

Dificuldades iniciais com a técnica da mamada e impacto na duração do aleitamento materno exclusivo

Gessandro Elpídio Fernandes Barbosa ¹

Janeide M. Pereira ²

Marianne S. Soares ³

Luciana Barbosa Pereira ⁴

Lucinéia Pinho ⁵

Antônio Prates Caldeira ⁶

^{1,6} Departamento de Saúde da Mulher e da Criança. Universidade de Montes Claros. Av. Rui Braga. Prédio 6. Campus Universitário Darcy Ribeiro. Montes Claros, MG, Brasil. CEP: 39.401-089. E-mail: antonio.caldeira@unimontes.br

²⁻⁴ Departamento de Enfermagem. Universidade de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil.

⁵ Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil.

Resumo

Objetivos: avaliar a influência das dificuldades iniciais para amamentar sobre a duração do aleitamento materno exclusivo.

Métodos: estudo prospectivo com acompanhamento de binômios mães-lactentes desde o nascimento até os 180 dias após o parto. A seleção do grupo estudado foi realizada de forma aleatória entre usuárias do Sistema Único de Saúde brasileiro, em três hospitais. A ficha de avaliação da mamada foi utilizada para coleta de dados iniciais que incluiu também dados sociodemográficos, da assistência pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido. As informações após alta hospitalar foram obtidas por telefone. Utilizou-se modelo de regressão múltipla para a análise estatística.

Resultados: foram acompanhados 175 binômios. A presença de problemas com as mamas na maternidade ($p=0,030$; $OR=2,38$; $IC95\%=1,02-5,48$), o trabalho materno fora de casa ($p=0,027$; $OR=2,12$; $IC95\%=1,03-4,31$) e o baixo nível de escolaridade materno ($p=0,017$; $OR=2,13$; $IC95\%=1,10-4,06$) mostraram-se como fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo antes dos seis meses. A renda familiar menor que um salário mínimo se mostrou como fator de proteção ($p=0,048$; $OR=0,42$; $IC95\%=0,17-0,97$).

Conclusões: aspectos socioeconômicos e dificuldades para amamentar relacionadas a problemas com a mama puerperal mostraram-se como fatores que restringem a duração da amamentação exclusiva.

Palavras-chave Aleitamento materno, Transtornos da lactação, Fatores de risco



Introdução

A amamentação é um processo que inclui não apenas a alimentação da criança, mas também a formação de um vínculo afetivo profundo entre o binômio mãe-lactente, o que determina benefícios irrefutáveis a ambos.^{1,2} O aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida tem relevante participação na redução da morbimortalidade infantil, diminuindo as chances de desenvolvimento de várias doenças comuns na infância, como diarreias e pneumonias.^{3,4} A prática do aleitamento materno é preconizada tanto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como pelo Ministério da Saúde do Brasil, de maneira exclusiva até os seis meses de idade, devendo o seu uso ser estendido até pelo menos os dois anos de idade como alimento complementar.^{5,6}

Apesar dos vários incentivos ao aleitamento materno no Brasil, os indicadores do aleitamento materno exclusivo ainda estão aquém dos níveis desejados.^{7,8} Existem vários fatores intervenientes nesse processo e as dificuldades iniciais com a técnica da mamada, embora sejam poucas estudadas, podem estar entre os principais facilitadores do desmame precoce.^{9,10} O posicionamento correto do binômio mãe-lactente durante a amamentação é um passo fundamental para que ocorra a pega adequada, evitando possíveis traumas mamilares que dificultam a amamentação ou até mesmo a interrompam de maneira precoce.¹¹ Nesse sentido, o *United Nations Children's Fund* (Unicef), a fim de prover auxílio extra, propôs um protocolo de observação do binômio mãe-lactente durante o processo de amamentação como forma de monitorizar e rastrear as principais dificuldades técnicas da mamada.¹²

Embora o instrumento proposto seja bastante útil, não existem na literatura muitos registros de sua utilização. Sem uma avaliação criteriosa da técnica da amamentação, os estudos tendem a subestimar as dificuldades iniciais com a mamada. Assim, a importância de uma pega correta, da postura da mãe e do bebê, das condições da mama e do mamilo, das relações afetivas e da resposta do bebê ao contato com o seio são, muitas vezes, desconsideradas na avaliação dos fatores que contribuem com a interrupção precoce do aleitamento materno. O presente estudo buscou avaliar a influência de dificuldades iniciais para a amamentação sobre a duração do aleitamento materno exclusivo.

Métodos

Trata-se de estudo prospectivo, observacional e analítico realizado de janeiro a dezembro de 2015

em município do norte do Estado de Minas Gerais. A cidade, com cerca de 400 mil habitantes, é o principal polo urbano regional e, embora possua o maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da região, tem indicadores que denotam necessidade de maiores investimentos: 15,9% da população acima de 15 anos sem instrução educacional e renda *per capita* de R\$ 650,00 (US\$ 167,10)¹³ Na área da saúde, o município conta com três hospitais com o título de Hospital Amigo da Criança, que oferecem serviços de assistência ao parto, e cuja clientela é, na sua maioria, usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo avaliou binômios de mães-lactentes no período entre 18 e 48 horas após o parto, alocados de maneira aleatória e, contatados posteriormente, para avaliação do padrão de aleitamento materno ao longo dos seis primeiros meses.

Para o cálculo do tamanho amostral foram considerados os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%, poder do estudo de 80%, proporção entre não expostos/expostos de 2:1, percentual de resultados/desfechos (desmame precoce) entre os não expostos de 50% e risco estimado de 1,5. Esses parâmetros exigem o acompanhamento de um número mínimo de 150 binômios mães-lactentes. A esse valor foram acrescidos 15%, para eventuais perdas.

Foram elegíveis para o estudo binômios que utilizaram os serviços assistenciais ao parto em um dos três hospitais do município, que foram atendidos pelo SUS, que permaneceram em alojamento conjunto e que receberam alta hospitalar de maneira conjunta (ou tinham previsão de alta conjunta), em uso exclusivo de leite materno e sem prescrição de alimentação complementar para uso domiciliar. Foram incluídas apenas mães que tiveram gestação a termo, residentes na zona urbana do município e que estavam em boas condições de saúde para responder ao inquérito inicial. Em relação aos recém-nascidos, foram incluídos os que apresentavam boas condições de saúde no momento da entrevista inicial e os que estavam em aleitamento materno exclusivo no momento da visita, mesmo que tivessem recebido, previamente, complementação alimentar por orientação médica. Boas condições de saúde foram consideradas para as mães que assim se identificavam no momento da entrevista e não apresentavam queixas específicas em relação a si ou ao recém-nascido e conforme registro clínico do prontuário. Foram excluídas as mães que tiveram gestação gemelar, aquelas que, eventualmente, não tivessem recebido assistência imediata ao parto (parto domiciliar) e aquelas cujos filhos não tenham

ficado no regime de alojamento conjunto.

Foram selecionados de forma aleatória os dias e os turnos para a coleta de dados, bem como os hospitais, de forma proporcional ao número mensal de partos em cada instituição. Em cada turno visitado, todos os binômios que se adequassem aos critérios do estudo foram convidados para o estudo.

Os dados foram coletados em duas fases. Na primeira fase realizou-se uma avaliação inicial dos binômios entre 18 e 48 horas após o parto, ainda em ambiente de alojamento conjunto, com coleta de dados acerca da avaliação da mamada, sobre características sociodemográficas, do pré-natal, do parto, do recém-nascido e do puerpério imediato. Na segunda fase, foram coletadas informações por via telefônica sobre o estado do aleitamento materno, o uso de chupetas ou mamadeiras e sobre as possíveis intercorrências com a mama e com a saúde do lactente. Essas informações foram coletadas aos 15, 30, 60, 90, 120, 150 e 180 dias após a data do parto, com uma variação de mais ou menos cinco dias.

As avaliações foram conduzidas, exclusivamente, por duas estudantes em fase final do curso de enfermagem, previamente treinadas, que foram responsáveis pela avaliação inicial e pelos contatos posteriores com as mães. Para evitar perdas, durante a entrevista inicial, foram colhidos todos os contatos telefônicos alcançáveis para a mãe, incluindo parentes, vizinhos e amigos. A capacitação para a coleta de dados foi realizada em ambiente de prática com orientações que incluíam desde a abordagem à nutriz até orientações para correção de comportamentos inadequados, além de observação rigorosa da técnica da mamada. O treinamento se estendeu até que houvesse consenso entre todos membros do grupo e foi coordenado por enfermeira obstétrica, docente universitária com experiência na temática da amamentação e monitora do curso de capacitação para Hospital Amigo da Criança e Aconselhamento para Aleitamento Materno.

A seleção de número restrito de avaliadoras, ambas do sexo feminino, foi proposital, e teve o objetivo de assegurar maior confiabilidade dos resultados e maior adesão ao projeto de investigação.

O instrumento para a coleta dos dados incluiu a "ficha de avaliação da mamada", o qual aborda diversos dados acerca de comportamentos favoráveis e desfavoráveis ao aleitamento materno como a posição do binômio durante a mamada, o estabelecimento de laços afetivos entre a mãe e o lactente, as características anatômicas das mamas, a eficiência da sucção, as respostas do binômio ao iniciar a amamentação, assim como a duração e a forma de encerramento da mamada. Problemas com as mamas

foram considerados presentes quando observadas mamas ingurgitadas e endurecidas, mamilos planos ou invertidos, mamas ou mamilos com escoriações, fissuras ou vermelhidão. A ficha foi preenchida por meio de observação direta da mamada, após consentimento da mãe. Também foram coletadas variáveis socioeconômicas e demográficas, antecedentes de saúde materna, paridade, dados da assistência pré-natal, da assistência ao parto, da assistência puerperal e ao recém-nascido.

Curvas de sobrevivência do aleitamento materno foram construídas com apoio de planilhas eletrônicas. As análises estatísticas foram conduzidas utilizando o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 18 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Todas as variáveis foram avaliadas de forma descritiva, com apresentação de frequências absolutas e relativas.

Associações entre as variáveis estudadas e o aleitamento materno exclusivo aos seis meses foram investigadas por meio de análises bivariadas, com uso do qui-quadrado, seguidas de análise múltipla de regressão logística, onde foram consideradas, conjuntamente, todas as associações bivariadas até o nível de 20% ($p < 0,20$). Para o modelo final foram incluídas apenas as variáveis com nível de significância de 5% ($p < 0,05$), com seus respectivos *Odds Ratios* e intervalos de confiança de 95%.

O projeto de investigação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição dos autores (Parecer nº 844.557) e todas as mães participantes concordaram com a pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Foram acompanhados 175 binômios (mães-lactentes). A maioria das mães possuía idade entre 20 e 29 anos (66,9%), cor da pele autorreferida como parda (69,7%) e não trabalhava fora de casa (64,6%). Mais da metade das entrevistadas referiu renda familiar de até um salário mínimo (54,3%) e possuía escolaridade de até oito anos (57,7%). As principais características demográficas e socioeconômicas das mães acompanhadas estão apresentadas na Tabela 1.

As características gestacionais, de assistência pré-natal e relacionadas aos recém-nascidos são apresentadas na Tabela 2. O percentual de primíparas foi de 42,9%. Observou-se que a grande maioria das mães recebeu mais de seis consultas de atendimento pré-natal. A proporção de partos operatórios (cesarianas) foi de 46,3%. A maior parte dos recém-nascidos apresentou peso entre 2500 e 3500 gramas (69,1%) e o percentual de neonatos amamentados na

Tabela 1

Características demográficas e socioeconômicas de lactantes acompanhadas. Montes Claros (MG), 2015.

Variáveis	N	%
Idade materna (anos)		
< 20	18	10,3
20-29	117	66,9
30-39	39	22,3
≥ 40	1	0,6
Cor autorreferida		
Branca	20	11,4
Preta	22	12,6
Amarela	11	6,3
Parda	122	69,7
Trabalho (remunerado) fora de casa		
Sim	62	35,4
Não	113	64,6
Renda familiar (em salários mínimos)*		
≤ 1	95	54,3
1-2	45	25,7
> 2	35	20,0
Estado civil		
Solteira	58	33,1
Casada	113	64,6
Divorciada	4	2,3
Pai mora junto		
Sim	131	74,7
Não	44	25,1
Escolaridade da mãe (anos concluídos)		
≤ 4	23	13,1
5-8	78	44,6
≥ 9	74	42,3
Quantas pessoas moram na casa		
≤ 4	119	68,0
5-7	45	25,7
>7	11	6,3

* Salário mínimo vigente = R\$ 788,00 (US\$ 202,57).

primeira hora de vida foi de 53,7%. O uso de complemento alimentar infantil ainda na maternidade foi referido por 24,6% das mães participantes do estudo. As principais dificuldades iniciais com a técnica da mamada foram em relação à resposta inadequada do bebê ao contato com mama (20,0%) e problemas com a mama (26,3%).

A Figura 1 apresenta as curvas de sobrevivência do aleitamento materno total (AMT), da somatória de aleitamento materno predominante e aleitamento materno exclusivo (AMP + AME) e do aleitamento materno exclusivo, de forma isolada (AME) para os

seis primeiros meses de vida do grupo acompanhado. Ao completarem 180 dias de vida, 61,2% das crianças ainda mamavam, sendo que, no mesmo período, a somatória das prevalências do aleitamento materno predominante e exclusivo foi de 39,8% e o percentual de crianças em aleitamento materno exclusivo foi de 24,0%.

A Tabela 3 apresenta os resultados das análises bivariadas entre características sociodemográficas maternas, aspectos da assistência pré-natal e puerperal e aleitamento materno exclusivo. As variáveis que apresentaram nível de significância de até 20%

($p < 0,20$) foram submetidas a análise conjunta por meio da regressão múltipla. As variáveis que, após análise múltipla, se mostraram associadas a maior chance de interrupção do aleitamento materno exclusivo foram: trabalho fora de casa ($p = 0,027$; OR=2,12; IC95%=1,03-4,31), problemas com a

mama ($p = 0,030$; OR=2,38; IC95%=1,02-5,48) e baixa escolaridade ($p = 0,017$; OR=2,13; IC95%=1,10-4,06). A renda familiar menor que um salário mínimo se mostrou como fator de proteção ($p = 0,048$; OR=0,42; IC95%=0,17-0,97).

Tabela 2

Características gestacionais e de assistência ao pré-natal de lactantes e características dos recém-nascidos; Montes Claros (MG), 2015.

Variáveis	N	%
<i>Relativas às puérperas</i>		
Número de gestações		
1	75	42,9
2-3	75	42,9
≥4	25	14,2
Tipo de parto		
Natural	94	53,7
Cesariana	81	46,3
Número de consultas (pré-natais)		
<6	20	11,4
6-9	109	62,3
>9	46	26,3
Sistema de saúde durante o pré-natal		
Público	137	78,3
Privado	16	9,1
Ambos	22	12,6
Orientações sobre amamentação no pré-natal		
Sim	102	58,3
Não	73	41,7
Orientação sobre cuidados da mama no pré-natal		
Sim	93	53,1
Não	82	46,9
Orientações sobre aleitamento materno na maternidade		
Sim	80	45,7
Não	95	54,3
<i>Relativas aos recém-nascidos</i>		
Sexo da criança		
Masculino	81	46,3
Feminino	94	53,7
Peso ao nascer (gramas)		
< 2500	5	2,9
2500 - 3500	121	69,1
> 3500	49	28,0
APGAR 1 minuto		
≤ 8	118	67,4
9	55	31,4
10	2	1,1

continua

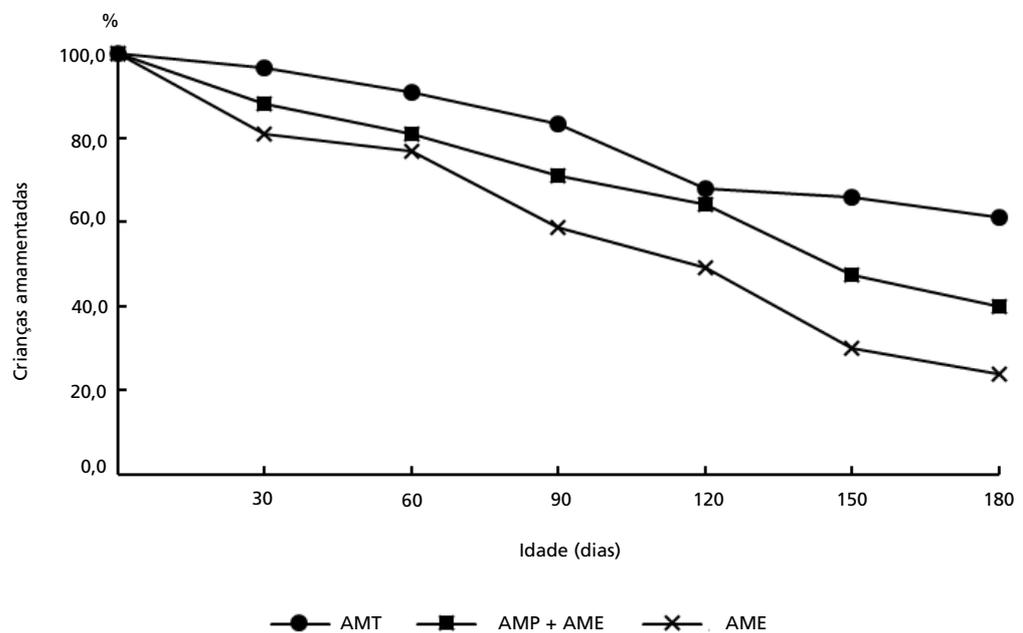
Tabela 2

Características gestacionais e de assistência ao pré-natal de lactantes e características dos recém-nasidos; Montes Claros (MG), 2015.

Variáveis	N	%
APGAR 5 minutos		
≤8	27	15,4
9	134	76,6
10	14	8,0
Tempo até a primeira mamada (minutos)		
≤ 30	65	37,1
31-60	29	16,6
> 60	81	46,3
Uso de complemento na maternidade		
Sim	43	24,6
Não	132	75,4
Dificuldades iniciais (Ficha de avaliação da mamada)		
Posição inadequada	10	5,7
Resposta ao contato com a mama	35	20,0
Pega inadequada	23	13,1
Problemas com a mama	46	26,3
Dificuldades afetivas	11	6,3

Figura 1

Curvas de sobrevivência do aleitamento materno; Montes Claros (MG), 2015.



AMT = aleitamento materno total; AMP + AME = aleitamento materno predominante e aleitamento materno exclusivo; AME=aleitamento materno exclusivo.

Tabela 3

Análise bivariada para fatores associados ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês; Montes Claros (MG), 2015.

Variável	Aleitamento materno exclusivo				p	OR (IC95%)
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Idade materna					0,229	
> 20	37	94,9	120	88,2		2,12 (0,56-8,07)
≤ 20	2	5,1	16	11,8		
Trabalho remunerado fora de casa					0,027	
Não	31	79,5	82	60,3		2,13 (1,04-4,34)
Sim	8	20,5	54	39,7		
Renda familiar (salários mínimo)					0,001	
> 1	9	23,1	71	52,2		0,36 (0,18-0,71)
≤ 1	30	76,9	65	47,8		
Tipo de parto					0,702	
Normal	22	56,4	72	52,9		1,11 (0,64-1,95)
Cesárea	17	43,6	64	47,1		
Estado civil					0,945	
Casada	25	64,1	88	64,7		0,98 (0,55-1,74)
Solteira	14	35,9	48	35,3		
Escolaridade materna (anos)					0,017	
> 8	29	74,4	72	52,9		2,13 (1,11-4,08)
≤ 8	10	25,6	64	47,1		
Primiparidade					0,529	
Não	24	61,5	76	55,9		1,20 (0,68-2,13)
Sim	15	38,5	60	44,1		
Assistência pré-natal					0,126	
Saúde complementar	5	12,8	33	24,3		0,53 (0,22-1,26)
SUS	34	87,2	103	75,7		
Orientações sobre amamentação no pré-natal					0,081	
Sim	18	46,2	84	61,8		0,61 (0,35-1,07)
Não	21	53,8	52	38,2		
Orientações cuidados com a mama no pré-natal					0,501	
Sim	19	48,7	74	54,8		0,83 (0,48-1,44)
Não	20	51,3	61	45,2		
Orientações sobre amamentação na maternidade					0,505	
Sim	16	41,0	64	47,1		0,83 (0,47-1,45)
Não	23	59,0	72	52,9		
Uso de complemento alimentar na maternidade					0,131	
Não	33	84,6	99	72,8		1,79 (0,81-3;98)
Sim	6	15,4	37	27,2		
Problemas com a mama					0,030	
Não	34	87,2	95	69,9		2,42 (1,02-5,83)
Sim	5	12,8	41	30,1		
Postura para amamentar					0,858	
Adequada	37	94,9	128	94,1		1,12 (0,31-3,99)
Inadequada	2	5,1	8	5,9		
Resposta do bebê ao contato com o seio					0,928	
Adequada	31	79,5	109	80,1		0,97 (0,49-1,92)
Inadequada	8	20,5	27	19,9		
"Pega" da mama					0,314	
Correta	32	82,1	120	88,2		0,69 (0,35-1,38)
Incorreta	7	17,9	16	11,8		

Discussão

O presente estudo revelou uma elevada frequência de interrupção do aleitamento materno nos primeiros meses de vida entre os binômios avaliados. Entre os fatores associados à interrupção precoce do AME, os problemas com as mamas, observados ainda na maternidade, mantiveram-se como variáveis relevantes, mesmo após análise conjunta de outros fatores intervenientes.

Os problemas com a mama lactacional já foram apontados, por outros autores, como fatores importantes para a interrupção do AME.¹⁴ Ingurgitamento mamário, mastite, fissura ou ferida mamilar, bem como dor e formação de abscessos mamários são problemas que a lactante pode enfrentar durante o aleitamento materno.^{15,16} Um estudo realizado no sul do Brasil demonstrou que a incidência de lesões mamilares na maternidade chegou a alcançar uma proporção de 43,6%.¹¹ Problemas com a mama, como ingurgitamento e dor, estão entre os principais elementos que, segundo a percepção materna, afetam a continuidade do aleitamento materno.^{14,17}

Algumas condições são apontadas como prováveis contribuintes para a ocorrência de problemas mamários. Coca *et al.*¹⁸ em estudo caso-controle realizado em um Hospital Universitário entre 2004 e 2005, demonstraram que tanto a posição do binômio como a adequação da pega durante a mamada podem contribuir para a ocorrência de lesões mamilares, apontando que as variáveis estatisticamente associadas para tal conclusão foram: "criança com pescoço torcido, queixo longe da mama e lábio inferior virado para dentro".¹⁸ Outros fatores como ingurgitamento mamário, primeiro filho, mãe sem companheiro e semi-protrusão mamilar e/ou malformação e despigmentação dos mamilos, também se mostraram associados com uma maior ocorrência de trauma mamilar, com risco de impacto negativo sobre o aleitamento materno.¹⁹

No presente estudo, outras dificuldades iniciais com a técnica da mamada, como a posição inadequada do binômio mãe/lactente durante a amamentação, os problemas com a pega, com a interação entre mãe e lactente e com a resposta do recém-nascido ao contato com a mama não mostraram associação significativa com a interrupção do aleitamento materno antes do sexto mês. Todavia, essas dificuldades são reconhecidas e apontadas em outros estudos como variáveis que podem interferir com a prática adequada do aleitamento materno por outros autores.^{9,11}

A frequência de dificuldades iniciais com a técnica da amamentação neste estudo foi inferior ao

que registrou o estudo de Carvalhaes *et al.*,⁹ que também utilizou a ficha de avaliação da mamada do Unicef para computar a frequência de comportamentos desfavoráveis ao aleitamento materno em mulheres atendidas em uma maternidade que acolhe partos de baixo risco pelo Sistema Único de Saúde. Estudo mais recente conduzido em São Paulo registrou que aproximadamente um terço das mães mencionou dificuldades para amamentar no momento da alta hospitalar, e essa variável esteve associada ao desmame precoce para o grupo avaliado.²⁰ É possível que as frequências mais baixas observadas neste estudo sejam decorrentes do fato de todos os binômios terem sido recrutados em Hospitais Amigos da Criança. Alguns estudos apontam que nessas instituições existe um incremento positivo nas taxas relacionadas à prática do aleitamento, como as de iniciação, de exclusividade e de duração da prática do aleitamento materno. Relacionou-se o fato com a capacitação da equipe de saúde, com o incentivo do aleitamento materno na primeira meia hora de nascimento e depois à livre demanda, também com a prática do alojamento conjunto, entre outros.²¹⁻²³

No presente estudo, outros fatores também foram investigados e, entre eles, os que se mostraram associados com a interrupção precoce do AME foram o trabalho materno fora de casa, o baixo nível de escolaridade materna e a baixa renda familiar, que se mostrou como fator de proteção. O trabalho materno fora de casa é uma variável importante e limitante para a prática do AME. De acordo com o estudo de Demétrio *et al.*²⁴ o trabalho da mãe é um fator que concorre para a interrupção precoce da amamentação. Corrêa *et al.*,²⁵ em estudo realizado na cidade de Florianópolis (SC), demonstraram que as mães que trabalhavam fora do lar possuíam mais chances de introduzir precocemente alimentos na dieta do recém-nascido. Essa associação pode estar relacionada ao menor tempo que as mães permanecem em contato aos seus filhos, diminuindo as oportunidades da prática da amamentação.

Outros estudos já apontaram a relação intrínseca existente entre o nível de escolaridade materno e a duração do AME.^{17,24-26} De modo geral, mães com baixa escolaridade tendem a uma interrupção mais precoce do aleitamento materno exclusivo. Provavelmente isso decorre de um menor aporte educacional sobre os benefícios da amamentação. Tais mães são, assim, mais vulneráveis à influência de comportamentos culturais e comerciais que comprometem ou dificultam o AME. Em recente metanálise sobre os fatores associados ao desmame precoce a partir de estudos nacionais, os autores

observaram que a escolaridade tem um papel relevante, podendo estar associada a maior capacidade materna em resolver problemas e desconfortos da amamentação, além de maior assimilação sobre os benefícios do leite materno.²⁷

Deve-se ressaltar que neste trabalho a renda familiar menor ou igual a um salário mínimo atuou como fator protetor para que o AME não cessasse. Estudos prévios mostram uma associação diferente, onde a baixa renda familiar representa um fator de risco para a interrupção precoce da amamentação.^{27,28} É possível que, para o presente estudo, o resultado se justifique pelo fato de que o aporte nutricional infantil com outras fontes de leite, que não o materno, demandam maior gasto financeiro para a família, estimulando as mães que pertencem a famílias de baixa renda a amamentarem por mais tempo. Foi estimado que, o gasto médio mensal das famílias brasileiras em 2004 com leites artificiais para bebês com até seis meses de idade variou entre 38% a 133% do salário-mínimo, a depender da marca do produto alimentício, demonstrando os altos custos que a interrupção do AME provoca.⁵ Vale destacar que o estudo foi conduzido em um período de importante crise financeira nacional.

Algumas variáveis, já identificadas em outros estudos como associadas ao desmame precoce, não se mostraram associadas à prática do AME nesta pesquisa. O fato da mãe receber orientações durante o pré-natal a respeito do processo de amamentação ou sobre a importância do aleitamento, por exemplo, não teve associação estatisticamente significante com a duração do AME. Outros autores já demonstraram que tais orientações são importantes para as mães decidirem sobre início e a continuidade do aleitamento materno, mas não podem constituir-se em atividades isoladas e pontuais.²⁹ Dessa forma, os resultados observados apontam para uma insuficiente ação educativa dos profissionais. De fato, não basta falar às mães para amamentarem seus filhos, destacando benefícios da prática. É preciso antecipar situações difíceis, orientar adequadamente sobre a técnica da mamada e apresentar soluções diante de possíveis problemas.

Ainda em relação às ações dos Hospitais Amigos da Criança, outro resultado que chamou a atenção foi a baixa proporção de recém-nascidos amamentados na primeira meia hora de vida. Todavia, como a informação foi aferida com a mãe, é possível que o primeiro contato com a criança ao seio ainda na sala de parto, não tenha sido devidamente valorizado. De qualquer forma, esse resultado deve ser considerado um sinal de alerta para as instituições envolvidas no estudo.

Algumas limitações deste estudo devem ser consideradas. Não foram analisadas as possíveis experiências prévias lactacionais pelas quais as mães tenham passado. Alguns estudos apontam que existe uma correlação entre a maneira como transcorreu a amamentação em filhos anteriores e o modo como a amamentação prosseguirá com os filhos subsequentes, de forma que experiências positivas passadas, como ausência de problemas mamários, tendem a aumentar o tempo do decurso do aleitamento materno.³⁰ Outro fator a ser considerado foi o contato prospectivo com as mães via telefônica, abordagem sujeita a limitação da veracidade dos fatos informados, se comparada a um questionamento pessoal, além de dificultar possíveis intervenções. Por outro lado, este é um dos poucos estudos brasileiros com avaliação longitudinal do impacto dos problemas mamários sobre a duração do AME. É relevante considerar ainda o fato de que o estudo foi conduzido apenas em hospitais que já possuem o título “Hospital Amigo da Criança” e que, portanto, não pode ter seus resultados generalizados para outros hospitais. Por outro lado, essa limitação alerta para a possibilidade de que exista uma situação ainda mais crítica em hospitais que não possuam ações de proteção ao aleitamento materno.

A partir dos resultados encontrados é possível observar que as dificuldades com a técnica da mamada, principalmente aquelas relacionadas a problemas com a mama puerperal e identificadas ainda nos primeiros dias de pós-parto, são fatores significativos para que a amamentação seja cessada. Essa variável se manteve associada, mesmo após análise de regressão com variáveis sociodemográficas e relacionadas ao acompanhamento da gestação e do parto. Orientar acerca dos benefícios que o leite materno oferece para a diáde mãe-lactente, além dos danos que essa interrupção pode ocasionar, são maneiras de aumentar o tempo do aleitamento materno. Uma pesquisa recente destaca o quanto é importante o engajamento das equipes de saúde no monitoramento das práticas de aleitamento materno. Mas é importante também que os profissionais sejam habilitados para orientar adequadamente sobre a técnica da mamada, corrigindo problemas e orientando para a resolução de dificuldades com as mamas puerperais, tanto nos serviços hospitalares, como nos serviços de puericultura da atenção primária, considerando que as maiores dificuldades serão observadas nos primeiros dias de vida da criança. Em uma avaliação com mães acerca da influência da assistência de enfermagem sobre a prática da amamentação, os autores revelaram que, para a maioria das entrevistadas, a contribuição da

enfermagem não foi satisfatória, pois não esteve presente no enfrentamento das dificuldades.

Este estudo atesta que a aplicação de um instrumento para examinar a técnica da mamada, como a ficha proposta pelo Unicef, auxilia o manejo adequado do processo de aleitamento materno. A avaliação da técnica de amamentação utilizada pela

díade mãe-lactente ainda em ambiente hospitalar pode permitir a identificação de dificuldades de maneira precoce, o que facilitaria o estabelecimento de intervenções que pudessem sanar esses obstáculos e estender o tempo do aleitamento materno exclusivo.

Referências

1. Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: World Health Organization; 2003.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC, Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387(10017): 475-90.
3. Lamberti LM, Zakarija-Grković L, Walker CLF, Theodoratou E, Nair H, Campbell H, Black RE. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2013; 13 (3): S18.
4. Hanieh S, Ha TT, Simpson JA, Thuy TT, Khuong NC, Thoang DD, Tran TD, Tuan T, Fisher J, Biggs BA. Exclusive breastfeeding in early infancy reduces the risk of inpatient admission for diarrhea and suspected pneumonia in rural Vietnam: a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2015; 15: S1166.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF; 2009. n. 23. 112p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
6. Unicef. Infant and Young Child Feeding: A tool for assessing national practices, policies and programmes. Geneva: World Health Organization; 2003.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros. Brasília, DF; 2010. 63p.
8. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J Pediatr (Rio J)*. 2010; 86 (4): 317-24.
9. Carvalhaes MABL, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J Pediatr (Rio J)*. 2003; 79 (1): 13-20.
10. Thulier D, Mercer J. Variables Associated With Breastfeeding Duration. *Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009; 38 (3): 259-68.
11. Weigert EML, Giugliani ERJ, França MCT, Oliveira LD, Bonilha A, Espírito Santo LC, Köhler CVF. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. *J Pediatr (Rio J)*. 2005; 81 (4): 310-6.
12. Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Breastfeeding management and promotion in a babyfriendly hospital: an 18-hour course for maternity staff. New York; 1993.
13. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). [acesso em 12 ago 2017]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=314330>.
14. Buck ML, Amir LH, Cullinane M, Donath SM. Nipple Pain, Damage, and Vasospasm in the First 8 Weeks Postpartum. *Breastfeed Med*. 2014; 9 (2): 56-62.
15. Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. *J Pediatr (Rio J)*. 2010; 86(5): 441-4.
16. Tang L, Lee AH, Binns CW. Factors associated with breastfeeding duration: a prospective cohort study in Sichuan Province, China. *World J Pediatr*. 2015; 11(3): 232-8.
17. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49: 91.
18. Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão ACFV. A posição de amamentar determina o aparecimento do trauma mamilar? *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43 (2): 446-52.
19. Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão ACFV. Factors associated with nipple trauma in the maternity unit. *J Pediatr (Rio J)*. 2009; 85 (4): 341-5.
20. Rocci E, Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67 (1): 22-7.
21. World Health Organization - United Nations Children's Fund (Unicef). Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. 78p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.
22. Saadeh R, Casanovas C. Implementing and revitalizing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Food Nutr Bull*. 2009; 30 (Supl. 2): S225-9.
23. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do Baby-Friendly Hospital Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*. 2005; 116 (5): 702-8.
24. Demétrio F, Pinto EJ, Assis AMO. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28 (4): 641-54.
25. Corrêa EN, Corso ACT, Moreira EAM, Kazapi IAM. Alimentação complementar e características maternas de

- crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). *Rev Paul Pediatr.* 2009; 27 (3): 258-64.
26. França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41 (5): 711-8.
27. Pereira-Santos M, Santana MS, Oliveira DS, Nepomuceno Filho RA, Lisboa CS, Almeida LMR, Gomes DR Queiroz VAO, Demétrio F, Oliveira AM. Prevalence and associated factors for early interruption of exclusive breastfeeding: meta-analysis on Brazilian epidemiological studies. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2017; 17 (1): 59-67.
28. Cavalcanti LPG, Diniz RLP, Araújo BQ, Soares AKM, Feitosa GP, Machado JRM, Sousa TCS, Pimentel EC. Fatores associados ao consumo precoce de leite de vaca integral por crianças menores de um ano de idade. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2015; 28 (4): 538-46.
29. Almeida ISA, Pugliesi Y, Rosado LEP. Estratégias de promoção e manutenção do aleitamento materno baseadas em evidência: revisão sistemática. *Femina.* 2015; 43 (3): 97-103.
30. Berra S, Sabulsky J, Rajmil L, Passamonte R, Pronsato J, Butinof M. Correlates of breastfeeding duration in an urban cohort from Argentina. *Acta Paediatr.* 2003; 92 (8): 952-57.

Recebido em 17 de Maio de 2017

Versão final apresentada em 4 de Maio de 2018

Aprovado em 18 de Julho de 2018