOTT 1989; KING 1991; LAWRENCE 1994; OMS/UNICEF 1995). Uma vez com

dificuldades em realizar uma mamada eficiente, quando posicionado inadequadamente ao peito, torna-se difícil para o bebê retirar o leite posterior (do final da mamada), mais rico em calorias. Conseqüentemente o bebê se cansa e adormece ou permanece agitado, com fome, querendo mamar a toda hora, demonstrando-se irritado e chorão. Na continuação, passa a brigar com o peito e até recusando-se a mamar, resultando num ganho de peso insuficiente (desnutrição). Isso leva à conclusão errônea de leite insuficiente ou fraco.

Segundo ESCOTT (1989) para que a ordenha seja efetiva e o RN consiga retirar quantidade de leite necessária, sem realizar esforço excessivo, trabalhando adequadamente a musculatura oral, a **pega ótima** é fundamental (vide maiores detalhes a seguir, no capítulo de “Fisiologia da amamentação”). A autora refere que a pega ótima requer mãe e bebê confortavelmente posicionados, de forma a permitir que a mãe facilite os reflexos orais do bebê e ajude-o a abocanhar a porção adequada da mama.

As dificuldades do posicionamento mãe-bebê na amamentação são determinantes para os problemas de pega do bebê, dificultando a mamada, principalmente quando o bebê fica muito afastado do corpo da mãe, com a cabeça solta, boca distante da aréola, sugando só o mamilo, mãe segurando inadequadamente a mama, comprimindo os ductos lactíferos ao segurar o peito ou não fornecendo suporte adequado para a mama (MURAHOVSKI 1998; KING 1991; LAWRENCE 1994; VINHA, 1994 e OMS/UNICEF 1995).

Os autores afirmam que, na prática do aleitamento materno, existem várias posições corretas que podem ser utilizadas para amamentar e quem deve definir qual a melhor posição é sempre a mãe junto com seu bebê, de modo que ambos sintam-se confortáveis, a mãe possa facilitar o bebê a abocanhar tecido mamário suficiente (pega ótima) e assim o bebê bem apoiado pode remover leite efetivamente, deglutir e respirar livremente.

Ainda em relação ao **binômio mãe-RN** pode haver **problemas de interação** entre estes, potencializando os demais fatores desfavoráveis. Segundo WINNICOTT (1996) a maior parte das dificuldades em alimentar o bebê decorre do enorme problema que toda mãe tem inicialmente em

adaptar-se às necessidades de um novo bebê. Não existem dois bebês iguais, nem a mãe é a mesma com cada filho, sendo necessário tomar decisões e ter iniciativas diferentes com cada bebê especificamente.

Muitas vezes o RN tem toda a possibilidade de desencadear adequadamente os reflexos de procura e sucção, girando a cabeça em direção ao peito, abrindo bastante a boca e abaixando a língua (quando o bebê abre bem a boca como num bocejo), porém por falta de experiência ou de observação, coloca-se o RN para mamar chorando, ou então não se espera o momento correto de introduzir-se a mama. Esta falha técnica interfere desfavoravelmente na dinâmica da pega e ordenha ao peito. Essa falta de observação do momento correto de colocar-se o RN é uma dificuldade constante não só das mães, como também de muitos profissionais da saúde que trabalham com aleitamento materno (WIDSTRÖM 1993).

Segundo WINNICOTT (1996) há casos de mães que terão dificuldades pessoais na amamentação devido seus próprios conflitos internos ou experiências pelas quais passaram enquanto crianças, ou ainda por imaturidade emocional. O resultado final do processo de amamentação depende também do bebê em vivenciar tais situações, uma vez que é um ser humano imaturo e dependente e está começando a armazenar suas experiências.

KING, em 1991, refere que é importante observar o comportamento do bebê e diferenciar suas reações. Segundo a autora, alguns bebês também sugam por prazer, satisfação e não só porque estão com fome; por isso alguns bebês precisam sugar muito e outros não. Para bebês mais agitados se acalmarem, muitas vezes é necessário que continuem sugando o quanto desejarem, pois não só a sucção, mas o calor, a proximidade com a mãe, o toque, vão acalmar o bebê. Isso traduz um início de interação importante, o que exige intimidade entre mãe e filho. No aleitamento materno, após a mamada principal, o leite continua fluindo, embora mais lentamente. Portanto se o bebê continuar sugando não conseguirá muito leite, mas sim o contato físico e emocional que muitas vezes precisa.

WINNICOTT, em 1996, refere que muitos bebês precisam de um período de tempo maior, antes de começarem a buscar e sugar, pois quando encontram um objeto vão querer explorá-lo com a boca e mesmo, com outros sentidos. Dada a variabilidade nesse início de relacionamento entre mãe e filho, pode-se dizer que quando eles chegam a um acordo na situação de alimentação, estão lançadas as bases do relacionamento humano.

Dentro desta análise **o tipo de comportamento do bebê** poderá dificultar o ajuste deste ao peito, caso o bebê mostre-se muito excitado, chorão, ou, ao contrário, tenha dificuldades para despertar e sugar, caso seja muito dorminhoco ou tranqüilo (MURAHOVSKI e col. 1998; KING 1991).

BARNES e col., em 1953, apontam 5 tipos diferentes de comportamentos observados em bebês no momento da alimentação, sendo esses tipo: “barracudas”, “excitados ineficientemente”, “procrastinadores”, “gulosos” e “tranqüilos”. Segundo o autor os bebês tipo “barracudas” mostram grande interesse na sucção e assim que colocados no peito sugam vigorosamente. Os “excitados inefetivos” são bebês tão excitados e hiperativos que não conseguem estabelecer um ritmo constante para a sucção. Assim, pegam e soltam o peito repetidas vezes e depois começam a chorar e a gritar. Os bebês tipo “procrastinadores” adiam a sucção por 4 até 5 dias após o parto e geralmente esperam a apojadura⁴. Ao contrário dos “barracudas” não mostram particular interesse nem habilidade na sucção, nos dias iniciais. Os bebês “gulosos” insistem em abocanhar os bicos saboreando (degustando) um pouco de leite e esfregam seus lábios antes de iniciar a mamada. Os bebês tranqüilos preferem mamar uns minutos e então descansar mais uns minutos, tudo em um ritmo lento.

Segundo BARNES e col., em 1953, o processo de alimentação entre cada par mãe-bebê vai depender da combinação de vários fatores, tais como características individuais do bebê, personalidade da mãe, qualidade da assistência do serviço de saúde, grau de intimidade da enfermeira, médico ou outro, com as características individuais de cada mãe e bebê.

⁴ Apojadura: fenômeno da descida do leite que ocorre geralmente entre 3 a 6 dias pós-parto.

Outras dificuldades iniciais na amamentação referentes especificamente **ao bebê**, frequentemente relacionam-se com problemas relativos a prematuridade e/ou RN de muito baixo peso ao nascer, onde não são raras intercorrências clínicas como: distúrbios metabólicos em geral, síndromes do desconforto respiratório, hemorragia cerebral e infecções. Algumas síndromes genéticas e anomalias congênitas podem exibir características desfavoráveis ao aleitamento materno. Mal formação de cabeça e pescoço (por exemplo as fissuras lábio-palatais, síndrome de Moebius, Pierre Robin), pequenas variações anatômicas como freio lingual encurtado, mandíbula mais retraída, palato mais elevado, boca pequena e alterações neurológicas. Delas decorrem dificuldades para o bebê na extração do leite, seja por insuficiência anatômica e/ou incoordenação neurológica dos reflexos orais. Existem outros casos referentes a intolerância do RN ao leite materno; muitas vezes nesses casos ocorre uma disfunção oral, devido uma incoordenação muscular decorrente do processo de alergia alimentar. Bebês hipotônicos ou com pouca força de sucção tem dificuldade em acertar a pega e realizar a ordenha adequada (MURAHOVSKI 1997; MARMET e SHELL 1984; MARTINS FILHO 1987; KING 1991 e LAWRENCE 1994).

NEIFERT e col., em 1995 citam ainda dificuldades do neonato quanto ao aprendizado da correta técnica de sucção e acoplamento ao peito (pega ótima) causado pelo contato precoce deste com bicos artificiais, sejam de mamadeira, chupeta ou protetores de mamilos em geral. Este fenômeno denominado **“confusão de bicos”** é considerado quando as dificuldades surgem posteriormente à introdução do bico artificial. Os autores referem que alguns RN apresentam o fenômeno da confusão de bicos mediante apenas um ou dois contatos com um bico artificial, enquanto outros conseguem passar uma semana com a utilização deste e mamar no peito concomitantemente. Esse fenômeno pode acontecer devido a habilidade mais limitada do neonato para se adaptar a várias configurações orais com diferentes bicos. Logo após o nascimento, as primeiras sucções causam uma “impressão” quanto ao padrão de sucção do RN, que está em fase de

aprendizagem. Se houver a utilização de bicos artificiais neste período, poderá haver dificuldades posteriormente quanto a aprendizagem para a extração do leite do peito. Outra hipótese se refere a baixa quantidade de colostro relativa antes da apojadura, sendo que os neonatos podem ser influenciados devido a velocidade rápida e grande quantidade do fluxo de leite experienciadas no bico artificial. Fatores sensoriais como odor, tato e temperatura além de físicos como a textura, tipo e elasticidade diferente do bico artificial também interferem no aprendizado do RN.

Para a melhor compreensão das condições orais necessárias para que se realize a "pega ótima" e conseqüentemente, efetiva extração do leite da mama, abordaremos com mais detalhes, no ítem seguinte, a fisiologia da amamentação.

3.4. Fisiologia da Amamentação

Na sua trajetória de vida intra-uterina de 38 a 40 semanas de desenvolvimento, para se defrontar com o mundo, o feto prepara-se para exercer as atividades de sugar, deglutir, respirar e chorar, sendo para isso, munido, desde o período embrionário, de reflexos orais que irão garantir essas atividades ao nascer. Assim, no período neonatal o RN, além de certas características anatômicas que facilitarão a alimentação, apresenta inicialmente condições, por ação reflexa, para procurar e sugar o peito de sua mãe (PROENÇA 1990) . Porém, como a sucção é um ato reflexo e a ordenha, ou seja, a extração do leite do peito, exige um aprendizado, o bebê precisa de ajuda para aprender esta técnica adequadamente, podendo apresentar algumas dificuldades no decorrer deste processo (KING 1991; ESCOTT 1989; LAWRENCE 1994).

No período neonatal, devido ao pequeno crescimento mandibular, (retração mandibular fisiológica), a língua apóia-se sobre a gengiva, ou até sobre o lábio inferior, numa posição anteriorizada e rebaixada, ocasionando um espaço aéreo-faríngeo que obriga à respiração nasal, a qual ocorre em todo o recém-nascido. Esse volume aumentado da língua, sendo maior que a estrutura óssea que a suporta (mandíbula), está ligado a sua função na

alimentação, já que o seu contato com o lábio inferior permite uma postura adequada para a amamentação (CRELIN 1988; SEGÓVIA 1988). Na parte posterior da boca, a base da língua encontra-se bem próxima à epiglote, em razão do posicionamento mais alto que a laringe do RN ocupa (bem próxima ao palato mole) até o 3º ou 4º mês, com função de proteção das vias aéreas inferiores durante a deglutição, facilitando também o acesso do alimento (MORRIS E KLEIN, 1987).

Segundo MORRIS E KLEIN (1987) essas peculiaridades anatômicas são importantes para o RN, porque o sistema oral infantil ainda não está tão estruturado e eficiente quanto no adulto para coordenar sucção/deglutição e respiração, sendo que nesse período neonatal, todo o funcionamento oral é controlado por ação reflexa. Assim, são os reflexos orais do RN que garantem a sua alimentação nessa fase inicial do desenvolvimento. Como **respostas da alimentação** percebe-se os reflexos de: *busca ou procura* (mediante toque na bochecha e principalmente nos 4 pontos cardeais dos lábios), cuja função consiste em localizar o peito; *sucção* (desencadeado pelo toque na ponta da língua e papila palatina), sendo sua função a retirada do leite ; *deglutição* (obtido mediante estímulo do leite na região posterior da língua, palato mole, faringe e epiglote). Como **respostas de proteção da deglutição**, apresentam-se os reflexos de: *mordida* (obtido mediante o toque na região interna das gengivas), *vômito* (desencadeado pelo estímulo na ponta da língua, quando há negação total da deglutição) e *reflexo de tosse* (PROENÇA 1985; DOUGLAS 1994). Após o 4º/5º mês, com o crescimento das estruturas orais, amadurecimento do sistema nervoso e possibilidades de experimentação oral adequada da criança, vai se modificando essa condição basicamente reflexa, sendo substituída por um padrão voluntário de movimentação oral (SEGOVIA 1988; PROENÇA 1985).

Segundo PROENÇA, em 1985, a amamentação natural compõe-se em duas fases: *1ª Fase*- quando ocorre a preensão do bico do peito (PEGA) e a *2ª Fase*- que consiste na preensão do bico do peito mais extração do leite (ORDENHA).

Vários autores descreveram que, nessa primeira fase, o bebê deverá abocanhar a mama, formando um lacre perfeito (SEGOVIA 1988; ESCOTT 1989; LAWRENCE 1994). Na parte anterior os lábios estão virados para fora e a língua apoia-se na gengiva inferior, curvando-se para cima, em contato com a mama. A mandíbula apoia-se sobre os seios lactíferos e o RN abocanha o mamilo e aproximadamente 2 a 3 cm da aréola. Estudos realizados com ultra-som na boca do bebê demonstraram a importância dessa pega ótima, com o vedamento completo para que a mamada seja eficiente e o bebê retire todo o leite necessário para sua nutrição, como também para que não ocorram traumas nos mamilos. Na parte posterior da boca, a língua se eleva e funciona como um mecanismo oclusivo contra o palato mole, estabelecendo uma pressão intra-oral negativa, importante para extração de leite. Essa pressão mantém a mama (mamilo + aréola) dentro da boca do bebê, apesar de sua natureza retrátil. Desta forma, o vácuo intra-oral formado pelo rebaixamento antero/posteriorização e elevação da mandíbula, associados aos movimentos dos lábios, bochechas e os coxins de gordura (*"sucking pads"*⁵) formam uma ventosa que realizará a ordenha, junto com o movimento de canolamento da língua, iniciando-se a 2ª fase (WEBER e col. 1986; WOOLRIDGE 1986a; 1986b).

Os estudos com ultra-som contribuíram muito para o aprimoramento dos conhecimentos quanto a fisiologia da sucção na amamentação. WEBER e col. (1986) e WOOLRIDGE (1986b), através desses estudos demonstram que, na ordenha do peito, a língua inicia um movimento pela ponta, realizando movimentos ondulatórios de frente para trás (sem sair do lugar) comprimindo suavemente o mamilo, sem fricção destes, o que poderia ocasionar traumas. No início de cada sucção, a mandíbula eleva-se, ajudando na compressão do peito (seios lactíferos), e realiza grande esforço nessa movimentação de elevação/abaixamento e anteriorização/posteriorização, o que gera importantes impulsos de crescimento para sua mesialização futura e adequado desenvolvimento das funções orais PLANAS

⁵ Sucking pads: consistem em bolsões de gordura localizados entre a camada da pele e musculatura das bochechas, os quais tem a finalidade de auxiliar as estruturas orais para uma melhor fixação e acoplamento ao peito, para facilitar a sucção do leite (MORRIS 1987).

(1988), inclusive da fala, PROENÇA (1985). Quando a língua realiza o movimento posteriorizado, ou seja, atinge o terço posterior da boca, o leite acumulado toca essa região e elicita o reflexo de deglutição, sendo que movimentos peristálticos reflexos se encarregam da continuidade do transporte do alimento para o esofago e ao longo do aparelho digestivo (CRELIN 1988).

Quanto a musculatura envolvida na amamentação para a realização da pega participam ativamente os músculos faciais, principalmente aqueles que estão ao redor dos lábios, responsáveis pela movimentação destes. Dentre esses, o principal músculo é o orbicular dos lábios, que funciona como esfíncter bucal. Quando o RN vai abocanhar a mama, esse músculo protrui e sela o lábio em volta do mamilo e da aréola. Para que isto ocorra, o orbicular dos lábios recebe apoio dos outros músculos faciais que têm relação direta com ele, como canino, zigomático, elevador do lábio superior, risório, triangular, depressor do lábio inferior e mentalis. Todos os músculos localizados ao redor da boca são inervados pelo nervo facial. Conforme já foi descrito, o músculo bucinador (associado ao sucking pads) auxilia também na pega e ordenha do leite, porém com participação indireta de apoio às estruturas para a realização da extração do leite (ordenha). Para a realização da extração do leite, entram em função os músculos temporal, masseter e pterigoideo medial, com ação de elevação da mandíbula para a preensão da mama. Já o pterigoideo lateral age na propulsão da mandíbula, impulsionando esta anteriormente para atingir os seios lactíferos, conjuntamente com a ação dos elevadores da mandíbula. Esses músculos (que mais tarde realizarão a mastigação) são inervados pelo nervo trigêmeo. O músculo digástrico (supra-hioídeo) age neste processo abaixando e posteriorizando a mandíbula no ato de extração de leite, sendo inervado pelo nervo facial (ventre posterior) e do trigêmeo (ventre anterior). Participam ainda para a realização da ordenha, os músculos da língua, tanto os extrínsecos, responsáveis pela modificação da dimensão, posição na boca e contorno da língua como os intrínsecos, responsáveis pela movimentação fina da língua, pela forma e controle dos movimentos desta. Os músculos

extrínsecos são: estiloglosso, palatoglosso e hioglosso; os intrínsecos são: genioglosso (sua porção posterior é o responsável pela protrusão da língua e a mais anterior pela retração, também auxilia na depressão desta) e por fibras musculares longitudinais inferiores e superiores, transversais e verticais. Essas fibras agem no movimento de ponta da língua, controlando os movimentos mais refinados como alargar, afilar, alongar, estreitar, entre outros. Todos os músculos da língua são inervados pelo nervo hipoglosso. O músculo palatoglosso é inervado pelo nervo espinal acessório. Integram todo esse processo de ordenha e também da deglutição os músculos responsáveis pelos movimentos do soalho da boca e osso hióide. São eles, digástrico, geniohídeo, estilohioideo, milohioideo, esternohioideo, tirohioideo e omohioideo, sendo inervados pelos nervos hipoglosso, facial e trigêmio. Os músculos do palato mole que participam desse processo, principalmente na deglutição, auxiliando a passagem do leite, são: palatoglosso (já descrito anteriormente), elevador do véu palatino, tensor do véu palatino e músculo da úvula. Esses últimos são inervados pelo nervo acessório (SEGÓVIA 1988; DOUGLAS 1994).

Segundo PLANAS (1988) durante a ordenha, mediante todo esse esforço muscular do sistema estomatognático, executado principalmente pelos músculos masseteres, temporais e pterigóideos, todo o sistema muscular vai adquirindo tônus e desenvolvendo-se, juntamente com a mandíbula e as outras estruturas da face, preparando-se para exercer outras funções orais, a mastigação e a articulação.

3.5. Disfunções orais e a prática fonoaudiológica na amamentação

Além das dificuldades iniciais do bebê já citadas anteriormente, são reconhecidos atualmente problemas que refletem uma imaturidade neurológica transitória do bebê, que pode traduzir-se numa incoordenação do funcionamento oral na amamentação (ESCOTT 1989; LAWRENCE 1994). Logo após o nascimento, alguns RNs apresentam uma coordenação imatura dos reflexos orais, necessitando de alguns dias de prática para desenvolver um padrão mais maduro, o que pode ocorrer simultaneamente ao processo

de apojadura no 3º ou 4º dia do puerpério. Para agravar o problema podem coexistir aspectos de natureza anatômica, como é o caso de bebês que apresentam palato mais alto, mandíbula mais retraída ou freio lingual encurtado, apresentando assim maior dificuldade de pega ou mães com mamilo pouco elástico, tipo plano, invertido ou excessivamente longo, as quais correm maior risco de fissura. Esses recém-nascidos com mais dificuldades necessitam de manobras não usuais, pois tendem a causar mamilos doloridos e/ou não ganham peso adequadamente, apesar de permanecerem longo tempo no peito. Frequentemente encontram-se agitados e insatisfeitos após as mamadas (ESCOTT 1989; NEIFERT 1995).

VALDÉS e col., em 1996, definem esses transtornos da sucção como *disfunção motora-oral*, que podem decorrer de imaturidade neurológica transitória ou permanente, como também estar associada a dor facial conseqüente a um parto fórceps ou ainda devido o uso de bicos artificiais (chupetas ou mamadeiras). Os autores sugerem que essas alterações devem ser diagnosticadas precocemente, através de uma avaliação motora oral do recém-nascido, já que pelo treino oral é possível corrigir-se a dinâmica de sucção precocemente.

Embora muitos desses problemas possam ser corrigidos em poucos dias, as ações que ocorrem nas primeiras mamadas, rapidamente tornam-se hábitos bem estabelecidos difíceis de mudar (ESCOTT 1989). Por esse motivo a atenção quanto ao posicionamento e pega e ações eficientes de mamar são importantes logo no início da amamentação (LAWRENCE 1994).

ANDRADE, em 1993, observando 30 mães/bebês no período puerperal durante a amamentação, concluiu que as disfunções orais constituem causa importante das fissuras mamilares. Na discussão, a autora menciona que embora os transtornos da sucção do bebê seja uma das causas pós-natais apontadas como determinante dos traumas mamilares, há poucos autores que preocupam-se com os hábitos orais do bebê. Refere também que, frequentemente, o processo de extração de leite é descrito de forma incompleta e por vezes até equivocada com fotos e figuras que pouco esclarecem sobre a normalidade do processo de sucção e deglutição. Refere

ainda o pouco conhecimento do assunto no campo da fonoaudiologia. Aponta a necessidade de um aprofundamento nessa matéria, tanto no nível teórico, quanto prático, não só para auxiliar na prática do aleitamento como para agir na interceptação dos processos patológicos da comunicação humana. É necessário lembrar que o sistema motor oral utilizado pelo bebê na amamentação é o mesmo responsável posteriormente pelas funções de mastigação e articulação, sendo que a própria amamentação contribui com estímulos importantes para todo esse desenvolvimento.

Assim, segundo ANDRADE, (1996) "cabe a fonoaudiologia materno-infantil, como um campo bastante novo da ciência da comunicação humana, a responsabilidade de capacitar-se para desenvolver pesquisas, programas educacionais e intervenções específicas adaptadas à realidade desse grupo populacional "(pg 26).

Visando contribuir para essa atuação fonoaudiológica que, em relação à assistência ao aleitamento materno está apenas dando seus primeiros passos, desenvolvemos a presente pesquisa. Procuraremos obter subsídios científicos para a avaliação das dificuldades orais do bebê no início da amamentação e contribuir para identificar as intervenções fonoaudiológicas preventivas e interceptadoras que possam ser úteis para o estabelecimento de uma amamentação efetiva, evitando o desmame precoce.

Objetivos

4.OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

Caracterizar o padrão do aleitamento materno dentre recém-nascidos do alojamento conjunto do Hospital Guilherme Álvaro, verificando as dificuldades apresentadas para o início do seu estabelecimento.

4.2. Objetivos Específicos

- 1) Descrever características da população do estudo, referente às condições sócio-demográficas, assistência ao pré-natal, tipo de parto, aleitamento materno, condições de nascimento, comportamento do recém-nascido na amamentação e características do padrão de sucção.

- 2) Verificar a proporção de pares de mãe-recém/nascido que apresentaram dificuldade inicial no estabelecimento da mamada.

- 3) Identificar fatores associados às dificuldades no estabelecimento da amamentação no binômio mãe-recém/nascido.

- 4) Descrever alguns dos fatores relacionados às alterações no funcionamento motor-oral que interferem no padrão de pega e sucção dos recém-nascidos na amamentação.

Metodologia

5. METODOLOGIA

5.1. Área do Estudo

O estudo foi realizado *na Maternidade do Hospital Estadual Guilherme Álvaro, hospital escola da Faculdade de Ciências Médicas de Santos (UNILUS)*, situado no Município de Santos.

Santos está localizada no litoral sul do Estado de São Paulo, a 72 Km da Grande São Paulo e é pólo da região metropolitana da Baixada Santista, composta de nove municípios, sendo estes: São Vicente, Praia Grande, Mongaguá, Itanhaém, Peruíbe, Guarujá, Cubatão e Bertioga. (CAMPOS e HENRIQUES 1996). Nos seus 474 Km quadrados de área total, Santos abrange 39,40 km² da ilha de São Vicente e uma porção continental onze vezes maior, constituída por extensas áreas de proteção ambiental, cobertas por Mata Atlântica. Abriga o maior porto da América Latina, o porto de Santos, com seus 13 km de cais acostável e um movimento de mais de 35 milhões de toneladas de cargas por ano, responsável pela maioria das atividades econômicas do município, empregando 40 mil trabalhadores diretos e indiretos, gerando ampla malha de atividades auxiliares. A outra grande atividade econômica da cidade gira em torno do turismo e uma completa rede de serviços, que atrai mais de 3 milhões de pessoas na temporada de verão (CAMPOS e HENRIQUES 1996; SEHIG 1996).

O município de Santos apresenta uma população de 419.132 habitantes (1996), predominantemente de classe média marcada pela descendência de imigrantes europeus, sendo que esta ocupa principalmente a orla da praia e suas imediações, considerada a zona nobre da cidade. De um modo geral, a cidade pode ser dividida em quatro áreas, com diferenças bem definidas, que, além da orla litorânea, com a população de nível sócio-econômico mais elevado, tem ainda as regiões dos morros (com algumas favelas) e da Zona Noroeste com algumas zonas de mangues e palafitas, marcada por habitações populares, sendo esta a área mais densamente povoada. A outra região é a da Zona Central, que, devido a sua proximidade do porto, caracteriza-se por uma população ainda menos favorecida, sendo

marcada pelos cortiços e a zona de prostituição. A predominância nessas regiões de camadas populares é de migrantes das regiões norte e nordeste do Brasil.

Existem no município de Santos 03 hospitais com maternidades, que atendem pacientes do SUS, sendo 2 públicos e 1 conveniado com o SUS, dentre eles o **Hospital Guilherme Álvaro**.

Hospital Guilherme Álvaro

O Hospital Guilherme Álvaro (HGA), antigo hospital de isolamento para pacientes com tuberculose, fundado em 1911, foi reestruturado em 1967 para funcionamento como hospital geral. É um hospital de grande porte⁶ apresentando uma área física total de 50.000 m², sendo 35.000 m², de área construída, contando com 190 leitos. Este apresenta um movimento mensal de 580 admissões gerais, 11.000 consultas ambulatoriais e ainda 150 partos em média (SAME 1997)⁷.

A Maternidade do HGA apresenta uma área física de 600,30 m² e 33 leitos totais, estando dividida em sete áreas funcionais distintas para puerpério todas em sistema de alojamento conjunto. Destas, dois quartos são destinadas a puérperas de parto normal, com uma contendo sete leitos e a outra quatro leitos, uma sala de puérperas de parto cesárea, contendo sete leitos; um quarto destinado para isolamento de pacientes portadoras de doenças infecto-contagiosas. Existe ainda 01 sala de pré-parto com 04 leitos, e outra sala para puérperas com intercorrências, que necessitam de atenção especializada, com sete leitos.

Junto à Maternidade existe também a Unidade Materno-infantil, que conta com seis leitos (incubadoras) destinados à assistência dos recém-nascidos de médio risco. O hospital possui também três leitos destinados a recém-nascidos de alto risco dentro da UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

Desde 1973 o HGA tornou-se hospital escola para a **Faculdade de Ciências Médicas de Santos (UNILUS)**, sendo que o atendimento infantil

⁶ Referência do Boletim de Indicadores do PROAHSA - n° 3/1997

⁷ Dados obtidos diretamente no SAME (Serviço de arquivo médico e estatística) do HGA.

como um todo, inclusive a Unidade de Neonatologia, passou a ser dirigida pelo Departamento de Pediatria. Entre as modificações implantadas, as mais importantes foram a transformação do berçário tradicional em alojamento conjunto, neste mesmo ano, e, a partir de 1974, a criação do Ambulatório de Incentivo ao Aleitamento Materno, inédito no país, com objetivo de promoção e apoio à amamentação exclusiva até o 6º mês, para as crianças nascidas no hospital.

Nos anos seguintes, o programa de incentivo ao aleitamento materno tornou-se mais abrangente passando a incluir também os grupos de gestantes do pré-natal, orientação na sala de parto, aleitamento materno para prematuros, relactação de crianças internadas e programas de transmissão de experiência adquirida. Posteriormente, criou-se o **Centro de Lactação de Santos (1990)**, com os objetivos de incentivo do aleitamento materno, a realização de pesquisas nessa área, o de investigação sobre o leite humano e treinamento de equipes multidisciplinares, sendo que para a realização destes treinamento o Centro conta com a colaboração do Ministério da Saúde, UNICEF, OPAS/OMS e Centro Universitário Lusíada (FCMS). Em 1991, o hospital instituiu o Programa “Mãe Canguru”, inédito no país, com o objetivo de humanizar o atendimento ao prematuro, favorecendo o apego entre a mãe e o bebê, estimulando o aleitamento materno e beneficiando o desenvolvimento dessas crianças, inclusive com alta hospitalar mais precoce.

O HGA é atualmente um dos hospitais públicos que serve de referência para as gestantes de alto risco da Baixada Santista, sendo que as puérperas atendidas caracterizam-se principalmente por serem mulheres jovens e de nível sócio-econômico menos favorecido.⁸ O HGA serve também como sede para o **Centro de Lactação de Santos**, hoje referência nacional para promoção do aleitamento materno. Foi o segundo hospital do Brasil a receber o título de “Hospital Amigo da Criança” (UNICEF 1993), contando

⁸ Dados foram obtidos em pesquisa anterior realizada nesse mesmo hospital (HGA), com população semelhante (SEGAL 1996).

com equipe interdisciplinar e especializada atuando diretamente em programas pró aleitamento materno.

Atualmente a equipe interdisciplinar que atua na Maternidade do HGA, trabalhando diretamente no Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno consta de uma assistente-social, uma psicóloga (profissionais fixas nesta unidade), uma terapeuta ocupacional e uma fonoaudióloga (trabalhando em rotina de visitas diárias à unidade, permanecendo 4 horas, em média, na unidade), duas enfermeiras, dois médicos diaristas (sendo um supervisor da equipe médica de neonatologia) e um plantonista, que permanece diariamente no setor, além de todo o corpo de enfermagem .

Também atuam na Maternidade alunos internos do 5º ano de Medicina e quatro residentes, permanecendo sempre um residente em estágio durante 3 meses nessa unidade. A equipe consta também de duas psicólogas, três fonoaudiólogas e duas assistentes sociais, por ano, que fazem parte do Curso de Aprimoramento Profissional (Fundap) e que atuam em conjunto com suas supervisoras na unidade.

Essa equipe atende a todos os leitos do alojamento conjunto, trabalhando com o binômio mãe e filho, sendo que o principal objetivo do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno, no alojamento conjunto, é implantar o uso do leite materno, como alimento único durante os primeiros 6 meses de vida e como parte fundamental da alimentação até o fim do 1º ou 2º ano de vida. Como objetivo secundário, tem a proposta de ensinar e treinar profissionais da área de saúde e todos os componentes da equipe na Promoção do Aleitamento Materno.

Visando prestar uma contribuição à equipe multiprofissional que atua na promoção do aleitamento materno, desde 1992, o **Setor de Fonoaudiologia do HGA** desenvolve ações em aleitamento materno. Essas ações visam a promoção e assistência do aleitamento materno, desde a unidade da Maternidade (alojamento conjunto) abrangendo a Unidade de Risco e também no ambulatório de aleitamento materno (seguimento ambulatorial pós alta hospitalar) e ainda o Ambulatório de Baixo-Peso, especializado em bebês prematuros e pequenos para a idade gestacional.

Na maternidade, a **atuação fonoaudiológica** dentro deste programa visa **otimizar a amamentação**, garantindo uma mamada efetiva para o RN e sem dor ou desconforto para a mãe, que são medidas essenciais na prevenção do desmame precoce.

Faz parte dessa atuação:

- 1) Esclarecer todas as mães, tanto em grupo como individualmente, quanto à fisiologia da sucção e extração de leite (ordenha) do bebê ao peito;
- 2) Avaliar todas as mães/recém-nascidos que apresentarem dificuldades na amamentação e auxiliar a equipe no diagnóstico dos problemas que dificultam o aleitamento, com enfoque especial nas condições anátomo-fisiológicas do sistema estomatognático e seu funcionamento na amamentação;
- 3) Estabelecer programa de intervenção fonoaudiológica para os recém-nascidos que podem se beneficiar de estimulação oral precoce.

5. 2. População de Estudo

A população em estudo foi composta pelo universo de todas as mães e seus respectivos recém-nascidos no HGA, no período de tempo estipulado, que apresentem, por parte de ambos, condições orgânicas e psíquicas para amamentar.

Em decorrência desse critério, foram excluídas da pesquisa **as mães que não apresentaram condição orgânica e psíquica para amamentar ou que tiveram contra-indicação médica formal para o aleitamento materno**, como sejam: portadoras de HIV, doença mental severa, anormalidades mamárias, inclusive dos mamilos (bico totalmente invertido), que impossibilitam a amamentação e também aquelas portadoras de problemas psiquiátricos já diagnosticados, fazendo uso de lítio e as mães com neoplasia em tratamento quimioterápico.

Quanto aos neonatos, foram **excluídos os recém nascidos** pré-termo, com peso ≤ 2500 g, gemelares, portadores de anomalias congênitas que impossibilitam a amamentação, assim como os RN com Apgar de cinco minutos < 7 ou que necessitaram de cuidados especiais na Unidade de

Neonatologia (Médio ou Alto Risco), por intercorrências clínicas ocorridas posteriormente ao nascimento.

Os RN foram incluídos no estudo somente após 24 horas do nascimento, numa mamada ocorrida entre o período de 24 a 48 horas de vida do RN, período no qual os reflexos orais do RN já estão bem estabelecidos DIAMENT (1967). Além disso, foi considerado o aspecto de interação mãe-recém-nascido, que nas primeiras horas de vida do RN é apenas incipiente, sendo que muitas das dificuldades da amamentação são naturalmente corrigidas após as primeiras mamadas.

5.3. Delineamento do Estudo:

Foi realizado um estudo descritivo, de corte transversal e quantitativo (ROUQUAYROL 1994; GIL 1995).

5.4. Período do Estudo

Compreendeu um período de 4 meses e 20 dias, de agosto de 1997 a 20 de dezembro de 1997.

Esta época do ano foi escolhida por ser mais estável, sem modificações na rotina hospitalar, principalmente quanto a atuação da equipe interdisciplinar, uma vez que de dezembro a março geralmente seleciona-se um mês, em rodízio, para férias dos profissionais, o que acarreta uma flutuação de número de profissionais que integram os serviços e, conseqüentemente, uma possível quebra da homogeneidade da equipe.

Considerou-se também a disponibilidade de tempo da pesquisadora para a realização da coleta e análise dos dados, bem como a disponibilidade das fonoaudiólogas auxiliares da pesquisa.

5.5. Variáveis do estudo:

Os fatores selecionados para este estudo foram divididos em três dimensões envolvendo: a) variáveis relacionadas a mãe; b) variáveis relacionadas ao RN; c) variáveis relacionadas ao binômio mãe-RN.

5.5.1. Categorização das Variáveis

a) variáveis relacionadas à mãe:

VARIÁVEIS RELACIONADAS À MÃE	
Variáveis	Categorização
*Idade	< 20 anos ≥ 20 anos
Escolaridade	primário + ginásial colegial + nível superior
*Tipo de família	chefe/ filhos avós, mãe e outros filhos casal com filhos casal com filhos e outros parentes.
Tipo de parto	Vaginal Cesárea
*Nº consultas no pré-natal	0 a 4 consultas ≥ 5 consultas
*Orientação no pré-natal sobre aleitamento materno	Sim, freqüentemente Sim, poucas vezes Não
Número de filhos	1 filho 2 filhos 3 filhos 4 filhos 5 filhos 6 ou + filhos
*Experiência anterior na amamentação	Experiência positiva Experiência negativa Sem experiência
*Fissura mamilar na amamentação de filhos anteriores	Sim Não

b) variáveis relacionadas ao RN:

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO RN	
Variáveis	Categorização
*Idade do RN	24 hs a 29 hs 30 hs a 48 hs
Sexo	Feminino Masculino
Peso ao nascer	2500 ____ 2900 3000 ____ 3400 3500 ____ 3900 4000 ____ 4400 4500 ____ 4850
*Crescimento intra-uterino	PIG ⁹ AIG + GIG
*Força de Sucção	Vigorosa Fraca Extremamente Forte
*Comportamento do RN na mamada	Tranquilos e procrastinadores Barracudas, excitados ineficientemente e gulosos
*Nº de sucções por pausa	< 4 sucções e > 16 sucções entre 4 a 16 sucções

⁹ - **PIG** (pequeno p/ idade gestacional), **AIG** (adequado p/ idade gestacional) + **GIG** (grande p/ idade gestacional).

c) Variáveis relacionadas ao binômio mãe-RN:

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO BINÔMIO	
Quadros	Temas de cada quadro
*QUADRO I	Aspectos relacionados à mama
*QUADRO II	Reflexos orais do RN
*QUADRO III	Sinais de vínculo mãe-RN na mamada
*QUADRO IV	Posição mãe – RN
*QUADRO V	Condições da pega do RN
*QUADRO VI	Condições da ordenha do RN
*QUADRO VII (SOMA 7)	Classificação final da mamada

5.5.2. Critérios de categorização das variáveis:

Dentre as variáveis* destacadas apresentamos algumas definições quanto aos estratos utilizados:

- Variáveis relacionadas a mãe

Idade: Os estratos da idade da mãe: “< 20 anos” e “≥ 20 anos”, foram estabelecidos com base nos dados de pesquisa realizada anteriormente para uma população semelhante, na mesma maternidade (SEGALL 1996).

Tipo de família: Baseado nos dados da pesquisa de condições de vida do Estado de São Paulo (SEADE 1994)¹⁰ classificou-se o tipo de família em: *chefe/filhos* (considerando-se a mulher como chefe da casa); *avós, mãe e outros filhos* (pai do recém-nascido ausente, sendo que a mãe reside com sua família de origem); *casal com filhos*; *casal com filhos e outros parentes*.

¹⁰ SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

.Número de consultas no pré-natal: Os estratos considerados quanto as consultas do pré-natal: "0 a 4 consultas" e " ≥ 5 consultas" foram estabelecidos mediante as recomendações do Ministério da Saúde (1988), que estabelece como o mínimo aceitável uma média de 5 consultas no pré-natal, por gestante (ROUQUAYROL 1994).

.Orientação no pré-natal sobre aleitamento materno: Baseado nas respostas das mães quanto à frequência de orientações sobre aleitamento materno nas consultas do pré-natal e nas recomendações do Ministério da Saúde (1988), quanto ao mínimo aceitável de 5 ou + consultas de pré-natal (conforme descrição anterior), considerou-se 3 estratos de categoria para essa variável: "Sim, frequentemente", para respostas positivas de orientação no pré-natal de no mínimo 50% das consultas; "Sim, poucas," para respostas positivas de orientação no pré-natal abaixo de 50% das consultas e "Não" para as respostas negativas quanto orientação no pré-natal. Para fins das análises estatísticas agrupou-se esses 3 estratos em apenas 2, considerando-se SIM (na presença de orientação) e NÃO (na ausência desta).

.Experiência anterior da mãe na amamentação: Baseado em dados provenientes do *Demographic Health Survey- DHS*, que avaliando uma amostra representativa de toda população brasileira, além de 8 países da América Latina, aponta ser de 3 meses a duração média da amamentação no Brasil (PEREZ-ESCAMILLA 1993), considerou-se como critério de categorização dos estratos quanto a experiência anterior na amamentação o tempo mínimo de 3 meses de amamentação do filho anterior. Considerou-se *experiência positiva* quando o tempo de amamentação do filho anterior foi > de 3 meses e *negativa* quando o tempo de amamentação foi < ou = a 3 meses. Considerou-se *sem experiência* as mães primíparas, as quais nunca haviam vivenciado a amamentação anteriormente.

. Fissura mamilar na amamentação de filhos anteriores: (sim e não)

Foi considerada presença anterior de traumas ou fissuras mamilares quando a mãe referiu que em situações de amamentação de filhos anteriores houve sinais na pele do mamilo caracterizando traumas como: estrias

vermelhas, esfolamento ou rachadura com presença de dor ou incômodo (sensação dolorosa) para amamentar, ou ainda podendo haver ou não sangramento (VINHA 1994; MURAHOVSKI e col.1997).

-Variáveis relacionadas ao recém-nascido:

.Idade do RN: Mediante o trabalho de DIAMENT (1967) sobre o exame neurológico de crianças normais no primeiro ano de vida, o qual refere ser normal em alguns casos, até as primeiras 24 horas o não estabelecimento efetivo dos reflexos orais, optou-se em agrupar os RN mais jovens (24 a 29 horas de vida) e os RN com mais horas de vida (30 a 48 horas de vida), uma vez que dentre os objetivos desse estudo procurou-se identificar fatores associados às dificuldades iniciais da amamentação, assim como fatores interferentes no funcionamento motor-oral dos RN e suas repercussões na mamada.

.Crescimento intra-uterino: Os estratos considerados quanto ao crescimento intra-uterino foram: "PIG" (*pequeno para idade gestacional*) e "AIG (*adequado para idade gestacional*) + GIG (*grande para idade gestacional*)". Esses estratos basearam-se na classificação oficial da OMS, que estabelece como critério de risco para a mortalidade neonatal e infantil, bem como para a desnutrição infantil os PIGs (bebês com baixo peso ao nascer, apresentando retardo no crescimento intra-uterino), os quais podem apresentar problemas na alimentação (ROUQUAYROL 1994).

.Força de sucção: Os estratos quanto a força de sucção foram classificados em forte e fraca, mediante a avaliação da sucção não nutritiva (sem líquido).

A sucção não nutritiva pode ser avaliada mediante um teste simples, no qual estimula-se o reflexo da sucção do RN, sendo que, em seguida introduz-se o dedo do examinador na boca do recém-nascido, pressionando o palato com a polpa do dedo. Em resposta, na *sucção vigorosa*, a língua deve envolver o dedo ultrapassando a gengiva inferior, executando um movimento ondulatório, de fora para dentro, sendo que a ponta permanece na parte anterior da boca. Os lábios deverão estar relaxados e permanecer

abertos, sem tensão. Na *sucção extremamente forte* observa-se esses movimentos muito exacerbados. Na *sucção débil (fraca)* percebe-se uma língua plana, que não envolve o dedo, o qual é muito fácil de ser retirado (MARMET e SHELL 1984; VALDÉS e col. 1996). Para fins de análises estatísticas utilizou-se os estratos de sucção vigorosa e fraca, sendo excluídos os 3 casos que obtiveram classificação da força de sucção como extremamente forte.

.*Comportamento do RN na mamada*: Os estratos quanto ao comportamento do RN na mamada baseou-se nos 5 tipos diferentes de comportamentos observados em recém-nascidos no momento da alimentação, sendo esses tipo: “barracudas”, “excitados ineficientemente”, “procrastinadores”, “gulosos” e “tranquilos” (BARNES e col. 1953). Segundo o autor, os RN tipo “barracudas” mostram grande interesse na sucção e assim que colocados no peito sugam vigorosamente e se prendem fortemente, sugando por 10’ a 20’. Em consequência podem causar traumas mamilares precoces, principalmente se não forem bem posicionados. Os “excitados inefetivos” são bebês tão excitados e hiperativos que não conseguem estabelecer um ritmo constante para a sucção. Assim, pegam e soltam o peito repetidas vezes e depois começam a chorar e a gritar. Frequentemente é necessário que a mãe ou enfermeira o acalmem para depois colocar no peito. Os bebês tipo “procrastinadores” adiam a sucção por 4 até 5 dias após o parto e geralmente esperam a apojadura. Ao contrário dos “barracudas” não mostram particular interesse nem habilidade na sucção, nos dias iniciais. Os bebês “gulosos” insistem em abocanhar os bicos saboreando um pouco de leite e esfregam seus lábios antes de iniciar a mamada. Os bebês tranquilos preferem mamar uns minutos e então descansar mais uns minutos, tudo em um ritmo lento.

Para as análises estatísticas agrupou-se os diferentes tipos de comportamentos em 2 grupos: “*barracudas + excitados inefetivos + gulosos*”, por serem bebês que exigem maior auxílio para a amamentação, ou por apresentarem-se mais agitados, necessitando serem acalmados ou pelo comportamento atípico de degustar o leite antes de mamar e o outro grupo

dos “*tranqüilos + procrastinadores*”, que por não necessitarem de manobras para facilitação na mamada, oferecem menos risco para dificuldades na amamentação.

.*Número de sucções por pausa*: Baseado na análise da média (10,8) e desvio padrão (6,4) de sucções por pausa da população estudada e mediante estudos sobre o padrão da sucção do RN (ESCOTT 1989; DOUGLAS 1994), agrupou-se a frequência de sucções por pausa em 2 itens: “< 4 e > 16 sucções” e “entre 4 a 16 sucções”. A contagem do número de sucções por pausa iniciou-se após 5 minutos de mamada, uma vez que o ritmo de sucção no início da mamada é naturalmente mais rápido em função de facilitar o reflexo de ejeção de leite, definido como “sucção de chamada” (ESCOTT 1989), caracterizado por grupos de sucções rápidas (esse padrão de sucção será descrito a seguir, durante a explicação do Quadro VI, relacionado às condições da ordenha do RN ao peito).

Variáveis relacionadas ao binômio mãe-RN:

Conforme foi apresentado, essas variáveis fazem parte de um conjunto de sete quadros, sendo cada um desses quadros formados por um *agrupamento de itens*, relacionados entre si, referentes ao mesmo assunto a ser observado (conforme será explicado mais detalhadamente a seguir, quanto aos instrumentos para coleta de dados). Explicaremos a seguir os critérios utilizados para categorização de cada item que compõe cada um dos quadros.

QUADRO I - Aspectos relacionados à mama:			
a) Anatomia dos mamilos	Protrusos	Semi-protrusos	Pseudo-protrusos
b) Sinais de ejeção do leite	Apresenta 2 ou mais sinais	Somente 1 sinal	Nenhum sinal
c) Ingurgitamento mamário	Ausente	Iniciando	Estabelecido
d) Trauma / Fissura	Ausente	Esfolamento	Fissura mamário ou traumas
e) Dor	Ausente	Pouca dor	Muita dor

a) Anatomia dos mamilos: Os estratos quanto a anatomia dos mamilos foram estabelecidos baseados na classificação descrita por (VINHA e col.1987; VINHA 1994), já citados anteriormente na Introdução deste trabalho (Dificuldades iniciais na amamentação- Período puerperal).

b) Sinais de ejeção do leite: a) se o leite/colostró estiver sendo expelido naturalmente pelo mamilo, ou após ordenha da mãe ou sucção do bebê; b) referências da mãe quanto a contrações uterinas, conforme a sucção do bebê; c) observação do RN sugando e deglutindo ritmicamente (MURAHOVSKI e col. 1997; MS 1993; OMS/UNICEF 1995).

c) Ingurgitamento mamário: Foi considerado ingurgitamento mamário totalmente *estabelecido* quando observou-se edema nas mamas, porém sem hiperemia, com aumento moderado de temperatura local, havendo referências de sensação de desconforto ou dor nestas, podendo ocorrer tanto o ingurgitamento obstrutivo como o não obstrutivo; segundo referências de SHIMO e col. (1985). Mediante a apresentação de um ou dois destes sinais, considerou-se o *início* do ingurgitamento.

d) Trauma ou fissura mamária: De acordo com a classificação descrita por VINHA (1987) foi considerado *fissura mamária* quando o mamilo apresentava ulceração linear, ou fenda (rachadura) com comprometimento da epiderme ou derme, localizando-se na junção mamilo-areolar e/ou superfície do mamilo, sempre em disposição horizontal ou curva, com ou

sem sangramento (geralmente acompanha dor, que aumenta quanto maior a extensão da rachadura) (VINHA 1994). Foi considerado *traumas* quando foram observados escoriações (pele levantada deixando parte da derme descoberta - dor e sangramento), erosão (mamilo tipo pseudo-invertido apresenta desgaste do relevo ou remoção de toda a sua epiderme ou derme - presença de muita dor), dilaceração ("rasgo" na região areolar) ou vesículas (trauma causado pela sucção não eficiente do RN, com presença de vesículas inteiras ou rompidas podendo apresentar exsudato - sensação de ardor ou dor na região areolar - (VINHA e col. 1986; VINHA 1994). Foi considerado *esfolamento* quando o processo de trauma mamilar estava iniciando, sendo que a região areolar apresentava sinais de esfolamento, sensação de ardido ou pouca dor (VINHA 1994).

e) *Dor*: Os itens desses estrato basearam-se nas respostas da mãe, somando-se à avaliação do pesquisador, mediante itens anteriores.

QUADRO II : Reflexos orais do RN		
a) <i>Procura</i>	Ativo	Exacerbado ou não ativo
b) <i>Sucção</i>	Ativo	Exacerbado ou não ativo
c) <i>Vômito</i>	Não ativo antes da mamada	Ativo antes da mamada
d) <i>Mordida</i>	Não ativo antes da mamada	Ativo antes da mamada
e) <i>Deglutição</i>	Ativo	Não ativo ou dificuldades

QUADRO II) : Funcionamento Oral do Recém-nascido:

a) *Reflexo de Procura*: Foi considerado *ativo* quando o RN apresentou a resposta de buscar a mama, mediante: giro da cabeça em direção à mama, abertura grande da boca e língua abaixada dentro da cavidade oral, em direção ao toque. Foi considerado *exacerbado* quando essas respostas eram exageradamente ativas, a ponto de dificultar a pega do RN ao peito

(DIAMENT 1967; SEGÓVIA 1988; ESCOTT 1989; BRAZELTON 1988; DOUGLAS 1994; LAWRENCE 1994 ; RIGHARD 1996).

b) *Reflexo de Sucção*: Foi considerado *ativo* quando o RN apresentou a resposta de sugar mediante o toque na ponta de sua língua e papila palatina, observada por movimentos ondulatórios da língua, de fora para dentro, sendo que a ponta permanece na parte anterior da boca. Foi considerado *exacerbado* quando essa resposta apresentou extremamente ativa, podendo ser observado a sucção da língua, lábios, bochechas e até dedo do RN (DIAMENT 1967; SEGÓVIA 1988; BRAZELTON 1988; ESCOTT 1989; DOUGLAS 1994; LAWRENCE 1994 ; RIGHARD 1996).

c) *Reflexo de Vômito*: Foi considerado *ativo* quando presentes: náuseas, salivação intensa, vômito ou regurgitação intensa e frequente, ou ainda a reação de afastamento do peito e soltar do mamilo associado com extensão da musculatura oro-faríngea, quando da tentativa de colocação do RN ao peito (DIAMENT 1967; SEGÓVIA 1988; BRAZELTON 1988; ESCOTT 1989; DOUGLAS 1994; LAWRENCE 1994).

d) *Reflexo de Mordida*: Foi considerado *ativo* mediante movimentos de fechar a boca vigorosamente, com o trancamento das gengivas, após estimulação destas com o toque do dedo do examinador ou do próprio mamilo da mãe (DIAMENT 1967; SEGÓVIA 1977; BRAZELTON 1988; ESCOTT 1989; DOUGLAS 1994).

e) *Reflexo de Deglutição*: Foi considerado *não ativo* quando havia devolução imediata do leite após a sucção do peito, podendo ou não se acompanhar do reflexo de vômito e também de salivação intensa ou regurgitação constante, mesmo antes ou depois da mamada. Foi considerado *dificuldade de deglutição* mediante a presença de engasgos, tosse, regurgitação ou movimento durante a tentativa de deglutição (DIAMENT 1967; SEGÓVIA 1988; BRAZELTON 1988; ESCOTT 1989; DOUGLAS 1994).

QUADRO III - Sinais de vínculo mãe/RN

Recém-nascido	RN autônomo	RN pouco autônomo	RN dependente
a) Sinais de autonomia do RN			
b) Estados de consciência	Alerta ou semi-alerta	Sonolência ou sono leve	Choro alarmante ou sono profundo
Mãe			
c) Modo de segurar o RN	Segura firme, Confiante	Segura o RN um pouco frouxo	Segura muito frouxo, sem confiança
d) Atenção ao rosto do RN	Contato olho a olho	Pouco contato olho a olho	Ausência de contato olho a olho
e) Toques físicos da mãe no RN	Toques materno Frequentes	Toques esporádicos	Ausência de toque

Recém-nascido:

a) *Sinais de autonomia do RN:* Foi considerado sinais de autonomia os comportamentos que demonstraram a independência do RN para localizar o peito e prender o mamilo. Assim, foi considerado *autônomo*, o RN que se ajeitava sozinho para mamar e fixava-se bem ao peito sem soltar, apenas com a sua colocação próxima ao peito facilitada pela mãe. *Pouco autônomo* para o RN que precisava de ajuda para localizar o peito e/ou prender o mamilo, que não conseguia se fixar bem ao peito, apresentando o comportamento de pegar e soltar o mamilo, porém aceitando ajuda da mãe para o encaixe.

Dependentes foram aqueles que apresentaram comportamento de muita dificuldade para encontrar e fixar-se ao peito, pegando e soltando repetidas vezes o mamilo, sem conseguir manter a fixação, necessitando de maior ajuda, porém podendo apresentar até dificuldades para aceitar auxílio da mãe (DIAMENT 1967; BRAZELTON 1988; MEYERHOF 1990; MS 1993).

b) *Estados de consciência do RN:* Os estratos relacionados aos estados de consciência do RN foram estabelecidos baseados na definição de BRAZELTON (1988) sobre os 6 estados de consciência que o RN de termo pode apresentar ***sono profundo, sono leve*** (acorda fácil, podendo ir para o estado alerta ou voltar ao sono profundo), ***sonolência*** (cochilo), ***alerta*** (olhos

abertos), **semi-alerta** (choramingo), **choro alarmante** (stress), considerados pelo autor como facilmente identificados.

Segundo o autor, o RN utiliza os estados de consciência para controlar o nível de estimulação do ambiente e melhor será sua condição para interação com este, quanto mais habilidade possuir para se desligar de estímulos desagradáveis, não respondendo de modo tão intenso e rápido a qualquer estímulo (observado em casos de RN hiperativos).

Os estados de consciência variam de acordo com as condições neurológicas, nutricionais e condições fisiológicas do RN como grau de desidratação, ciclo de sono e vigília do RN, **fome**, entre outros (MEYERHOF 1990):

Mãe:

c) *Modo de segurar o RN*: Baseado na descrição de literatura técnica especializada quanto às técnicas de aleitamento materno foi considerado *firme, confiante* quando a mãe apresentou os seguintes padrões: a) segurar o RN sem soltar, bem encaixado ao seu corpo; b) manter-se espontaneamente atenta a esse padrão, procurando firmar sempre o RN; c) manter-se quieta, realizando movimentos suaves, podendo ou não acariciar o RN. Foi considerado *muito frouxo, sem confiança* quando a mãe, além de não apresentar nenhum dos padrões descritos ainda executou movimentos de "sacolejar" o RN constantemente, ou ainda realizou movimentos bruscos, apresentando-se inquieta, sem parar de movimentar-se. Foi considerado *pouco frouxo* quando a mãe apresentou um ou dois padrões (MURAHOVSKI 1997; KING 1991; MS 1993; LAWRENCE 1994; OMS/UNICEF 1995).

d) *Atenção ao rosto do RN*: Baseado na descrição de literatura técnica especializada foi considerado *contato olho a olho* quando o binômio mãe-RN permaneceu de modo contínuo olhando um para o outro, espontaneamente e mesmo que interrompido (por algum estímulo externo), naturalmente se retomou esse contato ocular. Foi considerado *pouco contato olho a olho* quando esse comportamento ocorreu de forma esporádica e *ausência*

quando não ocorreu (MURAHOVSKI 1997; KING 1991; MS 1993; LAWRENCE 1994; OMS/UNICEF 1995).

e) *Toques físicos da mãe no RN*: Foram considerados *toques físicos* aqueles realizados espontaneamente pela mãe no RN, como passar a mão/beijos, ou outros carinhos no rosto cabelo, cabeça, ou corpo do RN.

Quadro IV - Posição mãe - RN durante a mamada			
Quanto a mãe		Algum desconforto	Totalmente Desconfortável
a) Conforto da mãe	Confortável		
b) Modo de segurar a mama	Polegar acima e ¹¹ 4 dedos embaixo	Outras posições para segurar	Sem Segurar a mama
c) Distância entre a mão e a aréola	Segura longe da aréola	Segura próximo da aréola	Segura em cima da própria aréola
d) Pressão dos dedos sobre os ductos lactíferos	Pressão moderada nos ductos		Pressão excessiva nos ductos
Corpo do RN / mãe			
e) Posição do RN	Voltado total/e de frente p/ a mãe		Virado para o lado
f) Distância	RN "colado" ao corpo da mãe	RN próximo ao corpo da mãe, sem encostar	RN distante do corpo da mãe
g) Braço do RN	Ao redor do corpo da mãe ou ¹² lateralmente		Entre o corpo do RN e mãe
h) Cabeça/pescoço do RN	Apoiados e livres	Pouco apoiados	Sem apoio (solto) ou muito flexionado
i) Altura da boca	Boca RN centrada em frente do mamilo		Boca RN abaixo Ou acima do mamilo
j) Nariz do RN	Livre para respiração	Pouco obstruídos	Totalmente Obstruídos

¹¹ e: considera-se que as 2 situações ocorreram simultaneamente.

¹² ou: considera-se que pelo menos uma das situações ocorreram

Todos os estratos dos itens classificados abaixo foram baseados na descrição de literatura técnica especializada quanto às técnicas de manejo clínico do aleitamento materno (MURAHOVSKI 1997; KING 1991; MS 1993; LAWRENCE 1994; OMS/UNICEF 1995).

a) *Conforto da mãe*: Foi considerado *mãe confortável* quando esta foi observada numa posição relaxada, com as costas apoiadas, braços livres, ombros e pescoço relaxados, podendo estar sentada, deitada ou semi-deitada. Foi considerado *algum desconforto* quando somente 2 ou 3 desses aspectos do posicionamento foram observados e considerado *totalmente desconfortável* tensão generalizada quando nenhum aspecto for observado.

b) *Modo de segurar a mama* (no momento da pega): Considerou-se 3 estratos sendo: *polegar acima da aréola e 4 dedos abaixo* (segundo referências da literatura considerado a melhor forma para colocar-se a mama na boca do bebê para facilitar a pega correta); *outras posições* (qualquer outra posição); *sem segurar a mama*.

c) *Distância da mão na aréola*: Considerou-se 3 estratos: *longe da aréola* (quando a mão da mãe localizava-se a mais de 2 cm de distância do final da aréola); *próximo da aréola* (até 2 cm de distância); *em cima da aréola*.

d) *Pressão dos dedos sobre os ductos lactíferos*: Foi considerado *pressão excessiva* quando observou-se o tecido da mama e/ou mamilo comprimidos, podendo a pele apresentar-se avermelhada, mediante a força exercida pela mãe ao segurá-los. Na ausência desses sinais foi considerado *pressão moderada* (quando a mãe segura a mama apoiando-a, sem exercer força excessiva). Nesse caso foi possível observar a elasticidade da pele da aréola, durante o encurtamento e estiramento do mamilo, conforme se dá a sucção do RN.

e) *Posição do RN*: Considerou-se somente 2 estratos: *voltado totalmente de frente para a mãe*, quando o RN apresentou-se de encontro ao corpo da mãe, encostando a sua barriga sobre a barriga dela, posição esta denominada "barriga com barriga" pela literatura técnica especializada; *virado para o lado* quando o RN apresentou-se com o quadril e barriga

virados para o lado, sem estar voltado para o corpo da mãe ou com o corpo todo virado para o lado, solto no colo da mãe.

f) *Distância do RN em relação à mãe*: Considerou-se os estratos: “colado” ao corpo da mãe (*encostado*); *próximo ao corpo da mãe (sem encostar)*; *distante do corpo da mãe* .

g) *Braço do RN*: Foi considerado *braço ao redor do corpo da mãe*, quando foi observado este padrão na posição tradicional (RN deitado, com a mãe contendo-o contra o corpo) e *lateral* quando os braços do RN estivessem posicionados lateralmente observado na posição cavaleiro (RN sentado à cavalo na perna da mãe) ou outras. A outra situação foi considerada quando o braço estivesse atrapalhando o posicionamento do RN ao peito, localizando-se *entre o corpo da mãe e seu próprio corpo*.

h) *Apoio da cabeça e pescoço do RN*: Foi considerado *apoiados e livres*, quando a cabeça/ pescoço estivessem alinhados ao corpo, mantendo o padrão de flexão normal do RN, com apoio, porém livres para movimentação do RN. Foi considerado *sem apoio* ou *muito flexionada* mediante a observação da hiperextensão do pescoço (cabeça posicionada para trás, solta) quanto ao *sem apoio*; já no caso de *muito flexionada* foi considerada a situação inversa (geralmente acompanhada de dificuldade respiratória do RN, por estar com o nariz obstruído nessa posição de cabeça/pescoço). *Pouco apoio* foi observado na situação intermediária da hiperextensão.

i) *Altura da boca do RN*: Somente considerou-se: *boca centrada em frente do mamilo* e *boca abaixo* ou *acima do mamilo*.

j) *Nariz do RN*: Foi considerado *nariz totalmente obstruído* mediante dificuldades do RN em respirar, sendo estas observadas através de: ruídos durante a respiração, RN jogando a cabeça para trás frequentemente e respirando em seguida, pausas constantes na sucção/ deglutição, pausas longas para respirar, pegar e largar o peito repetidamente. *Parcialmente obstruído* foi considerado quando 3 ou menos desses sinais foram observados e *livre* na ausência destes.

Quadro V - Condições da pega do RN ao peito			
a) Queixo do RN	Toca o peito	Toca esporadic/e	Não toca
b) Boca	Total/e aberta		Pouco aberta
Lábios c) Selamento labial	Ambos total/e virados p/ fora ou Lábio inferior mais virado p/ fora	Lábio inf. Pouco virado p/ fora ou Lábio inferior pouco solto	Lábios total/e retraídos ou Lábios total/e soltos
d) Tensão labial	Tensão moderada		Tensão muito excessiva ou muito diminuída
e) Abocanhar a aréola	Toda a aréola	Pouca aréola	Só o mamilo

Todos os estratos dos itens classificados abaixo foram baseados na descrição de literatura técnica especializada quanto às técnicas de manejo clínico do aleitamento materno (MURAHOVSKI 1997; KING 1991; MS 1993; LAWRENCE 1994; OMS/UNICEF 1995).

a) *Queixo do bebê*: Considerou-se 3 situações:

permanece tocando o peito quando observou-se este posicionamento firme e fixo até o fim da mamada; *toques esporádicos* mediante alguns toques durante a mamada; *não toca o peito*.

b) *Boca do RN*: Considerou-se 2 categorias:

boca totalmente aberta quando observou-se uma abertura que possibilitasse abocanhar mamilo e parte da aréola (2 cm ou mais), mantendo os lábios distantes e *pouco aberta* mediante pequena abertura da cavidade oral que permitisse abocanhar somente o mamilo, mantendo os lábios próximos.

c) *Selamento labial*: Foram considerados 3 estratos:

c.1) ambos totalmente virados para fora ou lábio inferior mais virado para fora

c.2) lábio inferior pouco virados para fora ou lábio inferior pouco solto

c.3) totalmente retraídos ou totalmente soltos

Considerou-se o item (c.1) foi quando foi possível visualizar totalmente os lábios ou mais o inferior em contato com a aréola, formando um lacre (vedamento) perfeito com a mama (esta posição é denominada na literatura técnica como “boca de peixe”). No item (c.3) a situação foi inversa, não sendo possível visualizar os lábios, se estivessem invertidos, ou seja, retraídos dentro da boca do RN, ou soltos, sendo possível visualizar-se parte grande da aréola (geralmente acompanhado de posição errada da pega, abocanhando só o mamilo). No item (c.2) a situação classificou-se de modo intermediário, quando os lábios estivessem pouco retraídos ou pouco soltos.

d) *Tensão labial*: No item *Tensão excessiva* ou *diminuída* foi considerada *tensão excessiva* na presença de um padrão de contração exagerado da cinta labial (músculo orbicular dos lábios) observado mediante saliência de toda essa musculatura, principalmente na rima lateral da boca; já na *tensão diminuída* observou-se o inverso desse padrão. Na *tensão moderada* foi observado um padrão de contração suave dessa musculatura, necessário para manutenção da pega do mamilo e aréola, porém sem evidências de saliência da musculatura (geralmente observado na posição “boca de peixe” - já descrito anteriormente) .

e) *Modo de abocanhar a aréola*: Foi considerado abocanhar *toda a aréola* quando o RN pegava o mamilo além de 2 a 3cm de tecido da aréola e *pouca* quando abocanhava menos de 2 cm. A terceira possibilidade era o RN abocanhar *só o mamilo e não a aréola*.

Quadro VI - Condições de ordenha do RN ao peito

<i>a) Movimento da mandíbula</i>	Coordenados e suaves		Incoordenad. Ou Mov. Tensos de mastigar mamilo
<i>b) Movimento da língua</i>	Anterior e com canolamento	Pouco anterioriz. e sem canolament.	Total/e retraída e sem canolament.
<i>c) Movimento do músculo bucinador</i>	Ausente (sem covinhas)	Assistemática	Muito presentes (covinhas)
<i>d) Ritmo da sucção</i>	Início rápido, depois estável	Ritmo só rápido (chamada) ou só lento	Ausência de ritmo esbabelecido Instável
<i>e) Padrão da sucção/deglutição/respir.</i>	Coordenado	Pouco incoordenado	Totalmente Incoordenado

Todos os estratos dos itens classificados abaixo foram baseados na descrição de literatura técnica especializada quanto às técnicas de manejo clínico do aleitamento materno (MURAHOVSKI 1997; KING 1991; MS 1993; LAWRENCE 1994; OMS/UNICEF 1995).

a) Movimentos da mandíbula: Foram considerados movimentos *coordenados e suaves* da mandíbula quando foram observado uma sincronia e ritmo entre os movimentos de elevação/anteriorização e abaixamento/posteriorização, sendo esses movimentos realizados de modo conjugados com o ritmo da sucção, verticais e mínimos durante a mamada. Foram considerados *incoordenados* quaisquer desvios observados nesse padrão, podendo observar-se: impulsão mandibular brusca, tremor involuntário e reflexo de mordida. O movimento de *mastigar o mamilo* caracterizou-se por repetidos movimentos de "morder" o mamilo com as gengivas.

b) Movimento da língua: Foi considerado movimento da língua *anterior e com canolamento* quando foi possível observar-se a ponta da língua

ultrapassando a gengiva inferior durante a ordenha, envolvendo a mama inferiormente, mantendo o vedamento completo (observado naturalmente, ou com auxílio de manobra da pesquisadora, virando suavemente o lábio inferior para baixo). A língua foi considerada *retraída e sem canolamento* quando esse padrão foi inverso, encontrando-se esta totalmente dentro da boca, sem que fosse possível sua visualização. Na situação intermediária (*pouco anteriorizada e sem canolamento*), foi considerado quando o padrão descrito anteriormente ocorreu assistematicamente.

c) *Movimento do músculo do bucinador*: Foi considerado *muito presente* quando foi possível visualizar-se a excessiva participação desse músculo através de frequentes “cavinhas nas bochechas” durante a ordenha; *assistemática* mediante *pouca* participação da musculatura, observada com “cavinhas” esporádicas e *ausente* quando esse sinal não foi observado.

d) *Ritmo de sucção*: Foi considerado *ritmo rápido e depois estável* quando, no início da mamada, observou-se a “sucção de chamada” (ESCOTT 1989), utilizada para descida do leite (movimentos rápidos mandibulares, caracterizados por grupos de sucção, com padrão irregular), porém com modificação posterior deste padrão, após a descida e extração do leite pelo RN, tornando-se o padrão de sucção estável, regular e harmônico (nessas condições há coordenação com respiração e deglutição). *O ritmo só rápido ou só lento* foi considerado na ausência dessa modificação no padrão de sucção. Foi considerado *ausência de ritmo estabelecido - instável* quando vários padrões se misturaram, não sendo possível identificar-se um ritmo definido.

e) *Padrão de coordenação de sucção/ deglutição/ respiração*: Foi considerado um padrão *totalmente incoordenado* entre sucção e respiração quando o RN não estabeleceu um ritmo harmônico entre sugar/ deglutir e respirar, observado mediante a ausência de fixação de um ciclo estável, com pausas, durante a mamada. Esse padrão foi notado através dos sinais: pausas excessivas na amamentação ou interrupções (quando o RN pegava e soltava a mama várias vezes), engasgos, tosse, paradas longas para respirar (com ou sem sinal de obstrução nasal), ou movimentos de facilitação

para deglutição através de extensão da cabeça e músculos do pescoço. O padrão *pouco incoordenado* foi considerado mediante a observação de um a 3 desses sinais. No *padrão coordenado* observou-se ausência destes sinais, sendo possível observar o ciclo do RN em sugar/ deglutir/ respirar de modo sincronizado, sem soltar a mama e sem dificuldades em retomar a ordenha para continuar a mamada.

Quadro VII - Classificação final da mamada			
a) Modo da mãe de retirar o RN do peito	Espera o RN dormir ou largar espontaneamente e ou Oferece o 2º peito se o RN quiser	Espera pouco tempo ou Oferece o 2º peito e tira logo	Retira muito rápido ou Não oferece o 2º peito
b) Modo do RN soltar o peito	Larga espontaneamente		Não larga o peito sozinho
c) Condições do peito	Esvaziados	Pouco cheios	Ainda ingurgitados ou muito cheios
d) Condições do mamilo	Aspecto normal, sem dor.	Esfolamento pequeno; pouco dolorido	Traumas acentuados; muita dor
b) Comportamento do RN no final da mamada	Satisfeito, dorme após a mamada	Sono leve ou dorme pouco e acorda logo	Insatisfeito, inquieto, chorando.

Todos os estratos dos itens classificados abaixo foram baseados na descrição de literatura técnica especializada quanto às técnicas de manejo clínico do aleitamento materno (MURAHOVSKI 1997; KING 1991; MS 1993; LAWRENCE 1994; OMS/UNICEF 1995).

a) *Modo da mãe retirar o RN do peito:* Foram consideradas 3 situações diferentes: a primeira, caso a mãe tenha esperado o RN dormir, largar espontaneamente ou oferecido o 2º peito se o RN quisesse; a segunda situação foi considerada se a mãe esperou pouco tempo (só até 10 minutos após o início da mamada), mas o RN não reclamou ou quando a

mãe ofereceu o 2º peito e tirou logo (até 10 minutos). A terceira situação foi considerada quando a forma de retirada foi muito rápida (até 10 minutos) e o RN reclamou a mamada, (acordando, chorando ou permanecendo agitado, procurando o peito).

b) Modo do RN soltar o peito: Foi considerado largar espontaneamente quando observou-se que o RN deixou o peito naturalmente, sem interferência da mãe. O item não larga o peito sozinho foi considerado quando a mãe forçou a retirada espontânea do RN do peito.

c) Condições do peito: Os estratos foram classificados em esvaziados, pouco cheios ou ingurgitados ou muito cheios, sendo já descritos no Quadro I.

d) Condições do mamilo: Considerou-se os estratos: aspecto normal, sem dor; esfolamento pequeno, pouco dolorido; traumas acentuados, muita dor, os quais já foram descritos no Quadro I.

e) Comportamento do RN no final da mamada: Foram considerados 3 estratos classificando como: satisfeito, quando o RN dormiu após a mamada; sono leve quando o RN dorme pouco e acorda logo (até 10 minutos após o término da mamada) e Insatisfeito quando, após a mamada o RN permaneceu chorando, inquieto.

OBS: Para avaliação dos itens deste Quadro VII permaneceu-se em observação durante mais 10 minutos, após o término da mamada, a fim de certificar-se dos comportamentos da mãe e RN assinalados.

5.6. Coleta de Dados

5.6.1. Instrumentos para coleta de dados:

Os dados necessários para a realização deste estudo foram obtidos através de três instrumentos, os quais foram elaborados pela pesquisadora, baseados na literatura, na sua experiência pessoal e sugestões obtidas através de consultoria de especialistas, especificamente para coleta de dados deste estudo.

A pesquisa foi anteriormente autorizada pela chefia do serviço de Neonatologia do HGA e direção do hospital. A elaboração do termo de consentimento pós-informação (Anexo 6) foi realizada segundo as regras estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Resolução no 196/1996 – oferecendo informações sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos que seriam utilizados, os riscos, desconfortos e benefícios para as mães e bebês que participassem ; o sigilo dos resultados e a possibilidade de deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo da continuidade dos cuidados e/ou tratamento oferecido no HGA. As puérperas após receberem todas essas instruções realizavam o consentimento de forma oral, sendo ainda explicado como seriam produzidos os resultados da pesquisa e onde poderiam conseguir, se quisessem o acesso aos dados.

Todos os instrumentos referidos foram pré-testados 6 vezes pela pesquisadora, durante a fase de elaboração, sendo aplicados em uma amostra de 24 mães - RN, nos meses de janeiro, fevereiro, março e abril. Realizadas as modificações necessárias, foram novamente pré-testados em maio em uma amostra de 6 mães-RN, já em sua versão final.

Os dados obtidos desta pesquisa foram obtidos de 3 fontes: o prontuário médico hospitalar da mãe e do RN (Anexo 1), a entrevista realizada com a mãe (Anexo 2) e principalmente a observação de uma mamada completa (Anexo 3).

5.6.1. a) Protocolo para a coleta de dados do prontuário médico

O protocolo foi elaborado de forma a obter informações gerais quanto as condições de nascimento: data e hora do nascimento, tipo do parto, idade gestacional em semanas, peso, sexo e Apgar. (*Anexo 1*)

5.6.1.b) Roteiro para entrevista com a mãe

O roteiro para entrevista com a mãe consistiu em um formulário estruturado, que contém perguntas fechadas. As questões visaram coletar dados referentes à mãe (idade e escolaridade) e composição familiar, dados

referentes ao Pré-Natal (número de consultas e informações recebidas sobre o aleitamento materno), experiência anterior da mãe em aleitamento materno, tempo e dificuldades na amamentação de outros filhos, incluindo a ocorrência de traumas e fissuras mamilares, durante a amamentação de filhos anteriores (**Anexo 2**).

5.6.1.c) Formulário de observação fonoaudiológica da amamentação

O formulário de observação fonoaudiológica (**Anexo 3**) elaborado para esse estudo, foi baseado no *Formulário de Observação da Mamada (OMS/UNICEF, 1995)* – (**Anexo 5**), estruturado especialmente para a observação e anotação de dados da mamada, utilizado nos Cursos de Treinamento para Aconselhamento em Amamentação da OMS/UNICEF desde 1995. O treinamento visa aperfeiçoar profissionais de saúde na prática da observação e avaliação da amamentação. O formulário do curso foi adaptado com permissão da *BREAST - Feeding Observation Form* (AMSTRONG, H.C.- *Training Guide in Lactation Management*, IBFAN/UNICEF, 1992) pela KING, E.S., utilizado no Curso de Manejo e Promoção do Aleitamento Materno de 18 horas para equipes de maternidade - Iniciativa Hospital Amigo da Criança, na prática de avaliação da mamada (MS 1993).

Optou-se, como referência, por este formulário oficial, o qual já vem sendo utilizado para observação da amamentação, uma vez que o objetivo deste estudo foi caracterizar algumas dificuldades no estabelecimento do aleitamento materno, inclusive observando a mamada. Foram realizadas algumas modificações e feitos alguns acréscimos, principalmente quanto aos aspectos da pega e sucção e posição mãe/RN na amamentação, no intuito de coletar maiores detalhes do funcionamento oral do RN, para posterior descrição destes.

O **Formulário de observação fonoaudiológica da amamentação (Anexo 3)**, consiste em um roteiro organizado para coletar dados da observação da mamada. Este é composto de sete quadros, sendo cada um

desses quadros formados por um *conjunto de itens*, relacionados entre si, referentes ao mesmo assunto a ser observado.

Os quadros que compõe o Formulário de observação fonoaudiológica da amamentação são:

- **Quadro I)** – Aspectos da mama
- **Quadro II)** – Reflexos orais do RN
- **Quadro III)** – Sinais de vínculo mãe-RN na mamada
- **Quadro IV)** – Posição mãe-RN
- **Quadro V)** – Condições da pega do RN
- **Quadro VI)** – Condições da ordenha do RN ao peito
- **Quadro VII)** – Classificação final da mamada

Cada um dos quadros contém 5 itens relacionados ao mesmo aspecto a ser observado, com exceção do Quadro IV, que contém 10 itens. Os itens contidos em cada um desses quadros serão descritos e detalhadamente explicados a seguir, no tópico referente a descrição das variáveis.

Os itens observados em cada quadro foram registrados em diferentes colunas do formulário, de acordo com o padrão apresentado, sendo estas divididas em: condições adequadas, intermediárias ou inadequadas, simbolizadas no formulário pelas cores verde, amarela e vermelha, respectivamente.

Posteriormente, no Quadro VII (Soma 7) - Classificação Final da Mamada, foram observados os itens relacionados ao modo de retirada do RN do peito, modo do RN soltar o peito, condições do peito e do mamilo no final da mamada e comportamento do RN. Da mesma forma foram assinalados em diferentes colunas do formulário, de acordo com os padrões encontrados, divididas em: condições adequadas da mamada, intermediárias ou inadequadas, simbolizadas respectivamente pelas mesmas cores. Esse quadro, relativo ao momento final da mamada, por se tratar de uma síntese dos eventos envolvidos durante toda a mamada, caracterizou a qualidade desta e pode ser considerado um indicador da eventual dificuldade no estabelecimento da amamentação.

O roteiro denominado **Orientação para observação fonoaudiológica na amamentação (Anexo 4)** foi elaborado como guia prático para a identificação de condições propícias para a realização de coleta de dados, prevenindo assim fatores de confusão. Foi utilizado durante o treinamento das fonoaudiólogas auxiliares da pesquisa e também durante todo o processo de coleta dos dados, mediante a discussão de dúvidas quanto aos critérios de exclusão.

5.6.2. Procedimentos de registro e análise dos dados

Conforme descrição anterior, o formulário de observação fonoaudiológica da amamentação foi analisado em relação aos diferentes quadros, durante a observação de uma mamada, sendo que cada quadro foi composto por itens relacionados entre si. Às respostas dos itens de cada quadro foram atribuídos os seguintes escores:

(2) - quando as condições observadas foram adequadas

(1) - quando as condições observadas foram intermediárias

(0) - quando as condições observadas foram inadequadas

Para o **Quadro VII (Soma 7) – Classificação final da mamada**, foi obtido um escore total correspondendo a soma dos escores dos itens componentes.

Observou-se a distribuição dos pares mães/RN segundo os diferentes escores. Os *escores mais elevados* referiram-se a um padrão de mamada de boa qualidade, com menos dificuldades (**mamada satisfatória**).

Para melhor caracterizar a natureza da distribuição de frequências encontradas, realizou-se um teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, o que evidenciou que a amostra em estudo não se comportou como uma curva normal ($p < 0,05$), sendo necessário a utilização de uma abordagem não paramétrica para analisá-la. Como ponto de corte em todos os quadros, adotou-se arbitrariamente o valor correspondente à mediana menos 1 intervalo interquartil, que corresponde à medida de dispersão adotada na abordagem não paramétrica. No caso do Quadro VII (Soma 7) por exemplo, a mediana calculada corresponde à nota 7,0 e o intervalo interquartil

corresponde ao valor 3,0. Assim sendo, adotou-se a nota 4,0 como ponto de corte da classificação final da mamada (Soma 7), sendo esses casos classificados como mamada insatisfatória.

Para a verificação da proporção de pares de mãe/RN que apresentaram dificuldades no estabelecimento da amamentação e para a identificação de fatores associados a essas dificuldades (objetivos 2 e 3, respectivamente), considerou-se *todos os casos* que obtiveram de 0 a 4 pontos na classificação final da mamada (Quadro VII), observando-se a correlação deste padrão de mamada insatisfatória com as demais variáveis do estudo. Além disso procedeu-se análises uni- e multivariada de regressão logística para determinar o efeito de algumas variáveis específicas, conforme detalhado na seção 5.7, que descreve a análise estatística utilizada.

Ressalta-se entretanto, que este estudo não objetivou correlacionar a mamada satisfatória ou insatisfatória com o sucesso da amamentação como um todo. Dessa forma, verificamos as dificuldades do estabelecimento da amamentação, mas não podemos garantir que a mãe venha a conseguir manter a amamentação a longo prazo, mesmo eliminando tais dificuldades. Tal avaliação exigiria o seguimento dos bebês para análise da capacidade de predição de tal medida, segundo seus diferentes escores.

Quanto ao último objetivo, descrever alguns dos fatores relacionados às alterações no funcionamento motor-oral que interferem no padrão de pega e sucção dos RNs na amamentação, consideramos a análise dos Quadros V e VI, mediante uma análise descritiva dos mesmos.

5.6.3. Atividades de campo

Os dados foram coletados pela pesquisadora, com a colaboração de 04 fonoaudiólogas, sendo uma já formada pelo Curso de Aprimoramento Profissional em Fonoaudiologia/96 (Fundap/Secretaria de Estado da Saúde), realizado no HGA, e as outras em exercício deste, durante a coleta dos dados, na turma de 1997/98. Esse curso proporciona 2 anos de vivência prática nas unidades do HGA, inclusive no alojamento conjunto da Unidade de Neonatologia. Ambas as profissionais realizaram também, antes do

ingresso no HGA, um curso teórico e prático, de 20 horas, em Aleitamento Materno oferecido pelo Centro de Lactação de Santos.

Além de terem sido selecionado profissionais fonoaudiólogos especializados na prática do aleitamento materno, as mesmas foram ainda submetidas a um treino prático pela pesquisadora, durante 1 mês, na própria maternidade do HGA, visando a padronização na observação da mamada e o preenchimento adequado das fichas.

As fonoaudiólogas auxiliares da pesquisa entrevistavam as mães individualmente e coletavam os dados do prontuário médico, preenchendo inicialmente os Anexos 1 e 2. O registro do formulário de observação fonoaudiológica da mamada (Anexo 3), foi realizado por duas fonoaudiólogas individualmente. O resultado de cada observação foi conferido posteriormente no final do dia da coleta de dados. Em caso de discordância ou dúvida de algum resultado, invalidava-se a ficha e repetia-se novamente a observação. Foi necessário a repetição da observação em 03 casos, sendo 2 deles devido ao comportamento hiperativo dos RNs durante a mamada, o que dificultou a observação e preenchimento dos dados em apenas uma observação e 01 caso mediante dúvidas na marcação do resultados do formulário da observação da mamada.

5.7. Análise estatística

As variáveis foram descritas inicialmente através de medidas de tendência central como média, mediana, moda, desvio padrão, limites de amplitude mínimo e máximo e intervalo interquartil.

Para verificar fatores que dificultam o estabelecimento da amamentação em pares mães/RN - foram consideradas as variáveis independentes relacionadas à aspectos da mãe, do RN e do binômio mãe/RN, posteriormente foram associadas com a variável dependente (Soma 7 - Classificação final da mamada). O efeito dessas associações foi estudado por meio do teste Qui-quadrado (χ^2) e ODDS RATIO, através de análises univariadas (SEIGEL 1975).

Foi ainda utilizada a Análise Multivariada - regressão logística, para determinar o efeito simultâneo de algumas variáveis consideradas estatisticamente significantes sobre a classificação final da mamada.

O nível de significância adotado previamente foi ($\alpha \leq 0,05$). Nas tabelas foram mencionadas o nível descritivo do teste (valor p), (SEIGEL 1975).

5.8. Programas de computador

Foi empregado o programa estatístico EPI-INFO versão 6.0 para construção do banco de dados, relativo a todas as variáveis consideradas neste estudo, bem como para a obtenção de algumas análises estatísticas utilizadas (DEAN 1990).

Foi utilizado ainda o programa STATISTICA para WINDOWS, versão 5.1 para a realização da análise multivariada (STATSOFT, INC., 1997) e também o programa SPSS para WINDOWS 5.02: para realização do modelo de regressão

Resultados

6. RESULTADOS

A pesquisa teve início em 20 de julho de 1997, após o treinamento das fonoaudiólogas aprimorandas, participantes da coleta dos dados e término em 20 dezembro deste mesmo ano. Convém ressaltar que após essa data não foi possível continuar a coleta de dados, devido ao início de reforma do alojamento conjunto do HGA e conseqüentemente diminuição do número de partos, além da mudança no ritmo do atendimento no HGA devido à escala de férias dos funcionários em geral.

De uma população total de 779 nascidos vivos, no período do estudo, foram excluídos, segundo os critérios previamente estabelecidos, 167 recém-nascidos com baixo peso ao nascer ($\leq 2500\text{g}$) e/ou pré-termo, 17 mães portadoras de sorologia positiva para HIV, 03 mães com diagnóstico de alterações psiquiátricas, 02 mães com cirurgia de mama, 111 recém-nascidos que apresentaram intercorrências clínicas logo após o nascimento, precisando de cuidados na Unidade de Risco e 26 RNS gemelares. Ocorreram ainda 25 perdas (6% de casos), referentes a dados incompletos registrados no prontuário médico e casos que excepcionalmente obtiveram alta no final de semana. Uma vez que aos domingos não era realizada a coleta de dados, pois também não era autorizado alta para as mães, as perdas de final de semana aconteciam eventualmente para os bebês nascidos sexta-feiras à tarde/noite que ultrapassavam 48 horas de vida na segunda feira de manhã, o que inviabilizava a observação. Houve também um total de 14 neomortos no período total do estudo.

Após receberem maiores esclarecimentos sobre a pesquisa (objetivos, metodologia, repercussão do estudo em nível de aleitamento materno, condutas posteriores) houve uma participação espontânea de 98,8% (409 casos) da população total do estudo, até então 414 casos. Um total de 5 mães, (1,2%) recusaram-se a participar da pesquisa, sendo estas de idades diferentes, número de filhos e experiências anteriores na amamentação diferenciadas umas das outras. Das 5 recusas, 3 ocorreram num período de treinamento de profissionais de saúde em aconselhamento em aleitamento materno no alojamento conjunto do hospital, sendo que estas já haviam

respondido a um questionário desse treinamento, anteriormente ao nosso estudo, referindo-se cansadas no momento da nossa pesquisa.

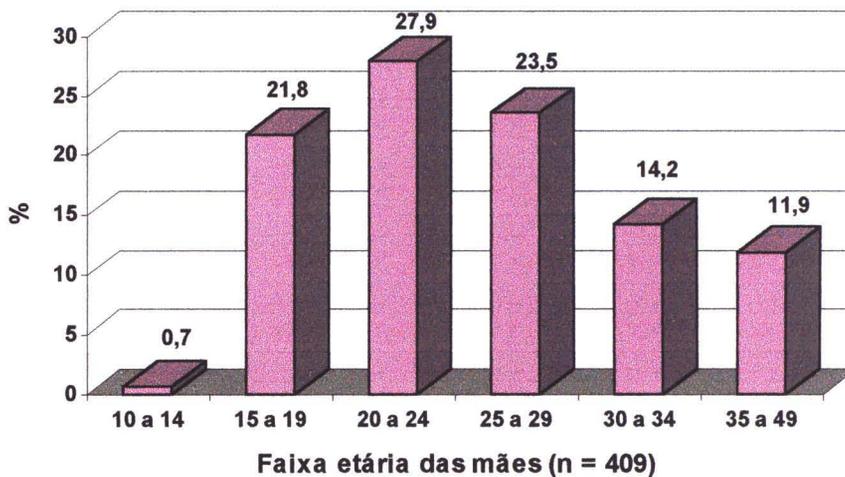
Resultou-se como população final do estudo, mediante os critérios de exclusão das mães e recém-nascidos, além da participação voluntária das mães, um total de 409 mães/RN.

6.1. DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

6.1.a) Características referentes à mãe

A análise dos dados apresentados na figura 1, revela que 50% das mães encontram-se na faixa etária de 15 a 24 anos; houve predomínio da faixa etária de 20 a 24 anos e a média foi de 25,4 anos. A idade mediana das mães do nosso estudo foi 24 anos e a moda 22 anos. O desvio padrão foi igual a 6,9 anos e os limites de amplitude de idade variaram de no mínimo 13 anos a no máximo de 45 anos.

Figura 1. Distribuição da porcentagem das mães entrevistadas por ocasião do parto segundo idade. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997.



Pelos dados apresentados na tabela 1, observa-se que houve predominância na escolaridade em nível ginásial. Do total das mães do estudo, 48,9% completaram a 8ª série; a média da escolaridade encontrada foi de conclusão da 6ª série e a mediana situou-se na 7ª série. Quanto aos limites de amplitude obteve-se no mínimo a conclusão da 1ª série (sendo que somente 17 mães = 4,2% interromperam os estudos na 1ª série) e no máximo, a conclusão de curso superior (3 mães - 0,7% da população estudada concluiu algum curso superior). Para as análises de associações, excluiu-se os 3 casos de mães analfabetas.

Tabela 1. Distribuição do número e porcentagem das mães, segundo nível de escolaridade. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997.

Nível de Escolaridade	Número	%
Analfabeta	03	0,7
I Grau 1ª a 4ª série	116	28,4
5ª a 8ª série	200	48,9
II Grau Colegial	87	21,3
III Grau Superior	03	0,7
Total	409	100,0

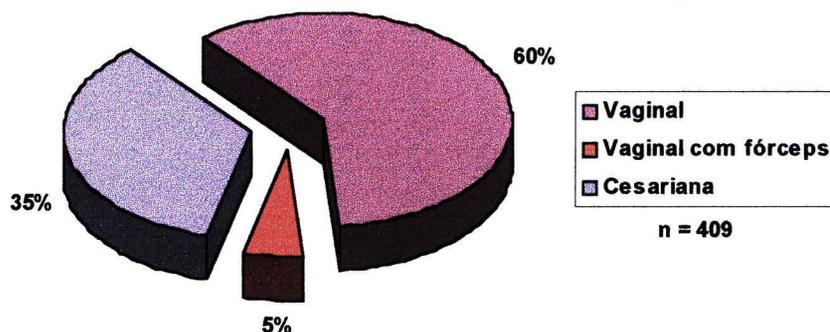
Tabela 2. Distribuição do número e porcentagem das mães segundo tipo de família. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1997.

Tipo de família	Número	%
Chefe ** / filho	8	2,0
Avós ***, mãe e outros filhos	67	16,4
Casal com filhos	199	48,8
Casal com filhos e outros Parentes	134	32,8
Total	408	100,0

OBS: Exclusão de 01 caso por dados incompletos no formulário de entrevista com a mãe.
** Chefe (mãe sozinha) *** Avós maternos

A descrição do tipo de família mostra que: 81.6% das mães da população estudada contam com a presença do pai do recém-nascido em casa no período do nascimento deste, sendo que 48.8% apresentam uma relação estável com seu companheiro. Esses dados são semelhantes aos encontrados anteriormente por SEGALL (1996) em pesquisa com população semelhante.

Figura 2. Distribuição da porcentagem das mães segundo o tipo de parto.
Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1997.



Quanto ao tipo de parto, 266 (60% do total) foram partos vaginais, sendo que 22 destes (5,37%) necessitaram de fórceps; as outras 143 (35% do total) foram partos cesáreas.

O alto índice dos partos cesárea são justificados uma vez que o Hospital Guilherme Álvaro é referência regional para gestantes de alto risco.

Tabela 3. Distribuição do número e porcentagem das mães segundo o número de consultas realizados no pré-natal. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1997.

Nº consultas no pré-natal	Número	%
1 a 4	60	15,3
5 a 9	304	77,3
10 a 14	27	6,9
15 a 19	2	0,5
Total	393	100,0

OBS: Foram excluídas desta tabela 16 mães que não realizaram o pré-natal.

Em relação ao pré-natal, 16 mães (3,9%) não o realizaram. Das 393 mães (96%) que o frequentaram, 77,3% das mães compareceram a 5 a 9 consultas, sendo que a média de consultas no pré-natal foi de 6,5 consultas, a mediana foi de 6,0 consultas, sendo o mesmo valor encontrado para a moda. O desvio padrão encontrado foi igual a 2,2 e os limites de amplitude variam entre 1 a 16 consultas.

Tabela 4. Distribuição do número e porcentagem das mães segundo a orientação recebida durante o pré-natal. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1997.

Orientação no pré-natal sobre aleitamento materno	Número	%
Sim, frequentemente	59	15,2
Sim, poucas vezes	84	21,6
Não	246	63,2
Total	389	100,0

OBS: Nesta análise consideramos um total de 389 casos, sendo excluídos 20 mães: 16 casos referentes às mães que não fizeram o pré-natal e 4 referentes às mães que não responderam essa pergunta.

Pela observação da tabela 4 constata-se que 246 mães (63,2%) não receberam nenhuma orientação sobre aleitamento materno no pré-natal, apesar da grande maioria das mães (84,7%) realizar, no mínimo, 5 consultas no pré-natal, conforme demonstrou-se na tabela 3. Das 143 mães que receberam orientação no pré-natal (36,8%), somente 59 (15,2%) receberam orientação frequente sobre aleitamento materno.

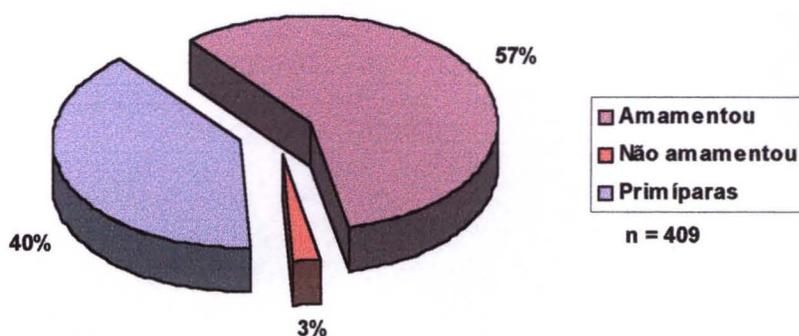
Tabela 5. Distribuição do número e porcentagem das mães segundo o número de filhos. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1997.

Número de filhos *	Número de mães	%
1	162	39,6
2	102	25,0
3	67	16,4
4	38	9,3
5	29	7,0
6 ou +	11	2,7
Total	409	100,0

OBS: O filho atual (RN) está incluído nesta pesquisa.

Os dados mostrados na tabela 5, revelam que houve predomínio de mães primíparas (39,6%); a média do número filhos foi de 2,3; a mediana situou-se em 2,0 e a moda foi 1,0 filho. O desvio padrão foi igual a 1,5 filhos e os limites de amplitude variaram de 1 a 10 filhos.

Figura 3. Distribuição da porcentagem das mães segundo experiência anterior na amamentação. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1997.



Os dados apresentados na figura 3 revelam que 236 mães (57%) da população estudada já apresentavam alguma experiência anterior na amamentação, havendo iniciado o processo de amamentação com algum outro filho. Somente 11 mães (3%) do total da população referiu nunca ter amamentado, considerando-se que 162 mães (40%) eram primíparas, portanto sem nenhuma experiência.

Tabela 6. Distribuição do número e porcentagem das mães segundo experiência anterior na amamentação. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997.

Experiência anterior da mãe na amamentação	Número	%
Experiência negativa	60	14,7
Experiência positiva	187	45,7
Sem experiência	162	39,6
TOTAL	409	100,0

Pela observação da tabela 6 constata-se que 162 mães (39,6%) por serem primíparas, não tinham experiência quanto à amamentação. Das 247 mães que já tinham filho anterior, 187 mães (75,7%) apresentaram experiência positiva (tempo de amamentação > de 3 meses) e 60 (24,3%) apresentaram experiência negativa (tempo de amamentação < ou = a 3 meses ou ausência de amamentação).

Tabela 7. Distribuição do número e porcentagem das mães segundo história de fissura mamilar durante a amamentação de filhos anteriores. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1997.

História de fissura mamilar	Número	%
SIM	141	59,7
NÃO	95	40,3
Total	236	100,0

OBS: Foram excluídos 173 casos, referentes a 162 mães primíparas e 11 mães que referiram não ter amamentado anteriormente.

De acordo com os dados da tabela 7 nota-se que quase 60% das mães do estudo referem ter apresentado fissura mamilar durante o processo de amamentação dos filhos anteriores, uma incidência alta desta patologia.

6.1.b) Características do recém-nascido

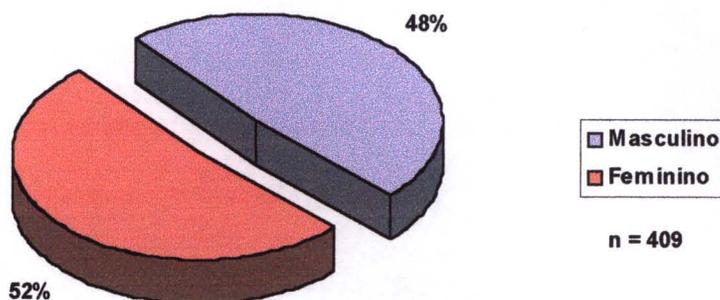
De acordo com as características dos recém-nascidos da população estudada, nota-se pela tabela 8 que a mesma distribuiu-se de forma homogênea quanto a idade: 53,4% dos recém-nascidos apresentaram de 24,0 a 35,0 horas de vida e 46,6% de 36 a 48 horas de vida. A média de idade foi 34,6 horas de vida, a mediana 35,1 horas de vida e a moda 24,0 horas de vida. O desvio padrão foi de 7,1 horas, sendo que os limites de amplitude de idade foram no mínimo de 24,0 horas e no máximo de 48,0 horas.

Tabela 8. Distribuição do número e porcentagem de recém-nascidos segundo a idade. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997.

Idade Horas / vida	Número	%
24 _____ 29	116	28,4
30 _____ 35	102	25,0
36 _____ 41	111	27,2
42 _____ 48	79	19,4
Total	408	100,0

OBS: Excluiu-se um caso desta análise devido ausência de informação no prontuário médico.

Figura 4. Distribuição da porcentagem dos recém-nascidos segundo o sexo. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997.



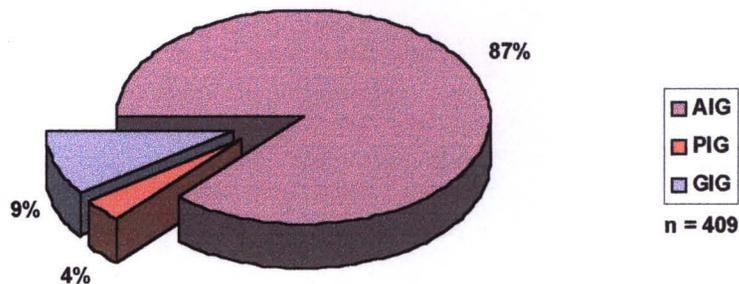
Na figura 4 observa-se as porcentagens dos recém-nascidos segundo o sexo. Percebe-se uma pequena predominância do sexo feminino.

Tabela 9. Distribuição do número e porcentagem dos recém-nascidos segundo o peso ao nascer. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997.

Peso ao nascer (gramas)	Número	%
2500 _____ 2999	115	28,1
3000 _____ 3499	178	43,5
3500 _____ 3999	89	21,8
4000 _____ 4499	22	5,4
4500 _____ 4890	5	1,2
Total	409	100,0

Os dados apresentados na tabela 9 revelam que 43,5% dos recém-nascidos apresentaram peso de nascimento entre 3000 a 3499 gramas e 28,1% entre 2500 a 2999 gramas. A média do peso ao nascimento encontrada foi de 3265,4 gramas; a mediana de 3220 gramas e a moda de 3200 gramas. O desvio padrão obtido foi de 21,5 gramas e o limite inferior da amplitude foi de 2500 gramas e o superior de 4850 gramas.

Figura 5. Distribuição da porcentagem dos recém-nascidos segundo o crescimento intra-uterino. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997.



Pela observação da figura 5 nota-se que a maioria dos recém-nascidos, ou seja, 86,8%, apresentavam crescimento intra-uterino adequado no momento do nascimento, sendo que somente 3,7 % eram recém-nascidos pequenos para a idade gestacional e 9,6% grandes para a idade gestacional.

Tabela 10. Distribuição do número e porcentagem dos recém-nascidos, segundo avaliação de força de sucção não nutritiva. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1997.

Avaliação da sucção não – nutritiva	Número	%
Sucção Vigorosa	308	75,7
Sucção Fraca	96	23,6
Sucção Extremamente Forte	3	0,7
TOTAL	407	100,0 %

OBS: Foram excluídos 02 casos, devido a impossibilidade de realização desta avaliação, pela rejeição do RN quanto a sucção não nutritiva no momento do teste, mediante choro excessivo.

De acordo com a tabela 10, observa-se que a maioria dos recém-nascidos (75,7%) apresentou sucção vigorosa mediante o teste de sucção não nutritiva; 96 recém-nascidos (23,6 %) apresentaram sucção fraca e somente 03, sucção extremamante forte.

Esses achados mostraram-se condizentes com os dados obtidos quanto à avaliação dos reflexos orais dos RN - Quadro 2, sendo que em ambas as avaliações a maioria dos neonatos apresentaram condições satisfatórias de sucção.

Tabela 11. Distribuição do número e porcentagem dos recém-nascidos segundo a observação do comportamento na mamada. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1997.

Comportamento dos RNs na mamada	Número	%
Gulosos	34	9,3
Barracudas	56	15,4
Tranquilos	225	61,8
Excitados Ineficientemente	21	5,8
Procrastinadores	28	7,7
TOTAL	364	100,0

OBS: Foram excluídos 45 casos onde não foi possível observar o comportamento dos RN antes da alimentação, mediante as condições do próprio alojamento conjunto ou devido a permanência de choro acentuado de alguns RN por razões diversas como: exames, manipulação da enfermagem, entre outros, o que inviabilizava a observação.

Em relação aos tipos de comportamento dos RN no momento da alimentação nota-se, pela tabela 11, que houve o predomínio do comportamento "tranquilo", apresentado por 61,82% dos RN observados. O comportamento tipo "excitado ineficientemente" foi o menos frequente, encontrado em apenas 5,8% dos RNs.

Tabela 12. Distribuição do número e porcentagem dos recém-nascidos segundo número de sucções por pausa na mamada. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1997.

Número de sucções por pausa	Número de RNs	%
1 - 3	26	6,4
4 - 6	96	23,6
7 - 9	102	25,1
10 - 12	66	16,2
13 - 15	41	10,1
16 - 18	33	8,1
19 - 21	14	3,4
+ de 21	29	7,1
Total	407	100,0

OBS: Foram excluídos 02 casos devido dificuldade de observação deste ítem no momento da mamada pelo posicionamento mãe/RN.

De acordo com os dados da tabela 12, observa-se que os recém-nascidos deste estudo apresentaram predominância do ciclo entre 7 a 9 sucções por pausa (25,1%) e entre 4 a 6 sucções por pausa (23,6%). A média encontrada foi de 10,8 sucções por pausa; a mediana 9,3 e a moda de 6,0 sucções por pausa. O desvio padrão foi de 6,4 e os limites de amplitude de suções por pausa foram de no mínimo 1,0 sucção até 41 sucção por pausa.

6.1.c) Caracterização dos quadros referente a observação da mamada

Nesta sub-seção serão apresentadas a descrição dos quadros relacionados às variáveis agrupadas quanto a observação da mamada. Os quadros, os quais abordam um determinado aspecto da amamentação, são relacionados em: *Quadro I: Aspectos relacionados à mama; Quadro II: Reflexos orais do RN; Quadro III: Sinais de vínculo mãe/RN na mamada; Quadro IV: Posição mãe-RN durante a mamada; Quadro V: Condições da pega do RN ao peito; Quadro VI: Condições da ordenha do RN ao peito e Quadro VII: Classificação final da mamada.*

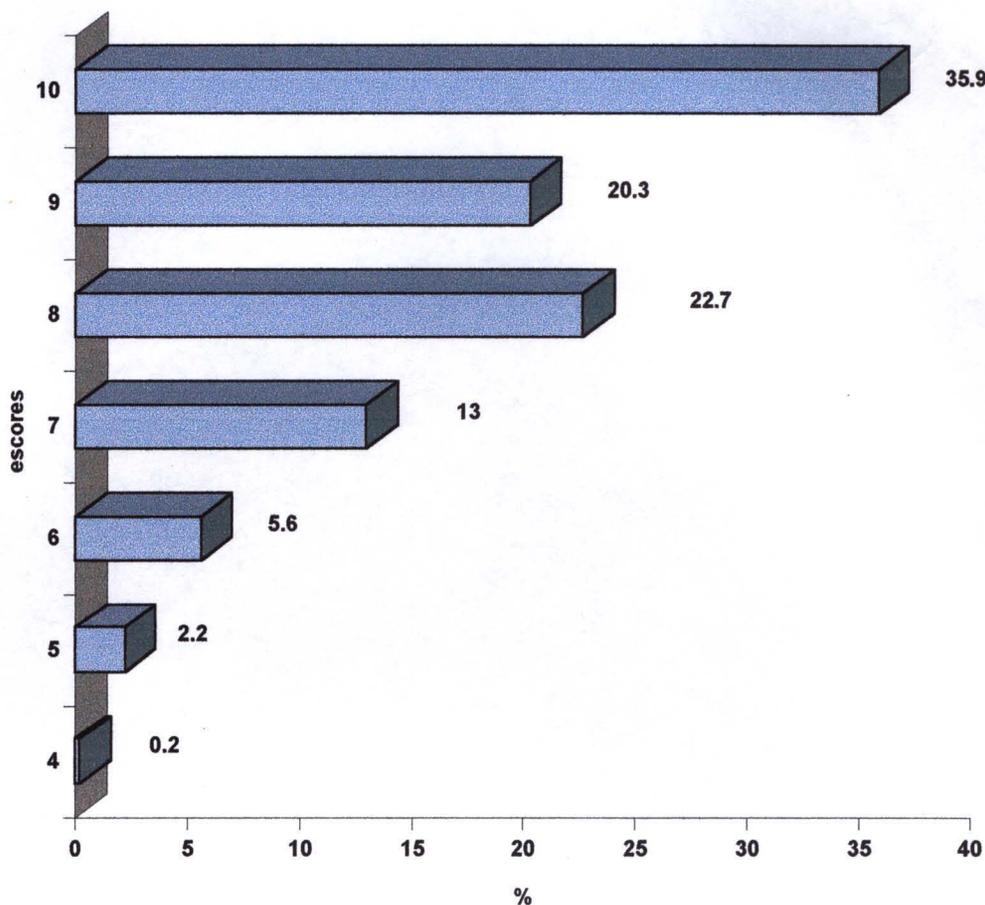
Inicialmente os quadros serão apresentados em conjunto, na tabela a seguir, segundo as medidas de tendência central como : mediana, média, moda, desvio padrão, limites de amplitude mínimo e máximo, bem como os escores máximo de classificação de cada um dos quadros.

A seguir serão exibidos os quadros individualmente, apresentando a distribuição da porcentagem dos escores em cada um deles, durante a observação da mamada.

Tabela 13. Valores das medidas de tendência central e de variabilidade das variáveis relativas ao processo de amamentação - Quadros I, II, III, IV, V, VI, VII - Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1997.

Quadros das Variáveis	Mediana	Média	Moda	Desvio Padrão	Limites Mínimo-Máximo
<i>Aspectos da Mama</i>					
Soma 1	9,0	8,6	10,0	1,3	4,0 - 10,0
<i>Reflexos Oraís do RN</i>					
Soma 2	10,0	9,7	10,0	0,9	4,0 - 10,0
<i>Sinais de vínculo Mãe-RN</i>					
Soma 3	6,0	6,0	7,0	1,8	0,0 - 10,0
<i>Posição Mãe-RN</i>					
Soma 4	12,0	11,5	12,0	3,4	1,0 - 20,0
<i>Condições da pega do RN</i>					
Soma 5	6,0	5,6	7,0	2,0	0,0 - 10,0
<i>Condições da ordenha Do RN</i>					
Soma 6	8,0	7,7	9,0	2,0	0,0 - 10,0
<i>Classificação final da mamada</i>					
Soma 7	7,0	6,6	8,0	1,9	0,0 - 10,0

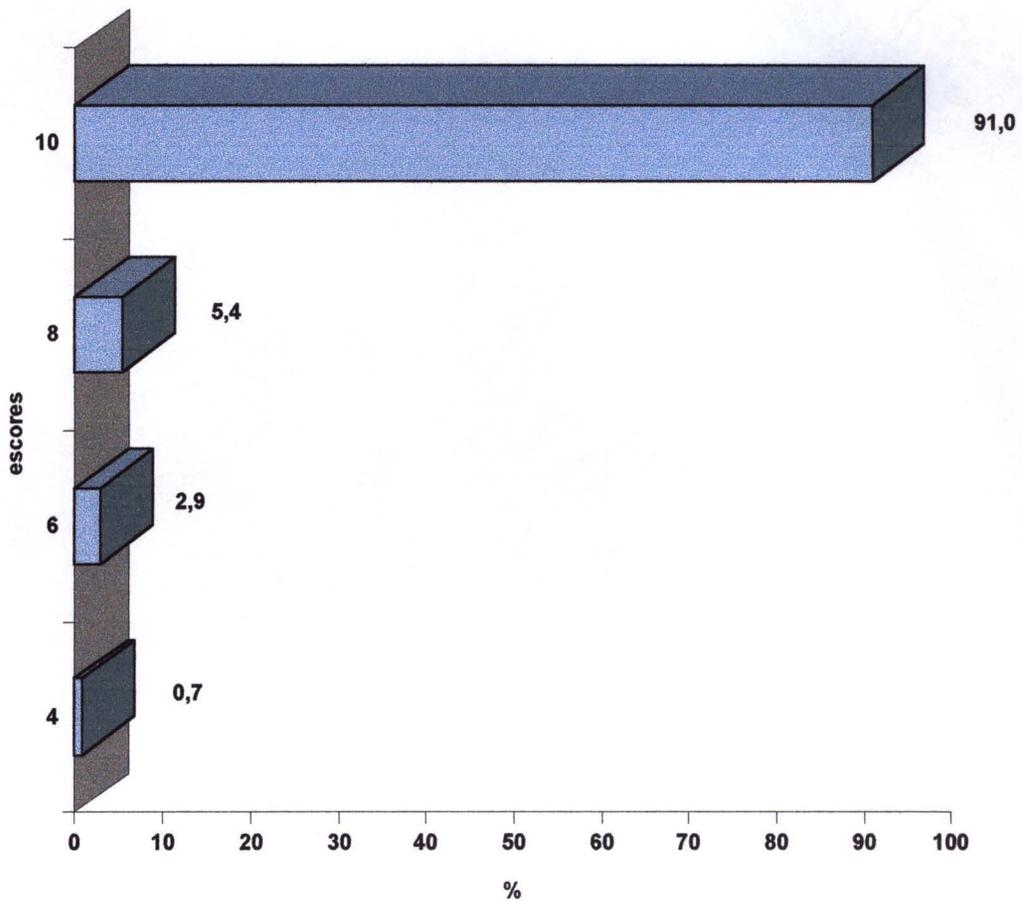
Figura 6. Distribuição da porcentagem dos escores do quadro I referente aos aspectos relacionados à mama. Hospital Guilherme Álvaro. Santos1997.



Legenda: Este gráfico demonstra a soma final dos escores da população estudada, referente aos itens do quadro I (Aspectos relacionados à mama).

Na Figura 6 observa-se que 35,9% das mães obtiveram pontuação máxima (escore 10), ou seja, condições excelentes para amamentar. No outro extremo, a pontuação mínima obtida quanto aos aspectos relacionados à mama da mãe foi escore 4, sendo que somente 0,2% (referente a um caso) obteve essa pontuação e 2,2% (referente a nove casos) obtiveram escore 5. Pode-se observar que a maioria das mães alcançou uma pontuação de escore superior, o que mostra que a população das mães estudadas apresentou ótimas condições para amamentar quanto aos aspectos relacionados às mamas.

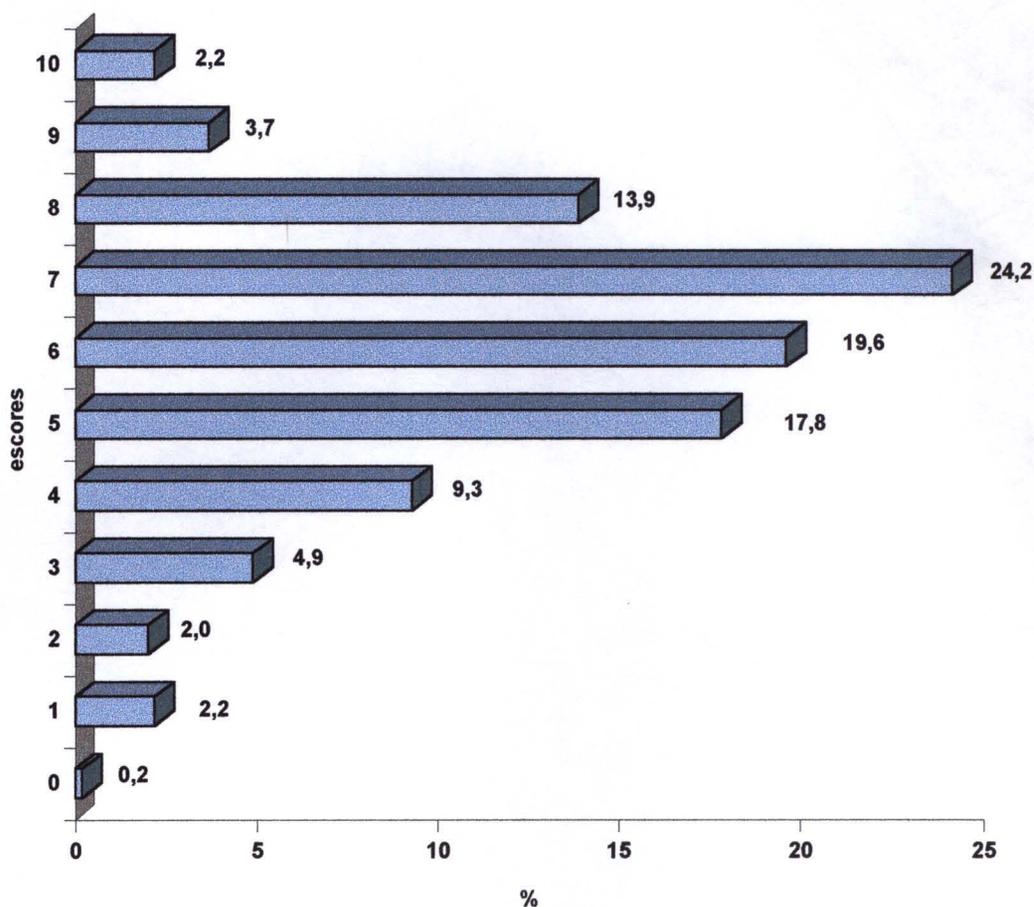
Figura 7. Distribuição da porcentagem dos escores do quadro II referente aos reflexos orais do recém-nascido. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997.



Legenda: Este gráfico demonstra a soma final dos escores da população estudada, referente aos itens do quadro II (Aspectos relacionados aos reflexos orais do RN).

Mediante a observação da figura 7 pode-se notar que 91% dos casos apresentou pontuação máxima (escore 10) que significou condições muito satisfatórias relativas ao funcionamento dos reflexos orais. Constatou-se que 03 recém-nascidos (0,7% dos casos) obtiveram escore muito baixo, ou seja 4, que pode estar relacionada à presença do reflexo de vômito antes da mamada (evento excepcional). Nestes casos é indicado, a realização de lavagem gástrica, uma vez que esses RN ingeriram líquido amniótico durante o nascimento.

Figura 8. Distribuição da porcentagem dos escores do quadro III, referente aos sinais de vínculo mãe-RN. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997.

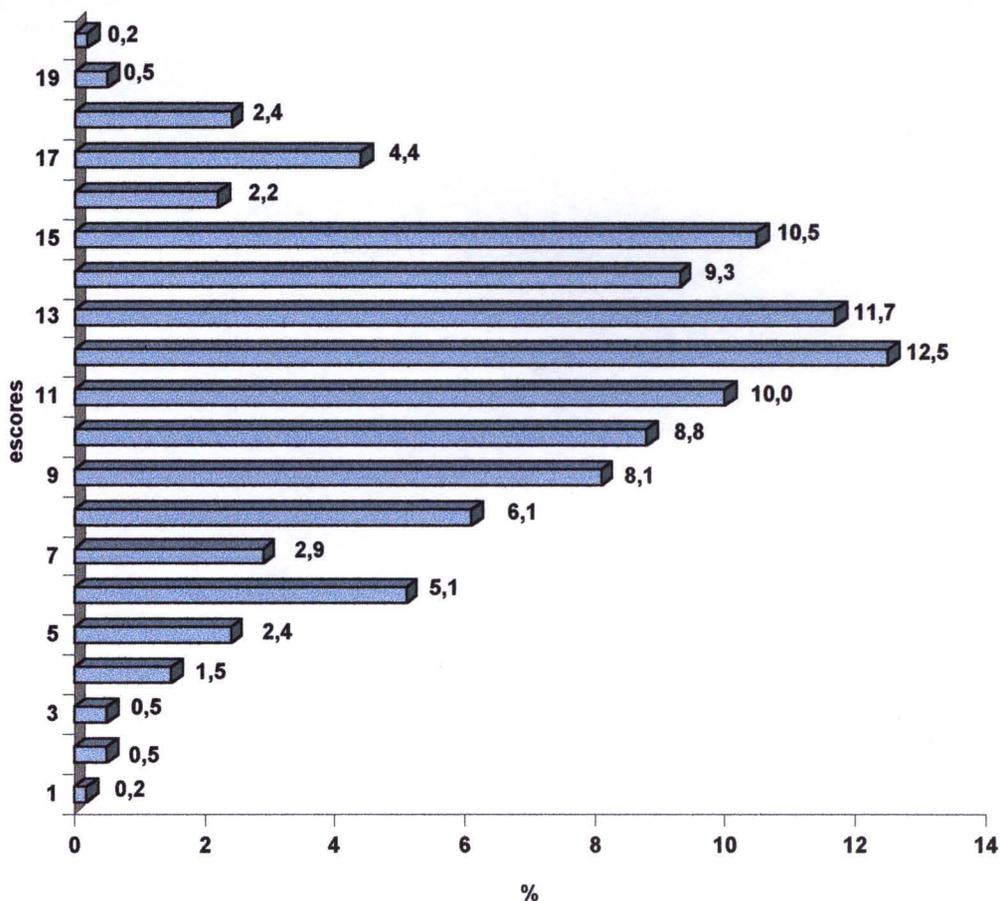


Legenda: Este gráfico demonstra a soma final dos escores da população estudada, referente aos itens do quadro III (Aspectos relacionados aos sinais de vínculo mãe-RN).

Pela observação da figura 8, em contraposição às figuras 6 e 7, nota-se uma configuração diferente, que se assemelha a uma distribuição normal. Nota-se que a maioria das mães-RN obteve pontuação entre os escores 5 a 8: escore 5 (17,8%), escore 6 (19,6%), escore 7 (24,2%) e escore 8 (13,9%).

Assim, poucas mães/RN foram classificadas nos escores extremos: 5,9% dos casos obtiveram escores 9 e 10; 4,4 % dos casos escores de 0 a 2; um único caso (0,2%) obteve escore zero.

Figura 9. Distribuição da porcentagem dos escores do quadro IV, referente à posição da mãe-RN durante a mamada. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997.

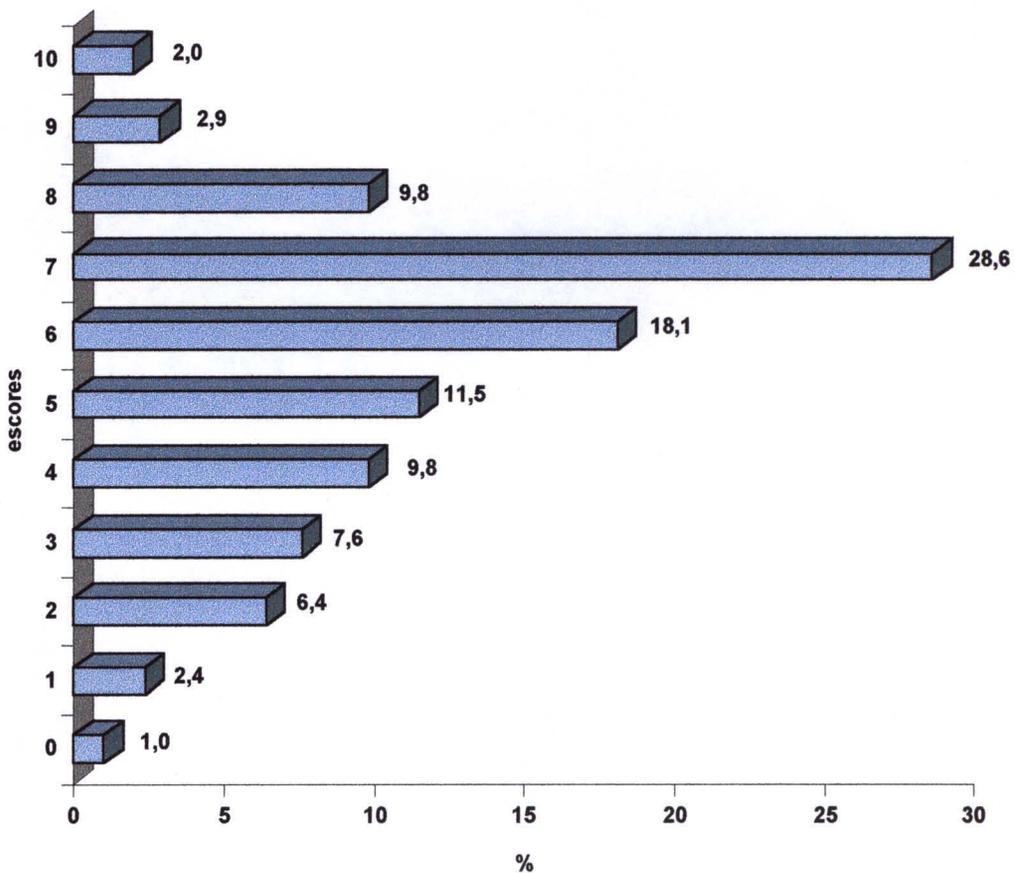


Legenda: Este gráfico demonstra a soma final dos escores da população estudada, referente aos itens do quadro IV (Aspectos relacionados à posição da mãe-RN durante a mamada).

Pode-se observar pela figura 9 que esse quadro apresenta uma configuração semelhante ao quadro III, descrito anteriormente. Da mesma forma a curva encontrada assemelha-se a uma distribuição normal. Uma vez que esse quadro apresenta classificação de escores entre 0 a 20, de forma semelhante ao quadro III, a maior concentração de mães/RN se situaram em escores elevados: escore 10 (8,8%), escore 11 (10%), escore 12 (12,5%), escore 13 (11,7%) e escore 14 (9,3%). Poucas mães/RNs foram classificadas entre os escores mais extremos.

Para os limites superiores (escores entre 19 a 20) foram incluídos apenas 0,7% dos casos. Para os limites inferiores (escores entre 0 a 3) foram incluídos 1,2% dos casos, em um único caso com escore 1 e nenhum com escore zero.

Figura 10. Distribuição da porcentagem dos escores do quadro V, referente às condições da pega do RN ao peito. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997.

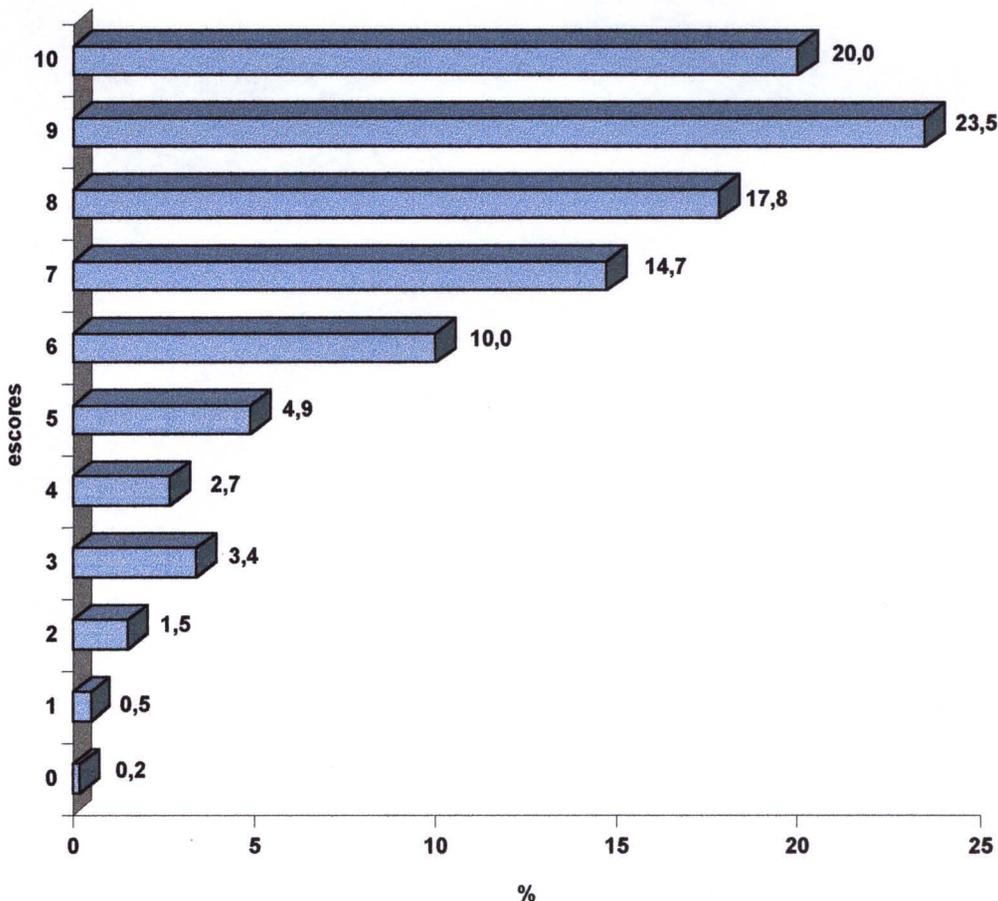


Legenda: Este gráfico demonstra a soma final dos escores da população estudada, referente aos itens do quadro V (Aspectos relacionados às condições da pega do RN ao peito).

Mediante a observação da Figura 10, observa-se que também esse quadro apresenta uma configuração semelhante aos quadros III e IV, já

descritos anteriormente. Novamente observa-se uma curva semelhante a uma distribuição normal, porém com uma concentração maior de mães/RN com classificação de escore 7 (28,6%), seguindo-se os escores de 6 e 5, respectivamente com 18,1% e 11,5%. Poucos casos foram classificados entre os escores mais extremos. Para os limites superiores (escores entre 9 e 10) 4,9% dos casos; para os limites inferiores (escores entre 0 a 2) 9,8% dos casos. A pontuação mínima incluiu o escore 0, com um caso.

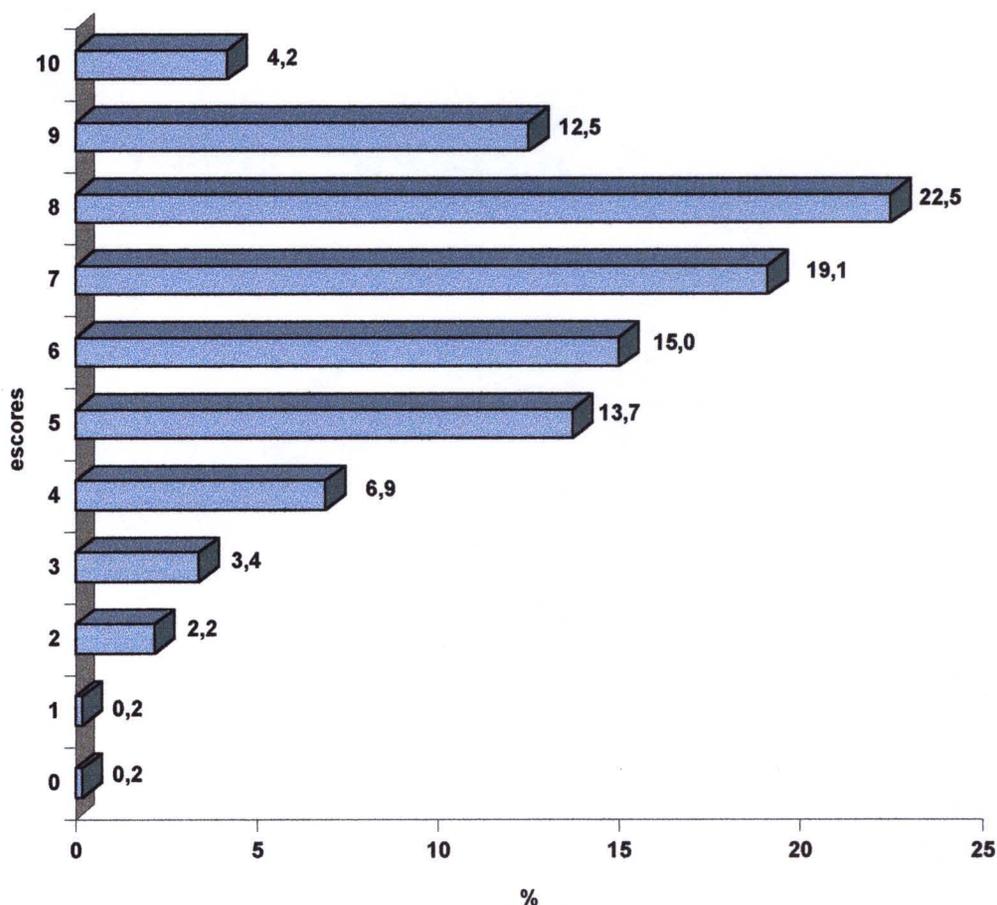
Figura 11. Distribuição da porcentagem dos escores do Quadro VI referente às condições da ordenha do RN ao peito. Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1997.



Legenda: Este gráfico demonstra a soma final dos escores da população estudada, referente aos itens do quadro VI (Aspectos relacionados às condições de pega do RN ao peito).

De acordo com a figura 11, percebe-se maior concentração de mães/RN com classificação de escores mais elevados: 20% dos casos apresentavam pontuação máxima (escore 10), 23,5% apresentavam escore 9 e 17,8% apresentavam escore 8, significando condições satisfatórias quanto à ordenha do RN. Apenas 5,6% dos casos foram classificados nos limites inferiores (escores entre 0 a 3), incluindo um caso com escore 0.

Figura 12. Distribuição da porcentagem dos escores do Quadro VII, referente às condições da classificação final da mamada. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1997.



Legenda: Este gráfico demonstra a soma final dos escores da população estudada, referente aos itens do quadro VII (Aspectos relacionados à classificação final da mamada).

De acordo com a figura 12, houve um predomínio de mães/RN com classificação entre os escores 8 (22,5%) e escore 7 (19,1%). Nos limites superiores, apenas 4,2% de mães/RN obtiveram escore 10 e 12,5% obtiveram escore 9. Nos limites inferiores, 13% dos casos classificaram-se com escore ≤ 4 (escore adotado como ponto de corte, valor correspondente à mediana, menos um intervalo interquartil, que corresponde à medida de dispersão adotada na abordagem não paramétrica).

A mediana calculada corresponde à nota 7,0 e o intervalo interquartil corresponde ao valor 3,0, conforme descrição anterior na metodologia. Somente um caso (0,2%) obteve escore 0 e outro (0,2%) obteve escore 1; 11 casos (2,2%) obtiveram escore 2.

Tabela 14. Resultado das análises univariadas de associação entre as variáveis da mãe segundo a classificação final da mamada. (Escore < 4).

VARIÁVEIS	Categorização	N	Valor de p	ODDS RATIO Bruta	Intervalo de confiança
Idade da mãe	< 20 Anos 20 Anos ou +	409	0,024*	2,12 1,00	(1,10 – 4,09)
Escolaridade da mãe	Primar.+ Ginás. Coleg. + Sup.	409	0,018*	0,45* 1,00	(0,23 – 0,87)
Tipo de parto	Cesárea Vaginal	409	0,619	1,11 1,00	(0,59 – 2,09)
Nº de consultas do pré-natal	1 a 4 cons. 5 cons. ou +	393	0,730	0,86 1,00	(0,33 – 2,13)
Orientação no pré-natal	Não Sim	398	0,037*	2,13* 1,00	(1,65 – 2,65)
Fissura mama na amament. Outros filhos	Presença Ausência	237	0,232	1,74 1,00	(0,65 – 4,86)
Experiência anterior amamentação	Negativa Positiva	409	0,407	1,45 1,00	(0,54 – 3,80)

Na tabela 14 está apresentado o resultado da análise univariada entre as variáveis da mãe segundo a classificação final da mamada.

Realizaram-se associações entre as variáveis da mãe segundo a classificação final da mamada, considerando os fatores mais importantes para este estudo do ponto de vista epidemiológico.

Observa-se que houve significância estatística ($p < 0,05$) para as variáveis: *idade da mãe, escolaridade e orientação da mãe no pré-natal*. Nota-se que a escolaridade da mãe foi estatisticamente significativa, sendo que as mães com nível de primário/ginásio apresentaram 53% de chance a menos de ter a mamada considerada insatisfatória quando comparadas com as mães com nível de colegial/superior.

Conforme já descrito na metodologia, a variável *experiência anterior da mãe na amamentação* representa a união de duas variáveis: número de filhos e tempo de amamentação do último filho.

Tabela 15. Resultado das análises univariadas de associação entre as variáveis do RN segundo a classificação final da mamada. (Escore < 4).

VARIÁVEIS	Categorização	N	Valor De p	ODDS RATIO	Intervalo de confiança
Idade do RN	0 a 29 hs	409	0,034*	1,88*	(1,00 – 3,53)
	30 a 48 hs			1,00	
Crescimento intra-uterino	PIG	408	0,117	2,49	(0,64 – 8,93)
	AIG + GIG			1,00	
Força de sucção	Fraca	404	0,000*	7,33*	(3,78 – 4,18)
	Forte			1,00	
Comport. do RN na mamada	Barracudas, excitados e gulosos	364	0,000*	7,03*	(3,61 – 13,70)
	Tranquilos e procrastinadores			1,00	
No sucções por pausa	< 4 suç.	407	0,001*	2,51*	(1,35 – 4,69)
	e > 16 suç. Entre 4 a 16 sucções			1,00	

A tabela 15 mostra o resultado da análise univariada entre as variáveis do RN segundo a classificação final da mamada. Houve significância estatística ($p < 0,05$) para as variáveis: *idade do RN*, *força de sucção*, *comportamento do recém-nascido na mamada* e *média de sucção*.

Tabela 16. – Resultado da análise de regressão logística múltipla**Modelo inicial com fatores relativos à mãe****MODELO 1**

Variáveis	Categorias	P	OR bruto	OR ajustado	I.C. (OR ajust.)
Idade da mãe	< 20 Anos	0,01*	2,12	2,23	(1,13 – 4,38)
	20 Anos ou +		1,00	1,00	
Escolaridade da mãe	Prim. + Ginás.	0,00*	0,45	0,40	(0,19 – 0,77)
	Coleg. + Sup.		1,00	1,00	
Orientação da mãe no pré natal nessa gestação	Não	0,02*	2,13	2,30	(1,11 – 4,77)
	Sim		1,00	1,00	

MODELO 1: Fatores relativos à mãe

Os fatores de risco relativos à mãe associados à qualidade insatisfatória da mamada são: mãe jovem e não ter tido orientação sobre aleitamento materno no pré-natal. A mãe de idade menor que 20 anos apresentou 2,2 vezes maior chance de ter mamada insatisfatória quando comparada com a mãe mais velha (IC=1,13 – 4,38). A mãe que não teve orientação quanto ao aleitamento materno no pré-natal teve 2,3 vezes maior chance de ter mamada insatisfatória, quando comparada à mãe que teve orientação (IC=1,11 - 4,77).

Imaginava-se que níveis mais baixos de escolaridade (analfabetas, primário e ginásio) se apresentassem como fator de risco. Entretanto os dados mostraram resultados opostos. Ou seja, a escolaridade incluindo até o nível ginásial foi associada como fator de proteção para a mamada insatisfatória (razão de produtos cruzados=0,39 e IC=0,19 – 0,77).

Tabela 17. Resultado da análise de regressão logística múltipla
Modelo inicial com os fatores relativos ao RN
Modelo 2

Variáveis	Categorias	P	OR bruto	OR ajustado	I.C. (OR ajust.)
Comportamento do RN	- Tranquilos e procrastin.		1,00	1,00	
	- Barracudas, excitados e gulosos	<0,001*	7,03	7,54	(3,62 – 15,71)
Força de sucção	Forte		1,00	1,00	
	Fraca	<0,001*	7,33	7,86	(3,82 – 16,15)

MODELO 2: Fatores relativos ao recém-nascido

As variáveis relativas ao recém-nascidos mostraram-se associadas com a qualidade da mamada, tanto na análise univariada como após ajustadas no modelo ($p < 0,001$). Os fatores relativos ao RN se mostraram mais fortemente associados com a qualidade da mamada do que os fatores relativos à mãe. Isto pode ser observado pelos valores da razão dos produtos cruzados: força de sucção 7,86 (IC= 3,82-16,15) e comportamento do recém-nascido, 7,54 (IC= 3,62-15,71). O risco da mãe e RN terem mamada insatisfatória para os RN que apresentaram um comportamento descritos como “barracudas”, “excitados ineficientemente” e “gulosos” foi de 7,54 vezes maior do que os RN que apresentaram comportamento de alimentação descritos como “tranquilos” e “procrastinadores”. O risco da mãe e RN terem mamada insatisfatória para os RN que apresentaram sucção “fraca” foi de 7,86 vezes maior do que os RN que apresentaram sucção “forte”.

**Tabela 18. – Resultado da análise de regressão logística múltipla –
Modelo final com os fatores relativos à mãe e ao RN**

MODELO 3

Variáveis	Categorias	P	OR bruto	OR ajustado	I.C. (OR ajust.)
Idade da mãe	< 20 Anos	0,08	2,12	1,20	(0,90 – 4,32)
	20 Anos ou +		1,00	1,00	
Escolaridade da mãe	Prim. + Ginás	0,09	0,45	0,50	(0,22 – 1,13)
	Coleg + Sup		1,00	1,00	
Orientação da mãe no pré-natal nessa gestação	Não	0,07	2,13	2,10	(0,92 – 4,79)
	Sim		1,00	1,00	
Força sucção do RN	Fraca	0,00	1,00	1,00	(3,66 – 16,16)
	Forte		7,33	7,70	
Comportamento do RN	Barracudas, excitados e gulosos	0,00	7,03	7,08	(3,30 – 15,05)
	Tranquilos e procrastinad.		1,00	1,00	

MODELO 3: Modelo final com os fatores relativos à mãe e ao RN

Na medida em que colocou-se todas as variáveis juntas no modelo multivariado (Tabela 18), verificou-se que as variáveis relativas ao recém-nascido mantêm a significância estatística, sendo que o mesmo não ocorre com as variáveis relativas à mãe.

Isso mostra que as variáveis da mãe, apesar de estarem associadas ao sucesso da mamada (mamada satisfatória), não são independentes das variáveis do recém-nascido. Porém as variáveis do recém-nascido são independentes das variáveis da mãe.

Portanto, como resultado final da análise de regressão logística obteve-se que as variáveis associadas à mãe e recém-nascidos para terem ***mamada insatisfatória foram força de sucção e comportamento do recém-nascido na mamada.***

Discussão

7. DISCUSSÃO

7.1. Quanto ao método:

Neste estudo buscou-se identificar as *dificuldades iniciais* para o estabelecimento da amamentação dentre mães/RN do alojamento conjunto do Hospital Guilherme Álvaro. Não se trata de um estudo representativo de toda população das mães/RN usuários do hospital, uma vez que foram excluídas mães e RN que apresentavam tanto contra-indicação médica formal, quanto intercorrências clínicas que pudessem interferir na amamentação. A seleção da população e a metodologia adotados neste estudo visavam reconhecer dificuldades outras, além dos fatores clínicos, que determinassem, por si, dificuldades adicionais.

Pode-se apontar como limitação do método, o fato de ser um estudo transversal, o qual não permite relacionar as dificuldades iniciais da amamentação com o processo de manutenção do aleitamento materno exclusivo posteriormente. Seria necessário realizar o seguimento dos bebês para poder relacionar as dificuldades iniciais do aleitamento materno com o desmame precoce. No entanto é oportuno realizar estudo sobre amamentação com enfoque fonoaudiológico, que pela simples observação da mamada, levante aspectos referentes à interação mãe & filho, comportamento do RN na mamada, condições da pega e sucção de modo a relacionar a fisiologia oral da amamentação com possíveis disfunções orais e sua interferência no sucesso do ato da amamentação.

A presente pesquisa é um estudo que inova a metodologia de observação da amamentação, pelo agrupamento de itens básicos em quadros, constituindo um formulário de observação da mamada cujo mérito é ser passível de reprodução na prática assistencial. Essa metodologia foi adaptada de roteiros de observação de mamadas que já estão em aplicação desde 95, nos "Cursos de Aconselhamento em Amamentação: Um curso de Treinamento" OMS/UNICEF (1995), criados especialmente para treinamento de profissionais de saúde em uma nova abordagem da mãe-bebê em aleitamento materno.

A "Classificação Final da Mamada" (*Quadro VII*) foi adotada como referência por expressar a síntese dos eventos relevantes envolvidos com a qualidade da mamada. Pelo fato de não haver experiência prévia com esse sistema de pontuação, estabeleceu-se um ponto de corte arbitrário baseado em critérios estatísticos. Com base nesse ponto de corte fez-se a distinção entre mamadas satisfatórias e insatisfatórias. Optou-se por atribuir peso igual a cada um dos itens observados, por não ter-se obtido até o presente momento um padrão de referência consistente que nos permitisse fazer as ponderações. É possível que a posterior utilização dos quadros venha demonstrar a vantagem de se estabelecer valores ponderados para os itens, de acordo com a maior ou menor importância dos mesmos no processo da amamentação.

Uma vez que, atualmente, a tendência mais marcante no processo de assistência ao parto caracteriza-se pela curta permanência da dupla mãe-bebê na maternidade, diminuindo-se conseqüentemente o tempo disponível para educação das mães, torna-se importante a existência de *um instrumento que possa identificar precocemente as duplas de mães-RN de maior risco na amamentação*. Segundo RIORDAN e col. (1997) tal ferramenta é difícil de se construir pelo fato de que a amamentação envolve comportamentos complexos compartilhados por dois indivíduos (mãe-bebê).

Em síntese, o maior interesse do método proposto no presente trabalho reside no fato de ser baseado *exclusivamente na observação da mamada*, principalmente com enfoque do estudo para *detecção das dificuldades orais da pega e sucção do bebê*, ao invés da avaliação da sucção por mamadeiras. Existe uma grande gama de trabalhos que realizam a observação de bebês na mamada, indiscriminando o uso de aleitamento misto, muitas vezes misturando a fisiologia oral nos 2 processos: amamentação e aleitamento por mamadeira. O processo de amamentação é, sob muitos aspectos, diferente de uma mamada em mamadeira. Em primeiro lugar, o fluxo de leite materno não é uniforme, ocorrendo em surtos diferenciados; além disso o padrão de sucção do recém nascido varia ao longo da mamada, de acordo com a composição e a disponibilidade do leite.

Ao contrário, a mamadeira fornece leite em fluxo e composição constantes, o que pode dificultar a identificação de dificuldades do processo de amamentação (CHETWYND e col. 1998).

Uma crítica que pode ser feita ao método empregado é o fato das observações das mamadas terem sido feitas apenas uma vez em cada par mãe-RN. É possível que a observação de mais mamadas nos tivesse levado à obtenção de escores diferentes, pela influência de diversos fatores, como humor da dupla mãe-bebê no momento da observação, aprendizado rápido do processo de amamentação por mães ainda inexperientes, entre outros. Além disso, essa crítica pode ser ainda acrescida do risco existente de haver tendências por parte do observador. Em nosso trabalho tentamos minimizar esse risco através da observação sistemática em duplas de observadores, atribuindo-se apenas as notas obtidas do consenso entre a dupla. A esse respeito, em recente trabalho de RIORDAN e col. (1997) os autores avaliaram a confiabilidade de três diferentes instrumentos de avaliação da amamentação (Infant breastfeeding assesement tool - IBFAT, Mother baby assesement tool - MBA e Breastfeeding assesement tool - LACHT) através de filmagem de 23 mamadas de 13 pares mãe-bebê. Os autores submeteram os filmes a três diferentes observadores e mediram o grau de coincidência entre os mesmos através da correlação de "spearman", revelando pequena porcentagem de coincidência entre observadores diferentes (correlações observadas entre 0,11 até o máximo de 0,69). No mesmo trabalho os filmes foram revistos pelos mesmos observadores seis meses após a primeira avaliação e a porcentagem de coincidência foi também reduzida, variando de 37% até 97,2%. Os autores concluem que, embora uma escala simples e confiável para avaliação da amamentação seja necessária, a confiabilidade das escalas avaliadas nesse estudo não permite sua adoção na prática clínica e os autores igualmente reclamam maior número de estudos nessa área.

É evidente que a discussão de tal metodologia não se esgota no presente trabalho. Pretendemos estender essa metodologia de observação em outros estudos, com destaque para a avaliação desses quadros em períodos de

seguimento prolongados e assim testá-los como possível ferramenta para o diagnóstico de problemas da amamentação e o risco de desmame precoce.

7.2. Quanto aos Resultados

7.2.1. Variáveis relativas à mãe

Em estudo epidemiológico sobre o desmame precoce no mundo todo, RÉA (1989), relaciona os seguintes fatores com a dificuldade inicial para o estabelecimento da amamentação: idade da mãe, escolaridade dos pais, presença de companheiro, paridade, prática do aleitamento anterior, problemas com a mama e introdução precoce da mamadeira, acesso ao leite artificial e exposição à promoção comercial de substitutos do leite materno, orientação dos profissionais de saúde, tabus alimentares e falta de conhecimento do valor nutricional do leite materno.

Analisando as *características sócio-demográficas da população* deste estudo destacamos:

A média de *idade das mães* foi 25,4 anos e houve predomínio da faixa etária de 20 a 24 anos, semelhante à média de 24,7 anos do estudo de SEGALL (1996), realizado no mesmo alojamento conjunto do Hospital Guilherme Álvaro (HGA). Neste trabalho, que fez parte de um estudo multicêntrico, SEGALL (1996) analisou o impacto da assistência à mãe e à criança, na duração do aleitamento materno total, em coorte selecionada na população assistida em dois hospitais da cidade de Santos, sendo um deles o HGA. Dentre os objetivos específicos desse estudo incluíram-se a descrição de atividades hospitalares de assistência ao parto e ao recém-nascido e a identificação de indicadores de risco para o desmame precoce.

Quanto ao *nível de escolaridade*, a média foi a conclusão da 6ª série e a mediana da 7ª série completa. Da mesma forma SEGALL (HGA, 1996), obteve como média de frequência à escola a duração de 7 anos. No presente estudo, a variável escolaridade da mãe foi estatisticamente significativa ($p=0,018$), mediante a análise univariada com o resultado do

quadro VII (Classificação final da mamada). Observou-se como resultado dessa análise que mães com nível de primário/ginásio obtiveram 53% de chance a menos de apresentar mamada insatisfatória, quando comparadas com as mães de nível colegial/superior, dado discordante da literatura. Entretanto, é preciso tomar cuidado ao se analisar esta relação individualmente, uma vez que outras variáveis intervenientes podem ter influenciado nesta associação. Acredita-se que para concluir mais dados sobre essa questão, seria imprescindível estudos mais direcionados para esse objetivo.

Em relação ao *tipo de família*, constatou-se que a maioria das mães (81,6%) contava com o companheiro em casa, na época do nascimento do bebê, dado semelhante (82,7%) ao encontrado no estudo de SEGALL (1996). Segundo dados da Pesquisa de Condições de Vida na Região Metropolitana de São Paulo/SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados 1994) os dados referentes ao litoral do Estado de SP, segundo o tipo de família foram semelhantes aos achados em nosso estudo: 72,4% das famílias contavam com a presença do pai em casa, 48% das famílias eram estruturadas em casal com filhos, 9,2% das famílias formadas pelo chefe e filhos (neste estudo incluídos como chefes as mulheres sem companheiro) e 15% das famílias organizadas em casal com filhos e outros parentes.

Quanto à frequência ao *pré-natal*, um total de 393 de mulheres (96% da população), referiram ter procurado esse serviço, sendo que destas, 84,7% compareceram em no mínimo 5 consultas, conforme recomendações do Ministério da Saúde/1988 (CORREIA e McAULIFFE 1994). A média de consultas no pré-natal foi de 6,5 consultas e a mediana de 6 consultas. Apesar desses números superarem a média mínima de atendimento para o pré-natal recomendado pelo Ministério da Saúde, somente 36,8% das mulheres receberam alguma *orientação no pré-natal* sobre aleitamento materno e apenas 15,2% dessas referiram que essa orientação foi frequente durante as consultas do pré-natal, o que aponta que os serviços de atendimento à gestante na Baixada Santista ainda são insuficientes quanto a orientação ao aleitamento materno.

Nossos achados confirmam dado anterior, de SEGALL (1996): 93,8% da população de mulheres recorreram aos serviços do pré-natal e realizaram 6,4 consultas em média; apenas 40% dessas gestantes receberam alguma orientação sobre aleitamento durante as consultas.

Em Santos, de acordo com dados epidemiológicos do Programa de Saúde da Mulher e Programa do Recém-Nascido de Risco (1998), o percentual de gestantes que fizeram o pré-natal (considerando-se mais de 3 consultas) foi de 90% em 1997 e 92% em 1998, sendo que mais de 90% dessas mulheres receberam orientação quanto ao aleitamento materno. É provável que essa estimativa esteja superdimensionada, já que não se aprofundou a questão com as mães. De qualquer modo, é importante repensar permanentemente a forma de como desenvolver a orientação às mães, para que esta seja eficiente.

Em relação ao *número de filhos* observou-se que 162 mães (39,6%) eram primíparas e 102 mães (25%) tinham já 1 filho por ocasião do nascimento do RN incluído neste estudo. A média do número de filhos foi 2,3 e a mediana de 2 filhos. SEGALL (1996) encontrou, 2 filhos em média e 46,9% de mães primíparas.

Quanto à *experiência anterior em relação ao aleitamento materno* das mães não primíparas, num total de 247 mães, 236 mães (95,5%) já haviam amamentado anteriormente. Destas, 60 (24,3%) tiveram experiência negativa na amamentação (amamentaram por 3 ou menos meses) e 187 mães (75,7%) demonstraram experiência positiva (amamentaram mais de 3 meses).

Em relação à *história pregressa de fissura*, das 236 mães que apresentavam experiência anterior em relação ao aleitamento materno, 141 (59,7%) referiram antecedente de fissura mamária e conseqüentemente dificuldade para amamentar seus bebês anteriormente, indicando uma alta incidência dessa patologia. Em sua pesquisa SEGALL (1996) constatou que 26,7% das mães referiram queixa de pelo menos uma intercorrência quanto a problemas com as mamas, incluindo: ingurgitamento mamário, rachadura dos mamilos ou mastite.

A literatura confirma a alta incidência de fissuras mamárias. Os traumas mamilares são considerados complicações comuns no aleitamento materno e o segundo problema mais frequente que interfere na continuidade deste (WOOLRIDGE 1986 b).

No presente estudo constatamos também uma alta incidência deste problema, sendo que durante a entrevista com as mães 47,3% referiram queixa de dor ou esfolamento durante mamada ainda no alojamento conjunto antes do término das primeiras 48 horas após o parto e 5% foram diagnosticadas com esfolamento, já iniciando a fissura mamilar (mediante avaliação do Quadro VII - Classificação Final da mamada).

PELÁ, em 1980, pesquisando trauma mamilar e outros fatores mamários que interferem no aleitamento materno, em estudo prospectivo com 260 puérperas de uma maternidade de Ribeirão Preto, constatou trauma mamilar em 163 (62,7%), sendo que 41 (15,7%) apresentavam ambos os mamilos erodados, 24 (9,2%) ambos os mamilos fissurados e 33 (12,6%) crosta em ambos os mamilos. Dor mamilar foi referida por 214 pacientes (83,3%) e o risco relativo encontrado de ocorrer dor na amamentação é de 6,7 vezes mais na presença de trauma mamilar. Todas as mães incluídas no estudo amamentavam seus bebês por ocasião da alta hospitalar e não apresentavam problemas orgânicos nas mamas. O estudo visou verificar, entre outros objetivos, a incidência do ingurgitamento mamário, do trauma mamilar e da sensação dolorosa dos mamilos nos primeiros sete dias após o parto.

Os fatores associados ao trauma mamilar encontrados foram mães com mamilo claro (róseo e castanho claro), uso de bomba de ordenhar, negativa de perda espontânea de colostro no pré-natal, renda "per-capita" maior ou igual a um salário mínimo vigente. Também registrou-se associação com introdução precoce da mamadeira suplementar com a presença do trauma mamilar.

GUNTHER (1945) estudando 144 mulheres, citado por VINHA e col. em 1987, p.370, constatou que **64% apresentavam algum tipo de lesão mamilar**, sendo que 71 delas era do *tipo erosivo* (quando com desgaste da

superfície provocado pela sucção) , em 5 era do *tipo ulcerativo* (desgaste grande da epiderme com comprometimento também da derme) e em 3 as lesões eram dos dois tipos.

NEWTON (1962) em estudo de caso-controle, com o objetivo de identificar os fatores que podem afetar a integridade do mamilo, citado por VINHA e col., em 1987, p. 370, observou, no grupo de controle que 44% das pacientes apresentaram lesão no 3º dia pós-parto e 25% lesão no 5º dia. As lesões ocorreram em 33% das mães com experiência em aleitamento e em 52% das mães sem experiência”.

7.2.2. Variáveis relativas ao RN:

A maioria das variáveis como crescimento intra-uterino, peso, sexo e boletim de Apgar não estiveram associadas à qualidade insatisfatória da mamada. Isto se explica pela seleção prévia da população a ser estudada, caracterizada por RN normais, eutróficos e a termo.

Por isso discutiremos, a seguir, as variáveis do RN relativas a observação da mamada: idade, força de sucção, sucção não nutritiva e comportamento do bebê conjuntamente às variáveis da mãe-RN.

7.2.3. Variáveis relativas ao par mãe-RN:

De uma forma global, o **Quadro VII** - Classificação Final da Mamada, mostra que 54 casos (13%) de pares mãe-RN obtiveram escore 4 ou menos, significando mamada insatisfatória e portanto dificuldade inicial no estabelecimento da amamentação. Vale a pena analisar individualmente cada um dos aspectos da mamada considerados na Classificação Final (**Quadro VII**), pois eles mostram diferenças importantes.

Assim, foram detectados aspectos desfavoráveis associados para o estabelecimento da amamentação, sendo estes: 19 casos (4%) apresentaram dificuldades relacionadas às condições da mama (**Quadro I**); 21 casos (5%) quanto aos sinais de vínculo mãe-filho (**Quadro III**); 12 casos (3%) relacionadas à posição mãe/recém-nascido na mamada (**Quadro IV**);

20 casos (5%) referente às condições da pega do recém-nascido (**Quadro V**) e 33 casos (8%) referente às condições de ordenha do recém-nascido ao peito (**Quadro VI**). A distribuição dos valores quanto aos reflexos orais do RN (**Quadro II**) foi quase que exclusivamente concentrada no escore 10 (nota máxima) o que não permite o estabelecimento de um ponto de corte para essa variável.

No extremo oposto, observaram-se condições favoráveis para a amamentação, considerando aspectos anátomo-fisiológicos e condições da mama (**Quadro I**), quanto aos reflexos orais do RN (**Quadro II**).

Em relação às condições das mamas (**Quadro I**), 148 casos (36%) das mães classificaram-se com pontuação máxima (escore 10), 82 casos (20%) com escore 9 e 93 casos (23%) com escore 8, perfazendo um total de 323 (79%) de mães com ótimas condições para a amamentação.

Quanto aos reflexos orais do RN (**Quadro II**), 91% dos RN apresentaram pontuação máxima (escore 10) o que expressa condições muito satisfatórias.

Vale a pena ressaltar que já era esperada uma classificação com escores elevados nesses quadros, dados os critérios de exclusão já referidos na metodologia quanto as intercorrências clínicas e as alterações orgânicas que pudessem acarretar, já de início, dificuldades na amamentação.

WIDSTRÖM e THINGSTRÖM-PAULSSON, em 1993, observaram recém-nascidos saudáveis, a termo, nascidos de parto vaginal, a fim de detectar a posição da língua na cavidade oral durante a estimulação dos reflexos orais antes da primeira mamada. Verificaram que a grande maioria (90%) *apresentou o reflexo de procura à mama adequado*, o que inclui: giro total da cabeça em direção ao peito, abertura extrema da boca e língua rebaixada na cavidade oral, desde que o bebê esteja com fome e em estado de alerta. O mesmo processo não ocorre quando os RN estão chorando porque, nesta condição, a língua se levanta podendo dificultar a pega, o que ocorre, geralmente, quando os bebês são forçados a mamar e ainda não demonstram sinais de fome. Os autores alertam para que esses detalhes sejam considerados, uma vez que é frequente a queixa em clínicas

pediátricas e maternidades quanto à dificuldade no manejo da língua em posição alta na cavidade oral, durante a amamentação.

Como a população de mães e RN do nosso estudo é semelhante, não é de se surpreender que 91% dos recém-nascidos apresentaram condições adequadas quanto ao funcionamento oral e reflexos orais. Quanto aos demais, em 7 casos (2%) os reflexos de procura e sucção mostravam-se pouco ativos; em 12 casos (3%) o reflexo de sucção encontrava-se exacerbado, sendo possível observar sucção de língua, dedos e lábios; em 6 casos (1%) o reflexo de mordida foi observado muito exacerbado e em 9 casos (2%) observou-se uma incoordenação geral do funcionamento. Os únicos 3 bebês (1%) que obtiveram escore 4, apresentavam o reflexo de vômito antes da mamada, mas após serem submetidos a uma lavagem gástrica, o funcionamento dos reflexos orais tornou-se adequado.

Alguns estudos apontam a *pega ao peito e a técnica de sucção correta* como elementos básicos para o sucesso da amamentação.

BU'LOCK e col. (1990), salientam a importância do encaixe da boca do bebê ao peito (pega correta) na amamentação. A importância da pega correta é sustentada por estudos iniciais através de cine radiografias, datados a partir de 1950 e confirmados recentemente com estudos de imagens através da ultrassonografia, da década de 1980 em diante (WEBER e col., 1986). Esses estudos descrevem detalhadamente a dinâmica de eventos que ocorrem dentro da boca do bebê durante a amamentação, conforme descrição anterior na introdução deste trabalho. Descrevem ainda a contribuição da pressão da língua exercida através de onda peristáltica desta contra o mamilo, além da pressão negativa intra-oral formada pelo correto contato entre língua/depressão da mandíbula contra os seio lactíferos, fatores esses que influem positivamente para a transferência do leite da mama para a boca do bebê (WOOLRIDGE, 1986 b). As anomalias orgânicas que interferem negativamente nessa pega correta seriam as fissuras lábio-palatais, fissuras sub-mucosas, anquiloglossia e laringomaláceas. As práticas clínicas relacionadas ao tratamento dos bebês prematuros (intubação prolongada, sondas oro ou nasogástrica) também

podem interferir no desenvolvimento normal da coordenação da alimentação, assim como ocasionar problemas respiratórios devido ao refluxo gastroesofágico e aspiração.

No nosso estudo, a observação dos aspectos referentes às condições de pega do RN ao peito (**Quadro V**), da ordenha (**Quadro VI**), assim como da posição da mãe-RN ao peito (**Quadro IV**), revela uma situação bastante diferente dos **Quadros I e II**, que abordaram as condições das mamas e reflexos orais do RN, os quais apresentaram escores elevados. Em ambos os **Quadros V e VI**, a concentração maior de mães-RN ocorreu entre escores médios de 5 a 8. Quanto às condições da pega do RN ao peito (**Quadro V**) apenas 20 (5%) dos casos obtiveram classificação entre os escores 9 e 10 (limites superiores), sendo que a maioria de mães-RN concentrou-se em escores médios, entre 5 a 8 (278 casos, 68%). Quanto às condições de ordenha, (**Quadro VI**) a situação é melhor, sendo que 177 casos (43%) classificaram-se entre escores 9 e 10 (limites superiores) e 193 casos (47%) entre escores médios de 5 a 8. Pela observação da posição mãe-RN (**Quadro IV**), da mesma forma, nota-se a maior concentração dos pares mães-RN entre os escores médios de 9 a 14, ou 247 casos (60%) dos casos e somente 3 casos (0,7%) nos escores mais elevados.

De certa forma já era esperado alguma dificuldade quanto à pega e ordenha do RN ao peito (**Quadros V e VI**), assim como referente ao posicionamento da mãe-RN durante a mamada (**Quadro IV**) e sinais de vínculo mãe-RN (**Quadro III**), os quais traduzem uma interação entre ambos. Apesar desses resultados deverem ser apreciados com alguma reserva devido às próprias limitações do método, que ateu-se à observação de apenas uma mamada nas primeiras 48 horas de vida dos RN, é importante considerar-se que o aleitamento materno é fruto de um processo que exige conhecimento, aproximação e tempo, sendo esperado inicialmente alguma dificuldade nessa primeira adaptação. Além disso, mãe e RN encontravam-se no alojamento conjunto, fora do ambiente familiar, sendo que em vários casos a mãe apresentava ainda dor ou desconforto devido o processo do parto.

Para posicionar corretamente o bebê ao peito e facilitar a pega, auxiliando-o a realizar uma boa apreensão da mama, é preciso que haja um certo grau de aprendizagem por parte da mãe. Isso implica numa interação entre mãe e filho, na coordenação de vários fatores como: grau de experiência da mãe na amamentação, percepção da mãe quanto aos reflexos orais e respostas do RN, comportamento do RN, tolerância do bebê quanto à espera da colocação da mama pela mãe, vigor da sucção do bebê além da disponibilidade interna da mãe em aprender com seu filho a auxiliá-lo ou facilitar novas possibilidades para que ele mame adequadamente. Devido a todos esses fatores, é muito freqüente, no início da amamentação, mães apresentarem dificuldades para posicionar seus RN ao peito.

Os trabalhos que discutem técnica de amamentação concordam que se deve dar especial atenção à forma de posicionar o corpo do RN em relação ao corpo da mãe. É importante que o corpo do RN esteja sempre próximo e voltado para o corpo da mãe (“barriga com barriga”), com sustentação do quadril, para que esse posicionamento seja mantido. Outro aspecto importante é assegurar que a boca do RN permaneça na altura do mamilo, sustentando a cabeça do bebê e a mama (MS, 1993; LAWRENCE 1994; OMS/UNICEF 1995; VALDÉS 1996; KING 1991; MURAHOVSKI 1997; 1998).

RIGHARD e col. (1992), avaliando a técnica de amamentação na primeira semana de vida, em estudo de 82 pares mãe-RN na Suécia, demonstrou que a técnica correta de sucção tem forte influência sobre a duração do aleitamento materno. Os RN com técnica inadequada (sucção exclusiva do mamilo) foram distribuídos aleatoriamente em 2 grupos: o grupo de sucção corrigida (no qual as mães foram orientadas quanto a forma de colocar corretamente o bebê) e o grupo de sucção não corrigida, sendo estes comparados com um grupo controle de bebês com técnica adequada, desde o início. A probabilidade do desmame precoce e de introdução da mamadeira no 1º mês de vida foi 10 vezes maior no grupo de sucção não corrigida. Observou-se que as taxas de amamentação exclusiva ou parcial foram mais elevadas no grupo de sucção corrigida. A respectiva proporção de mães

ainda amamentando exclusiva ou parcialmente foram: 64% (16/25) versus 96,5% (55/57) no primeiro mês de *follow-up*; 48 % (12) versus 84% (48) no segundo mês; 44% (11) versus 79% (45) no terceiro mês e 40% (10) versus 74% (42) no quarto mês, diferenças estas consideradas significantes ($p<0,001$).

Nesse estudo, os fatores responsabilizados pelas mães quanto ao desmame precoce, durante os 4 meses de seguimento foram: leite insuficiente (23); bebê impaciente para a alimentação (12); incerteza dos pais quanto a introdução de uma mamadeira noturna (10); problemas com traumas mamilares ou ingurgitamento mamário (10); doenças da mãe ou do bebê (6); retirada do leite para dar através da mamadeira (5); bebê agitado, insaciável durante a alimentação (2), insuficiente ganho de peso (2) e outros (6). Dentre esses, leite insuficiente foi a principal justificativa dada pelas mães para o desmame precoce.

Esse estudo aponta a necessidade de orientar as mães precocemente, já no início do estabelecimento da amamentação, para que elas adquiram uma técnica correta de amamentação. Por outro lado, demonstra a importância de se considerar outros fatores, além da técnica, que podem induzir o desmame precoce com problemas com as mamas, comportamento do bebê, inseguranças dos pais, entre outros.

Nosso estudo confirma a importância da interferência de outros fatores na qualidade satisfatória de uma mamada, já nas primeiras 48 horas de vida do RN.

Mediante o teste de associação univariada do X^2 , obteve-se como fatores estatisticamente significantes *a idade da mãe, grau de escolaridade, orientação da mãe no pré-natal sobre aleitamento, idade do RN, força de sucção, comportamento do RN na mamada e número de sucções por pausa*. Segundo a análise de regressão logística múltipla, os únicos fatores associados com a qualidade insatisfatória da mamada foram o ***comportamento do bebê ($p<0,001$) e força de sucção ($p<0,01$)***. Assim, o risco das mães e RN terem mamada insatisfatória para os RN que apresentaram comportamentos descritos como “barracudas”, “excitados

ineficientemente” e “gulosos” foi de 7,54 vezes maior do que os RN que apresentaram comportamento de alimentação descritos como “tranquilos” e “procrastinadores”.

Quanto à força de sucção observou-se que o risco das mães e RN terem mamada insatisfatória foi de 7,86 vezes maior para os RN que apresentaram sucção fraca em relação aos RN que apresentaram sucção forte.

A sucção é um ato reflexo no início da vida, porém mesmo em RN normais, pode-se observar variações no comportamento da sucção relacionado aos seus diferentes tipos de comportamento e interação com o meio (BRAZELTON 1988). Segundo o autor, que observou atentamente bebês, mediante seu trabalho na clínica pediátrica e também em pesquisas nessa área, existem variações individuais dos RN tanto na aparência, nos sentimentos, nas reações aos estímulos e na capacidade de desenvolvimento de seu próprio padrão individual. Cada bebê, desde o nascimento, tem seu próprio estilo e a administração de energia está no âmago desse estilo. Assim, os RN vão se diferenciando desde o início, e uma das formas claramente perceptíveis é o padrão de sucção. Alguns, demonstram sucção vigorosa e inflexível, com longas seqüências de sucções e pausas regulares e não se deixam influenciar por estímulos exteriores, demonstrando interesse concentrado na sucção. Outros são totalmente suscetíveis ao meio externo, distraem-se com facilidade, apresentando seqüências curtas de sucção, com pausas mais frequentes.

Essas observações confirmam a classificação proposta anteriormente quanto aos diferentes padrões de comportamento dos bebês na alimentação, (BARNES e col. 1953), caracterizando os “barracudas”, “excitados ineficientemente”, “procrastinadores”, “gulosos” e “tranqüilos”.

O nosso estudo confirma a literatura quanto aos já descritos padrões de comportamento dos bebês e a associação destes com a qualidade da mamada e interferência no estabelecimento da amamentação, assim como a relação mãe-bebê.

Na presente pesquisa houve predomínio do comportamento “tranquilo” apresentado por 252 (62%) dos RN observados. Por outro lado, os comportamentos tipo “gulosos” observados em 38 (9%) dos RN, “barracudas” em 61 casos (15%) e “excitados ineficientemente” em 23 (6%), totalizando 122 casos (total de 30,5%), ***constituíram um dos dois fatores de maior risco interferentes para uma mamada insatisfatória.***

KLAUSS e KLAUSS (1989), observaram que os bebês nascem munidos de atributos referentes aos seus sentidos e reflexos, que os preparam para a interação com a família e para o mundo, sendo que a forma de se aconchegarem, de serem alimentados, acalmados e tocados pelo corpo da mãe inicialmente, favorece o processo de interação do par mãe-RN. Durante a primeira hora de vida, ocorre um período prolongado de atividade alerta no bebê recém-nascido. Este olha para o rosto da mãe, acompanha e responde à sua voz. Responsivos ao movimento do bebê, muitos pais expressam um estado incomum de excitação quando começam a fazer contato com seus bebês.

WINNICOTT, em 1996, refere que acontece uma nítida mutualidade entre mãe e recém-nascido nesse início do relacionamento. Segundo o autor, acontece uma preocupação materna primária, caracterizada por um estado de sensibilidade aumentada da mãe que dura algumas semanas após o nascimento, sendo que a mãe parece estar especialmente aberta e incomumente receptiva para a aprendizagem quanto a percepção do seu bebê através de todos os sentidos deste. O bebê, por sua vez, pode manifestar sua individualidade, preferências, através de todos os seus sentidos e começar a interagir com a mãe e posteriormente com o mundo. Uma das formas importantes dessa interação é o contato olho a olho, geralmente muito procurado pelos pais, principalmente no início da interação. Durante a amamentação, a distância entre os olhos da mãe e do bebê é de aproximadamente 25 centímetros, distância ideal para que o bebê possa ver sua mãe ou seu pai. A audição é também estimulada tanto por parte do bebê como da mãe. Esta utiliza frequentemente um tom de voz mais agudizada ao falar com seu filho, o que atrai o RN, o qual se interessa mais por sons de

alta frequência. Por outro lado, o choro do bebê estimula a produção de leite na mãe. Aos poucos, um elo de trocas sensoriais, hormonais e emocionais vai se estabelecendo entre mãe e bebê, permeando a relação.

Vários autores referem a importância da amamentação para facilitação do processo de interação e apego entre mãe e filho (LAWRENCE 1994; WINNICOTT 1996; OLIVEIRA 1996; KING 1991).

Considerando a importância da amamentação para esse início de interação, abordou-se também em nosso estudo, aspectos referentes a relação mãe-RN durante a mamada, como fatores a serem incluídos quanto a Classificação Final da Mamada (**Quadro VII**), sendo esses referentes aos sinais de vínculo mãe-RN (**Quadro III**).

Neste quadro, nota-se que poucas mães-RN foram classificadas em escores mais elevados, atingindo os limites superiores. Quanto aos sinais de vínculo mãe-RN na mamada (**Quadro III**) nos escores 9 e 10 foram incluídos apenas 5,9% dos casos, já que a grande maioria das mães obteve escore 5 a 8 (75%). A maioria dos pares apresentou alguma dificuldade, da mesma forma que nos **Quadros IV, V e VI**, referentes à posição mãe-RN, pega e ordenha do RN ao peito, devido a interação dos vários fatores relacionados, conforme já foi salientado.

Segundo BARNES e col. (1953) o processo de alimentação entre cada par mãe-bebê vai depender da combinação de vários fatores, tais como: características individuais do bebê, personalidade da mãe, qualidade da assistência do serviço de saúde e grau de intimidade da enfermeira, médico ou profissional de saúde com as características individuais de cada mãe e bebê.

Considerando todos esses fatores, LAWRENCE (1994) faz algumas recomendações para melhor ajuste do binômio mãe-bebê no início da amamentação. O sucesso deste processo dependeria do êxito da associação inicial entre mãe e bebê e posteriormente da relação entre mãe-bebê e o pai e/ou família. A chave desse sucesso consiste em **estabelecer senso de confiança na mãe quanto a sua capacidade em amamentar e oferecer-lhe apoio técnico e emocional**. Para tanto, é importante que os

profissionais de saúde, além de conhecerem anatomia, fisiologia da lactação e manejo clínico do aleitamento, saibam também diagnosticar e tratar os problemas da dupla mãe-bebê, trabalhando nos moldes do aconselhamento materno.

Outros pontos-chaves no manejo clínico do aleitamento materno, referem-se ao correto posicionamento entre mãe-RN e à técnica de sucção. ***A correta técnica de sucção durante a primeira semana após o nascimento está relacionada com o longo sucesso do aleitamento (RIGHARD 1992; LAWRENCE 1994).***

Em estudo do tipo caso-controle RIGHARD (1996), verificou que em 52 pares de mães-bebês saudáveis, com diagnóstico de traumas mamilares, 49 bebês (94%) apresentavam erro de técnica de sucção e dos 40 pares de mães-bebês do grupo controle, sem problemas mamilares, somente 4 bebês (10%) apresentavam erro de técnica ($p=0,0001$). Todos os bebês foram classificados a termo, com idade média de 5 semanas, com limites entre 1 a 17 semanas de vida. A média de idade das mães era de $29,3\pm 4,6$ anos. A técnica correta de sucção foi classificada mediante: boca bem aberta, língua abaixo da aréola, expressão do leite do peito devagar, através de sucções lentas e profundas. A técnica de sucção incorreta foi classificada mediante a sucção superficial do mamilo. Posteriormente realizou-se seguimento através de telefonemas e entrevistas pessoais durante um ou mais meses, até que a rotina de alimentação estivesse estabilizada. O grupo de mães/bebês com dificuldade de sucção fez mais uso de chupeta (73%) comparado com 30% do grupo controle ($p=0,003$); do total dos bebês que usavam chupeta, 73% apresentavam técnica incorreta de sucção, comparado com 41% entre aqueles que não usavam chupeta ($p=0,016$). Após 4 meses de seguimento, mais pares de mães-bebês que tiveram problemas de aleitamento no início e técnica incorreta de sucção, interromperam precocemente o aleitamento, comparadas aos pares de mães-bebês com técnica correta. Os problemas mais comuns relatados pelas mães do grupo que apresentaram problemas de aleitamento foram: comportamento do bebê, apresentando-se este inquieto e chorando entre as refeições (37%); traumas mamilares (33%);

bebê agitado durante a amamentação (25%); introdução de mamadeira suplementar devido ansiedade dos pais quanto a adequação da nutrição do bebê (23%).

No nosso estudo, em relação aos principais problemas de pega do RN (**Quadro V**), dos casos (n=71) classificados como mamada insatisfatória, os problemas mais freqüentes da **pega** relacionaram-se: a) com a forma do RN de abocanhar a aréola, sendo que 57 casos (80%) só abocanharam o mamilo e 14 (20%) só parte da aréola; b) com a tensão labial executada pela musculatura peri-oral na pega, sendo que 43 casos (60%) apresentaram tensão excessiva e 20 (28%) tensão diminuída.

Os principais problemas de **ordenha** do RN ao peito (**Quadro VI**), dos casos (n = 95) classificados como mamada insatisfatória, foram as alterações mais frequentes, a saber: a) os movimentos mandibulares, sendo que 91 casos apresentaram movimentos incoordenados ou de “mastigar o mamilo” (padrão mordedor); b) alteração do ritmo de ordenha, sendo que 59 casos apresentaram ritmo muito rápido ou muito lento, e 29 ausência de ritmo estabelecido; c) movimentos da língua, sendo que 69 casos apresentaram a língua pouco posteriorizada e sem canolamento durante a ordenha e 14 casos apresentaram a língua totalmente posteriorizada.

ANDRADE, em 1993, estudou 30 mães/RN no período puerperal, com condições orgânicas para o aleitamento materno e observou uma mamada, com o objetivo de verificar a associação do padrão de sucção e a fissura mamária. A conclusão foi que as alterações do padrão da sucção estão associadas com a fissura mamária. O autor apontou como principais alterações orais a inadequação dos lábios e músculos orbiculares orais (redor dos lábios), que não permitiam a preensão adequada do mamilo e também o distúrbio da movimentação mandibular, que exercendo movimentos de “mastigação do mamilo” ou “mordida” (compressão das gengivas contra os mamilos), ao invés dos movimentos de anteriorização e elevação, constituiu a principal causa de traumas do mamilo.

Para detecção de problemas de sucção é necessário uma observação anatômica oral detalhada, assim como o teste da sucção não nutritiva¹³, além da movimentação das estruturas orais durante a mamada (MARMET e SHELL 1984).

Existem 2 tipos de sucção: não nutritiva e nutritiva. A sucção não nutritiva ocorre mediante a ausência de líquido e caracteriza-se por movimentos rápidos de sucção, em média 2 sucções por segundo. A sucção nutritiva, mediante a presença do leite, varia de acordo com o tipo de bico (tamanho, forma e material do bico), quantidade de saída do leite, viscosidade do líquido e saciação (HARRIS 1986; MORRIS E KLEIN 1987; MEYERHOF 1990).

Na amamentação, no início da mamada e mesmo antes do reflexo de ejeção de leite (sucção não nutritiva), que demora em média de 2 a 3 minutos para ser desencadeado, ocorre elevada frequência dos movimentos de ordenha, principalmente quanto aos movimento da língua e mandíbula, com pequenas variações, entre 1 a 3 sucções por segundo (BOWEN e col. 1982; DOUGLAS, 1994; ESCOTT, 1989; LAWRENCE 1994) e pausas longas de 3 a 10 segundos (ESCOTT, 1989) seguindo sempre essa ritmicidade, determinada pelos centros reticulares (DOUGLAS, 1994). Posteriormente, após a descida do leite (sucção nutritiva) a frequência de sucção decresce para 1 sucção por segundo (BOWEN e col. 1982) e pausas esporádicas (ESCOTT, 1989).

Em nosso estudo, a maioria dos RN apresentou condições satisfatórias quanto a avaliação da sucção não nutritiva, relacionada a força de sucção. Dos 407 RN avaliados, 75 (67%) apresentaram sucção vigorosa. O resultado deste teste mostrou-se condizente com o padrão geral da avaliação dos reflexos orais, sendo que 91%, dos 409 RN avaliados apresentaram excelentes condições quanto ao funcionamento oral, conforme descrição anterior.

¹³ Vide maiores detalhes sobre a avaliação da sucção não nutritiva no capítulo da Metodologia (4.4.2. Critérios de categorização das variáveis - variáveis relacionadas ao recém-nascido).

MARMET e SHELL, em 1984, referem resultados satisfatórios quanto ao treino de sucção de neonatos com dificuldades na sucção ao peito, através de técnicas simples de treinamento oral, utilizada no Instituto de Lactação e Clínica de Aleitamento de Los Angeles, Califórnia. Segundo as autoras, as rotinas dos serviços de aleitamento materno em geral priorizam a orientação quanto ao posicionamento mãe-RN na mamada, suporte emocional e auto-ajuda para as mães, além do manejo básico quanto a técnica de sucção, porém nem sempre resolvem problemas de sucção mais específicos, os quais necessitam muitas vezes, de uma atenção especial além de seguimento posterior. Em seu serviço, mãe-RN são acompanhados e as técnicas para treino da sucção prosseguem até que os problemas de sucção sejam totalmente resolvidos. Desta forma, recomendam que deve fazer parte na rotina dos primeiros exames do RN, além da investigação da amamentação e avaliação oral mais detalhada, (quanto a anatomia e padrão de sucção), o teste da sucção não nutritiva. Intervindo-se precocemente nas desordens do padrão de sucção, muitos problemas da dupla mãe-RN poderão ser evitados, como baixo ganho de peso e traumas mamilares, facilitando o estabelecimento da amamentação.

PHILLIPS, em 1992, acompanhou dois bebês com dificuldades de pega e língua posteriorizada. Num dos casos (RN com 11 dias de vida) havia queixa de mamilos extremamente doloridos e no outro (bebê com 10 semanas), apesar de aparentemente a pega estar adequada, na avaliação da sucção não nutritiva, detectou-se a língua posteriorizada, com contração e diminuição de movimentos, sendo que durante a mamada havia pressão no mamilo. A autora chama a atenção para a necessidade de intervir precocemente nesses casos, adequando-se a movimentação da língua, o que pode ser conseguido tocando-se a língua do bebê suavemente, após estimular o reflexo de procura com o toque no lábio inferior, procurando fazer com que a língua se anteriorize. A autora refere rápido aprendizado dos bebês, após as mães terem aprendido e realizar esse exercício oral nos mesmos, além de auxiliar no processo, mas julga ainda necessário o acompanhamento domiciliar ou de seguimento.

Concordando com esse ponto de vista, VALDÉS e cols. (1996) referem que alguns lactentes, por imaturidade transitória ou permanente, dor facial (decorrente de parto fórceps) ou devido ao uso de bicos artificiais, podem apresentar transtorno na sucção ou disfunções orais. Os autores apontam a importância de realizar-se uma avaliação motora-oral no recém-nascido para percepção das condições e possíveis alterações da dinâmica de sucção. Para realizá-la deve-se deixar o lactente desperto e tranqüilo, observar o tônus global e a flexão das extremidades. Quanto ao exame oral, deve-se avaliar os reflexos de procura e sucção (sucção não nutritiva). Inicialmente toca-se o lábio inferior, para estimular o reflexo de busca, sendo que a língua deve abaixar e acomodar-se sobre o assoalho da boca, ultrapassando a gengiva inferior.

As características mais frequentes dos lactentes com disfunção motora-oral, segundo os autores, são transtornos referentes ao padrão de hipertonia, hipotonia e após o uso de bicos artificiais. No padrão de hipertonia, o bebê adota uma posição de extensão, inclusive a cabeça e pescoço, sendo que as extremidades apresentam-se tensas. Os lábios tendem a inverter-se e o lactente geralmente morde o mamilo com as gengivas, provocando dor. Para corrigir esse padrão deve-se colocar o lactente fletido, sentado de frente para sua mãe, facilitando o relaxamento da musculatura facial. Também pode-se massagear a gengiva inferior, exercendo certa pressão sobre esta, para aliviar a hipertonia da boca durante a amamentação.

No padrão de hipotonia, ocorre o oposto. Com o tônus reduzido, as extremidades mostram uma flexão diminuída e geralmente a sucção é débil e frágil, não estimulando adequadamente a produção e ejeção de leite. Para corrigir-se esse padrão, a mãe pode sustentar a mandíbula do RN com o dedo indicador da mão que está sustentando a mama, a fim de dar um melhor apoio ao lactente e fortalecer a sucção, exigindo mais da língua nessas condições. Pode-se utilizar ainda a posição do RN sentado junto ao corpo da mãe (posição a cavaleiro), com sustentação das costas e da cabeça; muitas vezes é necessário que a mãe ordenhe leite, tanto para obter

maior estímulo de produção de leite, como também para complementar a mamada para o bebê.

Nos transtornos decorrentes ao uso de mamadeiras e chupetas, os movimentos de sucção tornam-se diferentes dos habituais da amamentação. O lactente empurra com sua língua o mamilo para fora da boca, em lugar de comprimi-lo contra o palato. Assim, só a ponta do mamilo fica na boca do lactente, que morde-o e não consegue obter leite necessário. Para corrigir esse padrão, introduz-se o dedo indicador com a polpa digital para cima, dentro da boca do RN, de modo que simultaneamente exerça-se pressão sobre a língua enquanto o dedo é retirado paulatinamente. Esse exercício deve ser repetido várias vezes ao dia, até que a mãe perceba a língua envolvendo o dedo e ultrapassando a gengiva inferior durante a sucção.

Visando acrescentar subsídios, *considerando o enfoque fonoaudiológico, para essa atuação* quanto a detecção e intervenção precoce das alterações orais na amamentação que, além de outros fatores causam dificuldades no início do estabelecimento do aleitamento materno, procuramos desenvolver o presente estudo. Construindo o formulário de observação fonoaudiológica, com o agrupamento dos aspectos básicos a serem observados na amamentação, envolvendo aspectos referentes à interação mãe & bebê, comportamento do RN na amamentação, além das condições da pega e sucção mais detalhadamente, pretendemos incentivar a extensão dessa metodologia de observação em outros estudos, para que futuramente possam ser reproduzidos na prática assistencial.

Nossa pesquisa, mostrou que importantes aspectos como o comportamento do RN na mamada e padrão de sucção do RN, que nem sempre são devidamente explorados em práticas de serviços de aleitamento materno. Por isso sugerimos novas pesquisas que, além de envolver formulários de observação mais detalhada, promovam estudos prospectivos com propostas mais específicas de intervenção junto às mães-RN, assim como de treino oral para neonatos com desordens funcionais no desempenho oral na amamentação. Um objetivo a ser alcançado consiste no aperfeiçoamento da atuação fonoaudiológica para que esta abranja os

problemas do estabelecimento da amamentação nas práticas de Saúde Pública.

Conclusões

8. CONCLUSÕES

O presente estudo sobre as dificuldades iniciais no estabelecimento da amamentação, baseado na observação estruturada de uma mamada, entre as 24 até as 48 horas iniciais de vida de recém-nascidos, por parte de fonoaudiólogas treinadas, permite as seguintes conclusões:

-Entre uma população de pares de mãe-recém/nascidos com condições orgânicas, funcionais e psíquicas favoráveis para a amamentação, observou-se que 13% apresentou dificuldades iniciais na amamentação.

-Em relação à *mãe* os fatores mais importantes associados às dificuldades iniciais no estabelecimento da amamentação foram: idade, escolaridade e orientação sobre aleitamento materno obtida no pré-natal.

-Em relação aos *recém-nascidos* os principais fatores associados às dificuldades iniciais no estabelecimento da amamentação foram: idade (hs), força de sucção (fraca), comportamento do recém-nascido na mamada (barracudas, excitado ineficiente e gulosos) e número de sucções por pausa.

-Dentre todos os fatores associados às dificuldades iniciais da dupla mãe-recém/nascido no estabelecimento da amamentação, mediante a análise multivariada, os fatores associados à mamada insatisfatória foram: **“comportamento do recém-nascido na amamentação”** (considerando-se o tipo de comportamento barracudas, excitado ineficientemente e gulosos) e **“força de sucção”** (sucção fraca).

-Os fatores mais freqüentes relacionados às alterações de *pega* dos recém-nascidos ao peito foram: a forma de abocanhar a aréola (abocanhar só o mamilo ou pouca aréola); tensão labial excessiva e falha no selamento labial (lábios retraídos ou soltos na pega).

-Os fatores mais freqüentes relacionados às alterações no padrão de *ordenha* dos recém-nascidos foram: inadequação dos movimentos da mandíbula (padrão de “mastigar o mamilo”); distúrbio do ritmo de ordenhar o peito, especialmente um ritmo muito rápido (sucção de chamada) e problemas ligados aos movimentos da língua (língua posteriorizada durante a ordenha).

Implicações Práticas

9. IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

A partir dos resultados deste trabalho sugere-se que **dificuldades iniciais da amamentação** podem ser identificadas precocemente mediante a observação detalhada das condições da mamada, bem como o conhecimento prévio de aspectos relacionados à mãe, ainda no pré-natal e do RN, logo após o nascimento. Em vista disso, espera-se que estas dificuldades possam ser superadas mediante programas de incentivo e assistência à mãe e à criança no processo de aleitamento materno, envolvendo ações de promoção da Saúde Materno-Infantil, desde o pré-natal, puerpério e programas de seguimento, nos quais o fonoaudiólogo, atuando em conjunto com uma equipe interdisciplinar, deve participar ativamente.

Este estudo indica que um dos fatores importantes em relação à atuação prática fonoaudiológica na amamentação, refere-se à avaliação oral no início da amamentação, para reverter padrões funcionais possíveis de serem modificados. Sugere-se que esta avaliação oral seja mais detalhada, incluindo o teste da sucção não nutritiva, além da observação específica de todo o sistema estomatognático durante os movimentos exigidos para pega e ordenha na amamentação. Sugere-se ainda que aspectos como interação mãe/filho e comportamento do recém-nascido sejam sempre incluídos na observação e atuação, tendo em vista as dificuldades iniciais da amamentação.

Considerando-se a importância da amamentação para o crescimento e desenvolvimento da criança, é importante destacar que este estudo, embora enfoque dificuldades iniciais no processo da amamentação e sugira implicações práticas específicas, representa um ponto importante de repercussão na Saúde Pública, principalmente se se levar em conta que tais dificuldades, quando não abordadas corretamente, podem implicar no desmame precoce tendo, muitas vezes, consequências à saúde da criança.

Resgatando-se os pressupostos que regem a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a importância da

identificação precoce no início do aleitamento materno, do binômio mães/RN com maiores riscos para apresentar dificuldades, é fundamental que as mães possam ser aconselhadas e preparadas nas UBS, desde o pré-natal e ainda na maternidade, antes da alta, quanto a forma de contornar seus problemas. Há que se ressaltar porém, que mesmo que a orientação seja realizada na maternidade, considerando-se os riscos observados anteriormente desde o pré-natal, essas ações somente não garantem a manutenção do aleitamento enquanto processo, podendo ocorrer o desmame precoce. Para que isto seja modificado, pode-se sugerir que as mães sejam referenciadas para as unidades básicas de saúde (UBS), instaladas nos territórios de sua moradia, a fim de dar continuidade ao processo de promoção à saúde, bem como seguimento, visando a interceptação rápida dos problemas.

Quanto às ações na área da Saúde Materno-Infantil, referentes à prática da amamentação, é importante considerar a atuação fonoaudiológica, inserida na equipe interdisciplinar que pode e deve atuar nas unidades básicas de saúde, maternidades e outros, tanto com objetivo de promover como de assistir à mãe e ao recém-nascido no aleitamento materno, tendo como eixo direcionador ações integradas, em concordância com os princípios de organização do SUS.

Uma vez que o SUS visa estabelecer uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, é fundamental que esta regionalização respeite as diferentes realidades de cada local, por meio do planejamento local e da participação social.

Um dos objetivos dos distritos de saúde, através da reorganização dos serviços é satisfazer as necessidades individuais e familiares, numa determinada área de abrangência. Para tanto, é fundamental que os profissionais de saúde, inclusive os fonoaudiólogos, mantenham uma integração de serviços e comunicação nos diversos níveis de atenção à saúde.

Neste sentido, além de fazer-se necessária a contratação de fonoaudiólogos nas maternidades e UBS, é fundamental que haja uma efetiva comunicação entre esses fonoaudiólogos, bem como com outros

profissionais da rede como pediatras, neonatologistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, entre outros. Há necessidade também de instrumentalizar profissionais de saúde de várias áreas, mediante a supervisão de fonoaudiólogos, capacitando-os a avaliar e intervir na disfunção motora oral ou outros problemas referentes às alterações da pega e sucção do bebê na amamentação, nos locais de saúde onde não houver um fonoaudiólogo atuando diretamente.

A capacitação dos recursos humanos deve priorizar a humanização do atendimento e conceber o indivíduo como um todo, respeitando o princípio da integralidade contido no SUS, e poder desta forma identificar e atuar no binômio mãe/RN de risco para o aleitamento materno, como também triar casos mais específicos para intervenção fonoaudiológica. É importante ainda apontar a necessidade de um processo continuado de capacitação de recursos humanos nas unidades de saúde, nos diferentes níveis de complexidade, para superar problemas de continuidade nas orientações e intervenções decorrentes de mudanças políticas e/ou econômicas.

Vale a pena ressaltar que as sugestões recomendadas estão em concordância com a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e apoiado pelo Ministério da Saúde (MS) para implantação no Brasil, que aborda a integralidade no atendimento à criança, no aspecto curativo, preventivo e promocional. O objetivo é resgatar a humanização do atendimento e buscar entender a dinâmica da família e da comunidade, para possibilitar a compreensão da criança como um todo e evitar o adoecimento e mortes das doenças mais comuns, na faixa etária até 5 anos.

Com as ações estratégicas propostas, que aproveitam as visitas da criança no posto de saúde para avaliar seu estado geral e identificar problemas mais abrangentes e não só o motivo específico da consulta, os profissionais (médicos, enfermeiras e agentes comunitários) também orientam a comunidade sobre práticas saudáveis, hábitos alimentares (incluindo orientação sobre aleitamento materno), além de aspectos psico-afetivos. A

abrangência de tais estratégias pode ser sintetizada no slogan do Programa: “Crianças saudáveis: a meta de 2002”, lançado em Washington em dezembro de 1999 (OPAS/OMS).

Considerando-se esta abordagem, é necessário também promover uma mudança de paradigma dos próprios fonoaudiólogos, desenvolvendo conhecimentos referentes à prática de atuação, ainda durante o processo de graduação. Apesar de todas as reformas curriculares a que os Cursos de Fonoaudiologia já foram submetidos, para que as ações fonoaudiológicas na saúde materno-infantil englobem as propostas contidas no SUS e se direcionem para uma abordagem de promoção da saúde coletiva, é importante proporcionar uma formação mais voltada para a compreensão da promoção da melhoria da qualidade de saúde infantil, incentivando a realização de pesquisas e programas educacionais com atuação em nível de promoção e prevenção da saúde.

Vale a pena ressaltar que as implicações desse estudo, bem como os aspectos relevantes sugeridos quanto a observação e atuação fonoaudiológica na amamentação podem ser também aplicados em serviços privados, entendidos como complementares do SUS.

Referências

10. REFERÊNCIAS

Akré J, editor. **Alimentação infantil: bases fisiológicas**. São Paulo: IBFAN Brasil/ Instituto de Saúde/OMS; 1994.

Andrade CF, Gullo AC. As alterações do sistema motor oral dos bebês como causa das fissuras/rachaduras mamilares. **Pediatria** 1993; 15:28-33.

Andrade CF **Fonoaudiologia em berçário normal e de risco**. São Paulo: Lovise, 1996. Ações fonoaudiológicas na Saúde Materno-Infantil; p.25-42.

Araújo MRN. **A saúde da família: construindo um novo paradigma de intervenção no processo saúde-doença**. São Paulo; 1999. [Tese de Doutorado-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo].

Bader, M. Breast-feeding: the role of multinational corporations in Latin America. **Int J Health Ser** 1976; 6:609-26.

Barnes GR, Lethin Jr. AN, Jackson EB, Shea N. Manangement of breast feeding. **JAMA** 1953, 151:192-9.

Barros Filho AZ, Barbieri MA, Santoro JR. Influência da duração do aleitamento materno na morbidade de lactentes. **Bol Oficina Sanit Panam** 1985; 99:594-604.

Barros FC, Victora CG. Breastfeeding and diarrhea in Brazilian children. **Demographic health surveys** 1990. (Further analysis series)

Barros FC, Victora CG, Vaughan JP. Breastfeeding and socioeconomic status in southern Brazil. **Acta Paediatr Scand** 1986; 75:558-62.

Brazelton TB, Cramer B, Kreisler L, Schappi R, Soulé M. **A dinâmica do bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987.

Brazelton TB. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.

Bowen-Jones A, Thompson C, Drewett RF. Milk flow and sucking rates during breast-feeding. **Develop Med Child Neurol** 1982; 24: 626-632.

Bu'Lock F, Woolridge MW, Baum JD. Development of co-ordination of sucking, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants. **Dev Med Child Neurol** 1990; 32: 669-78.

Buralli KO. **Aleitamento materno: o social desfigurado**. São Paulo; 1986. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Carvalho GD. Síndrome do respirador bucal ou insuficiente respirador nasal. **Rev Secretários Saúde** 1996; 18: julho. p.22-4.

Carvalho M. Obstáculos ao aleitamento materno:fatos e mitos. **J Pediatr** 1985; 59:403-14.

Cavalcanti MLF. **Conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de saúde sobre aleitamento materno**. São Paulo, 1982. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Campos FC, Henriques CM, organizadores. **Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. Santos: Página Aberta; 1996.

Chetwynd AG, Diggle PJ, Drewett RF, Young B. A mixture model for sucking patterns of breast-fed infants. **Statist Med** 1998; 17:395-405.

Correia LL, McAuliffe. Saúde materno-infantil. In: Rouquayrol MZ., organizadora. **Epidemiologia & saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994.p.315-342.

Crelin E. **Anatomia do recém-nascido**. São Paulo: Panamericana, 1988.

Cunningham AS. Morbidity in breast fed and artificially fed infants. **J Pediatr** 1977; 90:726-9.

Cunningham AS, Jelliffe D B, Jelliffe EP. Breast-feeding and health in the 1980's: a global epidemiologic review. **J Pediatr** 1991; 118:659-666.

Davis MK, Savitz DA, Graubard BI. Infant feeding and childhood cancer. **Lancet** 1988; 2: 365-8.

Dean J. **Epiinfo [computer programs for epidemiology]**. Atlanta: Centers for Disease Control; 1990.

Diament A. **Contribuição para a padronização do exame neurológico de crianças normais no primeiro ano de vida**. São Paulo, 1967. [Tese de Doutorado-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo].

Douglas C R. **Tratado de fisiologia aplicada às ciências da saúde**. São Paulo: Robe Editorial; 1994.

Escott R. **Positioning, attachment and milk transfer**. 1989. [Artigo distribuído no IV Curso de Treinamento de Equipes Multiprofissionais em Amamentação do Centro de Lactação de Santos].

Feachem RG, Koblinsky MA. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breast-feeding. **Bull World Health Organ** 1984; 62: 271-91.

Ferraz MC. **Manual prático de deglutição atípica e problemas correlatos**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Antares; 1984.

Frank AL, Taber LH, Glezen WP, Kasel GL, Wells CR, Paredes A. Breast-feeding and respiratory virus infection. **Pediatrics** 1982; 70: 239-45.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados-SEADE. **Pesquisa das condições de vida na região metropolitana de São Paulo**. PCV, 1994. 2ª ed. São Paulo. 169 p.

Garbin W. O sistema de saúde no Brasil. In:Vieira RM e al., organizadores. **Fonoaudiologia e Saúde Pública**. São Paulo: Pró-fono departamento editorial; 1995.p.23-34.

Gil A C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1995.

Giugliani ERJ, Issler RMS, Justo EB, Seffrin CF, Hartmann RM, Carvalho NMI. Risk factors for early termination of breast feeding in Brazil. **Acta Paediatr** 1992; 81: 484-7.

Giugliani ERJ. Amamentação: como e por que promover. **J Pediatr** 1994; 70:138-51.

Goldenberg P. **Repensando a desnutrição como questão social**. 2ª ed. São Paulo: Cortez/Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1989.

Goldman AS, Thorpe LW, Goldblum M, Hanson LA. Anti-inflammatory properties of human milk. **Acta Paediatr Scand** 1988; 75:689-95.

Guerra AJ. Estudo comparado do aleitamento materno, morbidade infecciosa e crescimento em duas comunidades sócio-econômico e culturalmente desfavoráveis. **Rev Paul Pediatr** 1989; 7:5-14.

Greco L, Auricchio S, Mayer M, Grimaldi M. Case control study on nutritional risk factors in celiac disease. **J pediatr gastroenterol nutr** 1988; 7: 395-9.

Habicht JP, Davanzo J, Butz WP. Does breastfeeding really save lives, or are apparent benefits due to biases? **Am J Epidemiol** 1986; 123:279-90.

Hartman PE, Prosser JG. Physiological basis of longitudinal changes in human milk yield and composition. **Fed Proc** 1984; 9:2448-53.

Harris MB. Oral motor management of the high-risk neonate. **Phys Occup Ther Pediatr** 1986; 6:251-3.

Henriques CMP. SUS: Qual a novidade? In: Campos FC, Henriques CM, organizadores. **Contra a maré a beira mar**. Santos: Página Aberta; 1996. p.23-6.

Hernandez, AM. Atuação fonoaudiológica em neonatologia: uma proposta de intervenção. In: Andrade CF, organizadora. **Fonoaudiologia em berçário normal e de risco**. São Paulo: Lovise; 1996.p.43-94.

Howie PW. Protective effect of breast-feeding against infection among infants in a Scottish city. **Br J Nutr** 1989; 300:11-6.

Issler H, Leone C, Quintal VS. Duração do aleitamento materno em área urbana em São Paulo. **Bol Oficina Sanit Panam** 1989; 106: 513-22.

Jelliffe DB, Jelliffe EF. An overview. **Am J Clin Nutric** 1971; 24:1013-24.

Jelliffe DB, Jelliffe EF. **Human milk in the modern world**. 2ª th ed. Oxford: Oxford University Press; 1978.

Klauss MH, Kennell JH. **Impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia**. Buenos Aires: Panamericana; 1978.

Klauss MH, Klauss P. **O surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.

King FS. **Como ajudar as mães a amamentar**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 1991.

Koletzko S, Sherman P, Corey M, Griffiths A, Smith C. Role of infant-feeding practices in development of Crohn's disease in childhood. **Br med j** 1989; 298: 1617-8.

Labbok MH, Hendershot GE. Does breastfeeding protect against malocclusion? **Am J Prevent Med** 1987; 3: 227-32.

Lawrence RA. **Breastfeeding: A guide for the medical profession**. 4ª th ed. Saint Louis: C.V. Mosby; 1994.

Leão MM, Coutinho DC, Recine E, Costa LAL, Lacerda AJ. O perfil do aleitamento materno no Brasil. In: Fundação IBGE. **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil**. Rio de Janeiro, 1992. p.97-109.

Leavell HR, Clark EG. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; Rio de Janeiro: Fename; 1976.

Lewis DR. **A prática do fonoaudiólogo em serviços de atenção primária à saúde em São Paulo: um estudo de representações sociais.** São Paulo; 1996. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. **Lancet** 1992; 339: 261-4

Marmet C, Shell E. Training neonates to suck correctly. **J Matern Child Health** 1984; 9: 401-7.

Martins Filho J. Contribuição para o estudo do aleitamento materno: causas do desmame precoce e análise da morbidade incidente no 1º ano de vida em função do tipo de aleitamento (natural ou artificial). **Pediatr Prát** 1979; 49:152-6.

Martins Filho J, Facchini FP, Oliveira ER. Causas e conseqüências do desmame precoce e soluções para recém-nascidos lactentes. **Rev Assoc Med Bras** 1983; 29:133-8.

Martins Filho J. **Como e porque amamentar.** 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 1987.

Masson, MLV. **É melhor prevenir ou remediar? Um estudo sobre a construção do conceito de prevenção em fonoaudiologia.** São Paulo; 1995. [Dissertação de Mestrado-Distúrbios da Comunicação da PUC-SP].

Mata LJ, Wyatt RG. Amamantamiento y resistencia del huésped a la infección. In: Organización Panamericana de la Salud. **El valor incomparable de la leche materna.** Washington, [DC]; 1972. p.11-23 (OPS - Publicación científica, 250)

Mendes, EV, Teixeira CF, Araujo EC, Cardoso MRL. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: Mendes EV., organizador **Distrito sanitário: o processo social da mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4ª ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro:Abrasco; 1999.p.159-85.

Mendes VLF. **Fonoaudiologia nas Unidades Básicas de Saúde – a relação com os usuários**. São Paulo; 1994. [Dissertação de Mestrado-Distúrbios da comunicação da PUC-SP].

Meyerhof PG. Neonato de risco - proposta de intervenção no ambiente e no desenvolvimento. In:Marcondes E., organizador. **Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria**. São Paulo: Sarvier; 1990.p.247-76 (Monografias Médicas-série Pediatria).

[MS] Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança: ações básicas**. Brasília (DF); 1984.

[MS] Ministério da Saúde-Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno [PNIAM]. **Concepção, evolução e perspectivas**. Brasília, (DF); 1987.

[MS] Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS. **ABC do SUS, doutrinas e princípios**. Brasília (DF); 1990.

[MS] Ministério da Saúde-Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno [PNIAM]. Brasília (DF); 1991.

[MS] Ministério da Saúde-Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno [PNIAM]. Grupo de Defesa da Saúde da Criança. **Manejo e promoção do aleitamento materno**. Curso de 18 horas para equipes de maternidades. Brasília, MS/UNICEF/OMS/OPAS, 1993. (Passo 2)

Monteiro CA, The recent revival of breast-feeding in the city of São Paulo, Brasil. **Am J Public Health** 1987(a); 77: 964-6.

Monteiro CA, Zuñiga HP, Benício MH, Rea M. Estudo das condições de saúde das crianças do município de São Paulo, SP (Brasil), 1984 - 1985. **Rev Saúde Pública** 1987b; 21: 13-22.

Monteiro CA, Zuñiga HP. Benício MH, Rea M. Breast-feeding patterns and socioeconomic status in the city of São Paulo. **J Trop Pediatr** 1988; 34: 186-92.

Monteiro CA, Zuñiga HP. Uma nova hipótese para a ascensão da mortalidade infantil da cidade de São Paulo nos anos 60. In: Monteiro CA., organizador. **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 1995. p.157-72.

Monteiro CA. **Panorama da nutrição infantil nos anos 90**. Brasília: UNICEF, 1997 (Cadernos sociais. Série Documentos nº 1).

Morris SE, Klein MD. **Pré-feeding skills: a comprehensive resource for feeding development**. Arizona: Communication Skill Builders; 1987.

Motter A, Ferreira CA, Schaffer G, Wengerkiewicz JC, Rosa LC. Prevenção de fissura de mamilo e estímulo à amamentação. **Fisiot em mov** 1992; 5(1):61-70.

Murahovschi J, Teruya K, Nascimento ET, Bueno LG, Pinheiro L, Maneta ME et al. Curvas e tabelas de crescimento de lactentes brasileiros de zero a seis meses de idade alimentados exclusivamente com leite materno. **J Pediatr** 1987; 63(4): 153-75.

Murahovschi J, Nascimento ET, Teruya KM, Bueno LGS, Baldin PEA, Kabbach SC. **Cartilha de amamentação, doando amor**. 2ª ed. Santos: Almed, 1997.

Murahovschi J, Teruya KM, Bueno LGS, Baldin PEA . **Amamentação. Da teoria à prática. Manual para profissionais de saúde**. 2ª ed. Santos: Fundação Lusíadas/Centro de Lactação/OPAS/INAM/INST. DE SAÚDE, 1998.

Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. **Journal Pediatrics** 1995; 126: 125-9.

Notzon F. Trends in infant feeding in developing countries. **Pediatrics** 1984; 74 (4 Pt 2): 648-66.

Oliveira NGS. **Amamentação em creche no local de trabalho da mãe**. São Paulo; 1996. [Dissertação de Mestrado-Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo].

[OMS/UNICEF] Organização Mundial de Saúde. **Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento**. São Paulo: Instituto de Saúde/OMS/OPAS; 1995.

Planas P. **Reabilitação neuro-oclusal**. Rio de Janeiro: Medsi; 1988.

Pelá, NTR. **Trauma mamilar e outros fatores mamários que interferem no aleitamento materno**. Ribeirão Preto;1980. [Tese de Livre Docência-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo].

Pelto GH. Perspectives on infant feeding: decision making and ecology. **Food Nutr Bull** 1981; 3:16-29.

Perez-Escamilla R. Patrones de lactância natural en América Latina y el Caribe. **Bol Ofic Sanit Panam** 1993, 115: 185-93.

Phillips V. Correcting faulty suck: tongue protrusion and the breastfed infant. **Medic J Austral** 1992; 5:508.

Procianoy RS, Bercini MA. Aleitamento materno e vínculo entre mãe e filho. **J Pediatr** 1983; 54: 177- 179.

Proença MG, Gomes ICD, Limongi SCO. Avaliação e terapia da motricidade oral. In: Ferreira LP et al., organizadoras. **Temas de fonoaudiologia**. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 1985.p.61-119.

Proença MG. Sistema sensório-motor-oral. In:Marcondes E., organizador. **Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria**. São Paulo: Sarvier; 1990.p.100-115. (Monografias Médicas-série Pediatria).

Réa MF. **Aleitamento materno em núcleos rurais do Vale do Ribeira**. São Paulo; 1981. [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Réa MF. **Políticas de alimentação infantil e a prática de amamentar: o caso de São Paulo**. São Paulo; 1989. [Tese de Doutorado-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo].

Réa MF. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Rev Saúde Pública** 1990; 24: 241-9.

Righard L. Early enhancement of successful breast-feeding. **World Health Forum** 1996; 17: 92-7.

Righard L, Alace MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992; 19: 185-9.

Riordan JM, Koehn M. Reliability and validity testing of three breastfeeding assessment tools. *JOGNN* 1997; 26:181-7.

Rodrigues-Garcia RR, Schaefer LA. Breastfeeding: an old practice or a new technology? *Hygiene* 1991; 10: 5-11.

Rouquayrol MZ. *Epidemiologia & saúde*. 4ª ed. São Paulo: Medsi., São Paulo; 1994. Epidemiologia, história natural e prevenção das doenças. p.7-22.

Saarinen UM, Kajosari M. Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet* 1995; 346:1065-69.

Saarinen UM. Prolonged breast feeding as prophylaxis for recurrent otitis media. *Acta Paediatr Scand* 1982; 71: 567-71.

Segall AM. **Aleitamento materno: estudo sobre o impacto das práticas assistenciais**. Campinas; 1996. [Tese de Doutorado-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas].

[SEHIG] Secretaria de Higiene e Saúde do Município de Santos - **Rev Santos Saudável** 1996; 1(1).

Segovia M L. **Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonología - la deglución atípica**. 2ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 1988.

Seigel . **Estadística no paramédica**. México: Trillas México; 1975.

Sigulen DM, Tudisco ES. Aleitamento natural em diferentes classes de renda do município de São Paulo. **Arch Latinoam Nutr** 1980; 30: 400-16.

Silva RC. **O nível local e a promoção da saúde em fonoaudiologia no município de Piracicaba**. São Paulo; 1999. [Projeto de pesquisa apresentado no exame de qualificação para Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Shimo AKK, Vinha VHP, Ferreira DLB. Mama puerperal- uma proposta de cuidados. **Femina** 1985; 13: 159-66.

Sobrinho JG. Estudo da associação entre aleitamento materno e ocorrência de morbidade. **J Pediatr** 1982; 52: 131-3.

Spitz R. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes; 1979.

Testa M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas / Rio de Janeiro: Abrasco; 1992.

Unglert CVS. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes EV., organizador **Distrito sanitário: o processo social da mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4ª ed. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro:Abrasco; 1999. pg.221-35.

Váldes V, Sanchez AP, LabboK M. **Manejo clínico da amamentação. Assistência à nutriz e ao lactente**. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.

Victoria CG, Barros FC, Martines JC, Béria JU, Vaughan JP. Estudo longitudinal das crianças nascidas em 1982 em pelotas, RS, Brasil. **Rev Saúde Pública** 1985; 19: 58-68.

Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AMB et al. Evidence for protection by breast feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **Lancet** 1987; 2: 319-21.

Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AMB et al. Infant feeding and death due to diarrhea. A case-control study. **Am J Epidemiol** 1989; 129: 1032-41.

Victora CG, Fuchs SC, Kirkwood BR, Lombardi C, Barros FC. Breast-feeding, nutritional status, and other prognostic factors for dehydration among young children with diarrhoea in Brazil. **Bull World Health Organ** 1992; 70: 467-75.

Vinha VP. A sucção não eficiente como causa de trauma mamilar e pseudo-hipogalactia. **Femina** 1986; 14: 740-3.

Vinha VP, Pelá NT, Shimo AK, Scochi CG. Trauma mamilar: proposta de tratamento. **Femina** 1987; 15: 370-8.

Vinha VP. **Projeto aleitamento materno. Autocuidado com a mama puerperal**. São Paulo: Sarvier; 1994.

Walker WA. Absorption of protein and protein fragments in the developing intestine: role of immunologic/allergic reactions. In: Current issues in feeding the normal infant. **Pediatrics** 1985; 75: 167-71.

Weber F, Woolridge MW, Baum JD. An ultrasonographic study of the organization of sucking and swallowing by newborn infants. **Dev Med Child Neurol** 1986; 28: 19-24.

Widström AM, Thingström-Paulsson J. The position of the tongue during rooting reflexes elicited in newborn infants before the first suckle. **Acta Paediatr** 1993; 82: 281-3.

Winnicott DW. **Os bebês e suas mães**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1996.

Woolridge MW. Aetiology of sore nipples. **Midwifery** 1986a; 2:172-76.

Woolridge MW. The anatomy of infant sucking. **Midwifery** 1986b; 2:164-171.

Anexos

**PROTOCOLO DOS DADOS COLETADOS NO
PRONTUÁRIO**

Data de nascimento:/...../..... Hora do Nascimento: hs

Data da avaliação :/...../..... Hora da Avaliação: hs

Nº

CONDIÇÕES DE NASCIMENTO:

Tipo de Parto

- Vaginal
 Cesárea
 Fórceps

.2. Idade Gestacional : _____ semanas

Peso: _____ grs

Crescimento intra uterino

- PIG
 AIG
 GIG

Sexo:

- Fem
 Masc

6. Apgar: 5' ()

Nome do entrevistador(a)

Data da entrevista : _____ / _____ / _____

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM
A MÃE**

Nº

I. DADOS DA MÃE:

1. Nome da mãe Leito HGA:

2. Endereço.....
.....

3. Idade da Mãe anos

4. Escolaridade

Quantos anos a Sra. estudou? anos ()Ns/Nr

Chegou a completar a série ()Ns/Nr

5. Tipo de família

() Vive sozinha com a criança

() Vive só com a família materna (avó, tias da criança)

() Vive só com o pai da criança ou pai e mais filhos

() Vive com o pai e outros familiares

() Vive com o pai em uma casa no mesmo terreno de outros familiares

II. DADOS DA GESTAÇÃO E ORIENTAÇÃO NO PRÉ- NATAL

6. A Sra fez o Pré - Natal?

- Sim
- Não
- Ns/Nr

7. Quantas consultas realizou no Pré-Natal ?

8. A Sra. teve orientação sobre o Aleitamento Materno no Pré-Natal nesta gestação ?

- Sim, frequentes
- Sim, poucas
- Não
- Ns/Nr
- Nsa

III. EXPERIÊNCIA DE ALEITAMENTO

9. Quantos filhos a sra. já teve? (*Entrevistador, incluir o RN*)

_____ filhos

10. A sra. já amamentou antes ?

- () Sim
 () Não
 () Ns/Nr
 () Nsa

11. Quanto tempo a sra. amamentou seus outros filhos?

Ordem de Nascimentos

FILHOS	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
TEMPO AMAM. Meses									

- () Nsa
 () Ns/Nr

12. A sra. teve problemas quanto a esfolamentos, dor e/ou rachaduras no bico do peito, durante a amamentação de seus filhos anteriores ?

- () Sim
 () Não
 () Ns/Nr
 () Nsa
 () Sim Quais ? _____

Nome do entrevistador(a) _____

Data da entrevista _____ / _____ / _____

HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO
SETOR DE FONOAUDIOLOGIA

Anexo 3

**FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA
DA AMAMENTAÇÃO**

Nº _____

AValiação GLOBAL ANTES DA MAMADA

<i>D) Aspectos relacionados à MAMA</i>	2	1	0	Situação de difícil caracteriz.	OBS:
Anatomia dos mamilos	() Protrusos	() Semi-Protusos	() Pseudo-invertidos		
Sinais de ejeção de leite	() Apresenta 2 ou + sinais	() Somente 1 sinal	() Nenhum sinal		
Ingurgitamento Mamário	() Ausente	() Iniciando ingurgita/	() Ingurgita/ estabelecido		
Trauma / Fissura	() Ausente	() Esfolamento	() Fissura mamária, OU Traumas		
Dor	() Ausente	() Pouca dor	() Muita Dor.		
SOMA					

II) Reflexos Oraís do RN	2	1	0	Situação de difícil caracteriz.	OBS:
REFLEXOS ORAIS					
Reflexo de Busca -	() Ativo		() Exacerbado OU ¹ Não ativo		
Reflexo de Procura	() Ativo		() Exacerbado OU Não ativo		
Reflexo de Vômito	() Não ativo antes da mamada		() Ativo antes da mamada		
Reflexo de Mordida	() Não ativo antes da mamada		() Ativo antes da mamada		
Reflexo de Deglutição	() Ativo		() Não ativo OU dificuldades		
SOMA 2					

¹ Qualquer um desses padrões será aceito para marcação desta coluna

ASPECTOS GERAIS DURANTE A MAMADA

III) Sinais de vínculo Mãe-RN	2	1	0	Situação de difícil caracteriz.	OBS:
RECÉM-NASCIDO Sinais de autonomia do RN	() RN autônomo	() RN pouco autônomo	() RN dependente		
Estados de consciência	() Alerta OU Semi-alerta	() Sonolência OU Sono leve	() Choro alarmante OU Sono profundo		
MÃE Modo de segurar o RN	() Segura firme, confiante.	() Segura o Rn um pouco frouxo	() Segura muito frouxo, sem confiança		
Atenção ao rosto do RN	() Contato olho a olho	() Pouco contato olho a olho	() Ausência contato olho a olho		
Toques físicos da mãe no RN	() Toques materno frequentes	() Toques esporádicos	() Ausência de toque		
SOMA 3					

IV) POSIÇÃO MÃE - RN	2	1	0	Situação de difícil caracteriz.	OBS:
Quanto ao conforto da mãe	() Confortável	() Algum Desconforto	() Totalmente desconfortável		
Modo de segurar a mama	() Polegar acima e 4 dedos embaixo	() Outras Posições Para segurar a mama	() Sem segurar a mama		
Distância entre a mão e aréola	() Segura longe da aréola	() Segura próximo da aréola	() Segura em cima da própria aréola		
Pressão dos dedos sobre os ductos lactíferos	() Pressão moderada nos ductos		() Pressão excessiva nos ductos		
Corpo do RN / MÃE . posição do RN	() Voltado totalmente de frente p/ a mãe ²		() Virado para o lado		
. distância	() RN "Colado" ao corpo da mãe	() RN próximo ao corpo da mãe, sem encostar	() RN distante do corpo da mãe		
. braço do RN	() Ao redor do corpo da mãe OU lateral/e		() Entre o corpo do RN e da mãe		
Cabeça / Pescoço do RN	() Apoiados, E ³ Livres	() Pouco apoiados	() Sem apoio OU Muito Flexionado		
Altura da boca	Boca RN centrada em frente ao mamilo		Boca RN abaixo OU acima do mamilo		
Nariz do RN	() Livre p/ respiração.	() Pouco obstruídos	() Total/e Obstruído,		
SOMA					

² Essa posição é frequentemente descrita na literatura especializada como "barriga com barriga"

³ Será considerado "E" quando as duas situações ocorrerem simultaneamente na mesma coluna deste formulário.

<i>V) CONDIÇÕES DA PEGA DO RN</i>	2	1	0	Situação de difícil caracteriz.	OBS:
Queixo do RN	() Toca o peito	() Toca esporadic/e	() Não toca		
Boca	() Total/e aberta		() Pouco aberta		
Lábios a) selamento labial	() Ambos total/virados p/fora. OU Lábio inferior mais virado p/fora	() Lábio inferior pouco virado p/fora OU Lábio inf. pouco solto	() Lábios total/e retraídos OU Lábios total/e soltos		
Quanto a tensão labial	() Tensão moderada		() Tensão muito exces. OU muito diminuída		
Abocanhar a aréola	() Toda aréola (2 a 3 cm)	() Pouca aréola (vê-se mais a inf. que a superior)	() Só o mamilo		
SOMA 5					

COMPORTAMENTO DO RN NA ALIMENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> Tranquilo	<input type="checkbox"/> Guloso
	<input type="checkbox"/> Procrastinador	<input type="checkbox"/> Barracuda
		<input type="checkbox"/> Excitado Ineficiente/e

VI) CONDIÇÕES DA ORDENHA DO RN	2	1	0	Situação de difícil caracteriz.	OBS:
Movimento da mandíbula	<input type="checkbox"/> Coordenados E suaves		<input type="checkbox"/> Incoord. OU Movs. Tensos de "mastigar mamilo"		
Movimento da língua	<input type="checkbox"/> Anterior E com canolamento	<input type="checkbox"/> Pouco anter. E sem Canolamento	<input type="checkbox"/> Total/e retraíd. E sem canolamento		
Movimento do Músculo bucinador	<input type="checkbox"/> Ausente (sem covinhas)	<input type="checkbox"/> Assistemática	<input type="checkbox"/> Muito Presente (covinhas)		
Rítmo da sucção	<input type="checkbox"/> Início rápido, depois estável	<input type="checkbox"/> Rítmo só rápido (chamada) OU só lento	<input type="checkbox"/> Ausência de rítmo estabe- lecido. Instável		
Padrão de Sucção/deglut/respiração	<input type="checkbox"/> Coordenado	<input type="checkbox"/> Pouco incoor- denado	<input type="checkbox"/> Totalmente incoordenação		
SOMA 6					

Observar e anotar

Observar e anotar

Número de sucções por pausa : _____ / _____ (após 5' de sucção)

Aspectos relativo A força da Sução	() Vigorosa	() Fraca	() Extremamente forte
--	-----------------	--------------	------------------------------

ASPECTOS FINAIS DA MAMADA

OBSERVAR O RESULTADO FINAL

Classificação Final da MAMADA	Mamada Satisfatória	Mamada Regular	Mamada Insatisfatória	OBS:
Modo da mãe de retirar o RN do peito	() Espera o RN dormir ou largar espont/e OU Oferece o 2o peito se RN quiser	() Espera pouco tempo (RN não reclama). OU Oferece o 2o peito e tira logo	() Retira mto rápido (RN reclama) OU Não oferece o 2o peito	
Modo do RN de soltar o peito	() Larga espontan/e		() Nunca larga o peito sozinho.	
Condições do peito	() Esvaziados	() Pouco cheios	() Ainda ingurgitado ou muito cheios	
Condições do mamilo	() Aspecto normal, Sem dor	() Esfolamento pequeno Pouco Dolorido	() Traumas acentuados. Muita Dor	
Comportamento do RN no final da mamada	() Satisfeito dorme após a mamada.	() Sono leve OU dorme pouco e acorda logo	() Insatisfeito, inquieto chorando.	
SOMA 7				

ORIENTAÇÃO PARA OBSERVAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA AMAMENTAÇÃO
--

Para que possa ser efetivada a OBSERVAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA da amamentação mães e bebês devem responder aos seguintes critérios:

. BEBÊS

1) Não devem estar em estado de choro alarmante, ou stressados, após manipulação para exames, coletas de sangue, etc.

Nesses casos devem somente ser observados somente ½ hora após manipulações mais stressantes.

2) Caso estejam em choro contínuo alarmante, ou em sono profundo no momento da mamada (sendo que, apesar de estar no horário da refeição e da mãe estimular espontaneamente para acordar, não acordem), voltar em outro momento para observação.

3) Caso haja diagnóstico da fono ou outro profissional da equipe, quanto a dificuldade de passagem dos estados de consciência ou a manutenção do estado de alerta, não devem ser observados.

4) Caso apresentem alguma intercorrência clínica, que ainda não tenha sido verificada e/ou conste nos dados do prontuário, não realizar observação, antes de certificar-se dos critérios de exclusão.

EX: vômitos constantes, temperatura, hipoglicemia e outros distúrbios metabólicos, desconfortos respiratórios, distúrbios neurológicos, etc.

. MÃES

1) Não devem estar em estado de conflito extremo quanto a amamentação ou qualquer outro problema, apresentando-se extremamente aflitas, choro, ou com distúrbios psíquicos mais graves.

2) Não devem ser observadas durante momento de aulas da obstetrícia, pediatria ou grupo de orientação do S.Social ou Psicologia, ou orientações de outros profissionais. Aguardar término da orientação

3) Não devem ser obs. após intervenção cirúrgica ou outros exames de rotina dolorosos ou stressantes (curativos nos pontos, injeções, etc).

FORMULÁRIO PARA OBSERVAÇÃO DA MAMADA

Nome da mãe: _____ Data: _____

Nome do bebê: _____ Idade do bebê _____

(Sinais entre colchetes apenas para recém-nascidos, não para bebês mais velhos)

*Sinais de que a amamentação vai bem**Sinais de possíveis dificuldades*

POSTURA CORPORAL

- Mãe relaxada e confortável
- Bebê próximo, de frente para o seio
- Cabeça e corpo do bebê em linha
- Queixo do bebê tocando o seio
- [Nádegas do bebê apoiadas]
- Mãe segura o seio em forma de C*

- Ombros tensos, deita sobre o bebê
- Bebê longe da mãe
- Pescoço do bebê torcido
- Queixo do bebê não toca o seio
- [Só ombro ou cabeça apoiado]
- Mãe segura o seio em forma de tesoura*

RESPOSTAS

- Bebê procura o seio, se faminto
- [Bebê roda e busca o seio]
- Bebê explora o seio com a língua
- Bebê calmo e alerta no seio
- Bebê preso ao seio
- Sinais de ejeção do leite
(vazamento: cólica uterina)

- Nenhuma resposta ao seio
- [Não busca o seio]
- Bebê não interessado no seio
- Bebê inquieto ou chorando
- Bebê escorrega do seio
- Não há sinais de saída de leite

VÍNCULO EMOCIONAL

- Carrega de forma segura e confiante
- Atenção da mãe face a face
- Muito toque materno

- Nervosa ou carrega vacilante
- Contato olho no olho ausente
- Pouco toque ou
- Sacolejando o bebê

ANATOMIA

- Seios macios após mamada
- Mamilos exteriorizados, protrácteis
- Pele parece saudável
- Seios parecem redondos na mamada

- Seios ingurgitados
- Mamilos planos ou invertidos
- Fissuras ou vermelhidão da pele
- Seios parecem estirados ou caídos

SUCÇÃO

- Boca bem aberta
- Lábio inferior virado para fora
- Língua acoplada em torno do seio
- Bochechas redondas
- Mais aréola acima da boca do bebê
- Sugadas lentas e profundas,
ruidos e pausas
- Pode-se ver ou ouvir a deglutição

- Boca pouco aberta, aponta para frente
- Lábio inferior virado para dentro
- Língua do bebê não visível
- Bochechas tensas ou para dentro
- Mais aréola abaixo da boca do bebê
- Apenas sugadas rápidas
- Ouve-se ruidos altos

TEMPO GASTO NA SUCÇÃO

- Bebê solta o seio
Bebê sugou por _____ minutos

- Mãe retira o bebê do seio

Notas:

* Adaptado com permissão de "B-R-E-A-S-T- Feeding Observation Form", H.C. Armstrong, *Training Guide in Lactation Management*, New York, IBFAN e UNICEF 1992.

* Acrescentado na revisão em português.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Prezada Sr^a:

A pesquisa “Dificuldades iniciais na amamentação: enfoque fonoaudiológico”, sob responsabilidade da pesquisadora: Maria Teresa Cera Sanches, tem como objetivo estudar os fatores associados as dificuldades no estabelecimento da amamentação.

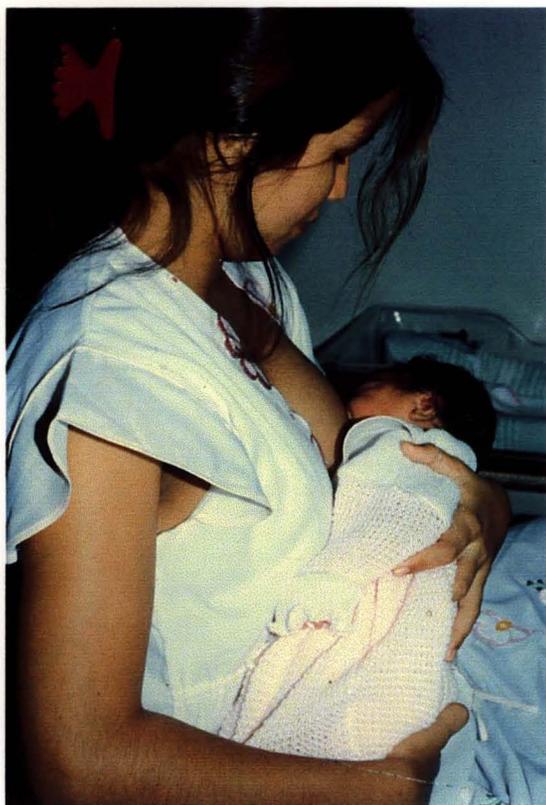
Para isso, os pesquisadores (fonoaudiólogas deste próprio serviço) utilizarão como procedimentos: a realização de uma entrevista com a senhora, a avaliação da sucção não nutritiva do seu filho e a observação de uma mamada na maternidade deste hospital.

Gostaríamos de informar que os procedimentos não oferecem danos, nem riscos, nem desconfortos para a senhora, nem para o seu bebê. A observação da mamada será realizada à distância e a avaliação da sucção não nutritiva será feita através da introdução do dedo mínimo da pesquisadora na boca do bebê (utilizando-se a luva de dedo), para percepção das condições de sucção deste. Este teste dura em média 1 minuto e é de fácil execução. A observação da mamada durará quanto tempo o recém-nascido permanecer mamando.

Santos, / /

Maria Teresa Cera Sanches
responsável pela pesquisa

Imagens

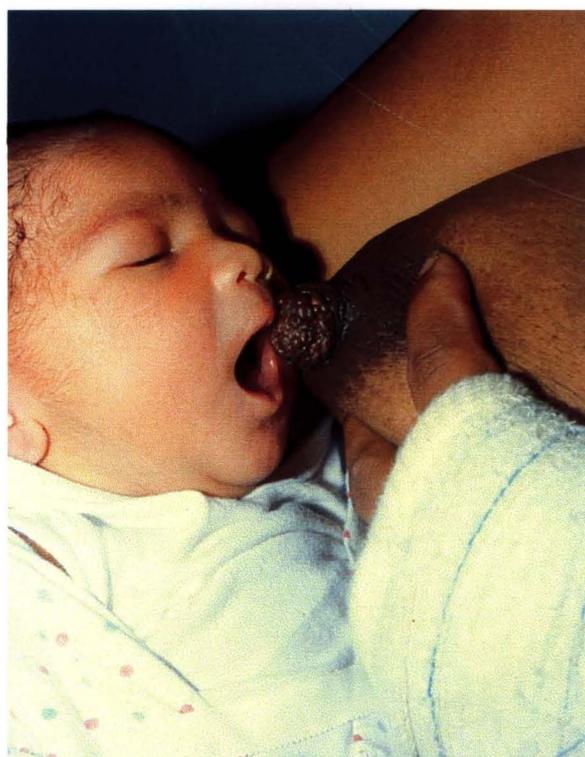


Posição da Mãe adequada



Pega do RN adequada

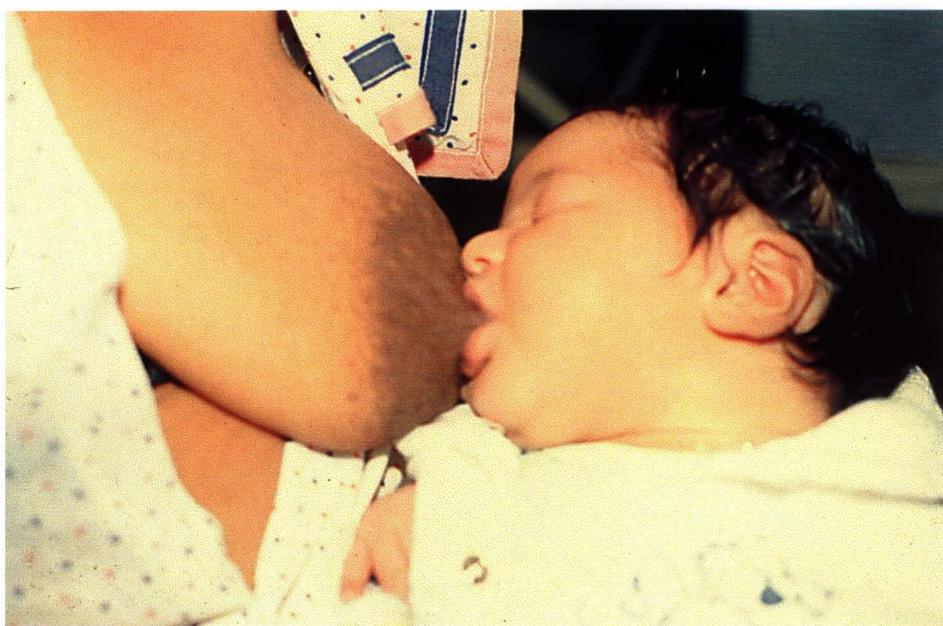
(Aspectos observados nos Quadros 4 e 5)



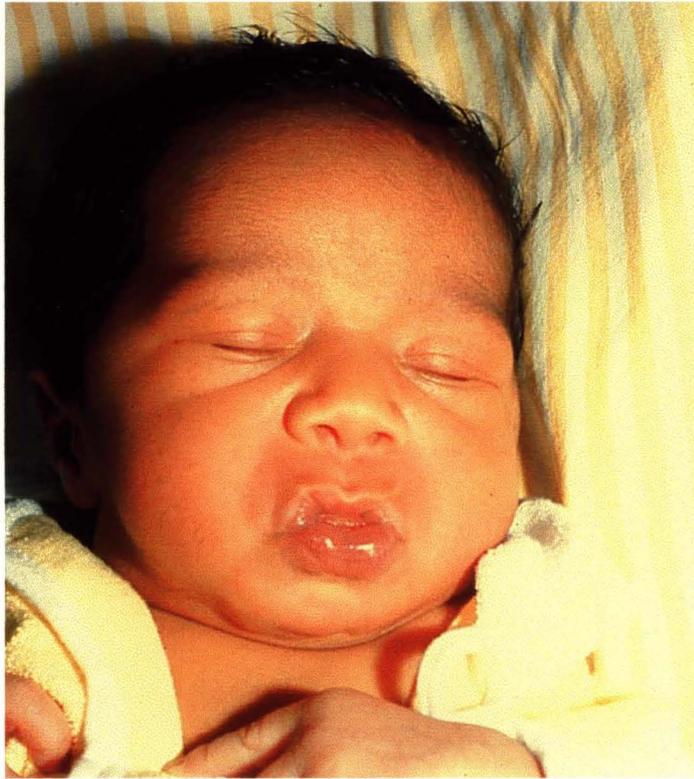
Reflexo de procura desencadeado após o toque do mamilo.
(Aspecto observado no Quadro 2)



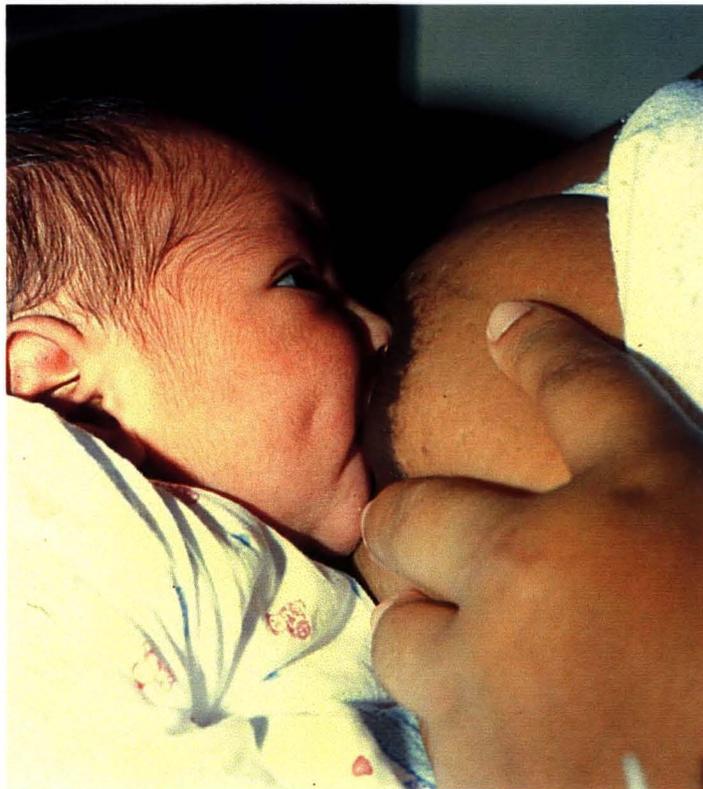
**Posição Mãe-RN inadequada
(Aspecto observado no Quadro 4)**



**Pega inadequada devido ao posicionamento incorreto
(Aspecto observado no Quadro 5)**



**Reflexo de sucção exacerbado: sucção de lábios
(Aspecto observado no Quadro 2)**



**Técnica de sucção inadequada
(Aspecto observado no Quadro 6)**

ERRATA:

Onde se lê:

Relação de Símbolos e Abreviaturas Utilizados:

Fundap: Fundação do Desenvolvimento

Leia-se: Fundação do Desenvolvimento Administrativo

- página 108: Idade do RN – 0 a 29 hs

Leia-se: Idade do RN – 24 a 29 hs

- página 111: Força de sucção do RN – Fraca - 1,00 - 1,00

Leia-se: Força de sucção do RN - Fraca - 7,33 - 7,70