

DEMONSTRAÇÃO CLÍNICA NO PRÉ-NATAL PARA O MANEJO DA PREVENÇÃO DO INGURGITAMENTO MAMÁRIO: ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL

PRENATAL CLINICAL DEMONSTRATION FOR THE MANAGEMENT OF THE BREAST ENGORGEMENT PREVENTION: QUASI-EXPERIMENTAL STUDY

DEMOSTRACIÓN CLÍNICA PRENATAL PARA EL MANEJO DE LA PREVENCIÓN DE LA INGURGITACIÓN DE MAMA: ESTUDIO CASI EXPERIMENTAL

 Flavia Silva Oliveira¹
 Flaviana Vely Mendonça Vieira¹
 Aline Gabriele Ribeiro da Silva¹
 Janaína Valadares Guimarães¹

¹Universidade Federal de Goiás - UFG, Faculdade de Enfermagem, Goiânia, GO - Brasil.

Autor Correspondente: Flaviana Vely Mendonça Vieira
E-mail: lavianamori@gmail.com

Contribuições dos autores:

Análise estatística: Flaviana V. M. Vieira, Janaína V. Guimarães;
Aquisição de Financiamento: Flaviana V. M. Vieira; **Coleta de Dados:** Aline G. R. Silva; **Conceitualização:** Flaviana V. M. Vieira; **Gerenciamento de Recursos:** Flaviana V. M. Vieira; **Gerenciamento do Projeto:** Flaviana V. M. Vieira; **Investigação:** Aline G. R. Silva; **Metodologia:** Flaviana V. M. Vieira; **Redação - Preparação do Original:** Flavia S. Oliveira; **Redação - Revisão e Edição:** Flavia S. Oliveira, Flaviana V. M. Vieira, Aline G. R. Silva; **Supervisão:** Flavia S. Oliveira; Flaviana V. M. Vieira; **Validação:** Flavia S. Oliveira, Flaviana V. M. Vieira; **Visualização:** Flavia S. Oliveira.

Fomento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás – FAPEG. Processo 2018.6605.19.571.1064.2342.03e04.

Submetido em: 07/08/2020

Aprovado em: 19/02/2021

Editores Responsáveis:

 Mariana Santos Felisbino-Mendes
 Luciana Regina Ferreira da Mata

RESUMO

Objetivo: investigar a efetividade da educação em saúde sobre amamentação no pré-natal para a adoção de medidas de prevenção do ingurgitamento mamário decorrente do aleitamento materno. **Método:** trata-se de um estudo quase-experimental com 136 participantes. No grupo experimental (n=91) foi realizada intervenção educativa com demonstração clínica sobre amamentação durante a gestação e reforço das orientações por telefone; o grupo-controle (n=45) recebeu as orientações habituais da unidade de saúde sem interferência da equipe de pesquisa. Para a análise dos dados foi realizada estatística descritiva inferencial, e risco relativo para associação das variáveis de interesse. **Resultado:** a adoção de medidas de manejo do ingurgitamento mamário foi superior no grupo experimental (p=0,026). A técnica adequada de amamentação foi prevalente entre as mulheres que receberam a intervenção (p=0,030), em especial na posição (RR: 1,39; IC 95%: 1,002-1,94) e pega (RR:20,03; IC 95%: 5,2-77,8). Além disso, o grupo experimental realizou a interrupção da mamada de forma adequada (p<0,001). **Conclusão:** a educação em saúde com utilização de demonstração clínica é efetiva no manejo do ingurgitamento mamário, na técnica adequada de amamentação e comportamentos de proteção ao aleitamento materno.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Enfermagem; Aleitamento Materno; Cuidado Pré-Natal.

ABSTRACT

Objective: to investigate the effectiveness of health education on breastfeeding in prenatal care for the adoption of measures to prevent breast engorgement resulting from breastfeeding. **Method:** this is a quasi-experimental study with 136 participants. In the experimental group (n = 91) an educational intervention was carried out with clinical demonstration on breastfeeding during pregnancy and reinforcement of the guidelines by telephone; the control group (n = 45) received the usual instructions from the Primary Health Care without interference from the research team. For the analysis of the data, inferential descriptive statistics and relative risk for the association of the variables of interest were performed. **Result:** the adoption of measures to manage breast engorgement was superior in the experimental group (p = 0.026). The adequate breastfeeding technique was prevalent among women who received the intervention (p = 0.030), especially in the position (RR: 1.39; 95% CI: 1.002-1.94) and latching on (RR: 20.03; 95% CI: 5.2-77.8). Also, the experimental group performed the interruption of breastfeeding appropriately (p <0.001). **Conclusion:** health education with the use of clinical demonstration is effective in the management of breast engorgement, in the appropriate technique of breastfeeding, and protective behaviors against breastfeeding.

Keywords: Health Education; Nursing; Breast Feeding; Prenatal Care.

RESUMEN

Objetivo: investigar la efectividad de la educación en salud sobre lactancia materna en la atención prenatal para la adopción de medidas para prevenir la ingurgitación de mama resultante de la lactancia materna. **Método:** se trata de un estudio casi-experimental con 136 participantes. En el grupo experimental (n = 91) se realizó una intervención educativa con demostración clínica sobre lactancia materna durante el embarazo y refuerzo de las guías telefónicas; el grupo control (n = 45) recibió las instrucciones habituales de la unidad de salud sin interferencia del equipo de investigación. Para el análisis de los datos se realizó estadística descriptiva inferencial y riesgo relativo para la asociación de las variables de interés. **Resultado:** la adopción de medidas para el manejo de la congestión mamaria fue superior en el grupo experimental (p = 0.026). La técnica de lactancia adecuada prevaleció entre las mujeres que recibieron la intervención (p = 0,030), especialmente en la posición (RR: 1,39; IC 95%: 1,002-1,94) y agarre (RR: 20,03; IC 95%: 5,2-77,8). Además, el grupo experimental realizó la interrupción de la lactancia de forma adecuada (p <0,001). **Conclusión:** la educación en salud con el uso de la demostración clínica es eficaz en el manejo de la congestión mamaria, en la técnica adecuada de lactancia materna y conductas protectoras frente a la lactancia materna.

Palabras clave: Educación en Salud; Enfermería; Lactancia Materna; Atención Prenatal.

Como citar este artigo:

Oliveira FS, Vieira FVM, Silva AGR, Guimarães JV. Demonstração clínica no pré-natal para o manejo da prevenção do ingurgitamento mamário: estudo quase-experimental. REME - Rev Min Enferm. 2021[citado em ____];25:e-1365 Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415.2762.20210013

INTRODUÇÃO

Os benefícios do aleitamento materno são mundialmente reconhecidos e sua prática preconizada de forma exclusiva até os seis meses de idade.¹ Entretanto, o aleitamento materno deve continuar de forma complementar após a inserção de outros alimentos. Nesse período, deve-se ainda assegurar a adequada seleção de alimentos para prover todos os nutrientes necessários à criança e monitorar seu crescimento.²

No Brasil, a taxa de aleitamento materno exclusivo (AME) é de 45,7% em crianças menores de seis meses de idade.³ O aumento dessa taxa pode contribuir para a redução da mortalidade infantil por meio da diminuição de infecções respiratórias e quadros de diarreia, além de ser uma fonte segura de nutrientes e energia necessárias ao desenvolvimento físico e neurológico da criança.¹

A literatura revela que a assistência no pré-natal a qual inclua um programa de educação específico para abordagem do aleitamento materno repercute diretamente na decisão das gestantes em amamentar seus filhos exclusivamente e por mais tempo.⁴

Por outro lado, os impedimentos físicos, incluindo os problemas mamários, como a dor, trauma mamilar e ingurgitamento mamário, são usual causa para a interrupção precoce do aleitamento materno, dificultando que este ocorra como planejado.⁴ A falta de orientação sobre aspectos relacionados ao aleitamento materno, como a técnica adequada da amamentação no pré-natal e pós-parto, mostra-se diretamente relacionada ao surgimento dessas intercorrências.⁴

Sem o devido manejo das intercorrências mamárias, a lactogênese pode ser interrompida, a exemplo do ingurgitamento mamário.⁵ O ingurgitamento mamário patológico caracteriza-se pela retenção anormal de leite nos alvéolos mamários resultando em compressão dos ductos lactíferos. Essa compressão dificulta a ejeção do leite materno ocasionando o popularmente conhecido “leite empredado”.⁵

Este acomete cerca de dois terços das mulheres que amamentam⁶ e ocorre principalmente em primíparas, entre o terceiro e quinto dias pós-parto, caracterizado por distensão tecidual excessiva, dor intensa acompanhada de febre e mamas edemaciadas e brilhantes.^{1,6} Nessa condição há achatamento dos mamilos dificultando a pega pelo lactente, o que, por consequência, possibilita o surgimento de dor e/ou o trauma mamilar.⁷

Para o manejo e prevenção do ingurgitamento mamário, recomendam-se massagem delicada nas mamas,⁵ ordenha manual para esvaziamento adequado das mamas,⁶ uso de sutiã com boa sustentação para suporte da

mama e diminuição da dor, massagem na região areolar diminuindo a tensão das mamas e o risco de trauma mamilar e aleitamento materno em livre demanda.¹

Têm-se investigado diferentes produtos e estratégias para o tratamento do ingurgitamento mamário, quando este já está de fato estabelecido no pós-parto, tais quais: massagem terapêutica na mama,⁵ folhas de repolho frio e pacotes de gel frio;⁸ compressa de ervas e compressas quentes.⁸ Entretanto, permanece a lacuna de estudos clínicos que investiguem estratégias de prevenção ao ingurgitamento mamário com orientação à mulher no pré-natal.⁵

Além disso, a educação em saúde na gestação, com treinamento baseado em demonstração, evidenciou prevenção do trauma mamilar no pós-parto.⁹ No entanto, a repercussão dessa estratégia no manejo do ingurgitamento mamário ainda não foi investigada.

Assim, o preparo no pré-natal torna-se uma ferramenta essencial para a mulher, capaz de aumentar sua confiança e conhecimento sobre o processo de aleitamento materno e, conseqüentemente, empoderando-a para a superação de dificuldades que possam surgir durante a amamentação.

Diante desse contexto questiona-se: A educação em saúde sobre amamentação, baseada em demonstração clínica, realizada no pré-natal é eficaz para adoção de medidas preventivas do ingurgitamento mamário por lactantes?

Dessa forma, este estudo teve como objetivo investigar a efetividade da educação em saúde com demonstração clínica sobre amamentação no pré-natal para a adoção de medidas de prevenção do ingurgitamento mamário decorrente do aleitamento materno.

MÉTODO

Trata-se de estudo quase-experimental não randomizado. A amostra foi composta de 136 gestantes em acompanhamento pré-natal em unidades básicas de saúde da família (UBSF) ou maternidades públicas de Goiânia-GO no período entre 2017 e 2018.

O cálculo amostral adotado considerou 95% para o nível de significância bilateral (1-alfa), 80% de potência (1-beta, % de chance de detecção), na proporção 2:1, exposta e não exposta, respectivamente. A amostra constou de 91 expostos à educação em saúde com demonstração clínica e 45 para o acompanhamento habitual de pré-natal.

Consideraram-se como critérios de inclusão: ter idade gestacional \geq 35 semanas, expressar verbalmente o desejo de amamentar, apresentar gestação de risco habitual, residir na cidade do estudo, possuir telefone para contato e idade mínima de 18 anos. Foram excluídas as mulheres

que possuíam anormalidades ou características mamí-lares dificultadores da amamentação (mamilos planos, invertidos ou pseudoinvertidos); gestação de gemelares. As gestações que evoluíram com intercorrências obstétricas ou neonatais que pudessem interferir na amamentação e a impossibilidade de contato após três tentativas distintas foram consideradas perdas amostrais.

Foram realizadas visitas diárias às unidades a fim de selecionar as participantes do estudo. Estas foram divididas de forma não aleatória em dois grupos (Figura 1): experimental (GE), o qual recebeu intervenção educativa com demonstração clínica sobre amamentação, e controle (GC), o qual recebeu as orientações habituais sobre amamentação, sem interferência da equipe de pesquisa, na unidade básica durante o pré-natal ou ambulatorial das maternidades.

As mulheres do GE foram abordadas na sala de espera das consultas de pré-natal e nesse momento foi feito o convite para participar do estudo e aplicados os critérios de elegibilidade. Em caso de aceite, foi realizada a leitura e assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com o GE foram realizados três momentos (Figura 2). No primeiro momento, realizaram-se

a coleta de dados sociodemográficos, histórico obstétrico anterior e atual, além de educação em saúde sobre amamentação com demonstração clínica.

No segundo momento, ainda durante o pré-natal, foi realizado acompanhamento telefônico para reforço da sessão educativa a partir de sete dias do primeiro contato.

E na primeira semana de pós-parto, por via telefônica, foi realizado o terceiro momento para a coleta de dados do nascimento, informações pertinentes à amamentação, verificação de possíveis intercorrências mamárias e avaliação da técnica de mamada de acordo com os critérios reconhecidos pelas participantes nos momentos anteriores.

As participantes do GC foram selecionadas na primeira semana de pós-parto na maternidade durante as consultas de puerpério. Nesse grupo foi estabelecido um único momento para a coleta dos dados supracitados. Dessa forma, pretendeu-se que não houvesse interferência da equipe de pesquisa quanto à oferta de orientações, entretanto, ressalta-se que, quando identificadas intercorrências mamárias no pós-parto, em ambos os grupos, as puérperas foram orientadas a realizar o manejo da intercorrência e encaminhadas à UABS ou banco de leite. Do mesmo modo, frente à técnica inadequada da ama-

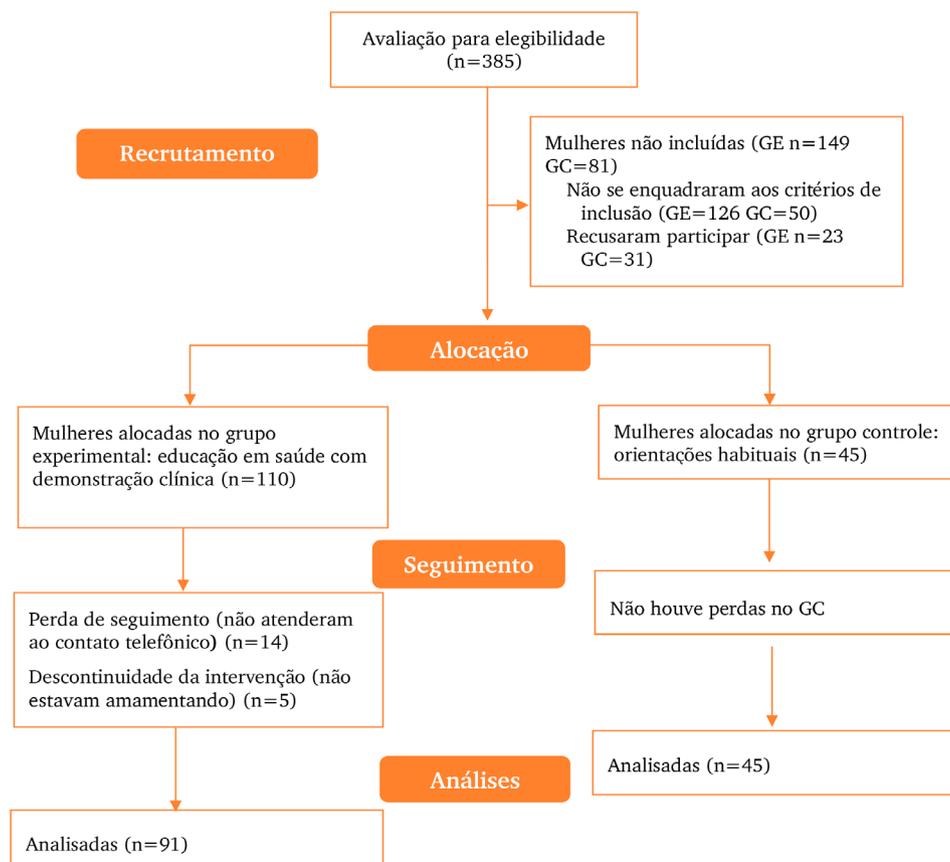


Figura 1 - Fluxo de avaliação, inclusão e seguimento das participantes

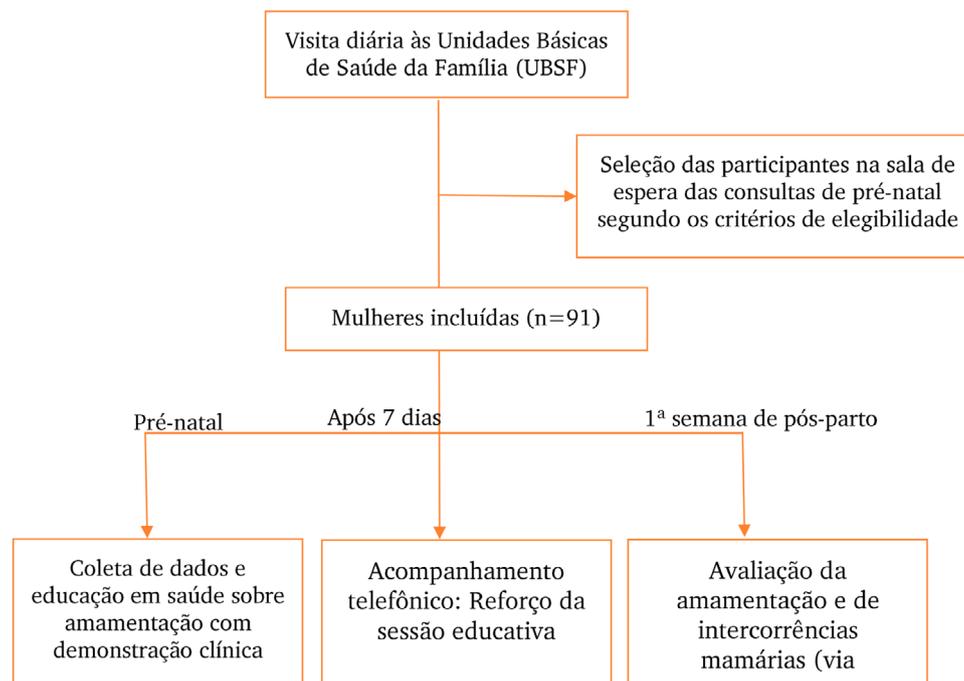


Figura 2 - Fluxo de seleção e acompanhamento das participantes do Grupo Experimental

mentação, a equipe de pesquisa interveio de modo a auxiliar a puérpera na melhor técnica da mamada possível.

A intervenção educativa foi realizada por meio de orientações que permitissem à participante o reconhecimento sobre fisiologia e anatomia da amamentação; a importância e os benefícios do aleitamento materno; técnica adequada da amamentação (pega e sucção correta pelo lactente, posição adequada da mulher e lactente para amamentar); aleitamento materno em livre demanda; autoexame da mama; sinais e sintomas para detectar início do ingurgitamento mamário; e incentivo de comportamentos de proteção à amamentação, como evitar a oferta de bico artificial ao lactente e utilizar o dedo mínimo na comissura labial do lactente quando necessário interromper a mamada.¹⁰ A intervenção educativa foi guiada pelas recomendações do Ministério da Saúde¹⁰ e Organização Mundial de Saúde¹ sobre aleitamento materno no que se refere às orientações realizadas e metodologia utilizada.

Além disso, foi feita demonstração clínica da massagem e ordenha pela pesquisadora. Após a demonstração a gestante foi incentivada a reproduzir manualmente, na mama didática, o manejo adequado do ingurgitamento mamário. A intervenção educativa foi realizada em ambiente privativo, oportunizando à participante o esclarecimento de toda e qualquer dúvida.

O material educativo foi composto de álbum seriado e mama didática. O álbum seriado ilustrava a anatomia

da mama, a técnica de amamentação, incluindo a prensão adequada e inadequada da região do mamilo pelo lactente, posições adequadas e diversificadas da mulher e do lactente durante a amamentação e imagens de mamas com ingurgitamento mamário. A mama didática feita por material de tecido (Flor do Sul[®]) representa, com média fidelidade, a anatomia externa e interna da mama.

A intervenção proposta neste estudo difere das orientações habituais realizadas na unidade de saúde no que se refere aos recursos (mama didática e álbum seriado) e metodologia utilizada (demonstração clínica).

As variáveis de interesse foram: características socio-demográficas e obstétricas, avaliação da mamada (técnica de mamada, primeira mamada, uso de bico artificial e retirada da mama para interrupção da mamada) e medidas de prevenção do ingurgitamento mamário.

Para avaliação das variáveis de interesse foi utilizado instrumento de coleta de dados aplicado e refinado em ensaio clínico prévio.¹¹ Por meio deste, questionava-se à mulher sobre a adoção de comportamentos de prevenção e manejo ao ingurgitamento mamário, comportamentos de risco para ocorrência de problemas mamários conforme discutido e treinado nas sessões educativas. A avaliação da mamada baseou-se no formulário de mamada proposto pela UNICEF.¹² Neste foram observados os aspectos referentes a pega, sucção e posição da mulher e lactente, parâmetros que foram classificados em favoráveis ou desfavoráveis à amamentação.

O banco para a análise de dados estatísticos foi elaborado no *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 24.0. As variáveis contínuas foram calculadas por média, desvio-padrão e teste t independente ou Mann-Whitney, após aplicar teste de normalidade Shapiro Wilk.

O risco relativo (RR) foi calculado para estimar o efeito da intervenção com intervalo de confiança (IC) de 95%. O teste de qui-quadrado (χ^2) ou exato de Fisher foram utilizados para analisar diferenças entre proporções. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Fede-

ral de Goiás sob o parecer consubstanciado de número 2.781.365 e seguiu as recomendações éticas e legais da Resolução nº 466/2012.

RESULTADOS

Os resultados encontrados foram analisados segundo o grupo de alocação. Os grupos foram classificados como homogêneos em relação aos dados sociodemográficos e obstétricos, exceto no que se refere à presença de companheiro, número de consultas de pré-natal e oferta de orientação sobre amamentação na maternidade (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficos e obstétricas (N=136). Goiânia - GO, 2017-2018

Variáveis	GE	GC	p*
	(n=91) (%)	(n=45) (%)	
Idade			
Anos (média ± DP)	26,4(±6,5)	26,2(±6,6)	0,841 [§]
Escolaridade			
< Ensino médio	39(42,9)	23(51,1)	0,363
≥ Ensino médio	52(57,1)	22(48,9)	
Companheiro			
Sim	69(75,8)	19(42,2)	<0,001
Não	22(24,2)	26(57,8)	
Primípara			
Sim	39(42,9)	18(40,0)	0,751
Não	52(57,1)	27(60,0)	
Número de consulta			
<6	12(13,2)	16(35,6)	0,002
≥6	79(86,8)	29(64,4)	
Via de parto			
Vaginal	34(37,4)	20(44,4)	0,427
Cesárea	57(62,6)	25(55,6)	
Sexo do RN			
Feminino	36(39,6)	23(51,1)	0,201
Masculino	55(60,4)	22(48,9)	
Contato pele a pele			
Sim	69(75,8)	31(68,9)	0,388
Não	22(24,2)	14(31,1)	
Amamentou na sala de parto			
Sim	40(44,0)	14(31,1)	0,150
Não	51(56,0)	31(68,9)	
Primeira mamada			
≤ 1 hora	42(46,2)	19(42,2)	0,664
>1 hora	49(53,8)	26(57,8)	
Orientação na maternidade			
Sim	63(69,2)	44(97,8)	<0,001
Não	28(30,8)	01(2,2)	

GE: grupo experimental; GC: grupo-controle; f: frequência absoluta; %: porcentagem; *teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher; § Teste t independente; $p < 0,05$.

Na avaliação da mamada observou-se que as participantes do GE referiram técnica adequada da amamentação em todos os parâmetros observados, havendo significativa diferença entre os grupos em relação ao posicionamento entre a mulher e o recém-nascido ($p=0,030$) e sucção pelo recém-nascido ($p<0,001$) (Tabela 2).

As mulheres do GE tiveram 40% mais chances de ter posição adequada durante a amamentação. Verificou-se que 68,1% (RR: 1,39; IC 95%: 1,002-1,94) das gestantes do GE apresentaram posição adequada durante a amamentação após intervenção educativa, enquanto no GC apenas 48,9% ($p=0,030$).

De modo semelhante, a sucção adequada pode estar associada à intervenção educativa (RR: 20,03; IC 95%: 5,2-77,8). Verificou-se que no GE a sucção adequada foi observada em 89% dos casos, enquanto no GC em 4,4% ($p<0,001$).

As variáveis relacionadas aos comportamentos de prevenção ao ingurgitamento mamário foram significativas, sendo identificadas prevalências superiores no GE para os comportamentos positivos (Tabela 3).

As mulheres do GE tiveram 36% mais chance de adotar medidas de prevenção do ingurgitamento mamário, por iniciativa própria. Essas medidas foram identificadas por meio da observação das condições das mamas, massagem e ordenha manual das mamas as quais foram realizadas por 72,5% do GE versus 53,3% do GC (RR: 1,36; IC 95%: 1,006-1,83).

A intervenção educativa mostrou-se como fator de proteção em relação à oferta de bico artificial aos recém-nascidos (RR: 0,72; IC 95%: 0,60-0,86). No GE 65,9% ofertaram bico artificial ao recém-nascido, enquanto no GC a oferta foi de 91,1% ($p=0,002$).

Tabela 2 - Análise da técnica de amamentação (N=136). Goiânia – GO, 2017-2018

Variáveis	GE	GC	P*	RR (IC 95%)
	(n=91) (%)	(n=45) (%)		
Posicionamento				
Adequado	62(68,1)	22(48,9)	0,030	1,39(1,002-1,94)
Inadequado	29(31,9)	23(51,1)		
Pega pelo RN				
Adequada	87(95,6)	40(88,9)	0,138	1,07(0,96-1,20)
Inadequada	04(4,4)	05(11,1)		
Sucção pelo RN				
Adequada	81(89,0)	02(4,4)	<0,001	20,03(5,2-77,8)
Inadequada	10(11,0)	43(95,6)		

GE: grupo experimental; GC: grupo-controle; M: média; DP: desvio-padrão; f: frequência absoluta; %: porcentagem; *teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher; RR: risco relativo; IC: intervalo de confiança; RN: recém-nascido.

Tabela 3 - Manejo e comportamentos de prevenção do ingurgitamento mamário (N=136) de acordo com o grupo de alocação. Goiânia – GO, 2017-2018

Variáveis	GE	GC	P*	RR (IC 95%)
	(n=91) (%)	(n=45) (%)		
Manejo do ingurgitamento mamário				
Sim	66(72,5)	24(53,3)	0,026	1,36(1,006-1,83)
Não	25(27,5)	21(46,7)		
Oferta de bico artificial				
Sim	60(65,9)	41(91,1)	0,002	0,72(0,60-0,86)
Não	31(34,1)	04(8,9)		
Dedo mínimo para retirada do bebê da mama				
Sim	58(63,7)	14(31,1)	<0,001	2,05(1,29-3,25)
Não	33(36,3)	31(68,9)		

GE: grupo experimental; GC: grupo-controle; f: frequência absoluta; %: porcentagem; *teste qui-quadrado de Pearson; RR: risco relativo; IC: intervalo de confiança.

As mulheres do GE tiveram duas vezes mais chance de realizar a interrupção adequada da mamada. Verificou-se que 63,7% (RR: 2,05; IC 95%: 1,29-3,25) das gestantes do GE utilizaram o dedo mínimo para interrupção da mamada, enquanto no GC 31,1% das mulheres seguiram as recomendações adequadas ($p < 0,001$).

Todas as variáveis descritas foram analisadas em relação ao manejo adequado da prevenção do ingurgitamento mamário, sendo fator interveniente a mamada na primeira hora de pós-parto ($p = 0,040$). As demais variáveis não apresentaram associações (Tabela 4).

Tabela 4 - Comparação de possíveis fatores intervenientes na ocorrência de manejo do ingurgitamento mamário entre 90 puérperas de acordo com o grupo de alocação. Goiânia-GO, 2017-2018

Variáveis	Prevenção do ingurgitamento		P
	Sim f(%)	Não f(%)	
Idade			
Anos(média ± DP)	26,2(±6,1)	26,3(±6,8)	0,930*
Escolaridade			
< Ensino médio	41(45,6)	21(45,7)	0,991*
≥ Ensino médio	49(54,4)	25(54,3)	
Primípara			
Sim	43(47,8)	14(30,4)	0,52*
Não	47(52,2)	32(69,6)	
Número de consultas			
<6	17(18,9)	11(23,9)	0,493*
≥6	73(81,1)	35(76,1)	
Fumante			
Sim	04(4,4)	04(8,7)	0,319*
Não	86(95,6)	42(91,3)	
Presença de companheiro			
Sim	61(67,8)	27(58,7)	0,294*
Não	29(32,2)	19(41,3)	
Ocupação remunerada			
Sim	48(53,3)	17(37,0)	0,70*
Não	42(46,7)	29(63,0)	
Via de parto			
Vaginal	38(42,2)	16(34,8)	0,402*
Cesárea	52(57,8)	30(65,2)	
Sexo do RN			
Femino	36(40,0)	23(50,0)	0,266*
Masculino	54(60,0)	23(50,0)	
Contato pele a pele			
Sim	66(73,3)	34(73,9)	0,942*
Não	24(26,7)	12(26,1)	
Amamentou na sala de parto			
Sim	39(43,3)	15(32,6)	0,227*
Não	51(56,7)	31(67,4)	
Primeira mamada			
≤ 1 hora	46(51,1)	15(32,6)	0,040*
>1 hora	44(48,9)	31(67,4)	
Orientação na maternidade			
Sim	68(75,6)	39(84,8)	0,214*
Não	22(24,4)	7(15,2)	

Continua...

Continuação...

Uso de bico artificial			
Sim	70(77,8)	31(67,4)	0,190*
Não	20(22,2)	15(32,6)	
Posicionamento			
Adequado	57(73,3)	27(58,7)	0,599*
Inadequado	33(36,7)	19(41,3)	
Pega pelo RN			
Adequada	84(93,3)	43(93,5)	0,974*
Inadequada	06(6,7)	03(6,5)	
Sucção pelo RN			
Adequada	60(66,7)	23(50,0)	0,59*
Inadequada	30(33,3)	23(50,0)	
Dor mamária			
Sim	49(54,4)	19(41,3)	0,147*
Não	41(45,6)	27(58,7)	
Trauma mamilar			
Sim	36(40,0)	17(37,0)	0,731*
Não	54(60,0)	29(63,0)	
Dedo mínimo para retirada do bebê da mama			
Sim	47(52,2)	35(54,3)	0,814*
Não	43(47,8)	21(45,7)	

*Teste qui-Quadrado de Pearson ou exato de Fisher; † Teste t independente; ‡ p<0,05.

DISCUSSÃO

A demonstração clínica mostrou-se eficiente para que as participantes adotassem medidas adequadas para a prevenção do ingurgitamento mamário, adequada técnica de mamada e o não oferecimento de bico artificial ao lactente quando comparado ao grupo que recebeu acompanhamento habitual de pré-natal.

Os grupos divergiram quanto a presença de companheiro, número de consultas de pré-natal e orientações sobre amamentação na maternidade, no entanto, essas variáveis não se mostram significativas para o manejo adequado da prevenção do ingurgitamento mamário, independentemente do grupo de alocação. As demais variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais não divergiram significativamente entre os grupos, tampouco se mostram associadas à adoção de medidas de prevenção do ingurgitamento mamário.

Sobre esses achados, observa-se que orientações pontuais, como quando realizadas exclusivamente na maternidade, não se mostraram eficazes na manutenção do aleitamento materno e prevenção de intercorrências mamárias.¹³ E embora seja indiscutível a importância das consultas de pré-natal durante a gestação, sugere-se

que as complicações mamárias no pós-parto ocorram, em parte, devido à falta de orientações no pré-natal.¹⁴ De forma semelhante, a presença do companheiro e o apoio social que este representa não se relacionaram ao tempo de aleitamento materno exclusivo.¹⁵

A adequada técnica da amamentação foi superior no grupo experimental, sendo significativo para a posição entre a mulher e lactente e sucção do lactente. Percebe-se que a demonstração clínica, além de contribuir para o manejo adequado do ingurgitamento mamário, beneficia diretamente a técnica adequada da amamentação, uma vez que são aspectos interligados ao ato de amamentar. Estudos anteriores evidenciaram que as intervenções educativas com enfoque na técnica adequada da amamentação propiciaram a redução da incidência de ingurgitamento mamário.¹⁶ Ademais, a massagem mamária manual propiciou a atenuação da dor mamária na amamentação.^{5,6}

A ocorrência de ingurgitamento mamário pode dificultar a técnica adequada da amamentação devido às alterações anatômicas da mama em decorrência do edema.⁷ Sabe-se que a técnica inadequada da amamentação (posição da mulher e do lactente, a pega e a sucção do lactente) é uma das principais causas de intercorrências

mamárias.¹⁷ Nesse sentido, a demonstração clínica possibilita à mulher o desenvolvimento de habilidades cinesísticas imprescindíveis à amamentação. Isso porque, ao treinar o manejo na mama didática com a supervisão e orientação de um pesquisador capacitado, ela conecta a coordenação da técnica correta de massagem e ordenha com o conhecimento da anatomia e fisiologia da amamentação de maneira a possibilitar a aplicação dessa habilidade no pós-parto.⁹

Ressalta-se, ainda, que a observação oportuna da mamada guiada por instrumentos de avaliação resulta na identificação de comportamentos desfavoráveis à amamentação, favorecendo a correção precoce desses comportamentos e contribuindo para o manejo das intercorrências mamárias e o sucesso da amamentação.¹⁸ No presente estudo as mulheres foram incentivadas a ter autonomia na avaliação da técnica de amamentação quanto ao seu posicionamento e do lactente, pega da região areolomamilar e sucção pelo lactante, a partir dos conhecimentos adquiridos nas orientações realizadas no pré-natal.

Outro aspecto pouco abordado durante as sessões educativas refere-se à modificação do mamilo durante a sucção e pega pelo lactante e como deve ser a interrupção da mamada, quando necessário. Neste estudo, a interrupção adequada da mamada foi superior no GE, sugerindo que a intervenção educativa apresentou efetividade nos comportamentos de proteção ao aleitamento materno. A interrupção brusca da mamada sem dissolução da pressão negativa por meio da inserção do dedo mínimo na comissura labial do lactante favorece a formação do trauma mamilar.¹⁰

Além disso, a mamada na primeira hora de pós-parto foi considerada fator interveniente para o manejo adequado do ingurgitamento mamário. A literatura revela que o início precoce da amamentação ocorreu nos partos assistidos por enfermeiros obstetras e quando as mulheres receberam orientações sobre amamentação no pré-natal.¹⁹

Medidas de proteção à amamentação, como a restrição do uso de bicos artificiais e a interrupção adequada da mamada, foram prevalentes e significativas no GE. Com isso, sugere-se que a intervenção educativa incentiva e promove a adoção de comportamentos que beneficiem a amamentação. O uso de chupeta e/ou mamadeira está associado à interrupção precoce do aleitamento materno²⁰ e a comportamentos desfavoráveis durante a amamentação, principalmente no que se refere à posição e à sucção do lactente.²¹ No Brasil, a redução do uso de bicos artificiais associou-se ao aumento das taxas de amamentação exclusiva.²²

Para além das medidas de prevenção e manejo do ingurgitamento mamário, o tratamento desse quadro, quando já instalado, utiliza intervenções farmacológicas (serrapeptase, protease e ocitocina subcutânea) e não farmacológicas (folhas de couve, acupuntura, ultrassom, acupressão, terapia de raspagem [GuaSha], compressas frias e massagem eletromecânica). No entanto, revisão sistemática concluiu que não há evidências suficientes para a indicação de um desses tratamentos.⁸ Com isso, reforça-se a importância de intervenções com foco na prevenção dessa intercorrência.

Os profissionais de saúde envolvidos na assistência materno-infantil exercem papel fundamental para o sucesso da amamentação, assim, precisam estar preparados para acompanhar e auxiliar as mulheres e seus familiares quanto ao desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para a amamentação e prevenção de intercorrências mamárias.¹⁹

Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem adotado estratégias para contribuir com o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde a fim de pactuar ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno nas unidades básicas de saúde, a exemplo da estratégia nacional para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde,²³ na qual estão inseridas a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Acentua-se que unidades de saúde certificadas pela Rede Amamenta Brasil, nas quais os profissionais foram devidamente treinados, possuem mais qualificação para o desenvolvimento de atividades que valorizem o aleitamento materno.²⁴

O presente estudo transparece as lacunas da educação em saúde na atenção básica, mesmo diante da existência das estratégias supracitadas. Assim, parcerias entre instituições de ensino superior, por meio de ações de extensão e pesquisa, podem ser vislumbradas como um caminho na implementação desses programas de treinamento para a amamentação e outros programas necessários para a atenção à saúde materno-infantil na comunidade.

É importante salientar que os materiais utilizados para essa intervenção são de baixo custo, fácil acesso e manuseio, podendo ser incorporadas nas rotinas de atendimento pré-natal, hospitalar e/ou puerpério, trazendo benefícios, sobretudo, à técnica da amamentação.²⁵ As orientações devem visar à integralidade e à subjetividade da mulher, pois educar e apoiar as mães é importante para evitar problemas relacionados à amamentação.¹⁸

Considera-se como limitação do estudo a avaliação do adequado manejo do ingurgitamento mamário e técnica

da mamada por via telefônica, entretanto, as mulheres foram devidamente orientadas e capacitadas para o reconhecimento dos comportamentos indicados. Ainda, considerando o contexto atual de pandemia, o contato telefônico apresenta-se como avanço e inovação no acompanhamento remoto de pesquisa na área da saúde, por preservar o distanciamento físico entre pesquisador e participante.

Outro ponto de limitação são as variáveis com diferenças significativas observadas entre os grupos: presença de companheiro, número de consultas pré-natal e oferta de orientação sobre amamentação na maternidade. Entretanto, quando analisadas em relação ao manejo adequado da prevenção do ingurgitamento mamário, essas variáveis não se mostraram significativas. Não desqualificamos a importância de tais variáveis para o sucesso do aleitamento materno e enfatizamos a importância de atividades educativas no pré-natal para todas as mulheres, em especial para aquelas com fatores associados a desfechos negativos na amamentação.

CONCLUSÃO

A educação em saúde sobre amamentação no pré-natal realizada por meio da demonstração clínica foi efetiva no manejo do ingurgitamento mamário pela própria mulher.

Além disso, a intervenção educativa influenciou positivamente a técnica adequada da amamentação, em especial na posição entre a mulher e o lactente e a sucção do lactente; e na adoção de comportamentos de proteção à amamentação, como a restrição do uso de bicos artificiais e interrupção adequada da mamada.

Acredita-se que a intervenção tenha favorecido o pensamento crítico das mulheres, uma vez que proporcionar à gestante o conhecimento sobre a fisiologia da amamentação e suas intercorrências mais comuns prepara-a para enfrentá-las. Sugere-se que a realização de intervenções educativas com demonstração clínica no pré-natal, parto e pós-parto pode beneficiar a mulher e o lactente, propiciando o sucesso na amamentação e prevenção de intercorrências mamárias.

Os resultados aqui apresentados incentivam e fundamentam atividades educativas no âmbito da atenção à saúde materno-infantil, propiciando a prática baseada em evidências pela equipe multiprofissional. Acredita-se que este artigo traga novas perspectivas de cuidado e proteção ao aleitamento materno, como o incentivo à utilização de formulários de avaliação da mamada e padronização de condutas no pré-natal e pós-parto. Potencialmente, pode-se utilizar esses achados para a elabora-

ção de protocolos de prevenção e manejo de intercorrências mamárias, em especial do ingurgitamento mamário patológico, e conseqüentemente oportunizar o aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative. Geneva: World Health Organization; 2018[citado em 2020 ago. 10]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf>
2. Binns C, Lee MK, YunLow W, Baker P, Bulgiba A, Dahlui M, *et al.* Guidelines for Complementary Feeding of Infants in the Asia Pacific Region: APACPH Public Health Nutrition Group. *Asia Pac J Public Health.* 2020[citado em 2021 jan. 19];32(4):179-87. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1010539520931328>
3. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019: resultados preliminares – indicadores de aleitamento materno no Brasil. Rio de Janeiro: UFRJ; 2020[citado em 2020 nov. 20]. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio-preliminar-AM-Site.pdf>
4. Mangrio E, Persson K, Bramhagen AC. Sociodemographic, physical, mental and social factors in the cessation of breastfeeding before 6 months: a systematic review. *Scand J Caring Sci.* 2018[citado em 2020 jul. 20];32(2):451-65. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scs.12489>
5. Anderson L, Kynoch K, Kildea S, Lee N. Effectiveness of breast massage for the treatment of women with breastfeeding problems: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2019[citado em 2020 jun. 20];17(8):1668-94. Disponível em: <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003932>
6. Berens P, Brodribb W, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #20: engorgement, revised 2016. *Breastfeed Med.* 2016[citado em 2020 jun. 20];11(4):159-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.29008.pjb>
7. Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão ACFV. Factors associated with nipple trauma in the maternity unit. *J Pediatr.* 2009[citado em 2020 jun. 20];85(4):341-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1916>
8. Mangesi L, Zakarija-Grkovic I. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016[citado em 2020 jun. 20];28(9). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006946.pub2>
9. Eksioglu A, Yesil Y, Gungor DD, Turfan EC. The effects of different breastfeeding training techniques for primiparous mothers before discharge on the incidence of cracked nipples. *Breastfeed Med.* 2017[citado em 2020 jun. 20];12(5):311-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0150>
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Caderno de Atenção Básica nº 23. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015[citado em 2020 jun. 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf

11. Vieira F. Efeito da lanolina anidra comparado ao leite materno combinado à concha de proteção para tratamento da dor e do trauma mamilar em lactantes: Ensaio clínico randomizado [tese]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem; 2013[citado em 2020 jun. 20]. Disponível em:<http://livrozilla.com/doc/673437/flaviana-vieira-efeito-da-lanolina-anidra-comparado-ao-leite>
12. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Iniciativa Hospital Amigo da Criança: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade. Brasília: MS/UNICEF; 2009[citado em 2020 jun. 20]. Disponível em:http://www.rede-blh.fiocruz.br/media/modulo3_ihac_alta.pdf
13. Oliveira LD, Giugliani ER, Espírito Santo LC, Cavalheiro M, França T, Weigert EML. Effect of Intervention to Improve Breastfeeding Technique on the Frequency of Exclusive Breastfeeding and Lactation Related Problems. *J Hum Lact.* 2006[citado em 2020 nov. 20];22(3):315-21. Disponível em:<https://doi.org/10.1177%2F0890334406290221>
14. Ferreira HLOC, Oliveira MF, Bernardo EBR, Almeida PC, Aquino OS, Pinheiro AKB. Factors Associated with Adherence to the Exclusive Breastfeeding. *Ciênc Saúde Colet.* 2018[citado em 2020 nov. 20];23:683-90. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.06262016>
15. Silva ALB, Conceição SIO. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas em Unidades Básicas de Saúde. *Rev Bras Pesqui Saúde.* 2018[citado em 2020 nov. 20];20(2):92-101. Disponível em:<https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/20613>
16. Padmasree SR, Varghese L, Krishnan AS. Effectiveness of prenatal teaching on prevention of breast engorgement. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2017[citado em 2020 jun. 20];6(9):3927-31. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20174037>
17. Barbosa GEF, Pereira JM, Soares MS, Pereira LB, Pinho L, Caldeira AP. Initial difficulties with breastfeeding technique and the impact on duration of exclusive breastfeeding. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2018[citado em 2020 jun. 20];18(3):517-26. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/1806-93042018000300005>
18. Gupta SA, Sharma M, Ekka A, Verma N. Effect of health education on breastfeeding initiation techniques among postnatal mothers admitted in a tertiary care centre of Raipur city, Chhattisgarh. *Int J Community Med Public Health.* 2018[citado em 2020 jun. 20];5(10):4340-4. Disponível em:https://www.researchgate.net/publication/327855757_Effect_of_health_education_on_breastfeeding_initiation_techniques_among_postnatal_mothers_admitted_in_a_tertiary_care_centre_of_Raipur_city_Chhattisgarh/fulltext/5ba99169299bf13e604a4218/Effect-of-health-education-on-breastfeeding-initiation-techniques-among-postnatal-mothers-admitted-in-a-tertiary-care-centre-of-Raipur-city-Chhattisgarh.pdf
19. Silva LAT, Fonseca VM, Oliveira MICD, Silva KSD, Ramos EG, Gama SGND. Professional who attended childbirth and breastfeeding in the first hour of life. *Rev Bras Enferm.* 2020[citado em 2020 jun. 20];73(2):e20180448. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0448>
20. Buccini GDS, Pérez-Escamilla R, Paulino LM, Araujo CL, Venancio SI. Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr.* 2017[citado em 2020 jun. 20];13(3). Disponível em:<https://doi.org/10.1111/mcn.12384>
21. Batista CL, Ribeiro VS, Nascimento MDDS, Rodrigues VP. Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during breastfeeding. *J Pediatr.* 2018[citado em 2020 jun. 20];94(6):596-601. Disponível em:<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.10.005>
22. Buccini G, Pérez-Escamilla R, Benicio MHD, Giugliani ERJ, Venancio SI. Exclusive breastfeeding changes in Brazil attributable to pacifier use. *PloS ONE.* 2018[citado em 2020 jun. 20];13(12). Disponível em:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208261>
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2015[citado em 2021 jan. 19]. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf
24. Melo LCO, Nakano AMS, Monteiro JCS, Furtado MCC. Primary healthcare attributes in breastfeeding care. *Texto Contexto Enferm.* 2019[citado em 2020 nov. 20];28:e20170516. Disponível em:<https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0516>
25. Morais TCEV, Souza TO, Vieira GO, Bessa Junior J, Jesus GM. Breastfeeding technique and the incidence of nipple traumas in puerperal women attended in a city hospital: intervention study. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2020[citado em 2020 nov. 20];20(3):695-703. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000300003>

