

LEONITA SULZBACH SEIBEL

INFLUÊNCIA DO PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM
PROPOSTO NA PROFILAXIA DE FISSURAS MAMI-
LARES À PUÉRPERA NUTRIZ PRIMÍPARA

Dissertação de Mestrado
apresentada à Universi-
dade Federal de Santa
Catarina para obtenção
do grau de Mestre.

Florianópolis - SC

1979

Esta dissertação foi julgada aproveduada para a obtenção do Grau de MESTRE EM CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM - OPÇÃO SAÚDE DO ADULTO, aprovalida em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação.

Wanda Escobar da Silva Freddi

Prof. Dra. Wanda Escobar da Silva Freddi - Orientadora

Lúcia H. Takase Gonçalves

Prof. Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves - Coordenadora do curso

Apresentada perante a Banca Examinadora composta dos professores:

Wanda Escobar da Silva Freddi

Dra. Wanda Escobar da Silva Freddi - Presidente

Adareluce Matta Periotto

Dra. Adareluce Matta Periotto - Examinadora

Lúcia H. Takase Gonçalves

Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves - Examinadora

Oferecimento

A meu esposo e filhos,
pelo muito de amor, ca
rinho e compreensão.

AGRADECIMENTO

- À Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade proporcionada.
- Às Maternidades Carmela Dutra e Carlos Corrêa, que serviram como campos de investigação.
- À Maria Albertina Braglia Pacheco, ex-Coordenadora do Curso de Mestrado em Ciências da Enfermagem da UFSC, pelo esforço e dedicação.
- À Dra. Lúcia H. Takase Gonçalves, coordenadora atual, pelo interesse e cooperação na realização deste trabalho.
- À Rosita Saupe, ex-Chefe do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo apoio recebido.
- À Colega Alacoque Lorenzini pelo auxílio e estímulo na realização deste trabalho.

Às colegas enfermeiras que atuam nos campos onde se realizou a coleta de dados, pela inestimável colaboração.

Às Técnicas e Auxiliares de Enfermagem das maternidades que colaboraram como observadoras.

Ao Darrow Laboratórios S/A., na pessoa do Sr. Antonio Azevedo, pelo fornecimento gratuito dos produtos utilizados nesta pesquisa.

Às puérperas nutrizes que colaboraram conosco, possibilitando a realização desta pesquisa.

Ao professor Octacílio Schüller Sobrinho, pelo auxílio e apoio.

À todos que, direta ou indiretamente colaboraram na realização deste trabalho.

Agradecimento especial

À Dra. WANDA ESCOBAR DA SILVA FREDDI, pela imensa dedicação e disponibilidade demonstradas na orientação deste trabalho.

Ao Dr. JAIR LÍCIO FERREIRA DOS SANTOS, pela dedicação e cooperação dispensadas na orientação e elaboração dos trabalhos estatísticos.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	5
3. OBJETIVOS	20
4. HIPÓTESES	22
5. METODOLOGIA	24
5.1 População	25
5.2 População amostral	25
5.3 Critérios de seleção da amostra	25
5.4 Localização da amostra	26
5.5 Variáveis estudadas	26
5.5.1 Variável dependente	26
5.5.2 Variável independente	26
5.5.3 Variáveis intervenientes	27
5.6 Instrumento de coleta de dados	31
5.7 Técnicas utilizadas	32
5.8 Tratamento estatístico	45
6. RESULTADOS E COMENTÁRIOS	47
7. CONCLUSÕES	83
8. RESUMO	86
9. ABSTRACT	89
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
11. ANEXOS	97

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é um ato pelo qual mãe e filho se encontram num elo de doação e recepção. Este ato deve ser vivido com toda intensidade, tornando-se um momento de plena satisfação, livre de qualquer desconforto.

Ao longo da história da humanidade sempre se deu grande enfoque ao valor do aleitamento materno. SLEIGH²⁸, recomenda que toda a mulher amamente seu filho, ao peito, pelo menos durante duas semanas e, preferivelmente, durante quatro a seis meses após o nascimento do bebê; porém, nos últimos vinte anos, face à infiltração cada vez maior de leites artificiais, de preparo fácil, muitas mulheres, antes de casar, já predeterminam a forma de alimentação do filho; isto se torna mais evidente quando são mães solteiras.

É indiscutível o valor nutricional do leite humano. Observa-se, porém, neste século, que com a emancipação progressiva da mulher, e sua assunção em outros papéis na sociedade, que antes não lhe competia, a prática do aleitamento materno vem sofrendo um constante declínio. BAUM² refere que

80-90% das crianças dos Estados Unidos são tratadas com fórmulas artificiais.

O aleitamento materno vem sendo progressivamente abandonado, gerações após gerações, segundo BAUM². As mulheres jovens, atualmente não recebem encorajamento de seus familiares, para o aleitamento natural; ao contrário, eles convencem a nutriz a deixar de amamentar, alegando que ocorrerá deformação ou fissura mamilar. Parece, portanto, que é preciso uma reeducação das mulheres para valorizar o aleitamento materno, que além do valor nutritivo que contém, proporciona imunidade ao bebê, devido à passagem de anticorpos e favorece a interação mãe e filho. Torna-se, também importante, a observação de procedimentos corretos na amamentação para a prevenção de fissuras e de outros problemas da mama, como por exemplo, o ingurgitamento mamário e a dor mamilar^{16, 18, 22 e 24}.

Consultando a literatura, verifica-se que diversos autores^{1, 3, 4, 5, 8, 10, 19, 20 e 29} focalizam as várias ações profiláticas que podem ser efetuadas sobre os mamilos, com o objetivo de diminuir a incidência de fissuras.

Há vários anos, alunos do Curso de Graduação em Enfermagem estagiam sob a supervisão da pesquisadora, nos ambulatórios de pré-natal e nas unidades de internação de maternidades de Florianópolis. Em todos esses anos, tem-se observado que a incidência de fissuras mamilares é alta, durante a gestação, e que aumentam de frequência no pós-parto, o que mereceria um estudo mais apurado, com informações científicas.

Não se possuem dados estatísticos, em Florianópolis, sobre a incidência desta intercorrência e a atuação médica e de enfermagem, tanto nos serviços de pré-natal como nos de pós-natal, no que diz respeito à prevenção de fissuras mamilares, deixa a desejar. Por isso, propôs-se identificar a influência da assistência de enfermagem à puérpera nutriz primípara, mediante uma série de práticas orientadas, nos dez primeiros dias de puerpério, com o intuito de verificar se a ação proposta reduz a incidência de fissuras mamilares. Para tanto, dividiu-se a redação da pesquisa em seis partes, além da introdução e da conclusão.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados, para ambos os grupos, a entrevista, formulário e prontuário de enfermagem; como procedimentos de experimentação, no grupo experimental, as orientações oral e escrita, demonstração de técnicas de enfermagem, supervisão e observação dos auto-cuidados.

Acredita-se que, com este trabalho, possa-se prestar contribuição à Enfermagem, e particularmente, à Enfermagem Obstétrica em um dos aspectos da assistência materno-infantil. Espera-se, pois, que esta pesquisa seja oportuna e proveitosa e que outros estudos venham complementar ou enriquecer o presente trabalho.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A fissura mamilar é um problema tão antigo quanto a humanidade. Em 1755, Mauriceau, citado por GUNTHER¹⁸, já mencionava esta patologia mamilar. Para GRELLE¹⁷ ragádias são fissuras ou macerações do mamilo provocados pela sucção em pele pouco resistente.

Tem-se verificado que as fissuras mamilares são muito dolorosas, e por vezes são causa do abandono à lactação. GANS¹⁵ comenta que muitos autores atribuem 10% de abandono da amamentação ao seio, à dor mamária e ao desconforto experimentado pelas mães que amamentam seus filhos.

Referindo ao período de puerpério em que incidem as fissuras, GANS¹⁵ registrou uma incidência de 41% entre o 3º e o 4º dias de puerpério, enquanto GREENHIL & FRIEDMAN¹⁶ afirmam que os mamilos doloridos são uma complicação das primeiras semanas de amamentação.

GANS¹⁵, BOOKMILLER & BOWEN⁶ e GREENHIL & FRIEDMAN¹⁶, em estudos realizados, comprovaram que há relação direta de algumas variáveis com o aparecimento de fissuras. Assim, as mulheres de pele clara, avermelhada e ruiva, as idosas, as

primíparas e aquelas cujos mamilos são retraídos ou deformados, são especialmente susceptíveis à formação de fissuras. GANS¹⁵ e SOFFER²⁹ observaram que as mulheres com cabelos loiros ou avermelhados são mais susceptíveis de terem fissuras.

O peso do recém nascido foi citado por GANS¹⁵, porém, não foi pesquisado como possível predisponente de fissuras mamilares; ele considera que a incidência de fissuras, nestes casos, é devido à maior força que o bebê imprime aos mamilos, pela sucção.

Quanto à incidência de fissuras mamilares, GANS¹⁵, informa que em estudo realizado no hospital de Lewishan, em Londres, com 1027 mulheres, obteve 82 (16%) fissuras sobre o total de casos estudados. De LEE, citado por GUNTHER¹⁸, refere que a dor e a escoriação dos mamilos são muito comuns e afetam mais da metade das mulheres lactantes. BOOKMILLER & BOWEN⁶ acusam uma incidência de aproximadamente 50% de fissuras nas lactantes, ocorridas por descuido da mãe que adormece com o bebê ao seio, deixando-o sugar por tempo prolongado, ou porque este tenta agarrar com sua boca um mamilo plano ou excessivamente volumoso, submetendo-o à tração, o que produziria escoriação.

O tecido mamário é altamente vascularizado e metabolicamente ativo durante a lactação além de particularmente sensível à infecção. O bebê sugando com muito vigor, acaba causando irritação dos mamilos. Muitas mães tem a pele bastante sensível podendo, facilmente, fazer escoriações e fissuras de mamilo com a sucção⁶.

Em relação a ingurgitação mamária os autores^{3,5,17 e 25}

indicam o esvaziamento mamário, utilizando a oxitocina sob a forma de spray por via nasal, cinco minutos antes da mamada, como prevenção da ingurgitação mamária.

BROWNING et alii⁹ e BETHEA⁴ recomendam com a mesma finalidade, aspirar um pouco de leite ou massagear as mamas, antes de colocar o bebê ao seio, a fim de amaciá-las e facilitar ao recém-nascido a apreensão do mamilo. Após sucção natural, sugerem retirar o excesso de leite para evitar a estase láctea e a ingurgitação mamária. REEDER et alii²⁵ contra-indicam as massagens exageradas, a pressão excessiva e as fricções bruscas da mama.

ZIEGEL & VANBLARCON³² falam da conveniência de aplicar pomadas a base de lanolina e vitamina A e D nos mamilos após cada mamada e usar quadrados de papel encerado estéril a fim de proteger o sutiã da embebição que pode causar o produto utilizado.

Segundo GREENHIL & FRIEDMAN¹⁶ há dois tipos de fissuras: circulares e verticais. A fissura circular localiza-se, principalmente na base do mamilo, na sua junção com a aréola e segundo os autores " se a ulceração for profunda o mamilo pode ser parcialmente amputado. As rachaduras verticais podem partir os mamilos em dois". Para diminuir ao máximo o traumatismo e dor locais deve-se evitar o uso de sabão comum que não possui neutralização de alcalinidade.

Segundo BROWNING et alii⁹ os fatores que comumente contribuem na formação de fissuras são:

- Fricção da gengiva do bebê sobre o mamilo quando a apreensão do tecido areolar é incorreta;
- Manutenção da pressão negativa por sucção da ma-

ma vazia;

- Limpeza dos mamilos com sabão, privando-os do óleo natural;
- Tração do mamilo quando o bebê não está posicionado corretamente, ao nível da mama;
- Falha na interrupção da sucção antes de remover o bebê do seio.

Mamilos planos ou umbilicados podem impossibilitar ao bebê a apreensão do mamilo para a sucção. Um bebê imaturo ou com má-formação congênita como lábio leporino, fenda palatina, estenose de esôfago ou outras deformações, não oferece condições para ser amamentado ao seio.

No sentido de prevenir fissuras, vários meios mecânicos, químicos e físicos são indicados durante a gestação e o puerpério.

Os autores^{1,2,3,5,8,23 e 30}, recomendam diversos cuidados com as mamas e mamilos, visando a profilaxia de fissuras mamilares e estase láctea.

BROWN & HURLOCK¹⁰ fizeram estudo experimental com 57 mulheres, às quais aplicaram nas últimas três a seis semanas de gestação, três métodos comumente sugeridos para a preparação das mamas: fricção dos mamilos, aplicação de vários tipos de cremes para lubrificação e expressão do colostro. Este estudo foi aplicado em 57 mulheres voluntárias divididas em três grupos, nas quais era preparada apenas uma mama. A cada um destes grupos foi aplicado um método diferente. Após o parto essas mulheres eram visitadas por um pesquisador que examinava ambas as mamas para avaliar as medidas objeti-

vas da irritação mamilar. Ao comparar-se a mama tratada com a não tratada, não foram evidenciadas diferenças significativas em ambas as medidas objetivas e subjetivas da sensibilidade mamilar, ou trauma que fora encontrado em cada um dos três grupos. Este achado sugere que os métodos tradicionais de preparo das mamas para amamentação, usados pelos autores¹⁰, são ineficientes.

A limpeza das mamas e mamilos das gestantes e puérrperas foi abordada por outros autores^{3,8 e 19} que recomendam o banho diário com remoção de crostas; BRIQUET⁸ é favorável à aplicação de manteiga de cacau ou de vaselina nos mamilos após o banho.

BETHEA⁴ recomenda lavar as mamas com água e sabão uma vez ao dia. O autor⁴ desaconselha os banhos freqüentes porque eliminam a secreção oleosa natural das glândulas de Montgomery que lubrificam os mamilos, amaciando-os.

Quanto ao uso de cremes e sabonetes, diversos autores acham-nos de certa forma contra-indicados. APPLEBAUM¹ recomenda lavar somente com água as mamas e mamilos, durante o banho diário, porque o sabão alcalino pode ser a causa de fissuras. Segundo BROWNING et alii⁹, no epitélio sensível dos mamilos da gestante e da puérrpera, deve-se ter cuidados idênticos. BENSON³ afirma que os sabonetes perfumados e os cremes não são recomendáveis para a limpeza das mamas porque podem conter substâncias irritantes ou alérgicas. BOOKMILLER & BOWEN⁶ referem-se apenas ao uso de sabão e água na limpeza diária dos mamilos. REEDER et alii²⁵, ZIEGEL & VANBLARCON³², SOFFER²⁹ indicaram-na da seguinte maneira: tomar banho dia-

riamente e lavar as mamas e os mamilos com sabonete neutro e sem perfume, e depois de enxutos, aplicar vaselina líquida. Os autores⁶ referem que alguns obstetras recomendam o uso de lanolina ou tabletes de manteiga de cacau, após o banho diário, a partir do oitavo mês de gestação; isto ajudará prevenir o ressecamento da pele, evitando as fissuras.

BOOKMILLER & BOWEN⁶ esclarecem que "os produtos químicos ou outras medicações aplicadas nos mamilos, endurecem-nos ou amolecem-nos, porém não têm oferecido proteção contra as fissuras". Para BENSON³ o álcool é contra indicado porque resseca a mucosa dos mamilos, predispondo-os à fissuras; HAMILTON¹⁹, por sua vez, recomenda a aplicação de pomadas ou cremes especiais para impedir a formação de fissuras. MILES²³ menciona que as mulheres de cabelo claro e avermelhado devem usar creme nas primeiras semanas após o parto para prevenção de fissuras.

A higiene das mãos antes de iniciar a amamentação é lembrada por ZIEGEL & VANBLARCON³², HAMILTON¹⁹, SOFFER²⁹ e BOOKMILLER & BOWEN⁶ que aludem à importância do preparo da mãe para o aleitamento materno, pela enfermeira. Dão ênfase ao cuidado com as mãos e a posição adotada pela nutriz durante a amamentação.

No que concerne à limpeza dos mamilos para a amamentação ao peito, BOOKMILLER & BOWEN⁶ informam que o uso de soluções antissépticas como o álcool e o ácido bórico não parece oferecer vantagem, em relação à assepsia. Para a higiene dos mesmos, basta o asseio diário com água e sabão. Os autores⁶ comentam que "mamilos não se lavam nem antes nem depois de cada mamada". Por outro lado HAMILTON¹⁹ recomenda

limpar os mamilos com lenço limpo e umedecido em água morna, pelo menos de manhã, ao iniciar o banho e repetir esta operação após cada mamada.

No que se refere ao uso de sutiã, COSTA¹¹ aconselha no início da apojadura a suspensão das mamas, mediante sutiã, fraldas, ou tiras de esparadrapo para aliviar a sensação de peso e dor. BOOKMILLER & BOWEN⁶ recomendam-no quando as mamas estão superdistendidas ou ingurgitadas, sobretudo nas primíparas, para fornecer-lhes alívio. HAMILTON¹⁹ é categórico em afirmar que "todas as puérperas, quer amamentem ou não, devem usar sutiã após o parto". BENSON³ recomenda o uso de sutiã também à noite, e bem ajustado. REEDER et alii²⁵ aconselham o uso de um sutiã especial. SOFFER²⁹ preocupa-se muito com a higiene, por isso recomenda que a puérpera use um sutiã limpo.

Além dos cuidados de higiene, assinalados anteriormente, parece ser muito importante a técnica correta da amamentação para profilaxia de fissuras mamilares. Em relação à técnica, vários itens parecem ter capital importância como: posição para amamentar; duração da mamada em cada mama; amamentar nas duas mamas, em cada mamada e alternadamente, isto é, oferecer em primeiro lugar a mama que o recém-nascido sugou por último na mamada anterior^{1, 3, 29 e 32}; maneira de transferir o bebê de uma mama para a outra ou de removê-lo do seio e observação do intervalo de 3 horas entre as mamadas. REEDER et alii²⁵ consideram como desempenho considerável no êxito da lactação, o preparo da mãe para a amamentação. Este inclui a lavagem das mãos, a técnica estéril da limpeza dos mamilos, os procedimentos assépticos e outras rotinas associadas à a-

limentação do recém-nascido no hospital^{6,8e9}.

GREELE¹⁷, MILES²³ e BROWNING et alii⁹ recomendam, como parte da técnica correta de amamentação, serenidade e ambiente calmo e privado se possível, para maior suporte emocional da nutriz. Da mesma maneira falam da necessidade de mãe e filho estarem calmos durante a amamentação. REEDER et alii²⁵ consideram que a paciência e a consideração da enfermeira são fatores que contribuem para aliviar a tensão da nutriz. Se o recém-nascido estiver chorando devido à cólica, será necessário providenciar alívio, caso contrário não surtirá efeito a amamentação. Estes autores recomendam, também, exprimer o colostro cinco a sete minutos antes de começar a mamada, para abrir os ductos lactíferos, devendo, segundo eles, ser reservado mais tempo para os casos de ingurgitamento mamário.

A posição correta para amamentar foi salientada por diversos autores^{3,23,25 e32}; ZIEGEL & VANBLARCON³² descrevem minuciosamente todos os passos da técnica de amamentação e mostram, mediante ilustrações, as diferentes posições da mãe e do bebê: deitada, sentada e recostada.

Amamentar deitada, segundo os autores³², pode ser mais comodo, porque a puérpera permanece com o corpo relaxado no leito, mantendo um travesseiro debaixo de sua cabeça para observar a sucção do bebê; colocará o mesmo na curva do braço, do lado cuja mama irá oferecer. Quando a mãe e o filho estiverem posicionados confortavelmente, o bebê terá condições de colocar em sua boca, não somente o mamilo, mas também parte da aréola, para conseguir comprimi-lo através das

mandíbulas a fim de extrair o leite pela sucção. A necessidade do bebê fazer uma boa apreensão do mamilo, devendo colocá-lo todo em sua boca, inclusive parte da aréola é referida por diversos autores^{3,4,6,8,9,16,24,25 e 29}. Isto é importante porque o leite reservado está diretamente atrás do mamilo e precisa ser comprimido pela gengiva do bebê para que ele seja ejetado através dos ductos mamários. A nutriz deve alcançar a boca do bebê, à altura do mamilo que ele irá sugar, a fim de que não o tracione para baixo, o que favorecerá a formação de fissuras mamilares. Uma vez colocado o mamilo na boca do bebê, a nutriz deverá comprimir a mama em sua porção anterior, com o dedo indicador, para que o bebê consiga respirar. Sugerem a posição sentada desde que a nutriz tenha condições de assumi-la; pode-se considerar uma ótima posição, quando relaxa a mãe e deixa a ambos (nutriz e bebê) confortáveis. DAVIES¹² refere que todo êxito ou insucesso da amamentação ao seio depende de uma correta posição da mãe e do bebê para a amamentação.

Em relação ao início do aleitamento materno há divergências entre os autores, porque nas primeiras vinte e quatro horas a mãe está estressada e o bebê aspirou secreções do canal de parto, as quais ele irá eliminar ao longo das primeiras horas de nascimento. Assim, nas primeiras vinte e quatro horas, segundo ZIEGEL & VANBLARCON³² deve ser iniciada a amamentação; nas doze a dezesseis horas após o nascimento, é a sugestão de HAMILTON¹⁹; BROWNING et alii⁹ sugerem iniciar a amamentação com oito horas de vida, porém, afirmam que outros autores consideram que a alimentação ao seio materno deve ser

iniciada com uma a duas horas de pós-parto. LINHARES²¹ aconselha o início da amamentação vinte e quatro horas após o parto. SOFFER²⁹ comenta que seis a doze horas após o nascimento, em dois hospitais de Chicago, era iniciada a amamentação. Porém, oito das mães da Liga do Leite, demonstraram insatisfação em relação a essa rotina e quatro delas manifestaram desejo de amamentar na mesa obstétrica, após o parto, no futuro, segundo KNAFL²⁰.

Quanto ao tempo de duração da mamada, há divergências de opiniões. De acordo com ZIEGEL & VANBLARCON³², quando o recém-nascido tiver sugado cinco a dez minutos e parece estar satisfeito, não deve ser forçado a sugar mais; ele, provavelmente, esvaziou a mama neste tempo ou satisfaz sua fome ou desejo de sugar. Em quatro a seis minutos de sucção o bebê suga, conforme BENSON³, 60 a 90% do leite existente na mama, razão porque ele aconselha iniciar com 3 minutos de sucção, aumentando em um minuto por dia em cada mama, até que alcance um máximo de 7 minutos, não devendo ser excedido este tempo, a fim de evitar maceração e fissura dos mamilos. BOOK MILLER & BOWEN⁶ indicam, inicialmente, dois períodos diários, de cinco minutos cada um, com um aumento para dez minutos em cada mama, nas primeiras mamadas, aumentando para quinze a vinte minutos após as mesmas. SOFFER²⁹ "recomenda 5 minutos em cada mama nas primeiras mamadas"; REEDER et alii²⁵ recomendam aumento para vinte minutos após estabelecimento da sucção.

Os intervalos das mamadas variam de duas a quatro

horas, segundo os seguintes autores: ZIEGEL & VANBLARCON³², BENSON³, HAMILTON¹⁹ e BRIQUET⁸ informam que o melhor horário para alimentar o bebê é quando ele chora de fome; as contrações do estômago vazio causam dor e fazem com que ele chore; BOOKMILLER & BOWEN⁶ referem que não se deve permitir que o recém-nascido mame frequentemente e por muito tempo; APPLEBAUM¹ e REEDER et alii²⁵ comentam que embora a amamentação precoce seja importante, é igualmente imprescindível que a criança receba freqüentes alimentações, em cada duas ou três horas. Isso dá um mínimo de oito mamadas num período de vinte e quatro horas. BROWNING et alii⁹ recomendam que o início da amamentação seja de duas em duas horas.

A amamentação em ambos os seios na mesma mamada evita a dor, a ingurgitação mamária e estimula a formação do leite^{3,6 e 19}. APPLEBAUM¹ recomenda que ambas as mamas devem ser oferecidas, em cada mamada, a fim de que o recém-nascido receba o benefício de um leite rico em calorias na segunda mamada, desde que o "foremilk" e o "hindmilk" iniciam associando a mais rica mistura homogênea, devido a influência operante do estímulo de sucção na primeira mamada. SOFFER²⁹ observa que muitas mães preferem amamentar nas duas mamas em cada mamada.

A alternância das mamas é um estímulo à formação e manutenção do leite e evita o ingurgitamento, pois ocorre um melhor esvaziamento da mama que está mais cheia e que foi oferecida, ao bebê, por último, na mamada anterior, e a ser dada em primeiro lugar na mamada seguinte^{1,3,29 e 32}.

O ingurgitamento mamário é comum surgir no terceiro

ou quarto dia após o parto, devido a distensão e congestão venosa e linfática, que precede à lactação. Pode surgir quando há desmame abrupto. As mamas ficam muito pesadas, doloridas e quentes; BOOKMILLER & BOWEN⁶, GRELLE¹⁷ atribuem-na ao excesso de ação prolactínia e à estase láctea; BENSON³, REEDER et alii²⁵, GREENHIL & FRIEDMAN¹⁶, REZENDE & KAMNITZER²⁶ recomendam uma série de tratamentos para solucionar o ingurgitamento, como segue: esvaziamento com bomba elétrica, após o uso de oxitocina, por via nasal, a qual é insuflada cinco minutos antes da mamada; compressas quentes nas mamas, diminuição da amamentação para cinco minutos, com redução para três mamadas diárias; aplicação de bolsas de gelo; administração de analgésicos suaves para aliviar a dor, e administrar progesterona ou o proprionato de testosterona para inibir um pouco a formação do leite e estrógeno sintético^{3, 4 e 6}. Faixa apertada é recomendada por GREENHIL & FRIEDMAN¹⁶ e GRELLE¹⁷; sutiã é recomendado por BROWNING et alii⁹.

COSTA¹¹ indica aplicações de nitrato de prata ou azul de metileno a 1%, acompanhado ou não de zenofile nas fissuras mamilares. Quando as fissuras forem insignificantes ou pouco dolorosas, aconselha-se continuar a amamentação, com uso de bico protetor, ou extrair o leite com bomba. Sua interrupção só deverá acontecer se as fissuras forem extensas, dolorosas ou sangrentas.

GRELLE¹⁷, além do nitrato de prata a 2% recomenda o uso de protetor de borracha. BOOKMILLER & BOWEN⁶ referem que raramente o recém-nascido necessita ser amamentado com bico protetor, porque o mamilo pode ser comprimido contra este, aumentando a lesão, o que ocorre, também com o esvaziamento

que requer certa manipulação.

As pomadas tendem a macerã-lo ainda mais; REEDER et alii²⁵, ZIEGEL & VANBLARCON³², GREENHIL & FRIEDMAN¹⁶ e SOFFER²⁹ recomendam expor as mamas ao ar, fora do sutiã, durante trinta minutos, três vezes ao dia, e manter os mamilos secos, o que favorece a cicatrização das fissuras em 48 horas. Pode-se também, usar uma luz elétrica a uma distância de 30 a 40 cm da mama, com potência elevada (BOOKMILLER E BOWEN⁶) ou de 25 Watts (ZIEGEL & WANBLARCON³²), se não dispuser de outra fonte. Estes autores recomendam, expor as mamas "ao ar fresco", durante o sono noturno.

Os mamilos devem ser protegidos com gaze estéril, papel encerado ou um protetor de plástico ou de borracha, entre as mamadas. Estes últimos impedem a circulação de ar e não deveriam ser usados em mamilos irritados³².

ZIEGEL & VANBLARCON³² comentam que tão logo seja obtida a cura dos mamilos, o recém-nascido deve ser amamentado ao peito por períodos breves e com grandes intervalos, durante as primeiras vinte e quatro horas. Alguns remédios são preconizados por DAVIES¹² para o tratamento das fissuras, como: geléia de petróleo irradiada, solução de nitrato de prata a 2%, tintura de Benjoin, composta de quatro partes iguais de óleo de rícino e subnitrato de bismuto, bálsamo do Perú, pomada de sulfatiazol e pomada de penicilina.

REEDER et alii²⁵ e SOFFER²⁹ recomendam, além do arejamento dos mamilos, a diminuição do tempo de sucção e a aplicação de creme a base de vitamina A e D ou de lanolina pura como lubrificantes que quando aplicados em camadas finas, não

precisam ser removidos antes da sucção.

EVANS et alii¹⁴ observaram 52 mulheres hospitalizadas, durante um a três períodos de amamentação; prosseguiram com observação domiciliária por telefone, no primeiro, terceiro e sexto mês após o parto, para verificar as necessidades sentidas pela nutriz durante o período de amamentação. Dividiram as necessidades em: cognitivas, físicas e psicossociais. Os autores concluíram que há necessidade de estudos posteriores para determinar especificamente os tipos de intervenção de enfermagem necessários para satisfazerem às necessidades maternas, relacionadas com a amamentação ao peito, no domicílio, durante o primeiro mês de puerpério.

Ifrig, citado por REEDER et alii²⁵ refere que "muitos problemas associados com o fracasso da alimentação ao seio podem ser prevenidos ou resolvidos por meio de intervenções adequadas de enfermagem. As enfermeiras necessitam assumir a responsabilidade de ajudar as mães a adquirir os conhecimentos e a destreza necessária para obter sucesso no processo de amamentação de seus filhos".

3. OBJETIVOS

3.1 - Verificar se a assistência e a orientação à puérpera nutriz primípara, quanto a técnica correta de aleitamento materno, influi sobre a incidência de fissuras mamilares.

3.2 - Verificar se a incidência de fissuras mamilares, na puérpera nutriz primípara, tem relação com os seguintes fatores: idade, cor, escolaridade, ocupação, renda "per capita", peso do recém-nascido, problemas nos mamilos durante a gestação, condições de higiene antes da 1ª mamada e tempo decorrido entre o nascimento e a primeira mamada.

4. HIPÓTESES

4.1 A orientação e a assistência de enfermagem específica às mamas e aos mamilos, ministrados à puérpera nutriz primípara, influem na diminuição da incidência de fissuras mamilares.

4.2 Os fatores idade, cor, escolaridade, ocupação, renda "per capita", peso do recém-nascido, problemas nos mamilos durante a gestação, condições de higiene dos mamilos antes da primeira mamada e tempo decorrido entre o nascimento e a primeira mamada, influem na incidência de fissuras mamilares.

5. METODOLOGIA

5.1 - População

Constituída de todas as mulheres nutrizes primíparas da grande Florianópolis.

5.2 - População amostral ou amostragem da população

Constituiu-se de dois grupos: controle e experimental. Para determinação do número da amostra utilizou-se a análise seqüencial, segundo WALD³¹, para determinar, em seqüência, o tamanho da amostra, até que esta fosse significativa.

5.3 - Critérios de seleção da amostra

As puérperas de ambos os grupos (experimental e controle) foram selecionadas nas enfermarias, de acordo com os seguintes critérios:

- Primíparas, que tiveram parto normal, residentes na grande Florianópolis e que, após a explicação do objetivo deste trabalho, espontaneamente aceitaram colaborar com a pesquisa.

- Puérperas primíparas que não apresentarem patologias ou malformações da mama ou do mamilo, como eczemas, fissuras,

mamilos planos, umbilicados ou invertidos, ou outras.

- Puérperas primíparas cujos filhos continua
riam a ser amamentados ao peito, após a alta hospitalar.

- Aquelas cujos recém-nascidos eram sadios, com Apgar não inferior a sete (7), ao nascer, e que não fossem portadores de malformações congênitas, bucofaríngeas (lábio leporino, palatosquise, estenose do esôfago) e outros tipos de anomalias físicas que os incapacitassem de serem amamentados ao seio.

- Puérperas primíparas cujos recém-nascidos tiveram peso superior a 2 300 gramas, independentemente da idade da gestação.

5.4 - Localização da amostra

Os dados foram colhidos em duas grandes maternidades que atendem à população da grande Florianópolis, sendo uma delas para-estatal e a outra particular.

5.5 - Variáveis estudadas

5.5.1 - Variável dependente

Por variável dependente entende-se a incidência de fissuras mamilares. Esta variável foi medida a través da observação do aparecimento ou não de pequenas fendas em forma de rachaduras sobre a pele sensível dos mamilos nas puérperas dos grupos experimental e controle. Baseou-se este estudo em dados de pesquisa científica, fontes bibliográficas e na experiência profissional da pesquisadora.

5.5.2 - Variável independente

Sendo a variável independente uma condição suficiente, entre muitas, que pode afetar o fenômeno

estudado. Para caracterizá-la neste trabalho, elaborou-se a técnica de higiene das mamas e mamilos, a orientação e a assistência de enfermagem à puérpera nutriz (descrita na Metodologia) que foi aplicada, apenas, na população do grupo experimental.

5.5.3 - Variáveis intervenientes

Nesta pesquisa consideram-se como variáveis intervenientes os seguintes fatores: idade, cor, escolaridade, ocupação; peso do recém-nascido, renda "per capita", problemas nos mamilos durante a gestação, condições de higiene antes da primeira mamada, tempo decorrido entre o nascimento e a primeira mamada.

Cada fator é apresentado no formulário (anexo I) através de uma ou mais perguntas, como o que se expõe a seguir:

Idade

Este fator foi pesquisado através da questão 1 do formulário. Segundo GANS¹⁵, as mulheres com mais idade são ligeiramente mais susceptíveis a fissuras do que as jovens.

Cor

Este dado foi levantado com base no estudo de GANS¹⁵ e nos comentários de BOOKMILLER & BOWEN⁶ e GREENHIL & FRIEDMAN¹⁶ os quais referem que as mulheres de pele clara e avermelhada são mais susceptíveis a fissuras. Considera-se, nesta pesquisa "brancas" as de pele clara e "não brancas" as pretas, pardas e amarelas.

Escolaridade

A escolaridade da puérpera foi obtida através das questões de números 3 e 4 do formulário e medida de acordo com o número de anos que esta informou ter completado, ou não em escola de qualquer nível.

Esta variável foi caracterizada, levando-se em consideração os sistemas antigo (primário 4 anos e ginário 4 anos) e atual de ensino (1º grau - 8 anos), isto porque em nossa população há puérperas que freqüentaram e que estão freqüentando a escola.

Ocupação

Obteve-se esta informação através da questão número 5 do formulário. A ocupação da informante obedece a classificação segundo o Documento Básico de Trabalho para Estudo da Classificação Brasileira de Ocupações⁷, "Brasil, Ministério do Trabalho", como segue:

- Grande Grupo 0/1
profissionais técnicos e trabalhadores assemelhados
- Grande Grupo 2
diretores e funcionários públicos superiores
- Grande Grupo 3
pessoal administrativo e trabalhadores assemelhados
- Grande Grupo 4
comerciantes e vendedores
- Grande Grupo 5
trabalhadores dos serviços
- Grande Grupo 6
Trabalhadores agrícolas, florestais, pescadores e caçado-

res

- Grande Grupo 7/8/9
trabalhadores não agrícolas, condutores de máquinas e veículos de transportes e trabalhadores assemelhados
- Grande Grupo 10
trabalhadores que não podem ser classificados segundo a ocupação,
- Prendas domésticas
- Sem emprego

Incluem-se nesta classificação, as categorias "Prendas domésticas" e "Sem emprego", considerando a primeira constituída pelas puérperas que desempenham tarefas do lar, sem remuneração, e a segunda, de puérperas que estão no momento, desempregadas.

Peso do recém-nascido

Este fator foi caracterizado a partir de um dos critérios de seleção da amostra, que estabelecia que os recém-nascidos tivessem peso superior a 2 300 gramas, independentemente da idade de gestação. Estabeleceu-se este limite porque pensou-se que os recém-nascidos de peso inferior àquele, poderiam não ter condições de sugar. ZIEGEL & VANBLARCON³² e GANS¹⁵ referem que o bebê imaturo não oferece condições para ser amamentado ao seio materno.

Renda "per capita"

Pesquisou-se o fator "renda per capita", através das questões número 6, 7, 8, 9 e 10. A renda "per capita" foi obtida, levando-se em conta a soma da renda mensal familiar, dividida pelo número de pessoas dependentes

da mesma; as rendas (familiar e individual mensal) foram baseadas no salário mínimo vigente na época em que foi feita a coleta de dados, que era de Cr\$ 1.448,00.

Problemas nos mamilos durante a gestação

Este fator foi pesquisado através das questões de números 11, 12 e 13.

Pretendeu-se verificar se há relação entre os problemas mamilares durante a gestação e a incidência de fissuras na nutriz.

Condição de higiene dos mamilos antes da primeira mamada

Este fator foi obtido pela observação direta da pesquisadora e anotado na folha, chamada prontuário de enfermagem (anexo III). Os mamilos foram categorizados em "normal", quando se apresentavam limpos, e "alterado" ao se apresentarem sujos com crostas, ou apenas com crostas. A finalidade foi a mesma do fator anterior.

Tempo decorrido entre o nascimento e a primeira mamada

Este fator foi incluído a partir da aplicação do teste piloto; notou-se que embora houvesse uma rotina para levar o recém-nascido para mamar após seis ou doze horas, estes horários não eram rigorosamente observados, sendo os mesmos alterados por diferentes causas. Com a obtenção destes dados, procurou-se verificar a influência do mesmo sobre a incidência de fissura mamilar na nutriz. Os dados obtidos foram registrados no prontuário de enfermagem (anexo

III).

5.6 - Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, no período de 25.09.78 a 11.01.79.

Obteve-se a colaboração de técnicas e auxiliares de enfermagem das unidades de internação de puerpério, onde fora efetuada a coleta de dados, para realizar a observação dos auto cuidados desempenhados pelas puérperas, a fim de dar continuidade à assistência de enfermagem, oferecida às puérperas do grupo experimental.

Os resultados conseguidos foram anotados em um formulário (anexo I) que contém dados de identificação da paciente, e mais 2 partes: a primeira sobre dados gerais e a segunda sobre cuidados com os mamilos. Foram aplicados 10 formulários para verificar a sua validade, a fim de propiciar a averiguação das modificações que se fizessem necessárias.

Os dados referentes à identificação, data e hora do parto, peso e Apgar do recém-nascido, foram retirados do prontuário da puérpera. Os demais obteve-se pelo formulário preenchido, mediante entrevista introduzida por "rapport" (anexos I e II) sendo precedido pela seleção das puérperas através de algumas perguntas que lhes foram dirigidas verbalmente.

No prontuário (anexo III) foram registradas todas as anotações de enfermagem, constando: data, hora, condições dos mamilos e observações referentes à amamentação ao seio e ao bebê, e ao que foi feito em relação à puérpera.

No anexo VI as observadoras registravam os

resultados das observações feitas por ocasião das mamadas, as quais incidiam nos seguintes horários: 6, 9, 12, 15, 18 e 21 horas.

5.7 - Técnicas Utilizadas

Grupo Experimental

Após selecionar a puérpera deste grupo, tão logo fosse possível, era preenchido o formulário (anexo I) para obter informações acerca das variáveis firmadas. Antes da primeira amamentação as puérperas desse grupo recebiam orientações quanto aos cuidados de higiene (anexo IV) indicados para as mamas, e sobretudo para os mamilos, a fim de prepará-los para a amamentação, incluindo o uso de sabonete neutro antisséptico no banho diário e a aplicação de emulsão antisséptica oleosa nos mamilos, para amolecer as crostas de colostro e torná-los macios.

Antes do início da primeira mamada a pesquisadora demonstrava às puérperas do grupo experimental as seguintes técnicas: aplicação de emulsão antisséptica oleosa, limpeza das mãos e das mamas com água e sabonete neutro antisséptico, limpeza dos mamilos, posição do bebê e da mãe para amamentação e eructação do recém-nascido.

Na técnica de aplicação da emulsão antisséptica oleosa, o material utilizado era apenas o frasco do aludido produto.

A aplicação foi efetuada da seguinte maneira:

- lavar as mãos com água e sabonete antisséptico;

- solicitar a atenção da puérpera para que aprenda a técnica que será ensinada, a fim de que possa dar correta continuidade ao tratamento;
- fornecer a emulsão antisséptica oleosa para a puérpera;
- colocar um pouco de emulsão antisséptica oleosa sobre o dedo indicador e espalhá-lo com movimentos rotativos, suaves, sobre o mamilo e a aréola, até o seu completo desaparecimento sobre a pele;
- registrar no anexo III a orientação e o cui dado fornecido.

O material destinado à limpeza, das mãos e mamas da puérpera, foi colocado em uma bandeja (50 X 50 cm), assim distribuído:

- bacia com água morna, aproximadamente 46°C;
- luva de banho;
- sabonete neutro antisséptico na saboneteira;
- toalha de rosto e de banho;
- cuba rim;
- frasco com emulsão antisséptica oleosa;
- pacote com 5 gazes estéreis.

A execução da técnica obedeceu a seguinte ordem:

- lavar as mãos com água e sabonete antisséptico;

- levar a bacia, desinfetada, por não ser de uso individual, para junto da nutriz;
- explicar à puérpera o que vai ser feito;
- desocupar a mesa de cabeceira;
- levar a bandeja com o material e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira;
- solicitar à puérpera que se sente ou encoste-se na cama;
- solicitar à puérpera para retirar o sutiã e a camisola, auxiliando-a nesta tarefa, quando necessário;
- estender a toalha sobre o abdome da puérpera;
- observar o estado das mamas e mamilos, usando lanterna e lupa com aumento de três vezes para detectar sujidades e crostas. Eram considerados normais mamilos limpos, isentos de crostas e de outras alterações. Eram considerados, alterados, os mamilos que não apresentassem alterações patológicas, porém com presença de crostas e/ou sujidades com crostas;
- molhar e ensaboar a luva e iniciar a limpeza das mamas, iniciando pelos mamilos, seguindo para a periferia da mama com movimentos circulares; enxaguar os mamilos e mamas e secá-los com toalha de rosto;

- proteger os mamilos com gaze estéril; vestir o sutiã e a camisola;
- oferecer a bacia, sabonete e toalha de rosto para que a puérpera lave as mãos, quando ainda não estiver em condições de deambulação;
- retirar a bandeja com o material do quarto, mantendo o sabonete, as toalhas de banho e de rosto, junto à puérpera, pois são de uso individual;
- registrar no anexo III os cuidados oferecidos e as condições das mamas e mamilos.

O material destinado à limpeza dos mamilos e ra colocado numa bandeja pequena e consistia no seguinte:

- pote com tampa, esterilizado, contendo to-rundas de algodão esterilizadas;
- pacote com 5 gazes esterilizadas;
- saco de papel;
- cuba rim pequena de aço inox;
- vidro com água fervida.

A execução da técnica seguiu a seguinte ordem:

- explicar à puérpera o que vai ser feito;
- preparar o material a ser utilizado na técnica;
- lavar as mãos, tanto a puérpera como a pesquisadora, com água e sabonete antisséptico;

- levar o material junto à puérpera e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira, previamente desocupada;
- solicitar à puérpera para assumir a posição, na qual irá amamentar (sentada, deitada ou recostada);
- expor a mama na qual amamentará em primeiro lugar;
- limpar o mamilo e a aréola com torunda de algodão, embebido em água fervida, iniciando do mamilo para a aréola, em movimentos circulares, desprezando-a a seguir; usar quantas torundas de algodão forem necessárias;
- ensinar e auxiliar a puérpera no posicionar o bebê, para a amamentação;
- repetir estes cuidados na outra mama, antes de colocar o bebê para sugar;
- retirar o material do quarto, exceto o recipiente que contém as torundas embebidas com água fervida; estas, a puérpera utilizará na limpeza dos mamilos, em mamadas posteriores, quando estiver deambulando;
- registrar no anexo III, toda a assistência e orientação dadas à puérpera nutriz.

Para o correto desenvolvimento da técnica de posicionar o bebê para a amamentação, seguiu-se a orientação de ZIEGEL & VANBLARCON³², com as modificações necessárias;

deixava-se a puérpera assumir a posição que mais lhe conviesse ou parecesse ser mais confortável, como descrito a seguir:

Se amamentar deitada será obedecido o seguinte esquema:

- colocar um travesseiro dobrado, ou dois travesseiros não muito altos debaixo da cabeça da mãe, a fim de que ela possa controlar a sucção do recém-nascido;
- colocar o bebê sob a curva do braço materno, contíguo à mama que o bebê irá sugar;
- aconchegar o bebê de maneira que a sua boca fique à altura do mamilo a fim de não tracioná-lo para baixo;
- introduzir o mamilo na boca do bebê;
- se houver dificuldade na pegada (bebê sonolento), fazer movimentos de esfrega do mamilo sobre os lábios do recém-nascido a fim de desencadear o reflexo de procura;
- firmar o mamilo oferecido entre os dedos indicador e médio;
- deprimir a mama com o dedo indicador em sua parte anterior, para que o bebê consiga respirar.

Se amamentar sentada, será obedecido o seguinte esquema de orientação:

- solicitar à puérpera para sentar em uma poltrona, contendo braços, ou em uma cadei

- ra, apoiando as espáduas na mesma;
- colocar um banquinho de quinze a vinte centímetros de altura, debaixo de seus pés, obtendo uma posição mais confortável e a elevação dos joelhos maternos, com o fito de posicionar melhor o bebê;
 - colocar um travesseiro sobre as coxas ou apoiá-lo sobre o braço da poltrona, contíguo à mama a ser sugada;
 - apoiar o braço materno, que segura o bebê, sobre o travesseiro, fazendo com que ele fique com a boca ao nível do mamilo;
 - seguir os últimos quatro itens da técnica, prescritos na posição deitada;
 - iniciar a amamentação, deixando o recém-nascido sugar durante cinco minutos em cada seio no primeiro dia, passando a dez no segundo, e quinze no terceiro dia; se a pesquisadora observar a descida precoce do colostro, autorizará a sucção de dez minutos em cada mama, já nas primeiras 24 horas de sucção, afim de evitar o ingurgitamento mamário. O controle do tempo de sucção na ausência da pesquisadora, era feito pela nutriz. Se esta não portava relógio, era estimulada a solicitar aos familiares para trazer um de casa, quando possível; do contrário a pesquisadora oferecia

o seu, à nutriz, para controle;

- retirar da mama para interromper a sucção ou para removê-lo para a outra mama, colocando o dedo médio no canto da boca e com o dedo anular, se necessário for, fazer leve pressão em sua mandíbula, a fim de que solte o mamilo sem tracioná-lo. Se o bebê for muito voraz e não largar com essas manobras, apertar com os dedos polegar e indicador as suas narinas, obrigando-o a interromper a sucção, devido à privação da respiração, baseado em BRIQUET⁸. Uma falha na interrupção da amamentação é motivo de fissuras⁹.
- marcar com uma pequena tira de esparadrapo a mama que oferecer por último;
- deixar o bebê eructar, antes de devolvê-lo à cama ou ao berço.

Após a sucção do recém-nascido nas duas mamas, foi demonstrada a técnica de eructação, a fim de que o recém-nascido soltasse o ar que engolira durante a amamentação, para evitar que regurgitasse após, o que iria prejudicar a alimentação do bebê.

A posição adequada para a eructação pode ser conseguida da seguinte maneira:

- se deitada, a nutriz deve tomar o bebê e colocá-lo em posição vertical ao seu lado, fixando-o pelas costas com suas mãos, du-

rante cinco a dez minutos, até que o mesmo faça a eructação:

- Se sentada ou de pé, ela deve posicionar o bebê em vertical, de encontro a seu peito, mantendo-o seguro com suas mãos, pelas costas;
- após a eructação, recolocar o bebê na posição horizontal;

Para a técnica de exame dos mamilos era utilizado o seguinte material:

bandeja contendo:

- cuba com torundas de algodão, esterilizadas, embebidas em água fervida;
- vidro com torundas esterilizadas de algodão seco;
- lupa com três aumentos;
- lanterna pequena provida de pilhas.

A técnica era desenvolvida da seguinte maneira:

- lavar as mãos com água e sabão antisséptico;
- levar o material para junto da puérpera e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira;
- explicar à puérpera o que vai ser feito;
- solicitar a puérpera para expor as mamas;
- tomar a torunda de algodão embebida em água fervida e passar nos mamilos, iniciando pelo centro, com movimentos circulares

- nas paredes laterais dos mesmos e posteriormente na aréola, desprezando o algodão;
- examinar a coloração da bola de algodão e a presença ou não de crostas na mesma;
 - repetir o mesmo processo no outro mamilo;
 - acender a lanterna e visualizar cada mamilo mediante uma lupa de três aumentos;
 - registrar os dados obtidos no anexo III.

Observação: nos exames subsequentes, examinar os mamilos com lanterna e lupa e observar o estado de higiene dos mesmos na ocasião em que ela própria fizer a limpeza para a amamentação; em seguida, registrar os dados no prontuário (anexo III).

Na primeira mamada a puérpera era assistida pela pesquisadora para aplicação das técnicas demonstradas e orientações feitas verbalmente. Posteriormente, distribuíam-se orientações por escrito, conforme modelo, no anexo IV.

Na segunda e terceira mamadas a puérpera foi observada pela pesquisadora para identificar-lhe o estado dos mamilos, com lanterna e lupa, bem como a maneira de praticar a técnica e corrigir possíveis falhas, tornando a explicá-las, se necessário fosse.

Nas demais mamadas que ainda incidissem nesse dia ou em outros, enquanto hospitalizada, era observada nos horários em que a pesquisadora não comparecia, por uma auxiliar ou técnica de enfermagem orientada previamente, para apenas observar os procedimentos da puérpera ao amamentar. Limitava-se à observação, a fim de identificar o comportamento

da puérpera durante a ausência da pesquisadora; qualquer alteração que ocorria comunicava-se com a pesquisadora a fim de que esta pudesse intervir para reorientar a puérpera, quando necessário. A observadora preenchia um formulário das observações que havia feito (anexo VI). Para desenvolver estas atividades, recebeu orientação prévia da pesquisadora, descrita no anexo V.

Diariamente, enquanto internada, a puérpera era visitada ao menos uma vez por dia pela pesquisadora, para observar as mamas, limpeza, estado geral (presença de fissuras, ou outras alterações) e assistí-la durante a mamada para observar como praticava a técnica da amamentação. Quando a colaboradora não podia fazer a observação em algum horário de mamada, avisava a pesquisadora para que esta fosse dar cobertura nessa hora. Da mesma forma, neste horário quando havia mais de uma puérpera para observar durante a mesma mamada, em enfermarias diferentes, a pesquisadora colaborava com a técnica ou auxiliar de enfermagem, a fim de que todas as nutrízes fossem observadas na mesma hora.

No quinto ou sexto e no décimo dia, a puérpera era visitada no domicílio pela pesquisadora, para observar as mamas, a fim de detectar a presença ou não de fissuras. Se a mãe fosse amamentar em seguida, observava-se também a amamentação, para corrigir as falhas técnicas e orientar a paciente de acordo com as necessidades do problema sentido pela puérpera, ou percebidos pela pesquisadora.

As puérperas, quando hospitalizadas, independentemente do surgimento de fissuras, eram orientadas quando surgiam outros problemas. Assim, se notada a descida de colostro em profusão, haveria necessidade de alimentar seus bebês de 3 em 3 horas, ou mais seguidamente a fim de evitar o ingurgitamento mamário. Se somente a sucção não esvaziasse completamente a mama, providenciava-se o esvaziamento com bomba manual, devido à falta de elétrica, nas duas maternidades.

Antes da alta hospitalar da puérpera ensinava-se-lhe a técnica de massagem manual das mamas e a técnica do manejo da bomba manual, com o intuito de extrair o excesso de leite se necessário fosse, evitando a ingurgitação mamária, no domicílio, nos primeiros dez dias de puerpério.

Se a puérpera apresentasse fissuras, enquanto hospitalizada continuava a receber os mesmos cuidados e atenção de enfermagem recebidos antes do surgimento das mesmas, somente não era visitada a domicílio.

Na maternidade, no tratamento das fissuras, era seguida orientação médica, que consistia em aplicações tópicas de hipoglós, xilodase, merthiolate, mercúrio cromo, de acordo com os diversos médicos.

Antes da alta hospitalar orientava-se a puérpera nutriz sobre o cuidado com fissuras no domicílio: manter limpos e secos os mamilos e expô-los ao sol ou ao ar livre durante períodos de 30 minutos, três vezes ao dia. Na falta destas fontes, expor as mamas a mais ou menos 40 centímetros de uma lâmpada acesa; usar bico protetor quando as

fissuras forem acentuadas, continuar as aplicações de emulsão antisséptica oleosa.

Grupo Controle

A partir do momento em que não houvesse nenhuma puérpera do grupo experimental internada, eram selecionadas outras, antes da primeira mamada, de acordo com os critérios estabelecidos, para integrarem o grupo controle. Este critério fora adotado para evitar viciar a amostra.

Após a seleção, ou tão logo quanto possível, era preenchido o mesmo formulário aplicado para o grupo experimental, através de entrevista, introduzida por "raport" (anexo I e II).

Essas puérperas também recebiam sabonete neutro antisséptico para utilizar no banho e emulsão antisséptica oleosa para aplicar nos mamilos, a fim de amaciá-los e remover as crostas. Não lhes eram dadas orientação e assistência técnica específica quanto a técnica de aplicação dos produtos e técnica de amamentação. Para estas práticas, contavam com a assistência que era fornecida pela clínica.

A assistência da clínica, oferecida pelo hospital, inexistia ou era insignificante, consistindo apenas em alguma orientação e ajuda à puérpera, fornecida pelas funcionárias do berçário e da unidade de internação do puerpério. Nenhuma orientação e técnica eram ensinadas pela pesquisadora e pelas pessoas que colaboraram na pesquisa.

As puérperas eram visitadas diariamente uma vez ao dia, pela pesquisadora enquanto internada na materni-

dade, e duas vezes no domicílio, entre o 5º e 6º dia e 10º dia, desde que não apresentasse fissuras. As visitas à puérpera objetivavam observar o estado das mamas e mamilos, a fim de detectar a presença ou não de fissuras ou outras alterações. Se a puérpera apresentava fissuras durante a hospitalização, eram aplicados os mesmos tratamentos médicos prescritos para as puérperas do grupo experimental, conforme descrição anterior.

Ao surgir ingurgitação mamária, a domicílio, recomendava-se a extração do leite, mediante massagem manual ou com bomba manual, e o uso de calor (compressas quentes) nas mamas, antes da sucção ou extração do leite, para profilaxia da mastite.

As puérperas de ambos os grupos receberam para a higiene e profilaxia das fissuras mamilares, o seguinte material: sabonete neutro antisséptico, isento de agentes sensibilizantes ou irritantes, cuja essência é hipoalergênica, o que constitui garantia contra qualquer hipersensibilidade, para utilizar no banho diário; emulsão antisséptica oleosa que é emoliente hidratante e lubrificante da pele, para aplicar nos mamilos, e é regeneradora celular; combate as irritações e asperezas da pele; silicone, protetor contra agentes externos irritantes e óleos vegetais não saturados, restauradores do grau higroscópico da pele.

5.8 - Tratamento Estatístico

Foram utilizados os seguintes testes para análise dos dados estatísticos:

- 1 - Teste Exato de Fisher para verificar se a

hipótese de nulidade seria ou não aceita, relacionada com a proporção de puérperas com fissuras em ambos os grupos (SIEGEL²⁷) e testar se as proporções com incidência de fissuras diferiam ou não em relação à renda "per capita".

2 - Teste de Qui-Quadrado para verificar se os grupos são ou não homogêneos, no que concerne à variável peso do recém-nascido e estado dos mamilos antes da primeira mamada.

3 - Teste das variâncias para verificar se o tempo médio decorrido entre o parto e a primeira mamada difere ou não nos dois grupos.

4 - Teste das médias para verificar se existia ou não igualdade entre as médias observadas, utilizando-se o teste bi-caudal com 73 graus de liberdade a 5%. Tanto o teste das variâncias como o das médias basearam-se nas orientações de DIXON et alii¹³.

6. RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Para obtenção da amostra, foi feita uma análise sequencial, como recomenda WALD³¹, iniciando-se com um total de 30 puérperas nutrizas primíparas, divididas em dois grupos: 15 do grupo experimental e 15 do grupo controle. Conhecidas as primeiras variáveis, a amostra foi ampliada em mais 15 casos para cada grupo, perfazendo um total de 30 casos para ambos os grupos. Foi feito um novo estudo em que se concluiu ser necessário aumentar a amostra do grupo experimental, porque era muito pequena a incidência de fissuras no mesmo, em mais 15 casos, perfazendo um total de 45 puérperas.

Com esta amostra e com os resultados da incidência de fissuras mamilares nas puérperas nutrizas de ambos os grupos, experimental e controle (Tabela 1), achou-se aconselhável aplicar o Teste Exato de Fisher (SIEGEL²⁷).

TABELA 1

Número de puérperas dos grupos experimental e controle, com e sem fissuras.

Grupo \ Fissura	Não		Sim		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Controle	5	16,6	25	83,4	30	100,0
Experimental	30	66,7	15	33,3	45	100,0
T O T A L	35		40		75	

Sendo p_c a proporção de puérperas, sem fissuras, no grupo controle e p_e a proporção das mesmas, no grupo experimental, será testado, ao nível de 5% a sua significância:

$$H_0 \{p_c = p_e\}$$

$H_1 \{p_c < p_e\}$, isto é, foi testado se a proporção de mulheres, sem fissuras, no grupo controle é menor ou não, que a proporção no experimental. Foi usado o Teste Exato de Fisher (SIEGEL²⁷), obtendo-se o seguinte resultado:

• a probabilidade de ocorrência da tabela observada e das situações mais extremas (no sentido de H_1) foram calculadas em 0,00002. Isto é, rejeita-se a hipótese da nulidade, concluindo-se que a proporção de puérperas sem fissuras no grupo controle é menor que a mesma proporção no grupo experimental.

Analisando a tabela 1, verifica-se que das 30 puérperas do grupo controle, 25 (83,4%) tiveram fissuras e das

45 do grupo experimental, 15 (33,3%) foram portadoras desta intercorrência. Pode-se, portanto, concluir que a assistência específica de enfermagem influenciou, significativamente, no grupo experimental, reduzindo a incidência de fissuras mamilares.

GANS¹⁵ em sua pesquisa realizada no hospital de Lewishan, em London, obteve uma incidência de 82 (16%) fissuras em 522 anormalidades mamárias encontradas em 1027 puérras. A incidência obtida nesta pesquisa, comparada com os dados deste autor é bem mais alta, possivelmente, porque o país, a região e as circunstâncias climáticas e sócio-econômicas onde foi efetuado o estudo de GANS¹⁵, são diferentes dos de Florianópolis, SC.

A idade das puérperas variou de 15 a 31 anos no grupo experimental, e de 16 a 34 anos no grupo controle (tabela 2). Em ambos os grupos a maioria encontra-se na faixa etária de 15 a 25 anos.

TABELA 2

Distribuição etária das 45 puérperas do grupo experimental e 30 do grupo controle

Idade (em anos)	Experimental		Controle	
	nº	%	nº	%
15-20	28	62,2	12	40,0
20-25	11	24,4	15	50,0
25 e mais	6	13,3	3	10,0
TOTAL	45	100,0	30	100,0

Nota-se que nas puérperas do grupo experimental (tabela 3) houve um predomínio de puérperas jovens, na faixa etária de 15 a 20 anos, perfazendo um total de 28; destas, 11 (39,8%) tiveram fissuras. No grupo controle, na mesma faixa etária, estão situadas 12 puérperas, das quais 11 (91,7%) apresentaram fissuras. GANS¹⁵ relata ter encontrado um número um pouco maior de fissuras em mulheres com mais idade, o que difere dos resultados constatados neste trabalho.

Percebe-se, que nesta amostra as mulheres que não tiveram orientação e assistência específicas da pesquisadora, as fissuras incidiram em proporção muito elevada, comparada com a ocorrência das mesmas no grupo experimental. Portanto, parece que a atenção de enfermagem dispensada às puérperas do último grupo é responsável pela diminuição de fissuras. Como pode-se observar na tabela 3, a variável "idade" influenciou apenas no grupo controle.

No que diz respeito à cor (tabela 4), no grupo experimental 28 (62,3%) puérperas eram de cor branca, das quais 12 (42,8%) tiveram fissuras mamilares e 16 (57,2%) não as apresentaram; de 17 (37,7) não brancas, 3 (17,6%) tiveram fissuras e 14 (82,4%) não.

No grupo controle houve 23 (76,7%) puérperas brancas, das quais 21 (91,3%) tiveram fissuras mamilares. Neste grupo houve apenas 7 (23,3%) puérperas não brancas.

Segundo BOOKMILLER & BOWEN⁶ as mulheres ruivas têm a pele fina e delgada que predispõe a traumatismo e maceração dos mamilos. No atual estudo não houve a inclusão de puérperas ruivas; portanto não se pode fazer comparação entre os dois trabalhos, quanto a este dado.

GANS¹⁵, em seu estudo, mencionou que as mulheres de cor clara e cabelos loiros e vermelhos são mais susceptíveis a fissuras mamilares, porém quanto à cor dos cabelos relacionada com as fissuras referiu que a amostra foi insignificante, e sugeriu um estudo desta variável.

Nesta amostra (tabela 4), a cor não foi significan-

te para ambos os grupos, isto é, ela não interferiu na incidência de fissuras. Houve uma incidência de 21 (84,4%) fissuras nas puérperas de cor branca do grupo controle, onde não houve assistência específica de enfermagem por parte da pesquisadora; por outro lado, é pequeno o número de puérperas não brancas nesse grupo.

TABELA 4

Distribuição das 45 puérperas do grupo experimental e 30 do grupo controle, de acordo com a cor da pele, relacionando com a incidência de fissuras mamilares.

Cor	Grupos	Experimental				Controle							
		Sim		Não		Sim		Não		Total			
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%				
Branca		12	42,8	16	57,2	28	100,0	21	91,3	2	8,7	23	100,0
	%	80,0		53,4		62,3		84,0		40,0		76,7	
Não Branca		3	17,6	14	82,4	17	100,0	4	57,1	3	42,9	7	100,0
	%	20,0		46,6		37,7		16,0		60,0		23,3	
T O T A L		15	33,3	30	66,7	45	100,0	25	83,4	5	16,6	30	100,0
	%	100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0	

$$X^2_{\text{obs}} = 1,99 \text{ (} X^2 \text{ crítico à 5\% com 1 grau de liberdade 2 3,84) } X^2_{\text{obs}} = 2,38$$

Não significante para ambos os grupos.

Na tabela 5 há 30 (66,7%) puérperas no grupo experimental que têm a oitava série do primeiro grau completo; destas 20 (66,7%) não foram portadoras de fissuras; apenas 2 (4,4%) tem o segundo grau completo ou incompleto. No grupo controle houve 17 (56,7%) puérperas com a oitava série do primeiro grau completo e destas 15 (88,3%) tiveram fissuras, sendo que 6 (20,0%) têm o segundo grau completo ou incompleto.

Os níveis de escolaridade concentraram-se entre as que têm a quarta e oitava séries do primeiro grau; uma minoria que é analfabeta, e um número mínimo que tem o segundo grau completo ou incompleto. Pensou-se, inicialmente, que o nível de escolaridade poderia influir no aprendizado das puérperas do grupo experimental; porém, devido ao pequeno número de casos nestas classes, foi feito apenas estudo percentual.

Sugere-se que estudos futuros sejam efetuados para relacionar a escolaridade com a incidência de fissuras mamilares.

TABELA 5

Distribuição das 45 puérperas do grupo experimental e 30 puérperas do grupo controle, de acordo com o nível de escolaridade, relacionando-o com a incidência de fissuras mamilares.

Nível de Escolaridade	Experimental				Controle					
	Sim		Não		Sim		Não		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	
Analfabeta	1	50,0	1	50,0	2	100,0	-	-	1	100,0
	6,6		3,3		4,4		-		20,0	3,3
Até o 4º ano primário ou 4a. série do primeiro grau	4	36,6	7	63,7	11	100,0	5	83,4	1	16,6
	26,6		23,3		24,4		20,0		20,0	20,0
Até a 4a. série do ginásio ou 8a. do primeiro grau	10	33,3	20	66,7	30	100,0	15	88,3	2	11,7
	66,8		66,8		66,8		60,0		40,0	56,7
Curso colegial ou 2º grau completo ou incompleto	-	-	2	100,0	2	100,0	5	83,4	1	16,6
	-		6,6		4,4		20,0		20,0	20,0
T O T A L	15		30		45	100,0	25	83,4	5	16,6
	100,0		100,0		100,0		100,0		100,0	100,0

Na tabela 6, das 39 puérperas que executavam tarefas do lar (prendas domésticas), 26 (66,7%) não tiveram fissuras e 13 (33,3%) tiveram-nas. Apenas 6 (13,3%) exerciam outras ocupações e destas 4 (66,7%) não apresentaram fissuras. No grupo controle, das 19 (63,3%) que exerciam atividades domésticas, 15 (79%) apresentaram fissuras e das 11 (36,7%) que exerciam ou estavam enquadradas em outras ocupações, 10 (91%) tiveram fissuras.

No que concerne à ocupação das puérperas, nada se encontrou na literatura. Contudo, fez-se estudo percentual porque pensou-se na possibilidade de uma maior incidência de fissuras nas que executam tarefas de prendas domésticas (serviços do lar), que poderiam influir nos cuidados específicos às mamas.

Portanto, pode-se afirmar que a assistência de enfermagem, dispensada às puérperas primíparas do grupo experimental, influiu favoravelmente na profilaxia das fissuras ma milares.

TABELA 6

Distribuição das puérperas dos grupos experimental e controle, de acordo com a ocupação, relacionando com a incidência de fissuras mamilares.

Grupos	Experimental				Controle			
	Sim	Não	Total		Sim	Não	Total	
Fissuras	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Ocupação								
Prendas domésticas	13	33,3	26	66,7	15	79,0	4	21,0
%	86,7		86,7		60,0		80,0	63,3
Outras Ocupações	2	33,3	4	66,7	10	91,0	1	9,0
%	13,3		13,3		40,0		20,0	36,7
T O T A L	15	33,3	30	66,7	25	83,4	5	16,6
%	100,0		100,0		100,0		100,0	100,0

* Grandes Grupos: 3, 5 e 7/8/9

** Grandes Grupos: 0/1, 2, 3, 4, 5 e 7/8/9

Dos 45 recém-nascidos (tabela 7) de mães do grupo experimental, 24 (53,3%) tiveram peso inferior a 3349 gramas e 16 (66,7%) mães, cujos recém-nascidos tiveram esse peso, não possuíam fissuras; 21 (46,7%) recém-nascidos pesaram mais de 3350 gramas e destes, 14 (66,7%) mães não apresentaram fissuras. No grupo controle, 18 (60,0%) bebês foram arrolados com peso inferior a 3349 gramas e 15 (83,4%) mães cujos recém-nascidos possuíam esse peso, foram portadores de fissuras; 12 (40,0%) recém-nascidos, número relativamente menor, pesaram até 4350 gramas.

GANS¹⁵, em seu estudo, não associou a incidência de fissuras com o peso do recém-nascido, todavia informa que houve uma maior incidência de fissuras, nas puérperas cujos filhos eram do sexo masculino do que nas que tiveram bebês do sexo feminino, apresentando uma diferença de 50 para 32 casos. O autor¹⁵ sugere que esta diferença por sexo tenha ocorrido, possivelmente, devido a sucção mais vigorosa, atribuída ao maior peso dos recém-nascidos masculinos.

No presente estudo, não se colheram dados referen-

tes ao sexo, porém obteve-se o peso do recém-nascido (tabela 7); efetuada a análise estatística dos dados referentes ao peso do recém-nascido mediante o teste do Qui-Quadrado, percebe-se que não há diferença significativa de peso de um grupo para o outro, isto é, ambos se equivalem.

TABELA 7

Distribuição dos 75 recém-nascidos, filhos das puérperas dos grupos experimental e controle, de acordo com o peso ao nascer, relacionando-o com a incidência de fissuras mamilares.

Grupos	Experimental				Controle							
	Sim	Não	Total		Sim	Não	Total					
Peso ao Nascer	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%				
2350 / 3349 gramas	8	33,3	16	66,7	24	100,0	15	83,4	3	16,6	18	100,0
Fissuras %	53,3		53,3		53,3		60,0		60,0		60,0	
3350 / 4350 gramas	7	33,3	14	66,7	21	100,0	10	83,4	2	16,6	12	100,0
Fissuras %	46,7		46,7		46,7		40,0		40,0		40,0	
T O T A L	15	33,3	30	66,7	45	100,0	25	83,4	5	16,6	30	100,0
	100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0	

$X^2_{obs} = 0,01$ (significância ao nível de 5%) $X^2_{crit} = 3,84$

(os grupos são comparáveis)

Pelos dados registrados na tabela 8, percebe-se que 8 (53,7%) puérperas no grupo experimental e 15 (60,0%) no grupo controle, portanto, a maioria das que tiveram recém-nascidos com peso inferior a 3349 gramas, apresentaram fissuras mamilares.

Conforme já mencionado na discussão da tabela 7, os dados dessa amostra divergem dos apresentados por GANS¹⁵ que refere maior incidência de fissuras nas puérperas cujos recém-nascidos possuíam maior peso. Percebe-se que, nesta amostra (tabela 8) houve um predomínio de fissuras, nas puérperas cujos recém-nascidos tiveram o menor peso.

O teste Qui-Quadrado aplicado, relacionando o peso do recém-nascido com as puérperas que tiveram fissuras, em ambos os grupos, revelou que o fator peso não interferiu na incidência de fissuras.

Houve maior número de fissuras no grupo controle, o qual não teve assistência específica de enfermagem; ao que parece pode-se responsabilizar a omissão da referida assistência, por esse acontecimento.

TABELA 8

Distribuição das puérperas dos grupos experimental e controle, de acordo com as fissuras, relacionada com o peso do recém-nascido.

Peso (em gramas)	Grupos	Experimental		Controle		Total	
		nº	%	nº	%	nº	%
2350	—/—	8	34,8	15	65,2	23	100,0
	%	53,7		60,0		57,5	
3350	—/—	7	41,2	10	58,8	17	100,0
	%	46,6		40,0		42,5	
T O T A L		15	37,5	25	62,5	40	100,0
	%	100,0		100,0		100,0	

$$X^2_{Obs} = 0,01 \text{ (significância ao nível de 5\%)} \quad X^2_{crit} = 3,84$$

(não significativo)

Nas tabelas 9 e 10 pode-se analisar as relações existentes entre a incidência de fissuras mamilares e a renda "per capita". Aplicado o teste Exato de Fisher em ambos os grupos, as proporções com a incidência de fissuras não diferiram quanto à renda "per capita".

TABELA 9

Relação entre a incidência de fissuras mamárias e a renda "per capita" de 32 puérperas do grupo experimental.

Renda "per capita" \ Fissuras	Sim		Não		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
- 1 salário mínimo	7	24,1	22	75,9	29	100,0
+ 1 salário mínimo	1	33,3	2	66,7	3	100,0
T O T A L	8	25,0	24	75,0	32	100,0

$$P_{\text{observado}} = 0,59$$

TABELA 10

Relação entre a incidência de fissuras mamilares e a renda "per capita" de 21 puérperas do grupo controle.

Renda "per capita" \ Fissuras	Sim		Não		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
- 1 salário mínimo	13	81,3	3	18,7	16	100,0
+ 1 salário mínimo	4	80,0	1	20,0	5	100,0
T O T A L	17	81,0	4	19,7	21	100,0

$$P_{\text{observado}} = 0,30$$

A grande maioria da população estudada percebe renda "per capita" inferior a um salário mínimo: 29 (90,7%) e 16 (76,1%) puérperas, respectivamente nos grupos experimental e controle. A incidência de puérperas com fissuras no grupo controle foi 13 (81,3%) e 7 (24,1%) no grupo experimental (tabelas 9 e 10), o que parece provar, nesta amostra, que os cuidados de enfermagem aplicados no grupo experimental, foram responsáveis pela pequena incidência de fissuras no mesmo. O nível sócio-econômico, segundo a literatura consultada, não foi colocado pelos autores como possível causa de fissuras mamilares, o que se prende ao fato de não existir trabalho específico sobre este assunto. No entanto, cogitou-se da possibilidade de uma maior incidência destas, nas puérperas com renda "per capita" inferior a um salário mínimo, a qual entretanto, não interferiu.

Nas tabelas 9 e 10 não aparece o número total de casos estudados, porque houve puérperas que informaram não possuir renda familiar fixa, outras não sabiam informar ou então o casal não trabalhava; o total foi de 13, no grupo expe

rimental e 9 no grupo controle. Os casos foram desprezados por ocasião da análise estatística.

Quanto aos problemas mamilares referidos durante a gestação (tabela 11), no grupo experimental, de 16 problemas alegados por 13 puérperas, 5 (40%) corresponderam a fissuras mamilares no pós-parto. No grupo controle, de 4 puérperas que apresentaram fissuras durante a gestação, 3 (75,0%) tiveram incidência de fissuras após o parto. As 3 puérperas do grupo controle que referiram dor durante a gestação, também apresentaram fissuras mamilares durante o puerpério.

Houve puérperas que apresentaram problemas mamilares durante a gestação e, no entanto, com assistência e orientação após o parto, conseguiu-se com as do grupo experimental, que 60,0% delas (tabela 11) não portassem fissuras e, no grupo controle 22,2% não as tiveram. Percebeu-se, ao analisar esta tabela, que o grupo experimental apresentou menos fissuras do que o grupo controle.

Cogitava-se que aquelas puérperas que apresentavam problemas mamilares durante a gestação, tê-los-iam 100% repetidos, sobretudo se aqueles fossem fissuras, embora não se contasse com dados literários; contudo, mediante os resulta-

dos obtidos nesta amostra, observa-se que quem já teve fis
suras, nem sempre as terá repetidas em puerpérios posterio-
res.

TABELA 11

Problemas mamilares durante a gestação, alegados por 13 puérperas do grupo experimental e 8 do grupo controle, relacionados com a incidência de fissuras mamilares no puerpério.

Grupos	Experimental				Controle			
	Sim nº	%	Não nº	%	Sim nº	%	Não nº	%
Problemas	Total		Total		Total		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Dor	1	16,7	5	83,3	3	100,0	-	-
%	20,0		45,8		42,9		-	33,3
Prurido	2	50,0	2	50,0	1	100,0	-	-
%	40,0		18,1		14,2		-	11,1
Fissuras	2	50,0	2	50,0	3	75,0	1	25,0
%	40,0		18,1		42,9		50,0	44,5
Crostas acentuadas	-	-	1	100,0	-	-	-	-
%	-		9,0		-		-	-
Outros	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
%	-		9,0		-		50,0	11,1
TOTAL	5	40,0	11	60,0	7	77,8	2	22,2
%	100,0		100,0		100,0		100,0	100,0

Na tabela 12 observa-se que de 75 puérperas, 54 (72%) tiveram os mamilos normais e 21 (28,0%) tiveram os mamilos alterados antes do início da amamentação, sendo 16 destas do grupo experimental. Aplicou-se o teste Qui-Quadrado (SIEGEL²⁷) e verificou-se que não há diferença significativa entre os grupos experimental e controle em relação ao estado dos mamilos, antes da primeira mamada.

TABELA 12

Distribuição das 45 puérperas do grupo experimental e 30 do grupo controle de acordo com o estado dos mamilos antes da primeira mamada.

Estado dos mamilos Grupos	Normal		Alterado		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Experimental	29	64,4	16	35,6	45	100,0
Controle	25	83,3	5	16,7	30	100,0
T O T A L	54	72,0	21	28,0	75	100,0

$$X^2_{\text{obs}} = 2,32 \text{ (significância ao nível de 5\%)} \quad X^2_{\text{crit}} = 3,84$$

No grupo experimental houve 16 (35,6%) puérperas com mamilos alterados, isto é, com crostas ou sujidades, e no grupo controle houve 5 (16,7%) alterações mamilares, o que denota a deficiência de higiene corporal das mesmas (tabela 12).

Constatou-se que das 29 puérperas do grupo experimental que apresentavam mamilos normais, 21 (72,4%) não tiveram fissuras e 8 (27,6%) as apresentaram; da 16 que possuíam mamilos alterados (sujos com crostas ou somente com crostas) por ocasião da entrevista, 7 (43,7%) tiveram fissuras, a estas puérperas foram administrados cuidados de higiene e orientações com o objetivo de evitar a formação de ragádias. Percebe-se que os cuidados de higiene, ainda que aplicados somente no puerpério, foram eficientes, pois 9 (56,3%) puérperas do grupo experimental com mamilos alterados, não apresentaram fissuras. No grupo controle, de 25 (83,4%) puérperas com mamilos normais, porém sem a assistência e a orientação devidas, houve 22 (88,0%) puérperas com fissuras e dos 5 (16,6%) casos que estavam com os mamilos alterados, (sujos com crostas ou com crostas), 3 (60,0%) desenvolveram fissuras (tabela 13).

TABELA 13

Distribuição das 45 puérperas do grupo experimental e 30 do grupo controle, de acordo com o estado de higiene dos mamilos, constatados na primeira mamada, relacionando com a incidência de fissuras mamilares.

Grupos	Experimental				Controle							
	Sim nº	%	Não nº	Total nº %	Sim nº	%	Não nº	Total nº %				
Higiene dos mamilos												
Normal ¹	8	27,6	21	72,4	29	100,0	22	88,0	3	12,0	25	100,0
	%	53,3	70,0	64,5				88,0	60,0		83,4	
Alterado ²	7	43,7	9	56,3	16	100,0	3	60,0	2	40,0	5	100,0
	%	46,7	30,0	35,5				12,0	40,0		16,6	
T O T A L	15	33,4	30	66,7	45	100,0	25	83,3	5	16,7	30	100,0
	%	100,0	100,0	100,0				100,0	100,0		100,0	

1. Normal: limpo, sem crosta e/ou outras alterações

2. Alterado: sem alterações patológicas, porém com presença de crostas e/ou sujidades.

Quanto ao tempo decorrido do nascimento até o início das mamadas, percebe-se, segundo a tabela 14, que no grupo experimental 24 (53,4%) puérperas, ou seja, a maioria, iniciaram as mamadas entre 10 e 15 horas, e dessas, 18 (75,0%) não apresentaram fissuras; na classe na qual o início iniciou entre 5 a 10 horas, houve 18 puérperas, das quais 12 (66,7%) não foram portadoras de fissuras. No grupo controle, houve 13 (43,4%) puérperas, na classe de 10 a 15 horas para iniciar a sucção, com uma incidência de 11 (84,6%) com fissuras.

Pela revisão da literatura observou-se que há muitas divergências entre os autores quanto ao início da sucção. Os tempos indicados por^{9, 19, 20, 21, 29 e 32} vão desde o amamentar na própria sala de parto, logo após a dequitação, até um espaço de 24 horas após o nascimento; contudo nenhum dos autores referidos, relaciona fissuras com início da sucção.

TABELA 14

Distribuição das 45 puérperas do grupo experimental e 30 do grupo controle, de acordo com o início da mamada após o nascimento, relacionando-o com a incidência de fissuras mamilares.

Início da mamada	Grupos	Experimental				Controle				
		Sim nº	%	Não nº	%	Sim nº	%	Não nº	Total nº %	
Menos de 5 horas		1	100,0	-	-	1	100,0	-	-	-
	%	6,7		-	2,2			-	-	
5 /— 10 horas		6	33,3	12	66,7	18	100,0	1	10,0	10 100,0
	%	40,0		40,0		40,0		20,0		33,3
10 /— 15 horas		6	25,0	18	75,0	24	100,0	2	15,4	13 100,0
	%	40,0		60,0		53,4		40,0		43,4
15 /— 20 horas		2	100,0	-	-	2	100,0	2	33,3	6 100,0
	%	13,3		-		4,4		40,0		20,0
20 /— 25 horas		-	-	-	-	-	-	1	100,0	1 100,0
	%	-		-		-		4,0		3,3
TOTAL		15	33,3	30	66,7	45	100,0	25	83,3	30 100,0
		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0

A fim de verificar se o tempo médio decorrido entre o parto e a primeira mamada diferia ou não nos dois grupos (tabela 14), procedeu-se ao Teste das Médias dos tempos observados em cada grupo, isto é, testou-se a 5%.

$$H_0 \{t_E = t_c \quad \text{contra}$$

$$H_1 \{t_E \neq t_c$$

onde t_E e t_c são os tempos médios entre o nascimento e a primeira mamada, medidos nos grupos experimental e controle, respectivamente. Testou-se também, inicialmente, se a variância de tempo decorrido nos dois grupos diferia ou não. Isto é testou-se a 5%.

$$H_0 \{S_E^2 = S_c^2 \quad \text{contra}$$

$$H_1 \{S_E^2 \neq S_c^2$$

onde S_E^2 e S_c^2 são as variâncias de tempo decorrido entre o nascimento e a primeira mamada, no grupo experimental e controle, respectivamente. Em ambos os testes seguiu-se as especificações de DIXON et alii¹³, como segue:

1) Teste das Variâncias

Os estimadores das variâncias de tempo decorrido entre o nascimento e a primeira mamada são:

$$S^2_C = 41056,35 \text{ para o grupo controle e}$$

$$S^2_E = 27886,47 \text{ para o grupo experimental}$$

respectivamente com 29 e 44 graus de liberdade.

$$F_{obs} = \frac{41056,35}{27886,47} = 1,47$$

Região de aceitação da distribuição F com 29 e 44 graus de liberdade: 0,488 - 1,94. Portanto aceita-se a igualdade das variâncias.

2) Teste das Médias

Empregou-se a fórmula relativa ao Teste de Médias com desvios padrão conhecidos, porém iguais, dado o resultado acima sobre o Teste das Variâncias.

As médias estimadas foram:

$$t_E = 642,07$$

$$t_C = 697,17$$

A estatística observada resultou em

$$t_{obs} = 1,28$$

E sendo a região crítica da distribuição "t" com 73 graus de liberdade a 5% num teste bicaudal: - 1,98 - 1,98 aceita-se a igualdade entre as médias observadas.

Após estes estudos estatísticos, conclui-se que embora tenha havido horários diferentes para o início da sucção, os grupos são homogêneos. Portanto, isto leva a aceitar que a menor incidência de fissuras no grupo experimental está estritamente relacionada com os procedimentos de enfermagem aplicados a estas puérperas.

Analisando os dados da tabela 15, pode-se verificar que as puérperas do grupo experimental tiveram o cuidado de seguir a orientação dada pela pesquisadora quanto aos procedimentos de enfermagem gerais e específicos (mamas e mamilos). Nota-se que das 30 (66,7%) puérperas que não tiveram fissuras mamilares, 14 (46,7%) desempenharam 100 ou mais procedimentos de enfermagem aprendidos, e 16 (53,3%), menos de 100. Essas puérperas deixaram de realizar poucas vezes os procedimentos indicados, não havendo nenhuma na categoria "100 ou mais". Já, duas puérperas na categoria "100 ou mais", em que não houve aplicação dos procedimentos de enfermagem, apresentaram fissuras mamilares.

TABELA 15

Procedimentos de auto cuidados desempenhados pelas 45 puérperas primíparas do grupo experimental, observadas na maternidade e no domicílio, relacionadas com a incidência de fissuras mamilares.

Procedimentos de auto cuidados desempenhados	S I M			N Ã O			
	menos de 100	%	nº	100 ou mais	%	nº	total
Fissuras Mamilares							
SIM	8	53,3	7	46,7	15	100,0	15
	33,3		33,3		33,3		33,3
NÃO	16	53,3	14	46,7	30	100,0	30
	66,7		66,7		66,7		66,7
T O T A L	24	53,3	21	46,7	45	100,0	45
	100,0		100,0		100,0		100,0

No anexo VIII observam-se os procedimentos de enfermagem executados pelas puérperas, após estas terem tido orientações dos mesmos.

Houve diferenças quanto ao número de observações de uma puérpera para outra devido as seguintes razões. 1) início tardio da sucção por exame físico que era realizado com atraso pelo médico berçarista ou porque o recém-nascido continuava a eliminar secreções orofaríngeas por várias horas após o nascimento; 2) recém-nascido que fazia algumas sessões de fototerapia. Os bebês nestas situações ou quando apresentavam vômitos não eram amamentados ao seio; 3) bebês que não manifestavam fome ou vontade de comer; 4) as mães que recebiam alta precocemente ou que eram acometidas por fissuras antes da alta hospitalar, o que levava a não visitaçãõ a domicílio.

De um modo geral observou-se que houve um grande interesse pelo aprendizado e cumprimento das técnicas.

A lavagem das mãos, salientada por^{6, 29 e 32} foi a técnica que apresentou 174 inobservâncias, o que representa o maior número de inobservações dos auto-cuidados registrados.

A alternaçãõ das mamas foi outra técnica que requereu maior reorientaçãõ; incidiram 90 observações de execução incorreta.

Ocupou o terceiro lugar na não execução de técnicas, a eructaçãõ do recém-nascido após a sucção; não houve cumprimento em 86 observações.

Percebeu-se que havia mulheres que não tinham hábito de usar sutiã, e outras que não o usavam porque o mesmo

ficara pequeno, e às vezes, até porque não havia dinheiro para adquiri-lo, razão pela qual houve observações repetidas com o "não uso do sutiã", levando a pesquisadora a improvisá-lo com faixa de crepon ou fralda.

Com os estudos feitos neste trabalho, pode-se deduzir que a assistência especial de enfermagem finalidade primeira da pesquisa, influiu significativamente na redução da incidência de fissuras mamilares.

7. CONCLUSÕES

Diante dos dados apresentados, concluiu-se o seguinte:

- A orientação e os cuidados de enfermagem específicos às mamas e mamilos, ministrados à puérpera nutriz, primípara, do grupo experimental, contribuiu para diminuir a incidência de fissuras mamilares, portanto, aceita-se a hipótese formulada.

- A idade das puérperas de ambos os grupos, experimental e controle, concentrou-se entre 15 e 25 anos. Esta variável influenciou na incidência de fissuras mamilares, apenas nas puérperas nutrizas primíparas do grupo controle. Isto leva a concluir que a orientação e os cuidados de enfermagem específicos às mamas e mamilos foram responsáveis pela diminuição de fissuras mamilares no grupo experimental.

- As variáveis intervenientes, cor, escolaridade, ocupação, renda "per capita", peso do recém-nascido, problemas nos mamilos durante a gestação, condições de higiene antes da primeira mamada e tempo decorrido entre o nascimento e a primeira mamada, não influenciaram na incidência de fissuras

mamílares, nas puérperas nutrízes primíparas, de ambos os gru
pos.

8. RESUMO

Reverendo a literatura de enfermagem e de medicina, a chou-se referências de diversos autores sobre cuidados, no sentido de preparar as mamas e mamilos; porém, especificamente, sobre fissuras mamilares e sua prevenção, não se encontrou nada similar ao que ora está se apresentando, razão da proposição deste trabalho, com objetivo de estudar a possibilidade de influir na incidência de fissuras.

Da pesquisa, participaram 75 puérperas nutrizes primíparas, que estiveram internadas nas unidades de puerpério normal de duas maternidades. Procedeu-se o estudo, após o parto normal, com mães que tivessem condições e desejavam amamentar no peito, seu filho, pelo menos durante os dez primeiros dias de puerpério. Elas foram divididas em dois grupos: experimental, 45 puérperas e controle, 30 puérperas. Nas puérperas do grupo experimental foram aplicadas uma série de técnicas (assistência especial de enfermagem), com supervisão diária, enquanto internadas, acrescidas de duas visitas domiciliárias para ambos os grupos, entre o quinto e o sexto dia e o décimo dia de puerpério, se não ocorressem fissuras.

O grupo controle contou apenas com a assistência da clínica, recebendo a puérpera uma visita diária da pesquisadora, enquanto internada, para detectar fissuras.

Em relação às variáveis observadas ambos os grupos foram homogêneos.

Foi confirmada positivamente a primeira hipótese de que a assistência de enfermagem oferecida às puérperas do grupo experimental influi na diminuição de fissuras mamilares.

Em relação à segunda hipótese, verificou-se a influência do fator idade na maior incidência de fissuras, apenas nas nutrizes primíparas do grupo controle.

9. ABSTRACT

References of several authors about careful preparation of the breast for lactation were found in the review of the literature in nursing and medicine, but nothing similar to what is being presented was found specifically about nipple fissures and their prevention, which motivated the proposition of this study with the objective of studying the possibility of affecting the incidence of fissures.

The research was carried out with seventy five nursing primiparae in the puerperium who were hospitalized in the unities of normal puerperium of two maternity hospitals. The study was carried out with mothers who, after normal child birth, had the conditions and wished to nurse their children, at least for the first ten days of the puerperium. These mothers were divided into two groups: the experimental group, with forty five (45) women, and the control group, with thirty (30) women.

With those women of the experimental group a series of techniques (special nursing assistance) were applied with daily supervision while they were in hospital and, to both

groups, two more home visits were paid between the fifth and sixth day and in the tenth day of puerperium, whenever there were no occurrences of fissures.

The control group counted only with the general assistance of the clinic, receiving each mother, while in hospital, a daily visit of the researcher, to detect fissures.

With relation to the variables observed, both groups were homogenous.

The first hypothesis, i. e., that the nursing assistance offered to the nursing primiparae of the experimental group influences in the decrease of nipple fissures, was confirmed.

With relation to the second hypothesis the variable age influenced in the incidence nipple fissures, but only in the nursing primiparae of the control group.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. APPLEBAUM, R. M. The Physician and a Commonsense Approach to Breast-Feeding. Southern Medical Journal, 63. 793-9, Jul. 1970.
2. BAUM, D. Nutritional value of human milk. Obstetrics and gynaecology, 37 (1): 126-9, Jan. 1971.
3. BENSON, R. C. O puerpério. In: _____ Manual de Obstetrícia & Ginecologia. 3. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1970. cap. 8, p. 182,99.
4. BETHEA, D. C. Cuidados de enfermagem durante el puerpério. In: _____. Enfermería materno-infantil. 2. ed. México, Interamericana, 1977. cap. 14, p. 150-78.
5. BLAIKLEY, J. et alii. Breast Feeding: Factors Affecting Success. Journal obstetrics and Gynaecology Britanic Contemporary 60: 657-69, 1953.
6. BOOKMILLER, M. M. & BOWEN, G. L. Assistência durante o puerpério. In: _____. Enfermería Obstétrica. 5. ed. México, Interamericana, 1959. cap. 32, p. 396-425.
7. BRASIL. Ministério do Trabalho. Documento básico do trabalho para estudo da estrutura da classificação brasileira de ocupações. Rio de Janeiro, 1974 (mimeo-grafado).

8. BRIQUET, R. Recém-nascido. In: _____. Obstetrícia normal. 2. ed. São Paulo, 1970. cap. 12, p. 419-31.
9. BROWNING, M. & LEWIS, E. P. Feeding the newborn. In: _____. Nursing Interventions Contemporary Nursing Series. New York, American Journal of Nursing Company, 1973. cap. 4, p. 177-210.
10. BROWN, M. S. & HURLOCK, J. T. Preparation of the Breast for Breastfeeding, Nursing Research, 24(6): 448-52 Nov/Dec, 1973.
11. COSTA, C. C. Puerpério. In: _____. Enfermagem Obstétrica e Ginecológica. 2. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1955. cap. 33, p. 141-7.
12. DAVIES, P. A. Feeding in the early weeks. Midwives Chronic & Nursing Notes, 87: 242-4, Jul. 1974.
13. DIXON, W. J. & MASSEY Jr. F. J. Introduction the statistical analysis. 2. ed. New York, McGraw Hill, 1957. p. 106-119.
14. EVANS, R. T. et alii. Exploration of factors involved in maternal physiological adaption to breastfeeding. Nursing Research, 18(1). 28-33, Jan/Feb, 1969.
15. GANS, B. Breast and nipple in early of lactation. British Medical Journal: 830-2, Oct. 4, 1958.
16. GREENHILL, J. P. & FRIEDMAN, E. A. Doenças das mamas. In: _____. Obstetrícia. Trad. Joseph B. De Lee, Rio de Janeiro, Interamericana, 1974, cap. 71. p. 742-3.
17. GRELLE, F. C. Patologia da lactação. In: _____. Obstetrícia. Rio de Janeiro, Atheneu, 1970. cap. 73, p. 541-8.
18. GUNTHER, M. Sore nipples causes and prevention. Lancet: 590-3, Nov, 1945.
19. HAMILTON, M. P. Assistência Pós-parto. In: _____. Assistência Maternoinfantil de Enfermeria. México, Interamericana, 1970. cap. 11, p. 195-212.

20. KNAFL, K. Conflicting perspectives on Breast Feeding. American Journal of Nursing 74(10) 1848. 51, Oct, 1974.
21. LINHARES, E. Mamas e Lactação. In: REZENDE J. Obstetrícia. 3. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974, p. 336-8.
22. _____. Distúrbios da lactação. Mastites. In: REZENDE, J. Obstetrícia. 3. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974. p. 867-73
23. MILES, M. F. Breast feeding. Bottle feeding. In: _____. A textbook for midwives. 7. ed. Baltimore, 1971. cap. 29. p. 506-33.
24. NEWTON, M. & NEWTON, N. R. Pospartum Engorgement of the Breast. American Journal Gynaecology, 61(3): 664-7 Mar. 1951.
25. REEDER, S. R. et alii. Cuidados de enfermagem durante el puerpério. In: _____. Enfermería Materno Infantil. Trad. Luisa Contreras da. 13. ed. inglesa. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1978. cap. 19, p. 775-81.
26. REZENDE, J. & KAMNITZER, M. B. O puerpério. In: REZENDE J. Obstetrícia. 3. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974. Cap. 18, p. 324-38.
27. SIEGEL, S. Estatística não paramétrica. São Paulo, McGraw Hill, 1975. p. 107.
28. SLEIGH G. & OUNSTED, M. Present-day practice in infant feeding, Lancet, 1(7909): 753, Mar. 29. 1975.
29. SOFFER, R. A. The basic of Breastfeeding. Nurs Care, 7 (3): 6-12, Mar. 1974.
30. SUNDBERG, A. I. The value of antenatal massage of nipples and expression of colostrum. Journal Obstetric and Gynaecology British Commonw Empire, 65: 448-9, Jun. 1958.

31. WALD, A. Sequential analysis. New York, John Wiley e Sons, 1947.
32. ZIEGEL, E. & VANBLARCON, C. C. Feeding the newborn.
In: _____. Obstetric nursing. 6 ed. New York, Collier-Macmillan, 1972. cap. 20, p. 611-64.

11. ANEXOS

ANEXO 1

FORMULÁRIO

MaternidadeGrupo experimental () nº.....

Grupo controle.... () nº.....

Data do partoHora do parto.....

Peso do recém-nascido..... Apgar.....

Cor da pele: branca ()

preta ()

parda ()

amarela ()

I - Dados gerais

Nome

1. Quando a senhora nasceu?

data..... idade em anos

2. Qual é o endereço atual da senhora?

Rua.....nº..... bairro.....

dados de referência.....

.....

3. A senhora frequenta ou frequentou escola?

sim ()

não () passar para a questão 5

4. Até que ano da escola a senhora completou?

- analfabeta()
- até o 2º ano primário ou 2ª série do 1º grau()
- até o 4º ano primário ou 4ª série do 1º grau()
- até a 2ª série do ginásio ou 6ª série do 1º grau....()
- até a 4ª série do ginásio ou 8ª série do 1º grau....()
- curso colegial ou 2º grau completo.....()
- faculdade ou curso superior incompleto.....()
- faculdade ou curso superior completo.....()

5. A senhora pode dizer qual a sua profissão?

- prendas domésticas (trabalho do lar) ()
- doméstica () outras () qual?.....

6. Quanto o seu marido ganha por mês?.....

7. Quanto a senhora ganha por mês?.....

8. Há outras pessoas na família que trabalham? sim() não ()

- Quantos trabalham?..... Quanto recebem?.....

9. Qual a renda familiar mensal?

- menos de um salário mínimo.....()
- um a dois salários mínimos.....()
- dois a três salários mínimos.....()
- quatro a cinco salários mínimos.....()
- cinco a seis salários mínimos.....()
- seis ou mais salários mínimos.....()

10. Quantas pessoas dependem desta renda?

II - Cuidados com os mamilos

11. Durante a gestação a senhora apresentou algum problema no bico dos seios?. sim () não () passar para a questão 13.

12. Que tipo de problemas a senhora apresentou no bico dos seios?

- feridas com casquinhas (eczemas) () dor ()
- rachaduras ou "calor de figo"... ()
- outros () quais?

13. A senhora teve algum cuidado especial com o bico dos seios durante a gestação?

- sim () quais?
- não ()

ANEXO II

"Rapport" (1)

Grupo Experimental

Dona(chamar pelo nome)

Estamos fazendo um trabalho para verificar a possibili
dade de diminuir o "calor do figo" (fissura ou rachadura de
"bico de seio") que tanto incomoda a mãe que amamenta.

Assim, faremos uso de sabonete e de um creme especial,
além de uma série de cuidados que lhe serão ensinados.

A senhora contará com a assistência diária especial por
ocasião das mamadas, enquanto permanecer na maternidade e de
pois será visitada, em casa, nos primeiros dez dias de pós-
parto, onde a assistência necessária lhe será fornecida. Não
necessita se preocupar com pagamento, pois receberá gratuita
mente sabonete e creme que forem utilizados; precisa apenas
responder algumas perguntas, que lhe forem formuladas, para
que possamos assistí-la melhor.

Pode ficar tranqüila a respeito dos dados que fornecer,
pois nada será divulgado a seu respeito.

A senhora desejaria formular alguma pergunta? Necessita
de mais informações?

Se não há necessidade de maiores esclarecimentos, agra
decemos a sua atenção e antecipadamente a colaboração.

Grupo Controle

Dona..... (chamar pelo nome)

Está-se fazendo um trabalho para verificar a possibilidade de diminuir o "calor de figo" (fissura ou rachadura de "bico de seio") que tanto incomoda a mãe que amamenta.

Para tal estudo fornecer-se-ã um sabonete para usar no banho, e creme especial para aplicar nos "bicos dos seios" . Estes produtos lhe serão fornecidos gratuitamente, não precisando pagá-los. Necessita apenas, responder algumas perguntas que lhe forem feitas para que se possa visitá-la em casa, e vê-la aqui diariamente. Pode ficar tranqüila em relação aos dados que fornecer, porque nada a seu respeito será publicado.

A senhora desejaria formular alguma pergunta? Necessita de mais informações?

Se não há necessidade de maiores esclarecimentos, se agradece a sua atenção e antecipadamente, a colaboração.

(1) De acordo com o nível cultural da primípara, ao iniciar a entrevista, a pesquisadora explicava, pessoalmente, todos os detalhes da pesquisa, em linguagem acessível, facilitando assim o entendimento do mesmo.

ANEXO III

PRONTUÁRIO DE ENFERMAGEM

grupo controle ()

grupo experimental ()

DATA	HORA	CONDIÇÕES DOS MAMILOS	OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANEXO IV

A - Orientações à puérpera nutriz quanto aos cuidados que de
verá ter com suas mamas e "bicos dos seios"

Dona (nome)

Para evitar o "calor de figo" é importante que a senhora
tenha os seguintes cuidados diários:

1. Lavar bem as mãos com água e sabonete neutro (fornecido pela pesquisadora), antes de tocar nas mamas.
2. Dez minutos antes do banho, passar "creme oleoso" nos "bicos dos seios", espalhando com os próprios dedos atr
vés de massagem suave, até o completo desaparecimento na pele.
3. Passados dez minutos após a aplicação do "creme oleoso" , tomar banho geral de chuveiro ou de caneca, derramando a água sobre o corpo. Utilizar uma esponja de espuma ou um : pano limpo e macio, ensaboando com sabonete neutro. Es
fregar novamente as mamas e os "bicos dos seios", man
tendo-os ensaboados, bem como o corpo, durante dois minutos e somente depois enxaguar.
4. Remover todas as crostas ou "casquinhas" do leite, ade
rentes (presos) ao "bico dos seios", com a esponja ou pa
no usado para o banho.
5. Terminado o banho, enxugar bem as mamas e os "bicos dos seios" com toalha de banho individual.

6. Trocar de sutiã, sempre que estiver úmido de leite, a fim de manter as mamas e "bicos dos seios" limpos e secos, evitando que se desenvolvam germes que produzem doença.
7. Usar sempre sutiã com alças curtas, que adapte bem às mamas, suspendendo-as sem comprimi-las.
8. Manter um paninho macio ou uma gaze entre o "bico dos seios", e o sutiã, a fim de protegê-los, conservando-os sempre secos. Este paninho deve ser removido, sempre que estiver úmido.
9. Passar novamente o "creme oleoso" após a última mamada do dia, isto é, à noite.

B - Orientação quanto ao preparo das mamas e "bicos dos seios" para a amamentação.

Dona (nome)

Para evitar certos problemas no "bico dos seios", tais como ressecamento e rachaduras ou "calor de figo", é importante que a senhora cuide das mamas e "bicos dos seios" da seguinte maneira, ao amamentar seu bebê:

- Lavar as mãos antes de cada amamentação.
- Fazer limpeza do "bico do seio", com bola de algodão embebida em água fervida, antes e após a mamada.
- Secar bem as mamas e "bicos dos seios" com uma toalha de banho ou um pano limpo de uso individual.
- Adotar a técnica correta de amamentação, descrita abaixo:

a) posição deitada para amamentar: a senhora deve ficar na posição que lhe for mais confortável. Para isso deve ter os seguintes cuidados:

1. colocar um travesseiro dobrado ou dois travesseiros não muito altos debaixo da cabeça para que a senhora possa controlar a sucção do bebê;
2. colocar o bebê sob a curva do seu braço, do lado da mama que ele vai sugar;
3. aconchegar o bebê na mesma altura da mama que ele vai sugar para que possa introduzir, além do "bico do seio", a maior parte da aréola mamária em sua boca, evitando a formação de rachaduras ou "calor de figo"

no bico dos seios;

4. se houver dificuldade na pegada (bebê sonolento), fazer movimentos de esfrega do mamilo sobre os lábios do bebê a fim de desencadear o reflexo da procura;
5. firmar o mamilo oferecido, entre os dedos indicador e médio;
6. apertar a mama com o dedo indicador para que o bebê consiga respirar.

b) posição sentada para amamentar: a senhora deve ter os seguintes cuidados:

- pegar o bebê sobre o mesmo braço, anexo à mama que ele irá mamar;
- sentar-se em uma poltrona ou cadeira confortável para amamentar, isso dará maior conforto para a senhora e para o bebê;
- colocar um travesseiro sobre o seu colo, de encontro ao braço da poltrona, colocando seu braço sobre o travesseiro para que consiga aconchegar melhor o seu bebê à mama; a boca dele deve estar na mesma altura do bico do seio;
- apoiar os pés sobre um banquinho ou caixa de madeira de quinze a vinte centímetros de altura;
- seguir os itens 4,5 e 6 da posição deitada;
- colocar o dedo indicador no canto da boca do bebê e aplicar uma pequena tração em seu queixo, para que ele solte o mamilo, quando a senhora quiser removê-lo de uma mama para outra ou suspender a ama

mentação;

- permanecer em ambiente calmo e tranquilo para amamentar seu filho.

c) tempo necessário para amamentar ao seio e outras normas técnicas:

- iniciar a amamentação, deixando o bebê sugar durante cinco minutos em cada mama na primeira mamada durante o primeiro dia;
- no segundo dia aumentar para dez (10) minutos em cada mama, por mamada;
- no terceiro dia aumentar para quinze (15) minutos em cada mama;
- transcorridos os três primeiros dias, se tiver bastante leite, pode deixar o bebê mamar mais à vontade, porém sem abusar. Por exemplo: dormir e deixar o bebê sugar o seio;
- colocar o bebê em todas as mamadas, nas duas mamas;
- marcar com uma pequena tira de esparadrapo a mama que ofereceu por último ao bebê;
- oferecer sempre em primeiro lugar a mama que ele sugou por último na mamada anterior, isto é, a mama que está com esparadrapo;
- quando retirar o bebê do seio deve encostá-lo em pé, ao longo do seu corpo, por uns cinco minutos para que ele arrote.

OBSERVAÇÃO: Se por acaso, antes de receber a visita da pesquisadora, a senhora perceber que o seu "bico ' dos seios" está doendo ou aparecer vermelhidão e rachadura ("calor de figo") peço que me avise no endereço abaixo para que possa visitá-la e ajudá-la.

LEONITA S. SEIBEL

Rua: Almirante Lamego, 57 - apto. 102

Fone: 22-5331

ANEXO V

Treinamento das observadoras

As técnicas e auxiliares de enfermagem foram treinadas, previamente, para observar as puérperas do grupo experimental durante os horários de mamada, na ausência da pesquisadora. Os seguintes aspectos técnicos, baseando-se no que era ensinado à puérpera nutriz do grupo experimental, conforme anexo IV, teriam de ser observados:

- Lavação das mãos antes de tocar no bebê;
- Limpeza dos mamilos antes e após as mamadas;
- Uso correto do sutiã, conforme instrução;
- Posição que a nutriz adotava para a amamentação;
- Observância do tempo de duração da mamada;
- Oferecimento dos dois seios, em cada mamada, com alternância dos mesmos;
- Transferência do bebê de uma mama para outra e/ou remoção do seio no final da mamada;
- Observância dos intervalos das mamadas;
- Eructação do bebê.

As observadoras registrarão o resultado das observações no anexo VI, o qual foi simplificado para facilitar o trabalho.

Foi convencionado o (x) para assinalar os itens executados corretamente, o (-) quando o cuidado não for oferecido, ou oferecido incorretamente, e o (P) = prejudicado quan

do o bebê não apreendeu os mamilos e não sugou, apesar dos esforços maternos (bebê sonolento).

As puérperas serão observadas em todos os horários de mamada, das 6 às 21 horas, num total de seis observações diárias. Haverá uma diferença no número de observações de uma puérpera para outra, devido as seguintes razões: recém-nascidos que estiverem fazendo alguma sessão de fototerapia, ou que tiverem vomitado no berçário ou junto à mãe antes da mamada, não serão amamentados, permanecerão, ou serão devolvidos ao berçário; haverá recém-nascidos sonolentos ou morosos para fazerem a apreensão do mamilo ou talvez não suguem, o que prejudicará alguns itens de observação como: duração da mamada, revezamento de mama ou remoção do bebê do seio.

A observação da puérpera quanto à observância dos itens 1,2,7 e 8 do anexo IV será efetuada pela pesquisadora.

ANEXO VI

Relatório das observações de enfermagem dos autocuidados aplicados às mamas, pelas puérperas nutrizes, do grupo experimental.

cia	Passou creme oleoso nos mamilos conforme orientação	Tomou banho com sabonete neutro	Lavou as mãos antes de tocar no bebê	Limpou os mamilos antes da mamada	Limpou os mamilos após a mamada	Usa corretamente o sutiã conforme orientação	Adota posição correta para amamentar	Observou tempo de duração da mamada conforme instrução	Ofereceu as duas mamas na mesma mamada	Alterna as mamas	Retira corretamente o bebê do mamilo	Observa os intervalos das mamadas 3/3 horas	Deixa o bebê arrotar após a mamada	Mamilos limpos e sem crostas	Mamilos sem fissuras	la. observação dos mamilos.
la.	*1	2	3	4.1	4.2	5	6.1	6.2	6.3.1	6.3.2	6.4	6.5	6.6	7	8	observações
ada																

* Convenção dos números dos itens de observação

ANEXO VII

Descrição de técnicas de massagem e expressão manual das mamas, segundo Waller.

A - Massagem da mama

Com os dedos polegares lado a lado e os demais dedos de ambas as mãos, posicionadas sob as mamas, exerce-se pressão suave de cima para baixo, deslizando em direção ao mamilo.

B - Enquanto uma das mãos segura firmemente o seio, retira-se a outra.

C - Expressão manual

Colocar o polegar e dedo indicador da mão livre nas margens da área areolar, com movimentos de rotação, puxando para dentro e para trás em direção à parede do torax, até que haja secreção.

Procedimento do auto-cuidados desempenhados pelas puérperas do grupo experimental, durante a permanência na maternidade, e no domicílio, quando visitadas, segundo observações efetuadas.

N.º puérpera	Passou creme oleoso nos mamilos conforme orientação. (a) (c)		Tomou banho com sabonete neutro. (b) (c)		Lavou as mãos antes de tocar no bebê		Limpou os mamilos antes da mamada		Limpou os mamilos após a mamada		Usa corretamente o sutiã conforme orientação		Adota posição correta para amamentar		Observou tempo de duração da mamada conforme instrução		Ofereceu as duas mamas na mesma mamada		Alterna as mamas		Retira corretamente o bebê do mamilo		Observa os intervalos das mamadas 3/3 horas		Deixa o bebê arrotar após a mamada		Mamilos limpos e sem crostas (c)		Mamilos sem fissuras (c)		Total					
	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N				
1																																				
2	8		4		7			7			6	1	7		4	3	5	2	5	2	5	2	7		6	1	7		7		94	11				
3	10		4	1	8			8			2	2	7	1	7	1	5	3	5	3	4	4	5		5	3	5		5		92	19				
4	8		4	1	7	4		11		10	1	9	2	7	2	11		11		11		11		11		5	10		8	1	144	15				
5	9	1	3	2	8	3		11		11		10	1	10	1	11		9	9	8	8	3	8	3	8	3	7	7		7		131	21			
6	10		2	2	6	3		9		9		6	3	6	3	5	4	5	4	6	6	3	8	1	6	3	5	3	8		100	30				
7	8		4	4	4	3		7		7		4	7	3	7	7	7	7	7	7	7	3	7		7	7	5		5		93	6				
8	4		3	3	4	4		5	1	5	1	4	2	3	5	4	2	3	3	5	1	6	6	6	5	1	5	4	1	4		67	22			
9	9		4	4	7	3		10		10		10		10		1	1	9	1	9	1	9	1	9	1	9	1	8	8		129	10				
10	5	1	2	1	4	2		6		5	1	5	1	3	6	6	5	5	1	6	6	6	6	6	4	4	2	7	3	4	73	16				
11	9		4	1	3	4		6	1	6	1	3	4	7	5	2	5	2	5	2	5	2	6	1	5	2	7	7	7		83	20				
12	10		1	6	3	3		9		9		4	5	9	6	3	6	3	6	3	6	3	8	1	6	3	7	7		7		103	25			
13	10		5	4	4	5		9		9		8	1	6	3	5	4	5	2	6	1	6	1	5	2	2	5	7		6		96	32			
14	8		4	2	5	7		7		7		5	5	2	6	1	6	1	6	1	6	1	9	1	9	1	3	4	7		7		120	16		
15	8		4	9	1	10		10		10		10	2	10	7	3	8	2	7	3	9	1	7	1	8	3	5	5	3		96	14				
16	4		2	3	5	8		8		8		8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	7	7	1	8	5	5	5		5		98	12			
17	8		3	1	2	6		6	2	6	2	8	8	9	6	3	8	1	8	1	8	1	7	2	7	2	7	7		7		106	19			
18	8		3	1	3	6		8	1	8	1	9	9	9	6	3	8	1	8	1	8	1	7	2	7	2	7	7		7		142	10			
19	10		4	1	9	2		10	1	10	1	11	9	2	11	11	11	11	11	11	11	9	2	11	8	8	8		1		112	128				
20	10		3	1	7	3		10		10		8	2	7	7	3	6	4	6	4	7	3	10		4	4	7	1		7		73	55			
21	9		3	1	3	6		7	2	7	2	2	6	7	2	7	2	4	5	3	6	3	6	6	2	7	3	6	4	4	8		6		85	16
22	8		4	3	3	4		7		7		5	2	5	2	6	1	6	1	6	1	5	2	5	2	5	2	6	6		6		77	13		
23	8		3	1	3	3		6		6		6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	4	2	5	1	1	5	6		6		72	26			
24	6		2	1	3	4		6	1	6	1	4	3	6	1	6	1	5	2	5	2	2	7	7	5	2	1	5	5	1		7		110	26	
25	8		3	1	4	6		10		10		10	9	8	4	8	4	8	4	8	4	10	2	4	8	10		10		6		106	58			
26	7		4	1	3	9		11	1	11	1	3	9	8	4	8	4	8	4	5	7	4	8	8	8	7	7		7		91	23				
27	8		4	2	6	6		2	2	6	2	2	5	3	4	4	8	5	6	2	7	1	8	8	8	7	7		6		91	41				
28	5		4	4	6	8		2	2	8	2	6	4	6	4	5	5	5	5	7	3	9	1	7	3	3	4	6		6		108	12			
29	4		4	5	4	8		1	8	1	9	8	1	8	1	8	1	8	1	8	1	9	9	8	1	7	6		7		7		71	39		
30	4		3	1	1	7		5	3	5	3	8	1	7	6	2	6	2	6	2	5	3	4	4	6	2	3	5	7		7		78	11		
31	5		4	1	5	5		1	4	2	4	2	5	1	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6		6		101	11			
32	5		5	6	2	8		8		8		5	3	8	7	1	7	1	7	1	7	1	8	6	2	7	7		7		7		102	12		
33	6	1	3	3	6	2		8		8		8	8	8	7	1	6	2	5	3	7	1	8	7	1	8	7	1		7		142	10			
34	10		5	8	3	10		1	10	1	11	11		11	10	1	10	1	10	1	10	1	11		10	1	8	8		8		71	16			
35	4	1	2	1	3	3		6		6		5	1	4	2	4	2	4	2	4	2	6		4	2	7	6	1		6		105	29			
36	5		4	1	4	6		8	2	7	3	7	3	4	6	9	1	9	1	9	1	10		10	8	2	7	7		7		109	29			
37	8		4	3	7	10		10		10		5	5	10	9	1	10		10		10		8	2	6	4	1	7	7		5		121	13		
38	10		4	6	4	10		10		10		3	7	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10		5		2		118	115		
39	5		3	1	6	4		10	9	1	7	3	9	1	10	10	10	10	10	9	1	10		9	1	9	1	7		5		6		58	19	
40	5		2	1	1	4		5		5		1	4	4	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	7	6	1		4		45	18	
41	5		2	1	3	4		4		4		1	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		4		6		89	8	
42	6		2	6	1	7		7		7		2	5	6	1	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6		6		116	9			
43	9		4	1	5	4		9		9		9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9		9		92	25			
44	9		4	4	4	6		2	6	2	8		4	4	8	6	2	5	3	8		7	1	5	3	4	4	8		8		131	10			
45	10		5	4	6	10		10		10		9	1	10	10	10	10	9	1	10		8	2	10	8	8	8		8							
337	4	158	26	198	174	356	24	350	30	494	85	327	64	341	59	315	71	296	90	318	62	332	48	294	86	244	74	294	22	4.442	902					

- a) Creme oleoso era aplicado duas vezes ao dia
- b) Fazia-se um registro diário
- c) Observações feitas pela pesquisadora
- S) Praticado
- N) Não Praticado

OBS.: Foram excluídas deste quadro, as técnicas cujo exercício foi prejudicado.