

Influência da correcção da pega no sucesso do Aleitamento Materno: resultados de um estudo experimental

Influence of the correction of the latch-on in the success of the Breastfeeding: results of an experimental study

Maria Adriana Pereira *

Leonor Levy **

Maria Eduarda Matos ***

José Manuel Calheiros ****

Resumo

Objectivo: Avaliar a influência da correcção da pega no sucesso do aleitamento materno (AM). **Métodos:** Estudo experimental numa coorte do grupo A da população do Vale do Sousa (seguimento 3.º trimestre gestacional ao 1.º ano de vida). Após avaliação dos sinais de pega na primeira mamada, a intervenção consistiu na correcção da pega nas díades (grupo A), seguindo o B as rotinas do serviço. A análise preliminar dos dados revelou diferente comportamento das díades tendo a amostra sido reorganizada nos seguintes grupos “pega corrigida” (n=14), “pega correcta” (n=30) e “pega incorrecta” (n=16). **Instrumentos:** a) Questionários para caracterização da amostra, atitudes maternas (gravidez/amamentação). b) Grelha da UNICEF observação da primeira mamada; c) Guião de avaliação da situação do aleitamento e causas de desmame. **Resultados:** Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para as variáveis: idade, escolaridade, nível socio-económico, ocupação materna, expectativas face à gravidez/amamentação. A duração média do “aleitamento exclusivo” foi para os grupos “pega corrigida” 139±12, “pega correcta” 98±10 e “pega incorrecta” 48±14 dias (p=0,0002); para o “aleitamento misto” foi 133±20, 88±17 e 57±20 dias (p=0,01) respectivamente. Para o “AM total” a duração foi de 272±29, 187±22 e 105±19 dias respectivamente (p=0,0002). Aos 90 dias a probabilidade de continuar a fazer “AM exclusivo” foi, respectivamente, 0,86±0,09; 0,57±0,09; 0,25±0,11, nos grupos “pega corrigida”/“correcta”/“incorrecta”. Aos 180 dias esta probabilidade para os mesmos grupos foi 0,78±0,11; 0,40±0,09 e 0,25±0,11 dias respectivamente. **Conclusões:** A correcção da pega na primeira mamada influenciou o sucesso do aleitamento. Os bebés do grupo de “pega corrigida” mamaram em exclusivo três vezes mais tempo do que os bebés do grupo “pega incorrecta”. As mães do grupo de “pega corrigida” amamentaram durante mais tempo e em maior percentagem.

Palavras-chave: díade, aleitamento materno, correcção da pega

* Doutor, Professor Auxiliar, Universidade Fernando Pessoa – Porto.

** Doutor, Professor Auxiliar, Faculdade de Medicina de Lisboa.

*** Mestre, Assessora Principal, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto.

**** Doutor, Professor Catedrático, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.

Abstract

Objective: To evaluate the influence of the correction of the latch-on in the success of the Breastfeeding (BF). **Methods:** Study of experimental in coorte of the population of the Valley of the Sousa (pursuing 3.º gestational trimesters to 1.º year of life). After evaluation of the signals of suck latch-on in the first one, the intervention consisted of the correction of the latch-on in pairs (group A), following the B the routines of the service. The preliminary analysis of the data disclosed different behavior of pairs having the sample been reorganized in the following groups “latch-on corrected” (n=14), “(n=30) latch-on correct” and “it catches incorrect” (n=16). **Instruments:** a) Questionnaires for characterization of the sample, attitudes motherly (pregnancy/breast-feeding). b) Grate of the UNICEF suck first comment; c) Guião of evaluation of the situation of the breastfeeding and causes of weans. **Results:** Statistically significant differences between the groups for the variable had not been found: age, schoolarity socioeconomic level, occupation motherly, expectations face to the pregnancy/breast-feeding. The average duration of the “exclusive breastfeeding” was for the groups “latch-on corrected” 139±12, “98±10 latch-on correct” and “48±14 catches incorrect” days (p=0,0002); for the “mixing breastfeeding” he was 133±20, 88±17 and 57±20 days (p=0,01) respectively. For the “total breastfeeding” the duration was of 272±29, 187±22 and 105±19 days respectively (p=0,0002). To the 90 days the probability to continue to make “exclusive AM” was, respectively, 0,86±0,09; 0,57±0,09; 0,25±0,11, in the groups “latch-on corrected”/“correct”/“incorrect”. To the 180 days this probability for the same groups was 0,78±0,11; 0,40±0,09 and 0,25±0,11 days respectively. **Conclusions:** The correction of the suck latch-on in the first one influenced the success of the breastfeeding. Babies of the group of “corrected latch-on” had suck in exclusive three times more time of what babies of the group “latch-on incorrect”. The mothers of the group of “corrected latch-on” had suckled during more time and in bigger percentage.

Keywords: pair, breastfeeding, latch-on correction

Recebido para publicação em 23-03-07.

Aceite para publicação em 20-03-08.

Introdução

Existem vários autores que consideram que a amamentação não é instintiva (Criado, Esquilas e Román, 1998 e Giugliani, 2005), porém o RN de termo, sem problemas e em condições normais nasce com habilidades para começar a mamar e a quase totalidade das mães são capazes de amamentar. Porém na actualidade, os factores comportamentais e sociais sobrepõem-se ao instinto maternal na amamentação e condicionam fortemente o seu sucesso ou insucesso (Carvalho, 1995; Carvalho, 1997; Albernaz, Giugliani e Victora, 1998; Nagy *et al.*, 2001 e Pereira, 2004).

Nas sociedades actuais, a falta de apoio da família alargada e de experiências anteriores positivas, justificam a necessidade de ensinar e apoiar a mãe a amamentar (Carvalho, 1997; Nagy *et al.*, 2001 e OMS, 1989). Noutros estudos também está presente a ideia da falta de informação das mães, os mitos sobre a amamentação tão prejudiciais ao AM bem como a falta de apoio da família e da sociedade (Giugliani, 2005; Jayathilaka, 1999; Davies-Adetugbo, 1996). A formação deverá ser realizada em todos os níveis de ensino na opinião de Bellamy (1999) e de Pereira (2004) e intensificar-se durante a gravidez, ante e pós parto, alta clínica e durante a amamentação WHO (1989). A OMS/UNICEF (1989) aconselham os profissionais de saúde a dar especial atenção ao período subsequente à alta clínica da díade até a lactação estar bem estabelecida.

Num estudo de Duffy, Percival e Kershaw (1997) com uma amostra de 70 mães (distribuídas por igual número no grupo experimental e controlo), no período pré-natal realizaram uma sessão para ensinarem as mães sobre posicionamento e pega, com o objectivo de reduzir a dor e o trauma do mamilo no período pós-natal e aumentar a duração do AM. Fizeram a avaliação nas primeiras quatro horas após o parto utilizando o LATCH (*Latch on, Audible swallow, Type of nipple, Comfort and Help*)⁽¹⁾ Encontraram diferenças estatisticamente significativas nas três variáveis, sugerindo os resultados que a intervenção foi importante.

⁽¹⁾ (Pega, deglutição audível, tipo de mamilo, conforto e ajuda).

Os resultados da investigação “Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families” de Ingram, Johnson e Greenwood (2002) mostra também que o ensino pós-natal sobre o posicionamento e pega aumenta o sucesso do AM.

A conclusões diferentes chegaram os investigadores Henderson, Stamp e Pincomb (2002) quando realizaram um estudo com uma amostra de 80 mães por grupo experimental e controlo, com o objectivo de avaliar o efeito do ensino individual sobre posicionamento e técnica da amamentação correctas, na redução dos problemas relacionados com o AM e com o aumento da sua duração a longo prazo. O ensino foi efectuado nas primeiras 24 horas após o parto. Realizaram três momentos de avaliação (6 semanas, 3 e 6 meses), não encontrando diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos momentos em relação à duração do AM, sendo mais baixas as taxas de AM no grupo experimental. Os autores sugerem que sejam feitos estudos com amostras maiores para avaliar se posicionar e corrigir a pega no pós-parto pode ter um efeito negativo.

Em 1992, Righard e Alade realizaram uma investigação para avaliarem o prognóstico da importância da técnica de amamentação (correcta e incorrecta), durante a primeira semana após o nascimento, em relação ao sucesso do AM a longo prazo. Para tal no dia da alta da Maternidade e quatro meses depois observaram e avaliaram a técnica da amamentação nas díades. Definiram como técnica correcta da amamentação sempre que a criança apresentava: a boca bem aberta, a língua debaixo da aréola e fazia a expressão do leite através de sugadas lentas e profundas. Quando o bebé sugava superficialmente no mamilo — evidenciava técnica incorrecta de amamentação. A amostra foi constituída por 82 díades, divididas por três grupos: o grupo de estudo (n=29) no qual a pega incorrecta foi corrigida após a primeira avaliação, um segundo grupo com pega incorrecta (n=25) e não corrigida e um terceiro de controlo com pega correcta (n=28). Resultados observados: quatro meses após o parto, o grupo de bebés com pega incorrecta não corrigida, apresentava uma proporção maior de

mães com problemas com a amamentação. Estas mães também interromperam o aleitamento mais cedo do que os outros dois grupos. Verificou-se ainda que os bebês do grupo de pega incorrecta usavam regularmente chupeta num período superior a duas horas por dia, e estes apresentaram mais problemas relacionados com a amamentação.

No estado de São Paulo-Brasil foram realizados dois estudos que utilizaram o protocolo de observação e avaliação da mamada, utilizado nesta investigação. Este foi proposto pelo UNICEF em 1992 em cursos de formação com a duração de 18 horas destinados a equipas de Maternidades. Um dos estudos foi realizado por Carvalhaes e Corrêa (2003) com o objectivo de: “*Dimensionar o grupo de mães/recém-nascidos com necessidades especiais de apoio para um início bem sucedido do AM, mediante aplicação de protocolo preconizado pelo UNICEF e verificar práticas assistenciais associadas com dificuldades no AM*”. Porém o desenho não é similar ao da nossa investigação. De referir que no nosso estudo, utilizando o referido protocolo para além de se observarem e identificarem as dificuldades da díade durante a primeira mamada, estas foram corrigidas no grupo de intervenção, proporcionando pega correcta.

No estudo de Carvalhaes e Corrêa (2003) para cada item avaliado criaram *scores* de avaliação de acordo com o número de comportamentos negativos observados. Concluíram que a aplicação do instrumento identificou alta prevalência de díades com comportamentos que sugerem dificuldades no início da amamentação, principalmente quando o parto foi por cesariana e quando foram introduzidos suplementos. As investigadoras mencionam que o referido instrumento mostrou ser viável e de fácil utilização, aconselhando a sua aplicação rotineiramente a todos os recém-nascidos, ou na sua impossibilidade pelo menos nas díades de risco.

A outra investigação foi realizada por Venâncio (2003), intitulada “Identificação de dificuldades no início do AM, mediante a aplicação de protocolo”, com o objectivo de “*traçar um diagnóstico sobre a frequência de dificuldades com a amamentação numa maternidade pública que não implantou as Dez Medidas para o sucesso do AM*”. Os resultados

evidenciaram uma frequência elevada de problemas identificados, sendo de realçar a associação entre piores *scores* nas díades com parto por cesariana e nas que utilizaram suplemento e/ou soro glicosado. O estudo comprovou que o instrumento usado além de ser útil para a orientação da prática dos profissionais de saúde quanto ao AM, também fornece um diagnóstico sobre a frequência de diferentes tipos de problemas da amamentação no pós-parto imediato.

Sanches (*cit. in* Carvalhaes e Corrêa, 2003), também estudou as dificuldades iniciais da mamada, mas não utilizou o protocolo do UNICEF (1992) para a observação das díades e avaliação da mamada. Neste estudo o número de díades que apresentaram dificuldades foi de 13%; de referir que este hospital é Hospital Amigo das Crianças.

Para o sucesso da amamentação é muito importante que a mãe receba informação compreensível acerca da importância do AM, relativamente aos aspectos biológicos, imunológicos e fisiológicos da amamentação, e sobre os aspectos relacionados com a técnica da amamentação (Carvalho, 2005). É igualmente importante que as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde não sejam diferentes, nem contraditórias, pois aumenta a ansiedade e angústia das mães. Num estudo realizado por Lisa *et al.* (1999) não só a informação fornecida às mães pelos profissionais de saúde foi muito importante, como também encontraram uma associação entre a consistência e alta qualidade dessa informação e o sucesso do aleitamento.

Giugliani (2005), refere que para haver sucesso no AM é necessário criar uma cultura do aleitamento, educar a população em geral sobre as vantagens do AM e a importância desta prática, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, integrando intervenções em conformidade com os conhecimentos científicos mais recentes, apoiar as mães durante a amamentação, criar condições nos locais de trabalho, fazer cumprir as leis vigentes em matéria de aleitamento e propor novas leis que promovam melhorar esta prática, tornando-se imperioso restringir a publicidade inadequada dos substitutos do leite humano, assim como o uso de biberões, tetinas e chupetas.

Segundo a OMS muitas mães desconhecem a fisiologia da lactação e não sabem como amamentar com sucesso. Woolridge (1986) e Escot (1989) referem que a chave para o sucesso do aleitamento materno é a pega e a deglutição correctas. Porém para Fisher (1990) e Minchin (1989) o sucesso depende de três factores: posição correcta do bebé na mama; técnica correcta de sucção e mamadas com horário livre (o bebé determina a frequência e duração da sucção). Os resultados das investigações de Righard e Alade (1992) e Lawrence (2005) confirmam que a pega correcta na primeira semana de vida está relacionada com a duração prolongada do aleitamento.

Citando Sanches (2004, p.157) “*Na avaliação da mamada, é importante observar dois pontos-chave: posicionamento e pega. A posição inadequada da mãe e/ou do bebé na amamentação dificulta o posicionamento correcto da boca do bebé em relação ao complexo aréolo-mamilar, resultando no que se denomina de má pega*”. A má pega interfere na dinâmica de sucção e extracção de leite, podendo levar a traumas mamilares, dor e desconforto para a mãe, dificultando inclusive a continuidade do aleitamento, caso não seja devidamente corrigida (Righard e Alade, 1992 e Lawrence, 2005).

Na opinião de Carvalho (1997) as mães desconhecem que a pega correcta é uma das condições *sine qua non* para o sucesso da amamentação pelo que é muito importante que aprendam a identificar os sinais de pega correcta. Os sinais que caracterizam a pega podem ser observados na figura 1.

A pega correcta proporciona a extracção eficaz do leite (anterior/posterior) e esvaziamento da mama; evita fissuras nos mamilos, zona aréolar e dor durante a mamada; diminui a necessidade de

suplemento e o abandono precoce da amamentação (Righard e Alade, 1992; Lawrence, 2005; OMS/UNICEF, 1993). A *pega correcta* favorece o normal crescimento e desenvolvimento das estruturas maxilo-mandibular, promovendo a adequada oclusão dentária (melhor alinhamento da dentição, diminuindo a necessidade futura do uso de aparelhos ortodônticos) e as funções vitais intermediadas pelo sistema estomatognático (respiração, sucção, deglutição e mastigação), (Medeiros e Rodrigues, 2001; Sousa, 1997 e Carvalho, 2005). Promove o desenvolvimento dos músculos que ajudarão na fala. Durante a amamentação, aprende-se a respirar correctamente pelo nariz, evitando amigdalites, pneumonias, entre outras doenças. A amamentação prepara a criança para a mastigação, quando esta é incorrecta pode levar também a problemas de obesidade e gástricos (Sousa, 1997).

A pega correcta resulta em múltiplos benefícios para a diáde: o bebé apresenta aumento ponderal e desenvolvimento psicomotor adequado, isso eleva a auto-estima materna e favorece a vinculação, levando ao aumento da duração do aleitamento materno (Pereira, 2006).

Segundo Righard e Alade (1992) a mudança de pega incorrecta para correcta é possível ou espontaneamente ou devido à melhoria do comportamento ou através da ajuda do enfermeiro na correcção da pega.

Este trabalho tem o seguinte objectivo: Avaliar a influência da correcção da pega no sucesso do AM (exclusivo, misto e total) em 60 díades (mãe-bebé) do Vale do Sousa – Portugal, no primeiro ano de vida. Hipótese de investigação: a correcção da pega na primeira mamada influencia o sucesso do AM (exclusivo, misto e total) nas díades do Vale do Sousa Portugal, no primeiro ano de vida.

Pega correcta	Pega incorrecta
<ul style="list-style-type: none"> - A boca do bebé está bem aberta - O queixo do bebé toca a mama - O lábio inferior virado para fora - As bochechas arredondadas ou achatadas contra a mama da mãe - Vê-se mais aréola acima do que abaixo da boca do bebé - Mama arredondada 	<ul style="list-style-type: none"> - A boca do bebé está pouco aberta - O queixo do bebé não toca a mama - Os lábios estão apontados para a frente - As bochechas estão encovadas - Vê-se mais quantidade de aréola acima e abaixo da boca do bebé - Mama estirada

Fonte: Adaptado de OMS (1993)

Figura 1 – Sinais que caracterizam a pega.

Métodos

Estudo experimental, com dupla ocultação, prospectivo, longitudinal, realizado numa coorte com seguimento desde o terceiro trimestre da gestação até ao 1.º ano de vida. O aleitamento materno foi avaliado, por entrevista face-a-face no dia da alta e telefónica ao 5.º, 10.º, 15.º e 20.º dia de vida, no 1.º mês até ao 6.º mensalmente, ao 9.º e 12.º mês de vida. O estudo foi realizado na Maternidade do Hospital Vale do Sousa (HVS) com primíparas, provenientes dos Centros de Saúde desta área, que pariram entre Março e Agosto de 2002. Estas obedeceram a critérios de inclusão e exclusão, apresentados na figura 2. Este hospital é responsável pelo atendimento de cerca de 1800 partos por ano da região Vale do Sousa.

No primeiro contacto com a grávida, foi feita uma acção de educação para a saúde sobre aleitamento materno, utilizando-se o manual nacional elaborado segundo as recomendações da OMS/UNICEF (2001) por Levy e Bértolo (2002).

Devido às características do estudo a intervenção foi realizada pelas enfermeiras do serviço, pelo que previamente ao início do estudo, foi obtido o grau

de fiabilidade entre 90 e 95% entre a investigadora e as enfermeiras que realizaram a intervenção, relativamente à observação e avaliação da mamada, segundo o protocolo do UNICEF adaptado para este estudo. Este instrumento (figura 3) avalia os comportamentos favoráveis à amamentação e os que sugerem dificuldades, designadamente posição corporal da mãe e filho; resposta inicial da díade; eficiência da sucção; vínculo entre mãe-filho; características anatómicas da mama, duração e forma como termina a mamada.

A amostra inicial foi constituída por 145 grávidas que obedeciam aos critérios de inclusão. O processo de selecção teve início no terceiro trimestre de gestação, na consulta pré-natal e terminou no fim da primeira hora de vida do bebé após a realização da intervenção.

Plano de amostragem – Utilizou-se uma amostragem aleatória simples (Vicente, Reis e Ferrão, 1996) e a sua obtenção foi feita mediante os seguintes passos:

- 1º Identificação das grávidas e atribuição de um número de 1 a 145 (este número foi atribuído à grávida no momento da integração no estudo).

			Critérios
Critérios de inclusão	Mães	Gravidez	<ul style="list-style-type: none"> - Intenção de amamentar - Grávidas primíparas de nacionalidade portuguesa - Idade entre 19 e 35 anos - Coabitação com o pai do bebé há pelo menos 1 ano - Estrato social – graus III e IV do Índice de Graffard - Grávidas sem doenças crónicas e sem tratamento neuropsiquiátrico anterior - Gestação vigiada medicamente e sem complicações - Gestação entre 38 e 42 semanas
		Trabalho de parto e do parto	<ul style="list-style-type: none"> - Parto eutócico, nascimento único - Ruptura de membranas inferior a 24 horas - Apresentação cefálica
	Recém-nascido		<ul style="list-style-type: none"> - Recém-nascido saudável - Índice de Apgar ao 1.º minuto ≥ 8 e ao 5.º minuto = 10 - Percentil ponderal entre 10 e 90 (curvas Lubchenco)
	Díade	Pós parto imediato	- Todas as díades tinham que ter contacto precoce durante os 60 minutos imediatos ao parto
Critérios de exclusão	Mãe	<ul style="list-style-type: none"> - Não comunicar no Hospital que pertencia ao estudo - Parir noutro Hospital 	
	Recém-nascidos		<ul style="list-style-type: none"> - Aspiração de líquido amniótico; Mecónio - Hipotermia

Figura 2 – Critérios de inclusão e exclusão das díades participantes no estudo.

COMO OBSERVAR E AVALIAR UMA MAMADA

Nome da mãe: _____ n.º _____

Nome do bebé: _____

Data: ____ / ____ / ____

Momento do início da mamada ____ minutos de vida do bebé

Amamentação vai bem	Possíveis dificuldades
POSTURA CORPORAL	
<input type="radio"/> Mãe quer amamentar <input type="radio"/> Bebé próximo de frente para a mama <input type="radio"/> O queixo do bebé toca a mama <input type="radio"/> Nádegas do bebé apoiadas <input type="radio"/> A mãe segura a mama em forma de C	<input type="radio"/> Ombros tensos, deitada sobre o bebé <input type="radio"/> Bebé longe da mãe <input type="radio"/> Pescoço do bebé torcido <input type="radio"/> O queixo do bebé não toca na mama <input type="radio"/> Só o ombro ou a cabeça apoiada
RESPOSTAS	
<input type="radio"/> O bebé procura a mama <input type="radio"/> O bebé roda e busca a mama <input type="radio"/> Bebé calmo e alerta na mama <input type="radio"/> O bebé mantém a pega	<input type="radio"/> O bebé não procura a mama <input type="radio"/> O bebé não interessado na mama <input type="radio"/> Bebé inquieto ou a chorar <input type="radio"/> Bebé larga a mama
VÍNCULO EMOCIONAL	
<input type="radio"/> Mãe transmite conforto e segurança quando segura o bebé <input type="radio"/> Atenção da mãe face a face	<input type="radio"/> Nervosa ou transmite insegurança <input type="radio"/> Contacto olho no olho ausente
ANATOMIA	
<input type="radio"/> Mamilos exteriorizados, protrácteis <input type="radio"/> Pele aparentemente saudável	<input type="radio"/> Mamilos achatados ou invertidos <input type="radio"/> Fissuras ou vermelhidão da pele
SUCÇÃO	
<input type="radio"/> Boca bem aberta <input type="radio"/> Lábio inferior virado para fora <input type="radio"/> Mais aréola por cima da boca do bebé <input type="radio"/> Bochechas arredondadas <input type="radio"/> Bebé suga e deglute num ritmo normal	<input type="radio"/> Boca pouco aberta aponta para a frente <input type="radio"/> Lábio inferior virado para dentro <input type="radio"/> mais aréola abaixo da boca do bebé <input type="radio"/> Bochechas tensas ou metidas para dentro <input type="radio"/> O bebé suga rapidamente
TEMPO GASTO NA SUCCÃO	
<input type="radio"/> O bebé solta a mama <input type="radio"/> O bebé sugou durante ____ minutos	<input type="radio"/> A mãe retira o bebé da mama

Fonte: Readaptado com permissão para este estudo de investigação de "B-R-E-A-S-T – Feeding Observation Form". H.C. Armstrong, Training Guide in Lactation Management, New York, IBFAN e UNICEF 1992

Figura 3 – Protocolo do UNICEF adaptado para este estudo para avaliação da mamada.

2ª Estas foram divididas por selecção aleatória simples, utilizando uma tabela de aleatorização, em dois grupos: A (n=72 díades) e B (n=73). No grupo (A) foi realizada a intervenção preconizada, sempre que necessário e no (B) não houve intervenção, seguindo as díades a rotina do serviço. Devido aos rigorosos critérios, foram excluídas 42 díades do grupo A (37 por causas maternas e 5 pelo bebé), e 43 díades do grupo B (41 por causas maternas e 2 pelo bebé). Sendo a amostra final constituída por 30 díades do grupo A e 30 do grupo B, permanecendo na totalidade durante o período em estudo.

A análise dos dados demonstrou que o comportamento das díades face ao AM era diferente entre os bebés que fizeram pega incorrecta e foi corrigida, e os que fizeram pega correcta, bem como os de pega incorrecta. Este fenómeno levou o investigador a reorganizar as díades em três grupos, conforme os bebés tinham apresentado pega incorrecta e tinha sido corrigida (n=14 díades), pega correcta (n=30) e pega incorrecta (n=16), passando a amostra ser constituída por esses três grupos, conforme se pode observar pela figura 4.

Intervenção – Na primeira mamada após a observação e avaliação dos sinais de pega em

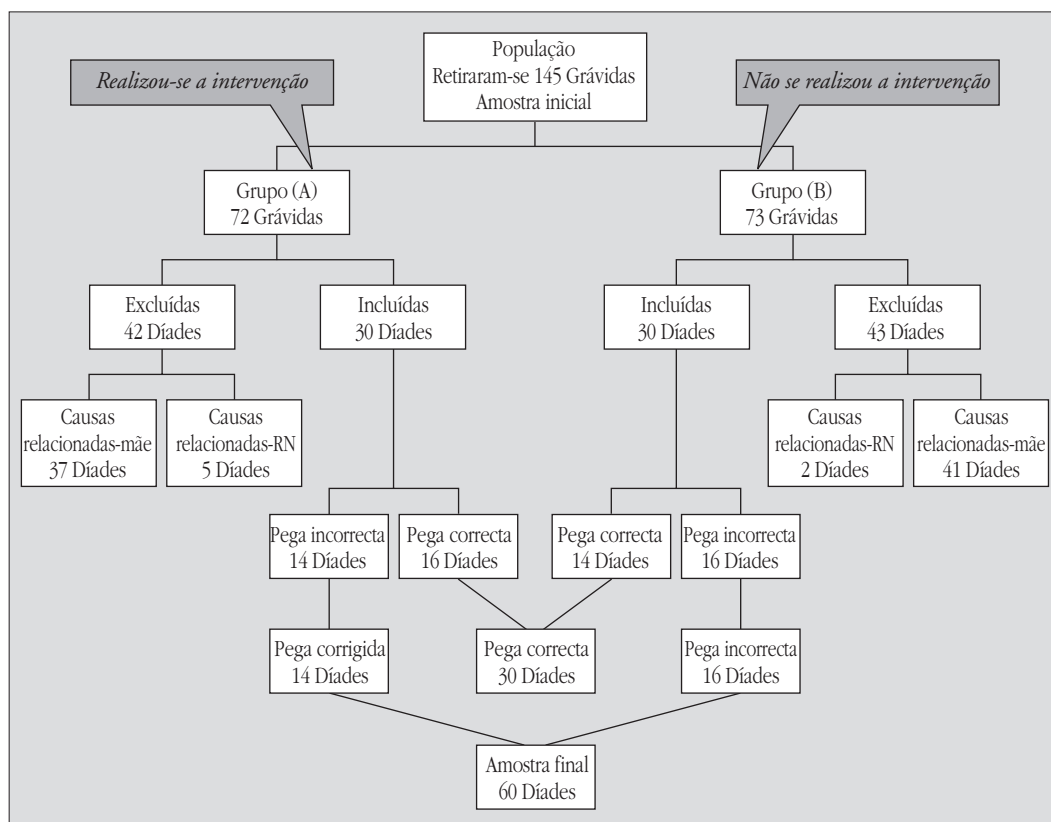


Figura 4 – Esquema da selecção dos sujeitos para a amostra.

todos os bebés do estudo, utilizando o protocolo do UNICEF, (1992), adaptado para este estudo, a intervenção consistiu na correcção da mesma no grupo (A), sempre que as díades apresentavam uma ou mais dificuldades. O (B) seguia as rotinas do serviço. Esta intervenção decorreu em ambiente enriquecido, assim, após o corte do cordão umbilical, da limpeza das secreções e secagem da pele, todos os bebés foram colocados nus, (cobertos com um lençol e um cobertor) sobre o abdómen da mãe desnudado durante 60 minutos. Os bebés deveriam mamar neste período e não lhes deveria ser oferecido nenhum outro alimento, nem chupeta. Depois do contacto precoce entre mãe-filho todos os bebés receberam os cuidados recomendados (administração de vitamina K, terramicina oftálmica, pesagem, limpeza e vestir conforme os estudos de Kennel e Klaus (1998) e Sinusas e Gagliardi (2001).

Neste estudo considerou-se: “O sucesso do aleitamento materno” pode ser referente ao aleitamento exclusivo, misto e total e nesta investigação foi medido pelo maior número de dias de duração em cada tipo de aleitamento.

Aleitamento exclusivo ou amamentação exclusiva – significa dar à criança apenas leite materno, sem nenhum outro líquido ou sólido, inclusive água, (excepto gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos, também é permitido leite materno extraído) (OMS/UNICEF, 1993).

Aleitamento misto – significa amamentar parcialmente à mama em algumas mamadas e dar também alimentação artificial, ou seja outro leite, cereais ou outro alimento (OMS/UNICEF, 1993).

Aleitamento total – significa o período de tempo em que a criança fez amamentação exclusiva mais o de amamentação mista (classificação usada neste estudo).

Análise estatística – Foram aplicados testes paramétricos: Análise de variância Oneway e não paramétricos: Kruskal-Wallis, Teste do Qui-Quadrado e na análise da duração do aleitamento a curva de Kaplan-Meier e o teste de Log-Rang. Considerou-se como nível de significância $p < 0,05$. O software utilizado para o tratamento estatístico foi o SPSS 13.0.

Procedimentos éticos – A investigação foi aprovada pela Comissão de Ética do Hospital do Vale do Sousa SA. e pelo Conselho Científico do ICBAS – Universidade do Porto. Conforme Declaração de Helsínquia (1975) revista em 2000, foram explicados a todas as participantes os objectivos do estudo, procedimentos a serem realizados, assinando estas a declaração de consentimento informado.

Resultados

A idade materna variou entre 19 e 32 anos, a média±desvio padrão 25,2±3,2; 23,1±2,9; 22,4±4,17 dias respectivamente no grupo de pega corrigida, correcta e incorrecta, não tendo sido encontradas diferenças estatísticas significativas entre os grupos ($p=0,07$). Quanto aos resultados relativos à ocupação das mães ($p=0,60$) e nível socio-económico e cultural ($p=0,83$), não se verificou

associação significativa entre os grupos e as referidas variáveis (Quadro 1).

Dos recém-nascidos estudados, 43,3% pertenciam ao género masculino e 56,7% ao feminino, não foram encontradas diferenças significativas ($\chi^2=2,04$ $p=0,36$). Os valores do Índice de Apgar ao 1.º minuto de vida foram semelhantes nos três grupos ($p=0,17$) e iguais em todos ao 5.º minuto de vida (10 pontos). O peso médio dos recém-nascidos ao nascimento foi de 3521,4gr; 3379,7gr; 3370gr respectivamente no grupo de pega corrigida/correcta/incorrecta, não tendo sido encontradas diferenças estatísticas significativas ($p=0,25$). Mamaram nos primeiros 60 minutos de vida 78,6%; 93,3%; 81,3% respectivamente grupo de pega corrigida/correcta/incorrecta, os restantes mamaram entre os 61-90 minutos de vida ($p=0,31$) (Quadro 1).

Pela observação do comportamento do bebé no Quadro II verifica-se que na primeira mamada os recém-nascidos apresentaram comportamento diferente entre os grupos uns reptaram para a mama e começaram a mamar e outros não reptaram, sendo as diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=13,5$ $p=0,001$). De realçar que os recém-nascidos que se arrastaram do abdómen da mãe até à mama e começaram a mamar sozinhos fizeram todos pega correcta.

Quadro 2 podem ser observados também os valores referente à variável “número de dificuldades na primeira mamada” e “tempo de duração

QUADRO 1 – Caracterização das mães e dos recém-nascidos

	Grupo pega corrigida n=14 Média ± DP	Grupo pega correcta n=30 Média ± DP	Grupo pega incorrecta n=16 Média ± DP	χ^2	p
Idade materna	25,2 ± 3,2	23,1 ± 2,9	22,4 ± 4,17		0,07*
Escolaridade materna	6,6 ± 3,3	6,6 ± 3,3	7,4 ± 2,2	2,12	0,35
Ocupação materna				5,85	0,06**
Doméstica	—	4 (13,3)	5 (31,3)		
Trabalha fora de casa	14 (100)	26 (86,7)	11 (68,8)		
Índice Graffard				0,37	0,83**
Classe III	4 (28,6)	7 (23,3)	5 (31,3)		
Classe IV	10 (71,4)	23 (76,7)	11 (68,8)		
Género RN				2,4	0,36**
Masculino	8 (57,1)	13 (43,3)	5 (31,2)		
Feminino	6 (42,9)	17 (56,7)	11 (68,8)		
Peso do RN ao nascer	3521 ± 590	3380 ± 350	3370 ± 359	2,75	0,25***

DP – Desvio Padrão

* – Teste de Anova; ** – Teste do Qui-Quadrado ou de Pearson; *** – Teste de Kruskal-Wallis.

QUADRO 2 – Comportamento do bebê na primeira mamada

	Grupo pega corrigida n=14 Média ± DP	Grupo pega correcta n=30 Média ± DP	Grupo pega incorrecta n=16 Média ± DP	χ^2	p
Bebê arrastou-se para a mama e começou a mamar				13,46	0,001*
Sim	—	11 (36,7)	—		
Não	14 (100)	19 (63,3)	16 (100)		
Início primeira mamada				3,22	0,20*
< 60 minutos	13 (92,9)	29 (96,7)	13 (81,3)		
> 60 minutos	1 (7,1)	1 (3,3)	3 (18,8)		
Número de dificuldades	7 ± 5,6	—	9,8 ± 5,6	0,14**	
Tempo de duração da primeira mamada	19,17 ± 5,97	18,39 ± 5,1	17,67 ± 4,17	0,84**	

DP – Desvio Padrão

* – Teste do Qui-Quadrado ou de Pearson; ** – Teste de Mann-Whitney.

da primeira mamada”, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre os grupos. A percentagem de díades da amostra (grupo A e B) que apresentou dificuldades na primeira mamada, foi no grupo A 46,7% e 53,3% no B.

Pela análise da figura 5 pode observar-se a percentagem de mães que amamentam e a duração do aleitamento exclusivo aos 180 dias de vida do bebê nos três grupos. Assim, aos 60 dias a probabilidade de continuar a fazer AM exclusivo foi de 0,93±0,07; 0,77±0,08; 0,31±0,12 e aos 90 dias a probabilidade de continuar a fazer AM exclusivo foi de 0,86±0,09; 0,57±0,09; 0,25±0,11, respectivamente no grupo de pega corrigida, correcta e incorrecta, e segundo a mesma ordem, o valor da mediana foi

de 157 (erro padrão=13 dias); 127 (erro padrão=17 dias); 15 (erro padrão=8 dias). Foram encontradas diferenças significativas entre os grupos (teste de Log-Rank; p=0,0002).

Pela análise da figura 6 pode observar-se a percentagem de mães que amamentam e o tempo de duração do aleitamento misto praticado durante o primeiro ano de vida nos três grupos. Aos 90 dias a probabilidade de continuar a fazer aleitamento misto foi de 0,64±0,13dias; 0,33±0,09dias; 0,25±0,11dias, respectivamente grupo de pega corrigida/correcta/incorrecta, sendo o valor mediano de 163 (erro padrão=20 dias); 44 (erro padrão=17 dias); 48 (erro padrão=14 dias). Foram encontradas diferenças significativas entre

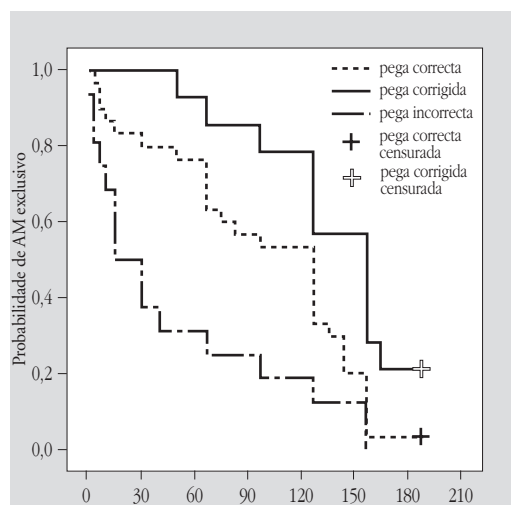


Figura 5 – Curva de Kaplan-Meier para o aleitamento materno exclusivo (em dias) em cada grupo.

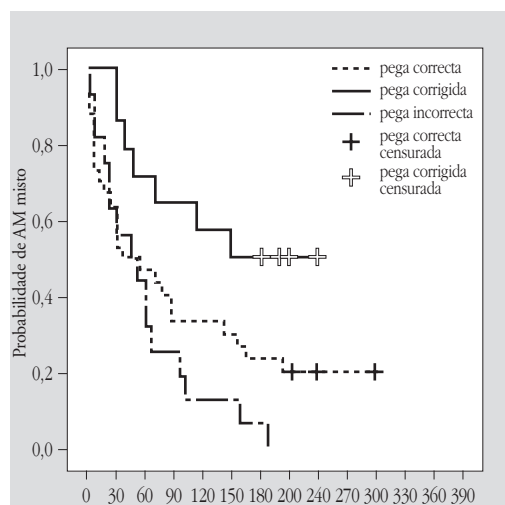


Figura 6 – Curva de Kaplan-Meier para o aleitamento materno misto (em dias) em cada grupo.

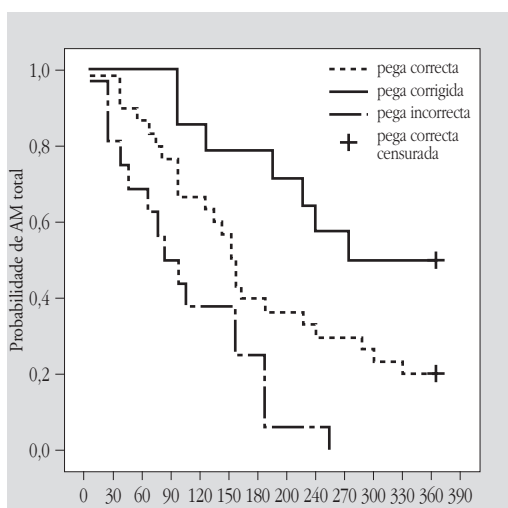


Figura 7 – Curva de Kaplan-Meier para o aleitamento materno total (em dias) em cada grupo.

o tempo de duração do aleitamento misto entre os grupos (teste de Log-Rang $p=0,01$).

Na figura 7 pode observar-se a percentagem de mães que amamentam e o tempo de duração do aleitamento total (exclusivo+misto) praticado durante o primeiro ano de vida nos três grupos. Aos 90 dias a probabilidade de continuarem a fazer AM foi de 100%; $0,77\pm 0,08$; $0,50\pm 0,13$ e aos 180 dias foi de $0,79\pm 0,11$; $0,40\pm 0,09$; $0,25\pm 0,11$, sendo a mediana 275 dias de AM; 152 (erro padrão=10 dias); 82 (erro padrão=22), respectivamente no grupo de pega corrigida/correcta/incorrecta. Os grupos estudados tiveram probabilidades diferentes de continuarem a amamentar (Log-Rank; $p=0,0002$).

Discussão

Os resultados desta investigação indicam que a correcção da pega na primeira mamada está fortemente associada ao aumento da percentagem de mães que amamenta em exclusivo e misto e ao aumento do número de dias de aleitamento exclusivo, misto e total, ou seja, esta intervenção favorece o sucesso do aleitamento materno, confirmando-se a hipótese formulada. Os resultados vão de encontro ao estudo semelhante (Righard e Alade, 1992).

Considerando-se a amostra inicial (grupo A e B) pode referir-se que o número de díades com dificuldades foi de 46,7% no grupo A e de 53,3% no B, valor superior ao encontrado em outros estudos de Carvalhaes e Corrêa (2003) e Venâncio (2003) que utilizaram o protocolo do UNICEF. Devendo-se a diferença provavelmente ao facto de nos estudos referidos os Hospitais terem implementado o programa iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês e o do estudo não.

A idade média das mães foi semelhante entre os grupos, não se associando à correcção da pega, nem ao sucesso da amamentação (Ingram, Johnson e Greenwood, 2002; Venâncio, 2003). A escolaridade elevada tem sido associada ao sucesso do aleitamento (Lisa *et al.* (1999), neste estudo não influenciou o sucesso, talvez por a escolaridade ser baixa em todos os grupos. As mães do grupo de pega corrigida trabalhavam todas fora de casa e amamentaram por mais tempo quer exclusivo, não exclusivo e total, sugerindo que o trabalho fora de casa não se comportou como dificultador da amamentação (Williams, *et al.*, 1999 e Manzanare, Sanz e Lopez, 1997).

A precocidade na primeira mamada não influenciou a correcção da pega ($p=0,73$). Na primeira mamada o comportamento dos bebés foi diferente entre os grupos. Assim, os que se arrastaram do abdómen da mãe e começaram a mamar fizeram todos pega correcta. O número de dificuldades foi semelhante entre os grupos de pega corrigida e incorrecta, não foram encontradas diferenças significativas. As causas de desmame parcial foram semelhantes entre os grupos e são concordantes com as referidas por outros autores.

A duração do aleitamento exclusivo no momento da alta clínica e aos 30, 90 e 180 dias no grupo de pega corrigida foi superior com diferenças estatisticamente significativas do que no grupo de pega correcta e incorrecta e igualmente superior aos resultados dos estudos nacionais e internacionais. Verificando-se também no grupo de pega corrigida, superior número de dias de aleitamento total, do que no grupo de pega correcta e incorrecta, bem como relativamente aos estudos nacionais, e internacionais.

Conclusões

A correcção da pega revelou-se um factor importante no sucesso do aleitamento exclusivo, misto e total. Os bebés do grupo de pega corrigida mamaram em exclusivo aproximadamente três vezes mais tempo do que os bebés do grupo de pega incorrecta. Em qualquer tipo de aleitamento, as mães do grupo de pega corrigida amamentaram em maior percentagem e durante mais tempo. 13% dos bebés arrastaram-se sozinhos e começaram a mamar, fazendo pega correcta, isto sugere que em condições normais, quando após o parto o recém-nascido é colocado sobre o abdómen da mãe, este através de movimentos de reptação alcança a mama e começa a mamar, tornando-se muito importante proporcionar estas condições ao bebé para aumentar o sucesso do AM.

Neste estudo 50% dos bebés tiveram dificuldades na primeira mamada. O protocolo do UNICEF de observação e avaliação da mamada foi adequado para a identificação das possíveis dificuldades na amamentação. Recomenda-se a sua utilização em todas as Maternidades, para identificação das dificuldades e sua correcção precoce, favorecendo assim o sucesso do aleitamento. Os resultados deste estudo sugerem que a correcção da pega é uma condição *siné-qua-non* para o sucesso do aleitamento materno, sendo muito importante que a correcção seja feita o mais precoce possível.

Agradecimentos

À Fundação para a Ciência e a Tecnologia, que no âmbito do III Quadro Comunitário de Apoio, participado pelo Fundo Social Europeu e por fundos nacionais do MCES, financiou esta investigação (ref. da bolsa SFRH/BD/7092/2001).

A todos quantos contribuíram para a realização desta investigação, em especial às mães e bebés e particularmente à enfermeira Maria de Luz Cardeal, Chefe do Serviço de Bloco de Partos e às enfermeiras que fizeram a intervenção, cuja participação foi um contributo essencial e

indispensável para a realização deste trabalho. Um abraço muito grande de eterna gratidão.

Bibliografia

ALBERNAZ, E.; GIUGLIANI, E. R.; VICTORA, C. G. (1998) – Supporting breastfeeding: a successful experience. **Journal of Human Lactation**. Vol. 14, n.º 4, 283-285.

BELLAMY, C. (1999) – **A situação mundial da infância 1999**. Brasília: UNICEF.

BURNS, N.; GROVE, S. K. (1993) – **The practice of nursing research: conduct, critique and utilisation**. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

CARVALHÃES, M. A. B. L.; CORRÊA, C. R. H. (2003) – Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante a aplicação de protocolo. **Jornal de Pediatria**. Vol. 79, n.º 1, p. 13-20.

CARVALHO, G. D. (1995) – A amamentação sob a visão funcional e clínica da odontologia. **Revista Secretários da Saúde**. Vol. 2, n.º 10, p. 12-13.

CARVALHO, G. D. (1997) – Amamentação: uma avaliação abrangente II. **Revista Secretários da Saúde**. (Set./Out.), p. 8-10.

CARVALHO, G. D. (2005) – Amamentação e o sistema estomatognático. In CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. – **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. 2.^aed. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan. p. 11-24.

DAVIES-ADETUGBO, A. A. (1996) – Promotion of breast feeding in the community: impact of health education programme in rural communities in Nigeria. **Journal of Diarrhoeal Diseases Research**. Vol. 14, n.º 1, p. 5-11.

DUFFY, E. P.; PERCIVAL, P.; KERSHAW, E. (1997) – Positive effects of antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breast feeding rates. **Midwifery**. Vol. 13, n.º 4, p. 189-96.

ESCOTT, R. (1989) – Positioning attachment and milk transfer. **Breastfeeding Review**. N.º 1, p. 31-37.

GIUGLIANI, E. R. J. (2005) – Amamentação exclusiva e sua promoção. In CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. – **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. 2.^aed. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan. p. 11-24.

HENDERSON, A.; STAMP, G.; PINCOMBE, J. (2001) – Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomised controlled trial. **Birth**. Vol. 28, n.º 4, p. 236-242.

INGRAM, J.; JOHNSON, D.; GREENWOOD, R. (2002) – Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. **Midwifery**. Vol. 18, n.º 2, p. 87-101.

- JAYATHILAKA, C. A. (1999) – **A study in breastfeeding and the effectiveness of an intervention in a district of Sri Lanka**. Sri Lanka: University of Colombo. Tese de mestrado.
- KENNEL, J. H.; KLAUS, M. H. (1998) – Bonding: recent observations that alter perinatal care. **Pediatrics in Review**. Vol. 19, n.º 1, p. 4-12.
- LAWRENCE, R. A. (2005) – **Breastfeeding: a guide for the medical profession**. 5.ª ed. Sant Louis: C.V. Mosby.
- LEVY, L.; BÉRTOLO, H. (2002) – **Manual de aleitamento materno**. Lisboa: UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- LISA, W. K. [et al.] (1999) – Health system factors contributing to breastfeeding success. **Paediatrics** [Em linha]. 104:3, 27-28. Disponível em WWW: <URL: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/104/3/e28>>.
- MANZANARE, L. M.; SANZ, M. T. C.; LOPEZ, L. G. (1997) – Lactância materna. **Revista Rol de Enfermería**. Vol. 20, n.º 227/228, p. 79-82.
- MEDEIROS, E. B.; RODRIGUES, M. J. (2001) – A importância da amamentação natural para o desenvolvimento do sistema estomatognático do RN. **Rev. Cons. Reg. Odontol**. Vol. 4, n.º 2, p. 79-83.
- MINCHIN, M. K. (1989) – Positioning for breastfeeding. **Birth**. Vol. 16, n.º 2, p. 67-73.
- NAGY, E. [et al.] (2001) – Breastfeeding duration and previous breastfeeding experience. **Acta Paediatrica**. Vol. 90, n.º 1, p. 51-56.
- OMS; UNICEF (1993) – **Aconselhamento em amamentação. Um curso de treinamento. Guia do treinador**. Lisboa: OMS, UNICEF.
- PEREIRA, M. A. (2004) – **Aleitamento materno. Estabelecimento e prolongamento da amamentação. Intervenções para o seu sucesso**. Porto: Universidade do Porto, ICBAS. Tese de doutoramento.
- PEREIRA, M. A. (2006) – Equilíbrio pela alimentação desde o nascimento: o aleitamento materno. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**. N.º 3, p. 80-88.
- RIGHARD, L.; ALADE, M. O. (1992) – Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. **Birth**. Vol. 19, n.º 4, p. 185-9.
- SANCHES, M. T. C. (2004) – Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **Jornal de Pediatria**. Vol. 80, n.º 5, Supl., p. 155-162.
- SCHY, D. S. [et al.] (1996) – The effects of in hospital lactation education on breastfeeding practice. **Journal of Human Lactation**. Vol. 12, n.º 2, p. 117-122.
- SINUSAS, K.; GAGLIARDI, A. (2001) – Initial management of breastfeeding. **American Family Physician**. Vol. 64, n.º 6, p. 981-988.
- SOUSA, A. M. L. (1997) – Orientando o paciente: a amamentação e a odontologia. **APCD**. Vol. 51, n.º 4, p. 387.
- UNICEF; WHO (1993) – **Breastfeeding management and promotion in a Baby-Friendly Hospital: an 18-hour course for maternity staff**. New York: UNICEF.
- VENÂNCIO, S. I. (2003) – Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades. **Jornal de Pediatria**. Vol. 79, n.º 1, p. 1-2.
- VICENTE, P.; REIS, E.; FERRÃO, F. (1996) – **Sondagens: a amostragem como factor decisivo de qualidade**. Lisboa: Sílabo.
- WHO (1989) – **Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Uma declaração conjunta OMS/UNICEF**. Geneve: WHO.
- WILLIAMS, P. L. [et al.] (1999) – Factors influencing infant feeding practices of mothers in Vancouver. **Canadian Journal of Public Health**. Vol. 90, n.º 2, p. 114-119. Erratum in: *Can J Public Health* 2000. Vol. 91, n.º 2, p. 117.
- WOOLRIDGE, M. W. (1986) – The “anatomy” of infant sucking. **Midwifery**. Vol. 2, n.º 4, p. 164-171.