



Binômios atendidos por consultores em amamentação e a interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês*

Pairs seen by lactation consultants and cessation of exclusive breastfeeding in the first month

Binomios atendidos por consultores en lactancia y la interrupción de la lactancia materna exclusiva el primer mes

Vanessa Aparecida Gasparin¹, Juliana Karine Rodrigues Strada¹, Bruna Alibio Moraes¹, Thaís Betti¹, Annelise de Carvalho Gonçalves², Lilian Cordova do Espírito Santo²

Como citar este artigo:

Gasparin VA, Strada JKR, Moraes BA, Betti T, Gonçalves AC, Santo LCE. Pairs seen by lactation consultants and cessation of exclusive breastfeeding in the first month. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03422. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018010003422>

* Extraído da dissertação: “Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês por duplas atendidas pela equipe de consultoria em amamentação”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Departamento de Saúde Materno-Infantil, Porto Alegre, RS, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the survival of exclusive breastfeeding and the factors associated with its cessation in the first month among pairs seen by a lactation consulting team. **Method:** This is a prospective cohort conducted with mother-infant pairs treated at the Hospital de Clínicas of Porto Alegre. **Results:** The sample consisted of 150 pairs. The survival curve indicates that 52.9% of the children remained on exclusive breastfeeding. The hierarchical model was constructed in four levels, and the factors associated with the cessation of exclusive breastfeeding were the milk supplementation during hospitalization, breast problems after hospital discharge and use of pacifiers. **Conclusion:** Awareness of these factors favors the early detection of pairs that may be predisposed to cessation of exclusive breastfeeding, who require greater support, dedication and care.

DESCRIPTORS

Breast Feeding; Maternal-Child Nursing; Consultants; Risk Factors.

Autor correspondente:

Vanessa Aparecida Gasparin
Rua Assis Brasil, 1327E, Bairro
Presidente Médici
CEP 89801-221 – Chapecó, RS, Brasil
vane-gasparin@hotmail.com

Recebido: 24/03/2018
Aprovado: 07/08/2018

INTRODUÇÃO

O leite materno é o alimento mais indicado para o recém-nascido, haja vista os benefícios já comprovados desse alimento, quando comparado a outros tipos de leite⁽¹⁾.

Estima-se que a amamentação possa prevenir 823.000 mortes de crianças e 20.000 mortes por câncer de mama de mulheres a cada ano⁽²⁾. Esse benefício fica mais evidente quando a amamentação ocorre já no primeiro dia de vida da criança, prática que pode evitar 16% dos óbitos neonatais, ou 22%, se for realizada na primeira hora de vida, o que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) há mais de 25 anos⁽²⁻³⁾.

É consenso entre a OMS, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde da Brasil (MS) a recomendação de aleitamento materno exclusivo (AME) até os 6 meses de vida, uma vez que o leite materno reduz os índices de mortalidade infantil, potencializa o crescimento biológico da criança e supre todas as suas necessidades nutricionais, intervindo no crescimento e desenvolvimento infantil, além de fortalecer o vínculo mãe-bebê⁽⁴⁻⁶⁾.

Entretanto, dados oriundos da última pesquisa nacional realizada em 2008 nas capitais brasileiras e no Distrito Federal revelaram que a mediana de AME no País era de 54,1 dias, quando a OMS preconiza a prática até os 180 dias de vida da criança. A mesma pesquisa constatou que a probabilidade de crianças aos 30 dias estarem em AME foi de 60,6%⁽⁷⁾.

Visando alavancar tais índices, os serviços de saúde podem ofertar o trabalho de um *Lactation Consultant* – Consultor em aleitamento materno (AM), profissional criado na década de 1980 nos Estados Unidos. O consultor em AM não substitui outros profissionais, mas atua conjuntamente com a equipe que presta assistência materno-infantil, para que trabalhem da melhor forma possível, visando superar as dificuldades advindas e alcançar o êxito no estabelecimento da lactação. Para receber o título de especialista em aleitamento materno, o profissional deve ser credenciado pelo *International Board of Lactation Consultant Examiners* (IBLCE)⁽⁸⁾. Estudos realizados em Nova Jersey⁽⁹⁾ e Hong Kong⁽¹⁰⁾ já evidenciaram o benefício desse profissional na manutenção do AME por mais tempo.

Outras pesquisas já identificaram fatores associados à interrupção do AME no decorrer do primeiro mês de vida⁽¹¹⁻¹²⁾, no entanto, não foram encontrados estudos com este objetivo realizados com binômios mãe-bebê atendidos por consultor em AM, evidenciado uma lacuna de publicações em bases nacionais.

Este estudo parte do pressuposto de que a atuação do consultor em lactação durante a internação hospitalar pós-parto em alojamento conjunto favoreça o aumento das taxas de amamentação no primeiro mês de vida.

Considerando a importância do papel exercido pelo consultor em lactação na promoção, proteção e apoio à amamentação, influenciando diretamente os índices de AME, aliada à escassez de estudos nacionais sobre o trabalho desse profissional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o presente estudo tem como objetivo verificar a sobrevivência do

AME e os fatores associados à sua interrupção no primeiro mês de binômios atendidos pela equipe de consultoria em aleitamento materno.

MÉTODO

DESENHO E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, realizado com binômios mãe-bebê atendidos por consultoras em amamentação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, algumas delas certificadas pelo *International Board of Lactation Consultant Examiners*. Se insere no projeto intitulado: “Padrões de amamentação de crianças atendidas por equipe de consultoria em aleitamento materno”.

Os dados utilizados foram provenientes do acompanhamento dos participantes durante o primeiro mês de vida da criança, ou enquanto estivessem em AME nesse período. Foram incluídos binômios residentes em Porto Alegre ou região metropolitana e que disponibilizaram seu número de telefone, com crianças a termo (Capurro \geq 37 semanas) e peso de nascimento \geq 2.500 g, em alojamento conjunto, que tenham iniciado a amamentação e que foram atendidas por alguma das profissionais que compunham a equipe de consultoria em AM. Foram excluídas mães com bebês gemelares, binômios com contraindicação permanente ou temporária para amamentação ou que tiveram de ser separados após ter iniciado a amamentação.

COLETA DE DADOS

A amostra foi selecionada de segunda a sexta-feira por meio da identificação dos binômios que poderiam ser atendidos pela equipe de consultoria, e, após o reconhecimento dos critérios de inclusão esses foram convidados a participar do estudo. O período de inclusão de participantes foi de agosto de 2016 a janeiro de 2017, com acompanhamento via telefone até março de 2017.

A coleta das informações para esta pesquisa deu-se em três momentos: presencialmente, na Unidade de Internação Obstétrica, para entrevistar as mães após as primeiras 24 horas do nascimento da criança e depois de terem recebido o atendimento por alguma das Consultoras em AM; e por telefone, aos 15 e aos 30 dias de vida do bebê, com período máximo para aplicação dos questionários de 2 dias após a criança completar as idades estabelecidas para o seguimento. O grupo que realizou a coleta em todos os períodos foi composto de duas mestrandas e duas graduandas em enfermagem, e as ligações foram realizadas na central telefônica do Centro de Pesquisa Clínica da instituição.

O desfecho estudado foi a interrupção do AME no primeiro mês, e as variáveis independentes englobaram o motivo do encaminhamento do binômio à consultoria de AM (primigestação, dificuldade na técnica de amamentação, bebê grande para a idade gestacional – GIG – e história prévia de não amamentação foram os motivos visualizados pelos membros da equipe multiprofissional, responsáveis pelo encaminhamento dos binômios à consultoria), características

sociais, econômicas e demográficas maternas, características do pré-natal, parto e do recém-nascido.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

O cálculo amostral considerou um percentual médio de 60% de AME ao final do primeiro mês de vida⁽⁷⁾, e uma taxa de risco mínimo de 1,48, conforme dados obtidos em artigo referente a um conjunto de variáveis, tais como, idade materna, coabitação com avó materna, número de consultas de pré-natal e tipo de parto⁽¹³⁾, com um poder de 80%, nível de significância de 5% e estimativa de perdas de 20% ao longo do seguimento. Assim, o tamanho amostral mínimo calculado foi de 150 binômios mãe-bebê. Os cálculos foram realizados com a utilização do *software* WinPEPI, versão 11.43.

Os dados foram analisados por meio de análise descritiva e analítica. A análise de sobrevivência avaliou a interrupção do AME no primeiro mês de vida da criança, dado considerado não censurado. Foram censurados os dados dos binômios mãe-bebê que estivessem em AME ao final do primeiro mês, bem como os dos que eventualmente foram perdidos ao longo do seguimento.

A associação entre as variáveis e o tempo de AME foi avaliada por análise univariada e multivariada, com utilização do modelo de Regressão de Cox hierarquizado. O critério usado para a inserção da variável no modelo multivariado foi esta apresentar valor $p < 0,20$ na análise univariada, e o de permanência no bloco subsequente foi registrar valor $p < 0,10$ no seu respectivo bloco. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$), e as análises foram realizadas no programa SPSS, versão 21.0.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob o parecer n.º 1.569.774/2016. Os participantes que demonstraram aceite em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. O desenvolvimento da pesquisa seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, conforme estabelece a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012.

RESULTADOS

Dos 150 binômios mãe-bebê que compuseram a amostra, houve perda de 29 por impossibilidade de contato telefônico, 10 no 15º dia e 19 aos 30 dias. A Tabela 1 apresenta as características dos participantes do estudo.

A curva de sobrevivência do AME ao longo do primeiro mês de vida é apresentada na Figura 1. Aos 15 dias, 67,4% das crianças permaneciam recebendo exclusivamente leite materno e ao final do primeiro mês, 52,9%.

Durante a internação, 46,4% das crianças receberam complemento lácteo, e o principal motivo referido foi a dificuldade na técnica de amamentação. Essa dificuldade persistiu no decorrer do primeiro mês de alguns binômios. Os principais problemas com as mamas citados pelas mães estavam diretamente relacionados com a técnica de amamentação: mamas muito cheias (65,0%), dor nas mamas (53,6%) e presença de fissuras (46,4%).

Tabela 1 – Características dos binômios mãe-bebê em alojamento conjunto atendidos pela equipe de consultoria em AM – Porto Alegre, RS, Brasil, 2016/2017.

Variáveis	n = 150	
Caracterização materna		
Idade materna \geq 20 anos	122	(81,3%)
Escolaridade materna \geq 8 anos	121	(80,7%)
Mãe de cor autorreferida branca	93	(62,0%)
Mãe trabalha fora de casa	65	(43,3%)
Possuir companheiro	130	(86,7%)
Coabitação com companheiro	119	(79,3%)
Coabitação com avó materna	36	(24,0%)
Coabitação com avó paterna	16	(12,3%)
Renda familiar (salários mínimos) [‡]	2,2	(1,3-3,4)*
Tempo de AM em filho anterior (meses) [‡]	3	(0-11)*
Gestação atual		
Realização de acompanhamento pré-natal	148	(98,7%)
Nº de consultas pré-natal \geq 8 ^l	110	(73,3%)
Orientada sobre AM no pré-natal ^l	44	(29,7%)
Participação em curso pré-natal	28	(18,7%)
Fumo durante a gestação	21	(14,0%)
Uso de drogas durante a gestação	3	(2,0%)
Parto atual		
Parto vaginal	88	(58,7%)
Criança do sexo feminino	72	(48,0%)
Peso de nascimento	3282g	\pm 452g [‡]

*Resultado expresso em mediana e intervalo interquartil; ^l Resultado expresso em média e desvio-padrão; [‡] Excluídas as que não souberam informar (n=22); [‡] Excluídas as que não realizaram pré-natal (n=2); Excluídas as primigestas (n=107).

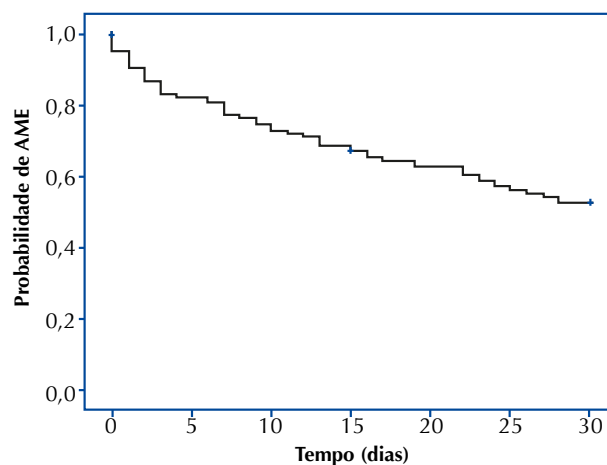


Figura 1 – Curva de sobrevivência do aleitamento materno exclusivo – Porto Alegre, RS, Brasil, 2016/2017.

Quase metade das crianças (44,1%) utilizou chupeta no primeiro mês, e o principal motivo para sua introdução foi acalmá-las.

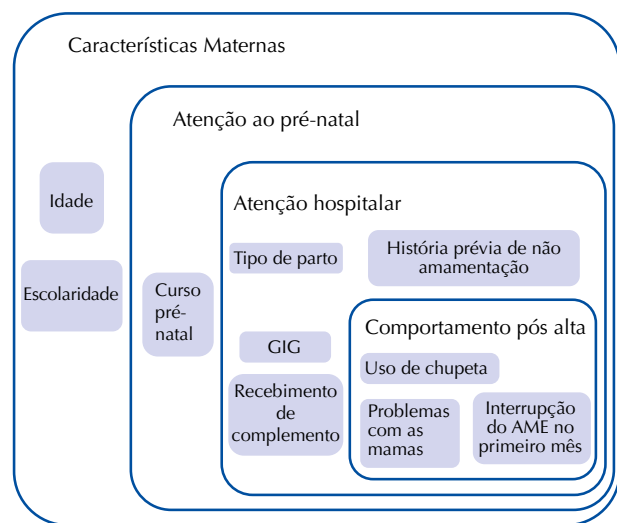
A Tabela 2 apresenta a análise univariada para demonstrar as variáveis relacionadas à interrupção do AME no decorrer do primeiro mês.

Tabela 2 – Análise univariada para a interrupção do AME no primeiro mês – Porto Alegre, RS, Brasil, 2016/2017.

Variáveis	HR	IC 95%	P
Idade materna	1,03	0,99-1,07	0,057*
Cor materna autorreferida	0,85	0,51-1,40	0,526
Presença de companheiro	1,40	0,60-3,25	0,432
Coabitação com companheiro	0,78	0,31-1,96	0,605
Coabitação com avó materna	1,15	0,65-2,00	0,622
Coabitação com avó paterna	0,89	0,40-1,96	0,775
Renda familiar	0,91	0,77-1,09	0,332
Escolaridade materna	1,06	0,97-1,17	0,183*
Trabalhar fora de casa	1,27	0,77-2,08	0,345
Consultas pré-natal \geq 8	0,95	0,50-1,81	0,895
Orientação sobre AM no pré-natal	1,03	0,60-1,79	0,892
Curso pré-natal	1,47	0,81-2,67	0,198*
Tipo de parto	0,58	0,35-0,96	0,035*
Episiotomia	1,33	0,59-2,96	0,484
Sexo do RN	1,10	0,67-1,81	0,695
Encaminhamento: primigesta	0,83	0,50-1,37	0,472
Encaminhamento: dificuldade na técnica	1,04	0,53-2,06	0,891
Encaminhamento: GIG	3,85	1,20-12,35	0,023*
Encaminhamento: história prévia de não amamentação	2,56	1,02-6,41	0,044*
Recebimento de complemento na internação	2,67	1,59-4,46	0,000*
Utilização de chupeta	1,96	1,19-3,22	0,008*
Problemas com as mamas após a alta	0,35	0,18-0,70	0,003*

* p \leq 0,20 foi considerado estatisticamente significativo.

As variáveis que atingiram nível de significância \leq 0,20 na análise univariada foram inseridas no modelo hierárquico e distribuídas em quatro níveis, conforme Figura 2.

**Figura 2** – Modelo hierarquizado para investigar os fatores associados à interrupção do AME no primeiro mês de vida – Porto Alegre, RS, Brasil, 2016/2017.

A análise multivariada, expressa na Tabela 3, foi utilizada para controlar os fatores de confusão entre as variáveis em estudo e a interrupção do AME no primeiro mês.

Foram identificados os seguintes fatores associados à interrupção do AME no primeiro mês de vida: ter recebido complemento durante a internação (HR: 2,34; IC 95% 1,38 – 3,96; p=0,002), utilização de chupeta (HR: 1,86; IC 95% 1,13 – 3,08; p=0,015) e problemas com as mamas após a alta hospitalar (HR: 2,38; IC 95% 1,18 – 4,76; p=0,015). Por outro lado, o parto vaginal foi fator de proteção (HR 0,63) para a interrupção do AME no primeiro mês.

Tabela 3 – Fatores em estudo e a interrupção do AME no primeiro mês – Porto Alegre, RS, Brasil, 2016/2017.

Variáveis	Interrupção do AME		
	HR	IC 95%	P
Características maternas			
Idade materna	1,03	0,99-1,08	0,160
Escolaridade materna	1,02	0,91-1,14	0,699
Atenção ao pré-natal			
Curso pré-natal	1,43	0,78-2,60	0,244
Atenção hospitalar			
Tipo de parto vaginal*	0,63	0,38-1,05	0,078
Encaminhamento: GIG	2,52	0,69-9,10	0,158
Encaminhamento: história prévia de não amamentação	1,82	0,67-4,92	0,238
Recebimento de complemento na internação*	2,34	1,38-3,96	0,002
Comportamento pós-alta			
Utilização de chupeta	1,86	1,13-3,08	0,015
Problemas com as mamas após a alta	2,38	1,18-4,76	0,015

* Incluída na etapa seguinte por p \leq 0,10.

DISCUSSÃO

A presente pesquisa verificou sobrevida de AME baixa, semelhante a outro estudo realizado no mesmo cenário em 2003, o qual identificou probabilidade de 54% de AME no final do primeiro mês⁽¹³⁾. Tais resultados sugerem uma estagnação, visto que na II Pesquisa de Prevalência de AM nas capitais brasileiras e Distrito Federal a probabilidade de crianças estarem em AME aos 30 dias, em Porto Alegre, foi de 60,7%⁽⁷⁾.

Estudos nacionais destacam as diferenças regionais no país, tais como, coorte com 1.344 binômios mãe-bebê selecionados em maternidades da Bahia, que identificou, ao final do primeiro mês, 89,6% dos bebês em AME⁽¹⁴⁾ e coorte realizada com 261 binômios mãe-bebê em São Paulo, que constatou 95% de probabilidade de AME aos 30 dias⁽¹⁵⁾.

No que tange à interrupção do AME no primeiro mês, três variáveis mantiveram-se associadas: recebimento de complemento lácteo na internação, problemas com as mamas após a alta e utilização de chupeta.

O percentual de recebimento de complemento lácteo no hospital demonstra a crescente realização desta prática, visto que pesquisa no mesmo local, no ano de 2015, identificou que 23,5% das crianças o haviam recebido⁽¹⁶⁾. A justificativa

mais citada pelas mães deste estudo em relação à utilização de fórmula láctea foi a dificuldade na técnica de amamentação. De acordo com a OMS e o UNICEF, a indicação de complementação láctea é aceitável em situações específicas, tais como, crianças com peso inferior a 1.500 g, idade gestacional menor que 32 semanas, lactentes com risco de hipoglicemia, nutriz em uso de medicação incompatível com a amamentação, entre algumas outras⁽¹⁷⁾.

A dificuldade com a técnica de amamentação não está entre as razões que justifiquem a prescrição de complementação láctea, no entanto, também foi descrita em pesquisa desenvolvida em instituição credenciada como Hospital Amigo da Criança (HAC), sendo que 22,1% das prescrições foram advindas de dificuldades de sucção e pega⁽¹⁸⁾. Tal indicação causa prejuízos, visto que a utilização de complemento pode dificultar ainda mais a sucção da criança, pelo fato de reduzir a frequência das mamadas e a estimulação mamilar⁽¹⁸⁾.

Considerando os objetivos da internação em alojamento conjunto apresentados na Portaria n.º 2.068, de 21 de outubro de 2016, a permanência da criança com a sua mãe deve oportunizar o estabelecimento efetivo da amamentação, apesar das características individuais de cada binômio, e a oferta de complemento lácteo seria recomendada em situações que contraindicassem o aleitamento materno⁽¹⁹⁾.

Diversos estudos apontam que a utilização de complemento lácteo nas primeiras horas de vida aumenta a probabilidade de adesão a outros leites após a alta hospitalar, resultando em menor produção de leite materno, menor tempo de AM e desmame precoce^(11,18). Pesquisa realizada no Canadá demonstrou que crianças que receberam complemento lácteo nas primeiras 72 horas de vida apresentaram três vezes maior risco de desmame após os 2 meses de idade⁽¹²⁾. Dessa forma, deve-se avaliar criteriosamente a indicação do complemento, avaliando seu custo-benefício, já que posteriormente pode levar à interrupção do AM e também resultar em desmame precoce, impossibilitando que a criança usufrua das vantagens proporcionadas pelo leite materno.

Mulheres que apresentaram algum problema com as mamas após a alta hospitalar estiveram mais predispostas a interromper o AME no primeiro mês. Os problemas mais citados já foram apresentados em outro estudo como desfavoráveis à manutenção do AME⁽²⁰⁾.

A queixa de muitas mulheres acerca das mamas muito cheias é resultante do esvaziamento inadequado destas pela ineficiência da criança em remover o leite, ou pelo fato de as mamadas ocorrerem com pouca frequência⁽²¹⁾. Já o relato de dor nas mamas durante o estabelecimento da amamentação é comum, visto o forte movimento de sucção mamilo-areolar. Quando a técnica de amamentação é incorreta, a dor pode ser proveniente de algum trauma mamilar decorrente disso⁽²¹⁾. Pesquisas indicam dor nas mamas como fator dificultador do AM, como a realizada com mulheres no puerpério imediato em Minas Gerais⁽²²⁾ e a desenvolvida em um hospital de médio porte do Rio Grande do Sul⁽²³⁾.

Pesquisa conduzida em hospital de grande porte do Sul do país identificou a fissura mamilar como a dificuldade de amamentação mais citada pelas mães (64,1%)⁽¹⁶⁾. Coorte

realizada em um hospital de São Paulo evidenciou que, aos 15 dias, 39,2% das mães relataram que sua maior dificuldade era trauma mamilar, um dos problemas mais evidenciados na literatura como complicador da amamentação⁽²⁴⁾. O mesmo estudo identificou, corroborando nossos resultados, que as mães que apresentaram essas dificuldades amamentaram exclusivamente por um tempo menor.

A utilização de chupeta mostrou-se como fator preditor de interrupção do AME ao final do primeiro mês, quando quase metade das crianças fazia uso dela. Apesar do índice alto, destaca-se redução de 18,9% quando comparado à pesquisa realizada na mesma instituição em 2003⁽¹³⁾. Essa diferença talvez esteja relacionada ao fato de que a amostra do estudo de 2003 tenha sido constituída por binômios que receberam ou não atendimento da consultora de AM, ao passo que todos os participantes da pesquisa atual foram atendidos pela equipe de consultoria em AM, a qual reforça as orientações no sentido de manter o AME por mais tempo e recomenda a não utilização da chupeta.

Estudo realizado em maternidades da Bahia identificou que crianças que faziam uso de chupeta apresentou 1,40 vezes maior risco de interrupção precoce do AME⁽¹⁴⁾. O cenário internacional não difere do brasileiro em relação à influência negativa do uso de chupeta. Pesquisa realizada em Roma identificou que crianças que utilizaram chupeta nas primeiras 2 semanas de vida tiveram 2,39 vezes mais risco de interromper o AME do que as que não a utilizaram⁽²⁵⁾. Revisão sistemática de estudos epidemiológicos identificou a utilização de chupeta como o fator mais fortemente associado à interrupção do AME⁽²⁶⁾. Tais resultados demonstram a relevância da atuação de profissionais no desencorajamento do uso da chupeta com vistas à amamentação exclusiva pelo tempo recomendado.

A introdução precoce da chupeta pode se refletir em dificuldades no AM encontradas pelo binômio ou em ansiedade e insegurança materna⁽²⁷⁾. Este fato pode explicar o percentual elevado de mães que ofereceram a chupeta aos seus filhos no intuito de acamá-los. Levando-se em consideração que no decorrer do primeiro mês a amamentação é estabelecida, a utilização de chupetas deve ser fortemente desencorajada, haja vista a sua relação com a interrupção do AME.

Mulheres que tiveram seus filhos por via vaginal apresentaram 37% menos probabilidade de interromper o AME. Pesquisas realizadas no Ceará⁽²⁸⁾ e Nigéria⁽²⁹⁾ já haviam demonstrado a associação positiva entre parto vaginal e manutenção do AM e AME.

Ademais, o parto vaginal tem sido relacionado com o sucesso da amamentação na primeira hora de vida. Isso se dá, entre outras razões, pelo fato de que crianças nascidas pela via vaginal apresentam-se ativas já no decorrer da primeira hora de vida, o que auxilia no fortalecimento do vínculo e na amamentação⁽³⁰⁾.

É possível ter ocorrido algum viés de memória no que diz respeito à introdução de outros líquidos e chupeta, bem como viés de informação, já que o recebimento de fórmula durante a internação foi informado pelas mães no primeiro contato telefônico após a alta, no décimo quinto dia, ou seja, a informação não foi coletada diretamente do prontuário. A caracterização da variável cor materna no formulário de coleta

como “branca” e “não branca” também se apresenta como uma limitação do estudo, pois mulheres com pele de outra cor que não a branca não foram adequadamente caracterizadas.

CONCLUSÃO

Apesar do encaminhamento à consultoria de amamentação se refletir em uma dificuldade do binômio mãe-bebê, tornando-o mais vulnerável à interrupção precoce do AME, nossa taxa de AME ao final do primeiro mês assemelha-se a outras pesquisas que não estudaram exclusivamente binômios que apresentavam alguma dificuldade na amamentação, evidenciando o benefício da atuação da equipe de consultoria em prol do manejo e superação das dificuldades apresentadas.

Foram associados à interrupção do AME no primeiro mês: oferta de complemento lácteo na internação, problemas

com as mamas após a alta e a utilização de chupeta. O parto vaginal foi considerado como fator protetor à interrupção do AME. O reconhecimento desses fatores pelos profissionais, em especial o enfermeiro, que se faz presente no planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério, favorece a detecção precoce de binômios que podem estar mais predispostos ao abandono da amamentação exclusiva, exigindo maior apoio, dedicação e cuidado. Para além do conhecimento desses fatores, os profissionais devem ser transmiti-los às gestantes, puérperas, seus acompanhantes e familiares, no intuito de preservar o AME pelo tempo recomendado.

Sugere-se a realização de pesquisas que comparem os padrões de AM entre grupo assistido *versus* não assistido por consultora em amamentação, visando à identificação dos fatores comuns aos dois grupos.

RESUMO

Objetivo: Verificar a sobrevida do aleitamento materno exclusivo e os fatores associados à sua interrupção no primeiro mês de binômios atendidos pela equipe de consultoria em aleitamento materno. **Método:** Trata-se de uma coorte prospectiva realizada com binômios mãe-bebê atendidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Resultados:** A amostra foi constituída de 150 binômios. A curva de sobrevida indica que 52,9% das crianças permaneciam em aleitamento materno exclusivo. O modelo hierarquizado foi construído em quatro níveis, e os fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo foram recebimento de complemento lácteo durante a internação, problemas com as mamas após a alta hospitalar e utilização de chupeta. **Conclusão:** O reconhecimento desses fatores favorece a detecção precoce de binômios que podem estar mais predispostos ao abandono da amamentação exclusiva, exigindo maior apoio, dedicação e cuidado.

DESCRITORES

Aleitamento Materno; Enfermagem Materno-Infantil; Consultores; Fatores de Risco.

RESUMEN

Objetivo: Verificar la supervivencia de la lactancia exclusiva y los factores asociados a su interrupción en el primer mes de binomios atendidos por el equipo de consultoría en lactancia materna. **Método:** Se trata de una cohorte prospectiva realizada con binomios madre-bebé atendidos en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Resultados:** La muestra estuvo constituida de 150 binomios. La curva de supervivencia señala que el 52,9% de los niños permanecían en lactancia materna exclusiva. El modelo jerarquizado fue construido en cuatro niveles, y los factores asociados con la interrupción de la lactancia materna exclusiva fueron el recibo de complemento lácteo durante la estancia hospitalaria, problemas con las mamas después del alta y utilización de chupete. **Conclusión:** El reconocimiento de esos factores favorece la detección precoz de binomios que pueden estar más predisuestos al abandono de la lactancia exclusiva, exigiendo mayor apoyo, dedicación y cuidado.

DESCRIPTORES

Lactância Materna; Enfermeria Materno-infantil; Consultores; Factores de Riesgo.

REFERÊNCIAS

- Barbosa LN, Santos NC, Moraes MAM, Rizzardi SD, Corrêa EC. Prevalence of educational practices about exclusive breastfeeding (EBF) in Cuiabá - MT. Esc Anna Nery [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 28]; 19(1): 147-53. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/en_1414-8145-ean-19-01-0147.pdf
- 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(10017):475-90. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. Pediatrics. 2006;117(3):380-6.
- Dias EG, Alves JCS, Santos MRA, Pereira PG. Prevalência do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês no município de Mamonas-MG em 2013. Rev Contexto Saúde [Internet]. 2015 [citado 2016 set. 07]; 15(29):81-90. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/4292>
- Cavalcanti SH, Caminha MFC, Figueiroa JN, Serva VMSBD, Cruz RSBLC, Lira PIC, et al. Factors associated with breastfeeding practice for at least six months in the state of Pernambuco, Brazil. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2015 [cited 2016 Sept. 07]; 18(1): 208-19. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/en_1415-790X-rbepid-18-01-00208.pdf
- Moura ERBB, Florentino ECL, Bezerra MEB, Machado ALG. Investigação dos fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo. RevInter [Internet]. 2015 [citado 2016 set. 11]; 8(2): 96-116. Disponível em: <http://www.revistarevinter.com.br/autores/index.php/toxicologia/article/view/203>
- Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2016 ago. 25]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf
- Gonçalves A, Espírito Santo L, Kohlmann M. Enfermeira consultora em aleitamento materno: a construção de um novo papel. Rev Gaúcha Enferm. 1998;19(1):60-5.

9. Petrova A, Ayers C, Stechna S, Gerling JA, Mehta R. Effectiveness of exclusive breastfeeding promotion in low-income mothers: a randomized controlled study. *Breastfeed Med*. 2009;4(2):63-9. DOI: 10.1089/bfm.2008.0126
10. Fu IC, Fong DY, Heys M, Lee IL, Sham A, Tarrant M. Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial. *BJOG*. 2014;121(13): 1673-83. DOI: 10.1111/1471-0528.12884
11. Patil CL, Turab A, Ambikapathi R, Nesamvuni C, Chandyo RK, Bose A, et al. Early interruption of exclusive breastfeeding: results from the eight-country MAL-ED study. *J Health Popul Nutr [Internet]*. 2015 [cited 2016 Sept. 20]; 34(10): 1-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5025973/>
12. Chantry CJ, Dewey KG, Peerson JM, Wagner EA, Nommsen-Rivers LA. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *J Pediatr [Internet]*. 2014 [cited 2016 Sept. 20]; 164(6): 1339-45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4120190/>
13. Giugliani ERJ, Espírito Santo LC, Oliveira LD, Aerts D. Intake of water, herbal teas and non-breast milks during the first month of life: associated factors and impact on breastfeeding duration. *Early Hum Dev*. 2008;84(5):305-10. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2007.08.001
14. Vieira TO, Vieira GO, de 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 [Internet]*. 2014 [cited 2017 Sept. 10];14:175. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4046501/>
15. Figueiredo SF, Mattar MJG, Abrão ACFV. Baby-Friendly Hospital: prevalence of exclusive breastfeeding at 6 months and intervening factors. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2013 [cited 2017 Sept. 10];47(6): 1291-97. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/en_0080-6234-reeusp-47-6-01291.pdf
16. Moraes BA, Gonçalves AC, Strada JKR, Gouveia HG. Factors associated with the interruption of exclusive breastfeeding in infants up to 30 days old. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2016 [cited 2017 Oct. 07]; 37(n.spe):e0044. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgeenf/v37nspe/en_0102-6933-rgeenf-1983-14472016esp2016-0044.pdf
17. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1 : histórico e implementação [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2017 out. 07]. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/modulo1_ihac_alta.pdf
18. Pinheiro JMF, Menêzes TB, Brito KMF, Melo ANL, Queiroz DJM, Sureira TM. Prevalência e fatores associados à prescrição/solicitação de suplementação alimentar em recém-nascidos. *Rev Nutr*. 2016;29(3):367-75.
19. Brasil. Ministério da Saúde. portaria n. 2.068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2017 out. 07]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html
20. Barbosa GEF, Silva VB, Pereira JM, Soares MS, Medeiros Filho RA, Pereira LB, et al. Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. *Rev Paul Pediatr [Internet]*. 2017 [citado 2017 nov. 01]; 35(3): 265-72. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v35n3/en_0103-0582-rpp-2017-35-3-00004.pdf
21. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. Brasília; 2015 [citado 2017 abr. 30]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sau_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
22. Amaro FG, Simão MJ, Bernardes NO. Incidência de trauma mamilar no puerpério imediato. *Saúde em Redes [Internet]*. 2016 [citado 2017 nov. 01];2(2):179-88. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/688>
23. Carneiro LMMC, Barbieri F, Moro ASS, Freitas HMB, Colomé JS, Backes DS. Prática do aleitamento materno por puérperas: fatores de risco para o desmame precoce. *Disciplin Scient [Internet]*. 2014 [citado 2017 nov. 12];15(2):239-48. Disponível em: <https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/1085/1028>
24. Rocci E, Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2014 [citado 2017 nov. 12];67(1):22-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100022
25. Lindau JF, Mastroeni S, Gaddini A, Di Lallo D, Fiori Nastro P, Patané M, et al. Determinants of exclusive breastfeeding cessation: identifying an "at risk population" for special support. *Eur J Pediatr*. 2015;174(4):533-40. DOI: 10.1007/s00431-014-2428-x
26. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública [Internet]*. 2015 [citado 2018 jun. 09];49(91): 1-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102015000100409&script=sci_arttext&tlng=pt
27. Demitto MO, Bercini LO, Rossi RM. Uso de chupeta e aleitamento materno exclusivo. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2013 [citado 2017 nov. 20];17(2):271-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200010
28. Uchoa JL, Rodrigues AP, Joventino ES, Almeida PC, Oriá MOB, Ximenes LB. Autoeficácia em amamentar de mulheres no pré-natal e no pós-parto: estudo longitudinal. *Rev Enferm UFSM [Internet]*. 2016 [citado 2017 dez. 03];6(1):10-20. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revuufsm/article/view/17687>
29. Onah S, Osuorah DIC, Ebenebe J, Ezechukwu C, Ekwochi U, Ndukwu I. Infant feeding practices and maternal socio-demographic factors that influence practice of exclusive breastfeeding among mothers in Nnewi South-East Nigeria: a cross-sectional and analytical study. *Int Breastfeed J [Internet]*. 2014 [cited 2017 Dec 03];9:6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4032632/>
30. Netto A, Spohr FA, Zilly A, França AFO, Rocha-Brischiliari SC, Silva RMM. Amamentação na primeira hora de vida em uma instituição com Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Cienc Cuid Saúde [Internet]*. 2016 [citado 2017 dez. 03]; 15(3):515-21. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/31508>



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.