



PADRÕES DE AMAMENTAÇÃO E FATORES QUE INTERFEREM NO DESMAME PRECOCE EM MÃES DE PRIMEIRO FILHO

BREASTFEEDING PATTERNS AND FACTORS THAT INTERFERE IN EARLY WEANING AMONG PRIMIGRAVIDAS

Tânia Mara Cardoso de OLIVEIRA¹
Cecília Santos de OLIVEIRA²
Felícia Campos PEREZ²
Mariana CAMPANHÃ²
Marina Damha HIPÓLITO²
Tatiane de Lima Fuentes ANDRADES²

RESUMO

Objetivo

Estudar as proporções dos padrões de amamentação e fatores associados ao desmame em mães de primeiro filho.

Métodos

Realizou-se estudo transversal no Ambulatório de Puericultura do Hospital e Maternidade Celso Pierro, situado na periferia de Campinas. Foram aplicados, no período de 1/9/2000 a 31/8/2001, 254 questionários a mães de primeiro filho com idade entre 6 e 12 meses, que aguardavam consulta. A análise de sobrevivência foi utilizada para calcular a prevalência e duração mediana dos padrões de aleitamento. A razão das prevalências foi utilizada para medir a força das associações, com intervalo de confiança de 95%. A análise de regressão logística foi utilizada para identificar os fatores de risco ao desmame precoce.

¹ Professora, Disciplina UBS em Pediatria, Curso de Medicina, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Av. John Boyd Dunlop, s/n, Jardim Ipaussurama, 13060-904, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/ Correspondence to: T.M.C. OLIVEIRA. E-mail: <dratania@sigmanet.com.br>.

² Acadêmicas, Curso de Medicina, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

Resultados

A mediana do aleitamento materno geral foi de cinco meses, e do exclusivo, de um mês e meio. Obtiveram-se bons índices de aleitamento em geral (98,4%) e exclusivo (91,7%) apenas no primeiro mês de vida, havendo queda abrupta a partir do segundo. No quarto mês de vida encontraram-se apenas 28,7% das mães em aleitamento exclusivo, 50% em predominante e 61,8% em aleitamento geral. Ao final do primeiro ano, apenas 31,8% das mães amamentavam. Os fatores relacionados ao desmame precoce foram: demora no primeiro atendimento, baixa renda familiar, dificuldades na amamentação em casa e trabalho materno.

Conclusão

Os dados obtidos indicaram a necessidade de adoção de medidas que incentivem e promovam o aleitamento materno até dois anos e exclusivo até o sexto mês.

Termos de indexação: aleitamento materno; desmame; serviços de saúde.

ABSTRACT

Objective

To study the proportions in breastfeeding patterns and factors associated with weaning in primigravidas.

Methods

A cross-sectional study was carried out in the Child Care Out-Patient Clinic of the Hospital and Maternity Celso Pierro, located in the suburb of Campinas. From September 1, 2000 to August 31, 2001, 254 questionnaires were applied to primigravidas who were awaiting an appointment and whose children aged from 6 to 12 months. Survival analysis was used to calculate the prevalence and median duration of breastfeeding patterns. Prevalence ratio was used to measure the association strength, with a confidence interval of 95%. Logistic regression analysis was used to identify risk factors associated with early weaning.

Results

The general breastfeeding median was of five months and of exclusive breastfeeding, it was of one and a half months. Overall breastfeeding indices were good (98.4%) and exclusive (91.7%) only in the first month of life, with a sharp decrease in the second month. On the fourth month of life, only 28.7% of the mothers were breastfeeding exclusively, 50% were mostly breastfeeding and 61.8% were generally breastfeeding. At the end of the first year, only 31.8% of the mothers were still breastfeeding. Factors associated with early breastfeeding were: delay to take the child to a health service, low family income, breastfeeding difficulties at home and working out.

Conclusion

The data obtained indicate the need to adopt measures that will motivate and promote breastfeeding for two years and exclusive breastfeeding for six months.

Indexing terms: breast feeding; weaning; health services.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o

Ministério da Saúde recomendam a amamentação exclusiva até os seis meses de vida e complementada até o segundo ano de vida, como uma estratégia no combate à mortalidade infantil¹⁻³.

Vários estudos têm mostrado o efeito protetor do leite materno contra a mortalidade infantil, especialmente nos países em desenvolvimento⁴, além de sua proteção contra infecções gastrintestinais^{4,5}, infecções respiratórias⁶, otite média⁷, síndrome da morte súbita do lactente⁸, certas doenças crônicas ligadas ao sistema imunológico, como esclerose múltipla⁹, doença de Crohn, colite ulcerativa¹⁰, *diabetes mellitus*^{8,11}, linfoma⁸, alergia alimentar¹². Ressaltem-se também seu efeito protetor contra a obesidade¹³ e a desnutrição¹⁴, e os benefícios psicológicos para a criança e para a mãe¹⁵.

Trabalhos da literatura mostram a melhora nos índices de amamentação em locais que possuem programas de promoção ao aleitamento materno tanto no pré-natal quanto no seguimento das crianças¹⁶.

Vários são os fatores citados na literatura como de risco para o insucesso da amamentação, tais como pouca educação materna, desmame precoce em filhos anteriores (antes dos três meses), ausência de orientação no pré-natal, falta de apoio do marido/companheiro¹⁷ e uso de chupeta¹⁸.

A introdução de qualquer alimento sólido antes dos seis meses¹⁹, volta ao trabalho ou à escola ou a ambos podem afetar negativamente a amamentação²⁰. O tabagismo durante a gravidez e durante a amamentação também tem correlação positiva com o desmame precoce²¹. Problemas com a saúde da criança, como o baixo peso ao nascimento, também são fatores de risco para o desmame²².

Alguns mitos relacionados à amamentação, que variam de região para região, também estão relacionados com o índice de desmame precoce¹², entre os quais estão o uso compulsório de água ou chás nos intervalos das mamadas e a interpretação do choro do bebê como sendo invariavelmente fome.

Os fatores que podem ser associados a uma maior duração do aleitamento materno são: início do aleitamento nas doze horas pós-parto, leite materno como primeira alimentação da criança, livre demanda⁸, além do nível de educação e idade

materna²³. No parto e no puerpério fatores favorecem a amamentação, como o parto normal, contato íntimo entre a mãe e a criança logo após o nascimento, a amamentação na primeira meia hora de vida e o alojamento conjunto²⁴.

A experiência anterior é um dos fatores que influenciam a amamentação, tanto positiva (se a mãe obteve sucesso na amamentação do(s) filho(s) anterior(es)), como negativamente, assim como o baixo peso ao nascimento (<2 500g)¹⁷.

Desejando verificar se havia necessidade de aprimorar a atuação frente à amamentação, foram estudados o tempo de aleitamento e os fatores que poderiam estar relacionados com o desmame precoce numa população de mães de primeiro filho com peso normal ao nascimento.

MÉTODOS

A Região Noroeste de Campinas é caracterizada por conter vários "bolsões" de pobreza em seu eixo. O coeficiente de mortalidade infantil no ano de 2000 era de 139 para cada 1 000 nascidos-vivos, maior que o da cidade que era de 12,5 para cada 1 000 nascidos-vivos²⁵. O Hospital e Maternidade Celso Pierro está situado na Região Noroeste de Campinas, eixo da avenida John Boyd Dunlop, habitada por uma população de baixo nível socioeconômico. O ambulatório de pediatria é freqüentado principalmente pela população da região. São atendidos mensalmente cerca de 1 100 casos, entre casos novos e retornos, distribuídos em dois períodos diários (matutino e vespertino), de quatro horas cada.

Para esta pesquisa, foi realizado um estudo transversal, com mães de primeiro filho, com filho vivo cujo peso ao nascer fosse maior do que 2 500g, não gemelar, na faixa etária entre 6 e 12 meses de idade. Foram entrevistadas 254 mães que compareceram para consulta pré-agendada no ambulatório de pediatria no período de 1º de setembro de 2000 a 31 de agosto de 2001. O estudo foi destinado a avaliar o tempo de aleitamento e os fatores que influenciaram o desmame precoce.

Foi utilizado um questionário aplicado por um único entrevistador, contendo 58 perguntas diretas, de fácil compreensão, com 54 questões fechadas e apenas 4 abertas, ensejando-se respostas curtas e já validadas em estudos semelhantes^{26,27}. As perguntas incluíam informações sobre itens demográficos e socioeconômicos, assistência pré-natal, tipo de parto, assistência pós-natal e os hábitos alimentares da criança após o nascimento, com os seguintes subitens:

Demográficos e socioeconômicos: idade materna na época do parto, sexo das crianças, escolaridade da mãe e do pai, trabalho da mãe fora de casa, estado marital da mãe - classificado em pai presente ou não no domicílio da criança - renda familiar (em salários mínimos).

Relacionados à assistência pré-natal: local do pré-natal, número de visitas (consultas) pré-natais, incentivo ao aleitamento materno no pré-natal (as mães foram questionadas se haviam sido orientadas e incentivadas para amamentar durante a assistência pré-natal) e intercorrências na gravidez.

Relacionados ao parto: tipo de parto, local, intercorrências durante o parto e peso de nascimento.

Relacionados à assistência pós-natal: permanência em alojamento conjunto, dificuldade na primeira mamada, incentivo à amamentação pela equipe hospitalar, dificuldades iniciais à amamentação na residência e procura por orientação de profissional da saúde, frequência às consultas de puericultura, tempo decorrido entre o nascimento e a primeira consulta de puericultura, incentivo à amamentação durante as consultas de puericultura, intercorrências com a criança e fumo durante a amamentação.

Hábitos alimentares da criança após o nascimento: duração da amamentação exclusiva, idade da primeira introdução de leite artificial, uso de sucos, água ou chás antes de quatro meses de idade, idade de início de alimentos pastosos ou semi-sólidos (papa de frutas e papa salgada), idade do término do aleitamento materno.

Realizou-se no período de 1º a 31 de agosto de 2000 um estudo-piloto de modo a testar, na

prática, o questionário e a técnica da entrevista para um melhor controle da qualidade das informações. As entrevistas do estudo-piloto não foram incluídas na amostra deste projeto.

Para análise, foram selecionadas as seguintes variáveis:

Desmame precoce: determinado a partir da informação de que a criança recebeu alimentos complementares (lácteos, sólidos ou semi-sólidos) antes de quatro meses de vida, com a interrupção do aleitamento materno exclusivo ou predominante antes desse período.

Tempo de aleitamento materno exclusivo: informado pela mãe, tendo como evento final a introdução de qualquer alimento que não fosse o leite materno.

Tempo de aleitamento materno predominante: considerando como evento final a introdução de qualquer alimento semi-sólido ou sólido ou outro tipo de leite que não o materno.

Tempo de aleitamento em geral: considerando como evento final a interrupção da amamentação ao seio.

Para comparação com o desmame precoce, foram selecionadas as seguintes variáveis: idade materna, escolaridade materna, escolaridade paterna, renda familiar, trabalho materno fora de casa, presença do pai da criança na estrutura familiar, número de consultas no pré-natal, local do pré-natal, incentivo à amamentação no pré-natal, tipo de parto, local do parto, dificuldade na primeira mamada, incentivo à amamentação no hospital, permanência em alojamento conjunto, dificuldades para amamentar em casa, orientação por profissional da saúde para as dificuldades em casa, primeira consulta de puericultura e tabagismo durante a amamentação.

A partir dos fatores citados acima e da variável resposta desmame precoce (sim/não), foi feita a análise de regressão logística univariada. Em seguida, com o objetivo de chegar ao conjunto de fatores que melhor se relacionava com a variável resposta, no caso desmame precoce, os fatores foram

analisados conjuntamente, sendo utilizado o método de seleção de variáveis *Stepwise* (regressão logística múltipla). Dessa forma, pudemos controlar os fatores confundidores e apresentar o cálculo de *Odds Ratio* (OR) entre as variáveis estudadas.

Para a análise da duração do aleitamento materno, utilizou-se a técnica da tábua de vida, por meio de planilha eletrônica.

O Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da PUC-Campinas aprovou o trabalho em 01/12/98. Com o intuito de assegurar o sigilo da fonte dos dados coletados, os questionários foram identificados com um número e não contiveram qualquer informação que permitisse a identificação dos pacientes.

RESULTADOS

A média de idade na época do parto das 254 mães entrevistadas foi de 20,7 anos ($\pm 4,2$ DP) com idade mínima de 14 anos e máxima de 37 anos. A proporção de adolescentes (mães com até 20 anos) na época do parto foi de 45,3% (115 mães). A maioria das entrevistadas (79,9%) tinha menos de 24 anos na época do parto.

Com relação ao sexo das crianças estudadas houve uma distribuição homogênea no grupo. A maioria das famílias (81,4%) encontrava-se na faixa salarial entre um e dois salários mínimos por família e, entre as mães entrevistadas, 73 (28,7%) informaram não ter o pai da criança residente com a família.

Na amostra estudada não foi encontrada nenhuma mãe analfabeta, porém a maioria das mães, 63,8%, não tinha estudado mais do que oito anos. Índices ainda maiores foram encontrados para os pais (74,4%) nessa mesma faixa de escolaridade.

Com relação ao tipo de parto, 36,6% das mães tiveram parto cesariana. Os padrões de amamentação foram estudados a partir da técnica da tábua de vida (ou de sobrevivência) (Figura 1).

Observamos que a maioria (98,4%) das mães estudadas estava amamentando seus filhos ao final

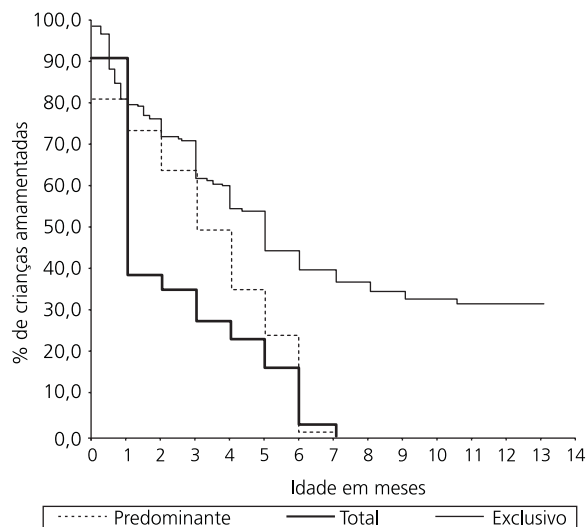


Figura 1. Curvas de sobrevivência dos diversos padrões de amamentação em primíparas no HMCP da PUC-Campinas, 2000/2001.

do primeiro mês; 91,7% em aleitamento exclusivo, proporção maior que o aleitamento predominante (81,1%) para a mesma faixa etária. No segundo mês, no entanto, notamos queda abrupta da curva de aleitamento exclusivo e mais suave do aleitamento predominante e em geral, de forma que apenas 39,4% das crianças iniciam o terceiro mês de vida em aleitamento exclusivo contra 73,6% em aleitamento predominante e 81,5% em aleitamento geral.

A partir daí, observamos queda mais suave para o aleitamento exclusivo e em geral e mais acentuada para o predominante, de forma que, aos quatro meses, 61,8% das crianças estão em aleitamento geral, 28,7% em aleitamento exclusivo e 50,0% em aleitamento predominante. Ao final do quinto mês, 44,5% das crianças estão em aleitamento materno; apenas 16,9% em aleitamento exclusivo e 24,4% em aleitamento predominante. Observamos que 31,8% das mães estudadas continuam amamentando seus filhos até o final do primeiro ano de vida da criança.

A duração mediana da amamentação exclusiva, idade em que metade das crianças encontra-se em uso apenas do leite materno, foi de

um mês e meio; a do aleitamento predominante foi de quatro meses e a de aleitamento em geral de cinco meses.

A análise dos fatores associados ao desmame precoce refere-se ao estudo da associação entre aleitamento materno exclusivo e aleitamento predominante (desmame precoce) e as variáveis selecionadas anteriormente, classificadas em: demográficas, socioeconômicas e as relacionadas à assistência materno-infantil (pré-natais, no parto e pós-natais).

Não foram analisados os determinantes do padrão de aleitamento materno exclusivo devido ao pequeno número de crianças (73) encontrado nesse grupo no quarto mês de vida.

Com relação à idade materna, não houve associação significativa com desmame. A baixa

escolaridade materna não mostrou associação significativa, mas a paterna sim (OR=2,96; $p=0,0494$) (Tabela 1). A Maternidade de Campinas foi tomada como padrão para o cálculo de *Odds* na variável "Local do Parto" devido à sua equipe de profissionais do banco de leite ser bastante atuante no incentivo ao aleitamento. Observamos que nenhuma variável relacionada ao pré-natal ou parto mostrou associação significativa ao desmame (Tabela 2).

Todas as variáveis relacionadas à assistência pós-natal mostraram associação significativa ao desmame ($p<0,005$) no cálculo da regressão logística bivariada (Tabela 3).

O alojamento conjunto não foi analisado devido ao fato de 100% da população estudada ter ficado nesse tipo de acomodação, demonstrando que essa prática já está bem estabelecida nos hospitais relacionados.

Tabela 1. Variáveis demográficas e socioeconômicas e associação com desmame precoce no HMCP da PUC-Campinas. 2000/2001.

	Desmame		Odds Ratio	IC 95%	p
	Sim	Não			
Idade da mãe					
Até 19 anos	81	34	1,54	(0,77 – 3,07)	0,2223
20 a 23	53	35	0,98	(0,48 – 1,98)	0,9484
>23	31	20	1,00		
Pai					
Ausente	53	20	1,63	(0,90 – 2,96)	0,1067
Presente	112	69	1,00		
Renda familiar					
<1 Salário mínimo	76	18	2,04	(0,92 – 4,56)	0,0810
1 a 2 Salários mínimo	53	54	0,48	(0,23 – 0,98)	0,0437*
>2 Salários mínimo	31	15	1,00		
Escolaridade materna					
Até 4 anos	21	7	2,02	(0,78 – 5,22)	0,1483
4 a 8 anos	89	45	1,33	(0,77 – 2,31)	0,3086
>8 anos	55	37	1,00		
Escolaridade paterna					
Até 4 anos	27	5	2,96	(1,003 – 8,72)	0,0490*
4 a 8 anos	96	61	0,86	(0,47 – 1,57)	0,6278
>8 anos	42	23	1,00		
Trabalho materno					
Sim	53	21	1,53	(0,85 – 2,76)	0,1552
Não	112	68	1,00		

(*) significativa ao nível $\alpha=5\%$

Tabela 2. Variáveis relacionadas à assistência pré-natal e ao parto e associação com desmame precoce no HMCP da PUC-Campinas. 2000/2001.

	Desmame		Odds Ratio	IC 95%	p
	Sim	Não			
Consulta pré-natal					
Até 6 consultas	40	21	1,04	(0,57 – 1,90)	0,9086
7 consultas ou mais	125	68	1,00		
Local do pré-natal					
Posto de saúde	97	51	0,83	(0,37 – 1,87)	0,6482
Hospital universitário	45	28	0,70	(0,29 – 1,68)	0,4245
Outros	23	10	1,00		
Orientação amamentação pré-natal					
Sim	122	72	1,00		
Não	43	17	1,49	(0,79 – 2,81)	0,2145
Local do parto					
Hospital universitário	113	60	1,60	(0,78 – 3,28)	0,1992
Outros hospitais	32	12	2,27	(0,90 – 5,72)	0,0834
Maternidade de Campinas	20	17	1,00		

(*) significativa ao nível $\alpha=5\%$.**Tabela 3.** Variáveis relacionadas à assistência pós-natal e associação com desmame precoce no HMCP da PUC-Campinas. 2000/2001.

	Desmame		Odds Ratio	IC 95%	p
	Sim	Não			
Dificuldade 1ª mamada					
Sim	115	46	2,15	(1,26 – 3,66)	0,0048*
Não	50	43	1,00		
Dificuldade de amamentar em casa					
Sim	84	20	3,58	(2,00 – 6,42)	<0,001*
Não	81	69	1,00		
Procura por profissional da saúde					
Sim	42	9	1,00		
Não	123	80	0,33	(0,15 – 0,71)	0,0049*
Internação parto e a 1ª consulta					
Até 12 dias	21	51	1,00		
>12 dias	144	38	9,20	(4,94 – 17,13)	<0,0001*
Tabagismo em aleitamento					
Sim	26	6	2,59	(1,02 – 6,55)	0,0447*
Não	139	83	1,00		

(*) significativa ao nível $\alpha=5\%$.

A Tabela 4 mostra as variáveis selecionadas após a regressão logística múltipla. Mostraram-se como maior risco ao desmame precoce: crianças que tiveram sua primeira consulta de puericultura após o

12º dia de vida; renda familiar menor que um salário mínimo; crianças que tiveram dificuldade para mamar em casa, durante os primeiros quinze dias de vida; trabalho materno fora de casa.

Tabela 4. Análise de regressão logística múltipla para as variáveis significativas em relação ao desmame precoce entre primíparas no HMCP da PUC-Campinas. 2000/2001.

Variável	Coeficiente	Erro-padrão	Odds Ratio	IC (95%)
Renda familiar (menos de 1 salário mínimo)	1,7518	0,6424	5,77	(1,64 - 20,31)
Mãe trabalha fora (sim)	1,3743	0,4704	3,95	(1,57 - 9,94)
Dificuldade em amamentar em casa (sim)	1,4987	0,5109	4,48	(1,64 - 12,18)
Número de dias até 1ª consulta puericultura >12 dias	3,6569	0,5308	38,74	(13,69 - 109,64)

DISCUSSÃO

Os achados deste trabalho mostram que os índices de aleitamento materno encontrados estão baixos, muito aquém dos preconizados pela OMS. A duração mediana da amamentação exclusiva foi de 45 dias (1,5m), superior à obtida na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996, que é de 1,1m. A mediana para o aleitamento em geral foi de 5,0m, inferior à mediana nacional, obtida pela PNDS de 1996 que foi de 7,0m. Em estudo transversal durante a Campanha de Vacinação de 2001, contemplando 2 394 crianças usuárias de quatro centros de saúde da Região Noroeste de Campinas, foram encontrados índices melhores: mediana da amamentação exclusiva de 66 dias de 2,2m e de aleitamento em geral de 6,7m^{28,29}. Esses dados não podem ser rigorosamente comparados, pois este trabalho analisou somente mães de primeiro filho em ambulatório de hospital-escola que atende, sem restrição, moradores de vários bairros da cidade.

Os dados revelam que as crianças estão mamando por pouco tempo, porém quase todas as mães (98,4%) estão amamentando seus filhos ao final do primeiro mês de vida, a maioria (91,7%) em aleitamento exclusivo. Ao final do segundo mês a proporção de crianças que se encontram recebendo leite materno é de 81,5% e apenas 39,4% em aleitamento materno exclusivo.

Observa-se apenas 31,8% das crianças estudadas se mantendo em aleitamento materno ao final do primeiro ano de vida, sendo que durante a Campanha de Vacinação de 2001 os autores encontraram 55,7%. Os dados críticos em relação à queda abrupta do aleitamento exclusivo aos dois

meses provavelmente decorrem em virtude da introdução precoce de água, chá ou sucos, hábitos esses bastante arraigados na população influenciada pelas crenças populares de que os chás têm propriedades terapêuticas no combate às cólicas e de que esses líquidos sejam necessários para os bebês²⁹.

No ambulatório de Pediatria não era realizado, no momento da pesquisa, nenhum trabalho específico de promoção ao aleitamento materno, a não ser o incentivo e a orientação dados individualmente às pacientes no atendimento dos casos. A literatura mostra que, em locais onde existem trabalhos de promoção e incentivo ao aleitamento, os índices de amamentação melhoram muito^{16,30}.

Segundo Rea³¹, o indicador mais adequado a ser utilizado em nosso país é a proporção de crianças em aleitamento materno exclusivo entre zero e quatro meses de vida (coincidente com o final da licença-amamentação) que, conforme recomenda a OMS, deveria ser de 100,0%. Os dados da pesquisa revelaram uma proporção de 28,7% de crianças que chegaram ao final do quarto mês de vida em amamentação exclusiva.

Verifica-se que as mães, em sua grande maioria, iniciam aleitamento materno, porém em pouco tempo introduzem alimentação complementar ou outro tipo de leite associado ao aleitamento. Essa prática é considerada inadequada, já que interfere no processo de lactação e eleva os riscos de morbimortalidade⁸, pois cria condições para que o desmame precoce ocorra.

A baixa escolaridade materna não se mostrou associada ao desmame precoce na população estudada. Tal fato talvez possa ser explicado pelos bons níveis de escolaridade materna (apenas 11%

com menos de quatro anos), homogeneizando a amostra.

Em contrapartida, a renda familiar menor que dois salários mínimos foi a situação encontrada na maioria das famílias (81%) e se mostrou um fator associado ao desmame precoce mesmo após análise de regressão logística multivariada. Esse dado é muito preocupante porque justamente as famílias que vivem no extremo inferior da escala socioeconômica são as que mais se beneficiariam com o aleitamento materno até os dois anos de idade e exclusivo até o sexto mês.

É importante lembrar que a região em que se situa o ambulatório, a Região Noroeste de Campinas, é caracterizada por baixas condições socioeconômicas. É uma região bastante populosa, provida de escolas, porém com deficiência na oferta de emprego. Essa situação talvez explique por que, no estudo, a baixa renda familiar encontra-se como fator associado ao desmame precoce e não o baixo nível de escolaridade materna.

O trabalho materno fora de casa foi apontado em análise de regressão logística múltipla como uma variável importante relacionada positivamente ao desmame precoce, atuando como elemento dificultador ou impeditivo para a amamentação³². A volta ao trabalho e/ou à escola podem afetar negativamente a amamentação. No Brasil, Giugliani et al.¹⁷ encontraram o trabalho materno associado ao desmame precoce.

A legislação brasileira prevê uma licença após o parto de até quatro meses e dois descansos diários de meia hora cada um, durante a jornada de trabalho (ou opcionalmente saída uma hora antes) para que a mãe possa amamentar o seu filho até ele completar seis meses. Porém muitas mulheres inserem-se no setor informal do mercado de trabalho, não podendo se beneficiar das leis e, portanto, sendo obrigadas a retornar precocemente ao trabalho, deixando o filho em casa com cuidadoras ou em creches, geralmente distantes do local de trabalho. A Sociedade Brasileira de Pediatria está realizando um movimento junto à sociedade, almejando

umentar a licença maternidade de quatro para seis meses, período que garantiria o aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida, conforme preconiza a OMS.

Neste estudo foi observada maior importância da assistência pós-natal à mãe e ao filho em relação à pré-natal. Entre as variáveis relacionadas à assistência pré-natal e ao parto, classicamente consideradas como facilitadoras da amamentação (como incentivo pré-natal e número de consultas pré-natais), não houve associação ao padrão de amamentação estudado. Estudo que analisou fatores relacionados ao desmame precoce em um centro de saúde (Ipaussurama) pertencente à Região Noroeste de Campinas durante a campanha de vacinação de 2001 também não encontrou associação entre pré-natal e desmame precoce³³.

Observou-se que, mesmo tendo orientação para amamentação no pré-natal e na maternidade, foram as dificuldades em casa no primeiro mês de vida da criança que acabaram influenciando as mães no desmame precoce. Quanto maior o número de dias da data do nascimento até a primeira consulta, maior a chance de desmame precoce. Se a intervenção for realizada no período pós-parto, no entanto, poderá ter melhor impacto.

Um outro aspecto a ser considerado é o preparo dos profissionais da saúde em auxiliar as mães em suas dificuldades com relação à amamentação. O profissional deve estar preparado e demonstrar segurança para a mãe com dificuldades de amamentação, acolhendo-a em sua ansiedade e fornecendo-lhe informações consistentes.

A educação e o preparo das mulheres para a lactação durante o período pré-natal comprovadamente contribuem para o sucesso do aleitamento materno, em especial entre as primíparas³⁴, mas pode não ser suficiente. A orientação quanto aos cuidados com os mamilos e quanto à ingestão de uma dieta saudável é parte importante da promoção do aleitamento materno.

Os primeiros catorze dias após o parto são cruciais para a amamentação bem-sucedida, pois é nesse período que a lactação se estabelece, além

de ser um período de intenso aprendizado para a mãe e para o bebê⁸. Ao sair da maternidade as mães devem ser orientadas a comparecer com o recém-nascido para reavaliação quando esse não tiver mais que sete a dez dias, pois é nos primeiros dias em casa que surgem problemas e dúvidas que podem dificultar a amamentação.

Porém, mesmo numa região da cidade de Campinas equipada com um hospital-escola e vários postos de saúde em sua grande maioria providos de pediatra e ginecologista, como é a região Noroeste, observamos dificuldades na puericultura. A maioria das mães de nosso estudo (71,7%) não conseguiu acesso, em tempo hábil, à informação em qualquer serviço de saúde para esclarecer suas dúvidas em relação à amamentação, ocorrendo o primeiro atendimento somente após o décimo segundo dia de vida da criança, ou seja, quando a lactação e todas as dificuldades advindas dela já se estabeleceram.

CONCLUSÃO

Os baixos índices de aleitamento materno encontrados neste estudo apontam a necessidade de implementação de medidas que visem o incentivo e a promoção do aleitamento materno. Os fatores de risco relacionados ao desmame precoce mostram a direção para as medidas de prevenção, tais como: facilitar o acesso da mãe, principalmente se de primeiro filho, aos serviços de saúde, garantir a primeira consulta de puericultura até o décimo dia de vida da criança e manter uma equipe de saúde treinada a dar apoio à mãe com dúvidas no manejo do aleitamento. O HMCP vem realizando, nos últimos anos, trabalho multiprofissional de incentivo ao aleitamento materno. Novos estudos devem ser realizados para avaliar o impacto dessas ações nos pacientes do ambulatório de pediatria.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Indicadores para avaliar as práticas de lactancia materna. Genebra; 1992.
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação mundial da infância. New York; 1996.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério de Saúde; 2002.
4. World Health Organization. Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding protect against infant and child mortality due to infectious diseases? A pooled analysis of six studies from less developed countries. *Lancet*. 2000; 355(66):451-5.
5. Victora CG, Fuchs SC, Kirkwood BR, Lombardi C, Barros FC. Breast-feeding, nutritional status, and other prognostic for dehydration among young children with diarrhea in Brazil. *WHO Bull*. 1992; 70(7):467-75.
6. Cesar JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: a cases-control study. *Br Med J*. 1999; 318(11):1316-20.
7. Duncan B, Ey J, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD, Taussig LM. Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics*. 1993; 91(24):867-72.
8. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *J Pediatr*. 2000; 76(Supl 3):S238-52.
9. Pisacane A, Impagliazzo N, Russo M, Valiani R, Mandarina A, et al. Breastfeeding and multiple sclerosis. *Br Med J*. 1994; 308(83):1411-2.
10. Koletzko S, Sherman P, Corey M, Griffiths A, Smith C. Role of infant feeding practices in development of Crohn's disease in childhood. *Br Med J*. 1989; 298(35):1617-8.
11. Virtanen SM, Rasanen L, Ylonen K, Aro A, Calyton D, Langholz B, et al. Early introduction of dairy products associated with increased risk of IDDM in Finnish Children. *Diabetes*. 1993; 42(12):1786-90.
12. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. *J Pediatr*. 2004; 80(5):411-6.
13. Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, Von Mutius E. Does breast-feeding protect against childhood obesity? *Adv Exp Med Biol*. 2000; 478(20):29-39.
14. Nacro B, Curtis V, Kanki B, Tall F, Traore E, Diallo I, et al. Prolonged breastfeeding no association with increased risk of clinical malnutrition in young children in Burkina Faso. *Bull WHO*. 1993; 71(6):713-22.
15. Christensson K, Cabrere T, Christensson E, Uvnas-Moberg K, Winberg J. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Pediatr*. 1996; 6(9):468-73.

16. Correa AMS. Evaluación del impacto de las actividades de promoción de la lactancia materna: Hospital Guilherme Alvaro. USAID/LAC, 1994.
17. Giugliani ERJ, Issler RMS, Justo EB, Seffrin CF, Hartmann RM, Carvalho NM. Risk factors for early termination of breast feeding in Brazil. *Acta Paediatr Scand.* 1992; 81(7):484-7.
18. Victora CG, Tomasi E, Olinto MTA, Barros FC. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet.* 1993; 341(7):404-6.
19. Guerrero ML, Morrow RC, Calva JJ, Ortega-Gallegos H, Weller SC, Ruiz Palacios GM, et al. Rapid ethnographic assessment of breastfeeding practices in periurban Mexico City. *Bull WHO.* 1999; 77(4): 323-30.
20. Arlotti JP, Cottrell BH, Lee SH, Curtin JJ. Breastfeeding among low-income women with and without peer support. *J Comm Health Nurs.* 1998;15(3):163-78.
21. Horta BL, Victora CG, Menezes AM, Barros FC. Environmental tobacco smoke and breastfeeding duration. *Am J Epidemiol.* 1997; 146(26):128-33.
22. Losch M, Dungy CI, Russell D, Dusdieker LB. Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. *J Pediatr.* 1995; 126(23):507-14.
23. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (Benfam). Rio de Janeiro: Unicef; 1997.
24. Forman MR. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. *Pediatrics.* 1984; 74(25): 667-94.
25. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Mortalidade em Campinas. *Boletim.* 2000; 27(jan./mar): 1-4.
26. Barros FC, Victora CG. *Epidemiologia da saúde infantil.* 3.ed. São Paulo: Hucitec; 1998.
27. Caldeira AP, Goulart EMA. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. *J Pediatr.* 2000; 76(1): 65-71.
28. Claro RM, Buarraj MC, Silva AT, Zoldan CM, Moura EC. Prevalência e duração da amamentação em crianças de 0 a 2 anos na periferia de Campinas, São Paulo, Brasil, 2001. *Rev Ciênc Méd.* 2004; 13(4): 337-46.
29. Silveira FJF, Lamounier JA. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. *Rev Nutr.* 2004; 17(4):437-47.
30. Pinto LM, Vítolo MR. O impacto das orientações de alta na aquisição de conhecimento pelas puérperas em Alojamento Conjunto. *Rev Ciênc Méd-Puccamp.* 1996; 5(1):15-20.
31. Rea MF. A amamentação e o uso do leite humano: o que recomenda a Academia Americana de Pediatria. *J Pediatr.* 1998; 74(4):171-3.
32. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr.* 2003; 79(5):385-90.
33. Possas FVM, Carvalho RVB, Moura EC. Aleitamento materno no centro de saúde escola do Jardim Ipaussurama, Campinas, São Paulo, Brasil. *Rev Ciênc Méd.* 2002; 11(1):19-25.
34. World Health Organization. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva; 1998.

Recebido em: 27/9/2005

Versão final reapresentada em: 7/3/2006

Aprovado em: 27/3/21006

