

PERFIL DE MÃES ATENDIDAS EM UM BANCO DE LEITE HUMANO: IMPORTÂNCIA DA EFETIVAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

1. Regiane de Almeida Silva
Nutricionista graduada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Grupo de Pesquisa em Intervenções em Nutrição (GIN/UFMG).
2. Isadora Maciel Pereira
Nutricionista graduada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
3. Lívia Assis Miranda
Nutricionista graduada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
4. Simone Lisboa Pereira Cardoso
Nutricionista, Mestre e Doutora em Microbiologia Agrícola. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Aplicada da UFMG
5. Luana Caroline dos Santos
Nutricionista, Mestre e Doutora em Saúde Pública. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG. Grupo de Pesquisa em Intervenções em Nutrição (GIN/UFMG)

RESUMO

Objetivo: Investigar o perfil de mulheres atendidas no Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares e sua associação com a efetivação do aleitamento materno. **Metodologia:** Estudo transversal desenvolvido com mães que procuraram atendimento em 2009. **Resultados:** Das 2.226 mulheres avaliadas, 98,4% realizaram o pré-natal e 59,2% não receberam orientações sobre aleitamento materno nas consultas. A prevalência do aleitamento materno exclusivo foi 60,3%, apresentando associação positiva com maior número de consultas pré-natal e amamentação na sala de parto e relação inversa com a utilização de chupeta, mamadeira e medicamentos. **Conclusão:** Há necessidade da implementação de estratégias de apoio a amamentação.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Bancos de leite. Comportamento materno. Perfil de saúde. Política de saúde.

Área temática: Políticas Públicas

INTRODUÇÃO

É amplamente aceito o fato do leite materno representar o melhor alimento para o neonato nos primeiros meses de vida [1], sendo que a amamentação exclusiva neste período é de fundamental importância para o crescimento e desenvolvimento adequados da criança, bem como para a saúde física e psicológica [2]. Neste sentido, nenhuma fórmula alimentar artificial substitui adequadamente o leite materno em qualidade, especificidade de nutrientes e proteção contra doenças [3], visto que o mesmo proporciona uma combinação única de proteínas, lipídios, carboidratos, minerais, vitaminas e enzimas [4].

Ademais, a administração de outros alimentos, além do leite materno, no primeiro semestre de vida, interfere de maneira negativa na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, como também aumenta o risco de doenças infecciosas, destacando-se diarreia, sarampo e infecções respiratórias. Além disso, a introdução inadequada de outros alimentos pode acarretar diminuição da quantidade de leite materno ingerido e contribuir para menor ganho ponderal [2].

Apesar dessas evidências científicas favoráveis ao aleitamento materno e da tendência ascendente pró-amamentação, a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (AME) vem sendo um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil [1]. Adicionalmente, taxas de aleitamento materno verificadas nas últimas décadas no Brasil, ainda estão aquém do preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) [3].

Segundo a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (II PPAM - Capitais e DF) (2009), a duração mediana do aleitamento materno passou de 295,9 dias, em 1999, para 341,6 dias, em 2008, representando um aumento de 15,2%. Em relação à duração da amamentação exclusiva até o sexto mês, a mediana foi de 54,11 dias (1,8 meses) no conjunto das capitais brasileiras, valor correspondente a aproximadamente 30% do tempo indicado pela OMS [5].

Com relação aos seus determinantes, a prática do AME apresenta-se influenciada por diversos fatores, incluindo socioeconômicos e demográficos, como idade e escolaridade materna e o fato da mãe trabalhar fora de casa [6]. A minoridade materna relaciona-se à menor duração do aleitamento, mediada por dificuldades, como baixo nível educacional, menor poder aquisitivo e, muitas vezes, pelo fato de serem solteiras [7]. Sabe-se ainda que mães com maior grau de instrução tendem a amamentar por mais tempo, possivelmente pelo maior acesso a informações sobre as vantagens do aleitamento materno. Do mesmo modo, o fato das mães terem uma união estável e o apoio de outras pessoas, particularmente do companheiro, exerce influência positiva na duração do aleitamento materno [3].

Práticas culturais também podem interferir no AME, destacando-se a percepção materna sobre o ato de amamentar e suas dificuldades, e a introdução de líquidos não nutritivos e o uso de chupeta [6]. Além disso, nota-se a ideia, muitas vezes equivocada, das mães, sobre a inadequação da quantidade ou da qualidade do leite produzido [3]. Outra barreira à amamentação inclui a queixa de mamilos doloridos e a ocorrência de ingurgitamento mamário, que leva a um extremo desconforto e se configuram como fatores para o desmame precoce [8].

Esses e outros fatores, como orientações durante o pré-natal, condutas hospitalares (alojamento conjunto, parto humanizado e mãe-canguru) e suporte pós-parto, podem determinar a duração do aleitamento materno [6]. Evidências apontam que a falta de informação sobre a composição e qualidade do leite humano deixam

as mães mais vulneráveis a apresentarem dificuldades ao longo do processo de amamentação [8].

Assim, os profissionais de saúde, por meio de atitudes e práticas de incentivo, podem influenciar, de maneira negativa ou positiva, o início da amamentação e sua duração [3]. Deste modo, o desenvolvimento de ações de apoio à amamentação dentro de instituições hospitalares que assistem o parto e o recém-nascido consiste em uma medida efetiva para modificar o perfil do aleitamento materno de uma população [3].

Neste sentido, a partir da década de 80, várias estratégias voltadas para o incentivo à amamentação foram propostas e empregadas [9]. Destaca-se a diversidade de ações implementadas pelo Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), incluindo o treinamento de profissionais da saúde, o aconselhamento em amamentação individualizado, a produção de materiais educativos, o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação na comunidade, a aprovação de leis que protegem a amamentação e o controle do *marketing* de leites artificiais [10, 11]. Além disso, a comunicação e o *marketing* social mostraram-se estratégias de impacto na promoção do aleitamento, com o patrocínio de empresas e da prefeitura e ações no rádio, televisão, palestras e imprensa escrita [9].

Ainda dentro deste cenário, inserem-se os bancos de leite humano (BLH), que a partir da consolidação do PNIAM configuraram-se como elementos estratégicos para ações de promoção, proteção e apoio à amamentação [3]. Ressalta-se que o desenvolvimento destes locais foi privilegiado pela implantação de diversas políticas públicas voltadas para o incentivo ao aleitamento materno, como por exemplo, a criação da Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano, no final da década de 90, com a finalidade de prestar assessoramento técnico na direção e coordenação federal das ações em todo o território nacional. Neste mesmo período, com a implantação da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano concretizou-se um novo modelo de gestão mais apropriado à expansão e demanda por esse tipo de serviço [11, 12]. Posteriormente, em 2003 com a Portaria nº 1.893 instituiu-se o dia nacional de doação de leite humano, no qual se realizam ações de sensibilização da sociedade para ressaltar a importância da doação de leite humano [12]. Também nesta década a Política Nacional de Promoção da Saúde corroborou a importância dos BLH, tendo como uma de suas ações específicas o incentivo à implantação destas unidades nos serviços de saúde [13]. Recentemente, a disponibilização de salas de apoio à amamentação em empresas a fim de prover um ambiente adequado à coleta e ao armazenamento do leite, para posterior oferecimento à criança ou doação a um BLH com segurança e qualidade também foi uma estratégia de incentivo a prática da amamentação no país [12].

Nesta perspectiva, o Brasil é reconhecido pela OMS como o país que tem a maior rede de bancos de leite da América Latina e Caribe [14], abrangendo 199 BLH e 84 postos de coleta. Na região Sudeste são 87 BLH e 43 postos de coleta, destes 9 BLH e 17 postos de coleta encontram-se no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte conta com um BLH, instalado na Maternidade Odete Valadares (MOV), o qual é referência estadual [15].

Os BLH atuam não apenas na coleta e processamento do leite humano (LH), mas oferecem também uma equipe de profissionais para atendimento às mães, independente de serem doadoras ou não. Três modalidades de atendimento são disponibilizadas pela Rede Nacional de BLH: atendimento em grupo, atendimento individual e visitas domiciliares [15]. Em 2009, foram realizados cerca de 14,7

milhões de atendimentos no Brasil, sendo o estado de Minas Gerais responsável por 56,9 mil atendimentos [15].

Neste contexto, o presente trabalho teve como objetivo investigar o perfil das mães atendidas no BLH da MOV, quanto aos aspectos sociodemográficos, história de saúde, pré-natal, parto, pós-parto e sua associação com a efetivação do aleitamento materno.

MÉTODOS

Descrição do local em estudo

O BLH da MOV foi inaugurado em outubro de 1986, numa parceria entre a Legião Brasileira de Assistência e a referida instituição. Localiza-se em Belo Horizonte, sendo referência para o estado de Minas Gerais, região Sudeste do Brasil. Apresenta como gestora a Fundação Hospitalar de Minas Gerais (Fhemig) e fornece atendimento gratuito e aberto ao público, contando com uma equipe multidisciplinar - médico, enfermeiras, técnicas de enfermagem e psicóloga [16].

Sua atividade é destinada a todas as mães que apresentem alguma dificuldade para amamentar ou que queiram doar o excesso de leite [17]. Adicionalmente a doação e a coleta de leite, também são fornecidas orientações gratuitas sobre importância do aleitamento e cuidados com a mama, treinamentos para profissionais de saúde em aconselhamento e manejo clínico da amamentação, entre outros [17]. Sendo, realizado anualmente mais de 10 mil atendimentos, incluindo primeiras consultas e retornos [13].

Tipo de estudo e casuística

Trata-se de um estudo retrospectivo de delineamento transversal com mães que procuraram o BLH - MOV no ano de 2009 para atendimento individual. Os dados foram coletados de questionários previamente preenchidos pela equipe do BLH. Excluíram-se os questionários daquelas que não foram avaliadas pela equipe técnica, como, por exemplo, as que não esperaram para atendimento pela equipe de enfermagem, fazendo apenas o cadastro sociodemográfico na recepção do BLH.

Coleta de dados

A coleta de dados incluiu a análise de questionários aplicados, face a face, na primeira consulta pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem do BLH-MOV às mães atendidas individualmente.

O questionário utilizado englobou aspectos sociodemográficos, como local de residência, escolaridade, idade e estado civil; do perfil de saúde das mães, avaliando características do pré-natal, antecedentes clínicos, tabagismo e etilismo, medicamentos em uso, entre outros; e dados sobre parto e práticas adotadas pós-parto que incentivam o aleitamento materno. Além disso, avaliou-se o motivo que levou a mãe a buscar o atendimento no BLH.

No ano de 2009, o BLH-MOV atendeu cerca de três mil mães. A partir das fórmulas propostas por Browner et al (2003) [18] para estudos descritivos, a amostra calculada para este estudo foi de 525 atendimentos. A partir disso a presente amostra correspondeu a 2.226 questionários, 73% do total de atendimentos no referido período.

Análise dos dados

Os dados obtidos foram processados no programa Excel 2007 e analisados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences*® vs. 17.0. Foi realizada análise descritiva com obtenção de medidas de tendência central e de dispersão. Aplicou-se inicialmente o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a distribuição das variáveis. Posteriormente, foram realizados os testes Qui-quadrado para verificar associações; Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para comparação de medianas. Os resultados foram apresentados sob a forma de mediana (IC 95%) e o nível de significância adotado foi 5%.

Aspectos éticos

O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais em 27/04/2010 sob o número ETIC 0079.0.203.000-10 e pelo Comitê de Ética da Fhemig em 26/08/2010 – protocolo 042-B/2010.

RESULTADOS

Foram avaliadas 2.226 mães, com mediana de idade de 28,0 anos (IC95%: 27,69-28,29) e 1,0 filho (IC95%: 1,43-1,52). Em relação a outros aspectos sociodemográficos, 71,2% referiram união estável e 43,8% declaram ter estudado até o ensino médio. (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas de mães atendidas pelo Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares em 2009, Belo Horizonte/MG

Variável	n	%
Estado Civil		
Solteira	557	27,4
Casada/União Estável	1445	71,2
Divorciada	26	1,3
Viúva	2	0,1
Escolaridade		
Ensino Fundamental	471	26,2
Ensino Médio	789	43,8
Nível Técnico	9	0,5
Ensino Superior	519	28,8
Pós-graduação	12	0,7
Local de moradia		
Regional Centro-Sul	168	7,7
Regional Barreiro	103	4,7
Regional Leste	124	5,7
Regional Nordeste	174	8,0
Regional Noroeste	226	10,3
Regional Norte	63	2,9
Regional Oeste	510	23,3
Regional Pampulha	114	5,2
Regional Venda Nova	64	2,9
Região Metropolitana	542	24,8
Demais localidades	97	4,4

Identificou-se que 98,4% da amostra realizou pré-natal, sendo 51,4% na rede pública de saúde, além disso, verificou-se que 85,5% realizaram seis consultas ou mais durante o pré-natal. Nessas, 59,2% relataram não terem sido orientadas sobre aleitamento materno.

Quanto à história de saúde, foi verificado 26% de antecedentes clínicos na gravidez, 18,2% de uso regular de medicamento (relacionado a enfermidades) e, 24,1% e 19,6% de uso de tabaco e álcool, respectivamente. Adicionalmente, observou-se que 73,6% das mães que já tiveram outros filhos referiram amamentação prévia (Tabela 2).

Os dados do parto indicam que 62,8% destes foram realizados em hospitais da rede pública de saúde e 52,3% foram cesarianas, com relato de complicações durante o procedimento apenas para 15% das mulheres atendidas (Tabela 2).

Tabela 2 – Histórico de saúde, características do pré-natal e do parto de mães atendidas no Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares em 2009, Belo Horizonte/MG

Variável	<i>n</i>	%
Pré-natal		
Sim, rede pública	1114	51,4
Sim, rede privada	1019	47,0
Não	35	3,6
Número de consultas		
Até 3	62	3,1
4-6	232	11,5
Maior que 6	1727	85,5
Orientação Aleitamento Materno		
Sim, individual	431	26,0
Sim, em grupo	246	14,8
Não	983	59,2
Antecedentes Clínicos		
Sim	373	23,3
Não	1227	76,7
Uso de drogas		
Tabaco	68	24,1
Álcool	46	19,6
Drogas ilícitas	33	2,2
Uso de medicamentos		
Sim	296	18,2
Não	1329	81,8
Amamentação anterior		
Sim	579	73,6
Não	208	26,4
Cirurgia de mama		
Sim	152	7,4
Não	1910	92,6
Tipo de parto		
Normal	942	44,3
Cesariana	1114	52,3
Fórceps	72	3,4
Local do parto		
Público	1350	62,8
Privado	799	37,2
Complicações no parto		
Sim	216	15,0
Não	1227	85,0

Dentre as estratégias de apoio ao aleitamento materno adotadas no pós-parto, o alojamento conjunto correspondeu a 68,1% (n=1162) das mães atendidas. O contato pele a pele com o recém-nascido foi citado por 73,3% (n=1170) e 28,8% (n=61) amamentaram na sala de parto. A amamentação por livre demanda foi relatada pela maioria das mães atendidas (67,3%) e 60,3% declararam situação de aleitamento materno exclusivo no momento da coleta de dados.

Adicionalmente, no que se refere aos motivos que as levaram a procurar o BLH, parte significativa das mães referiu 'peito cheio' (17,8%), 'dor na mama' (14,1%), e 'bico do peito ferido' (12,6%). Contudo, 76,9% buscaram o atendimento no BLH-MOV para receber orientações acerca do aleitamento materno (FIGURA 1).

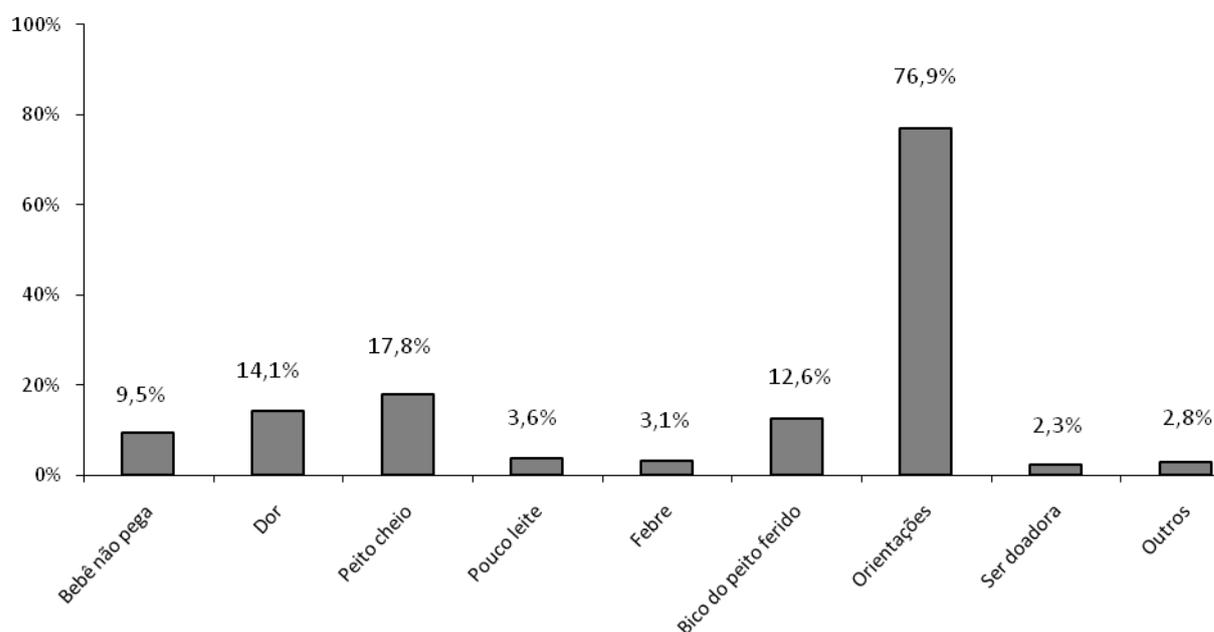


Figura 1 – Distribuição dos motivos de busca ao atendimento do Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares em 2009, Belo Horizonte/MG

Para a análise do tipo de parto, foi identificada maior realização de partos normais nos serviços públicos de assistência a saúde (81,3% vs 46,7% na rede privada; $p < 0,001$). Ademais, notou-se associação direta do aumento da escolaridade da mãe com a realização de parto cesáreo ($p < 0,001$), o maior número de consultas pré-natais e o apoio de médicos particulares ($p < 0,001$). Em contraste, o número de filhos foi menor com o incremento da escolaridade (Tabela 3).

Tabela 3 – Associação entre escolaridade e tipo de parto, local do pré-natal e número de consultas pré-natal entre as mães atendidas no Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares em 2009, Belo Horizonte, MG

	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Nível Técnico	Ensino Superior	Pós-graduação	Valor p
Tipo de parto						
Normal	58,7%	50,1%	12,5%	24,6%	27,3%	<0,001
Cesária	39,1%	45,4%	87,5%	73,6%	72,7%	
Local pré-natal						
Realizou	87,4%	88,3%	100%	100%	100%	<0,001
Não realizou	2,6%	1,7%	0	0	0	
Nº. Consultas						
Até 3	7,2%	3,6%	0	0	0	<0,001
4 - 6	17,8%	10,5%	25%	3,3%	0	
> 6	75%	85,8%	75%	96%	100%	

Quanto às complicações no parto, observou-se maior prevalência destas na rede pública de saúde (72,3% vs 35,8% na rede privada; $p < 0,001$). Para as mães que referiram antecedente clínico na gestação, como diabetes gestacional, hipertensão arterial, eclampsia, entre outros, 18,3% apresentaram algum tipo de complicação no parto comparado com 81,7% sem complicações ($p = 0,029$).

Além disso, avaliando a prática do AME entre as mães atendidas, percebeu-se associação positiva com a realização do pré-natal (60,4% vs 30,6% entre aquelas que não realizaram; $p = 0,022$), bem como com o parto normal (68,7% vs 54% para cesarianas; $p < 0,001$), a realização de mais de seis consultas no pré-natal (88,8% vs 11,2% com menos de seis consultas; $p = 0,001$), e a amamentação na sala de parto (75% vs 25% entre as que não amamentaram na sala de parto; $p = 0,005$). Notou-se ainda mediana de idade superior para aquelas que não estavam em AME (29,0 vs 28,0 anos para as mães em AME).

Em contraste, o aleitamento materno exclusivamente foi negativamente relacionado ao uso de chupeta (28,2% vs 67,7% entre aqueles que não usam; $p < 0,001$) e mamadeira (5,9% vs 67,3% entre aqueles que não usam; $p < 0,001$). A mesma associação foi observada para as mães com relato de cirurgia estética de mama (59% não estão em AME, comparado a apenas 38% daquelas que não realizaram nenhum procedimento nas mamas; $p < 0,001$).

DISCUSSÃO

Os dados obtidos demonstram predominância de mães com ensino médio, com prevalência de parto normal e realizado nos serviços públicos de assistência a saúde. Assim como, a maioria das mães atendidas pertencia à regional oeste de Belo Horizonte, local onde se localiza o BLH-MOV. Quanto às estratégias de incentivo ao aleitamento materno, a amamentação na sala de parto e o alojamento conjunto aparecem como fatores associados positivamente à prática do AME, junto ao melhor acompanhamento pré-natal. Esta prática também apresenta relação direta com o tipo de parto e uso de chupeta e mamadeira.

Adicionalmente, dentre os motivos citados para busca do atendimento no BLH-MOV, a prevalência da opção 'receber orientações sobre aleitamento materno' foi superior, reflexo dos baixos percentuais destas nas consultas pré-natal. Na

literatura destacam-se como principais dificuldades da amamentação: “mamilos feridos”, “bebê não pega o peito” e “produção insuficiente de leite” [8, 32], os quais se aproximam dos resultados obtidos no presente trabalho e, em alguma medida, também consequência da falta de orientação.

Embora muitos autores tentem estabelecer quais características socioeconômicas e demográficas se comportam como fatores de risco para o desmame precoce, ainda não há um consenso [19]. De acordo com a II PPAM - Capitais e DF, a maioria das nutrizas estudou até nível médio (32,5%) [5], sendo os valores próximos do encontrado no presente estudo (43,8%). A escolaridade materna está fortemente relacionada ao tipo de parto. Diferentes estudos têm relatado maior ocorrência de cesárea entre mulheres com melhor nível educacional [20, 21, 22]. O presente trabalho corrobora os resultados destes estudos, pois 73,7% das mulheres que possuíam pelo menos ensino superior realizaram cesariana. Isso parece ser decorrente do fato das mães com maior escolaridade prioritariamente terem melhores condições econômicas e poder optar pelo mesmo, uma vez o parto cesáreo tende a ter um custo financeiro mais oneroso. [21]. Isto pode ser verificado pela associação significativa entre o tipo e o local do parto, visto que 81,3% do parto normal foi realizado na rede pública, valor semelhante ao observado por Mandarinó *et al.* (2009) em seu estudo (79,1%) [23].

O Brasil possui uma das maiores taxas de cesarianas do mundo. A porcentagem de mulheres que fizeram parto cesáreo neste estudo foi de 52,3%. Segundo Freitas *et al.* (2005), o parto operatório passou a significar para a parturiente e sua família um atendimento médico diferenciado, ou seja, um parto programado, sem dor e a sexualidade preservada [22]. Em contrapartida, observou-se que as crianças nascidas por este tipo de parto apresentaram maior risco para o não recebimento do aleitamento materno, que também pode ser visto na literatura [23]. Possivelmente, esse dado pode ser atribuído ao tempo de hospitalização, que faz com que mães de cesarianas recebam menor estímulo ao aleitamento durante o pós-operatório [24].

No que se refere ao AME, a prevalência observada neste estudo foi de 60,3%, valor superior ao encontrado na literatura. Segundo a II PPAM - Capitais e DF [5], a média brasileira foi de 41% e em Belo Horizonte 37,9%, assim o resultado obtido é provavelmente explicado pelo maior interesse das mães sobre o aleitamento, uma vez que as mesmas procuram o BLH-MOV para receber atendimento, o que pode repercutir de maneira favorável sobre o AME.

Outros fatores influenciam o aleitamento materno, tanto na opção por essa prática, quanto na sua duração. Existem evidências de que o maior nível educacional também reflete em uma maior prevalência do AME [3, 5], contudo a mesma não foi verificada neste estudo. Ademais, os resultados do presente estudo demonstraram que as variáveis idade materna, uso de chupeta e mamadeira, número de consultas de pré-natal e o tipo de parto influenciaram significativamente a prevalência de AME.

A média da idade materna foi menor entre aquelas que estavam em AME. Este resultado distingue de outros estudos [25], esperava-se que a pouca idade materna fosse identificada como fator de risco para interrupção precoce do AME. Embora, a média (27,7 anos) obtida neste trabalho esteja dentro da faixa de idade de 20 a 35 anos, em que foi observada a maior frequência de AME na II PPAM - Capitais e DF [5].

Os dados dessa mesma pesquisa indicam ainda que 63,4% e 49,1% das crianças menores de 12 meses de Belo Horizonte fazem uso de mamadeira e

chupeta, respectivamente [5]. Embora os valores obtidos (43,1% e 28,1%, respectivamente) neste estudo sejam inferiores ao encontrado na pesquisa, são semelhantes a outros estudos [23, 24] e confirmam que o uso de mamadeira e chupeta é comum nos primeiros meses de vida.

O uso da chupeta pelo lactente foi associado negativamente ao AME, corroborando os dados de outros trabalhos [27, 28]. Soares *et al.* encontraram um risco 2,8 vezes maior de desmame até o sexto mês, em crianças ainda amamentadas com um mês de idade, que usavam chupeta [29]. Além disso, o uso de chupeta e a diminuição da produção de leite podem estar relacionados, em razão da redução da frequência das mamadas [28].

Em contrapartida, o AME foi influenciado diretamente com o fato das mulheres realizarem mais de seis consultas durante o pré-natal. Estudos demonstram que mulheres com menos de cinco consultas tiveram menor tempo de aleitamento materno quando comparadas com aquelas que realizaram mais de cinco consultas [30]. Esse achado pode estar relacionado ao fato das mulheres com menos de cinco consultas terem acesso restrito às informações sobre aleitamento fornecidas durante o pré-natal [28]. Ademais, as mães com maior nível de instrução apresentaram maior chance de efetuarem mais de seis consultas no pré-natal [21]. Esta constatação merece especial atenção, visto que indica acompanhamento precoce da gestação [21, 31].

Do mesmo modo, os resultados obtidos na caracterização do incentivo ao aleitamento materno refletem a negligência dos serviços de saúde para com o tema, acordando com o apresentado por outras pesquisas [25]. Nesta, 47% das puérperas afirmaram não terem sido orientadas quanto a prática e importância do aleitamento materno. De modo geral, as orientações fornecidas pelo profissional de saúde, principalmente o médico, são recebidas como a palavra de uma autoridade no assunto e acatada pelas mães, logo é relevante na decisão quanto à duração do AME [22]. Portanto, a assistência pré-natal, com orientações sobre amamentação protege contra o desmame precoce [32].

Ainda que não possa prevenir as principais complicações do parto na grande maioria das mulheres, como hemorragias, septicemias, obstruções do trabalho de parto [31], o presente trabalho observou que mães que realizaram o pré-natal tiveram menor ocorrência de complicações no parto. As estratégias de intervenção na atenção pré-natal são constituídas pela promoção da saúde materna, da prevenção dos riscos e da garantia de apoio nutricional, visando à imunização materna e à prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças intercorrentes da gestação [31].

Outros fatores que influenciam o aleitamento materno, de acordo com a literatura, são tabagismo e etilismo. Mulheres que referiram fazer uso de álcool e tabaco na maternidade tiveram menor tempo de aleitamento em relação às não usuárias dessas drogas. Além disso, tanto o tabagismo quanto o etilismo têm sido associados à redução do volume de leite materno [28], embora este fato não tenha sido verificado neste estudo. No entanto, isto pode ter ocorrido devido ao receio das mães em admitir esta prática.

Em relação ao uso de tabaco, 24,1% das mães relataram o consumo do mesmo durante a gestação e/ou amamentação, resultado semelhante ao que Reis *et al.* (2008) verificou em seu estudo (21,2%) [33]. Quanto à ingestão de álcool, a prevalência (19,6%) foi acima do observado na literatura (7,4%) [34]. Avaliou-se também, o consumo de medicamento para tratamento de enfermidades, tais como hipertensão, diabetes, hipotireoidismo, entre outros, sendo o valor encontrado

discrepante do presente em outro trabalho (97,6%) [35], fato este justificado, pelo autor considerar vitaminas como medicamento.

Adicionalmente, os resultados demonstraram que a cirurgia de mama apresentou associação positiva, estatisticamente significativa, com a queixa de pouco leite, o que pode ser justificado pelo fato da cirurgia potencializar uma insegurança já existente. A incapacidade de produção adequada de leite é uma queixa frequente entre as mulheres que amamentam, apesar da porcentagem de mães que apresentaram este tipo de queixa neste trabalho ter sido baixa [36]. Entretanto, em um trabalho retrospectivo, Hurst (1996), analisou 42 mulheres com implante e 42 sem implante, encontrando lactação insuficiente em 64% das mulheres com implante contra 7% das sem implante [37]. Contudo, ainda não há um consenso na literatura sobre a interferência da colocação de prótese e a lactação [36, 38]. Ademais, embora neste estudo não tenha sido distinguido o tipo de cirurgia mamária realizada, foi verificado que mães que realizaram cirurgia apresentaram, significativamente, menor proporção de AME (41,0%), corroborando a literatura na qual houve um predomínio de 70% de AME nas mulheres sem cirurgia de mama contra 21% nas com redução mamária [36].

Resultados adicionais deste estudo revelam relação significativa e positiva entre o emprego de alojamento conjunto e a amamentação por livre demanda, bem como entre amamentação na sala de parto e AME. Outros autores também descreveram associação entre início precoce da primeira mamada e o aleitamento materno [28]. O maior tempo de aleitamento materno pelos bebês que iniciaram a amamentação mais prematuramente, conforme registro na literatura, mostra a importância de práticas hospitalares como o alojamento conjunto, sobre o sucesso da amamentação [28]. Esse fato pode ser justificado pelo efeito benéfico desse primeiro contato para a mãe, acarretando na maior liberação de ocitocina e efeito lactogênico da sucção do bebê, como também, o fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho [28].

Diante do exposto, denota-se a importância do aleitamento materno para o binômio mãe-filho, sendo necessária a implementação de políticas públicas de saúde que valorizem e promovam essa prática. Apesar de alguns fatores limitantes, como a coleta de dados por terceiros e o preenchimento incompleto de alguns questionários, o delineamento do perfil das mães atendidas no BLH-MOV foi relevante para o desenvolvimento de futuras estratégias que corroborem as ações de promoção do aleitamento materno preconizadas pelo Ministério da Saúde na instituição em destaque.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se neste estudo que as mães atendidas pelo BLH da MOV apresentavam um nível de escolaridade mediano, tendo a maioria cursado o ensino médio, não sendo verificado analfabetismo entre as entrevistadas. Estes resultados apresentam-se como aspecto favorável para os índices superiores de realização de pré-natal, amamentação anterior, amamentação em livre demanda e AME.

Os resultados obtidos revelam ainda como fatores de promoção do AME, escolaridade materna superior, acompanhamento pré-natal com mais de seis consultas, realização de parto normal, alojamento conjunto e amamentação na sala de parto, o que denota a importância da prática de estratégias de proteção e apoio à amamentação.

Percebeu-se também a necessidade de melhor orientação das mães quanto aos benefícios da amamentação, principalmente em consultas do pré-natal, bem como relatar os efeitos negativos do uso de chupeta e mamadeira, uso de medicamentos e realização de cirurgia estética nas mamas na prevalência do AME, visto estas ações ainda serem praticadas por parte das mães avaliadas.

Assim, orientações sobre aleitamento materno por uma equipe capacitada e adoção de práticas hospitalares que promovam a amamentação devem se tornar recorrentes entre os profissionais da saúde, como forma de preservar e melhorar os índices de AME.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Caldeira AP, Gonçalves E. Avaliação de impacto da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. J. Pediatr. (Rio J.). 2007; 83(2): 127-132.

[2] Parizoto GM, Parada MGL, Venâncio SI, Carvalhaes MABL. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. J. Pediatr. (Rio J.). 2009; 85(3): 201-208.

[3] Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Costa MP. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu-SP. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007; 15(1): 62-69.

[4] Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. J. Pediatr. (Rio J.). 2004; 80(5): s163-s172.

[5] Brasil. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2010 out 30]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf

[6] Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. Rev. Saúde Pública. 2002; 36(3): 313-318.

[7] Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. Rev. Nutr. 2006; 19(5): 623-630.

[8] Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. J Pediatr (Rio J). 2004; 80(5): 147-54.

[9] Silva AP, Souza N. Prevalência do aleitamento materno. Rev Nutr 2005; 18(3): 301-10.

[10] Ramos CV, Almeida JGA. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. J Pediatr. 2003 setembro-outubro; 79(5): 385-90.

- [11] Maia PRS, Almeida JAG, Novak FR, Silva DA. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2006; 6(3):285-292.
- [12] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. *Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história.* Brasília - DF, 2011; 80 p.
- [13] Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 687. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde.* Brasília, 2006a; 59p.
- [14] Tully MR. Excelência em Bancos de Leite Humano: Uma visão do futuro – Primeiro congresso internacional sobre bancos de leite humano. *Jornal Human Lactation.* 2001; 17(1): 51-53.
- [15] Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso 2010 out 30].
- [16] Iêda, R. Histórico do Banco de Leite Humano – Maternidade Odete Valadares [Internet]. Mensagem eletrônica em 2010 Jan 14 [acesso 2010 out 28]. 1p.
- [17] FHEMIG. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Banco de Leite Humano. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br>, 2011 [acesso em 2011 fev 21].
- [18] Browner WS, Newman TB, Cummings SR, Hulley SB. Estimando o tamanho de amostra e o poder estatístico: pontos básicos. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB, editores. *Delineando a pesquisa clínica, uma abordagem epidemiológica.* 2ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. p.83-110.
- [19] Alves CRL, Goulart EMA, Colosimo EA, Goulart LMHF. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(1): 1355-67.
- [20] Sakae TM, Freitas PF, d'Orsi E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43(3): 472-480.
- [21] Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cad. Saúde Pública.* 2001; 17(4): 1025-1029.
- [22] Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(1): 761-7.
- [23] Mandarino NR, Chein MBC, Monteiro JFC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(7): 1587-1596.

- [24] Weiderpass E, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 1998; 32(3): 225-231.
- [25] Niquini RP, Bittencourt SA, Lacerda EMA, Oliveira MIC, Leal MC. Acolhimento e características maternas associados à oferta de líquidos a lactentes. *Rev. Saúde Pública.* 2010; 44(4): 677-685.
- [26] França MCT, Giugliani ERJ, Oliveira LD, Weigert EML, Santo LCE, Köhler CV, Bonilha ALL. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(4): 607-14.
- [27] Sertório SCM, Silva IA. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão de mães. *Rev. Saúde Pública.* 2005; 39(2): 156-162.
- [28] Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J. Pediatr. (Rio J.).* 2007; 83(3): 241-246.
- [29] Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J. Pediatr. (Rio J.).* 2003; 79(4): 309-316.
- [30] Caldeira AP, Goulart EM. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. *J Pediatr (Rio J).* 2000; 76(1): 65-72.
- [31] Calderon IMP, Cecatti JG, Veja CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28(1): 310-5.
- [32] Frota DAL, Marcopito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38(1): 85-92.
- [33] Reis LG, Silva CJ, Trindade A, Abrahão M, Silva VA. Women who smoke and stop during pregnancy: who are they?. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2008; 8(2): 217-221.
- [34] Freire K, Padilha PC, Saunders C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2009; 31(7): 335-341.
- [35] Gomes KRO, Moron AF, Souza e Silva R, Siqueira AAF. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez e relações com as características maternas. *Rev. Saúde Pública.* 1999; 33(3): 246-254.
- [36] Andrade RA, Coca KP, Abrão ACFV. Padrão de aleitamento materno no primeiro mês de vida em mulheres submetidas a cirurgia de redução de mamas e implantes. *J. Pediatr. (Rio J.).* 2010; 86(3): 239-244.
- [37] Hurst NM. Lactation after augmentation mammoplasty. *Obstet Gynecol.* 1996; 87(1):30-4.

[38] Johansson AS, Wennborg H, Blomqvist L, Isacson D, Kylberg E. Breastfeeding after reduction mammoplasty and augmentation mammoplasty. *Epidemiology*. 2003; 14(1):127-9.