

Aleitamento Materno: A Prática Hospitalar e o Sucesso das Medidas de Implementação do Aleitamento Materno até aos 6 Meses de Vida

ANA SOFIA BRANCO, CRISTINA BASTARDO, MARGARIDA ALBUQUERQUE, GRAÇA OLIVEIRA.

Clínica Universitária de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Lisboa

Resumo

Os autores efectuaram estudo prospectivo com os objectivos de: avaliar a eficácia de práticas/attitudes de suporte do aleitamento materno durante o puerpério, na prevalência da amamentação no 1º, 3º e 6º mês de vida e comparar os resultados com os obtidos num estudo similar, efectuado em 1995, antes da implementação das attitudes referidas.

Este estudo envolveu 145 díadas mães-filho e baseou-se num inquérito realizado às puérperas após o parto na Maternidade do Hospital de Santa Maria.

Amamentaram durante mais tempo as primíparas, as mães com curso médio de escolaridade e as que não tinham recebido suplementos durante o internamento; resultados estes consistentes com os do estudo previamente efectuado.

O tempo que decorreu entre o parto e a 1ª mamada ao peito foi injustificadamente prolongado: 2,9h para partos eutócicos, 5,6h para forceps e ventosas (inferior à média anterior) e 14,7h para cesarianas (superior à média anterior). A percentagem de suplementação manteve-se elevada (52,1%).

A prevalência do aleitamento materno no 1º mês de vida foi de 84,8%; 62,7% aos 3 meses e 35,2% aos 6 meses, números muito superiores aos obtidos em 1995 (61,5% - 33,6% - 4,8% respectivamente). Constatámos um aumento de cerca de um mês no tempo médio global do aleitamento materno.

Os autores discutem a necessidade de reduzir a percentagem de suplementação e a implementação de attitudes de suporte do aleitamento materno principalmente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Palavras-Chave: Aleitamento materno, prevalência

Summary

Breastfeeding: The Hospital Practice and the Success of the Breastfeeding Promoting Measures Until 6 Months of Life

A prospective study was made with the aims to evaluate the efficacy of breastfeeding support measures in the breastfeeding prevalence at 1, 3 and 6 months postpartum and to compare the obtained data with the results of a similar study occurred in 1995, before the mentioned measures were applied.

This study included 145 dyads mother-newborn and was based on a questionnaire given to the mothers after delivery in the Maternity.

We obtained results similar to those of the previous study: first time mothers and those with middle school degree breastfed longer as well as newborns who did not receive bottle supplementation.

The delay between birth and the first breast suckling was still too long: 2,9 hours for eutocic deliveries; 5,6 for forceps and vacuum (less than in the previous study) and 14,7 hours for caesarean section (higher than in the previous study). The rate of bottle-feeding was still very high (52,1%).

The prevalence of breastfeeding on the first month of life was 84,8%; to 62,7% at three months and 35,2% at six months. The values obtained were higher than those calculated at 1995 (61,5% - 33,6% - 4,8% respectively). The average time of breastfeeding was raised by a month.

The authors discuss the need to reduce the rate of bottle supplementation and the implementation of attitudes of support of breastfeeding namely at the Primary Care Units.

Key-Words: Breastfeeding, prevalence

Introdução

O aleitamento materno é considerado um dos pilares fundamentais para a promoção e protecção da saúde das crianças em todo o mundo^{1,2}. São conhecidas as suas inúmeras vantagens, tanto nutricionais, quanto imunoló-

gicas^{3,4,5}, psicossociais ou económicas e a sua importância na prevenção da morbidade e mortalidade infantis.^{5,6} A amamentação está ainda associada a parâmetros mais elevados de desenvolvimento cognitivo.⁴ O aleitamento materno é eficaz na redução do risco de doença entre lactentes inseridos em grandes aglomerados populacionais⁷ conferindo protecção mesmo após a interrupção da exposição. Estas vantagens são consistentes através de todos os níveis socioeconómicos.

Entre as diversas causas de desmame precoce, especialmente nas regiões industrializadas, está a influência da presença e da propaganda de alimentos artificiais e outros produtos que podem ser utilizados como substitutos do leite materno e da prática de amamentar⁸.

Múltiplas organizações internacionais como a OMS e a UNICEF têm reconhecido a importância do aleitamento materno e desenvolvido iniciativas para promover o mesmo.

Como resultado de uma dessas iniciativas surgiu a Declaração de Innocenti⁹, de acordo com a qual o aleitamento exclusivo até aos seis meses de vida e a sua manutenção complementada por outros alimentos dos seis aos vinte e quatro meses ou mais^{1,2,7}, constituem práticas indispensáveis para a saúde e desenvolvimento de todas as crianças, assim como para a de suas mães. Esta declaração resultou de um encontro ocorrido em 1990, em Florença, onde também foi idealizada a "Iniciativa Hospital Amigo da Criança"¹⁰. Para atingir estas metas foi estabelecido um conjunto de medidas denominado "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" (algumas das quais implementadas na Maternidade do HSM após estudo de prevalência de aleitamento materno efectuado em 1995) com a finalidade de informar acerca das vantagens do aleitamento materno, bem como fornecer noções sobre a fisiologia da lactação, estímulos para produção do leite materno, dificuldades e soluções para os problemas de amamentação.

Para que um hospital seja considerado amigo da criança é necessário que obtenha 80% de aprovação dos critérios globais estabelecidos para cada um dos dez passos¹⁰.

No ano de 2000, existiam 14.661 hospitais certificados como Hospital Amigo das Crianças em 132 países em todo o mundo, nenhum dos quais em Portugal.

Materiais e Métodos

Foram efectuados inquéritos, entre Março e Abril de 2000, a 163 puérperas internadas na Maternidade do H.S.M. correspondendo a igual número de partos consecutivos.

Foram incluídas todas as mães que não apresentavam contra-indicações para amamentar, manifestavam vontade de iniciar e manter o aleitamento materno e cujos recém-

nascidos não necessitaram de internamento em cuidados especiais.

Os dados foram recolhidos por questionário em que constavam *items* relacionados com a gravidez e parto (idade gestacional, tipo de parto, índice de Apgar, peso ao nascer, bem como eventual patologia associada), e características maternas (idade, paridade, escolaridade, experiência prévia de aleitamento e actividade profissional). O nível educacional da mãe era definido como baixo (9º ano de escolaridade ou inferior), médio (curso médio ou 12º ano de escolaridade) ou elevado (formação superior).

Eram ainda recolhidos dados relativos à hora da primeira mamada após o parto, existência ou não de suplementação e em caso de resposta afirmativa o porquê e a responsabilidade da mesma.

As mães foram ainda inquiridas acerca das vantagens do aleitamento materno. Estas foram posteriormente divididas em grupos: melhor ou mais próprio, menos infecções, menos doenças, menos alergias, melhor relacionamento afectivo, mais barato e/ou mais prático.

Após a alta foi mantido contacto telefónico aos 1, 3 e 6 meses depois do parto ou até interrupção do aleitamento materno, incluindo motivo e iniciativa do mesmo.

Todas as mães deram consentimento verbal para a realização do estudo.

Os resultados foram posteriormente comparados com os obtidos em estudo efectuado em 1995 na Maternidade do H.S.M. de acordo com os mesmos moldes¹¹.

As significâncias das diferentes médias foram testadas pelo teste t-student.

Resultados

Do total de 163 díadas inicialmente incluído no estudo foi possível concluir o *follow-up* em 145 (11% de abandonos). A idade materna média foi de 29,2 +/- 4,8 anos semelhante à do estudo anterior (28,6 +/- 4,6 anos)¹¹.

Aproximadamente 23% das parturientes tinham formação superior, enquanto 32,3% tinham completado o 12º ano de escolaridade ou curso médio e 44,7% tinham frequência de ensino básico e/ou secundário, reflectindo uma melhoria no nível educacional desde 1995¹¹ (Fig. 1).

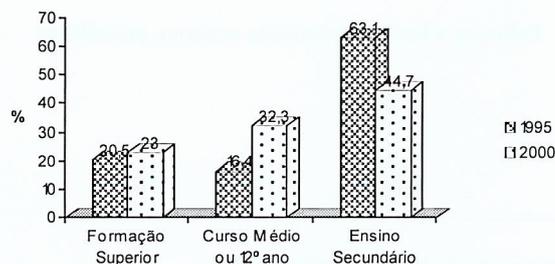


Fig. 1 - Comparação da escolaridade das parturientes em 1995 e 2000.

Quase metade das parturientes (47,8%) tinha mais filhos enquanto que 52,2% eram primíparas números quase idênticos ao do estudo anterior (55% vs 47,8%)¹¹. Das multíparas, 65% tinham amamentado previamente.

A maioria dos recém-nascidos (142/88%) apresentava um peso adequado à idade gestacional. Cerca de 6% (9) nasceram com peso inferior a 2500g (baixo peso) enquanto que igual número com peso superior a 4000g (macrossómicos). Relativamente à idade gestacional, 2,5%(4) nasceram prematuramente e 0,6% (1) após as 42 semanas de gravidez.

Em relação ao tipo de parto assistiu-se a um aumento da percentagem de partos por cesariana de 20,5 para 32,5% (53) enquanto que os partos eutócicos e os partos por fórceps/ventosa diminuíram de 51 para 46% (76) e de 28 para 21,5% (35) respectivamente¹¹ (Fig.2).

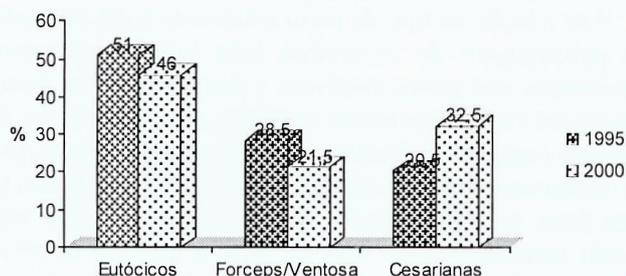


Fig. 2 - Comparação da distribuição dos tipos de parto em 1995 e 2000.

As vantagens apontadas pelas mães foram agrupadas em 5 grupos, nomeadamente: melhor ou mais próprio (41,7%), menos doenças (27%), menos alergias (7,8%), vantagens no aspecto psicoafectivo (12,9%) e mais barato (20,9%). Outras das vantagens referidas pelas mães foram o facto de o leite materno ser nutricionalmente mais completo e o facto de ser, também, mais saudável para a mãe, revelando, em comparação com o estudo de 1995 um conhecimento mais aprofundado.¹¹

Relativamente às práticas decorrentes durante o internamento, o tempo que mediou entre o parto e a primeira mamada do recém-nascido foi, em média de 7,7h, variando entre 2,9 horas nos partos eutócicos e 14,7 horas nas cesarianas. Nos partos distócicos por fórceps ou ventosa este valor foi de 5,6 horas correspondendo a uma redução do intervalo de tempo para os partos eutócicos, ao contrário dos distócicos¹¹ (Fig. 3).

Durante a estadia na enfermaria cerca de 52% dos recém-nascidos receberam fórmula adaptada comparativamente com 48% em 1995¹¹. A administração de suplemento ocorreu na maioria dos casos nas primeiras 12 horas

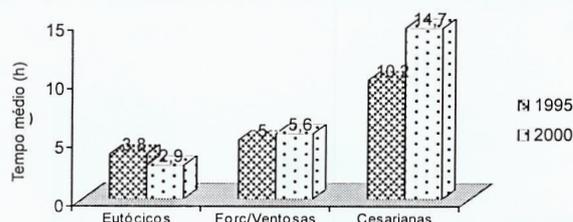


Fig. 3 - Tempo médio entre o parto e a primeira mamada consoante o tipo de parto.

de vida do lactente. A responsabilidade desta decisão diminuiu de 56% para 48% para o pessoal de enfermagem, de 15% para 6% por insistência da mãe e aumentou de 26 para 46% para os pediatras¹¹. Os motivos apontados para a suplementação foram em 41 casos de pós-operatório (cesariana), em 21 dificuldades na amamentação, em 6 respectivamente choro do recém-nascido e hipogalátea, em 3 respectivamente serologias desconhecidas ou causa desconhecida e em 2 respectivamente hipoglicémia ou doença materna.

À data da alta e de acordo com os critérios de inclusão no trabalho, todos os recém-nascidos incluídos no estudo eram amamentados exclusivamente. Foi efectuado contacto telefónico aos 1º, 3º, 6º meses após o parto ou até à data da interrupção do aleitamento materno. A prevalência de aleitamento materno ao 1º mês de vida aumentou de 61,5% para 84,8%; aos 3 meses de 33,6% para 62,7% e aos 6 de 4,8% para 35,2%¹¹ (Fig. 4).

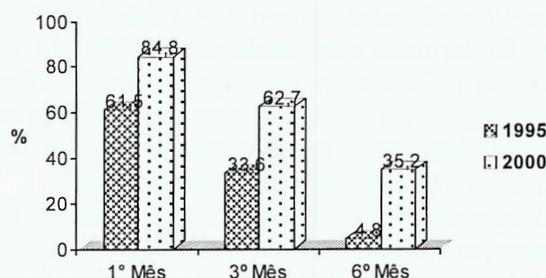


Fig. 4 - Prevalência do aleitamento materno até aos 6 meses.

O aleitamento materno médio (com ou sem suplementação) calculado foi de 3,7 meses comparativamente com 2,8 meses, cinco anos antes¹¹ (Fig. 5).

As causas referidas para a interrupção ao primeiro mês foram a hipogalátea ou agalátea maternas e a má progressão ponderal do recém-nascido. Ao terceiro mês a razão mais frequentemente apontada foi a hipogalátea/agalátea maternas enquanto que ao 6º mês além desta foi referido também o reinício da actividade

laboral materna ou a ida do recém-nascido para o infan-
tário.

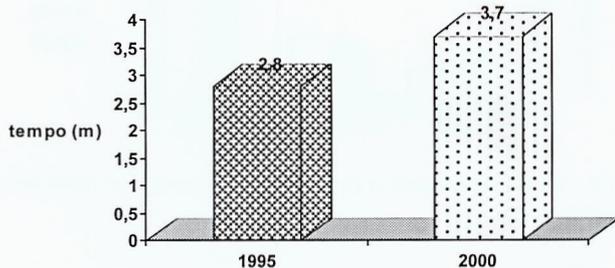


Fig. 5 - Comparação do tempo médio de aleitamento em 1995 e 2000.

A decisão da interrupção do aleitamento materno foi maioritariamente do pediatra em 91 casos, seguido da iniciativa materna em 34 casos e do médico de família em 30 casos. Em último surge a decisão do pessoal de enfermagem dos centro de saúde que foram responsáveis pela descontinuação em 3 casos.

Da comparação do tempo médio de aleitamento entre primíparas (3,84 meses) e múltíparas (3,57 meses) não foi possível apurar nenhuma diferença estatisticamente significativa, tal como no estudo previamente efectuado¹¹. No entanto, o tempo médio de aleitamento para as múltíparas com experiência prévia de aleitamento foi bastante superior (3,35 meses) ao contrário daquelas sem essa mesma experiência (2,8 meses).

Da análise do tempo médio de aleitamento de acordo com o nível educacional, apurámos que as mães com escolaridade básica apresentavam um valor inferior (3,46 meses) ao das mães com escolaridade média (4,1 meses) ou superior (3,79 meses), sem significado estatístico. No estudo realizado em 1995, obteve-se uma diferença estatisticamente significativa entre as mães com nível cultural muito baixo e as mães com formação superior¹¹.

O tempo médio de aleitamento foi de 3,5 meses para os que foram suplementados durante a estadia na maternidade e de 3,8 meses para os restantes. Ao contrário do estudo prévio (1,1 meses vs 3 meses), não foi possível encontrar uma diferença estatisticamente significativa¹¹.

Discussão

A idade materna média foi semelhante à do estudo anterior¹¹ pelo que não foi possível analisar eventuais diferenças na duração do aleitamento relacionadas com este factor. De acordo com a literatura, no entanto, as prevalências de amamentação são significativamente maiores conforme aumenta a idade materna.

Em relação ao nível educacional, a maioria das par-

turientes tinha completado o ensino básico, embora em menor número do que 5 anos antes¹¹. Comparativamente assistiu-se a um aumento do número de parturientes com escolaridade média e superior. Sabe-se que a classe social pode ser importante na predição da amamentação¹²: parturientes com nível educacional superior reconhecem e adoptam mais facilmente o aleitamento.^{1,12} Além da escolaridade, o rendimento também pode influenciar o aleitamento materno: parturientes com rendimentos inferiores amamentam por menores períodos de tempo.

A prevalência de aleitamento médio calculada entre primíparas e múltíparas foi muito semelhante (ligeiro predomínio das primeiras) consensualmente com trabalhos publicados que afirmam que os primogénitos são amamentados por maiores períodos de tempo¹².

A experiência prévia de amamentação entre as múltíparas parece ser um factor que favorece uma maior duração do aleitamento materno¹³, o que também se verificou nos resultados obtidos neste trabalho.

Em relação ao tipo de parto assistiu-se a um aumento da percentagem de cesarianas com uma consequente diminuição dos partos eutócicos e forceps/ventosa. Estes resultados contrariam outros trabalhos que referem que as taxas de cesariana¹⁴ afectam o estabelecimento e a duração do aleitamento materno dado retardar o primeiro contacto mãe-filho. 4;5;14 Alguns estudos, no entanto, referem não existir associação entre tipo de parto e duração da amamentação¹⁴. A maior duração do aleitamento materno destes recém-nascidos pode, no entanto, ser justificada pelo tempo de internamento nas cesarianas (4 dias vs 48 h) o que possibilita um apoio e ensino mais prolongado.¹²

O tempo que mediou entre o parto e a primeira mamada do recém-nascido manteve valores elevados (aumento substancial para as cesarianas, provavelmente relacionado com medidas reorganizativas da enfermagem do puerpério – sala de recobro cirúrgico separada). Sabe-se que a separação após o parto impede o início do aleitamento nas primeiras horas de vida, a amamentação em horário livre e promove a utilização de chuchas.⁴ Pelo contrário, o sistema de “alojamento conjunto” ou *rooming in* favorece a precocidade do aleitamento materno e o intercâmbio biopsicossocial entre mãe, recém-nascido e restante família, diminui o risco de infecção hospitalar e oferece condições ao pessoal de enfermagem de favorecer a promoção do aleitamento materno, entre outras vantagens⁵ pelo que deve ser cada vez mais incentivado.

Na maternidade do HSM, a percentagem de suplementação dos recém-nascidos manteve-se elevada,¹¹ apesar de a utilização de leite não humano na maternidade poder interferir na prevalência e na duração do aleitamento materno.¹ A responsabilidade desta decisão diminuiu para o pessoal de enfermagem, por insistência da mãe e aumentou para os pediatras o que poderá reflectir o aumento do

número de de cesarianas relativamente a 1995. As diferenças subsequentes na prevalência de aleitamento materno não são, no entanto, estatisticamente significativas.

O aleitamento materno médio (com ou sem suplementação) calculado aumentou comparativamente com cinco anos antes.¹ Para a melhoria destes valores não pode ser alheio o aumento da duração da licença de maternidade (4 meses) tal como se comprova em artigos publicados. Apesar das mudanças, o aleitamento materno permanece marcadamente inferior às recomendações internacionais, o que reforça a necessidade de se continuar a promover a amamentação nos primeiros meses de vida (nomeadamente nos cuidados de saúde primários).

Tal como em outras casuísticas, o chamado “síndrome do leite insuficiente”⁸ foi a principal razão apontada para a interrupção precoce do aleitamento embora o trabalho fora do lar constitua também um factor de risco.^{12,13} Os benefícios trabalhistas de protecção à mulher grávida e lactante (garantia de emprego, licença de maternidade remunerada, a existência de creches e pausas para amamentar como preconizadas pela OIT) se implementadas devem constituir condições suficientes para a mãe trabalhadora não interromper precocemente o aleitamento.¹³

Sabe-se que a ajuda dos profissionais de saúde aumenta a incidência e duração do aleitamento materno.^{2,6} Assim sendo, as rotinas e práticas hospitalares continuam a precisar de ser modificadas para que as mães possam estabelecer um aleitamento materno com sucesso. As práticas deverão ser consistentes de turno para turno.²

Proteger a amamentação e o leite materno quanto às estratégias de marketing não éticas e frequentemente agressivas da indústria impõe-se como parte de qualquer actividade ou programa de incentivo ao aleitamento materno.⁸ O material educacional relativo à alimentação infantil deve apoiar inequivocamente o aleitamento como método óptimo, de forma a corresponder às directivas da OMS e eventualmente conseguir o reconhecimento da Maternidade do HSM como *Hospital Amigo da Criança*.

Bibliografia

1. Kummer S.C. *et al.* Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev Saude Publica* 2000; 34 (2):143-8.
2. Gill S.L.. The little things: perceptions of breastfeeding support. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001; 30: 401-9.
3. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2000 355 (9202): 451-5.
4. Gorrin-Peralta J.J., Rodriguez A.M.P. The management of labor and delivery and its implications for breastfeeding. *PR Health Sci J* 2000; 19: 375-81.
5. Oliveira M.I.C., Leal M.C. Alojamento conjunto e parto cesáreo em maternidades do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Saude Publica* 1997; 31 (5): 508-11.
6. Taddei J.A.A.C., Westphal M.F., Venancio S., Bogus C., Souza S. Breastfeeding training for health professionals and resultant changes in breastfeeding duration. *Sao Paulo Med J* 2000; 118 (6): 185-91.
7. Heinig M.J. Host defense benefits of breastfeeding for the infant. Effect of breastfeeding duration and exclusivity. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 105-23,ix.
8. Rea M.F.,Toma T.S. Protecção do leite materno e ética. *Rev Saude Publica* 2000; 34 (4); 388-95.
9. Wight N.E. Management of common breastfeeding issues. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 321-44.
10. Lamounier J.A. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Rev Assoc Med Bras* 1998; 44 (4): 319-24.
11. Albuquerque M., Oliveira G, Abrantes M., Cunha A., Oliveira B. Aleitamento materno: A prática hospitalar e o sucesso do aleitamento até aos 6 meses de vida. *Nascer e Crescer* 1996; 5: 107-11.
12. Forste R., Weiss J., Lippincott E. The decision to breastfeed in the United States: Does race matter? *Pediatrics* 2001; 108: 291-6.
13. Rea M. F., Venancio S., Batista L.E., Santos R.G., Greiner T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Rev Saude Publica* 1997; 31 (2): 149-56.
14. Weiderpass E., Barros F.C., Victora C.G., Tomasi E., Halpern R. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica* 1998; 32 (3): 225-31.