



Percentual de aleitamento materno exclusivo em hospital de referência da Serra Gaúcha

Percentage of exclusive breastfeeding in a reference hospital in the Serra Gaucha region

Angela Rech Cagol¹, Gabriela Belitski¹, Suelen Menegotto¹, Eduarda Cagol², Eunice Goulart¹

Palavras-chave:

Aleitamento materno,
Fatores
socioeconômicos,
Fatores de risco.

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo foi quantificar a taxa de aleitamento exclusivo (AME) por pelo menos seis meses após a alta hospitalar de recém-nascidos (RN). **Métodos:** Foi um estudo de coorte prospectivo. A amostra foi descrita a partir de medidas-resumo como médias e desvios-padrão ou medianas e quartis, valores mínimos e máximos para as variáveis quantitativas, e pelas frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas. **Resultados:** Analisaram-se 357 pacientes, sendo 113 excluídos por não terem informações disponíveis sobre a amamentação. A idade média foi de 30,2 anos, escolaridade predominante foi o ensino médio (42,4%); a maioria não tinha plano de saúde (64,4%) e 63% das pacientes realizaram cesariana. Usar fórmula em gestações prévias esteve associado a manter a fórmula na gestação atual (p 0,004). Na amostra analisada, 92% das mães amamentaram na primeira hora de vida e introduzir fórmula no hospital levou ao menor índice de AME (p 0,179). Após a alta hospitalar, o tempo médio de AME foi de 150 dias (51,9%), sendo que o período de introdução da fórmula foi entre 90 e 150 dias (34,3%). **Conclusão:** Os autores concluem, portanto, que amamentar na primeira hora de vida e sustentar essa amamentação até a alta do RN colocam esse hospital num patamar diferenciado e garantem boas práticas hospitalares de AME.

Keywords:

Breast feeding,
Socioeconomic factors,
Risk factors.

Abstract

Objective: The objective of this study was to quantify the rate of exclusive breastfeeding (EBF) for at least six months after hospital discharge of newborns (NBs). **Methods:** This was a prospective cohort study. The sample was described using summary measures such as means and standard deviations or medians and quartiles, minimum and maximum values for quantitative variables, and absolute and relative frequencies for qualitative variables. **Results:** A total of 357 patients were analyzed, of whom 113 were excluded due to lack of available information on breastfeeding. The mean age was 30.2 years, the predominant level of education was high school (42.4%), the majority did not have health insurance (64.4%), and 63% of patients underwent a cesarean section. Using formula in previous pregnancies was associated with continuing formula in the current pregnancy (p 0.004). In the sample analyzed, 92% of mothers breastfed within the first hour of life, and introducing formula in the hospital led to the lowest EBF rate (p = 0.179). After hospital discharge, the average EBF duration was 150 days (51.9%), with the period of formula introduction being between 90 and 150 days (34.3%). **Conclusion:** The authors conclude, therefore, that breastfeeding within the first hour of life and maintaining this breastfeeding until the newborns discharge places this hospital on a different level and ensures good hospital EBF practices.

¹ Hospital Tacchini, Pediatria - Bento Gonçalves – Rio Grande do Sul - Brasil.

² Universidade de Caxias do Sul, Pediatria - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil.

Endereço para correspondência:

Angela Rech Cagol

Hospital Tacchini. R. Dr. José Mário Mônaco, 358 - Centro, Bento Gonçalves - RS, 95700-068. E-mail: arech30@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o aleitamento materno (AM) deve iniciar na sala de parto, na primeira hora de vida, ser mantido na forma de aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida e, após esse período, juntamente com a alimentação complementar saudável, deve ser mantido, por, no mínimo, dois anos de idade¹.

Em 2016, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)¹ descreveu avanços notáveis nas práticas de AM no mundo, a exemplo da taxa de 44% de AM na primeira hora de vida, 39% de AM em crianças menores de seis meses e 49% de AM continuado até os 2 anos de idade. No Brasil não é diferente, por exemplo, no Nordeste, o AME em crianças menores de 6 meses é 37% e, na cidade de Recife, 38,3%².

Em nível global, o aleitamento materno continuado é mais frequente nos países de baixa e média renda. Nesses países, a amamentação continuada por 12 e 24 meses é maior do que 90% e 60%, respectivamente; enquanto em países de alta renda, menos de 20% das crianças são amamentadas até 12 meses³.

Estudos realizados em 2019 através do ENANI (Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil) se propuseram a analisar os indicadores de aleitamento materno em nível nacional e evidenciou uma mediana de AME de 3 meses e de AM de 16 meses. Todavia, poucas mulheres amamentam seus filhos por esse tempo e o desmame natural ainda é pouco praticado em nosso país. Estudos apontam como prováveis motivos uma série de fatores, destacando-se as características sociodemográficas da lactante, inserção da mulher no mercado de trabalho, crenças e mitos acerca da amamentação, falta de apoio do pai da criança ou de outros familiares, a questão de marketing por parte das empresas produtoras de substitutos do leite materno e as práticas hospitalares que não favoreçam o AM⁴⁻⁶.

O Hospital Tacchini presta atendimento a gestantes através de sua equipe materno-infantil. É referência nesta área na região e tem como grande meta tornar-se Hospital Amigo da Criança. A prática de incentivo ao AM é amplamente difundida na unidade de alojamento conjunto, entretanto não dispomos de dados que quantifiquem quantas dessas lactantes mantiveram a amamentação exclusiva ou não após a alta hospitalar, por pelo menos 6 meses, conforme recomendação da OMS. Também não dispomos de dados quanto ao nível socioeconômico dessas lactantes x amamentação; parto normal x amamentação; parto cesáreo x amamentação.

O objetivo deste estudo foi quantificar a taxa de aleitamento exclusivo na primeira hora de vida e por pelo menos seis meses após a alta hospitalar deste RN e analisar o nível socioeconômico dessas famílias, percentual de parto normal e amamentação, percentual de parto cesáreo e amamentação, e possíveis fatores associados ao desmame precoce.

MÉTODO

Foi um estudo de coorte prospectiva e transversal com o objetivo de quantificar a taxa de AME por pelo menos seis meses após a alta hospitalar de recém-nascidos vivos, nascidos neste hospital de referência da Serra Gaúcha, com idade gestacional acima ou igual a 37 semanas de gestação. Foram consideradas as pacientes que atendiam aos critérios: nascidas no Centro Obstétrico do hospital; idade gestacional acima ou igual a 37 semanas; independentemente de ter convênio de saúde ou ser atendida via SUS. Foram excluídos os RNs com necessidade de internação em UTI logo ao nascimento. Variáveis coletadas: dados da gestante (idade, escolaridade, plano de saúde, realização de pré-natal, número de consultas, se houve orientação sobre amamentação, dados do parto (tipo de parto, indicação para cesárea, idade gestacional, número de gestações anteriores, desfecho do parto), histórico (número de filhos, filhos com AME, tempo de AME, uso de fórmula, tempo de fórmula, uso de leite de vaca, tempo leite de vaca), dados da internação (desejo de amamentar, se amamentou na primeira hora de vida, se manteve AME até a alta, se usou bico intermediário no hospital); dados pós-alta (realização de AME, por quanto tempo, uso de fórmula, quanto tempo, nome da fórmula, uso de leite de vaca) — esse dado foi coletado novamente após 6 meses, por meio de contato telefônico realizado pelo pesquisador. Foram realizadas três tentativas de ligação telefônica em dias alternados e, em não atendendo à chamada telefônica, foi tentado contato via WhatsApp. Após essas tentativas, não havendo sucesso no contato, o paciente era excluído do estudo.

A amostra foi calculada a partir de um universo de 30% do total de nascidos vivos durante o período de um ano. Foi informado que no ano de 2023 houve 1.793 nascidos vivos, perfazendo em média 149 nascidos/mês. A partir desse número, estimou-se que num período de 4 meses de coleta de dados, teríamos uma média de 597 participantes do estudo, perfazendo 30% do total da amostra anual de nascidos vivos.

A amostra foi descrita a partir de medidas-resumo como médias e desvios-padrão ou medianas e quartis, além de valores mínimos e máximos para as variáveis quantitativas, e pelas frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas. A normalidade dos dados foi verificada a partir do teste de Shapiro-Wilk, gráficos boxplot, histogramas e gráficos de comparações de quartis.

As comparações das características da amostra com o grupo de interesse (AME até 6 meses) foram verificadas a partir do teste qui-quadrado ou exato de Fisher, para as variáveis qualitativas, e pelo teste t de Student ou de Mann-Whitney, para as variáveis numéricas, dependendo da característica da distribuição.

As análises foram realizadas a partir do programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, v.26.0, adotando um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Foram incluídas no banco 357 pacientes, 17 foram excluídas por ter idade gestacional inferior a 37 semanas e 113 foram excluídas por não terem informações disponíveis sobre amamentação, pois não atenderam às ligações telefônicas ou não responderam ao WhatsApp enviado pelo pesquisador. Ao final, foram consideradas para a análise 227 pacientes (Figura 1).

A Figura 2 apresenta a prevalência de mulheres que mantiveram a amamentação exclusiva, de acordo com os momentos de avaliação: na primeira hora de vida (92%), até a alta (89,6%) e após a alta, considerando um período de seis meses (49,3%).

As tabelas a seguir apresentam as características da amostra e a comparação pela variável de interesse do estudo, amamentação exclusiva após a alta.

A Tabela 1 apresenta as características maternas da amostra. A idade média da amostra foi de 30,2 anos, com desvio-padrão de 6,1, variando de 16 a 45 anos. Quando classificada, a faixa etária predominante foi de 26 a 39 anos (66,4%, n=148). A escolaridade predominante da amostra foi o ensino médio (42,4%, n=95). Todas as mães realizaram consultas pré-natal, apesar de não ter informação disponível para duas delas, e o número mediano de consultas foi 10, variando de uma a 21 consultas. Observamos que a maioria das mães não tinham plano de saúde (64,4%, n=143), e 61,7% (n=124) tinham acesso a plano de saúde. A cidade de residência predominante das pacientes foi Bento Gonçalves (80,2%, n=182). Em relação ao parto, 63% das pacientes (n=143) realizaram cesárea e a principal indicação foi relacionada a questões maternas (64,7%, n=88), ou seja, desejo materno, eletivo (cesárea previamente agendada), cesáreas prévias, laqueadura tubária, condição clínica materna.

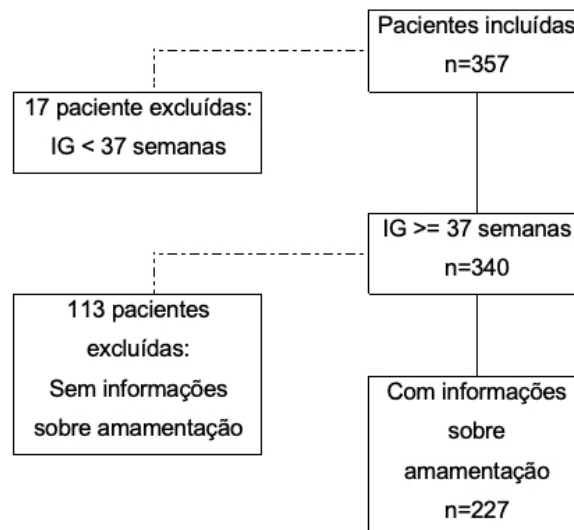


Figura 1. Fluxo de inclusão de pacientes.

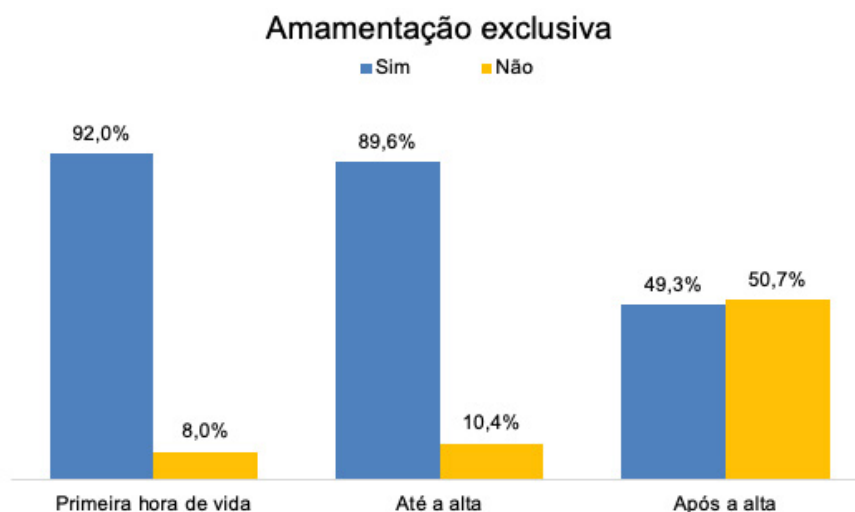


Figura 2. Prevalência de amamentação exclusiva, por momento.

Tabela 1. Características sociodemográficas maternas (n=227).

	Total (n=227)	Amamentação exclusiva 6m		Valor p
		Sim (n=112)	Não (n=115)	
Idade				0,338 ^c
Média (Desvio-padrão)	30,2 (6,1)	29,8 (6,4)	30,5 (5,9)	
Mínimo - Máximo (n)	16 - 45 (223)	17 - 45 (109)	16 - 43 (114)	
Mediana [Quartis]	30 [25; 35]	30 [25; 34]	30 [26; 35]	
Faixa etária				0,439 ^a
Até 25 anos	59 (26,5)	33 (30,3)	26 (22,8)	
26 a 39 anos	148 (66,4)	69 (63,3)	79 (69,3)	
40 anos ou mais	16 (7,2)	7 (6,4)	9 (7,9)	
Escolaridade				0,954 ^a
Ensino fundamental	68 (30,4)	34 (30,6)	34 (30,1)	
Ensino médio	95 (42,4)	46 (41,4)	49 (43,4)	
Ensino superior	61 (27,2)	31 (27,9)	30 (26,5)	
Realizou Pré-natal?				-
Sim	225 (100)	111 (100)	114 (100)	
Não	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Nº de consultas pré-natal				0,607 ^d
Média (Desvio-padrão)	10,7 (3,3)	10,8 (3,3)	10,6 (3,2)	
Mínimo - Máximo (n)	1 - 21 (224)	3 - 21 (110)	1 - 21 (114)	
Mediana [Quartis]	10 [9; 13]	10 [9; 13]	10 [9; 13]	
Tem plano de saúde?				0,088 ^a
Sim	79 (35,6)	32 (29,9)	47 (40,9)	
Não	143 (64,4)	75 (70,1)	68 (59,1)	
Houve orientação sobre AM na gestação?				0,755 ^a
Sim	124 (61,7)	64 (62,7)	60 (60,6)	
Não	77 (38,3)	38 (37,3)	39 (39,4)	
Cidade de residência				-
Serafina Correa	2 (0,9)	0 (0)	2 (1,7)	
Bento Gonçalves	182 (80,2)	95 (84,8)	87 (75,7)	
Guaporé	2 (0,9)	0 (0)	2 (1,7)	
Farroupilha	1 (0,4)	1 (0,9)	0 (0)	
Carlos Barbosa	26 (11,5)	9 (8)	17 (14,8)	
Veranópolis	1 (0,4)	1 (0,9)	0 (0)	
Garibaldi	4 (1,8)	2 (1,8)	2 (1,7)	
Monte Belo do Sul	1 (0,4)	1 (0,9)	0 (0)	
Salvador do Sul	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,9)	
Marata	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,9)	
Bom Princípio	1 (0,4)	1 (0,9)	0 (0)	
Caxias do Sul	2 (0,9)	1 (0,9)	1 (0,9)	
Tupandi	2 (0,9)	0 (0)	2 (1,7)	
Santa Tereza	1 (0,4)	1 (0,9)	0 (0)	
Tipo de parto				0,691 ^a
Vaginal	84 (37)	40 (35,7)	44 (38,3)	
Cesárea	143 (63)	72 (64,3)	71 (61,7)	

	Total (n=227)	Amamentação exclusiva 6m		Valor p
		Sim (n=112)	Não (n=115)	
Indicação				0,772 ^b
Maternas	88 (64,7)	42 (60,9)	46 (68,7)	
Clínicas	10 (7,4)	5 (7,2)	5 (7,5)	
Parto	12 (8,8)	8 (11,6)	4 (6)	
Feto	23 (16,9)	12 (17,4)	11 (16,4)	
Outros	3 (2,2)	2 (2,9)	1 (1,5)	

Legenda: ^a Teste qui-quadrado: n(%); ^b Teste exato de Fisher: n(%); ^c Teste t de Student: média (desvio-padrão); ^d Teste de Mann-Whitney: mediana [quartis]

Quando comparamos as características maternas pelo grupo de interesse (amamentação exclusiva por seis meses), não encontramos evidências de diferenças significativas (valores $p > 0,05$).

Em relação à idade gestacional, a mediana foi de 39 semanas, variando de 37 a 41 semanas. A maioria das mulheres estavam na sua primeira gestação (42,5%, $n=96$). O desfecho da maioria dos partos foi o alojamento conjunto, sendo que essa informação estava disponível para 192 pacientes. Em relação ao número de filhos, 50,9% das mulheres ($n=114$) não tinham nenhum filho, 29% ($n=65$) tinham um filho e 20,1% ($n=45$) tinham dois filhos, sendo que a maioria havia amamentado exclusivamente os filhos anteriores (58%, $n=58$). Quanto aos outros tipos de amamentação, 33% ($n=31$) usaram fórmula e 11,5% ($n=10$) usaram leite de vaca.

Quando comparadas essas características pela amamentação exclusiva, observamos que ter histórico de amamentação exclusiva em gestações anteriores está associado à amamentação exclusiva na gestação atual (valor $p=0,008$). Além disso, quanto maior o tempo de amamentação em gestações anteriores, maior foi a proporção de mães em amamentação na gestação atual, fatores que também se mostraram associados (valor $p=0,012$). O uso de fórmula em gestações prévias também se mostrou associado, sendo que a proporção de mulheres que mantiveram amamentação exclusiva e não usaram fórmula em outras gestações foi maior (80,9%; valor $p=0,004$). As demais comparações não foram significativas (valores $p > 0,050$). Os resultados são apresentados na Tabela 2.

Em relação à gestação atual, quase toda a amostra tinha desejo de amamentar, sendo que essa informação estava disponível para 225 participantes. Observamos que 92% das mães ($n=207$) amamentaram na primeira hora de vida do RN, e daquelas que não amamentaram, 55,6% foram devido a fatores maternos (falta de colostro/leite, mãe em uso de oxigênio, HIV positiva, mãe passou mal pós-cesárea, taquipneia, sangramento uterino/hemorragia pós-parto, mãe com placenta retida, mãe resistente) e 44,4% foram devido a fatores do RN (dificuldade em pegar o peito, RN dormindo, RN em uso de oxigênio, RN com hipotermia). Observamos que a

maioria das mães mantiveram a amamentação exclusiva até a alta (89,6%, $n=199$) e para aquelas que introduziram fórmula ainda no hospital, 56,5% foi devido a fatores do RN (dificuldade para amamentar por gravidez gemelar, falta de colostro/leite, suspeita de hemorragia puerperal, bebê prematuro, perda de peso, dificuldade em pegar o peito, RN na UTI) e 43,5% foram devido a fatores maternos (hipoglicemia, seio machucado, HIV positiva, pedido da mãe/mãe resistente, mãe na UTI, ansiedade materna). Houve indicação de bico intermediário dentro do hospital para 4,5% das mães ($n=10$) e foi ofertada fórmula com copinho ou seringa para 9% ($n=20$).

Comparando essas características com a amamentação exclusiva até 6m, encontramos associação com amamentar na primeira hora de vida (valor $p=0,004$), sendo que a proporção de mulheres que mantiveram amamentação exclusiva em 6m e amamentaram na primeira hora de vida (97,3%) foi maior do que aquelas que não amamentaram (2,7%). Também se mostrou associado à amamentação exclusiva até a alta (valor $p=0,017$). Observamos que a proporção de amamentação exclusiva até 6m entre as mães que não introduziram outros tipos de leite antes da alta (94,5%) foi maior do que aquelas que utilizaram outro tipo de leite (5,5%). Ter tido oferta de fórmula com copinho ou seringa também se mostrou associado (valor $p=0,019$) e observamos uma proporção maior de amamentação exclusiva até 6m entre as mães que não receberam essa oferta (95,5%). Os resultados são apresentados na Tabela 3.

Por fim, na Tabela 4, apresentamos as características da amamentação dos recém-nascidos após a alta. Para essas características, não se aplica realizar teste de comparação entre os grupos.

Observamos que o tempo de amamentação predominante entre as mães foi superior a 150 dias (51,9%, $n=111$), e a fórmula após a alta foi utilizada por 47,2% das mães ($n=103$). O momento predominante de introdução da fórmula foi entre 90 e 150 dias (34,3%, $n=35$), e, entre os que utilizaram fórmula, os motivos mais frequentes para introdução foram maternos (46,5%). A proporção de mães que usaram de leite de vaca na amostra foi de 2,3% ($n=5$).

Tabela 2. Características das gestações anteriores (n=227).

	Total (n=227)	Amamentação exclusiva 6m		Valor <i>p</i>
		Sim (n=112)	Não (n=115)	
Idade gestacional				0,423 ^d
Média (Desvio-padrão)	38,8 (1,1)	38,7 (1,1)	38,8 (1,2)	
Mínimo - Máximo (n)	37 - 41 (227)	37 - 41 (112)	37 - 41 (115)	
Mediana [Quartis]	39 [38; 40]	39 [38; 39,5]	39 [38; 40]	
Nº de gestações anteriores				0,963 ^a
Nenhuma	96 (42,5)	48 (43,2)	48 (41,7)	
Uma	69 (30,5)	33 (29,7)	36 (31,3)	
Duas ou mais	61 (27)	30 (27)	31 (27)	
Desfecho do parto				>0,999 ^b
UTI NEO	2 (1)	1 (1)	1 (1)	
Alojamento Conjunto	190 (99)	95 (99)	95 (99)	
Outros filhos?				0,893 ^a
Sim	112 (49,6)	55 (49,1)	57 (50)	
Não	114 (50,4)	57 (50,9)	57 (50)	
Quantos outros filhos?				0,956 ^a
Nenhum	114 (50,9)	57 (51,8)	57 (50)	
Um	65 (29)	31 (28,2)	34 (29,8)	
Dois ou mais	45 (20,1)	22 (20)	23 (20,2)	
Amamentação exclusiva em gestação anterior?				0,008 ^a
Sim	58 (58)	35 (71,4)	23 (45,1)	
Não	42 (42)	14 (28,6)	28 (54,9)	
Média de tempo de amamentação em gestação anterior:				0,012 ^b
<30 dias	7 (7,8)	0 (0)	7 (15,6)	
30 a 90d	6 (6,7)	2 (4,4)	4 (8,9)	
91 a 150d	22 (24,4)	10 (22,2)	12 (26,7)	
>150 dias	55 (61,1)	33 (73,3)	22 (48,9)	
Uso de fórmula em gestação anterior?				0,004 ^a
Sim	31 (33)	9 (19,1)	22 (46,8)	
Não	63 (67)	38 (80,9)	25 (53,2)	
Média do tempo de fórmula:				0,516 ^b
30 a 90d	15 (57,7)	5 (62,5)	10 (55,6)	
91 a 150d	4 (15,4)	2 (25)	2 (11,1)	
>150 dias	7 (26,9)	1 (12,5)	6 (33,3)	
Uso de leite de vaca em gestação anterior?				>0,999 ^b
Sim	10 (11,5)	5 (10,9)	5 (12,2)	
Não	77 (88,5)	41 (89,1)	36 (87,8)	
Média do tempo de leite de vaca:				0,286 ^b
<30 dias	2 (20)	2 (40)	0 (0)	
30 a 90d	6 (60)	2 (40)	4 (80)	
91 a 150d	1 (10)	1 (20)	0 (0)	
>150 dias	1 (10)	0 (0)	1 (20)	

Legenda: ^a Teste qui-quadrado: n(%); ^b Teste exato de Fisher: n(%); ^d Teste de Mann-Whitney: mediana [quartis].

Tabela 3. Características da amamentação (n=227)

	Total (n=227)	Amamentação exclusiva 6m		Valor p
		Sim (n=112)	Não (n=115)	
Desejo de amamentar?				>0,999 ^b
Sim	224 (99,6)	111 (100)	113 (99,1)	
Não	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,9)	
Amamentou na primeira hora de vida?				0,004^a
Sim	207 (92)	108 (97,3)	99 (86,8)	
Não	18 (8)	3 (2,7)	15 (13,2)	
Motivo de não amamentar na primeira hora de vida:				0,069 ^b
RN	8 (44,4)	3 (100)	5 (33,3)	
Materno	10 (55,6)	0 (0)	10 (66,7)	
Manteve amamentação exclusiva até a alta?				0,017^a
Sim	199 (89,6)	104 (94,5)	95 (84,8)	
Não	23 (10,4)	6 (5,5)	17 (15,2)	
Motivo da introdução da fórmula no hospital				0,179 ^b
RN	13 (56,5)	5 (83,3)	8 (47,1)	
Materno	10 (43,5)	1 (16,7)	9 (52,9)	
Houve indicação de bico intermediário dentro do hospital?				0,748 ^b
Sim	10 (4,5)	4 (3,6)	6 (5,4)	
Não	213 (95,5)	107 (96,4)	106 (94,6)	
Foi ofertada fórmula com copinho ou seringa?				0,019^a
Sim	20 (9)	5 (4,5)	15 (13,5)	
Não	202 (91)	106 (95,5)	96 (86,5)	

Legenda: ^a Teste qui-quadrado: n(%); ^b Teste exato de Fisher: n(%).

Tabela 4. Características da amamentação após a alta (n=227)

	Total (n=227)	Amamentação exclusiva 6m	
		Sim (n=112)	Não (n=115)
Quanto tempo de AM exclusiva após alta?			
151-180	107 (96,4)	107 (96,4)	
>180	4 (3,6)	4 (3,6)	
Tempo de amamentação			
<30 dias	26 (25,2)		26 (25,2)
30 a 90d	45 (43,7)		45 (43,7)
91 a 150d	32 (31,1)		32 (31,1)
Tempo de amamentação total			
<30 dias	26 (12,1)	0 (0)	26 (25,2)
30 a 90d	45 (21)	0 (0)	45 (43,7)
91 a 150d	32 (15)	0 (0)	32 (31,1)
>150 dias	111 (51,9)	111 (100)	0 (0)
Uso de fórmula após alta?			
Sim	103 (47,2)	0 (0)	103 (97,2)
Não	115 (52,8)	112 (100)	3 (2,8)
Quanto tempo de fórmula após alta? (dias)			
<30 dias	4 (3,8)	0 (0)	2 (1,9)
30 a 90d	42 (40)	0 (0)	42 (40,8)
91 a 150d	32 (30,5)	0 (0)	32 (31,1)
>150 dias	27 (25,7)	0 (0)	27 (26,2)

	Total (n=227)	Amamentação exclusiva 6m	
		Sim (n=112)	Não (n=115)
Qual o momento de introdução da fórmula? (dias)			
<30 dias	29 (28,4)	0 (0)	27 (27)
30 a 90d	31 (30,4)	0 (0)	31 (31)
91 a 150d	35 (34,3)	0 (0)	35 (35)
>150 dias	7 (6,9)	0 (0)	7 (7)
Qual o motivo da introdução da fórmula após a alta?			
Sociodemográfica	29 (29,3)	0 (0)	29 (29,3)
Relacionados ao RN	24 (24,2)	0 (0)	24 (24,2)
Relacionados à mãe	46 (46,5)	0 (0)	46 (46,5)
Qual a fórmula usada?			
Fórmula A	46 (45,5)	0 (0)	46 (45,5)
Fórmula B	49 (48,5)	0 (0)	49 (48,5)
Outras	6 (5,9)	0 (0)	6 (5,9)
Uso de leite de vaca após a alta?			
Sim	5 (2,3)	0 (0)	5 (4,8)
Não	210 (97,7)	111 (100)	99 (95,2)
Quanto tempo de uso de leite de vaca?			
<30	3 (60)	2 (100)	3 (60)
30 a 90d	2 (40)	0 (0)	2 (40)

DISCUSSÃO

Evidências científicas comprovam a superioridade do AM sobre outras formas de alimentar a criança pequena, contudo a maioria das crianças brasileiras não é amamentada por dois anos ou mais, e não recebe leite materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, como recomenda a OMS e o Ministério da Saúde do Brasil⁷.

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade^{8,9}. Segundo o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI)⁸ publicado em 2021 no Brasil, 96,2% das crianças menores de dois anos foram alguma vez amamentadas e 62,4% foram amamentadas ainda na primeira hora de vida. A taxa de AME na primeira hora de vida foi de 92%, confirmando que as práticas de incentivo à amamentação nesse hospital superaram as expectativas de uma maneira geral quando comparadas com a literatura. A prevalência de AME, segundo dados do ENANI, em menores de 6 meses foi de 45,8% no Brasil, com maior prevalência na Região Sul (54,3%), seguida das regiões Sudeste (49,1%), Centro-Oeste (46,5%), Norte (40,3%) e Nordeste (39,0%), sem diferenças estatisticamente significativas entre as regiões⁸. Foi constatado, neste estudo, que após seis meses da alta hospitalar, 49,3% dessas crianças permaneceram em amamentação materna exclusiva, indo de acordo com os dados

publicados recentemente pelo ENANI, porém 50,7% dessas crianças acabaram sendo desmamadas ao longo desses seis meses, sendo os motivos os mais diversos, mas, na grande maioria das vezes, pela volta ao trabalho (fim da licença-maternidade), o que gera uma grande questão, ou seja, é de suma importância que se possa incentivar órgãos públicos e empresários a repensar junto à sociedade o aumento do período de licença-maternidade, como já acontece em países de primeiro mundo como Dinamarca, Canadá e entre outros.

No Brasil, um país de renda média, uma revisão sistemática encontrou uma associação entre maior nível de escolaridade materna e a prática de AME em quase metade dos estudos revisados e também apontou que, em países de alta renda, a amamentação é mais comum entre mulheres com melhor nível socioeconômico¹⁰. Esta pesquisa, entretanto, demonstrou que aquelas gestantes que não tinham plano de saúde (o que podemos subentender que têm menor nível socioeconômico e que realizaram seu pré-natal pelo SUS) foram as que mais mantiveram o AME por 6 meses, não havendo associação com a literatura, porém o que conclui-se aqui é que prevaleceu a orientação/suporte oferecido pela equipe até a alta da maternidade e que pode ter sido a causa dos bons resultados, superando o aspecto do baixo nível socioeconômico da população estudada.

Outra questão relevante que foi observada neste estudo foi que ter histórico de AME em gestações anteriores reforça a amamentação exclusiva na gestação atual (valor $p=0,008$), e quanto maior o tempo de amamentação na gestação anterior, maior o tempo na atual (valor $p=0,012$).

É consenso na literatura que o acúmulo de experiência anterior em amamentação possa determinar a manutenção dessa prática na gestação atual⁹.

A média de idade das lactantes foi outro fator analisado, e demonstrou que idades entre 26 e 39 anos foram as que mais sustentaram a amamentação, ou seja, uma média de idade intermediária. Estudo de Boccolini e colaboradores (2015)¹⁰ também concluiu que, quanto à idade materna, as idades intermediárias parecem ser protetoras para o AME, pois tanto mães adolescentes quanto aquelas com 35 anos ou mais foram as que mais interromperam o processo de amamentação. Algumas mães muito jovens enfrentam dificuldades de amamentar por fatores físicos, emocionais, sociais e até culturais. Não é uma regra que mães jovens não consigam amamentar, mas alguns desafios são mais comuns nessa faixa etária, tais como: falta de informação e orientação, pouco apoio da rede de saúde ou da família, insegurança e medo de “não ter leite”, pressões estéticas e sociais, uso precoce de fórmulas e falta de preparo emocional. Já para as mais velhas, os motivos são diferentes, como: questões hormonais e fisiológicas, desgaste físico maior, ansiedade e cobrança para fazer tudo perfeito e histórico de ter falhado na amamentação em gestações anteriores.

Vários estudos demonstraram que o parto vaginal não foi fator de proteção do AM por 12 meses ou mais¹⁰, o que gera certa surpresa, uma vez que o parto vaginal contribui para o início oportuno do AM, sendo possível supor que também pode proporcionar sua manutenção de modo exclusivo. Neste estudo, o tipo de parto predominante foi a cesariana, vindo de encontro a literatura, e corroborando a hipótese de que o tipo de parto não determina a manutenção da AME, e sim a vontade da mãe em promover a amamentação e também a combinação com o suporte e as orientações adequadas recebidas até a alta da maternidade.

Também foi observado que, apesar de não ser estatisticamente significativo em nossa amostra, uma predominância (62,7%) das que foram orientadas sobre AM durante seu pré-natal e praticaram a AME até o sexto mês de idade do RN em relação às que não foram orientadas (39%) e que desmamaram antes do sexto mês de vida de seu filho. Logo, podemos concluir que orientar essa gestante deve fazer parte da consulta de pré-natal, demonstrando a cada consulta a importância do aleitamento. O conhecimento acerca das vantagens do AME só reforça o quanto amamentar é importante para essa criança. Mesmo observando neste estudo que as que mais amamentaram foram as que melhor tinham sido orientadas nas consultas de pré-natal, não podemos medir a qualidade dessa orientação e se efetivamente foram trabalhadas ao longo da gestação. Talvez, o que devemos concluir, é que orientar essa gestante deva ser parte obrigatória durante o pré-natal, mostrando todas as vantagens em se amamentar. Importante que ela entenda que nos primeiros dias pós-parto é normal que a puérpera produza uma menor quantidade de leite, e que isso se deve a uma

combinação de fatores hormonais e fisiológicos. Essa baixa quantidade, porém, não indica que o leite “está fraco” ou “não está descendo”, mas que o corpo dessa mulher apenas está se adaptando ao novo ritmo hormonal e à demanda do bebê. A produção irá aumentar gradativamente, conforme frequência e eficácia da mamada. Essas falas à gestante devem preceder ao parto e são fundamentais para que ela esteja preparada para o processo de amamentar.

O tempo de desmame encontrado ficou entre 90 e 150 dias, ou seja, coincidindo com o período de licença-maternidade, sugerindo uma relação entre o retorno ao trabalho e a AME¹⁰. É de suma importância, portanto, que ações governamentais criem melhores condições para que essas mães possam manter-se por maior tempo em licença-maternidade, conforme já se vê em outros países, por exemplo, o Canadá ou a França, onde a licença-maternidade chega a ser de dois anos, favorecendo a prática do AME. No Brasil, o tempo de licença-maternidade ainda é de 120 dias, porém, neste estudo, foi observado o tempo de seis meses para a manutenção do AME. Fica o questionamento: o que refletiria melhor o efeito de todo o trabalho desenvolvido desde o pré-natal até a alta da mãe e do bebê da maternidade: 6 meses (período ideal de manutenção do AME) ou 4 meses (quando acaba a licença-maternidade?). Caso tivesse sido escolhido 4 meses como momento de corte, possivelmente os resultados poderiam ter sido melhores? Além do que, com o final da licença surgem novas oportunidades de intervenção (diversas daquelas necessárias na maternidade) tais como: começar a retirar leite e armazenar 14 dias antes do final da licença para ter um estoque de leite congelado, a mãe pode ser orientada quanto à extração manual combinada ou não com uma bomba tira leite adequada para fazer a extração no ambiente de trabalho, a implementação de salas de ordenha ou de amamentação no local de trabalho etc.

No hospital da pesquisa realizada, ficou constatado que 92% da amostra analisada receberam LM na primeira hora de vida e assim o mantiveram até a alta hospitalar (89,6%), demonstrando claramente que as ações que promovem o AME, bem como o trabalho em equipe (médicos, enfermeiros, fonoaudiólogas e consultoras de amamentação) e as práticas seguidas conforme preconiza as diretrizes do Hospital Amigo da Criança fazem parte da rotina desse hospital. Esses números elevam esse hospital de referência na Serra Gaúcha a um patamar diferenciado, uma vez que outros estudos, como o próprio ENANI, não obtiveram os mesmos resultados dentro da maternidade.

A “Hora de Ouro” engloba um conjunto de práticas baseadas em evidências que contribuem para a estabilização fisiológica da dupla mãe-RN após o nascimento. Elementos que contribuem para a “Hora de Ouro” incluem o clameamento oportuno do cordão umbilical, contato pele a pele por pelo menos 1 hora, a realização de avaliação do RN no tórax ou abdômen da mãe e início precoce da amamentação. Cabe salientar que todas essas práticas são realizadas pela equipe

desse hospital que é responsável por esses resultados tão expressivos. Aqui também cabem algumas análises, pois somente 49,3% dessas mães mantiveram a amamentação exclusiva após seis meses da alta da maternidade, o que prova que vários fatores externos contribuem para essa diminuição dos índices de AME, tais como: falta de uma rede de apoio a essa mãe, influência de familiares quanto à qualidade do LM e sustento da saciedade do RN, fatores econômicos, como retorno precoce ao trabalho, principalmente aquelas mães autônomas e que dependem do seu trabalho para o sustento da família, nível de escolaridade materna (quanto menor, maior o índice de desmame) e orientações quanto à amamentação nas consultas de puericultura e apoio por parte do pediatra na importância da manutenção do AME e não uso de chupetas durante esse período.

Quando analisamos o número de consultas no pré-natal, podemos observar que não houve diferença estatística entre os dois grupos analisados, ou seja, aleitamento materno exclusivo x não exclusivo, sendo que em ambos os grupos o número médio de consultas foram 10, porém, conforme revisado na literatura, o baixo número de consultas durante o pré-natal é fator de risco para o desmame precoce, Santo et al. (2007)¹¹ e Vieira et al. (2014)¹² consideraram que a baixa adesão ao pré-natal pode representar mulheres menos cuidadosas com sua saúde; por outro lado, Demétrio et al. (2012)¹³ consideram que essa baixa adesão pode refletir baixo acesso a fontes de informação sobre AM.

Também ficou evidente que aqueles RNs que receberam fórmula durante a internação pelos mais variados motivos (dificuldade em amamentar, gemelares, RN em uso de oxigênio, falta de colostro, motivos de saúde da puérpera, resistência materna, entre outros), ou ainda a indicação do uso de bico de silicone chamado intermediário (devido a mamilo plano ou dificuldade de pega do RN) ou ainda uso de copinho para ofertar fórmula foram os que menos sustentaram a amamentação exclusiva até os seis meses após a alta hospitalar, ficando subtendido que talvez esse tipo de prática possa interferir de alguma forma na manutenção do AME. O uso dessas práticas, porém, não determinam o tempo de amamentação, mas devem servir de alerta a essa equipe que talvez essa puérpera precise de mais tempo de internação para trabalhar melhor os aspectos da amamentação e, dessa forma, sinta-se mais segura nesse processo. Também é importante que se ressalte que nas boas práticas do que se preconiza como Hospital Amigo da Criança, esse RN permaneça o tempo todo em contato com sua mãe na maternidade, reforçando a livre demanda da amamentação.

Os autores concluem, portanto, que amamentar na primeira hora de vida e sustentar essa amamentação até a alta do RN foram pontos importantes demonstrados aqui e que servem de estímulo para esse hospital de referência, já que o coloca num patamar diferenciado. A grande meta, entretanto, deve ser a manutenção dessa amamentação após decorridos os seis primeiros meses, uma vez que fatores

externos se mostraram determinantes para a queda do AME. O estudo dos fatores determinantes do AME, portanto, é de vital importância para a saúde pública, e estudos epidemiológicos desempenham cada vez mais papel fundamental para a compreensão desse tema no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). United Nations Children's Fund (Unicef). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the Baby-friendly Hospital Initiative - monitoring manual. Geneva: WHO; 2025. [Acesso em 2025 Apr 9]. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b7967990-bca4-4770-a16d-ee25d17549c7/content>.
2. Venâncio SI, Escuder MM, Saldiva SR, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(4):317-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572010000400012>.
3. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10033):475-90. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7).
4. Muelbert M, Giugliani ERJ. Factors associated with the maintenance of breastfeeding for 6, 12 and 24 months in adolescent mothers. *BMC Public Health*. 2018;18:675. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5585-3>.
5. Scott JA, Ahwong E, Devenish G, Ha D, Do L. Determinants of continued breastfeeding at 12 and 24 months: results of an Australian cohort study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(20):3980. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16203980>.
6. Vieira GO, Vieira TO, Martins CC, Ramos MSX, Giugliani ERJ. Risk factors for and protective factors against breastfeeding interruption before 2 years: a birth cohort study. *BMC Pediatr*. 2021;21(1):310. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02768-x>.
7. Paraná (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Caderno de atenção à saúde da criança: aleitamento materno. Londrina: SESA-PR; 2013. [Acesso em 2013 Dez 30]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-07/pdf3.pdf.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [Acesso em 2015 Out 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf.
9. Silva VAAL, Caminha MFC, Silva SL, Serva VMSBD, Azevedo PTACC, Batista Filho M. Maternal breastfeeding: indicators and factors associated with exclusive breastfeeding in a subnormal urban cluster assisted by the Family Health Strategy. *J Pediatr (Rio J)*. 2019;95(3):298-305. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.04.006>.
10. Boccolini CS, de Carvalho ML, de Oliveira MIC. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. *Rev Saude Publica*. 2015;49:91. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005971>.
11. Santo LC, Oliveira LD, Giugliani ERJ. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding in the first six months. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83(3):241-6. DOI: <https://doi.org/10.2223/JPED.1618>.
12. Vieira TO, Vieira GO, Oliveira NF, Mendes CMC, Giugliani ERJ, Silva LR. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: new determinants in a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:175. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-175>.
13. Demétrio F, Pinto EJ, Assis AMO. Factors associated with early interruption of breastfeeding: a birth cohort study in two municipalities in the Recôncavo region, Bahia, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(4):641-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400004>.