



Perfil do aleitamento materno exclusivo em uma maternidade pública do sul do Brasil

Profile of Exclusive Breastfeeding in a Public Maternity Hospital in Southern Brazil

Edna Ribetro de Jesus^{1*}, Eduardo Manoel Pereira², Dantelle Cristina Alves Rigo³, Luana Claudia dos Passos Aires⁴

¹Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Santa Catarina (SC), Brasil. ²Mestre em Farmacologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Universidade da Região de Joinville, Joinville, SC, Brasil. ³Mestre em Clínicas Odontológicas pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia (GO), Brasil. ⁴Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Departamento de Enfermagem no Instituto Federal da Santa Catarina (IFSC), Santa Catarina (SC), Brasil.

*Autor correspondente: Edna Ribeiro de Jesus – Email: ednaenfa25@gmail.com

RESUMO

Descrever o perfil do aleitamento materno exclusivo em uma maternidade do norte de Santa Catarina. Pesquisa observacional, descritiva e prospectiva, cujos dados sociodemográficos e referentes ao parto e lactação foram obtidos por entrevista no alojamento conjunto, prontuários e contato telefônico aos 7 e 15 dias após alta. Participaram 297 puérperas. A média de idade foi de 26,2 ± 6,3 anos. A maioria era de etnia branca, casada, com renda entre 1-5 salários-mínimos, tabagista e teve contato pele a pele na primeira hora de vida de seu bebê, com primeiro banho predominantemente entre 6 e 15 horas após nascidos e mais de 84% das puérperas mantiveram o aleitamento materno exclusivo aos 7 e 15 dias. Foi observada alta prevalência do aleitamento exclusivo e seus benefícios devem posicionar a equipe de saúde na adoção de estratégias de incentivo à amamentação.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Cuidado de Enfermagem. Educação em Saúde. Leite Humano. Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT

To describe the profile of exclusive breastfeeding at a maternity hospital in the northern region of Santa Catarina, Brazil. This observational, descriptive, and prospective study gathered sociodemographic data and information regarding childbirth and lactation through interviews in the maternity ward, medical records, and telephone contacts at 7 and 15 days post-discharge. A total of 297 postpartum women participated. The average age was 26.2 ± 6.3 years. Most were of white ethnicity, married, with an income between one and five minimum wages, smokers, and had skin-to-skin contact within the first hour of their baby's life. The first bath predominantly occurred between 6 and 15 hours after birth, and over 84% of the postpartum women maintained exclusive breastfeeding at 7 and 15 days. A high prevalence of exclusive breastfeeding was observed, underscoring its benefits and highlighting the need for healthcare teams to adopt breastfeeding promotion strategies.

Keywords: Breast Feeding. Health Education. Milk, Human. Maternal and Child Health. Nursing Care.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é o melhor, mais completo e seguro alimento para crianças pequenas^{1,2}. Porém, ainda existe um cenário de baixas taxas de aleitamento materno no Brasil e no mundo, em razão do período de lactação estar imerso em mitos e tabus que se somam a uma forte cultura de desmame, impulsionados pela indústria alimentícia. Embora os profissionais de saúde realizem esforços para a promoção do aleitamento materno exclusivo, do nascimento até os seis meses de vida e o aleitamento complementado, até dois anos ou mais, conforme orienta o Ministério da Saúde (MS) brasileiro, as dificuldades ainda são muitas, como: baixa secreção de leite, atraso na descida do leite, apresentação de mamilo plano ou invertido, mastite ou dor nos mamilos, empedramento do leite, dificuldade de sucção do bebê, entre outras^{2,3}.

Estima-se que, mundialmente, apenas dois a cada cinco recém-nascidos são amamentados na primeira hora de vida, e, apenas 40% das crianças seguem em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida³. Há uma meta global para que até o ano de 2025, ao menos 50% das crianças sejam amamentadas exclusivamente até o sexto mês de vida⁴.

A amamentação é importante devido aos múltiplos benefícios do aleitamento materno: redução em 13% da mortalidade infantil, além de reduzir o risco de desenvolver obesidade, diabetes e outras doenças sistêmicas e psicossociais. Também apresenta efeito protetor na colonização intestinal do recém-nascido e redução de infecções oportunistas. No campo da saúde oral, o aleitamento materno é um fator de proteção para hábitos orais deletérios, como o uso da chupeta. Crianças amamentadas nos primeiros 30 minutos após o nascimento possuem um risco 25% menor de necessidade de recorrer à chupeta no primeiro ano de vida. Assim, o aleitamento materno, além de contribuir para a criação da afeição materno-infantil, é uma estratégia de ótima relação custo-

efetividade para a família e para a sociedade, podendo ser considerada uma alternativa eficaz de promoção de saúde multidisciplinar⁵.

As ações de incentivo ao aleitamento materno recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com vistas ao aumento do período de amamentação e à redução da mortalidade infantil, resultaram em aumento gradativo do tempo de amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses, que passou de 3,1% para 41%, entre 1975 e 2008. A duração média do aleitamento materno, que era de 2,5 meses em 1974-1975, passou para 5,5 meses em 1989, para 9,9 meses em 1999 e, para 11,3 meses em 2008. Ainda, conforme a iniciativa global de amamentação da OMS e do UNICEF, a porcentagem global de amamentação exclusiva para bebês até o sexto mês de vida atingiu 48%, refletindo um aumento de dez pontos percentuais em relação à década passada, evidenciando que o progresso significativo é possível^{5,6}.

O relatório do Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos indicou que o aleitamento materno exclusivo no ano de 2019 apresentou uma prevalência de 62,6% após o nascimento e que decresceu no terceiro e no sexto mês para, respectivamente, 45,3% e 24,9%. Na Europa, o aleitamento materno está longe da recomendação da OMS, havendo diferenças marcantes entre os países, por exemplo: a prevalência de amamentação na primeira hora após o nascimento foi de 78,1% na Áustria (2006), de 42,9% na Albânia (2008-2009) e de apenas 4,6% na Bulgária (2010). Dados do UNICEF também indicam variação importante acerca da prevalência do aleitamento materno (dados do período entre 2005-2015): regiões leste e sudeste da África atingiram 69%, enquanto a prevalência foi de 41% no oeste e África central, e de apenas 39% na região sul africana. No sul asiático, foi registrada a prevalência de 60%, na Ásia central, 36% e leste asiático, 41%^{7,8}.

Para contornar as dificuldades associadas à amamentação, o Alojamento Conjunto possibilita a atenção integral à saúde da mulher e do recém-nascido, permite o reconhecimento

das necessidades da criança e o esclarecimento de dúvidas junto à equipe, constituindo prática prevista e obrigatória conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a portaria MS/GM nº 1.016/2003, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)⁸. O Alojamento Conjunto é um facilitador e estimulador do início do aleitamento materno por livre demanda e apresenta as vantagens de favorecer o relacionamento precoce e contínuo entre mãe e filho⁹.

Entretanto, alguns estudos focam no aleitamento materno exclusivo do primeiro ao sexto mês de idade do bebê, sendo as investigações após 7 e 15 dias do nascimento menos descritas. Além disso, a variabilidade de adoção de políticas públicas e práticas de amamentação e a proporção de Hospitais Amigos da Criança são fatores que influenciam a prevalência do aleitamento materno, logo, conhecer o retrato de uma região específica é importante para que se possa raciocinar estrategicamente em intervenções eficazes e mantenedoras do aleitamento materno⁹.

Assim, considerando os benefícios e a importância do aleitamento materno e o papel da equipe de enfermagem e dos demais profissionais de saúde no acompanhamento e acolhimento das gestantes e lactantes, existe uma ampla janela de oportunidades para a promoção do aleitamento materno e de seus benefícios em curto e longo prazo. Portanto, o estudo objetivou descrever o perfil do aleitamento materno exclusivo em uma maternidade do norte de Santa Catarina após 7 e 15 dias do nascimento do bebê.

MÉTODOS

DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de estudo observacional, descritivo, prospectivo, com abordagem quantitativa, em conformidade com a Iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)¹⁰.

CENÁRIO DO ESTUDO E PERÍODO

O estudo foi realizado em uma maternidade pública, localizada na cidade de Joinville, estado de Santa Catarina, que atende exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta maternidade, estão institucionalizadas várias rotinas que fazem parte do ideário da humanização: cursos de preparação para o parto, direito da parturiente a um acompanhante de sua escolha (durante todo o processo do parto), opção de parto de cócoras, alojamento conjunto, estímulo a técnicas mecânicas de alívio de dor (massagens, banhos, deambulação), uso cauteloso de indução intravenosa (ocitocina), analgesia e episiotomia, bem como abolição das da aplicação de enema e de tricotomia.

Conforme a Controladoria da Maternidade, em 2017 ocorreram 6.065 nascimentos, sendo 325 por parto normal e 180 por cesariana, por mês. A coleta dos dados ocorreu entre o dia cinco de abril a cinco de maio de 2019, de segunda a domingo.

POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

A população foi constituída por parturientes da maternidade pesquisada, sem limite de idade, residentes no município de Joinville ou em cidades adstritas, com gestação de classificação de risco habitual. Foram excluídas da pesquisa: puérperas com condições clínicas que impossibilitassem a amamentação (retrovirose); recém-nascidos pré-termo que estivessem na unidade neonatal; uso materno de medicações e/ou substâncias que contraindicassem o aleitamento, conforme guia da amamentação e manual do MS¹¹; e que não possuíam um número de telefone para contato durante o seguimento.

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

Foi realizada amostragem por conveniência, portanto, todas as gestantes que

aceitaram participar do estudo e que fizessem parte do critério de inclusão, foram selecionadas.

INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

Foi aplicado um questionário com perguntas abertas acerca de informações sociodemográficas, condições do parto e aspectos da saúde materna e do recém-nascido, e outro com questões fechadas sobre o acompanhamento da amamentação. Também foi elaborada uma tabela com o telefone das puérperas e a identificação das participantes, com a data e hora do nascimento e o registro de atendimento do prontuário eletrônico.

Participaram da coleta de dados 12 voluntários devidamente treinados para realização das entrevistas. Destes, 11 eram estagiários de Enfermagem e uma residente em Enfermagem da instituição. Todos atuavam por meio de uma escala pré-definida de condução da pesquisa para padronizar o procedimento de realização das entrevistas.

Antes da coleta de dados, um estudo piloto foi conduzido com a equipe de voluntários, no sentido de identificar possíveis inconsistências e/ou vieses durante as entrevistas. A coleta de dados foi iniciada após a constatação de ausência de irregularidades ligadas à compreensão e interpretação das informações que seriam obtidas.

Todas as puérperas foram convidadas pessoalmente pela equipe para participar da pesquisa. Neste momento, as características do estudo foram apresentadas e foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura. Quando da participação de adolescentes, estas assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e seu responsável legal, o TCLE. A coleta dos dados foi iniciada após a assinatura dos termos.

Todo o processo de coleta de dados ocorreu em duas fases: na primeira, foram realizadas as entrevistas presenciais com as mães internadas no alojamento conjunto, nas quais as mães foram questionadas sobre suas características sociodemográficas, as condições

do parto e questões referentes a sua saúde e a do bebê. Também foram coletados dados do prontuário eletrônico das pacientes. Houve a preocupação dos pesquisadores em garantir um ambiente reservado, com o mínimo de interferências possíveis durante essa etapa.

A segunda fase do estudo ocorreu após a alta hospitalar por meio de contato telefônico com as puérperas. Na ocasião, foi realizado o preenchimento de um questionário sobre as características da amamentação no sétimo e no décimo quinto dia de vida dos recém-nascidos. Foram feitas três tentativas de contato, via telefone e um aplicativo de mensagens, *WhatsApp*[®] em ambas as ocasiões para minimizar perda de seguimento.

VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis categóricas sociodemográficas consideradas para este estudo foram: faixa etária (< 18 anos; 19-25 anos; 26-35 anos; 36-45 anos; 46-55 anos, 56-65 anos), etnia (branca, preta, parda, indígena ou nenhuma), estado civil (casada ou solteira), escolaridade (nenhuma, ensino fundamental, médio ou superior completo ou incompleto), atividade remunerada (formal ou informal), renda familiar (< um salário-mínimo, 1 salário-mínimo, dois ou mais salário-mínimo e mais do que 5 salários mínimos), classificação de risco gestacional (habitual ou de alto risco), doenças prévias (diabetes mellitus, hipertensão gestacional, hipertensão crônica, epilepsia, depressão, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana). As variáveis ligadas ao acompanhamento da lactação incluíram a manutenção do aleitamento materno exclusivo, a introdução de fórmula ou ambas (mista), e as complicações que ocorreram durante o aleitamento.

TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados da pesquisa foram tabulados no *software Excel*[®] e a apresentação dos resultados

ocorreu pela estatística descritiva por meio das distribuições absoluta e relativa (n -%), bem como pelas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão) encontrados para cada parâmetro pesquisado.

ASPECTOS ÉTICOS

Os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt/Secretaria Estadual de Saúde/Santa Catarina, conforme o parecer número 3.215.785 emitido na data de 22/03/2019, sendo a pesquisa realizada dentro dos parâmetros da Resolução 480/2018.

RESULTADOS

A média de idade encontrada foi de 26,2 \pm 6,3 anos (valores absolutos para cada faixa etária apresentados na Tabela 1). A faixa etária predominante foi de 18-35 anos, que reuniu pouco mais de 90,2% da amostra, enquanto que menos de 6% eram puérperas adolescentes. Em relação às etnias, a predominância foi da raça branca 75,5%, seguida da parda e menos de 6% da amostra agrupava participantes de etnia preta ou indígena. A caracterização da composição da amostra está detalhada na Figura 1.

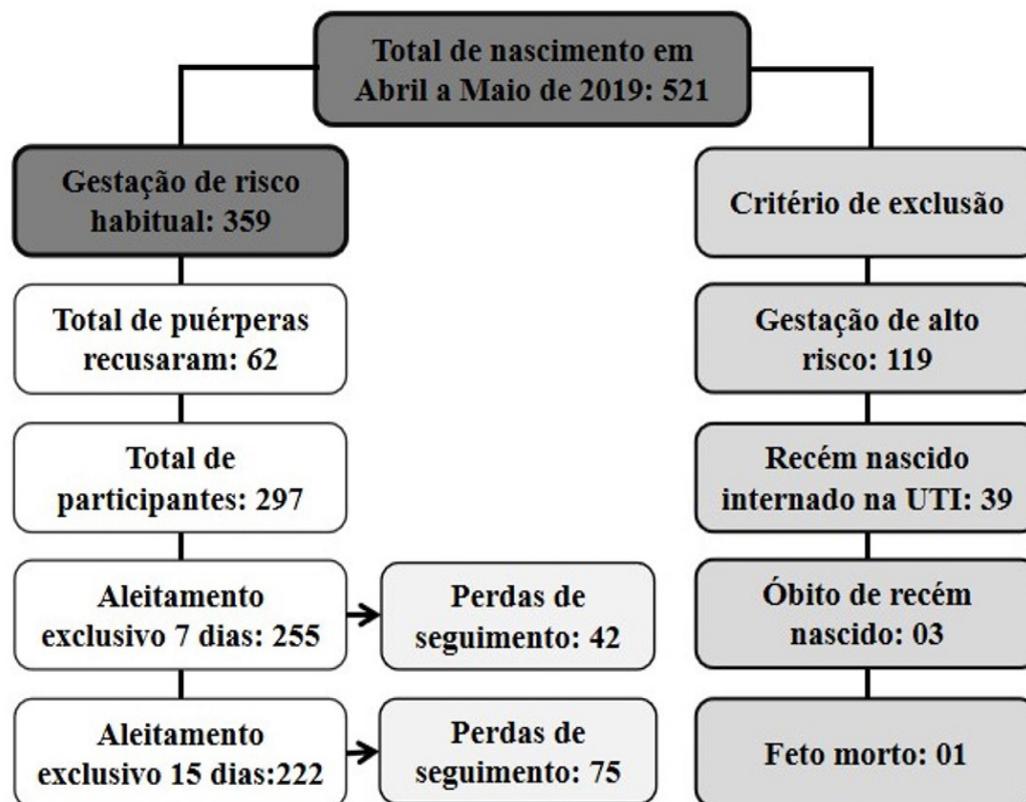


Figura 1. Fluxograma da obtenção da amostra da pesquisa. Joinville, SC, Brasil, 2019.

Fonte: os autores (2019).

O nível de instrução mais presente foi o de ensino médio completo, descrito por 131 (44,1%) participantes, seguido de ensino médio incompleto. Um total de 264 (88,8%) mulheres eram casadas e as demais 33 (11,1%), solteiras. Residiam em moradia própria 157 (52,8%)

mulheres e as demais 140 (47,1%), em casa alugada. Verificou-se que 38,0% das participantes tinham emprego formal, quase metade das participantes possui trabalho doméstico e menos de 17,1% das gestantes entrevistadas trabalhavam na informalidade (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas das puérperas, n=297, Joinville, SC, Brasil, 2019

Variável	(N=297)	%
Idade		
< 18 anos	18	6,0%
18-25 anos	131	44,1%
26-35 anos	119	40,0%
> 36-53 anos	29	9,7%
Etnia		
Branca	224	75,4%
Parda	56	18,8%
Indígena	1	0,3%
Preta	16	5,3%
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	36	12,1%
Ensino fundamental incompleto	37	12,4%
Ensino médio completo	131	44,1%
Ensino médio incompleto	41	13,8%
Ensino superior completo	26	8,7%
Ensino superior incompleto	24	8,0%
Ignorado	2	0,6%
Trabalho		
Formal	113	38,0%
Informal	51	17,1%
Não trabalha	133	44,7%

Fonte: Dados da pesquisa, 2019

A renda per capita familiar em um salário mínimo 15 (5,0%), dois salários-mínimos ou mais declarada por 267 (89,8%) participantes, outras 12 (4,0%) referiram renda maior que 5 salários e três (1,0%) tinha renda abaixo do salário-mínimo.

Foram observadas 194 (65,3%) puérperas fumantes e 103 (34,6%) não tabagistas. Embora tenham sido encontradas apenas 07 (2,3%) usuárias de drogas ilícitas (maconha ou cocaína), os casos identificados foram notificados aos médicos responsáveis para que as puérperas fossem encaminhadas para aderir ao protocolo preconizado pelo MS referente ao Aleitamento

Materno^(2,8). Em relação aos parceiros, 71 (23,9%) companheiros eram fumantes, 194 (65,3%) declararam não fumar e 32 (10,7%) não responderam à questão.

Todas as puérperas entrevistadas realizaram os exames pré-natais, porém apenas 107 (36,0%) planejaram a gestação. Dentre as puérperas participantes, 261 (87,8%) tiveram contato com seus bebês ao nascer, 33 (11,1%) referiram não terem realizado o contato pele a pele e três (1,0%) não souberam responder.

O primeiro banho dos recém-nascidos das entrevistadas deu-se entre uma e cinco

horas após o nascimento em 25 (8,4%) casos, entre seis e quinze horas em 183 (61,6%) dos bebês, enquanto 73 (24,5%) realizaram-no entre dezesseis e vinte quatro horas após o nascimento. Apenas nove (3,0%) recém-nascidos tomaram o primeiro banho entre 25 e 30 horas e para sete (2,3%) casos essa informação estava indisponível.

Trinta e uma (10,4%) puérperas afirmaram não terem sido amamentadas quando recém-nascidas, 252 (84,8%) foram amamentadas e, 14 (4,7%) não souberam informar. A respeito do desejo de amamentar seu filho atual apenas duas (0,6%) puérperas relataram que não tinham essa vontade, enquanto as demais 295 (99,3%) afirmaram que sim.

Foram encontradas 179 (60,2%) puérperas que referiram experiência prévia com amamentação, enquanto 118 (39,7%) eram primigestas. Entretanto, houve variação do tempo

de aleitamento entre as puérperas que tiveram filhos anteriormente: 61 (20,5%) amamentaram entre 0-6 meses; 35 (11,7%) por 1-2 anos; 37 (12,4%) por 3-5 anos e 46 (15,4%) não souberam responder.

Houve perda de seguimento de 42(14,1%) lactantes ao sétimo dia, primeiro contato por telefone, e de 75 (25,2%) no décimo quinto dia, segundo contato. Considerando o acompanhamento da amamentação, dentre as 297 participantes iniciais, 255 foram entrevistadas após sete dias (Gráfico 1). Desse total, 233 (91,3%) declararam que continuavam amamentando exclusivamente, 17 (6,6%) incluíram fórmulas, 45 (17,6%) introduziram chupeta e 18 (7,0%) bico de silicone, além de sete (2,7%) terem iniciado o fornecimento de chá (camomila ou erva-cidreira) e uma (0,3%) introduziu água.

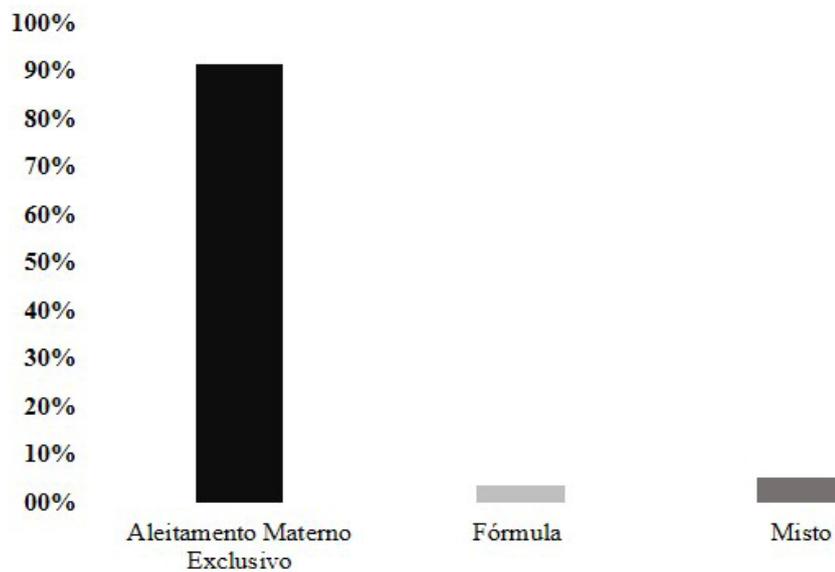


Gráfico 1. Perfil do aleitamento do seguimento de 7 dias de vida do recém-nascido, Joinville, SC, Brasil, 2019

Fonte: Dados da pesquisa, 2019

Dentre as complicações relacionadas à amamentação, sete (2,7%) lactantes apresentaram mastite, procuraram pelo banco de leite e realizaram introdução de fórmula por conta própria antes de procurar a maternidade referência; 14 (5,4%) participantes referiram dificuldade na pega; 37 (14,5%) descreveram

fissuras; quatro (1,5%) apresentaram pouca secreção de leite; seis (2,3%) apresentaram casos de ingurgitação e uma (0,3%) de frênulo lingual (caso encaminhado para avaliação com pediatra que passou por cirurgia corretiva).

Dentre as puérperas que referiram problemas aos sete dias de vida do recém-

nascido, as seguintes medidas foram adotadas: 6 (2,3%) foram encaminhadas ao banco de leite, 29 (11,3%) orientadas por telefone, 18 (7,0%) recorreram ao próprio leite materno, 7 (2,7%) usaram pomada de lanolina, 3 (1,1%) fizeram extração do leite materno e uma (0,3%) utilizou de bomba para esgotar as mamas.

Após 15 dias de alta hospitalar, dentre as 222 participantes que responderam ao questionário, 187 (84,2%) declararam estar amamentando exclusivamente (Gráfico

2). Dentre as que declararam que não estavam amamentando, 23 (10,3%) afirmaram usar fórmulas; quatro (1,8%) afirmaram somente que não estavam amamentando; oito (3,6%) apresentaram mastite; duas (0,9%) não secretavam leite (buscaram o banco de leite da maternidade e iniciaram medicamentos para estímulo da secreção de leite e o recém-nascido recebeu complemento); e uma (0,4%) participante apresentou infecção renal aguda.

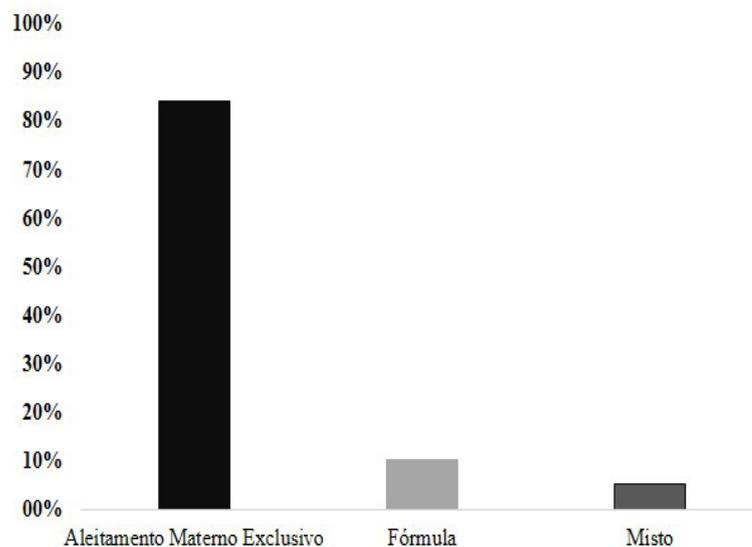


Gráfico 2. Perfil do aleitamento do seguimento de 15 dias de vida do recém-nascido, Joinville, SC, Brasil, 2019

Fonte: Dados da pesquisa, 2019

Diante do enfrentamento dos problemas que ocorreram na amamentação nos primeiros 15 dias de vida do RN, foram realizadas as seguintes condutas: sete (3,1%) receberam orientações por telefone, quatro (1,8%) foram encaminhadas ao banco de leite, houve uma (0,4%) desistência, uma (0,4%) ofertou fórmula, uma (0,4%) realizou a extração do leite materno, 61 (27,3%) mães introduziram chupeta, seis (2,6%) bico de silicone e onze (4,9%) fizeram uso de chás.

DISCUSSÃO

O presente trabalho evidenciou alta prevalência de aleitamento materno exclusivo nas

duas primeiras semanas após o nascimento (91,3% e 84,2% aos 7 e 15 dias, respectivamente). O aleitamento materno tem benefícios inequívocos tanto para a mãe quanto para o bebê. O leite materno apresenta todos os nutrientes de que o bebê necessita nos seis primeiros meses de vida, confere proteção contra diarreia e outras doenças comunitárias, como pneumonia, além de reduzir o risco de sobrepeso e obesidade na infância e na adolescência, além da promoção de vínculo entre o binômio mãe-filho¹².

No presente estudo, apresenta um predomínio da raça branca, possivelmente ligada à colonização da região por povos caucasianos. Observou-se uma adesão significativa ao

aleitamento materno exclusivo, possivelmente relacionada ao conhecimento sobre a importância da amamentação e a estabilidade conjugal das participantes. Corroborando com o estudo realizado no período de 2004 a 2016 em um ambulatório especializado encontraram características sociodemográficas semelhantes, como idade materna média e nível de escolaridade, contribua para o aleitamento no sentido de que envolve a lactante em um contexto emocional e logístico mais favorável em relação a mães solteiras, daí a relevância de conhecer tais características^{13,14}.

Com relação ao trabalho, metade das participantes afirmaram ter emprego, o que corrobora com o estudo realizado em Porto Alegre, com 261 mães com bebês, procedentes de unidades de saúde, identificou taxa de aleitamento materno exclusivo de 41%. Pouco mais da metade (61,3%) das mães retornaram ao trabalho após seis meses do nascimento dos bebês ou não terem trabalhado após o nascimento. Retornar ao trabalho antes de seis meses reduziu em 68% as chances de amamentação exclusiva¹⁵. Cerca de 25% da população economicamente ativa brasileira abrange mulheres com filhos menores de seis meses, logo, o respeito à legislação trabalhista é fundamental no que tange a proteção à amamentação¹⁶, incluindo o benefício da licença maternidade e de intervalos na jornada de trabalho, além de salas para amamentação nos locais de trabalho¹⁷.

O retorno precoce ao trabalho implica em introdução de outros alimentos e desmame, posto que, frequentemente, as mulheres trabalham longe de suas casas, cumprem longas jornadas de trabalho, com pouca flexibilidade de horários e ainda precisam conciliar os deveres ocupacionais com afazeres domésticos. Ainda, quando a mulher trabalha em regime informal para complementar a renda familiar, está sujeita a não usufruir dos benefícios previstos em lei, tornando a conciliação do trabalho com a amamentação mais desafiadora¹⁸.

Em uma pesquisa transversal com 334 mulheres que realizaram o pré-natal em Unidades Básicas de Saúde e encontraram prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses de 30,0% e 60,8% das mulheres possuíam renda de até dois salários-mínimos, fator apontado pelos autores como contribuinte para o desmame precoce¹⁹. Relação estatisticamente significativa entre a renda familiar e o desmame precoce também foi encontrada em outras pesquisas^{20,21}.

Com relação a renda, a maioria das mulheres afirmaram receber entre um a cinco salários-mínimos. Cabe ressaltar que o próprio aleitamento materno exclusivo é uma medida custo-efetiva redutora de gastos, constituindo mais uma razão para o incentivo da prática. Renda familiar maior também permite que a mulher retorne mais tarde ao trabalho, posto que a complementação dos ganhos não é tão obrigatória em relação à população que tem renda menor. Ainda referente à situação financeira, foi identificado neste estudo que pouco mais da metade das mães residia em moradia própria encontraram 62,3% mães (n = 99) nessa condição. Residir em casa própria pode trazer os seguintes benefícios acerca da dimensão financeira: viver com segurança, ter previsibilidade de custos, aumentar o patrimônio, liberdade de mudanças e deixar de custear aluguel^{22, 23}.

Um total de 9,3% das gestantes era fumante. Esse achado é importante porque filhos de mães fumantes apresentam maior chance de nascer com baixo peso. Após o nascimento, a criança exposta à fumaça de cigarro pode apresentar: precipitação e agravamento de quadros alérgicos, como rinite e asma; desencadeamento de quadros respiratórios crônicos; aumento na frequência e na duração de infecções das vias aéreas superiores e inferiores e maior frequência de internações hospitalares. Além disso, pode haver transferência de componentes nocivos por meio do leite materno (cianeto, alumínio, arsênio, amônia, formaldeído, benzeno, chumbo, monóxido e dióxido de carbono e nicotina), e

alterações do sabor do leite e redução da secreção de prolactina basal, os quais contribuem para o desmame precoce²⁴.

O pré-natal é importante para o acompanhamento do desenvolvimento fetal e materno, posto que permite detectar inconformidades durante a gestação. Nesse sentido, os dados do estudo são altamente satisfatórios, posto que se observou que todas as participantes foram contempladas por meio do pré-natal, mesmo que esse acompanhamento completo não seja garantia para o sucesso do aleitamento materno²⁵. Contudo, em nosso achado, o fato de 64% delas não terem planejado a gestação é importante no sentido de guiar o planejamento de medidas estratégicas voltadas à saúde sexual e reprodutiva ao nível da atenção básica.

Nesse sentido, salienta-se que são imprescindíveis ações de apoio à amamentação que envolvam os profissionais e as famílias desde o pré-natal, o pré-parto, o nascimento, até as imunizações e retorno para consulta puerperal. Uma equipe acolhedora, que escuta e ameniza preocupações, esclarece dúvidas e promove a troca de experiências, tem potencial para ser bem-sucedida na promoção do aleitamento, através da superação de dificuldades e da humanização do atendimento materno-infantil²⁶. É importante também considerar a utilização dos meios de comunicação transcenderem os serviços de saúde, sendo recomendados contatos telefônicos de acompanhamento (como realizado neste estudo), utilizar das redes sociais, apontadas como ferramentas importantes para a proteção da amamentação (embora ainda utilizada como uma prática informal) e que podem ser incorporadas nas práticas de profissionais de saúde²⁷.

Com relação ao contato pele a pele dentro da primeira hora de nascimento, a maior parte (87,8%) das puérperas em nossos achados, confirmaram ter realizado. Em contrapartida, foi encontrada taxa de 60,1% de contato pele a pele imediatamente após o nascimento²⁸. O contato

pele a pele precoce entre mãe e filho guarda relação direta com a amamentação na primeira hora de vida do bebê, sendo preconizado pela OMS e pela UNICEF como um dos passos da IHAC para o sucesso do aleitamento materno, posto que essa medida auxilia a lactante a perceber e auxiliar o bebê no momento em que está pronto para mamar²⁹.

Apesar da crença de que o primeiro banho do recém-nascido deva ser o quanto antes porque sua pele está coberta de sangue e secreções, adiar este procedimento pode ser prudente se considerado que essa medida permite adequada termorregulação, hidratação e menor descamação da pele, redução de eritema tóxico neonatal, cicatrização de feridas e colonização cutânea por bactérias não patogênicas³⁰. Assim, é recomendado que a separação do bebê de sua mãe na primeira hora seja evitada, permitindo o contato pele a pele. O primeiro banho dos recém-nascidos com ritmo respiratório e tônus normal e sem líquido meconial pode, então, ser postergado³¹. Corroborando com outros dados^{32,33} constataram que a maioria dos recém-nascidos recebeu o primeiro banho entre a primeira e segunda hora de vida, o que resultou em hipotermia neonatal decorrentes do banho. No presente estudo, verificou-se que a maioria dos recém-nascidos tomou o primeiro banho entre seis e quinze horas, evidenciando aderência à conduta de favorecer o contato pele a pele precoce e o primeiro banho mais tarde.

Quase a totalidade das puérperas afirmaram desejo de amamentar e relataram ter sido amamentadas por suas mães. O fato de apenas duas referirem não apresentar desejo de amamentar traz a reflexão de possível viés, pois as demais poderiam estar dando a resposta que o profissional gostaria de ouvir. Destaca-se o fato de 15,4% das entrevistadas não saberem informar por quanto tempo amamentaram os filhos anteriores, uma vez que este é um evento importante na vida da nutriz.

Dessa forma, ter enfrentado as dificuldades previamente e acompanhado o desenvolvimento de outros filhos diminui

tensões e preocupações e salientam os benefícios alcançados a partir do aleitamento de modo autopercebido pelas lactantes. Contudo, ter amamentado anteriormente associa-se positivamente com o prolongamento e a manutenção do aleitamento, possivelmente com intensidade mais relevante do que a idade da mulher, e que experiências em gestações anteriores também se associam positivamente com prolongamento da amamentação³⁴.

Alguns fatores contribuem para desmame precoce: baixa secreção de leite materno, choro frequente do bebê, desconhecimento e consequente complementação com fórmulas e outros (água, chás) que interferem na satisfação alimentar. Isso pode implicar em queda da sucção, e trazer dificuldades como ingurgitamento mamário ou lesão mamilar, que podem resultar em desmame precoce³⁵. Também foi encontrada interrupção da amamentação devido à ocorrência de abscesso mamário causado por *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina (28/260 – 10,8%) ou sensível a esta (63/962 – 6,5%)³⁶.

Apesar das variáveis descritas terem sido observadas entre as puérperas do presente estudo, elas foram pouco frequentes, de modo que houve manutenção do aleitamento materno exclusivo pela maioria das puérperas. Todavia, cabe destacar o número aproximado de ocorrência de fissura e o uso de chupetas. Sabe-se que o uso de bico artificial pode causar “confusão de bico” ocasionando risco de pega incorreta no seio materno (causando fissura) e consequente desmame precoce³⁶.

As limitações do estudo, aponta-se por ser uma pesquisa observacional e prospectiva e, para algumas informações, as respostas partiram da autopercepção das puérperas, por isso podem cair em viés de memória. Informações que poderiam motivar conflitos de interesse que implicassem em negligência por parte das puérperas incluem: dados acerca de tabagismo ou uso de outras drogas, assim como afirmar falta de interesse em amamentar ou ter incluído outras fontes além do leite materno precocemente.

No entanto, salienta-se que os dados são muito relevantes, uma vez que há poucos estudos publicados e que um tamanho amostral significativo foi alcançado, permitindo a obtenção de um retrato detalhado das características sociodemográficas e dos fatores que contribuem para reduzir a prevalência do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 15 dias após o parto.

CONCLUSÃO

Foi observada alta prevalência do aleitamento precoce exclusivo aos 7 e 15 dias de seguimento das puérperas, com baixa taxa de complicações, indo ao encontro das diretrizes dos Hospitais Amigos da Criança no que tange à adoção de medidas que incentivem o aleitamento materno. Estudos envolvendo populações maiores, em diferentes regiões do país e com período de acompanhamento mais longo irão auxiliar a compor o retrato sociodemográfico e delimitar mais as variáveis psicossociais envolvidas na manutenção do aleitamento materno exclusivo e, por conseguinte, permitir a reflexão acerca dos pontos mais principais para intervenção pela equipe de saúde, cujos profissionais são essenciais, posto que atuam modificando os fatores relacionados ao desmame precoce. Esse conhecimento permite nortear as ações da equipe de saúde em serem promotoras da amamentação, da assistência à mulher na fase inicial para amenização e resolução de complicações ligadas à lactação.

REFERÊNCIAS

1. McGowan C, Bland R. The Benefits of Breastfeeding on Child Intelligence, Behavior, and Executive Function: A Review of Recent Evidence. *Breastfeeding Medicine*. 2023;18(3):172-187. <https://doi.org/10.1089/bfm.2022.0192>

2. Brasil. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 265p 2021; 94 :102903. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102903>
3. Straub N, Grunert P, Northstone K, Emmett P. Economic impact of breast-feeding-associated improvements of childhood cognitive development, based on data from the ALSPAC. *British Journal of Nutrition*. 2019;121:S16-S21. <https://doi.org/10.1017/S0007114515001233>
4. Tang K, Wang H, Tan SH, Xin t, Qu X, Tang T, et al. Association between maternal education and breastfeeding practices in China: a population-based cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019;9:e 028485. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028485>
5. Global Breastfeeding Scorecard Methodology 2023. New York, Geneva: UNICEF, WHO, 2023. <https://www.globalbreastfeedingcollective.org/globalbreastfeeding-scorecard>
6. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Breastfeeding. Disponível em <https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/#:~:text=South%20Asia%20has%20the%20highest,Northern%20America%20are%20exclusively%20breastfed>
7. Rates of Any and Exclusive Breastfeeding by Sociodemographic Characteristic Among Children Born in 2019. Centers for Disease Control and Prevention. Accessed August 12, 2022. https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/data-files/2019/rates-any-exclusive-bf-socio-dem-2019.html
8. Wu HL, Lu DF, Tsay PK. Rooming-In and Breastfeeding Duration in First-Time Mothers in a Modern Postpartum Care Center. *Environmental Research and Public Health*. 2022;19(18):11790. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811790>
9. Chen LL, Gau ML, Kao CH, Pan WL. Credenciamento da iniciativa Hospital Amigo da Criança em Taiwan: Desafios e necessidades de assistência. *Obstetrícia*. 2021; 94 :102903. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102903>
10. Elm EV, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2007;61(4):344-349. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
11. Organização Mundial da Saúde (OMS). Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants. 2023. Disponível em <https://www.who.int/tools/elena/interventions/exclusive-breastfeeding#:~:text=Breastfeeding%20protects%20against%20diarrhoea%20and,infant%20receives%20only%20breast%20milk>
12. Carreiro JA, Francisco AA, Abrão ACFV, Marcacine KO, Abuchaim ESV, Coca KP. Dificuldades relacionadas ao aleitamento materno: análise de um serviço especializado em amamentação. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2018;31(4):430-438. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800060>
13. Passos LS, Kroll C, Borges L, Rocha EDM, Shultz LF. Acompanhamento dos atendimentos de puérperas e recém nascidos em um banco de leite humano. *Escola Anna Nery*. 2020;24(2):e20190086. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0086>
14. Pinheiro JMF, Flor TBM, Araújo MGG de, Xavier AMSF, Mata AMB da, Pires VC da C, et al. Feeding practices and early weaning in the neonatal period: a cohort study. *Revista de saúde pública*. 2021;8;55:63. <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/192282>
15. Brasileiro AA, Ambrosano GMB, Marba STM, Possobon R de F. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. *Revista de Saúde Pública*. 2012;46(4):642-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000053>
16. Majhi N, Maroof KA, Sharma AK, Shah D. Maternity Leave Access and Breastfeeding

- Practices among Working Mothers in an Urban Residential Area of East Delhi. *Indian Journal of Community Medicine*. 2021;46(3):537-540. https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_1056_20
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cartilha para a mulher trabalhadora que amamenta. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015; 28
 18. Faria ER, Silva DDF, Passberg LG. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo no contexto da atenção primária à saúde. *Codas*. 2023;35(5):e20210163. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20232021163pt>
 19. Yasuda S, Fukuda T, Toba N, kamo N, Imaizumi K, Yokoch M, et al. Risk factors for discontinuation of exclusive breast feeding within 1month: a retrospective cohort study in Japan. *International Breastfeeding Journal*. 2022;17(1):20. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00449-w>
 20. Shofiya D, Sumarmi S, Ahmed F. Nutritional status, family income and early breastfeeding initiation as determinants to successful exclusive breastfeeding. *Journal of Public Health Research*. 2020;9(2):1814. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1814>
 21. Severiano AAO, Dantas DSO, Oliveira VLC, Lopes JM, Souza DE, Magalhães AG. Association between breastfeeding, obstetric factors and child development in northeast Brazil. *Journal of Human Growth and Development*. 2017;27(2):158-165. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.114483>
 22. Jama A, Gebreyesus H, Wubayehu T, Gebregyorgis T, Teweldemedhin M, Berhe T, et al. Exclusive breastfeeding for the first six months of life and its associated factors among children age 6-24 months in Burao district, Somaliland. *International Breastfeeding Journal*. 2020;15(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-0252-7>
 23. Pavesi E, Amorim MV da S, Boing AF, Wagner KJP. Influence of alcohol and tobacco consumption on maternal and perinatal outcomes of puerperal women attended at the Brazilian National Health System. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2023;23:e20220286. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000286-en>
 24. Veiga AC, Medeiros LS, Backes DS, Sousa FGMS, Hämel K, Krueel CS, et al. Qualificação interprofissional da atenção pré-natal no contexto da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2023;28(4):993-1002. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.14402022>
 25. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva S dos S, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Escola Anna Nery*. 2021;25(1):e20200098. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>
 26. Galvão DMPG, Silva EMB, Silva DM. Use of new technologies and promotion of breastfeeding: integrative literature review. *Revista Paulista de Pediatria*. 2022;40:e2020234. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020234>
 27. Campos PM, Gouveia HG, Strada JKR, Moraes BA. Skin-to-skin contact and breastfeeding of newborns in a university hospital. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2020;41:e20190184. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190154>
 28. Lamounier JA, Chaves RG, Rego MAS, Bouzada MCF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: 25 Anos de experiência no Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*. 2019;37(4):486-493. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2019/37/4/00004>
 29. Ruschela LM, Pedrini DB, Cunha MLC. Hipotermia e banho do recém-nascido nas primeiras horas de vida. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2018;39:e20170263. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170263>
 30. Lima RO de, Estevam LD, Leite FMC, Almeida MVS, Nascimento L, Amorim MHC, et al.. Intervenção de enfermagem-primeiro banho

do recém-nascido: estudo randomizado sobre o comportamento neonatal. *Acta paulista de enfermagem*. 2020;33:e-APE20190031. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0031>

Recebido: 04 mar. 2024

Aceito: 21 abr. 2024

31. Wrottesley SV, Prioreshi A, Slemming W, Cohen E, Dennis CL, Norris SA. Maternal perspectives on infant feeding practices in Soweto, South Africa. *Public Health Nutrition*. 2021;24(12):3602-3614. <https://doi.org/10.1017/S1368980020002451>
32. Coca KP, Pinto VL, Westphal F, Mania PNA, Abrão ACFV. Conjunto de medidas para o incentivo do aleitamento materno exclusivo intra-hospitalar: evidências de revisões sistemáticas. *Revista Paulista de Pediatria*. 2018;36(2):214-220. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;2;00002>
33. Lima SP, Santos EKA, Erdmann AL, Souza AIJ. Desvelando o significado da experiência vivida para o ser mulher na amamentação com complicações puerperais. *Texto & Contexto- Enfermagem*. 2018;27(1). <https://doi.org/10.1590/0104-07072018000880016>
34. Colombo L, Crippa BL, Consonni D, Bettinelli ME, Agosti V, Mangino G, et al. Breast feeding determinants in healthy term newborns. *Nutrients*. 2018. <https://doi.org/10.3390/nu10010048>
35. Li Y, Ma XJ, He XP. Clinical characteristics of lactational breast abscess caused by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: hospital-based study in China. *International Breastfeeding Journal*. 2021;16(80):1-8. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00429-6>
36. Deus VF, Gomes E, da Silva FC, Giugliani E. Influence of pacifier use on the association between duration of breastfeeding and anterior open bite in primary dentition. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020;20(396):1-6. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03054-z>