**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**ESTUDO SOBRE O TRAÇO E ESTADO DE
ANSIEDADE DAS NUTRIZES QUE
APRESENTARAM INDICADORES DE
HIPOGALACTIA E NUTRIZES COM
GALACTIA NORMAL**

ILVA MARICO MIZUMOTO ARAGAKI

São Paulo

2002

ILVA MARICO MIZUMOTO ARAGAKI

ESTUDO SOBRE O TRAÇO E ESTADO DE
ANSIEDADE DAS NUTRIZES QUE
APRESENTARAM INDICADORES DE
HIPOGALACTIA E NUTRIZES COM
GALACTIA NORMAL.

Dissertação apresentada à
Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Isília Aparecida Silva

São Paulo

2002

**Ficha catalográfica preparada pelo Serviço
de Biblioteca e Documentação da EEUSP**

Aragaki, Ilva Marico Mizumoto

Estudo sobre o traço e estado de ansiedade das nutrizes que apresentaram indicadores de hipogalactia e nutrizes com galactia normal / Ilva Marico Mizumoto Aragaki.—São Paulo: I.M. M. Aragaki. 2002

122 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo.

I.Título. II. Enfermagem materno-infantil. III. Hipogalactia.
IV Aleitamento Materno. V. Ansiedade

*Ao meu esposo Édison,
Que sempre tem me incentivado
No meu crescer profissional,
com amor, carinho e respeito.*

*Aos meus filhos, Thales e Caroline,
Pelas alegrias proporcionadas no dia-a-dia.*

*À memória da minha mãe Paula Haruko,
Exemplo de perseverança a ser seguido.*

Ao meu pai Massar.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Isília Aparecida Silva pela orientação segura e apoio em todas as fases deste estudo, por que tenho profundo respeito e admiração.

Ao Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos, pelas sugestões e disponibilidade para a realização do tratamento estatístico deste estudo.

À Prof^a. Dr^a. Eliane Corrêa Chaves pelas contribuições fornecidas desde o projeto de pesquisa deste estudo.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – HU-USP, pela aprovação do projeto de pesquisa e incentivo demonstrado.

À Prof^a. Dr^a. Raquel Rapone Gaidzinski, diretora do HU, responsável também, pela minha formação acadêmica.

À Marta Maria Melleiro, diretora da Divisão Materno Infantil do HU-USP, pelo incentivo

À Alda Valéria Neves Soares, chefe de seção do Alojamento Conjunto, companheira e amiga, pela compreensão, incentivo e apoio constantes.

Às Enfermeiras do Alojamento Conjunto, companheiras e amigas: Adriana de Moraes Leite, Adriana Uehara Santos, Ana Maria Pereira de Moraes, Atsuko Seto, Carla Moraes, Caterina Bianco, Cláudia Werneck Alexandre, Cleusa Irani W. Nogueira, Edilene Lins de Moura, Elisabete Yoshizato, Gilcéria Tochika Shimoda, Márcia Emília A. Camargo, Suzete Fátima Ferraz e Teresa Tani, pela colaboração e apoio demonstrados.

Às funcionária do Alojamento Conjunto pela convivência diária e respeito.

Às minhas inúmeras amigas do HU-USP pelo apoio e interesse.

Às docentes da Disciplina de Enfermagem Obstétrica em nome da Dr^a. Maria Alice Tsunehiro e Prof^a. Dr^a. Dulce Maria Rosa Gualda, pelo convívio e incentivo.

Aos profissionais da biblioteca de Enfermagem da USP e do HU-USP pela colaboração no levantamento bibliográfico e revisão das referências bibliográficas.

À Maria Madalena Iwamoto Sercundes pela atenção e disponibilidade pela correção ortográfica.

Ao José Carlos de Matos Leocádio pela colaboração na tradução do resumo deste trabalho.

Ao Eduardo Seiko Aragaki que sempre atenciosamente colaborou para que eu pudesse realizar este trabalho.

Ao Sérgio Seiji Aragaki e Célia Lúcia da Costa pela colaboração nas pesquisas das referências bibliográficas e incentivo.

Aos meus sogros, José Seizen Aragaki e Haru Ogusuku Aragaki pelo incentivo e carinho demonstrado.

Ao Roberto Seiki Aragaki, Cristina Lye Aragaki e André pelo incentivo.

À minha irmã Vivian Mayumi Mizumoto pela convivência diária.

A todos os meus amigos e familiares pelo carinho e incentivo.

Às puérperas e seus RN, pela valiosa colaboração, por quem direciono diariamente o meu cuidar em Enfermagem.

À Deus pela presença constante em todos os momentos.

SUMÁRIO

	Página
Lista de figuras	
Lista de quadros e gráficos	
Lista de Tabelas	
Resumo Abstract	
Abstract	
1.INTRODUÇÃO	01
1.1.Amamentação	01
1.2. Amamentação e hipogalactia	05
1.3. Lactação e hipogalactia	08
1.4. Ansiedade e hipogalactia: repercussões para a amamentação	12
2. OBJETIVOS	19
3. MATERIAL E MÉTODO	20
3.1. Local	20
3.2. Participantes do estudo	21
3.3.Coleta de dados	23
3.3.1. Instrumento de coleta de dados	23
3.3.2. Procedimento de coleta de dados	26
3.3.3. Definições e termos a serem utilizados no estudo	30
3.3.4. Indicadores de hipogalactia	34
3.3.5 Gradação de hipogalactia	35

4. TRATAMENTO DOS DADOS	36
4.1. Apresentação dos dados	36
4.2. Testes estatísticos	36
5.RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1. Algumas características pessoais e biológicas maternas e dos neonatos	37
5.2. Condições maternas de drenagem láctea e manifestações de comportamento do RN	52
5.3. Avaliação do traço, estado e grau de ansiedade	69
6. CONCLUSÕES	100
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
ANEXOS	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118

*Ilustração – quadro de **Mary Cassat**

LISTA DE FIGURAS

		Página
Figura - 1	Drenagem láctea ausente	32
Figura - 2	Drenagem láctea em pequena quantidade	32
Figura - 3	Drenagem láctea em média quantidade	33
Figura - 4	Drenagem láctea em boa quantidade	33

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

		Página
Quadro - 1	Distribuição das 84 nutrizes hipogalactas conforme os indicadores de hipogalactia apresentados (referidos ou identificados). São Paulo, 2001.	29
Gráfico - 1	Média dos escores do traço de ansiedade das nutrizes que apresentam hipo e normogalactia. São Paulo, 2001.	96
Gráfico - 2	Média dos escores do estado de ansiedade no 10º pós-parto das nutrizes que apresentam hipo e normogalactia. São Paulo, 2001.	97
Gráfico - 3	Média dos escores do estado de ansiedade no 30º pós-parto das nutrizes que apresentam hipo e normogalactia. São Paulo, 2001.	98

LISTA DE TABELAS

		Página
Tabela - 1	Distribuição das nutrizes quanto ao tipo de galactia e a idade. São Paulo, 2001.	37
Tabela - 2	Distribuição das nutrizes quanto ao tipo de galactia e a cor. São Paulo, 2001.	39
Tabela - 3	Distribuição das nutrizes quanto ao tipo de galactia e a escolaridade. São Paulo, 2001.	40
Tabela - 4	Distribuição das nutrizes quanto ao tipo de galactia e o tipo de família. São Paulo, 2001.	42
Tabela - 5	Distribuição das nutrizes quanto ao tipo de galactia e o tipo de parto. São Paulo, 2001.	43
Tabela - 6	Distribuição das nutrizes quanto ao tipo de galactia e o hábito de fumar. São Paulo, 2001.	45
Tabela - 7	Distribuição das nutrizes quanto ao tipo de galactia e as respostas obtidas quanto ao fato de terem sido amamentadas. São Paulo, 2001.	47
Tabela - 8	Distribuição das nutrizes quanto ao tipo de galactia e a avaliação da idade gestacional. São Paulo, 2001.	50
Tabela - 9	Distribuição das nutrizes quanto ao tipo de galactia e o sexo do RN. São Paulo, 2001.	51

		Página
Tabela - 10	Distribuição dos RN das nutrizes hipogalactas segundo suas manifestações de comportamento e o n° de mamadas em 24 horas. São Paulo, 2001.	53
Tabela - 11	Distribuição dos RN das nutrizes normogalactas segundo suas manifestações de comportamento e o n° de mamadas em 24 horas. São Paulo, 2001.	56
Tabela - 12	Distribuição dos RN das nutrizes hipogalactas segundo suas manifestações de comportamento e o volume de leite materno drenado observado. São Paulo, 2001.	59
Tabela - 13	Distribuição dos RN das nutrizes normogalactas segundo suas manifestações de comportamento e o volume de leite materno drenado observado. São Paulo, 2001.	61
Tabela - 14	Distribuição das nutrizes hipo e normogalactas quanto ao tipo de aleitamento do RN nos 10° e 30° dias pós-parto. São Paulo, 2001.	43
Tabela - 15	Distribuição das nutrizes hipo e normogalactas segundo o traço, estado e a gradação da ansiedade. São Paulo, 2001.	69
Tabela - 16	Distribuição das nutrizes hipogalactas segundo a quantidade de drenagem do volume de leite observado nos 10° e 30° dia pós-parto e a gradação da ansiedade estado nos 10° e 30° dia pós-parto. São Paulo, 2001.	47

		Página
Tabela - 22	Distribuição das nutrizes hipogalactas segundo o sono em horas referidos nos 10º e 30ºdia pós-parto e os estados de ansiedade nos 10º e 30ºdia pós-parto. São Paulo, 2001.	92
Tabela - 23	Distribuição das nutrizes normogalactas segundo o sono em horas referidos nos 10º e 30ºdia pós-parto e os estados de ansiedade nos 10º e 30ºdia pós-parto. São Paulo, 2001.	94

RESUMO

ARAGAKI, IMM. Estudo sobre o traço e estado de ansiedade das nutrizes que apresentaram indicadores de hipogalactia e nutrizes com galactia normal. São Paulo, 2002. 122p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

A queixa de “pouco leite” ou hipogalactia tem sido apontada como uma das mais freqüentes causas do desmame ou interrupção do aleitamento materno exclusivo e, os baixos volumes de leite têm sido associados à ansiedade materna que poderia provocar alterações na fisiologia da lactação inibindo a produção láctea. Os objetivos deste estudo foram: identificar o traço e estado de ansiedade no 10º dia pós-parto e estado de ansiedade no 30º dia pós-parto das nutrizes primíparas e multíparas que apresentam indicadores de hipogalactia; caracterizar o traço e estado de ansiedade no 10º dia pós-parto e estado de ansiedade no 30º dia pós-parto das nutrizes primíparas e multíparas que apresentam galactia normal; comparar o traço e estado de ansiedade das nutrizes hipo e normogalactas, no 10º dia e no 30º dia pós-parto e verificar as possíveis relações entre o estado de ansiedade das nutrizes no 10º e 30º dia pós-parto com os indicadores de hipogalactia apresentados por elas ou seus filhos. Participaram do estudo 168 nutrizes e seus filhos que formaram 4 sub-grupos com primíparas e multíparas hipogalactas e primíparas e multíparas normogalactas, com 42 mulheres em cada. Foram incluídas no grupo de hipogalactas as mulheres e RN que apresentaram ou referiram um ou mais indicadores de hipogalactia. Os resultados obtidos mostraram que as nutrizes deste estudo apresentam média dos escores de traço de ansiedade correspondentes à média ansiedade e a média dos escores dos estados de ansiedade nos 10º e 30º dia pós-parto correspondentes à baixa ansiedade. As primíparas e multíparas hipogalactas e as primíparas com galactia normal apresentaram traço de ansiedade mais elevado do que os estados de ansiedade por ocasião do 30º dia pós-parto. As multíparas com galactia normal apresentaram no 30º dia pós-parto, escores de estado de ansiedade mais elevados do que aqueles apresentados por ocasião do 10º dia pós-parto e ambos abaixo dos escores do traço de ansiedade obtidos no 10º dia pós-parto. Para essas mulheres, a experiência e a normalidade de produção láctea não diminuíram o grau de ansiedade. Em relação aos indicadores de hipogalactia e o estado de ansiedade das nutrizes no 10º e 30º dia pós-parto, encontramos uma relação direta entre a presença dos indicadores e o aumento do grau de ansiedade materna. Embora tenhamos encontrado relações entre alguns dos indicadores de hipogalactia e grau de ansiedade materno, ficou evidente que a remissão dos sinais maternos e neonatais, depende, na maioria das vezes, da correção da técnica da amamentação através da orientação e oferecimento de apoio às nutrizes.

Palavras-chave: Hipogalactia; Amamentação; Ansiedade

ABSTRACT

ARAGAKI, IMM. Study about the trace and anxiety state of nursing mothers with the insufficient breastfeeding indicators presented by them and nursing mothers with normal breastfeeding. São Paulo, 2002. 122p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

The complaint about “few milk” or insufficient lactation has been pointed as one of the most frequent causes of the weaning or interruption of the exclusive maternal breastfeeding and, the low volumes of breast milk have been associated to the maternal anxiety that could provoke alterations in the physiology of the lactation inhibiting the lacteal production. The objectives of this study were: to identify the trace and the anxiety state in the 10th postpartum day and the anxiety state in 30th postpartum day of the primiparous and multiparous nursing mothers who present insufficient breastfeeding indicators; to characterize the trace and the anxiety state in the 10th postpartum day and the anxiety state in the 30th postpartum day of the primiparous and multiparous nursing mothers who present normal breastfeeding; to compare the trace and the anxiety state of the nursing mothers with insufficient breastfeeding and nursing mother with normal breastfeeding, in the 10th and 30th day postpartum and to verify the possible relationships among the anxiety state of the nursing mothers in the 10th and 30th day postpartum with the insufficient breastfeeding indicators presented by them or their children. Have participated in the study 168 nursing mothers and their children who formed 4 sub-groups with primiparous and multiparous who present insufficient breastfeeding and primiparous and multiparous who present normal breastfeeding, with 42 women each. Have been included in the insufficient breastfeeding group the women and newborn that presented or they referred to one or more insufficient lactation indicators. The obtained results have showed that the nursing mothers of this study has presented average scores of trace of anxiety according to the average anxiety and the average of the scores of the anxiety states in the 10th and 30th day postpartum corresponding to the low anxiety. The primiparous and multiparous who present insufficient breastfeeding and the primiparous with normal lactation have presented higher anxiety state for occasion of the 10th and 30th day postpartum. The primiparous with normal lactation have presented in the 30th postpartum higher scores of anxiety state than those have presented by occasion of the 10th postpartum and both below the scores of the anxiety trace obtained 10th postpartum. For those women the experience and the normality of the lacteal production didn't reduce the anxiety degree. In relation to the insufficient lactation indicators and the anxiety state of the nursing mothers in the 10th and 30th day postpartum, we found a direct relationship between the presence of the indicators and the increase of degree of maternal anxiety. Although we have been finding relationships among some insufficient lactation indicators and the degree of maternal anxiety, it was evident that the remission of the maternal and neonatal signs, depends, most of the time, of the

correction of the breastfeeding technique through orientation and support offer to the nursing mothers.

Keywords: Insufficient breastfeeding; Anxiety; Breastfeeding.

1. INTRODUÇÃO:

1.1. Apresentação:

Nas três últimas décadas, em especial, a partir da década de 80, a amamentação tem sido um dos temas constantes nas agendas dos órgãos oficiais e não oficiais, ocupados com a promoção da saúde infantil.

A importância da amamentação e, ao mesmo tempo, os baixos índices de sua prática, têm sido considerados, tanto pelo meio acadêmico, como pelas redes assistenciais de saúde, como uma contradição.

O incentivo ao aleitamento materno, com vistas a elevar a frequência dessa prática entre as mulheres, tem sido um grande desafio. Esta situação reside, segundo SILVA (1997), no fato de que a prática da amamentação é um processo multifatorial, que atende a inúmeros elementos presentes na vida da mulher, da criança, da família, não atendendo, meramente ao apelo da natureza de ser mãe.

Considerando esse processo multifatorial, são muitas as questões que se apresentam no evoluir do processo de amamentar, para cada mulher, e que o torna único e nem sempre isento de intercorrências ou problemas.

Dentre as dificuldades apontadas pelas nutrizes está a preocupação com o volume de leite produzido e, quando a quantidade de leite é considerada por ela insuficiente, traz uma série de dificuldades para a continuidade da amamentação.

Assim, dentre os distúrbios mais freqüentemente elencados, pelas nutrizes encontra-se a hipogalactia.

Meu interesse pelas conseqüências e origem da hipogalactia, volume reduzido de leite, teve início em 1989 quando tive meu primeiro filho e para minha surpresa consegui amamentá-lo por apenas dois meses, pois tinha pouco leite e ele começou a perder peso sendo necessária a introdução da mamadeira, algo frustrante para quem no ano anterior havia cursado o terceiro ano de graduação e aprendido os conceitos da amamentação e dentre eles: “que toda mãe que quer amamentar seu filho consegue”. No meu íntimo eu sempre me perguntava: _ Por quê será que não consegui amamentar o meu filho? E com isso a sensação de culpa sempre me acompanhou.

Atuando na unidade de Alojamento Conjunto durante onze anos, me deparo com mulheres que apresentam a queixa da hipogalactia. Apesar de saber que a apojadura acontece por volta de 72 horas após o parto, observo que em alguns casos a quantidade de colostro é pouquíssima ou até mesmo ausente, gerando no profissional a necessidade de compreender as manifestações de ansiedade materna e conseguir lidar com elas.

As mulheres ficam preocupadas achando que seus bebês estão com fome por não visualizarem drenagem de colostro em suas mamas. Tal observação é encontrada nos estudos de ARANTES (1991), SILVA (1994), NAKANO (1996), JAVORSKI (1997) e ALMEIDA (1998) e que, atentam para o fato de que a característica e quantidade do colostro, produz a idéia, para a nutriz, de ser insuficiente e fraco, não sendo capaz de sustentar o bebê. Assim, a mulher ao realizar a expressão na mama e observar seu “leite” de aspecto “ralo e aguado”, muitas vezes não acredita que o mesmo seja “forte” o suficiente para sustentação do bebê, quando comparado ao leite de vaca que é mais encorpado e amarelado, dando a idéia de ser mais forte e sustancioso e esta avaliação, da capacidade de amamentar é ainda, agravada, quando a quantidade de leite visualizada não é compatível com a expectativa materna, ou de fato, esta apresenta um volume reduzido.

O fato dos bebês ficarem chorosos após as mamadas também é um outro indicativo da ansiedade materna. Segundo SILVA (1994, p.106) “a interpretação do choro do bebê como fome está relacionada ao fato da mãe ter a expectativa de que após as mamadas o bebê durma ou então se acalme. Caso contrário, a mãe qualifica a amamentação como insuficiente”, e demonstra frustração por não se sentir capaz de alimentar seu filho.

Particularmente, por eu já ter vivenciado a problemática da hipogalactia, e não ter encontrado respostas para minhas inquietações, essa necessidade de compreensão tornou-se mais instigante e me coloco no lugar da puérpera, compartilhando com a mesma as indagações à respeito, sentindo-

me pouco à vontade em orientá-la a amamentar o seu bebê, parecendo estar usando apenas um simples jargão profissional.

1.2. Amamentação e hipogalactia:

SILVA (1994, p.1) descreve que “a amamentação ou o aleitamento materno não significa apenas a ação da mulher oferecer o leite que está produzindo, diretamente de sua mama, e que o lactente retira através da sucção. Neste ato, visualiza-se além do efeito de produção do leite e sua oferta, o envolvimento dessa mulher com o seu filho e todos os elementos ativos que o envolvem”.

Procurando compreender quais seriam esses elementos ativos que envolvem o processo da amamentação, encontramos a afirmação de (ALMEIDA; GOMES, 1998, p.75) que “a amamentação deve ser vista como uma categoria híbrida que se constrói a partir de características, atributos e propriedades, definidas tanto pela natureza como pela cultura”.

Uma vez a mulher optando em amamentar o seu filho, vários questionamentos e preocupações acabam surgindo.

Entre as inúmeras preocupações maternas na prática de amamentar, uma delas reside na sua capacidade de produzir leite na quantidade necessária para alimentar seu filho. Quando a avaliação realizada pela mãe resulta na interpretação de ter pouco leite, ou quantidade insuficiente para alimentar a criança, esta recorre prontamente ao uso de outros alimentos (SILVA, 1997).

Assim, vários trabalhos mostram que “ter pouco leite” ou “leite fraco” é a causa mais alegada pelas mulheres para o desmame precoce. Para SILVA (1994) esses elementos são identificados pela mulher que amamenta, segundo uma estratégia de avaliação constante da amamentação, como fatores de risco para seu filho, em que ela considera este prejudicado, caso ela insista em manter o oferecimento exclusivo de seu leite.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1994) afirma que “a insuficiência lactacional é uma das razões mais freqüentes apontada pelas mães para não amamentar, parece ocorrer quase exclusivamente em países industrializados e grupos sócio-econômicos mais elevados das áreas urbanas em desenvolvimento.”

No entanto, sabe-se que o mito do “pouco leite”, biologicamente só se explica, quando este fenômeno está associado a distúrbios hormonais ou estruturais da mama, ou ainda, a estados de ansiedade ou estresse. No entanto, na maioria das vezes, esta é uma resposta ou justificativa apresentada pela mulher para explicar o desmame de uma forma que a sociedade aceite sem questionamentos (MALDONADO, 1987).

Por outro lado, é preciso estar atento às razões alegadas pelas mulheres, pois estas vivenciam a amamentação, sofrendo uma série de interferências de seu contexto, o que muitas vezes, por falta de conhecimento ou por exposição a situações estressantes, podem acreditar, de fato, não serem capazes de produzir leite em quantidade suficiente para nutrição do filho (SILVA, 1997).

ARANTES (1995) em seu estudo sobre a compreensão do significado da amamentação sob a perspectiva da mulher que amamenta, encontrou aspectos relativos a momentos negativos e desagradáveis vivenciado por elas durante a amamentação, evidenciando uma visão diferente do que se vem apregoando nos discursos em prol do aleitamento materno. Assim, quando uma mulher explicita, em seu estudo “leite fraco” ou “pouco leite” a autora recomenda que se deva criar condições para que ela apresente a sua fala originária, os e significados reais daquela situação para si.

Dessa forma, a hipogalactia, seja real ou interpretação materna equivocada, é um fenômeno com o qual mães e profissionais têm-se deparado, no processo da amamentação e que configura em um dos grandes desafios para a assistência em aleitamento materno.

1.3.Lactação e hipogalactia:

Um dos primeiros sinais da gestação ocorre nas mamas em que a mulher percebe um aumento do volume mamário, dilatação da rede venosa ao redor das mamas, escurecimento das aréolas e crescimento dos “Tubérculos de Montgomery” que têm a função de lubrificar e proteger a pele, preparando a mama para a lactação (MEZZACAPPA; FILHO MEZZACAPPA, 1995).

Segundo RHOADES; TANNER (1995) as modificações que ocorrem na glândula mamária durante a gestação e a regulação da lactação são excelentes exemplos das interações hormonais e regulações neuroendócrinas existentes no corpo da gestante.

A lactogênese tem início no quinto mês da gestação onde o colostro é inicialmente produzido. A lactação completa não ocorre devido aos elevados níveis de estrógeno e progesterona que impedem a elevação da concentração de prolactina no sangue necessária para iniciar a produção láctea. Após o nascimento do bebê, com a expulsão da placenta, há um declínio abrupto de estrógeno e progesterona circulante acompanhados pelo aumento da concentração de prolactina que induz a síntese do leite (GUYTON, 1992; RHOADES; TANNER, 1995; FOX, 1996; GANONG, 1997).

A lactação se apresenta a partir de dois processos: a síntese do leite e a ejeção do leite, que são processos regulados independentemente. A síntese láctea é um processo contínuo que

envolve a sua produção pelas células alveolares. A sucção do bebê estimula a secreção da prolactina aumentando a produção do leite e atuando também na sua ejeção, devido a liberação da ocitocina que induz a contração das células mioepiteliais aumentando a pressão intramamária e expulsando o leite para os ductos coletores (GUYTON, 1992; RHOADES; TANNER, 1995; FOX, 1996; GANONG, 1997).

Embora a lactação, descrita assim, pareça ser um processo simples e automático, sua instalação não representa a garantia do sucesso da amamentação.

Buscando na literatura a definição de hipogalactia, raramente é mencionado tal assunto pelos autores e quando encontrado é referido como algo raro, sem maiores detalhes.

Segundo LINHARES, MONTENEGRO (1992) existem dois tipos de hipogalactia:

- Hipogalactia primária, verificada desde o início da amamentação e depende diretamente da glândula mamária. Suas causas podem ser hipoplasia da mama (pobreza em tecido celular secretante), nutrição deficiente, doenças consuptivas, choques emocionais e fatores outros da esfera psicossomática da tarefa de amamentar.
- Hipogalactia secundária que mostra-se no decorrer do aleitamento e depende quase sempre do lactente, geralmente há erro da técnica na amamentação ou defeito de sucção, de causa fetal

(malformações do aparelho bucal: lábio leporino, goela de lobo, debilidade congênita) ou materna (vícios de conformação do mamilo, ragádias, mastite), importando sempre em qualquer dos casos, no esvaziamento incompleto das mamas, pelo recém-nascido.

Para MEZZACAPPA, FILHO MEZZACAPPA (1995) a hipogalactia está associada a causas biológicas e psicológicas que provavelmente, atuam em conjunto. A etiologia pode ser devido a retenção placentária, insuficiência de tecido glandular e a doenças maternas consuptivas.

Os fatores associados a hipogalactia podem estar classificados em quatro categorias. A *primeira* diz respeito à técnica de amamentação sendo que o início tardio da sucção do bebê ao seio materno, as mamadas curtas e pouco freqüentes, pega ineficaz do bebê, o uso de mamadeiras e chupetas e alimentação complementar, prejudicam a liberação hormonal da prolactina e ocitocina interferindo na produção e ejeção láctea. A *segunda* se refere aos aspectos psicológicos da mãe como a falta de confiança em casos de mães muito jovens ou que não recebem apoio da família e amigos levando a introdução de outros alimentos desnecessariamente, mulheres que podem não estar querendo amamentar e nos casos de ansiedade ou estresse maternos. A *terceira* categoria aponta as condições físicas da mãe como o uso de pílulas anticoncepcionais ou diuréticos que apresentam elevados níveis de estrógeno que antagonizam a liberação da prolactina, inibindo a produção láctea, uma nova gestação que desgasta a mãe, o estado nutricional

inadequado como uma desnutrição severa, o uso de bebidas alcoólicas, tabagismo, retenção placentária e ainda, o deficiente desenvolvimento mamário. A *quarta* categoria está vinculada às condições do bebê como doença ou anormalidade que impede a capacidade da sucção eficiente e com isso leva a um declínio da produção de leite materno que também causam ansiedade na mãe (OMS; UNICEF, 1997).

O uso de bebidas alcoólicas e tabagismo é descrito como sendo prejudicial na secreção láctea pois inibe a ação dos hormônios da neurohipófise: hormônio anti-diurético e a ocitocina que, como já mencionada, atua sobre as células mioepiteliais que circundam os alvéolos mamários (RODRIGUES; MIGLIORINI, 1985).

O diagnóstico da hipogalactia é de difícil comprovação e, em geral, baseia-se em dados da história do lactente, como choro excessivo, ganho ponderal inadequado, menos de vinte gramas por dia e frequência de micções inferior a seis vezes ao dia (PERNETTA, 1988; CRESPI, 1992; MEZZACAPPA, FILHO MEZZACAPPA, 1995).

A OMS; UNICEF (1997) em seu manual do curso de treinamento para o Aconselhamento em Amamentação, aponta os dois sinais confiáveis de hipogalactia: quando o bebê não ganha peso (menos de 500 gramas por mês ou quando apresenta na 2ª semana de vida, peso inferior ao do nascimento) e urina concentrada em pequena quantidade correspondendo a menos de 6 vezes ao dia, de cor amarela e com odor forte.

1.4. Ansiedade e hipogalactia: repercussões ou implicações para a amamentação

Ainda citando a OMS; UNICEF (1997) o problema da hipogalactia pode surgir antes que a amamentação se estabeleça, nos primeiros dias após o parto, quando a mulher necessita de ajuda para o estabelecimento da amamentação ou então depois que o aleitamento já se estabeleceu, quando o bebê tem cerca de um mês de idade, nessa ocasião ela necessita de ajuda para manter a produção do leite.

Na prática cotidiana de manejo do aleitamento materno, é possível observar que na maioria das situações em que ocorre a referência de “pouco leite”, é possível o profissional estabelecer algum tipo de intervenção eficaz, o mais precoce possível, restabelecendo uma produção adequada de leite. No entanto, os aspectos emocionais maternos configuram-se naqueles mais difíceis de serem identificados e abordados pela equipe de saúde, junto à nutriz.

Em geral, a ansiedade destaca-se como um dos fatores interferentes na amamentação, mais citados na literatura, considerando todos os fatores que envolvem a mulher neste processo, como as suas expectativas de sucesso tanto almejadas, sendo postas à prova na experiência concreta de amamentar.

Para ANDRADE; GORENSTEIN (1998) a ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz

parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho das atividades do indivíduo.

NARDI (1998) define a ansiedade como um sinal de alerta, que permite ao indivíduo ficar atento a um perigo iminente e tomar as medidas necessárias para lidar com uma ameaça. É um sentimento útil, sem ela estaríamos vulneráveis aos perigos e ao desconhecido. É algo que está presente no desenvolvimento normal, nas mudanças e nas experiências inéditas.

GRAEFF (1993) afirma que as raízes biológicas da ansiedade acham-se nas reações de defesa que os animais exibem em resposta a estímulos ou situações de perigo. No ser humano os fatores cognitivos adquirem importância muito maior, devido a intervenção de sistemas de símbolos socialmente codificados, de natureza verbal ou não verbal. Desse modo, as causas mais comuns de ansiedade no ser humano se situam em um plano abstrato e complexo, onde predominam fatores sócio-culturais, inseridos no ambiente. E, comenta a possibilidade de atenuar os fatores ambientais através das intervenções sociais, função dos diferentes tratamentos psicoterápicos e comportamentais existentes. Não sendo possível ou desejável mudar o ambiente, pode-se alterar a maneira como o indivíduo interpreta o meio ambiente, reformulando atitudes, valores, hábitos e vieses cognitivos.

Para GENTIL (1997), as manifestações objetivas da ansiedade são inespecíficas, ocorrendo de forma semelhante em estados emocionais diversos como ira, expectativa, medo, excitação ou mesmo após exercícios; somente podemos saber se alguém está ansioso por

dedução ou questionando e comparando sua resposta com nossa própria experiência e conceito de ansiedade.

A alteração do sono também é descrita como uma das manifestações clínicas da ansiedade. RIMÃO (1999) afirma que a insônia e a ansiedade são sintomas muito frequentes na população em geral, que podem ser desencadeantes ou reforçadoras uma da outra e que afetam diretamente a qualidade de vida.

Ainda segundo este mesmo autor, a insônia pode ser definida como a percepção pelo paciente de sono suficiente e necessário para cada indivíduo sentir-se bem e ter um bom desempenho no dia seguinte.

No nosso dia-a-dia, comumente escutamos comentários de pessoas que se referem à ansiedade e ao estresse como termos similares. Na verdade, o panorama das alterações que ocorrem numa situação de estresse é muito mais amplo e complexo do que numa situação de ansiedade.

No campo das alterações hormonais, numa situação de ansiedade, ocorre um aumento dos níveis do hormônio adrenocorticotrófico ou ACTH no sangue, do que resulta a liberação de corticóides adrenais. Tanto o ACTH como os corticóides atuam sobre o sistema nervoso central, modulando o comportamento emocional (GRAEFF, 1993).

Sabendo que a prolactina e ocitocina são os hormônios responsáveis pela manutenção da lactação, faz-se necessária uma informação mais detalhada sobre eles.

RODRIGUES; MIGLIORINI (1985) mencionam que a prolactina é um hormônio que controla um grande número de processos fisiológicos. Existem receptores para a prolactina em uma variedade de tecidos: plexo coróide, hipotálamo, fígado, rins, glândula mamária, adrenal, ovário, tecido decidual, testículo, epidídimo, próstata e vesícula seminal. Isto indica que ela possui algum papel fisiológico além da lactação. O controle hipotalâmico da secreção de prolactina pela adrenal é predominantemente inibidor devido ao Fator de Inibição de Prolactina (FIP), o qual sofre ação desencadeada de elementos hormonais e estímulos mecânico-sensoriais como a sucção do conjunto mamilo areolar, feita pelo recém-nascido.

ALMEIDA (1998) destaca a relação entre a prolactina e as unidades produtoras de leite, compostas pelas células alveolares que constituem os alvéolos. Estas células alveolares recebem do sangue todos os substratos necessários ao processo de síntese e os transformam em constituintes do leite humano através de mecanismos complexos. Para que todos estes mecanismos sejam desencadeados, há a necessidade que a prolactina se ligue através de receptores específicos à célula alveolar materna, ligação esta que pode ser bloqueada pela presença de alguns peptídeos que atuam como supressores da lactação. Assim, o aumento do nível de prolactina por si só não pode ser entendido como suficiente para desencadear o processo da síntese láctea por depender ainda da ligação da prolactina com os receptores específicos na célula alveolar. Estes receptores específicos podem ser bloqueados pelos peptídeos supressores da lactação cuja concentração citoplasmática se relaciona de forma diretamente proporcional ao acúmulo de leite nas mamas e ansiedade materna.

Procurando elucidar a relação entre o mecanismo da ansiedade e a “ejeção pobre” de leite com conseqüente interpretação de hipogalactia, RHOADES; TANNER (1995) afirmam que o reflexo de liberação do leite pode ser suprimido pelos efeitos adrenérgicos produzidos na reação de alarme. Assim, se a mulher ficar nervosa ou ansiosa durante a mamada, seu leite continuará a ser produzido mas não drenará devido a ação dos peptídeos supressores, causando aumento da pressão intra-alveolar, intensificando sua ansiedade e frustração, além de também inibir o reflexo da ejeção láctea devido a diminuição da ocitocina.

A decodificação neuroquímica das percepções maternas pode gerar mecanismos de *feedback* positivo ou negativo sobre a lactação. No primeiro caso, o estímulo positivo, impede a síntese destes supressores pela célula permitindo que o processo de síntese do leite seja estabelecido ou mantido. Já o estímulo negativo induz a síntese de peptídeos supressores, exercendo uma ação eficaz de freagem sobre a lactação (ALMEIDA, 1998).

Um outro aspecto muito importante é a necessidade da drenagem ou esvaziamento de ambas as mamas pois o acúmulo de leite em seu interior aumenta a pressão intraalveolar, induz a síntese dos peptídeos supressores induzindo a auto regulação da produção láctea.

No conjunto do complexo mecanismo da lactação, os fatores ambientais também devem ser considerados. Assim, ao se comentar sobre uma mulher amamentando seu filho, rapidamente nos vem à mente, a mulher sentada confortavelmente, calma, e num ambiente

tranquilo, isto porque, o ambiente que cerca a relação mãe-filho contribui para a qualidade da interação de ambos, assim, num ambiente em que a mãe estiver cercada de pessoas hostis e críticas ou seja extremamente turbulento e confuso, a ansiedade materna e a inquietação do bebê tenderão a serem maiores influenciando, inclusive, na amamentação, prejudicando o reflexo da liberação do leite, contribuindo certamente para intensificar sentimento de competição, rivalidade, hostilidade latente ou manifesta, inadequação e inferioridade. Em contraste, se a mãe estiver cercada de pessoas que realmente queiram ajudá-la e apoiá-la, os sentimentos de autoconfiança e satisfação emocional tendem a aumentar, assim como a disposição de dar afeto ao bebê, minimizando os efeitos geradores de ansiedade (MALDONADO, 1987).

Embora todos esses elementos, de origem biológica ou subjetiva, sejam apontados como interferentes na amamentação e mais especificamente, causadores da inibição da lactação, ainda não há evidências muito claras sobre a relação que se estabelece entre os níveis de ansiedade e a ocorrência da hipogalactia.

Na prática assistencial do manejo da amamentação, o conhecimento dessa relação torna-se cada vez mais importante, frente ao descompasso entre a evolução das técnicas de promoção da amamentação e elementos de suporte e apoio à mulher que vivencia o processo.

Dessa forma, os profissionais de saúde, por sua vez, têm a responsabilidade de construir bases de conhecimento para lidar com a questão da hipogalactia. Poucas têm sido as pesquisas que trabalham

com essa questão. Sendo assim, este estudo se propõe a contribuir para a elucidação sobre um dos aspectos considerados interferentes no decorrer do processo da amamentação, que é a ansiedade materna associada às queixas e sintomas de hipogalactia.

Assim, na oportunidade desse estudo, busco elucidar algumas questões relativas à hipogalactia referida pelas mulheres, com as quais convivo no cotidiano do meu exercício de prestar assistência à puérpera/nutriz.

2-OBJETIVOS:

Diante do exposto, este estudo tem como objetivos:

1. Identificarr o traço e estado de ansiedade no 10ºdia pós-parto e estado de ansiedade no 30ºdia pós-parto das nutrizes primíparas e multíparas que apresentam indicadores de hipogalactia.
2. Caracterizar o traço e estado de ansiedade no 10ºdia pós-parto e estado de ansiedade no 30ºdia pós-parto das nutrizes primíparas e multíparas que apresentam galactia normal.
3. Comparar o trtaço e estado de ansiedade das nutrizes hipogalactas* e normogalactas**, no 10ºdia e no 30ºdia pós-parto.
4. Verificar as possíveis relações entre o estado de ansiedade das nutrizes no 10ºdia pós-parto e estado de ansiedade no 30ºdia pós-parto com os indicadores de hipogalactia apresentados por elas ou seus filhos.

*hipogalactas- termo utilizado neste estudo para denominar as mulheres que apresentam indicadores de hipogalactia

**normogalactas- termo utilizado neste estudo para denominar as mulheres com galactia normal.

3-MATERIAL E MÉTODO:

3.1. Local:

O estudo do tipo exploratório/descritivo, foi realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – HU-USP, localizado na zona oeste da cidade de São Paulo.

A população atendida pelo hospital é constituída pela comunidade USP, compreendendo docentes, discentes, servidores da universidade, por moradores da região do Butantã, pertencentes ao núcleo 1 do Sistema Único de Saúde.

O hospital conta com a unidade de Alojamento Conjunto para atendimento a puérpera e recém-nascido (RN), cuja dinâmica de assistência está embasada nos modelos teóricos de Horta (1979) - (Teoria das Necessidades Humanas Básicas) e de OREM (1965) - (Teoria do Déficit de Auto-cuidado). Esse modelo foi adaptado do processo de Horta, utilizando três fases: histórico, evolução e prescrição de enfermagem, resultando no modelo de assistência de HORTA-OREM (MELLEIRO et al, 1998).

Nesta unidade, assim que a puérpera estiver em condições de prestar cuidados ao seu RN (Recém-nascido), ela o recebe e é assistida continuamente pela equipe de Enfermagem que a orienta quanto a importância da amamentação, fisiologia da lactação e técnica da amamentação, além dos cuidados com o bebê.

O tipo de alimentação do RN é leite materno em livre demanda. Nos casos em que houver necessidade de complementação láctea, esta é feita através da oferta de leite no copinho. A permanência de ambos na unidade compreende sessenta horas pós-parto, desde que não ocorra nenhuma intercorrência materna ou infantil.

Após a alta hospitalar, por volta de 10 dias pós-parto, mãe e filho retornam para uma Consulta de Enfermagem onde são atendidos pelas Enfermeiras da unidade de Alojamento Conjunto que dão continuidade a assistência oferecida durante o período de internação, ocorrendo a intervenção da enfermagem frente a qualquer necessidade ou anormalidade apresentada pela mãe ou pelo filho.

A Consulta de Enfermagem, no 10º dia pós-parto, chamada de “Retorno de Enfermagem” tem se mostrado um importante instrumento para avaliação e intervenção junto às mães e RN, principalmente no tocante às dúvidas maternas que surgem após a alta hospitalar. A prática da amamentação, as diferentes dificuldades com que as mães deparam no cuidado com a criança, em geral, são os problemas apresentados com maior frequência pelas mulheres nesse período.

3.2. Participantes do estudo:

Fizeram parte deste estudo, 168 puérperas e seus filhos que foram atendidos na Consulta de Enfermagem no período correspondente ao 10º dia pós-parto, nos meses de dezembro de 2000 a abril de 2001, divididos em dois grupos, nutrízes hipogalactas e

nutrizes normogalactas, subdividido entre as primíparas e multíparas, em cada grupo.

Os critérios de inclusão das puérperas no estudo foram: ser alfabetizadas, expressarem o desejo de amamentar, apresentarem mamilos protusos ou semi protusos sem intercorrências clínicas ou obstétricas. Quanto ao RN, de termo, sem malformações ou qualquer tipo de anormalidade, com APGAR maior ou igual a sete no quinto minuto de vida com sucção adequada¹ ao SM - seio materno. Consideramos incluídas no grupo de nutrizes hipogalactas, aquela puérpera e RN que apresentasse algum indicador de hipogalactia.

O tamanho da amostra foi calculado de maneira a admitir um erro máximo de 20% na estimativa de proporções de interesse para o estudo e a probabilidade de que o erro nas estimativas seja desse valor foi fixada em 99%.

Os cálculos foram realizados admitindo-se a situação de máxima variabilidade, isto é, quando o verdadeiro valor das proporções a serem estimadas fosse de 50%. Com esses parâmetros chegou-se ao valor de 42 puérperas (BERQUÓ, et al., p.295, 1980).

¹ Segundo RIGHARD (1998) o RN apresenta sucção adequada ao SM quando está próximo ao mamilo, com a boca amplamente aberta impelindo a língua para frente ao abocanhar a mama. Durante a mamada, o RN deve estar com a boca bem aberta, com a língua sob a aréola e o mamilo, retirando o leite da mama através de sugadas vigorosas e profundas.

Assim, como é de interesse que a análise seja independente em cada grupo de paridade (primípara e múltípara) o tamanho da amostra resulta em 84 puérperas.

Com o intuito de comparar a gradação da ansiedade de puérperas que apresentam hipogalactia com as puérperas que apresentam galactia normal, o tamanho total da amostra constituiu-se de 168 puérperas.

3.3. Coleta de dados:

3.3.1. Instrumento de coleta de dados:

Para a obtenção dos dados utilizamos três instrumentos, sendo o primeiro um formulário (ANEXO I) constituído de três partes:

- 1^a parte – dados de identificação reportados do prontuário relativos à mãe e ao RN.
- 2^a parte – entrevista aplicada à puérpera, com questões para o conhecimento dos seus hábitos, história pregressa em relação à amamentação, dados sobre técnica e processo da amamentação e comportamento do RN.
- 3^a parte – para registro dos dados referentes ao exame físico da nutriz com a finalidade de se observar as condições das mamas, mamilos e drenagem láctea.

Com a finalidade de avaliar a ansiedade da nutriz utilizamos também, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE; SPIELBERGER et al., 1970, STAI) que é um instrumento composto de duas escalas de auto-relatório, elaboradas para medir dois conceitos distintos de ansiedade: estado de ansiedade (A-estado) (ANEXO II) e traço de ansiedade (A-traço) (ANEXO III) validada para o Português por BIAGGIO; NATALÍCIO (1979).

O *estado* de ansiedade é conceituado como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano que é caracterizada por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Os escores de ansiedade-estado podem variar em intensidade de acordo com o perigo percebido e flutuar no tempo. Já o *traço* de ansiedade refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis em propensão à ansiedade, isto é, a diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com intensificação do estado de ansiedade. Os escores de ansiedade-traço são menos sensíveis a mudanças decorrentes de situações ambientais e permanecem relativamente constantes no tempo (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1979).

Sua aplicação é simples por ser auto-aplicável e não ter limite de tempo para o seu preenchimento.

Assim, o avaliado deve preencher a escala de A-estado relatando como *se sente nesse momento* e a escala de A-traço como ele *geralmente se sente*. Ambas as escalas consistem de 20 afirmações e

seus escores variam de 20 a 80 pontos, sendo os escores mais altos indicativos de ansiedade.

Para determinação do grau de ansiedade foi utilizada a categorização adotada por CHAVES (1994):

- 20 a 40 pontos – baixa ansiedade
- 40 a 60 pontos – média ansiedade
- 60 a 80 pontos – alta ansiedade

Devido às próprias particularidades de cada escala como referidas acima, é possível a aplicação da escala de A-estado mais de uma vez podendo realizar a comparação em momentos distintos, a escala de A-traço deve ser aplicada uma única vez. Dessa forma a escala A-estado será aplicada nos seguintes momentos: no 10º dia pós-parto e aproximadamente no 30º dia pós-parto e a escala de A-traço apenas no 10º dia pós-parto. Os instrumentos relativos às escalas foram preenchidos pelas próprias mães participantes do estudo após a entrevista inicial, (ANEXO II) e (ANEXO III).

Apesar de muitos dos itens do IDATE serem transparentes como medida de ansiedade, o pesquisador não deve usar este termo e sim, Questionários de auto-avaliação.

Considerando o panorama das alterações que ocorrem numa situação de estresse e levando em conta o processo da amamentação vivenciado por mulheres e seus bebês, este trabalho se restringe a abordar apenas o aspecto relativo à ansiedade por ser o estresse uma

situação mais complexa, que tangencia a dimensão “patológica” a que estas mulheres estariam sujeitas.

3.3.2. Procedimento de coleta de dados

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do HU-USP, e recebeu parecer favorável para sua realização (ANEXO V).

A coleta de dados para este estudo contou com a colaboração de enfermeiras do Alojamento Conjunto – AC, conforme descreveremos a seguir.

Para que fosse possível obtermos consenso nos elementos a serem observados e registrados, as enfermeiras receberam orientações e esclarecimentos acerca do estudo, finalidades e objetivos, bem como, um treinamento quanto à avaliação da drenagem láctea a ser realizada para as nutrizes, condiderando a classificação adotada neste trabalho.

As puérperas atendidas no Retorno de Enfermagem, e que apresentassem características para inclusão no estudo, eram abordadas pela enfermeira/ou pesquisadora, durante a consulta. Para inclusão dessas mulheres como participantes da pesquisa, considerou-se a queixa ou identificação de indicadores de hipogalactia no momento da consulta, sendo estas consideradas hipogalactas. As demais puérperas que compuseram o grupo de nutrizes normogalactas foram incluídas no estudo, conforme a ordem de comparecimento à consulta, atendimento aos critérios de inclusão e aceitação em participar da pesquisa. Todas

foram informadas pelas enfermeiras/ou pesquisadora quanto à finalidade da pesquisa e convidadas a participarem do estudo. Foram esclarecidas do direito de participarem ou não, e que sua recusa não implicaria em prejuízo para seus atendimentos e de seus filhos. Foram também, garantidas quanto ao anonimato e a utilização desses dados para uso exclusivo dessa pesquisa, que ficarão sob guarda e responsabilidade da pesquisadora. Foram orientadas da possibilidade de se retirarem da pesquisa, mesmo após o início da oferta dos dados. Após esclarecidas, foi solicitada a assinatura do documento Consentimento livre e esclarecido (ANEXO IV).

Após o consentimento da puérpera, era iniciada a coleta de dados que ocorreu em dois momentos: na Retorno de Enfermagem com aproximadamente 10 dias pós-parto e com 30 dias pós-parto – Retorno de Enfermagem EXTRA o qual foi realizado apenas pela pesquisadora. A determinação desse período, deve-se ao fato de ser crítico para a mulher que ainda se apresenta em fase de adaptação da criança e ao seu novo contexto e por ser também, um período em que muitas vezes, a mulher necessita de ajuda para manter a amamentação (OMS; UNICEF, 1997; SILVA, 1997).

No 1º momento da coleta de dados – 10º dia pós-parto, a pesquisadora esteve presente no Retorno de Enfermagem, abordando as nutrízes após as consultas realizadas pelas enfermeiras, conforme sua disponibilidade de horário. A identificação e coleta de dados das nutrízes hipogalactas e normogalactas, foi feita simultaneamente, até o alcance do número estipulado. Nos períodos em que a pesquisadora não estava presente, teve o auxílio das enfermeiras do Alojamento

Conjunto, que realizavam o Retorno de Enfermagem, para a coleta dos dados das nutrizes hipogalactas, os dados referentes às nutrizes normogalactas foram coletados pela pesquisadora.

Foram preenchidas a 1^a parte do Instrumento através de consulta ao prontuário, coletando os dados da mãe e do RN e, realizando o exame físico e a entrevista para obtenção dos dados relativos à 2^a parte do Instrumento. A seguir, foi solicitado à nutriz, o preenchimento e em seguida o exame físico da nutriz que corresponde à 3^a parte. Na sequência, será solicitado à mãe, o preenchimento dos questionários de auto-avaliação (ANEXO II) e (ANEXO III). Foi realizado o agendamento para o Retorno no 30º dia pós-parto em dias e horários pré-determinados pela pesquisadora.

A consulta de enfermagem do 30º dia pós-parto e a coleta dos dados de todas as nutrizes hipo e normogalactas foi realizado pela pesquisadora, bem como o acompanhamento do preenchimento do questionário de auto-avaliação (ANEXO III). Nesta ocasião foi realizada também a aferição do peso do RN, observação de suas condições gerais, e atendimento às necessidades apresentadas pela puérpera ou identificados pela pesquisadora.

Conforme a presença dos indicadores de hipogalactia apresentados, as nutrizes foram divididas em nutrizes com hipogalactia leve e moderada, não tendo sido encontrado nenhum caso de hipogalactia grave, conforme apresentado no quadro a seguir:

Quadro 1 – Distribuição das 84 nutrízes hipogalactas conforme os indicadores de hipogalactia apresentados (referidos ou identificados). São Paulo, 2001.

Indicadores de hipogalactia Nºde nutrízes	Volume de leite insuficiente	Choro do RN persistente	Necessidade de complementar a mamada	Ganho ponderal inadequado
4		X		
7			X	
10			X	X
2	X			X
1	X	X		
2		X		X
8	X	X		X
2	X	X	X	
3		X	X	X
2	X		X	X
1	X	X	X	X
14			X	
3	X		X	
2		X		
3		X		X
1	X		X	
4	X	X	X	
7	X	X		X
6		X	X	X
2	X	X		X

Primíparas

Múltiparas

Não foi encontrado nenhum RN com frequência de micções inferior a 6 vezes ao dia.

3.3.3. Definições de termos e classificações utilizadas no estudo:

3.3.3.A- Tipos de mamilos²:

- Mamilos protrusos ou normal – quando saliente, bem delimitado e que protraí-se com facilidade (avança à frente de sua posição natural) e, na junção mamilo-areolar forma um ângulo de cerca de 90° (VINHA et al., 1986).
- Mamilo semi-protruso: pouco saliente, como se estivesse incorporado à região areolar. Sem delimitação entre mamilo e aréola. Na junção mamilo areolar o ângulo formado é maior do que 90°. Protatilidade pequena.

3.3.3.B- Tipos de lesões mamilares³:

- Mamilo sensível ou doloroso, quando a puérpera sente ardor após a sucção e nos intervalos das mamadas, com presença ou não de vesículas ou petéquias.

²Classificação segundo VINHA et al., 1986.

³Classificação segundo SHIMO et al. (1985) e VINHA et al. (1987).

- Mamilo fissurado, quando há uma ulceração linear, superficial, com comprometimento da derme, ou solução de continuidade bem estreita e mais ou menos superficial, localizados na junção mamilo-areolar ou na superfície do mamilo.
- Mamilo escoriado, quando esfolado superficialmente ou com a epiderme levantada, deixando parte da derme descoberta.

3.3.3.C.- Classificação quanto à situação das mamas⁴:

- Mamas flácidas, quando à palpação das mamas, realizada com os dedos (indicador, médio, anular e mínimo) de forma a “dedilhar”, sente-se a mama macia, permitindo sentir nas pontas dos dedos, o tecido glandular mamário livre de tensão. Estes se apresentam como pequenos grãos, cuja pressão exercida sobre eles não provocam sensação dolorosa à mulher;
- Mamas túrgidas, quando à palpação, a mama apresenta-se de consistência firme, permitindo sentir nas pontas dos dedos, o tecido glandular mamário definido. Estes apresentam como pequenos grãos tensos, cuja pressão exercida sobre eles pode ou não, provocar sensação dolorosa à mulher;
- Mamas ingurgitadas, quando à palpação, a mama apresenta-se de consistência firme ou endurecida, rígida, com contorno delineado, com tensão intramamária tal que dificulta o

⁴Aula ministrada pela Profa Dra. Isília Aparecida Silva no Curso de Extensão Universitária – “Reflexões sobre a Prática da Amamentação” no período de 20/04 a 18/05 de 1993.

acesso aos lóbulos, ou, quando estes são tocados, apresentam-se como grãos endurecidos ou áreas em forma de placas endurecidas. A pressão exercida sobre eles freqüentemente provoca sensação dolorosa à mulher.

3.3.3.D.- Gradação do volume de leite drenado:

Figura 1

- Drenagem láctea ausente – quando a expressão anual não se observar drenagem do volume de leite (Figura 1).

Figura 2

Drenagem láctea em pouca quantidade – quando a expressão manual se observar drenagem de leite, porém a quantidade é mínima que não chega a “pingar” (Figura 2).

Figura 3

- Drenagem láctea em média quantidade – quando a expressão manual se observar drenagem de leite em quantidade suficiente a “pingar” e escorrer, e à realização da ordenha manual não for possível ordenhar quantidade de leite superior a 10 mililitros (ml) (Figura 3).

Figura 4

- Drenagem láctea em boa quantidade – quando a expressão manual se observar drenagem láctea em quantidade suficiente a

escorrer e a “esguichar” e à realização da ordenha manual for possível ordenhar quantidade de leite superior a 10 ml (Figura 4).

3.3.4. Indicadores de hipogalactia:

3.3.4. A- Indicadores de hipogalactia:

Por parte materna:

1. Volume de leite;
2. Reflexo de ocitocina ausente: ausência de saída de leite no momento de sucção do RN na mama colateral.

Por parte do RN:

1. Choro excessivo do RN persistente após as mamadas e após realização de medidas de conforto (verificação da adequação de roupas, adequação do ambiente como frio e calor, higiene, medidas de alívio de cólicas, etc.)
2. Necessidade de complementação das mamadas
3. Ganho ponderal inadequado menos de 20 gramas por dia
4. Frequência de micções inferior a 6 vezes ao dia, concentrada (de cor amarela e com odor forte).

3.3.5. Gradação de hipogalactia:

Neste estudo para a classificação da gradação da hipogalactia foram considerados os indicadores descritos anteriormente, quando relatados ou apresentados, pela nutriz e RN, ou por cada um deles em separado, assim agrupados:

- Hipogalactia leve – se estiverem presentes apenas um ou dois indicadores de hipogalactia materno ou do neonato
- Hipogalactia moderada – se estiverem presentes três ou quatro indicadores de hipogalactia
- Hipogalactia grave – se estiverem presentes os cinco indicadores de hipogalactia
- Hipogalactia inexistente - ou seja, galactia normal – quando não estiver presente nenhum indicador de hipogalactia

4- TRATAMENTO DOS DADOS:

4.1. Apresentação dos dados:

Os dados serão apresentados em forma de tabelas, gráficos e figuras, conforme a adequação dos mesmos.

4.2. Testes estatísticos:

Pela natureza das variáveis em estudo serão utilizados testes não paramétricos, listados a seguir:

- a) Prova de Kruskal-Wallis para mais de dois grupos independentes (SIEGEL, p. 209-18, 1975).
- b) Prova da igualdade de duas distribuições pelo qui-quadrado (SIEGEL, p. 198-205, 1975).
- c) Teste exato de FISHER para duas proporções (SIEGEL, p. 107-16, 1975).

As proporções de interesse para o estudo foram comparadas pelas provas paramétricas para um ou dois grupos (BERQUÓ, p. 194-204 e p. 273-84, 1980).

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1- Algumas características pessoais e biológicas maternas e dos neonatos

A apresentação dos resultados obtidos nesse estudo, inicia-se com alguns dados, que fornecem a caracterização das 168 mulheres e seus filhos, segundo variáveis de ordem pessoal e biológica.

Tabela 1- Distribuição das nutrizes quanto ao tipo de galactia e a idade. São Paulo, 2001.

Idade (anos)	Nutrizes											
	Hipogalactas						Normogalactas					
	Primíparas		Multíparas		Total		Primíparas		Multíparas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
14-20	19	45,45	7	16,68	26	30,95	18	42,86	5	11,90	23	27,38
21-27	12	28,57	9	21,42	21	25,00	12	28,57	22	52,38	34	40,48
28-34	8	19,05	17	40,48	25	29,76	10	23,81	7	16,67	17	20,24
35-44	3	7,14	9	21,42	12	14,29	2	4,38	8	19,05	10	11,90
Total	42	100	42	100	84	100	42	100	42	100	84	100
Qui-quadrado observado para as primíparas= 0,45							Qui-quadrado crítico= 7,82					
Qui-quadrado observado para as primíparas= 10,01							Qui-quadrado crítico= 7,82					

No que tange a idade das puérperas, observamos que as primíparas 84 (100%), em sua maioria, encontram-se nas faixas

etárias de 14 a 20 21 a 27 anos, 37(44,05%) e 24 (55,95%), respectivamente, caracterizando um grupo de mulheres jovens. Sendo que para as múltiparas encontramos um predomínio numérico de mulheres na faixa etária entre 21 e 27 anos, 31 (36,90%).

De uma maneira geral, há um percentual significativo dessas mulheres que estão tendo os seus filhos numa faixa etária precoce, antes dos 18 anos, porém, as demais enquadram-se em faixas etárias adequadas para o ciclo gravídico puerperal. Para NEME (2000) a idade ideal para a primeira gestação corresponde a faixa etária de 18 a 20 anos e é considerado primigesta precoce aquela com idade igual ou abaixo dos 16 anos. Neste estudo foram encontradas puérperas com idade mínima de 14 anos.

Para a tabela 1, também podemos observar que a maior parte das primíparas hipogalactas, 19 (45,45%), encontram-se na faixa dos 14 a 20 anos, que coincide também com a maioria das primíparas normogalactas, 18 (42,86%). Não havendo diferença estatística significativa entre as nutrízes destes grupos.

Já para as múltiparas hipogalactas foi encontrado um número maior de mulheres na faixa dos 28 a 34 anos correspondendo a 17(40,48%) e as múltiparas normogalactas se situaram em sua maioria na faixa dos 21 a 27 anos, 22 (52,38%) constatando-se uma diferença estatística significativa para estas nutrízes, em que ocorre uma concentração de múltiparas hipogalactas com idade superior a 28 anos.

Na literatura não encontramos trabalhos que trate da questão relativa a idade das mulheres e hipogalactia, neste estudo a ocorrência

de hipogalactia para as nutrizes múltiparas que foi maior na faixa dos 28 a 34 anos, período em que podemos considerar que as mulheres estão mais maduras e mais experientes, com a expectativa de melhor sucesso na amamentação também por já terem tido experiência anterior na amamentação, diferentemente das nutrizes primíparas. Nesse extrato de mulheres, parece que qualquer dificuldade encontrada torna-se um obstáculo grande, que gera um aumento da ansiedade materna que por sua vez pode interferir na produção e ejeção láctea.

Tabela 2- Distribuição das nutrizes quanto ao tipo de galactia e a cor. São Paulo, 2001.

Idade (anos)	Nutrizes											
	Hipogalactas						Normogalactas					
	Primíparas		Múltiparas		Total		Primíparas		Múltiparas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Branca	28	66,67	17	40,48	45	53,57	15	35,71	24	57,14	39	46,43
Parda	10	23,81	15	35,71	25	29,76	15	35,71	12	28,57	27	32,14
Negra	4	9,52	10	23,81	14	16,67	12	28,58	6	14,29	18	21,43
Total	42	100	42	100	84	100	42	100	42	100	84	100

A população foi constituída de 84 (50%) puérperas brancas, seguidas de 52 (30,95%) pardas e 32 (19,05%) negras.

Notamos um predomínio de nutrizes de cor branca nas primíparas hipogalactas, 28 (66,67%), seguidas por 10 (23,81%) nutrizes pardas e 4 (9,52%) nutrizes negras. No grupo de múltiparas hipogalactas mais uma vez, prevaleceu o maior número de nutrizes de

cor branca, 17 (40,48%), sendo que as nutrizes pardas e negras, correspondem a 15 (35,71%) e 10 (23,81%) respectivamente.

No grupo de primíparas normogalactas, ocorreram números equivalentes de nutrizes de cor branca e parda correspondendo a um total de 15 (35,71%) e, 12 (28,58%) nutrizes de cor negra. Para as múltiparas, mais uma vez, houve o predomínio de nutrizes brancas 24 (57,14%), sendo as pardas em número de 12 (20,57%) e as negras 6 (14,29%).

Essa distribuição, reflete uma característica da população atendida no Hospital Universitário- HU, uma vez que outro trabalho realizado nesta instituição, tendo as puérperas do Alojamento Conjunto- AC como sujeitas do estudo, também encontrou distribuição similar (SHIMODA, 2001).

Tabela 3- Distribuição das nutrizes quanto ao tipo de galactia e a escolaridade. São Paulo, 2001.

Escolaridade	Nutrizes											
	Hipogalactas						Normogalactas					
	Primíparas		Múltiparas		Total		Primíparas		Múltiparas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1º grau completo e incompleto	23	54,76	31	73,81	54	64,29	20	47,6	29	69,0	49	44,05
							7		5			
2º grau completo e incompleto ou mais	19	45,24	11	11,91	30	35,71	22	52,3	13	30,9	35	55,95
							3		5			
Total	42	100	42	100	84	100	42	100	42	100	84	100
Qui-quadrado observado para as primíparas= 1,06							Qui-quadrado crítico= 5,99					
Qui-quadrado observado para as múltiparas= 2,41							Qui-quadrado crítico= 5,99					

A Tabela 3 nos retrata o nível de escolaridade, não sendo encontradas diferenças estatisticamente significativas para as nutrizes do estudo.

Percebemos que a maior parte das puérperas, possui escolaridade inferior ao 1º grau completo sendo 23 (54,76%) das primíparas hipogalactas; 31 (73,81%) das múltiparas hipogalactas e 29 (69,05%) das múltiparas normogalactas.

Foram encontradas 22 (52,33%) primíparas normogalactas que apresentaram escolaridade superior ao 2º grau incompleto.

Notamos que apesar da escolaridade estar mais valorizada para as mulheres nos dias de hoje, são poucas as que têm a oportunidade de se instruírem mais nas camadas menos favorecidas da sociedade, como é o caso da maioria das pessoas atendidas no HU.

Na literatura, apreende-se que as dificuldades apresentadas no transcorrer da amamentação estão também associadas a baixos níveis de escolaridade, o que pode indicar menor acessibilidade das mulheres a informações que facilitam a superação de problemas nesse processo (MONTRONE, 1992).

Pela Tabela 4 podemos observar que a maior parte, 30 (71,43%) das primíparas hipogalactas pertence a família do tipo extensa, enquanto que para as primíparas normogalactas predomina o número de mulheres que pertencem a família nuclear, 24 (57,14%).

Tabela 4- Distribuição das nutrizes quanto ao tipo de galactia e o tipo de família. São Paulo, 2001.

Idade (anos)	Nutrizes											
	Hipogalactas						Normogalactas					
	Primíparas		Multíparas		Total		Primíparas		Multíparas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nuclear	12	28,57	47	97,62	53	63,10	24	57,14	38	90,48	62	73,81
Extensa	30	71,43	1	2,38	31	36,90	18	42,86	4	9,52	22	26,19
Total	42	100	42	100	84	100	42	100	42	100	84	100

Segundo SILVA (1999) o profissional que atua na assistência a nutriz simboliza a família como um manancial de ajuda ou de atrapalhação nas ações de incentivo ao aleitamento materno, na medida em que ela oferece o apoio emocional e até mesmo físico, puérpera em outras atividades do lar, deixando-a com maior tempo para se dedicar ao RN. No entanto, diante de situações com alguma dificuldade do manejo da amamentação, principalmente devido ao comportamento do bebê, interpretando como saciedade, elementos da família acabam verbalizando informações ambíguas e contraditórias que podem prejudicar ou abalar a autoconfiança materna.

*Neste estudo consideramos família nuclear aquela composta pelo casal e filhos e família extensa, composta pelo casal e filhjos, além de outros parentes ou pessoas, residentes na mesma casa, sem vínculo de parentesco.

Se por um lado, a família extensa pode trazer algumas interferências negativas, a ocorrência de 41 (97,62%) multíparas hipogalactas e 38 (90,48%) multíparas normogalactas de família nuclear pode nos levar a interferir que estas enfrentam dificuldades em não poder contar, muitas vezes, com a ajuda de outras pessoas para cuidar do RN e outros filhos do casal.

Tabela 5- Distribuição das nutrizes quanto ao tipo de galactia e o tipo de família. São Paulo, 2001.

Tipo de parto	Nutrizes											
	Hipogalactas						Normogalactas					
	Primíparas		Multíparas		Total		Primíparas		Multíparas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	19	45,24	18	42,86	37	44,05	23	54,76	25	59,52	48	57,14
Fórcipe	13	30,95	5	11,90	18	21,43	11	26,19	7	16,67	18	21,43
Cesárea	10	23,81	19	45,24	29	34,52	8	19,05	10	23,81	18	21,43
Total	42	100	42	100	84	100	42	100	42	100	84	100

A Tabela 5 mostra que tanto para as nutrizes hipo como para as normogalactas, a maioria destas, tiveram parto normal, sendo 19 (45,24%) das primíparas hipogalactas e 23 (54,76%) e 25 (59,52%), de primíparas e multíparas normogalactas, respectivamente. Entre as multíparas hipogalactas, mesmo em números absolutos, a diferença entre as mulheres com partos normais e cesárea foi muito pequena, 18 (42,86%) e 19 (45,24%) respectivamente. Essa distribuição, não acompanhou o panorama geral da instituição, campo de estudo, em que

a média dos partos nos meses de dezembro de 2000, janeiro a abril de 2001, meses correspondentes à coleta de dados, foi de 55,03% de partos normais, 13,89% de partos fórcepe e 31,08% de partos cesárea.

A somatória dos partos cirúrgicos, fórcepe e cesárea, superam numericamente os partos normais na categoria das mulheres hipogalactas, 23 (54,76%) e 24 (57,14%), para primíparas e multíparas respectivamente, sendo que o mesmo não ocorre com as mulheres normogalactas, em que o número de primíparas e multíparas submetidas a partos operatórios 19 (45,24%) e 17 (40,48%). Este fato nos leva a pensar na influência que pode ter o processo do parto cirúrgico nas condições de amamentação, tanto na perspectiva materna como do neonato.

Isto sugere que o uso de drogas anestésicas ou outras substâncias durante o trabalho de parto podem inibir o reflexo de sucção do RN pelo fato dos mesmos estarem mais propensos a se apresentar sonolentos podendo interferir no estímulo da produção láctea. (MARTINS FILHO, 2000).

O hábito de fumar é descrito como prejudicial na ejeção láctea por inibir a ação da ocitocina como já mencionado anteriormente dificultando principalmente o trânsito de leite no interior da mama. Investigamos esta variável e obtivemos os dados contidos na próxima tabela.

Tabela 6- Distribuição das nutrizes quanto ao tipo de galactia e o hábito de fumar. São Paulo, 2001.

Hábito de fumar	Nutrizes											
	Hipogalactas						Normogalactas					
	Primíparas		Multíparas		Total		Primíparas		Multíparas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	3	7,14	9	21,43	12	14,29	-	-	5	11,90	5	5,95
	(3)	(25,00)	(9)	(75,00)	(12)	(100)			(5)	(100)	(5)	(100)
Não	39	92,86	33	78,57	72	85,71	42	100	37	88,10	79	94,05
	(39)	(54,16)	(33)	(45,83)	(72)	(100)	(42)	(53,16)	(37)	(46,84)	(79)	(100)
Total	42	100	42	100	84	100	42	100	42	100	84	100

Fisher para as primíparas – P=0,12

Fisher para as multíparas – P=0,19

O hábito de fumar não se mostrou estatisticamente significativo para as nutrizes deste estudo.

Observamos nos dados da Tabela 6 que a maior parte das puérperas deste estudo não possui o hábito de fumar, e a maioria dessas, 12 (14,29%) são nutrizes hipogalactas, havendo ainda, entre essas, um predomínio do hábito de fumar entre as multíparas que foram em número de 9 (21,43%). As 12 (14,29%) puérperas fumantes que apresentam hipogalactia fumam quantidade inferior a seis cigarros por dia.

Embora essa variável não apresente diferença estatística para as nutrizes deste estudo, é importante salientar o efeito da nicotina como vasoconstritor e seu potencial de inibição da produção e ejeção láctea,

uma vez que, o consumo de nicotina, independente da quantidade diária pode repercutir no volume da produção láctea.

O uso freqüente e abusivo de bebida alcoólica também é prejudicial na lactação. Assim, como o tabagismo, não apresentou diferença estatística para as nutrizes deste estudo pois, as duas puérperas que referiram beber socialmente, isto é, dois copos de cerveja e/ou vinho uma vez por semana, fazem parte das puérperas normogalactas, sendo uma primípara e outra múltípara.

Vale salientar que o uso de doses pequenas de álcool, como uma dose de vinho do Porto, era recomendado no início do século passado para promover relaxamento e, assim auxiliar na produção de leite materno de mulheres que queixavam-se de hipogalactia (GOLDEMBERG, 1988).

Para saber se o fato de terem sido amamentadas poderia estar relacionado a situação atual de amamentação, as nutrizes foram indagadas quanto a sua história pregressa da amamentação e com bases nas respostas foi elaborada a Tabela 7.

Tabela 7- Distribuição das nutrízes quanto ao tipo de galactia e as respostas obtidas quanto ao fato de terem sido amamentadas. São Paulo, 2001.

Respostas obtidas	Nútrizes											
	Hipogalactas						Normogalactas					
	Primíparas		Multíparas		Total		Primíparas		Multíparas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	28	66,67	27	64,29	55	65,48	29	69,05	29	69,05	58	69,05
Não	3	7,14	9	21,43	12	14,28	5	11,9	5	11,90	10	11,90
Não sabe	11	26,19	6	14,28	17	20,24	8	16,67	8	16,67	16	19,05
Total	42	100	42	100	84	100	42	100	42	100	84	100

Podemos observar que a maior parte das puérperas foram amamentadas. Chama nos a atenção esse fato, pois a maioria das nutrízes, conforme exposto na Tabela 1 estão na faixa etária superior a 20 anos, 58 (69,05%) para as hipogalactas e 61 (72,62%) para as normogalactas. Assim, as datas de nascimento dessas mulheres coincidiu com o período de menor freqüência e duração de aleitamento exclusivo, no Brasil e que precedeu ao movimento pró-amamentação, implementado pelo Ministério da Saúde a partir de 1981 – PINAM – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (BRASIL, 1982). Isto nos leva a inferir que a prática da amamentação pode ser um ato valorizado no ambiente dessas mulheres, no entanto, as nutrízes também foram indagadas por quanto tempo haviam sido amamentadas e encontramos como maior número de respostas o desconhecimento do tempo da amamentação

correspondendo a 18 (29,51%) nutrízes hipogalactas e 15 (22,73%) nutrízes normogalactas.

Das 12 (14,28%) puérperas hipogalactas que não foram amamentadas, a maior parte não soube informar o motivo de não terem sido amamentadas, correspondendo a 2 (66,70%) das primíparas e 5 (62,50%) das múltíparas. O fato de suas mães terem precisado trabalhar apareceu em 3 (37,50%) múltíparas e 1, (33,30%) primípara disse que a mãe não quis amamentá-la.

O desconhecimento do motivo de não terem sido amamentadas também apareceu na maioria das puérperas normogalactas. As 5 (11,90%) primíparas normogalactas que não foram amamentadas afirmaram não saber o motivo e das 5 (11,90%) múltíparas, 4 (80,00%) também não souberam o motivo e, 1 (20,00%) mencionou que a mãe faleceu no pós-parto.

Foram encontradas 30 (40,45%) nutrízes normogalactas e 28 (45,90%) que haviam sido amamentadas por 7 a 24 meses.

O principal motivo relatado pelas puérperas que foram amamentadas por menos de seis meses foi a queixa de pouco leite em: 8 (66,67%) primíparas e 5 (55,56%) múltíparas hipogalactas e 6 (31,58%) primíparas normogalactas. Isto pode demonstrar o poder que os discursos familiares exercem, no decorrer do processo de amamentação atual das nutrízes, pois segundo SILVA (1997) as quais, diante de tais experiências de “heranças” familiares de insucesso de amamentação, acreditam que não serão capazes de produzir leite.

Para saber a história pregressa da amamentação das múltíparas, as mesmas foram indagadas se haviam amamentado seus outros filhos e por quanto tempo. Encontramos 42 (100%) puérperas hipogalactas e 39 (92,86%) puérperas normogalactas que amamentaram

anteriormente seus outros filhos. Apenas três não haviam amamentado anteriormente alegando como motivos: 2 (66,67%) a falta de orientação e 1 (33,33%) o retorno ao trabalho.

A maior parte das nutrizes hipogalactas, 22 (52,385), amamentaram anteriormente por tempo inferior a um mês de idade e o principal motivo relatado, 19(61,29%), foi a queixa de pouco leite. Por outro lado, dentre as múltiparas normogalactas, 39 (92,86%), que amamentaram anteriormente seus filhos, 3 (20,00%) amamentaram por menos de um mês, referindo também, a queixa de pouco leite. Este dado é importante pois, freqüentemente as mulheres que não tiveram sucesso na amamentação anterior tendem a acreditar não serão capazes de ter experiência exitosa em oportunidades futuras.

O retorno ao trabalho também foi relatado como causa da interrupção precoce da amamentação em 3 (9,68%) múltiparas hipogalactas e por 6 (40,00%) múltiparas normogalactas.

Os demais motivos relatados como: o leite fraco, leite secou, bebê chorava muito e o bebê largou podem ser englobados nos 4 (12,88%) casos de múltiparas hipogalactas que referiram a falta de orientação como o motivo de terem amamentado seus outros filhos por menos de seis meses, justificando assim, a importância dos profissionais na orientação das nutrizes.

Também investigamos o conjunto de características que indica a Idade Gestacional – IG do RN e podemos observar, na Tabela 8, que encontramos maior número de RN classificados como recém-nascidos

de termo adequados para a idade gestacional – RNT AIG, correspondendo a 63 (75,00%) dos RN das nutrizes hipogalactas e 52 (61,90%) dos RN das nutrizes normogalactas. Dentre os RN de nutrizes hipogalactas há um predomínio de RNT AIG tanto para primíparas como multíparas, 28 (66,67%) e 35 (83,33%) respectivamente, ocorrendo o mesmo para as nutrizes normogalactas.

Os recém-nascidos de termo pequenos para a idade gestacional – RNT PIG, apareceram em maior número nas primíparas normogalactas, 12 (28,57%).

Tabela 8- Distribuição das nutrizes quanto ao tipo de galactia e avaliação da Idade Gestacional. São Paulo, 2001.

IG	Nutrizes											
	Hipogalactas						Normogalactas					
	Primíparas		Multíparas		Total		Primíparas		Multíparas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RNTAIG	28	66,67	35	83,33	63	75,00	24	57,14	28	66,67	52	61,90
RNTPIG	6	14,29	-	-	6	7,14	12	28,57	8	19,05	20	23,81
RNTGIG	8	19,04	7	16,67	15	17,86	6	14,29	6	14,28	12	14,29
Total	42	100	42	100	84	100	42	100	42	100	84	100

Foram encontradas freqüências próximas de recém-nascido de termo grande para a idade gestacional – RNT GIG entre as nutrizes hipogalactas e normogalactas, 15 (17,86%) e 12 (14,29%), respectivamente, desmistificando assim, o que é comumente referido

pelas nutrizes de que o RN GIG não consegue se satisfazer apenas com o leite materno, necessitando de complementação e com isso, induzindo a interpretação materna de produzir volume insuficiente de leite. Por outro lado, os RN PIG são responsabilizados por pequeno ou insuficiente estímulo de sucção. Para este estudo, parece-nos que o tamanho e IG do RN não influenciaram no aparecimento dos indicadores de hipogalactia.

Tabela 9- Distribuição das nutrizes quanto ao tipo de galactia e o sexo do RN. São Paulo, 2001.

Nutrizes												
Sexo do RN	Hipogalactas						Normogalactas					
	Primíparas		Multíparas		Total		Primíparas		Multíparas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	27	64,29	23	54,76	50	59,52	18	42,86	27	64,29	45	53,57
Feminino	15	35,71	19	45,25	34	40,48	24	57,14	15	35,71	39	46,43
Total	42	100	42	100	84	100	42	100	42	100	84	100

Fisher para as primíparas - P= 0,039

Fisher para as multíparas - P = 0,52

No que se refere ao sexo dos RN, percebe-se que houve predomínio de crianças do sexo masculino em ambos os grupos hipo e normogalactas. No entanto, verifica-se uma diferença estatisticamente significativa quando comparamos as nutrizes primíparas, uma vez que, destas 27 (64,29%) primíparas hipogalactastiveram filhos do sexo masculino e o número de primíparas normogalactas com RN do sexo masculino foi de 18 (42,86%).

Embora não haja demonstração científica acerca dessa questão, freqüentemente, é relatado pelas nutrizes que os RN do sexo masculino em geral, mamam com maior freqüência e requisitam maior volume de leite, assim como apresentam maior força de sucção. Isto, muitas vezes, leva a mãe a antever dificuldades para garantir a saciedade do RN exclusivamente, com leite materno.

5.2- Condições maternas de drenagem láctea e manifestações de comportamento do RN:

As mulheres que participaram neste estudo, referiram ou apresentaram indicadores de hipogalactia como drenagem láctea insuficiente e seus filhos com choro persistente pós-mamadas, necessidade de complementação das mamadas e ganho ponderal inadequado. Dessa forma, passamos a apresentar os resultados encontrados quanto a presença ou menção dos indicadores e a situação de galactia destas nutrizes.

Tabela 10- Distribuição dos RN das nutrizes hipogalactas segundo suas manifestações de comportamento e o número de mamadas em 24 horas. São Paulo, 2001.

Nºde mamadas em 24 horas	Manifestações de comportamento											
	10º dia pós-parto						30º dia pós-parto					
	Chora muito		Dorme/calmo		Total		Chora muito		Dorme/calmo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RNPH< de 6	5	23,81	2	9,52	7	16,67	-	-	-	-	-	-
6 a 12	5	23,81	16	47,62	21	50,00	4	40,00	30	93,75	34	80,95
> de 6	11	52,38	3	14,29	14	33,33	6	60,00	2	6,25	8	19,05
Total	21	100	21	100	42	100	10	100	32	100	42	100
RNMH< de 6	6	25,00	1	5,56	7	16,67	2	22,33	4	12,12	6	14,29
6 a 12	10	41,67	9	50,00	19	45,24	7	77,77	29	87,88	36	85,71
> de 6	8	33,33	8	44,44	16	38,09	-	-	-	-	-	-
Total	24	100	18	100	42	100	9	100	33	100	42	100

Os dados apresentados na Tabela 10, mostram que dos RN cujas mães são primíparas hipogalactas – RNPH, 21 (50,00%) apresentam uma frequência de mamadas entre 6 e 12 vezes em 24 horas, no 10º dia pós-parto, os demais, distribuem-se em 14 (33,33%) crianças que mamam acima de 12 vezes ao dia e outros 7 (16,67%) abaixo de 6 mamadas por dia. Esse quadro se mostra diferente quando observamos os dados obtidos no 30º pós-parto, em que nenhum RNPN mama abaixo de 6 vezes ao dia. Chama atenção, que ao final de um mês,

ainda para os RNPH aumenta para 34 (80,95%) o número de crianças que são amamentadas dentro de um padrão considerado normal, entre 6 a 12 mamadas ao dia. No entanto, apesar de haver um decréscimo, ainda persistem, 8 (19,05%) crianças que mamam acima de 12 vezes ao dia.

Quando associamos o dado de frequência de mamadas ao comportamento das crianças como sono, choro, atenta-se para o fato de que no período correspondente ao 10º dia pós-parto como nos mostra a Tabela 10, a maioria dos RNPH, 16 (47,62%), que mamam entre 6 a 12 vezes ao dia, são considerados calmos e com padrão de sono esperado por suas mães, sendo que esse quadro é ainda melhor no 30º dia pós-parto em que apenas 4 (40,00%) crianças com esse padrão de frequência de mamadas apresentam-se chorosas, segundo relato de suas mães.

Destaca-se também, que entre as 14 (33,33%) crianças que mamam acima de 12 vezes ao dia, 11 (52,38%) apresentam-se chorosas, segundo relatos maternos, na primeira semana de nascimento.

Esses mesmos dados, foram obtidos quanto às múltiplas hipogalactas e vê-se que no período correspondente ao 10º dia pós-parto o maior número de RNMH 19 (45,24%), também mamam em uma frequência correspondente a 6 e 12 mamadas ao dia mas há pequena diferença entre as crianças que choram muito e aquelas que dormem ou apresentam-se calmas, 10 (41,67%) e 9 (50,00%), respectivamente. Para este padrão de frequência das mamadas, também observa-se um aumento numérico expressivo no 30º dia pós-parto

passando para 36 (85,71%) crianças, havendo entre estas, o predomínio de RNMH, 29 (87,88%), que são considerados por suas mães como calmos e com período de sono adequado.

Chama a atenção, que para as múltiparas hipogalactas, diferentemente das primíparas, no período correspondente ao 30º dia pós-parto não foram mais relatados casos de RN com frequência de mamadas acima de 12 vezes ao dia, porém persistiu em valor numérico aproximado, 6 (14,29%) crianças com frequência de amamentação abaixo de 6 vezes ao dia, mostrando-se também, diminuição expressiva de crianças chorosas 2 (22,23%) nessa categoria.

Observamos através da Tabela 11, que no 10º dia pós-parto, 28 (66,67%) RN de primíparas normogalactas – RNPN, e (11,90%) RN de múltiparas normogalactas – RNMN, são considerados por suas mães como crianças que choram muito após as mamadas. Este choro diferentemente do relatado pelas nutrízes hipogalactas, se refere a cólica ou outros desconfortos não relacionado por estas mães, como indicador de fome.

Tabela 11 Distribuição dos RN das nutrizes normogalactas segundo suas manifestações de comportamento e o número de mamadas em 24 horas. São Paulo, 2001.

Nºde mamadas em 24 horas	Manifestações de comportamento											
	10º dia pós-parto						30º dia pós-parto					
	Chora muito		Dorme/calmo		Total		Chora muito		Dorme/calmo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RNPH< de 6	6 (6)	21,43 (60,00)	4 (4)	9,52 (40,00)	10 (10)	23,81 (100)	-	-	-	-	-	-
6 a 12	14 (14)	50,00 (60,00)	8 (8)	42,62 (40,00)	22 (22)	52,38 (100)	3 (3)	50,00 (8,33)	33 (33)	91,67 (91,67)	36 (36)	85,71 (100)
> de 6	8 (8)	28,57 (80,00)	2 (2)	14,29 (20,00)	10 (10)	23,81 (100)	3 (3)	50,00 (50,00)	3 (3)	8,33 (50,00)	6 (6)	14,29 (100)
Total	28 (28)	10 (66,67)	14 (14)	100 (33,33)	42 (42)	100 (100)	6 (6)	100 (14,29)	36 (36)	100 (85,71)	42 (42)	100 (100)
RNMH< de 6	3 (3)	60,00 (75,00)	1 (1)	2,70 (25,00)	4 (4)	9,53 (100)	1 (1)	33,33 (100)	-	-	1 (1)	2,38 (100)
6 a 12	-	-	29 (29)	78,38 (100)	29 (29)	69,05 (100)	-	-	36 (36)	97,30 (100)	38 (38)	
> de 12									3			
Total	24	100	18	100	42	100	9	100	33	100	42	100

Dentre os 22 (100%) RNPN com frequência de 6 a 12 mamadas ao dia, 8 (40,00%) são consideradas por suas mães como crianças que dormem ou permanecem calmas após as mamadas, havendo 14 (60,00%) crianças que apresentam-se chorosas. No período do 30º dia

pós-parto observamos uma alteração desse quadro, em que ocorre um aumento de crianças que são amamentadas dentro do padrão de número de mamadas entre 6 a 12, 36 (100%) e dentre estes, 33 (91,67%) estão no padrão de comportamento dorme/calmo, esperado por suas mães. Ainda pela Tabela 11, podemos observar que a maior parte dos RN das múltiparas normogalactas que mamam de 6 a 12 horas por dia, dormem ou ficam calmos após as mamadas no 10º dia pós-parto correspondendo a 29 (78,38%) e que ocorre um aumento para 38 (90,48%) no 30º dia pós-parto. Não foram encontrados RN desse grupo de múltiparas que choram muito após as mamadas tanto no 10º dia pós-parto como no 30º dia pós-parto com esta frequência de mamadas. Desta maneira podemos inferir que a grande maioria das nutrizes por terem experiência anterior, sentem-se mais seguras e amamentam em intervalos regulares.

Ao analisarmos as tabelas 10 e 11, vale ressaltar a importância que deve ser dada para a referência materna, no que concerne ao comportamento do RN, observado pela mãe. Embora não tenhamos constatações estatísticas para esses dados, observa-se que o número de crianças, tanto de nutrizes primíparas e múltiparas hipo e normogalactas, aumenta para o padrão de frequência de mamadas considerada normal no decorrer do processo de amamentar e há também, maior número de crianças que se comportam de forma esperada pela mãe quanto a atividade sono, denotando satisfação ou saciedade após as mamadas. Uma das queixas frequentes das nutrizes e que levam a pensar ou interpretar seu volume de leite como insuficiente, é a persistência do choro do RN após as mamadas. Neste estudo, esta manifestação da criança foi relatada predominantemente pelas primíparas hipogalactas 11 (52,38%) no 10º dia pós-parto, cujos filhos

mamavam mais de 12 vezes ao dia e, para as quais, também se observa a persistência de maior frequência de mamadas e crianças chorosas no 30º dia pós-parto. Podemos inferir que neste caso, tanto o comportamento de choro e alteração de sono como de maior frequência de mamadas, pode estar relacionado a baixo volume de leite, mas também, a inexperiência materna de primíparas e a insegurança dessas mães, mas também das múltiparas, diante do choro persistente se seus filhos, levando estas mulheres a ter dúvida, em sua maioria, da sua capacidade de amamentar, enquanto a mesma manifestação das crianças,, para mulheres normogalactas, eram indicativas de desconforto sofridas pelo RN, não havendo associação, por parte delas, de negatividade em sua performance de amamentação. Esse dado pode ser sustentado pelo que é afirmado na literatura, de que a nutriz tem como um dos indicadores de avaliação da sua capacidade para amamentar, as manifestações de comportamento da criança. Em geral, o choro persistente que por sua vez está associado ao estado de agitação da criança e alteração do padrão de sono esperado para o RN, são interpretados pela mãe como sinais de fome e insatisfação do RN. Segundo SILVA (1997) estes são um dos principais indicadores utilizados pela nutriz na avaliação que esta faz, continuamente, de sua capacidade de produzir leite necessário para satisfazer as necessidades de seu filho. Ao menor sinal de que a produção de leite não atende a demanda da criança, caracterizada por choro e vigília, a nutriz sente-se insegura, podendo elevar os níveis de ansiedade, que por sua vez pode acarretar alterações na fisiologia da lactação, incorrendo na possibilidade real da diminuição da produção láctea.

]Nesse caso, o apoio faz-se necessário, e por esta razão, acreditamos que para as mães deste estudo, a correção da técnica de

amamentação e demais orientações realizadas na Consulta de Enfermagem no 10º dia pós-parto, contribuíram para o aumento do número de RN que dormem ou ficam calmos após as mamadas no 30º dia pós-parto se comparado ao 10º dia pós-parto.

Tabela 12 Distribuição dos RN das nutrizes hipogalactas segundo suas manifestações de comportamento e o volume de leite materno drenado observado. São Paulo, 2001.

Manifestações de comportamento												
Vol. De leite observado	10º dia pós-parto						30º dia pós-parto					
	Chora muito		Dorme/calmo		Total		Chora muito		Dorme/calmo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RNPH	4	19,05	2	9,52	6	14,29	2	20	-	-	2	3,96
Pouco	(4)	(66,67)	(2)	(33,33)	(6)	(100)	(2)	(100)			(2)	(100)
Médio	1	4,76	9	42,86	10	23,81	-	-	11	34,37	11	26,19
	(1)	(10,00)	(9)	(90,00)	(10)	(100)			(11)	(100)	(11)	(100)
Bom	16	76,19	10	47,62	26	61,90	8	80,00	21	65,63	29	69,05
	(16)	(61,54)	(10)	(38,46)	(26)	(100)	(8)	(27,59)	(21)	(72,41)	(29)	(100)
Total	21	10	14	100	42	100	6	100	36	100	42	100
RNMH	-	-	-	-	-	-	2	22,22	1	3,03	3	7,15
Pouco							(2)	(75,00)	(1)	(25,00)	(3)	(100)
Médio	5	20,38	12	66,67	17	40,48	7	77,78	7	77,78	14	33,33
	(5)	(29,41)	(12)	(70,59)	(17)	(100)	(7)	(50,00)-	(7)	(50,00)	(14)	(100)
Bom	19	79,17	6	33,33	25	59,52	-	-	25	75,76	25	59,52
	(19)	(76,00)	(6)	(24,00)	(25)	(100)			(25)	(100)	(25)	(100)
Total	24	100	18	100	42	100	9	100	33	100	42	100
	(24)	(57,14)	(18)	(42,86)	(42)	(100)	(9)	(21,43)	(33)	(78,57)	(42)	(100)

Ao investigarmos as manifestações dos RN desse estudo e a quantidade de leite materno observado, em suas mães, constatamos que para a maioria dos RN não há concordância entre a persistência de choro e o volume de leite produzido.

Consideramos as primíparas e múltiparas hipogalácticas, no período correspondente ao 10º dia pós parto, 26 (61,90%) e 25 (59,52%), respectivamente, estas apresentaram boa drenagem de leite. Dentre as primíparas, a maioria 16 (76,19%) e 19 (79,17%) das múltiparas referiram que seus filhos são crianças com choro persistente pós mamadas. Ainda 10 (23,81%) primíparas e 17 (40,48%) múltiparas apresentaram média quantidade de leite, sendo que 1 (4,76%) primípara e 5 (20,38%) múltiparas têm filhos que se comportam da mesma maneira, com choro persistente.

Ao observarmos a situação de produção láctea dessas mulheres no 30º dia pós-parto, observamos que ocorreu um discreto aumento de primíparas com boa drenagem de leite, 29 (69,05%), bem como daquelas que tinham média drenagem, 11 (26,19%), sendo que houve manutenção de 2 (3,96%) com pouca drenagem e cujos filhos apresentavam-se chorosos após as mamadas.

Dentre as 29 (100%) primíparas com boa drenagem láctea, no 30º dia pós-parto, a maioria delas, 21 (72,41%) referiu que seus filhos dormiam ou se acalmavam após as mamadas, sendo que para as múltiparas, a totalidade de mulheres com boa drenagem láctea, 25 (75,76%), referiram semelhante comportamento de seus filhos; mesmo entre as 11 (26,19%) primíparas hipogalácticas com média drenagem láctea não foram encontrados RN com choro persistente, já que para as

multíparas hipogalactas 14 (100%), com média quantidade de leite drenado, a metade, 7 (50,00%) RN tinham choros mesmo após as mamadas.

Tabela 13- Distribuição dos RN das nutrízes normogalactas segundo suas manifestações de comportamento e o volume de leite materno drenado observado. São Paulo, 2001.

Vol. De leite observad o	Manifestações de comportamento											
	10º dia pós-parto						30º dia pós-parto					
	Chora muito		Dorme/calmo		Total		Chora muito		Dorme/calmo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RNPN	28	100,00	14	100,00	42	100,0	6	100,00	36	100,00	42	100,0
Bom	(28)	(66,67)	(14)	(33,33)	(42)	(100)	(6)	(14,28)	(36)	(85,72)	(100)	(100)
Total	28	100	14	100	42	100,0	6	100	36	100	42	100
	(28)	(66,67)	(14)	(33,33)	(42)	(100)	(6)	(14,29)	(36)	(85,71)	(42)	(100)
RNMN	-	-	-	-	-	-	2	75,00	-	-	2	4,76
Médio							(2)	(100)			(2)	(100)
Bom	5	100,00	37	100,00	42	100,0	1	25,00	39	100,0	40	95,24
	(5)	(11,90)	(37)	(88,10)	(42)	(100)	(1)	(21,50)	(39)	(100)	(40)	(100)
Total	5	100	37	100	42	100	3	100	39	100	42	100
	(5)	(11,90)	(37)	(88,10)	(42)	(100)	(3)	(21,43)	(39)	(89,06)	(42)	(100)

* Um RN estava com aleitamento artificial

É interessante notar que as primíparas normogaláctas apresentaram bom volume de leite drenado em sua totalidade em ambos os períodos em que foram examinadas, não ocorrendo o mesmo

com as multíparas, uma vez que 2 (4,76%) nutrízes que apresentavam boa drenagem láctea no 10º dia pós-parto tiveram redução do volume para média quantidade no 30º dia pós-parto. Uma delas estava oferecendo aleitamento artificial pelo fato de ter retornado ao trabalho na semana anterior, isto é, por volta do 20º dia pós-parto. Outra mãe havia iniciado trabalho recentemente e oferecia o leite materno somente no período noturno e pretendia interromper a amamentação alegando que o RN “sentia muito a sua falta durante o dia”. Isto mostra claramente o efeito da redução do estímulo da sucção e de esvaziamento mamário, resultando na diminuição do volume de leite produzido. Ambas as puérperas mencionadas não tinham o registro em carteira e, conseqüentemente, estavam excluídas do direito à licença maternidade. Vale salientar que os RN destas 2 (75,00%) mães, mesmo com a oferta de leite artificial a cada 3 horas, apresentavam comportamento choroso, o que pode ser explicado pela dificuldade de digestão do leite artificial quando comparado ao leite materno, levando ao surgimento de cólicas e obstipação intestinal no RN (MARTINS FILHO, 2000; PERNETTA 1988).

Ao associarmos a variável quantidade de drenagem láctea observada às manifestações de comportamento da criança, chama a atenção para o fato de que 28 (66,67%) primíparas normogalactas referirem que seus filhos choravam muito, mesmo tendo esta boa drenagem de leite. A situação, a exemplo das nutrízes hipogalactas, se modifica no período do 30º dia pós-parto, passando para apenas 6 (14,28%) RN com choro persistente após as mamadas. No que tange às multíparas normogalactas, há predomínio do número de crianças cujas 37 (88,10%) mães referem que as mesmas dormem ou se mantêm

calmas, no 10º dia pós-parto, demonstrando assim uma segurança maior por parte das múltiparas.

A tabela 14 nos mostra a necessidade de complementação das mamadas dos RN referidas pelas nutrizes hipo e normogalactas.

Uma das conseqüências mais comuns da interpretação de hipogalactia, seja pela mãe ou pelos familiares, é a introdução de outros alimentos que visam suprir a deficiência de volume de leite, que dependendo da idade do RN, recai na oferta do leite heterólogo.

Classificação do tipo de aleitamento materno adotado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1997).

- AE- Aleitamento materno exclusivo quando a criança só recebe leite materno diretamente do seio de sua mãe ou ordenhado, ou ainda leite humano ordenhado e não recebe nenhum outro líquido ou alimento sólido (com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, remédios ou sais minerais).
- APr- Aleitamento materno predominante quando a principal fonte de alimento da criança é o leite materno, porém recebe também água ou outros alimentos a base de água (água açucarada, chás, infusões, etc.), sucos de frutas, soro de reidratação oral, gotas ou xaropes de vitaminas, sais minerais ou remédios. Nenhum outro alimento aquoso é permitido nestes casos.
- APa- Aleitamento materno parcial quando a criança, além da amamentação ao peito, recebe, antes da época adequada (a partir do 4º -6º mês), alimentos artificiais (leite, cereais, frutas, legumes ou outros alimentos) em alguma refeição.

Também é comum a utilização de chás e água nos intervalos entre as mamadas, com o objetivo de aumentar a oferta de líquido para a criança quando a mãe não confia que apenas o leite supre também essa necessidade do lactente.

Dessa forma, tanto a oferta de chás/água como leite, estão associados a queixas maternas de pouco leite, manifestação de fome do RN ou déficit ponderal do RN. Por outro lado, também podem ser considerados como agravantes da situação, principalmente, água/chás, uma vez que a oferta desses “alimentos” podem espaçar as mamadas, diminuindo o estímulo de produção láctea e diminuindo a ingesta láctea pelo RN (SILVA, 2001).

Quando investigamos a “necessidade” percebida pela mãe de complementar as mamadas, o quadro delineado nos pareceu bastante coerente com o que nos fundamenta a literatura.

O número de crianças mantidas em AE nas duas fases da avaliação deste estudo, é expressivamente maior no grupo de nutrízes normogalactas.

Observamos conforme mostrado na Tabela 14, que entre as primíparas hipogalactas ocorre um predomínio de crianças do AE, 27 (64,29), caindo esse número para 24 (57,14%) no 30º dia pós-parto. Atenta-se para o fato de que, entre as crianças do grupo das primíparas hipogalactas, 10 (23,81%) delas já estavam recebendo, ou receberam pelo menos uma vez, o leite heterólogo, diminuindo para 6 (14,29%) o número de crianças em APa, no 30º dia pós-parto o que nos indica que

as dificuldades encontradas por essas mães, que as levou a introduzir a mamadeira, provavelmente, foram sanadas, para algumas, fazendo com que elas passassem a oferecer chá/água, mas não mais o leite heterólogo, o que caracteriza o aleitamento com predomínio do leite materno. Queremos ressaltar, que nem todas as mulheres ofereciam leite em todas as mamadas, no entanto, uma única mamada substituída já caracteriza o APa.

No que tange às múltiparas hipogalctas, também observamos a introdução precoce de leites, em número superior ao encontrado para as primíparas, 12 (28,57%) no 10º dia pós-parto e 16 (38,10%) no 30º dia pós parto resultando em menor número de crianças em AE no 10º como no 30º dia, 24 (57,14%) e 21 (50,00%) respectivamente, quando comparadas com as primíparas do mesmo grupo.

Ao considerarmos a situação de amamentação das crianças, filhos das nutrízes hipogalctas deste estudo, observamos que a oferta de outros tipos de leite quando mencionados, a justificativa foi a queixa de pouco leite e o fato do RN permanecer choroso após as mamadas.

No grupo das nutrízes normogalctas, também as primigestas apresentaram frequência maior da manutenção do AE, principalmente para as primíparas no 10º dia pós-parto, em que 40 (95,23%) delas amamentavam exclusivamente o filho com leite materno, enquanto entre as múltiparas, 32 (76,19%) mantinham seus filhos em AE. No entanto, ao final dos 30 dias pós-parto o número de crianças de primíparas em AE caiu para 28 (66,67%). Embora a diminuição do número dessas crianças seja expressivo observa-se que aos 30 dias, o número de primíparas que mantinham AE para seus filhos ainda era superior ao número de múltiparas para o mesmo tipo de aleitamento 24

(57,14%), e que cresceu o número de mulheres primíparas que passou a oferecer chás/água, neste período, bem como, 4 (9,52%) delas introduziram o leite heterólogo na dieta do RN.

É interessante notar que, o aleitamento materno predominante foi comum para os dois grupos de nutrizes, embora em percentual bem menor para as primíparas normogalactas ao 10º dia, em que apenas 2 (4,76%) crianças recebiam chás/água, mas ocorreu aumento significativo de mulheres que passaram a utilizar desse tipo de complementação no decorrer do primeiro mês de vida de seus filhos, em especial para as primíparas do ambos os grupos, o que talvez possa indicar que as mesmas vão cedendo às influências familiares e de amigas com o decorrer do tempo, ou experimentando alternativas para acalmar a criança, ao contrário das múltiparas que parecem já iniciar mais precocemente os líquidos, talvez por já serem mais familiares à utilização destes.

Esse dado contradiz alguns estudos que vêm demonstrando que as primíparas estão mais sujeitas às interferências do ambiente e ou insegurança sobre sua performance de lactação, tendendo ao complemento das mamadas (REZENDE, 1998). Por outro lado, estudos como MELLEIRO (1998) e SHIMODA (2001) confirmam os resultados encontrados neste estudo.

MELLEIRO (1998) encontrou no Retorno de Enfermagem, (95,21%) mães com aleitamento materno exclusivo, (3,59%) mães com aleitamento materno predominante e (1,20%) mães com aleitamento materno parcial. No estudo de SHIMODA (2001), 86,67% mães

apresentaram aleitamento exclusivo, 8,33% aleitamento materno predominante e 5,00% mães com aleitamento materno parcial.

Observamos que as nutrizes hipogalactas introduzem outro alimento ou líquido para suplementar a alimentação do RN, enquanto as normogalactas, o fazem mediante o choro sugestivo de cólicas, e assim encontramos maior número de crianças destas em APr do que APa encontrado predominantemente nas hipogalactas, embora todas recebam a orientação dadas durante a internação de que o leite materno é completo não sendo necessária a oferta de outro tipo de alimento e reforçadas no Retorno de Enfermagem no 10º dia pós-parto. Notamos que a oferta de chás e água ainda aparece no 30º dia pós-parto, em praticamente o mesmo número de nutrizes, tanto primíparas como multíparas, em especial, as hipogalactas mostrando que a oferta desses alimentos sofre forte influência do ambiente familiar, mas também da interpretação que a mãe faz do comportamento do RN.

O desmame, aos 30 dias, referido por uma das multíparas normogalactas deveu-se ao retorno ao trabalho, como já mencionado anteriormente.

5.3- Avaliação do traço, estado e grau de ansiedade das nutrizes

Tabela 15- Distribuição das nutrizes hipo e normogalactas, segundo o traço, estado e a gradação da ansiedade, São Paulo, 2001.

Gradação da Ansiedade	Manifestações de comportamento											
	Primíparas hipogalactas						Multíparas hipogalactas					
	Traço		Estado no 10ºdia		Estado no 30ºdia		Traço		Estado no 10ºdia		Estado no 30ºdia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baixa	18	42,86	21	50,00	26	64,90	15	35,71	20	47,62	21	50,00
Média	23	54,76	21	50,00	16	38,10	27	64,29	22	52,38	21	50,00
Alta	1	2,38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	42	100	42	100	42	100	42	100	42	100	42	100
	Primíparas Normogalactas						Multíparas Normogalactas					
	Traço		Estado no 10ºdia		Estado no 30ºdia		Traço		Estado no 10ºdia		Estado no 30ºdia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baixa	16	38,10	24	57,14	32	76,19	18	42,86	30	71,43	26	61,90
Média	26	61,90	18	42,86	10	23,81	23	54,76	12	28,57	16	38,10
Alta	-	-	-	-	-	-	1	2,38	-	-	-	-
Total	42	100	42	100	42	100	42	100	42	100	42	100

No que concerne ao traço de ansiedade, podemos observar por meio dos dados contidos na Tabela 15 que a maioria das primíparas hipogalactas 23 (54,76%) apresentaram escores que as situaram na categoria de média ansiedade, sendo o que predominou neste grupo de mulheres. As demais, 18 (42,86%), encontram-se com escores para baixa ansiedade e apenas 1 (2,38%) entre elas, apresentou traço para alta ansiedade. Percebemos que também as multíparas hipogalactas,

houve um predomínio de mulheres com traço de média ansiedade, superior numericamente às primigestas e nenhuma mulher desse grupo apresentou traço para alta ansiedade.

Quanto ao estado de ansiedade, no 10º dia pós-parto, as nutrizes hipogalactas distribuíram-se igualmente nos níveis de baixa e média ansiedade, 21 (50,00%) em cada um, sendo que esse quadro se modifica e mostra que o nível de ansiedade diminui ao longo do processo de amamentação, em que passa a ser 26 (64,90%) o número de mulheres com baixa ansiedade no 30º dia pós-parto, ocorrendo da mesma forma para as múltiparas que embora com diferença numericamente muito discreta, também diminui o número de mulheres com média ansiedade, no 10º dia pós-parto, 22 (53,38%) igualando-se a distribuição destas em 21 (50,00%) nas duas categorias média e baixa.

Ao investigarmos os padrões de traço e estado de ansiedade para as nutrizes normogalactas, no 10º dia pós-parto, encontramos maior número, tanto de primíparas como de múltiparas que apresentam escores para média ansiedade, 26 (61,90%) e 23 (54,76%) respectivamente, e uma nutriz múltiparas que foi considerada com traço de alta ansiedade.

No que diz respeito ao estado de ansiedade, nenhuma nutriz normogalacta, assim como as hipogalactas, apresentou escores para alta ansiedade. Elas apresentaram predominantemente, no 10º dia pós-parto, escores para baixa ansiedade, sendo entre elas 24 (57,14%) primíparas e 30 (71,43%) múltiparas em que estas apresentaram uma diferença

numérica expressiva quando comparadas com as múltiparas hipogalactas no mesmo período.

Observa-se também, que no decorrer da amamentação, as primíparas normogalactas tendem a diminuir o nível de ansiedade, não ocorrendo o mesmo para as múltiparas, uma vez que houve aumento para 32 (76,19%) primíparas com baixa ansiedade e diminuiu para 26 (61,90%) o número de múltiparas para esta mesma categoria, a exemplo do que também ocorreu para as nutrizes hipogalactas.

Podemos inferir que é esperada uma diminuição da gradação da ansiedade das nutrizes do 10º dia pós-parto para o 30º dia pós-parto, pois nesta ocasião, as nutrizes já estão mais habituadas com o seu novo papel de mãe como cuidadora do RN e muitas das questões de adaptação, em especial com os cuidados com o RN já estão solucionados, como foi encontrado também no estudo de SHIMODA (2001).

Dessa forma, atenta-se para o fato das múltiparas normogalactas deste estudo geralmente apresentarem-se mais ansiosas quando comparadas ao estado de ansiedade no 30º dia pós-parto, em relação ao 10º dia pós-parto. Para essas mulheres a experiência e a normalidade de volume lácteo não parece ter contribuído para a diminuição do grau de ansiedade. Tal fato talvez não esteja associado diretamente com a amamentação e sim a outros problemas relatados como a preocupação com os outros filhos e doenças na família, como mencionados pelas mesmas.

A múltipara, muitas vezes, acaba não recebendo a atenção dos profissionais de saúde por já ter experienciado a amamentação,

esperando-se que ela já saiba como enfrentar as dificuldades. Tal “abandono” pode gerar maior nível de ansiedade, caso ela não consiga superar estas dificuldades, necessitando de apoio e acolhimento dos profissionais.

SOUZA (2000) realizou um estudo com 40 puérperas primigestas que foram divididas em dois grupos: experimental, constituído por 20 puérperas primigestas, (que receberam visita domiciliária no 5º dia pós-parto) e controle, composto por 20 puérperas primigestas, (que não receberam visita domiciliária). Ambos os grupos preencheram pela primeira vez, no 5º dia pós-parto, o questionário de estado de ansiedade e pela segunda vez, no 7º dia pós-parto. Os resultados mostraram que a visita domiciliária de enfermagem foi importante na diminuição do escore do estado de ansiedade em puérperas primigestas.

Considerando que a ansiedade interfere na hipogalactia podemos fazer um paralelo entre a visita de enfermagem realizada no estudo relatado acima com a Consulta de Enfermagem realizada no 10º dia pós-parto que tem se mostrado um importante instrumento para a resolução de dúvidas maternas e detecção precoce de necessidades da mãe e do RN (MELLEIRO, 1998).

Estudamos também, as relações entre o estado de ansiedade apresentado pelas nutrizes hipogalactas, no 10º e 30º dia pós-parto, e os indicadores de hipogalactia mais comumente utilizados, bem como, a indicação de complementação alimentar para o RN. Optamos por

trabalhar essas relações apenas com as mulheres hipogalactas por terem sido estes elementos aqueles utilizados para a sua inclusão na amostra.

Podemos observar nos dados da Tabela 16, como já demonstrado na Tabela 12 que apesar desses dados se referir às nutrizes hipogalactas, encontramos a maioria delas com boa drenagem láctea no 10º dia pós-parto correspondendo a 26 (100%) primíparas, sendo que destas 12 (46,15%) apresentam estado de média ansiedade e 14 (53,85%) estado de baixa ansiedade. As primíparas com médio volume lácteo apareceram em número igual a 10 (100%) sendo que 6 (60%) apresentam média ansiedade e 4 (40,00%) baixa ansiedade. Foram encontradas 6 (100%) nutrizes com pouca drenagem láctea, divididas em 3: (50%) nutrizes que apresentavam média ansiedade e 3 (50%) nutrizes com baixa ansiedade.

Tabela 16- Distribuição das nutrizes hipogalactas segundo a quantidade de drenagem do volume de leite observado nos 10º e 30ºdia pós-parto e a gradação da ansiedade estado nos 10º e 30ºdia pós-parto. São Paulo, 2001.

Estado de ansiedade	Drenagem láctea															
	10ºdia pós-parto								30ºdia pós-parto							
	Pouco volume	Médio volume	Bom volume	Total		Pouco volume	Médio volume	Bom volume	Total		Pouco volume	Médio volume	Bom volume	Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primíparas	3	50,00	4	40,00	14	53,85	21	50,00	2	100,00	5	45,45	19	65,52	26	61,90
Baixa																
Média	3	50,00	6	60,00	12	46,15	21	50,00	-	-	6	54,55	10	34,48	16	38,10
Total	6	100	10	100	26	100	42	100	2	100	11	100	29	100	42	100
Múltiparas	-	-	5	29,41	15	60,00	20	47,62	1	33,33	5	35,71	15	60,00	21	50,00
Baixa																
Média	-	-	12	70,59	10	40,00	22	52,38	2	66,67	9	64,29	10	40,00	21	50,00
Total	-	-	17	100	25	100	42	100	3	100	14	100	25	100	42	100

Por ocasião do 30º dia pós-parto, também ocorreu a maioria das primíparas com boa drenagem láctea, 29 (100%), dentre elas, 10 (34,48%) apresentaram média ansiedade e 19 (65,52%) baixa ansiedade. Das 11 (100%) nutrízes com média drenagem, 6 (54,55%) apresentaram média ansiedade e 5 (45,45%) baixa ansiedade. As 2 (100%) nutrízes com pouca drenagem láctea apresentaram baixa ansiedade.

Se considerarmos, em termos numéricos, verificamos que as primíparas com boa drenagem láctea apresentam em sua maioria, estado de baixa ansiedade tanto no 10º como no 30º dia pós-parto, enquanto as nutrízes com média drenagem láctea apresentam média ansiedade em sua maioria nos dois momentos considerados, e ainda, que no decorrer do processo de amamentação ocorre um aumento do número de mulheres com boa drenagem láctea acompanhado pelo aumento do número de mulheres que apresentaram baixa ansiedade, o que nos sugere que os níveis de ansiedade realmente podem estar relacionados com o volume de leite aparentemente produzido, ou seja a drenagem observada.

A Tabela 16 nos mostra, também, que para as multíparas hipogalactas no 10º pós-parto foi encontrada a maior parte delas com boa drenagem láctea perfazendo um total de 25 (100%) multíparas, destas, 10 (40,00%) apresentaram média ansiedade e 15 (60,00%) baixa ansiedade. Das 17 (100%) nutrízes com média drenagem de leite, 12 (70,59%) apresentaram média ansiedade e 5 (29,41%) baixa ansiedade. Não foram encontradas nutrízes com pouca drenagem láctea no 10º dia pós-parto.

No 30º dia pós-parto, manteve-se o número de multíparas com boa drenagem láctea. Foram encontradas 14 (100%) nutrízes com média drenagem láctea, em que 0 (64,29%) apresentaram média ansiedade e 5 (35,71%) baixa ansiedade. A surpresa foi o aparecimento de 3 (100%) nutrízes com pouca drenagem láctea sendo que 2 (66,67%) apresentaram média ansiedade e 1 (33,33%) baixa ansiedade. Podemos atribuir a diminuição do volume de leite produzido por essas mulheres ,ao fato de termos encontrado seis mães que ofereciam complemento lácteo de 6 a 12 vezes ao dia nesse período, enquanto, quatro mães já ofereciam complemento lácteo, neste mesmo intervalo de tempo por ocasião do 10º dia pós-parto.

Mais uma vez, podemos inferir que a performance da lactação das nutrízes tende a melhorar com o decorrer do tempo, com a conseqüente adaptação, experiência e aprendizado em cuidar do RN e de todas as adaptações que envolvem o nascimento do filho e a nova identidade materna. Com isto, também diminuem os elementos que podem levar a alterações no estado de ansiedade dessas mulheres.

Ao observar-se a relação entre a manifestação de comportamento do RN e o estado de ansiedade materno, encontramos um maior número de primíparas hipogalactas com média ansiedade que referiram o choro persistente do RN 17 (80,95%) e outras 4 (19,05%), cujos RN, apesar de apresentarem o mesmo comportamento, enquadravam-se no estado de baixa ansiedade. Quando o comportamento da criança denota calma e sono adequado, percebe-se a inversão desse quadro, em que 17 (85,95%) mães apresentavam baixa ansiedade e 4 (19,05%) média ansiedade.

Tabela 17- Distribuição dos RN das nutrizes hipogalactas, segundo o comportamento apresentado nos 10º e 30ºdia pós-parto e a gradação da ansiedade estado nos traço, estado nos 10º e 30ºdia pós-parto. São Paulo, 2001.

Estado de Ansiedade	Manifestações de comportamento											
	10ºdia pós-parto						30ºdia pós-parto					
	Chora muito		Dorme/calmo		Total		Chora muito		Dorme/calmo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RNPH												
Baixa	4	19,05	17	85,95	21	50,00	2	20,00	24	75,00	26	61,90
Média	17	54,76	4	19,05	21	50,00	8	80,00	8	25,00	16	38,10
Total	21	100	21	100	42	100	42	100	32	100	42	100
RNMH												
Baixa	7	29,17	13	72,22	20	47,62	3	33,33	18	54,55	21	50,00
Média	17	70,83	5	27,78	22	52,38	6	66,67	15	45,45	21	50,00
Total	24	100	18	100	42	100	9	100	33	100	42	100

No 30ºdia pós-parto. Houve uma diminuição do número de crianças que choravam muito e conseqüentemente um aumento das crianças que permaneciam calmas segundo relato de suas mães com média ansiedade cujos RN apresentaram choro persistente, 8 (80,00%) em comparação às 2 (20,00%) mães que apresentaram baixa ansiedade correspondendo a 24 (75,00%) e 8 (25,00%) apresentaram média ansiedade.

Podemos observar que houve uma melhora do comportamento do RN do 10º dia pós-parto para o 30º dia pós-parto e uma diminuição da graduação da ansiedade das nutrízes primíparas que apresentaram hipogalactia, denotando que ocorre tanto a organização e adaptação ambiental da criança ao meio extra-uterino, como adaptação materna às atividades e papel materno.

À exemplo das primíparas, as multíparas também apresentaram uma relação de baixa ansiedade com o comportamento calmo do RN, no 10º dia pós-parto, como é possível perceber nas 13 (72,22%) nutrízes, sendo o resultado inverso quando observamos 17 (70,38%) mães que apresentaram média ansiedade com o comportamento choroso de seu filho.

No 30º dia pós-parto, nota-se um aumento do número de crianças que se apresentaram calmas após as mamadas e cujas mães têm baixa ansiedade, sendo encontradas ainda 6 (66,67%) crianças chorosas com mães que apresentaram média ansiedade, em sua maioria, e 3 (33,33%) com baixa ansiedade.

Percebemos a importância que o comportamento da criança exerce sobre o estado de ansiedade materna, mas questionamos por outro lado, se são as mães ansiosas que transmitem ansiedade para as crianças que ficam agitadas ocorrendo assim, um círculo vicioso.

SILVA (2001) afirma que as manifestações de comportamento do RN, em especial o choro, afeta a autoconfiança materna chegando a fazê-la duvidar de sua capacidade de amamentar o filho ou mesmo de

sua condição em suprir as necessidades básicas da criança e promover seu bem-estar. O ganho de peso pelo RN é considerado pelos pais um dos indicadores concretos de saúde e bem-estar da criança. Assim, é comum mães e profissionais, aterem-se a variação ponderal da criança e valerm-se desses valores para avaliar, indiretamente, a capacidade de amamentação da nutriz, transformando, muitas vezes, a curva ponderal da criança em fator da ansiedade materna (SILVA, 1997; BELLI, 1999).

Tabela 18- Distribuição dos RN das nutrizes hipogalactas segundo o ganho ponderal nos 10º e 30º dia pós-parto e a gradação da ansiedade estado nos 10º e 30º dia pós-parto. São Paulo, 2001.

Estado de Ansiedade	Manifestações de comportamento											
	10º dia pós-parto						30º dia pós-parto					
	$\Delta p > 20g/dia$		$\Delta p < 20g/dia$		Total		$\Delta p > 20g/dia$		$\Delta p < 20g/dia$		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RNPH	11	78,57	10	35,71	21	50,00	26	61,90	-	-	26	61,90
Baixa	(11)	(52,38)	(10)	(47,62)	(21)	(100)	(26)	(100)			(26)	(100)
Média	3	21,43	18	64,29	21	50,00	16	38,10	-	-	16	38,10
	(3)	(21,43)	(18)	(85,72)	(21)	(100)	(16)	(100)			(16)	(100)
Total	14	100	28	100	42	100	42	100	-	-	42	100
	(14)	(33,33)	(28)	(66,67)	(42)	(100)	(42)	(100)			(42)	(100)
RNMH	13	54,17	7	38,89	20	47,62			-	-	21	50,00
Baixa	(13)	(65,00)	(7)	(35,00)	(20)	(100)	3	33,33			(21)	(50,00)
Média	11	45,83	11	61,11	22	52,38	6	66,67	-	-	21	50,00
	(11)	(50,00)	(11)	(50,00)	(22)	(100)					(21)	(50,00)
Total	24	100	18	100	42	100	42	100	-	-	42	100
	(24)	(57,14)	(18)	(42,86)	(42)	(100)	(42)	(100)			(42)	(100)

Observamos, na Tabela 18 que há um predomínio de nutrizes primíparas 28 (66,67%) cujos RN apresentaram ganho de peso inferior a 20 gramas por dia, quando avaliados no 10º dia pós-parto, ocorrendo o inverso com as nutrizes multíparas, cuja maioria dos RN 24 (57,14%), ganharam mais de 20 gramas por dia no mesmo período.

Entre as nutrizes cujos filhos não atingiram a média de peso esperada para o período, observamos que há predomínio daquelas que apresentaram estado de média ansiedade, tanto para primíparas como para multíparas, ocorrendo o inverso, ou seja predomínio dos níveis de baixa ansiedade, apresentado por mães cujos RN tiveram curva ponderal adequada.

Face aos resultados, podemos inferir que para o período do 10º dia pós-parto, no que tange ao ganho de peso do RN, as mães cujos bebês estão dentro da média esperada são, em sua maioria, aquelas que apresentaram níveis de baixa ansiedade, sendo que o estado de ansiedade materno parece não ter tido influência para essas crianças, na medida em que decorreu o tempo do processo de amamentação, uma vez que no 30º dia todos os RN apresentaram ganho ponderal adequado, independente dos níveis de ansiedade apresentados por suas mães.

Tabela 19- Distribuição das nutrízes hipogalactas segundo a gradação da hipogalactia apresentada nos 10º e 30º dia pós-parto e a gradação da ansiedade estado nos 10º e 30º dia pós-parto. São Paulo, 2001.

Estado de ansiedade	Gradação da hipogalactia													
	10º dia pós-parto						30º dia pós-parto							
	Leve		Moderada		Total		Leve		Moderada		Inexistente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primíparas	17	65,38	4	25,00	21	50,00	11	55,00	6	75,00	9	64,29	26	61,90
Baixa	(17)	(80,95)	(4)	(19,50)	(21)	(100)	(11)	(42,31)	(6)	(23,07)	(9)	(34,62)	(26)	(100)
Média	9	34,62	12	75,00	21	50,00	9	5,00	2	25,00	5	35,71	16	38,10
	(9)	(42,86)	(12)	(57,14)	(21)	(100)	(9)	(56,25)	(2)	(12,50)	(5)	(31,25)	(16)	(100)
Total	26	100	16	100	20	100	20	100	8	100	14	100	42	100
	(26)	(61,90)	(16)	(38,10)	(20)	(100)	(20)	(47,62)	(8)	(19,05)	(14)	(33,33)	(42)	(100)
Múltiparas	11	47,83	9	47,37	20	47,62	10	62,50	5	35,71	6	50,00	21	50,00
Baixa	(11)	(55,00)	(9)	(45,00)	(20)	(100)	(10)	(47,62)	(5)	(23,81)	(6)	(28,57)	(21)	(100)
Média	12	52,17	10	52,63	22	52,38	6	37,50	9	64,29	6	50,00	21	50,00
	(12)	(54,55)	(10)	(45,45)	(22)	(100)	(6)	(28,57)	(9)	(42,86)	(6)	(28,57)	(21)	(100)
Total	23	100	19	100	42	100	16	100	14	100	12	100	42	100
	(23)	(54,76)	(19)	(45,25)	(42)	(100)	(16)	(38,10)	(14)	(33,33)	(12)	(28,57)	(42)	(100)

Os dados da Tabela 19 mostram que no 10º dia pós-parto, 26 (61,9%) primíparas hipogalactas apresentavam hipogalactia leve, isto é, 16 (38,1%) apresentavam hipogalactia moderada, ou seja, que a mãe ou RN apresentava três ou quatro indicadores de hipogalactia. No 30º dia pós-parto, o número de nutrizes com hipogalactia leve diminuiu para 20 (47,62%) e para 8 (19,02%) aquelas com hipogalactia moderada. Nota-se o aparecimento de 14 (33,33%) nutrizes com hipogalactia inexistente ou que deixaram de apresentar indicador de hipogalactia. Tal feito pode ser explicado pela intervenção da enfermeira na Consulta de Enfermagem, no 10º dia pós-parto em que ocorreu a correção da técnica da amamentação, sendo as nutrizes orientadas quanto a importância de estarem despertando os RN que se apresentavam sonolentos, da oferta do leite posterior e outras orientações relativas a amamentação. Segundo MARTINS FILHO (2000), o RN deve esvaziar completamente uma mama para depois dar início à sucção em outra mama, retirando assim, o leite posterior, com maior teor calórico e que corresponde a 2/3 do total do leite produzido, um dos responsáveis pelo sinal de saciedade do RN. O 1/3 restante do leite total é produzido no intervalo das mamadas, chamado de leite anterior. Assim, podemos fazer a seguinte analogia: “o leite anterior mata a sede e o posterior a fome”.

As multíparas hipogalactas também apresentaram diminuição da graduação da hipogalactia, no decorrer da amamentação sendo encontradas no 10º dia pós-parto 23 (54,76%) nutrizes com hipogalactia leve e 19 (45,24%) com hipogalactia moderada. No 30º dia pós-parto esse número caiu para 16 (38,1%) nutrizes com hipogalactia leve e 14 (33,33%) com hipogalactia moderada, e 12

(28,57%) delas também não relatavam mais indicadores de hipogalactia. Este fato reitera os resultados encontrados por SHIMODA (2001) que identificou que a Consulta de Enfermagem no 10º dia pós-parto foi importante para correção da técnica de amamentação e cicatrização dos mamilos, havendo conseqüentemente uma diminuição do grau de hipogalactia por conta da sucção correta do RN e diminuição da dor nos mamilos.

A maioria das primíparas hipogalactas apresentam hipogalactia leve, 26 (100%), destas 17 (65,38%) nutrízes apresenta baixa ansiedade e 9 (34,62%) média ansiedade, no 10º dia pós-parto.

Percebemos que no 30º dia pós-parto houve uma diminuição do número de primíparas com hipogalactia leve sendo encontradas 20 (47,62%) e também, diminuição das nutrízes com hipogalactia moderada que passou para 8 (19,05%) nutrízes e encontramos 14 (33,33%) nutrízes com hipogalactia inexistente, ou seja, com normogalactia sendo que a maioria, destas 9 (64,29%) apresentam baixa ansiedade. Este fato reitera o que diz a literatura, que a hipogalactia real é rara e muitas vezes depende mais da correção da técnica da amamentação do que por razões da própria glândula mamária de não conseguir produzir o leite materno. Reforça também, comentários já feitos anteriormente, sobre as superações realizadas por mãe e filho no processo vivencial de amamentação e convivência.

Notamos que numericamente é expressiva uma relação, nos período do 30º dia pós-parto, entre menor nível de estado de ansiedade e menor grau de hipogalactia, por estas mulheres.

A Tabela 19 nos mostra também que as multíparas hipogalactas apresentaram em sua maioria, no 10º pós-parto, 23 (100%) nutrízes com hipogalactia leve, sendo que, 12 (52,17%) nutrízes apresentaram média ansiedade e 11 (47,83%) baixa ansiedade. Encontramos 19 (100%) nutrízes com hipogalactia moderada e destas, 10 (52,63%) apresentaram média ansiedade e 9 (47,37%) baixa ansiedade.

Por ocasião do 30º dia pós-parto, notamos também a diminuição da gradação da hipogalactia por estas mulheres tendo sido encontrados 16 (100%) casos de hipogalactia leve com 10 (62,50%) nutrízes que apresentaram baixa ansiedade e 6 (37,50%) com média ansiedade. Encontramos também 14 (100%) nutrízes com hipogalactia moderada, sendo que 9 (64,29%) nutrízes possuem média ansiedade e 5 (35,71%) baixa ansiedade.

Houve a diminuição dos indicadores de hipogalactia em 12 (100%) nutrízes que haviam apresentado a queixa da hipogalactia anteriormente, divididas em 6 (50,00%) com média ansiedade e 6 (50,00%) com baixa ansiedade.

Para as multíparas com hipogalactia foi observada também, como nas primíparas com hipogalactia uma diminuição da gradação da ansiedade no 30º pós-parto em relação ao 10º dia pós-parto.

Para uma avaliação mais acurada sobre as queixas de hipogalactia materna e conseqüentemente a complementação das mamadas, devemos levar em consideração as informações relativas às eliminações do RN. Neste estudo, foi relacionado este indicador com o

número de mamadas e drenagem láctea materna observada nos dois momentos de coleta de dados.

No entanto, todos os RN do estudo apresentaram eliminações urinárias em quantidade superior a seis vezes ao dia, de modo que não constituiu em um indicativo de hipogalactia. Podemos considerar também, que o padrão de micções dos RN não foi um elemento interferente na avaliação materna para complementação das mamadas.

Verificamos também, a relação entre a gradação do estado de ansiedade e as condições dos mamilos das nutrizes, o que pode ser observado nas Tabelas 20 e 21, como se segue:

Tabela 20- Distribuição das nutrizes hipogalactas segundo as condições dos mamilos apresentados nos 10º e 30º dia pós-parto e a gradação da ansiedade estado nos 10º e 30º dia pós-parto. São Paulo, 2001.

Condições dos mamilos														
Estado de ansiedade	10ºdia pós-parto								30ºdia pós-parto					
	Íntegros		Escoriados		Fissurados		Total		Íntegros		Escoriados		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primíparas	19	79,17	2	11,11	-	-	21	50,00	26	61,90			26	61,90
Baixa	(19)	(90,48)	(2)	(9,52)			(21)	(100)	(26)	(100)			(26)	(100)
Média	5	20,83	16	88,89	-	-	21	50,00	16	38,10	-	-	16	38,10
	(5)	(23,81)	(16)	(76,19)			(21)	(100)	(16)	(100)			(16)	(100)
Total	24	100	18	100	-	-	42	100	42	100	-	-	42	100
	(24)	(57,14)	(18)	(42,86)			(42)	(100)	(42)	(100)			(42)	(100)
Múltiparas	17	54,84	3	50,00	-	-	20	47,6	19	50,00	2	50,00	21	50,00
Baixa	(17)	(85,00)	(3)	(15,00)			(20)	(100)2	(19)	(90,48)	(2)	(9,52)	(21)	(100)
Média	17	54,84	3	50,00	2	100	22	52,38	19	50,00	2	50,00	21	50,00
	(17)	(77,27)	(3)	(13,64)	(2)	(9,09)	(22)	(100)	(19)	(90,48)	(2)	(9,52)	(21)	(100)
Total	34	100	6	100	2	100	42	100	38	100	4	100	42	100
	(34)	(80,95)	(6)	(14,29)	(2)	(4,76)	(42)	(100)	(38)	(90,48)	(4)	(9,52)	(42)	(100)

As condições dos mamilos relativas às lesões que comumente acometem as nutrizes, também foram investigadas e os dados apresentados na Tabela 20 nos mostram que embora a maioria das nutrizes, em ambas as categorias, apresentaram mamilos íntegros no 10º dia pós-parto, houve uma frequência expressiva de ocorrência de lesão tipo escoriação para as primíparas hipogalactas, 18 (42,86%) e para múltíparas hipogalactas, 10 (23,81%). Observamos ainda, que por ocasião da Consulta no 30º dia pós-parto o número de mulheres com mamilos lesados diminuiu consideravelmente, tanto para múltíparas, que apenas 4 (9,52%) ainda apresentavam mamilos escoriados quanto para as primíparas que apresentaram em sua totalidade mamilos completamente cicatrizados.

Esse resultado se assemelha aos achados no estudo realizado por SHIMODA (2001) na mesma instituição, onde foi encontrado por ocasião do 10º dia pós-parto, 73,33% puérperas com mamilos completamente cicatrizados e 26,67% puérperas cujos mamilos se encontravam em processo final de cicatrização.

Podemos atribuir estes resultados ao fato da rápida intervenção da equipe de enfermagem que atua na unidade de Alojamento Conjunto, pois assim que é detectada alguma queixa de dor nos mamilos pelas nutrizes é iniciado o tratamento com o uso de Bepantol, segundo estudo realizado por SHIMODA et al (1996) e SHIMODA (2001) bem como correção de possíveis dificuldades de técnica de amamentação que podem contribuir para o aparecimento dessas lesões.

No evoluir do processo de amamentação, a nutriz depara-se com desconfortos, intercorrências ou mesmo o envolvimento de seu tempo que passa a ser considerado por ela, como dificuldades. Segundo NAKANO (1996) a vivência da prática de amamentar apresenta-se com o confronto entre a expectativa e a realidade, o que muitas vezes frustra a mulher em sua imagem romântica da amamentação e induz estados de ansiedade, de necessidade de superação de problemas ou obstáculos para manter o aleitamento, sendo as lesões de papila um dos elementos mais freqüentes e que pode ocasionar a diminuição do volume de leite e alterar estados de ansiedade materna (DEL RIO, 1993).

Quando associamos as condições dos mamilos aos estados de ansiedade materna percebemos que no 10º dia pós-parto a maioria das primíparas hipogalactas que apresentou mamilos íntegros 24 (100%) apresentou baixa ansiedade, 19 (99,48%), enquanto que a maior parcela das mães com mamilos escoriados, 18 (100%), apresentou média ansiedade equivalente a 16 (98,89%), reiterando o que já comentamos anteriormente que a presença de dor pode inibir a produção e ejeção láctea e conseqüentemente aumento da ansiedade materna (Tabela 20).

No 30º dia pós-parto, como já mencionado, a totalidade de primíparas hipogalactas 42 (100%) apresentaram mamilos íntegros e o número delas com baixa ansiedade subiu para 26 (61,90%).

No que tange as múltiparas, também observamos predomínio de mulheres com mamilos íntegros 31 (73,81%) no 10º dia pós-parto e

entre essas a maioria apresentou estado de baixa ansiedade, 17 (54,84%). No entanto, para elas, o nível de ansiedade no período do 30º dia pós-parto parece não estar relacionado com presença de lesão de papila mamária havendo distribuição igual tanto para as que têm mamilos íntegros como escoriados. Reiteramos aqui, o que já foi mencionado, que os estados de ansiedade materna para as multíparas devem ser afetados por elementos que vão além das questões referentes ao aleitamento materno.

Tabela 21- Distribuição das nutrízes normogalactas segundo as condições dos mamilos apresentadas nos 10° e 30°dia pós-parto e a gradação da ansiedade estado nos 10° e 30°dia pós-parto. São Paulo, 2001.

Estado de ansiedade	Condições dos mamilos															
	10°dia pós-parto								30°dia pós-parto							
	Íntegros		Doloridos		Escoriados		Total		Íntegros		Doloridos		Escoriados		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primíparas	19	66,67	2	40,00	3	42,86	24	57,14	31	86,11	-	-	1	25,00	32	76,19
Baixa	(19)3	(79,17)	(2)	(8,33)	(3)	(12,50)	(24)	(100)	(31)	(96,88)			(1)	(3,12)	(32)	(100)
Média	11	33,333	3	60,00	4	57,14	18	42,86	5	13,89	2	100,00	3	75,00	10	23,81
	(11)	(61,11)	(3)	(16,67)	(4)	(22,22)	(18)	(100)	(5)-	(50,00)	(2)	(20,00)	(3)	(30,00)	(10)	(100)
Total	30	100	5	100	7	100	42	100	23	100	2	100	4	100	42	100
	(30)	(71,43)	(5)	(11,90)	(7)	(16,67)	(42)	(100)	(36)	(85,71)	(2)	(4,77)	(4)	(9,52)	(42)	(100)
Múltíparas	29	82,86	1	33,33	-	-	30	71,42	25	62,50	-	-	1	50,00	21	61,90
Baixa	(29)	(96,67)	(1)	(3,33)			(30)	(100)	(25)	(96,15)			(1)	(3,85)		(100)
Média	6	17,14	2	66,67	4	100,00	12	28,58	15	37,50	-	-	1	50,00	21	38,10
	(6)	(50,00)	(2)	(16,67)	(4)	(33,33)	(12)	(100)	(15)	(93,75)			(1)	(6,25)		(100)
Total	35	100	3	100	4	100	42	100	40	100	-	-	2	100	42	100
	(35)	(83,33)	(3)	(7,14)	(4)	(9,53)	(42)	(100)	(40)	(95,24)			(2)	(4,76)		(100)

Quanto às condições dos mamilos das nutrizes normogalactas, observamos, (Tabela 21) que estas também apresentaram-se em número maior de mulheres com mamilos íntegros no 10º dia pós-parto, 30 (71,43%) primíparas e 35 (83,33%) multíparas e entre essas, a maioria apresentou estados de baixa ansiedade, 19 (66,67%) primíparas e 29 (82,86%) multíparas. A exemplo das nutrizes hipogalactas, ocorreu expressiva remissão das lesões papilares, aumentando o número de primíparas 36 (85,71%) e multíparas 40 (95,24%) no 30º dia pós-parto. No entanto, chama a atenção que para esse grupo, o número de mulheres que apresentaram estado de baixa ansiedade nesse período foi bem superior ao das nutrizes hipogalactas, 32 (76,19%) e 26 (61,50%), respectivamente.

Finalmente, buscou-se a relação entre os estados de ansiedade das nutrizes e o padrão de sono apresentado por elas, considerando que este item se altera nos casos de ansiedade.

A Tabela 22 nos mostra que o número de mães primíparas e multíparas hipogalactas que referiram dormir de 6 a 10 horas por dia, no 10º dia pós-parto, são bastante próximos, correspondendo a 26 (100%) e 25 (100%) respectivamente. Notamos que entre essas, 15 (57,69%) primíparas e 14 (56,00%) multíparas hipogalactas apresentaram baixa ansiedade, sendo essas a maioria, quando comparadas às 11 (42,31%) primíparas e 11 (44,00%) multíparas com o mesmo padrão de sono e que apresentaram média ansiedade. Para as nutrizes com sono igual a 3 a 5 horas por dia verificamos o oposto: 10 (62,50%), a maioria das 16 (38,10%) primíparas e 11 (64,71%) das 17 (40,48%) multíparas hipogalactas, apresentaram média ansiedade, enquanto 6 (37,50%) primíparas e 6 (35,29%) multíparas hipogalactas estão na categoria de baixa ansiedade.

Tabela 22- Distribuição dos RN das nutrízes hipogalactas segundo horas de sono referidas e a gradação da ansiedade estado nos 10º e 30º dia pós-parto. São Paulo, 2001.

Estado de Ansiedade	Sono em horas											
	10º dia pós-parto						30º dia pós-parto					
	3-5 horas		6-10 horas		Total		3-5 horas		6-10 horas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primíparas	6	37,50	15	57,69	21	50,00	4	33,33	22	73,33	26	61,90
Baixa	(6)	(28,57)	(15)	(71,43)	(21)	(100)	(4)	(15,38)	(22)	(84,62)	(26)	(100)
Média	10	62,50	11	42,31	21	50,00	8	66,67	8	26,67	16	38,10
	(10)	(47,62)	(11)	(52,38)	(21)	(100)	(8)	(50,00)	(8)	(50,00)	(16)	(100)
Total	16	100	26	100	42	100	12	100	30	100	42	100
	(16)	(38,10)	(26)	(61,90)	(42)	(100)	(12)	(28,57)	(30)	(71,43)	(42)	(100)
Múltiparas	6	35,29	7	56,00	20	47,62	2	20,00	19	59,38	21	50,00
Baixa	(6)	(30,00)	(7)	(70,00)	(20)	(100)	(2)	(9,52)	(19)	(90,48)	(21)	(50,00)
Média	11	64,71	11	44,00	22	52,38	8	80,00	13	40,62	21	50,00
	(11)	(50,00)	(11)	(50,00)	(22)	(100)	(8)	(38,10)	(13)	(61,90)-	(21)	(50,00)
Total	24	100	18	100	42	100	10	100	32	100	42	100
	(24)	(40,48)	(18)	(59,52)	(42)	(100)	(10)	(23,81)	(32)	(76,19)	(42)	(100)

Observa-se que com o evoluir do tempo aumentou o número de nutrízes que referiram dormir de 6 a 10 horas por dia. Assim, no 30º dia pós-parto tivemos 30 (71,43%) e 32 (76,19%) primíparas e múltiparas hipogalactas, respectivamente, que referiram esse período de sono e dentre essas, 22 (73,33%) primíparas e 19 (59,38%) múltiparas apresentaram estado de baixa ansiedade, sendo o mesmo não observado quando consideramos as mulheres que referiram padrão de sono de 3 a

5 horas por dia tanto no 10º como no 30º dia pós-parto, em que a maioria delas encontraram-se na categoria média ansiedade.

Dessa forma podemos inferir que o número de horas de sono parece ter relação estreita com o estado de ansiedade dessas mulheres, em que as nutrizes com o maior número de horas dormidas apresentaram níveis mais baixos de ansiedade.

SOUZA (2001) encontrou como resultado de seu estudo que a visita domiciliária possibilitou a redução da ansiedade do grupo controle, havendo uma melhora da qualidade de sono referida por essas puérperas.

Através dos dados da Tabela 23 podemos observar que a maioria das primíparas e múltiparas normogalactas também referiram dormir de 6 a 10 horas por dia, por ocasião do 10º dia pós-parto, correspondendo a 34 (80,95%) primíparas e 26 (61,90%) múltiparas, sendo estas, então em maior número do que as mulheres hipogalactas. Notamos que a maior parcela apresentava baixa ansiedade, 21 (61,70%) e 24 (92,31%) respectivamente. Comparando as nutrizes dentro do grupo normogalactas, constatamos o dobro de múltiparas que dormiam de 3 a 5 horas por dia no 10º dia pós-parto, 16 (38,10%) em relação as 8 (19,05%) primíparas, e que a maioria apresentava média ansiedade sendo encontradas 5 (62,50%) primíparas e 10 (62,50%) múltiparas.

Tabela 23- Distribuição das nutrizes normogalactas segundo horas de sono referidas e a gradação da ansiedade estado nos 10º e 30º dia pós-parto. São Paulo, 2001.

Estado de Ansiedade	Sono em horas											
	10º dia pós-parto						30º dia pós-parto					
	3-5 horas		6-10 horas		Total		3-5 horas		6-10 horas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primíparas	3	37,50	21	61,76	24	57,14	-	-	32	76,19	32	76,19
Baixa	(3)	(12,50)	(21)	(87,50)	(24)	(100)			(32)	(100)	(32)	(100)
Média	5	62,50	11	38,24	18	42,86	-	-	10	23,81	10	23,81
									(10)	(100)	(16)	(100)
Total	8	100	34	100	42	100	-	-	42	100	42	100
	(8)	(19,05)	(34)	(80,95)	(42)	(100)			(42)	(100)	(42)	(100)
Múltiparas	6	37,50	24	56,00	30	71,43	1	20,00	25	67,57	26	61,90
Baixa	(6)	(20,00)	(24)	(70,00)	(30)	(100)	(1)	(3,85)	(25)	(96,15)	(26)	(50,00)
Média	11	62,50	2	44,00	12	28,57	4	80,00	12	32,43	16	38,10
	(11)	(83,33)	(2)	(50,00)	(12)	(100)	(4)	(25,00)	(12)	(75,00)	(16)	(100)
Total	24	100	26	100	42	100	5	100	37	100	42	100
	(24)	(38,10)	(26)	(59,52)	(42)	(100)	(5)	(11,90)	(37)	(88,10)	(42)	(100)

No 30º dia pós-parto, não foram encontradas primíparas com sono inferior a 6 horas por dia e a maior parte delas apresentou baixa ansiedade, 32 (76,19%). Quanto as múltiparas, embora tenha havido também um aumento do número de mulheres com mais horas de sono encontramos ainda, 5 (11,90%) mães com horas de sono inferior a 6 horas por dia e destas, 4 (80,00%) mães apresentavam media ansiedade. As 25 (67,57%) nutrizes que repousavam de 6 a 10 horas por dia

apresentavam baixa ansiedade, enquanto as demais, 12 (32,43%) mães com esse padrão de sono, possuíam média ansiedade.

Ao compararmos todos os subgrupos, percebemos que as primíparas normogalactas são as que conseguem dormir maior número de horas tanto no 10º dia pós-parto, sendo encontradas 34 (80,95%) mães, como no 30º dia pós-parto, onde todas dormiam mais de 6 horas por dia e apresentavam maior número de mães com baixa ansiedade, 32 (76,19%).

Notamos que a quantidade de sono em horas é inversamente proporcional ao grau de ansiedade, isto é, mães que apresentaram maior número de horas de sono apresentaram menor grau de ansiedade e o inverso aconteceu com as mães que dormiam menos e apresentavam maior grau de ansiedade.

SILVA (2001) afirma que um dos elementos que a nutriz avalia no processo de amamentação diz respeito às suas condições de repouso para amamentar. Essa avaliação compreende o esforço que ela despende para atender a demanda do RN. Nesse conjunto, as mamadas noturnas ou o atendimento geral ao cuidado da criança implica em número reduzido de horas dormidas gerando cansaço e muitas vezes, torna-se obstáculo a ser superado ou eliminado pela mãe, optando por ofertar mamadeira para garantir maior número de horas de sono e repouso.

Para realizar a comparação do grau de ansiedade das nutrizes que apresentaram indicadores de hipogalactia (primíparas e múltíparas) com as nutrizes que apresentaram galactia normal (primíparas e

multíparas) foi calculada a média dos escores do traço de ansiedade, como nos mostra o gráfico 1.

Gráfico 1- Média dos escores do traço de ansiedade das nutrizes normogalactas e das que apresentaram indicadores de hipogalactia, obtidas no 10º dia pós-parto. São Paulo, 2001.

Teste de Kruskal-Wallis $H = 2,42$ Valor crítico = 7,82 (qui-quadrado, 3 g.l., 5%)⁸
 H = valor do qui-quadrado Valor da probabilidade do qui-quadrado observado = 0,49

Os dados do Gráfico 1 nos revelam que não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre os grupos de nutrizes hipo e normogalactas. Todas as nutrizes do estudo apresentaram média de escores de traço de ansiedade para média ansiedade, o que nos sugere que estas apresentaram mesma vulnerabilidade frente a elementos que poderiam causar ansiedade.

As nutrízes com traço de maior nível de ansiedade são as múltíparas hipogalactas com escores igual a 43,9 pontos seguidas pelas primíparas hipogalactas com escores de 41,9 pontos, acompanhadas pelas múltíparas normogalactas com escores iguais a 41,8 pontos e finalmente pelas primíparas normogalactas que apresentam média dos escores igual a 41,3 pontos.

Gráfico 2- Média dos escores do estado de ansiedade no 10º dia pós-parto das nutrízes normogalactas e das que apresentaram indicadores de hipogalactia. São Paulo, 2001

Teste de Kruskal-Wallis $H = 3,40$ Valor crítico = 7,82 (qui-quadrado, 3 g.l., 5%)⁸

H = valor do qui-quadrado

Valor da probabilidade do qui-quadrado observado = 0,33

A média dos escores do estado de ansiedade das nutrízes deste estudo no período do 10º dia pós-parto indica que estas, em média, mantém-se em uma classificação de estado de baixa ansiedade e que não há diferença estatística significativa entre elas.

No entanto, chama a atenção que a maior média de escores apresentado foi pelas multíparas hipogalactas 39,9, seguidas pelas primíparas normogalactas, 39,6, primíparas hipogalactas 38,9 e a média dos escores mais baixo foi apresentado pelas multíparas normogalactas 37.

Os valores médios dos escores para estado de ansiedade neste período foram inferiores aos obtidos para o traço de ansiedade dessas mulheres o que nos leva a inferir que as nutrizes, por volta do 10º dia pós-parto já estão superando as dificuldades encontradas nessa primeira semana de adaptação ao filho e família.

Gráfico 3- Média dos escores do estado de ansiedade no 30º dia pós-parto das nutrizes normogalactas e das que apresentaram indicadores de hipogalactia. São Paulo, 2001

Teste de Kruskal-Wallis H= 4,14

Valor crítico= 7,82 (qui-quadrado, 3 g.l., 5%)⁸

H= valor do qui-quadrado

Valor da probabilidade do qui-quadrado observado= 0,25

Os dados do Gráfico 3 traz a média dos escores do estado de ansiedade no 30ºdia pós-parto das nutrízes hipo e normogalactas e observamos que não houve diferença estatisticamente significativa entre elas que apresentaram média dos escores nos valores entre 38,5 e 35,6 pontos, caracterizando-as como nutrízes com baixa ansiedade no 30ºdia pós-parto.

Embora os valores desses escores sejam menores que os apresentados no 10ºdia pós-parto, constatamos que as múltiparas hipogalactas ainda apresentam-se com a maior média de níveis de ansiedade, expressa pela média dos escores igual a 38,5 pontos. Embora não haja estatisticamente comprovada, observa-se que as menores médias dos escores do estado de ansiedade são apresentados pelas nutrízes normogalactas, 35,6 e 35,9 pontos para primípara e múltipara respectivamente.

Verificamos que as nutrízes de uma forma geral, apresentam-se menos ansiosas no 30ºdia pós-parto em relação ao 10ºdia pós-parto. Podemos inferir que isto se deve ao fato de que no 30ºdia pós-parto, as dificuldades encontradas foram praticamente solucionadas, o que pode ser particularmente considerado para as mulheres normogalactas que apresentaram a diminuição dos escores.

6- CONCLUSÕES

Os resultados obtidos neste estudo permitiram chegar às seguintes conclusões:

A diminuição ou pouco volume de leite, o choro persistente do recém-nascido, o ganho ponderal do lactente abaixo do esperado para a idade e a necessidade percebida pela mãe de complementar as mamadas, foram os indicadores de hipogalactia apresentados pelas nutrizes e seus filhos.

Quanto às características pessoais e biológicas dessas mães, a maioria das primíparas hipo e normogalactas encontravam-se na faixa etária entre 14 e 20 anos, correspondendo a 19 (45,45%) e 18 (42,86%) mulheres, respectivamente, não havendo diferença estatisticamente significativa entre as nutrizes desse grupo. Foi encontrado um número maior de multíparas hipogalactas na faixa dos 28 a 34 anos, 17 (40,48%) e a maioria das multíparas normogalactas se situou na faixa dos 21 a 27 anos, perfazendo um total de 22 (52,38%), sendo que entre estas, encontramos diferença estatisticamente significativa para a idade.

A população foi constituída de 84 (50,00%) nutrizes brancas, seguidas de 52 (30,95%) pardas e 32 (19,05%) negras. Houve distribuição proporcional nesta ordem para o grupo das primíparas hipogalactas e multíparas hipo e normogalactas. As primíparas

normogalactas apresentaram número equivalente de nutrizes brancas e pardas correspondendo a 15 (32,71%) e 12 (28,58%) nutrizes negras.

A maior parte das nutrizes possui escolaridade inferior ao 1º grau completo com predomínio das múltiparas hipogalactas, 31 (73,81%). Entre as primíparas, as normogalactas foram as que apresentaram maior nível de escolaridade, 22 (52,33%) com escolaridade superior ao 2º grau incompleto.

Entre as primíparas, maioria das hipogalactas, 30 (71,43%), pertence à família extensa enquanto que para as múltiparas houve a ocorrência de 41 (97,62%) mães, a maioria, pertencentes ao tipo de família nuclear. Quanto ao tipo de parto, houve um predomínio de mulheres que deram a luz por parto normal, 23 (54,76%) e 25 (59,52%) primíparas e múltiparas normogalactas e 19 (45,24%) primíparas hipogalactas.

O hábito de fumar não se mostrou significativo para as nutrizes deste estudo, pois a maioria, 151 (89,88%) nutrizes não possui o hábito de fumar. Vale ressaltar que dentre as 17 (10,12%) nutrizes que fumam, mesmo assim, a maioria 12 (14,29%) são nutrizes hipogalactas.

O consumo de bebida alcoólica também não apresentou diferença estatística para as nutrizes deste estudo.

Quanto aos recém-nascidos, houve o predomínio de RNT AIG correspondendo a 63 (75,90%) RN das nutrízes hipogalactas e 52 (61,90%) RN das nutrízes normogalactas.

O sexo do RN, mostrou diferença estatisticamente significativa para as primíparas entre as quais se encontrou o predomínio de RN do sexo masculino para as hipogalactas, 27 (64,29%).

♣ Quanto ao traço de ansiedade, as primíparas e multíparas hipogalactas apresentaram a média dos escores indicativos de média ansiedade, correspondendo a 41,9 e 43,9 pontos, respectivamente. Quanto ao estado de ansiedade no 10º dia pós-parto, a média dos escores para essas mulheres, se situou em baixa ansiedade com a pontuação igual a 38,9 e 39,9, respectivamente. Em relação ao estado de ansiedade no 30º dia pós-parto, mais uma vez, a média dos escores indicou baixa ansiedade, com a pontuação igual a 37 e 38,5 na mesma ordem.

♦ As primíparas e multíparas normogalactas apresentaram a média dos escores de traço de ansiedade correspondentes à média ansiedade com os valores equivalentes a 41,3 e 41,8 pontos. No que concerne ao estado de ansiedade por ocasião do 10º dia pós-parto, a média dos escores indicou nutrízes com baixa ansiedade, sendo encontradas as pontuações de 39,6 e 37, respectivamente. Quanto ao estado de ansiedade no 30º dia pós-parto, a média dos escores se situou

em 35,6 e 35,9 pontos para as mesmas, correspondentes à baixa ansiedade.

♥ Quando comparamos os grupos, podemos dizer que embora todas tenham apresentado escores para traço, que as situe na categoria de média ansiedade, foram as multíparas hipogalactas que apresentaram média mais alta para este item, seguidas das primíparas do mesmo grupo. Também foram essas nutrízes que atingiram médias mais elevadas dos escores de estado de ansiedade em ambos os períodos avaliados, mesmo que as médias obtidas tenham indicado níveis de baixa ansiedade.

♠ Quanto às relações encontradas entre os estados de ansiedade e os indicadores de hipogalactia apresentados pela mãe ou seu filho, a maioria das nutrízes, tanto primíparas como multíparas, apresentou bom volume de leite drenado 26 (61,90%) e 25 (59,52%), respectivamente. Entre elas, a maioria apresentava níveis de baixa ansiedade, por ocasião do 10º dia pós-parto, correspondendo a 14 (53,35%) primíparas e 15 (60,00%) multíparas. No 30º dia pós-parto, ocorreu um aumento do número de mulheres que apresentavam esta associação, boa drenagem de volume lácteo e escores para baixo nível de ansiedade, 19 (45,23%) e 15 (35,71%), respectivamente.

♠ As multíparas hipogalactas foram as que mais referiram ao choro persistente do RN após as mamadas, por ocasião do 10º dia pós-parto, 24 (57,14%). Entre elas, a maioria, apresentava escores para

média ansiedade, 17 (70,83%), o mesmo ocorrendo com as primíparas hipogalactas que tinham a mesma observação sobre o filho, 17 (80,95%). No 30º dia pós-parto, houve mudança desse quadro, com relação as manifestações do RN e estado de ansiedade materna. Foi observado um aumento no número de nutrizes que indicavam comportamento calmo do RN, e que também apresentavam escores de baixa ansiedade, sendo 24 (57,14%) primíparas e 18 (42,86%) multíparas.

♠ No que concerne ao peso, o maior número de RN com ganho ponderal inferior a 20 gramas por dia, por ocasião do 10º dia pós-parto eram filhos de primíparas, 28 (66,67%) e entre eles, a maioria 18 (64,29%), tinham mães que apresentaram escores para estado de média ansiedade, enquanto que a maioria dos RN de multíparas tiveram ganho de peso adequado, para este período 24 (57,14%), observando-se que entre essas, havia um maior número de mulheres, 13 (54,17%) que tinham escores para estado de baixa ansiedade. No decorrer do primeiro mês de amamentação, não encontramos associação significativa entre a curva ponderal do RN e estados de ansiedade materna, uma vez que todos os lactentes ganharam peso esperado para a idade, independente do escore de ansiedade expresso pela mãe.

♠ A maior parte das primíparas que apresentaram hipogalactia leve estavam associadas a escores de baixa ansiedade por ocasião do 10º dia pós-parto , 17 (40,47%), sendo este número menor para as multíparas 11 (26,19%), com a mesma associação. No 30º dia pós-

parto, a maior parte das primíparas hipogalactas que apresentou hipogalactia leve também associada a escores de baixa ansiedade, 11 (26,19%). Esse número representa um percentual menor de mulheres com esta associação, que também apresentou discreta diminuição para as múltiparas devido ao fato do aumento do número de mulheres que não apresentavam mais indicadores de hipogalactia, 14 (33,33%) primíparas e 12 (28,57%) múltiparas, condição esta que se mostrou independente do estado de ansiedade, apresentado pelas nutrizes.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo procurou contribuir para a elucidação sobre um dos aspectos considerados interferentes no decorrer da amamentação, que é hipogalactia associada à ansiedade materna.

Pudemos observar que as nutrizes apresentam traço de ansiedade mais elevado do que os estados de ansiedade por ocasião do 10º e 30º dia pós-parto. Vale ressaltar que por volta do 10º dia pós-parto, a maioria das mães que apresentou alguma dificuldade já teria superado o problema, tendo todas passado pelo período da apojadura o que pode ter contribuído para a diminuição do grau de ansiedade. O período anterior a apojadura é crítico e ocorre ainda durante a internação, em que a nutriz se mostra bastante ansiosa sem o suporte fundamental a orientação e apoio dos profissionais de saúde. Por volta do 30º dia pós-parto, é esperada uma diminuição do grau de ansiedade, pois espera-se que os problemas ligados a amamentação e demais elementos de adaptação materna tenham sido praticamente resolvidos implicando o fato de a mulher apresentar-se mais segura no seu papel de mãe, o que realmente pode ser verdadeiro, uma vez que constatamos a diminuição do número de mulheres com média ansiedade, passando para um maior número de mulheres com baixa ansiedade no final do 30º dia pós-parto.

Em ambos os períodos de avaliação, a média escores de estado de ansiedade apresento-se menor que o traço de ansiedade, e a gradação de ansiedade, relacionada aos diferentes indicadores de

hipogalactia apresentou tendência de diminuição com o decorrer do tempo.

Chamou-nos a atenção o fato de as multíparas hipogalactas apresentarem a maior média de escore de estado de ansiedade em ambos os períodos de avaliação, embora em níveis bem próximos das primíparas. Este fato, pode nos remeter a uma revisão dos planos de assistência em amamentação, que tem considerado as primíparas como as nutrízes mais sujeitas as dificuldades de superação das “inabilidades” em cuidar do RN. Gostaríamos de ponderar, que muitas vezes, são justamente as multíparas que podem apresentar maiores dificuldades na organização e adaptação no retorno ao lar, por serem consideradas mulheres experientes, tanto pelos profissionais como familiares. Este fato deve acarretar sobrecarga de trabalho e preocupações que totalizam o cuidado com os filhos, marido, o recém-nascido e afazeres domésticos. Lembramos que, neste estudo, as multíparas hipogalactas pertenciam em sua maioria à família nuclear e foram submetidas a parto operatório, podendo estes elementos terem contribuído para dificuldades no retorno ao lar, quanto ao desempenho das atividades de dona de casa e mãe.

A dor nos mamilos, o comportamento choroso do RN, preocupação com o peso do RN, embora em diferentes e modestas proporções, neste estudo podem estar relacionados à interpretação de diminuição da produção e ejeção láctea que por sua vez aumenta o grau de ansiedade materno. Considerando especificamente o comportamento

choroso do RN, carecemos de estudos que clarifiquem melhor a relação aqui encontrada, uma vez que ainda não temos uma clara compreensão sobre o quanto o comportamento agitado do RN pode interferir nos níveis de ansiedade materno ou se, ao contrário, os níveis de ansiedade maternos provocam o comportamento choroso e irritadiço da criança.

Embora o desenho deste estudo, tenha utilizado a referência materna e alguns dados objetivos de avaliação de exame físico da nutriz e RN para inclusão destas mulheres na pesquisa e não apenas o dado objetivo de ausência de “drenagem láctea”, salientamos a importância de considerar a informação e queixa materna que faz menção à situação em que a mulher coloca-se como hipogalacta.

Pudemos constatar, que a grande maioria das nutrizes que queixavam-se de pouca produção láctea ou outros indicadores considerados usualmente como de hipogalactia não eram compatíveis com o volume de leite ordenhado. Os resultados demonstraram, que em sua maioria esta situação era dependente da correção da técnica de amamentação, ou da interpretação materna de inadequação de desempenho dela ou de comportamento do RN.

Uma vez havendo orientação, informação, boa parte das questões tenderam à melhoria da qualidade da experiência da amamentação, salvo situações inerentes ao contexto materno, como necessidade de retorno ao trabalho ou influências bastante arraigadas em nossa população.

Deste estudo, consideramos algumas lições, como a importância de se oferecer acolhimento às mulheres sejam elas primíparas ou multíparas e da continuidade de acompanhamento destas após a alta hospitalar, se possível abrangendo período maior que os primeiros 10 dias de pós-parto.

Nesse estudo, não se observou uma relação significativa entre os níveis de ansiedade e presença dos indicadores de hipogalactia e, mesmo dos dados objetivos de baixo volume de leite drenado e ganho ponderal do RN abaixo do esperado. No entanto, mesmo discretamente, em termos de números absolutos, as mulheres hipogalactas apresentaram-se com níveis de ansiedade mais elevados e foram aquelas que, em maior número, primeiro introduziram outros alimentos na dieta do lactente. Também, foi o grupo de nutrizes com a menor frequência de aleitamento exclusivo ao término do primeiro mês de vida da criança.

Outra questão, trata-se de uma limitação que sentimos ao trabalhar com as médias de escores de traço e estado que não permitem a exploração de características maternas que podem nos dar grandes contribuições para a assistência mais individualizada em amamentação. Dessa forma, iniciamos a necessidade do aprofundamento das questões aqui descritas e que acreditamos, mereçam ser melhor exploradas.

ANEXO - I

Instrumento de coleta de dados

Nº _____

1º MOMENTO - 10º PÓS-PARTO

Data _____

*1ª parte*Dados de identificação da mãe:

1. Nome _____
2. Endereço _____ Tel. _____
3. Idade _____ 4. Paridade _____ 5. Cor _____
6. Escolaridade _____ 7. Tipo de parto _____
8. Condição sócio-econômica (em nº de salários mínimos): _____
9. Estado marital: () solteira () casada () união consensual

Caracterização do RN:

10. Idade gestacional pelo método de Capurro: _____
11. Sexo: _____ 12. Data do nascimento: _____
13. Peso no nascimento: _____
14. Peso com 10 dias de vida: _____
15. Número de eliminações por dia com 10 dias de vida: micções _____ e evacuações _____
16. Peso com 30 dias de vida: _____
17. Número de eliminações por dia com 30 dias de vida: micções _____ e evacuações _____

2ª parte - Entrevista:

18. Fuma? () sim. Quantos cigarros por dia? _____ () não
19. Bebe? () sim. O quê? _____ Com qual frequência? _____
() não Quantidade em copos? _____
20. Já amamentou? () sim Por quanto tempo? _____
Por quê? _____
() não Por quê? _____

21. A senhora foi amamentada? () sim Por quanto tempo? _____
 () não Por quê? _____

22. Quem são as pessoas que moram na sua casa? _____

23 Dados sobre técnica e processo de amamentação:

23.1. Número de mamadas por dia/ frequência das mamadas:

() abaixo de 6 mamadas () 6 a 8 mamadas () acima de 8 mamadas
 acima de 4 horas 2 a 4 horas menos de 2 horas

23.2. O bebê está recebendo algo além do leite materno?

() sim () não

O quê? _____

23.3. Frequência da complementação láctea:

() abaixo de 6 mamadas () 6 a 8 mamadas () acima de 8 mamadas
 acima de 4 horas 2 a 4 horas menos de 2 horas

23.4. Quantidade em ml por mamada: _____

24. Como o bebê tem se comportado após as mamadas? _____

25. Dados sobre sono e repouso:

25.1. Quantas horas por dia a senhora dorme? _____

25.2. Como a senhora considera a qualidade do seu sono? _____

3ª parte - Exame físico da mãe:

26. Condições da mama:

() flácidas () túrgidas () ingurgitadas

27. Condições dos mamilos:

() íntegros () doloridos () escoriados () fissurados

28. Quantidade láctea com 10 dias pós-parto:

() ausente () pouca quantidade () média quantidade () boa drenagem láctea

29. Observações: _____

ANEXO II

Inventário 1 – Questionário auto-aplicável de SPIELBERGER et al. 1970.

Leia cada pergunta e faça um X , à direita, que melhor indicar como você, <u>geralmente</u> se sente.					
Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente <u>geralmente</u> .					
		Quase nunca	Às vezes	Freqüente- mente	Quase sempre
01	Sinto-me bem				
02	Canso-me facilmente				
03	Tenho vontade de chorar				
04	Gostaria de poder ser tão feliz quanto aos outros parecem				
05	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente				
06	Sinto-me descansado				
07	Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo				
08	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver				
09	Preocupo-me demais com as coisas sem importância				
10	Sou feliz				
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas				
12	Não tenho muita confiança em mim mesmo				
13	Sinto-me seguro				
14	Evito ter que enfrentar crises ou problemas				
15	Sinto-me deprimido				
16	Estou satisfeito				
17	Idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando				
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça				
19	Sou uma pessoa estável				
20	Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento				

ANEXO III

Inventário 2 – Questionário auto-aplicável de SPIELBERGER et al., 1970.

Leia cada pergunta e faça um X, à direita, que melhor indicar como você se sente <u>agora</u> .					
		Não	Um pouco	Bastante	Totalmente
01	Sinto-me calmo				
02	Sinto-me seguro				
03	Estou tenso				
04	Estou arrependido				
05	Sinto-me à vontade				
06	Sinto-me perturbado				
07	Estou preocupado com possíveis infortúnios				
08	Sinto-me descansado				
09	Sinto-me ansioso				
10	Sinto-me “em casa”				
11	Sinto-me confiante				
12	Sinto-me nervoso				
13	Estou agitado				
14	Sinto-me uma “pilha de nervos”				
15	Estou descontraído				
16	Sinto-me satisfeito				
17	Estou preocupado				
18	Sinto-me superexcitado e confuso				
19	Sinto-me alegre				
20	Sinto-me bem				

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

I – Dados de identificação do sujeito da pesquisa

Nome: _____

Documento de identidade nº _____

Data de nascimento: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Telefone: _____

II – Dados sobre a pesquisa científica

Título da pesquisa: A ansiedade como fator interferente na hipogalactia.

Pesquisadora: Ilva Marico Mizumoto Aragaki

Cargo/Função: Enfermeira Inscrição Conselho Regional Nº 50380

Área do HU: Alojamento Conjunto

Avaliação do risco da pesquisa: Sem risco

Duração: 1 ano

Objetivos:

1. Identificar o traço e estado de ansiedade no 10º dia pós-parto e estado de ansiedade no 30º dia pós-parto das nutrizes primíparas e múltiparas que apresentam hipogalactia
2. Caracterizar o traço e estado de ansiedade no 10º dia pós-parto e estado de ansiedade 30º dia pós-parto das nutrizes primíparas e múltiparas que apresentam galactia normal
3. Comparar o traço e estado de ansiedade das nutrizes hipogalactas e normogalactas, que apresentam hipogalactia quanto ao traço e estado de ansiedade no 10º dia pós-parto e no 30º dia pós-parto.
4. Verificar as possíveis relações entre o estado de ansiedade das nutrizes no 10º e 30º dia pós-parto com os indicadores de hipogalactia.

Prezada senhora,

Meu nome é Ilva Marico Mizumoto Aragaki, enfermeira, aluna do Curso de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, nível mestrado e estou realizando um estudo com mães que apresentam queixas de pouco volume de leite e que desejam amamentar seus filhos e também de mães com bom volume de leite.

Procedimento da pesquisa:

A entrevista será realizada individualmente com cada mãe, em dois momentos distintos sendo, agora com aproximadamente 10 dias pós-parto e a outra na Consulta de Enfermagem que será marcada com cerca de 30 dias pós-parto. Todas serão realizadas em uma sala privada sendo utilizado um formulário para o registro das informações e a seguir será solicitado que cada mãe preencha um auto-questionário, apenas no primeiro momento, haverá a necessidade do preenchimento de dois auto-questionários. Os instrumentos serão utilizados apenas para a realização deste estudo e asseguro o sigilo de sua identidade.

Participação na pesquisa:

Os resultados deste estudo proporcionarão o planejamento de uma melhor assistência de enfermagem no processo do aleitamento materno. A senhora é livre para não querer participar do estudo e sua recusa não interferirá de maneira alguma no seu atendimento ou do seu bebê.

Em caso de dúvidas sobre o estudo entre em contato comigo pelos telefones (011) 3039-9411 ou 3039-9488 ou por E-mail: ilvamarico@bol.com.br

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente estudo.

Data: __/__/__

Assinatura da entrevistada

Assinatura da pesquisadora

ANEXO V

Termo de autorização da CEP

hospital universitário
universidade de são paulo

São Paulo, 09 de outubro de 2000.

Il^{mo(a)} S^{ra(s)}

Iva Mariko Mizumoto Aragaki

Departamento de Enfermagem

Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

Referente: Projeto de Pesquisa "A ansiedade materna como fator interferente na hipogalactia" – **Cadastro:** 101/00

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião de 06 de outubro de 2000, analisou o projeto de pesquisa acima citado, considerando-o como APROVADO, assim como o Termo de Consentimento Pós-Informado.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios parciais (a cada 90 dias) e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196 de 10-10-1996, inciso IX, letra "c").

O primeiro relatório do referido projeto está previsto para 06 de janeiro de 2001.

Atenciosamente,

Dr. Sérgio Gomes de Souza
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALMEIDA, JAG. **Amamentação**: repensando o paradigma. Rio de Janeiro, 1998. 138p. Tese (Doutorado) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

ALMEIDA, JAG. de; GOMES, R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Rev. Latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.3, p.71-6, jul, 1998.

ANDRADE, LHG.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Rev. Psiqu. Clín.** 25(6): 285-90, 1998.

ARANTES, CIS. **O fenômeno amamentação**: uma proposta compreensiva. Ribeirão Preto, 1991. 86p. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BELLI, MA de J. **Mães com filho internado na UTI neonatal: um estudo sobre representações sociais**. São Paulo, 1999. 130p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

BERQUÓ, ES.; SOUZA, JMP.; GOTLIEB, S. **Bioestatística**. São Paulo, EPU, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **O programa Nacional de Alimentação e Nutrição – PRONAN**: suas bases e a participação setorial. Brasília, 1982.

CHAVES, EC. **Stress e trabalho do enfermeiro**: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno. São Paulo, 1994. 163p. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

CRESPIN, J. **Puericultura**: ciência, arte e amor. BYK, São Paulo, 1992. p. 97.

DEL RIO, SV.; RODRÍGUEZ, GF. Physiologyca and nutricional bases for sucessful brestfeeding. **Rev. Child. Nutr.** V.21, n.1, p. 19-32, 1993.

FOX, SI. **Human Physiology.** 5^a ed. WCBC Brown Publisers, USA, 1996.

GANONG, WF. **Review of Medical Physiology.** 18^aed. Appleton&Lange, Stanford, Connecticut, 1997.

GENTIL, V. et al (org.) **Pânico, fobias e obsessões: a experiência do projeto AMBAN.** 3.ed. São Paulo: EDUSP, 1997.

GOLDEMBER, P. **Repensando a desnutrição como questão social.** Campinas, Editora da UNICAMP, 1998.

GUYTON, AC. **Human Physiology and Mechanism of Disease.** 5^a ed, W.B.Saunders Company, Philadelphia, 1992.

GRAEFF, FG.. Ansiedade. In: GRAEFF, F.G.; BRANDÃO, M. **Neurobiologia das Doenças Mentais** São Paulo, Lemos, 1993.

HORTA, WA. **O processo de enfermagem.** São Paulo: EPU – EDUSP, 1979.

JAVORSKI, M. **Os significados do aleitamento materno para as mães de prematuros em cuidado canguru.** Ribeirão Preto, 1997. 177p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

LINHARES, E.; MONTENEGRO, CAB. Distúrbios e patologia da lactação. Mastites. In: REZENDE, J. **Obstetrícia.** 6^a ed, Rio de Janeiro, Guanabara Kogan, 1992. p.802.

MALDONADO, MTP. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério.** 2^a ed. Vozes, Rio de Janeiro, 1976.

MARTINS FILHO, J. Obstáculos à amamentação. In: NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 2 ed. São Paulo: Sarvier, 2000. cap.28, p.245-50.

MELLEIRO, MM. **Consulta de Enfermagem pós-alta hospitalar**: um instrumento na detecção precoce de agravos à saúde do RN. São Paulo, 1998. 87p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

MELLEIRO, M.M.; TRONCHIN, D.M.R.; ANDREONI, S. O processo de cuidar na perspectiva de enfermeiros de um hospital de ensino. In: CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D.M.R.; MELLEIRO, M.M. **C&Q: Indicadores de Qualidade/uma abordagem perinatal**. São Paulo, Ícone, 1998. cap.4, p.55-76.

MEZZACAPPA, MAMS.; FILHO MEZZACAPPA, F. Lactação: fisiologia e assistência. In: NEME, B. **Obstetrícia Básica**. Sarvier, São Paulo, 1995

MONTRONE, AVG. **Avaliação de um programa de incentivo ao aleitamento materno e estimulação precoce para mães de nível sócio-econômico baixo**. São Carlos, 1992. 101p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Carlos.

NAKANO, AMS. **O aleitamento materno no cotidiano feminino**. Ribeirão Preto, 1996. 170p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

NARDI, AE. Comentários do debatedor: escalas de avaliação de ansiedade. **Rev. Psiq. Clín.** 25(6): 331-3, 1998.

NEME, B. Propedêutica obstétrica. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2 ed. São Paulo: Sarvier, 2000. cap.9, p.70-103.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Alimentação Infantil. Bases Fisiológicas.** IBFAN Brasil e Instituto de Saúde, OMS, OPAS e UNICEF BRASIL, 1994. Cap. 2, p. 17-35

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS).e UNICEF. **Aconselhamento em amamentação:** um curso de treinamento Guia do treinador, edição revisada, 1997.

OREM, DE. **Nursing concepts of practice.** New York, MC Graw-Hill Book, 1965.

PERNETTA, C. **Alimentação da criança.** 8^a ed. Guanabara, Rio de Janeiro, 1988.

REZENDE, MA. **Amamentação e trabalho na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo:** um estudo sobre representações sociais. São Paulo, 1998. 194p. Tese (Doutorad) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

RHOADES, RA.; TANNER, GA. **Medical Physiology.** Little, Brown and USA Company Boston, Massachusetts, 1995.

RIMÃO, R. **Medicina do sono.** São Paulo: Lemos, 1999.

RODRIGUES, J.A ; MIGLIORINI, R.H. Fisiologia Endócrina. In: AIRES, M. M. **Fisiologia Básica.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1987. p.473 ; 517-20.

SHIMODA, GT. Et al. Formas alternativas para o cuidado da lesão da papila mamária. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, São Paulo, 1996. **Programa.** São paulo, ABEn- Seção-SP, 1996. p.175./Reumo/

SHIMODA, GT. **Lesão de papila mamária:** características, frequência e fatores presentes na ocorrência desta intercorrência em um grupo de nutrízes

internadas em sistema alojamento conjunto, São paulo, 2001. 163p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica**. São Paulo, Mc Graw Hill, 1975.

SILVA, I.A. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios**. São Paulo, 1994. 191p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SILVA, I.A. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios**. São Paulo, Robe Editorial, 1997.

SILVA IA. **Construindo perspectivas para a assistência em aleitamento materno**: um processo interacional. São Paulo, 1999. 145p. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SILVA, IA. O profissional re-conhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno. **Fam. Saúde. Desenv.**, v.3, n.1, p.1-18, jan-jun., 2001.

SPIELBERGER, C.; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.E. **Inventário de ansiedade traço-estado**. Trad. De Ângela M. B. BIAGGIO e Luiz NATALÍCIO, L. Rio de Janeiro, CEPA, 1979.

SOUZA, TT. **Visita domiciliária e enfermagem**: uma estratégia para minimizar a ansiedade de puérperas primigestas. São Paulo, 2001. 88p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.