
ARTIGO ORIGINAL

Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico

Promotion of breastfeeding: the importance of pediatricians with specific training

Luciano B. Santiago¹, Heloisa Bettiol², Marco A. Barbieri³, Manoel R.P. Guttierrez⁴, Luiz A. Del Ciampo⁵

Resumo

Objetivos: Investigar os fatores envolvidos na manutenção do aleitamento materno exclusivo em lactentes saudáveis nos primeiros quatro meses de vida, com ênfase na atuação do pediatra.

Material e métodos: Foram seguidos longitudinalmente, no Ambulatório de Pediatria da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 101 lactentes saudáveis nascidos a termo, durante seus primeiros quatro meses de vida, distribuídos de forma aleatória em três grupos: G1, equipe multiprofissional de aleitamento materno; G2, pediatra com treinamento em aleitamento materno; e G3, pediatra sem treinamento em aleitamento materno. A aleatoriedade dos grupos foi confirmada por meio de análise de variância. Os fatores associados ao tipo de prática alimentar aos quatro meses foram avaliados pelo teste de qui-quadrado, bem como pelas análises de variância e multivariável.

Resultados: Constatou-se, de forma significativa, que ao final do seguimento os grupos 1 e 2 apresentaram-se com percentuais semelhantes em relação ao aleitamento materno exclusivo e superiores ao grupo 3 ($p = 0,002$). O uso de chupeta associou-se negativamente ao aleitamento materno exclusivo ($p = 0,003$). Constatou-se ainda que, quanto maior a escolaridade materna, maior a possibilidade de aleitamento materno exclusivo ($p = 0,041$).

Conclusões: O pediatra altamente motivado para o incentivo ao aleitamento materno obteve resultados semelhantes aos de uma equipe multiprofissional de aleitamento materno no que diz respeito às taxas de amamentação em sua clientela, o que não foi observado quando o pediatra não apresentava essa motivação.

J Pediatr (Rio J) 2003;79(6):504-12: Aleitamento materno, chupeta, escolaridade, pediatria, educação médica.

Abstract

Objectives: To study the factors involved in the maintenance of exclusive breastfeeding in healthy infants during the first 4 months of life, with emphasis on the role of pediatricians.

Material and methods: A longitudinal study was carried out with 101 healthy term babies at a pediatrics outpatient clinic in Uberaba, state of Minas Gerais, Brazil. The babies were divided at random into three groups: G1, receiving advice from a multiprofessional breastfeeding team; G2, receiving advice from a pediatrician trained in breastfeeding; and G3, receiving advice from a pediatrician with no breastfeeding training. Group randomization was confirmed by analysis of variance. The factors involved in the type of feeding at 4 months were analyzed by the chi-square test, by analysis of variance and by multiple variable analysis.

Results: At the end of follow-up, Groups 1 and 2 showed similar percentages with respect to exclusive breastfeeding. In addition, the percentage of exclusively breastfed babies in Groups 1 and 2 was significantly higher than in Group 3 ($p = 0.002$). The use of a pacifier was negatively correlated with exclusive breastfeeding ($p = 0.003$). More maternal schooling increased the chance of exclusive breastfeeding at 4 months ($p = 0.041$).

Conclusion: In this study, a pediatrician who was prepared and motivated to encourage breastfeeding performed similarly to a multiprofessional breastfeeding team in terms of promoting exclusive breastfeeding until 4 months.

J Pediatr (Rio J) 2003;79(6):504-12: Breastfeeding, pacifiers, educational level, pediatrics, medical education.

-
1. Doutor, Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG).
 2. Doutora, Professora Assistente, Dep. de Puericultura e Pediatria, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Univ. de São Paulo (FMRP/USP).
 3. Professor Titular, Departamento de Puericultura e Pediatria, FMRP/USP.
 4. Doutor, Médico Assistente, Hospital das Clínicas da FMRP/USP. Professor do Curso de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto.
 5. Doutor, Professor Assistente, Departamento de Puericultura e Pediatria, FMRP/USP.

Fonte financiadora: CAPES (bolsa de doutorado a Luciano B. Santiago).

Artigo submetido em 02.04.03, aceito em 03.09.03.

Introdução

A forma mais segura, eficaz e completa de alcançar crescimento e desenvolvimento adequados de uma criança até o sexto mês de vida pós-natal é garantir o aleitamento materno (AM) exclusivo desde a primeira hora de vida extra-uterina¹, sendo essa prática alimentar o padrão-ouro para lactentes nessa faixa etária².

No Brasil, por volta dos anos 1970, iniciou-se um resgate à cultura da amamentação, que resultou na produção de trabalhos científicos evidenciando as vantagens do leite materno³ e relacionando os fatores envolvidos com o desmame, como o retorno das nutrizes ao trabalho⁴, o nível de escolaridade materna^{5,6}, o tipo de parto⁷, o uso da chupeta⁸⁻¹³, a intervenção educativa por grupos de profissionais treinados em amamentação¹⁴⁻¹⁶, entre outros.

A partir da década de 1980, o Ministério da Saúde investiu em programas e políticas de saúde a favor da amamentação, através do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM)¹⁷⁻¹⁹, interagindo com órgãos internacionais como o Unicef, a OMS, a *International Baby Food Action Network* (rede IBFAN), algumas organizações não-governamentais e sociedades de classe, como a Sociedade Brasileira de Pediatria. Mais recentemente, o governo brasileiro, através do Sistema Único de Saúde e da Secretaria de Políticas de Saúde, tem adotado a estratégia de substituir um modelo centrado na assistência hospitalar pelo Programa de Saúde da Família (PSF), no qual as ações preventivas e a promoção da saúde constituem ênfases principais. As equipes do PSF são compostas por médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde²⁰, excluindo o pediatra desse processo, em um universo onde 40,1% da população é composta por crianças e adolescentes²¹; pressupõe-se, nesse modelo, que o AM se constitua numa das prioridades de suas ações.

Ressalta-se que alguns serviços de saúde têm incentivado o AM através da criação de equipes multiprofissionais de apoio à amamentação, nas quais os poucos pediatras engajados têm reconhecida e importante função individual, bem como na interação com outros profissionais²².

A importância do ato pediátrico também fica evidente em documentos do Unicef²³ e em serviços de puericultura, onde esse profissional interfere de forma decisiva na saúde da infância e da adolescência. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, orientação nutricional e psicossocial, além da prevenção de acidentes e infecções pela higiene e pela vacinação²⁴, são outras ações exercidas pelo pediatra, cujo desafio atual inclui a orientação de alimentação e de hábitos para toda a família²⁵. Apesar dessas importantes atribuições relativas à nutrição infantil, observa-se uma baixa procura desse profissional por cursos e treinamentos de AM no país. Enquanto isso, a prevalência nacional de aleitamento materno exclusivo (AME) não passa de 18%²⁶, sendo que um estudo recente mostrou que lactentes em idade de AME apresentam erros alimentares grosseiros²⁷.

Admite-se que esse cenário alimentar multifatorial poderia ser melhorado pela atuação eficiente de pediatras apoiados por políticas de saúde que os incentivassem a atingir bons índices de AME através de formação continuada e cursos de treinamento em amamentação. Assim, neste trabalho foram investigados os fatores envolvidos na manutenção do AME em lactentes saudáveis nos primeiros

quatro meses de vida e, em especial, se o estímulo à manutenção do AME provido por pediatra, com ou sem formação continuada e treinamento em AM, teria diferença quando comparado ao fornecido por uma equipe multiprofissional de AM.

Métodos

O trabalho foi realizado no Ambulatório de Pediatria da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM) de Uberaba (MG), que conta com 12 salas de atendimento pediátrico providas com material necessário para um adequado seguimento de consultas de puericultura, pediatria geral e especialidades pediátricas, além do ambulatório de amamentação com a equipe de AM do Grupo de Apoio Materno à Amamentação (GAMA). Neste último, além de o bebê ser atendido pelo pediatra treinado em AM, todas as nutrizes participam de uma reunião com o GAMA, que é formado por pediatra treinado em AM, assistente social, psicóloga, odontóloga e enfermeira, onde são discutidas todas as dificuldades das lactantes com a prática de amamentação e oferecidas propostas e soluções em grupo. Os casos de maior complexidade são atendidos à parte por um dos profissionais envolvidos no trabalho, de acordo com a necessidade.

Além dos especialistas, são três os pediatras gerais que atendem puericultura nesse serviço, os quais também exercem atividades de ensino prático de ambulatório com alunos da graduação e do internato em medicina, auxiliando dessa forma a disciplina de pediatria. Dois desses são profissionais atualizados em várias áreas da pediatria, porém não têm treinamento oficial de amamentação com equipes especializadas na área. O outro pediatra faz parte da equipe de amamentação do GAMA.

No estudo foram incluídas crianças nascidas no Hospital Escola da FMTM, a termo, sem doenças ao nascimento, com peso adequado para sua idade gestacional e de no mínimo 2.500 g ao nascimento, de ambos os sexos, que na primeira consulta não tivessem completado trinta dias de vida. Todas as mães fizeram pré-natal no ambulatório de obstetrícia da instituição, procuraram o ambulatório de pediatria para seguimento de puericultura e, no momento da marcação da consulta, estavam amamentando. A admissão foi realizada entre agosto de 2000 e julho de 2002.

Não foram incluídas as crianças cujas mães manifestaram o desejo de fazer o acompanhamento com o pediatra de sua preferência. Foram excluídas aquelas crianças que, embora amamentadas na época do agendamento, já estavam desmamadas por ocasião da primeira consulta, bem como aquelas que não se apresentaram para a segunda consulta. Os percentuais de exclusão foram semelhantes entre os três grupos ($p = 0,523$). Faz-se necessário esclarecer que no serviço em questão as crianças dificilmente deixam de comparecer à primeira consulta; entretanto, por se tratar de serviço de referência para toda região, são priorizadas para seguimento as crianças com patologias ao nascimento. As crianças saudáveis habitualmente compa-

recem à primeira consulta para resultados de exames feitos ao nascimento e, muitas vezes, ainda sem resultados na alta, bem como para solicitar encaminhamento para seguimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS) próximas às suas residências ou dar seguimento em nosso serviço. Desta maneira, somente na segunda consulta é possível saber quem vai continuar, pois grande parte das crianças saudáveis é seguida em UBS próximas às suas casas. Todas as crianças incluídas foram acompanhadas até os quatro meses de idade.

Os bebês foram divididos em três grupos de seguimento, por ocasião do agendamento, de forma aleatória, por sorteio simples, definidos da seguinte maneira: grupo 1, seguimento com pediatra treinado, acompanhado pela equipe multiprofissional de amamentação (GAMA); grupo 2, seguimento com o mesmo pediatra treinado da equipe GAMA, porém em consultas individuais; grupo 3, seguimento com um dos pediatras sem treinamento em AM. Trata-se, portanto, de dois pediatras e de três grupos distintos, que estavam cientes do objetivo da pesquisa.

As informações foram coletadas pelo autor do prontuário de cada criança seguida, pois o serviço possui uma ficha clínica específica para seguimento de amamentação, que foi desenvolvida pelos mesmos pediatras em um estudo piloto, realizado seis meses antes.

Cálculo da amostra

Tratando-se de um estudo tipo coorte e de intervenção (expostos e não expostos), onde a exposição seria a promoção especializada do AME (grupos 1 e 2), para um intervalo de confiança de 95%, com um poder do teste de 80%, sabendo-se ainda que a prevalência nacional de AME aos quatro meses é de 18%²⁷ e esperando-se que a intervenção ao menos triplicaria essa prevalência, o número mínimo de crianças em cada grupo deveria ser de 32 ao final de quatro meses de seguimento. O cálculo foi realizado no programa Epi Info, versão 6.04b²⁸.

Variáveis e análises estatísticas

As seguintes variáveis foram utilizadas para testar a homogeneidade dos três grupos quanto a alguns fatores importantes do ponto de vista pediátrico: média de idade das crianças no início do estudo, média de idade das mães no início do estudo, média de escolaridade das mães, média de peso das crianças ao nascimento, média de peso das crianças na primeira consulta, média de comprimento das crianças ao nascimento, média de comprimento das crianças na primeira consulta, uso de chupeta na primeira consulta, paridade da mãe, experiência anterior maior que seis meses em AM e ocupação da mãe aos quatro meses de vida da criança.

Foram realizados testes de qui-quadrado (χ^2) para as variáveis categóricas e análise de variância para as variáveis contínuas, com o objetivo de analisar as possíveis diferenças na distribuição dessas variáveis ao final de

quatro meses de seguimento, segundo o tipo de prática alimentar: aleitamento materno exclusivo (AME) ou outra prática alimentar (OPA). As seguintes variáveis contínuas foram incluídas nessa análise: peso das crianças ao nascimento, comprimento das crianças ao nascer, idade das mães no início do seguimento, idade das crianças ao final do seguimento, peso das crianças aos quatro meses, comprimento das crianças aos quatro meses, escolaridade materna. Já as variáveis categóricas foram as seguintes: grupo de seguimento, sexo, cor, uso de chupeta, mãe primípara, mãe trabalhando no momento, mãe estudando no momento, gravidez programada, parto atual vaginal, AM anterior com duração acima de seis meses, apoio familiar para a amamentação, uso de anticoncepcional oral, criança dormindo seis horas seguidas na madrugada.

Foi analisada a associação entre presença ou não de AME aos quatro meses, por meio de regressão logística não ajustada, com as mesmas variáveis categóricas e contínuas citadas no parágrafo anterior, excetuando-se a idade das crianças ao final do estudo e o comprimento do lactente ao nascer e ao final do estudo. Considerando-se que 61 crianças apresentavam-se em AME ao final de quatro meses, poder-se-ia incluir até 12 variáveis na análise ajustada, já que são necessários no mínimo cinco eventos positivos para cada variável a ser estudada²⁹. Como a principal variável independente a ser testada – grupo de seguimento – incluía três categorias, optou-se pela inclusão de nove variáveis no modelo final: aquelas que mostraram o nível de significância mais baixo ($p < 0,30$; ver Tabela 1) na associação com o AME aos quatro meses na análise de regressão logística não ajustada, bem como aquelas que a literatura tem mostrado possuir maior associação com o fenômeno (parto vaginal, primiparidade, dormir seis horas na madrugada e peso aos quatro meses). Essas foram, então, incluídas em um modelo de regressão logística múltipla com eliminação retrógrada das variáveis. A contribuição individual de cada fator de risco foi verificada (Tabela 2), com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Para tanto, foram utilizados os programas estatísticos Excel e Stata 5.0.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMTM.

Resultados

Das 190 crianças que se apresentaram para o seguimento de puericultura no ambulatório e que preenchem os critérios de inclusão no agendamento, 89 não participaram do trabalho porque suas mães não estavam amamentando no momento da primeira consulta ou preferiram fazer, a partir da segunda consulta, o seguimento de puericultura de seus bebês em UBS mais próximas de suas casas.

As 101 crianças que chegaram ao final de quatro meses de seguimento estavam distribuídas em 51 (50,5%) do sexo masculino, 63 (62,4%) brancas, peso médio ao nascimento de $3.145,89 \pm 371,97$ g e comprimento médio de $48,41 \pm 2,16$ cm. O peso mínimo ao nascimento foi de 2.520 g, e o

Tabela 1 - Frequência de AME aos quatro meses segundo o grupo de atendimento, as características maternas e infantis e as respectivas razões de chance brutas (*odds ratio*)

Variável	n4m	nAME	%	OR	IC (95%)	p
Grupo de atendimento						< 0,001
Grupo 1	35	29	82,9	1,00		
Grupo 2	33	22	66,7	0,41	0,13; 1,29	
Grupo 3	33	10	30,3	0,09	0,03; 0,28	
Uso de chupeta aos 4 meses	41	16	39,0	0,21	0,09; 0,50	< 0,001
Sexo feminino	50	28	56,0	0,69	0,31; 1,55	0,372
Cor não branca	33	20	60,6	1,01	0,43; 2,37	0,976
Gravidez programada	37	25	67,6	1,62	0,69; 3,78	0,264
Parto vaginal	80	49	61,2	1,19	0,45; 3,14	0,732
Primípara	65	39	60,0	1,05	0,46; 2,41	0,913
AM anterior > 6 meses	24	15	62,5	1,34	0,42; 4,33	0,738
Uso de anticoncepcional oral	57	37	64,9	1,54	0,69; 3,45	0,292
Mãe trabalhando	10	6	60,0	0,98	0,26; 3,72	0,979
Mãe estudando	6	4	66,7	1,33	0,23; 7,64	0,747
Presença de apoio familiar	97	59	60,8	0,78	0,07; 8,86	0,839
Dorme 6 h na madrugada	51	32	70,4	1,22	0,55; 2,71	0,626
Escolaridade da mãe (anos)				1,20	1,02; 1,36	0,024
Peso ao nascer (g)				0,99	0,99; 1,00	0,625
Peso aos 4 meses (g)				1,00	0,99; 1,00	0,424
Idade da mãe (anos)				1,00	0,93; 1,07	0,909

n4m: número de crianças seguidas até os quatro meses; nAME: número de crianças em aleitamento materno exclusivo aos quatro meses; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

Tabela 2 - Frequência de AME aos quatro meses segundo o grupo de atendimento, as características maternas e infantis e as respectivas razões ajustadas (*odds ratio*)

Variável	n4m	nAME	%	OR	IC (95%)	p
Grupo de atendimento						0,002
Grupo 1	35	29	82,9	1,00		
Grupo 2	33	22	66,7	0,39	0,12; 1,36	
Grupo 3	33	10	30,3	0,11	0,03; 0,39	
Uso de chupeta aos 4 meses						0,003
Não	60	45	75,0	1,00		
Sim	41	16	39,0	0,23	0,08; 0,60	
Mãe primípara						0,303
Não	36	22	61,1	1,00		
Sim	65	39	60,0	1,88	0,58; 5,74	
Gravidez programada						0,317
Não	64	36	56,3	1,00		
Sim	37	25	67,6	1,70	0,60; 4,78	
Uso de anticoncepcional oral						0,462
Não	44	24	54,5	1,00		
Sim	57	37	64,9	1,47	0,53; 4,10	
Dorme 6 h na madrugada						0,790
Não	50	29	58,0	1,00		
Sim	51	32	62,7	0,87	0,31; 2,40	
Peso ao nascer	101			1,24	0,34; 4,48	0,744
Peso aos 4 meses	101			1,01	0,99; 1,10	0,280
Escolaridade materna (anos)	101			1,20	1,01; 1,44	0,041

n4m: número de crianças seguidas até os quatro meses; nAME: número de crianças em aleitamento materno exclusivo aos quatro meses; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

máximo, 4.250 g. Os partos vaginais foram 80 (79,2%), enquanto que 21 (20,8%) foram cirúrgicos.

A Tabela 3 mostra que a distribuição das variáveis estudadas nos três grupos não apresentou diferenças estatisticamente significativas, confirmando a homogeneidade dos mesmos.

As Tabelas 4 e 5 demonstram que a distribuição das variáveis contínuas e categóricas, de acordo com o tipo de prática alimentar aos quatro meses (AME ou OPA) não apresentou diferenças significativas, com exceção do tipo de grupo de seguimento ($p < 0,001$), do uso de chupeta ($p < 0,001$) e da escolaridade materna ($p = 0,02$).

Análise não ajustada

A Tabela 1 mostra que o tipo de atendimento esteve associado à ocorrência de AME aos quatro meses de idade, sendo que o grupo 1 (equipe de AM) e o grupo 2 (pediatra treinado em AM) não se mostraram diferentes em relação ao AME, enquanto que o grupo 3 (pediatra sem treinamento em AM) mostrou-se negativamente associado ao AME ($p < 0,001$). O uso de chupeta esteve associado negativamente ao AME ($p < 0,001$), sendo que as crianças que utilizaram chupeta tiveram maior chance de desmame aos quatro meses. A proporção de AME aumentou com o aumento da escolaridade materna ($p = 0,024$).

Tabela 3 - Distribuição das médias e desvios padrão das variáveis contínuas e percentuais das variáveis categóricas de acordo com o grupo de seguimento

Grupo de seguimento	G1	G2	G3	p			
Número de crianças	n = 35	n = 33	n = 33				
Contínuas							
Idade na primeira consulta (dias)				0,197			
Média	17,49	16,48	15,45				
Desvio padrão	5,80	4,38	3,29				
Idade materna (anos)				0,544			
Média	21,83	23,27	22,82				
Desvio padrão	5,16	5,82	5,54				
Escolaridade materna (anos)				0,255			
Média	7,69	7,45	6,64				
Desvio padrão	2,81	2,72	2,60				
Peso da criança ao nascer (g)				0,838			
Média	3.095,43	3.126,36	3.218,94				
Desvio padrão	292,13	333,72	470,80				
Peso na primeira consulta (g)				0,873			
Média	3.514,57	3.481,06	3.544,39				
Desvio padrão	514,10	409,96	547,83				
Comprimento ao nascer (cm)				0,520			
Média	48,21	48,11	48,61				
Desvio padrão	1,84	2,02	1,80				
Comprimento na primeira consulta (cm)				0,992			
Média	51,43	51,41	51,36				
Desvio padrão	2,32	2,48	2,21				
Catégoricas							
	n	%	n	%	n	%	
Uso de chupeta na primeira consulta							0,585
Sim	13	37,1	11	33,3	15	45,4	
Não	22	62,9	22	66,4	18	54,6	
Mãe primípara							0,857
Sim	23	65,7	22	66,4	20	60,6	
Não	12	34,3	11	33,3	13	39,4	
AM anterior > 6 meses							0,506
Sim	8	22,8	6	18,2	10	0,3	
Não	27	77,2	27	81,8	23	69,7	
Mãe trabalhando aos 4 meses							0,147
Sim	6	17,1	3	9,1	1	3,0	
Não	29	82,9	30	90,9	32	97,0	

Tabela 4 - Distribuição das médias e desvios padrão das variáveis contínuas de acordo com a prática alimentar aos quatro meses

Prática alimentar	AME	OPA	p
Número de crianças	n = 61	n = 40	
Peso ao nascer (g)			0,629
Média	3.131,3	3.168,1	
Desvio padrão	365,1	385,8	
Comprimento ao nascer (cm)			0,820
Média	48,4	48,5	
Desvio padrão	2,0	2,4	
Idade das mães no início do estudo (anos)			0,929
Média	22,6	22,7	
Desvio padrão	5,1	6,1	
Idade das crianças no final do estudo (dias)			0,334
Média	121,0	121,8	
Desvio padrão	3,92	4,3	
Peso das crianças no final do estudo (g)			0,427
Média	6.449,0	6.317,0	
Desvio padrão	857,1	744,1	
Comprimento das crianças no final do estudo (cm)			0,861
Média	62,9	62,8	
Desvio padrão	2,8	2,8	
Escolaridade materna (anos)			0,020
Média	7,8	6,5	
Desvio padrão	2,4	3,0	

AME: aleitamento materno exclusivo; OPA: outras práticas alimentares.

Análise ajustada

Na Tabela 2, observa-se que, após o ajuste, o tipo de atendimento permaneceu associado ao AME, sendo que o grupo 1 (equipe de AM) e o grupo 2 (pediatra treinado em AM) continuaram sem diferença estatística na associação com o AME, enquanto que o grupo 3 (pediatra sem treinamento em AM) continuou apresentando menor chance de atingir AME aos quatro meses de idade nas crianças acompanhadas ($p = 0,002$). Crianças que utilizaram chupeta tiveram maior chance de estar desmamadas aos quatro meses ($p = 0,003$); a escolaridade materna mostrou associação positiva, em que a proporção de AME aumenta com a maior escolaridade ($p = 0,041$).

Discussão

Este trabalho detectou que, após análise ajustada, os fatores associados ao AME ao final de quatro meses de seguimento foram escolaridade materna ($p = 0,041$), uso de chupeta ($p = 0,003$) e grupo de seguimento em que a criança foi alocada ($p = 0,002$), enquanto que outros fatores como trabalho materno e tipo de parto não se associaram com AME, sendo estes últimos explicados pelo tempo de acompanhamento de quatro meses, pois a maioria das nutrizes

ainda usufruía de licença-maternidade ou não trabalhava fora, e pela ausência de cesarianas eletivas nos lactentes seguidos.

As características do serviço pediátrico do Hospital Escola da FMTM, que é referência para toda a região de Uberaba, revelaram a existência de dificuldades para que as 190 crianças que preenchiam os critérios de inclusão pudessem ser acompanhadas. Assim, uma grande parte buscou atendimento em unidades de saúde mais próximas de seus domicílios. A falta de um serviço com orientação em amamentação no pós-natal imediato implicou que muitas crianças já chegassem à primeira consulta desmamadas. Também a volta ao trabalho materno ou a procura pelo mesmo não permitiu um acompanhamento até o sexto mês, como seria ideal. Isso, de fato, evidencia um discurso antagônico, no qual se recomenda o AME, mesmo oficialmente, até o sexto mês, mas não se providencia o suporte social para tal.

O fato de o pediatra da equipe multiprofissional de AM (grupo 1) ser o mesmo que fez o seguimento das crianças do grupo 2 foi considerado uma força deste estudo, pois minimizou o viés da diferença de empatia e competência pessoal, naturais nesse tipo de atendimento.

Tabela 5 - Distribuição das crianças segundo as variáveis categóricas e conforme a prática alimentar aos quatro meses

Prática alimentar	AME		OPA		p
	n = 61	(%)	n = 40	(%)	
Número de crianças					
Grupo de seguimento					< 0,001
Grupo 1	29	47,5	6	15,0	
Grupo 2	22	36,1	11	27,5	
Grupo 3	10	16,4	23	57,5	
Sexo					0,371
Masculino	33	54,1	18	45,0	
Feminino	28	45,9	22	55,0	
Cor					0,976
Branca	41	67,2	27	67,5	
Não branca	20	32,8	13	32,5	
Uso de chupeta aos 4 meses					< 0,001
Sim	16	26,2	25	62,5	
Não	45	73,8	15	37,5	
Mãe primípara					0,913
Sim	39	63,9	26	65,0	
Não	22	36,1	14	35,0	
Mãe trabalhando					0,754
Sim	6	9,8	4	10,0	
Não	55	90,2	36	90,0	
Mãe estudando					0,667
Sim	4	6,6	2	5,0	
Não	57	93,4	38	95,0	
Gravidez atual programada					0,262
Sim	25	41,0	12	30,0	
Não	36	59,0	28	70,0	
Parto (atual) vaginal					0,731
Sim	49	80,3	31	77,5	
Não	12	19,7	9	22,5	
AM anterior > 6 meses					0,809
Sim	15	24,6	9	22,5	
Não	46	75,4	31	77,5	
Apoio familiar					0,930
Sim	59	96,7	38	95,0	
Não	2	3,3	2	5,0	
Uso de anticoncepcional oral					0,291
Sim	37	60,7	20	50,0	
Não	24	39,3	20	50,0	
Dormir 6 h na madrugada					0,626
Sim	32	52,4	19	47,5	
Não	29	47,6	21	52,5	

AME: aleitamento materno exclusivo; OPA: outras práticas alimentares.

A associação entre escolaridade materna e aleitamento é confirmada por vários estudos⁶⁻⁸ e deve ser valorizada em qualquer programa que se destine a melhorar indicadores de AM, principalmente quando se trata de trabalho comunitário em situações de baixa condição econômica e social, já que as campanhas atuais de amamentação estão atingindo principalmente pessoas com mais acesso a informação.

Com relação ao uso de chupeta, vários trabalhos encontraram associação dessa prática com a diminuição do tempo de AM⁸⁻¹³. Entretanto, a chupeta com formato de 30 anos atrás, que apresenta fechamento fisiológico da boca, chega a ser defendida para melhorar o desempenho de bebês com dificuldades de sucção³⁰. A associação com o desmame deve ser analisada de forma mais aprofundada, já que

existem argumentos de que a chupeta seria na verdade um marcador de dificuldades da amamentação^{10,11,13}.

O tipo de grupo de seguimento foi a mais importante associação encontrada para AME aos quatro meses nas crianças seguidas neste estudo. O pediatra treinado foi tão eficaz quanto a equipe de AM e superou o pediatra sem treinamento em AM, que, por sua vez, apresentou um bom desempenho quando comparado aos índices nacionais de AME aos quatro meses²⁶. Certamente, o mesmo foi ajudado pela formação que possui em atendimento de crianças, pela ficha clínica elaborada para o seguimento (a qual obrigava a certas perguntas que por si só implicavam orientações de técnica de amamentação) e por seu próprio empenho diante da pesquisa. Além disso, os três grupos tiveram uma parcela de desempenho melhorada pelo fato de crianças com doenças ou outras alterações ao nascimento não terem sido incluídas no seguimento.

Alguns programas e políticas de saúde em favor da amamentação têm ajudado as nutrizes a enfrentar os impedimentos para atingir o AME, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e os bancos de leite humano; outros, como a licença-maternidade, nem tanto, pois confere à nutriz afastamento do trabalho por quatro meses, enquanto que as recomendações são de que o AME se estenda até o sexto mês. A lei trabalhista (CLT, seção 1, artigo 396), que garante dois períodos de intervalo de 30 minutos no trabalho para a amamentação entre os quatro e os seis meses, não prevê a dificuldade de deslocamento do serviço até o bebê ou vice-versa. A obrigatoriedade e a adequação de creches internas nas empresas, por exemplo, poderia minimizar essas dificuldades.

Não se discute que a equipe multiprofissional de AM seria o padrão-ouro de atendimento para nutrizes e bebês que queiram vencer as dificuldades da amamentação. Porém, em nossa realidade, esse grupo de profissionais reunidos para atender de maneira especial ao AM torna-se muitas vezes financeiramente de difícil execução. A importância da equipe deveria ficar para os casos de risco em AM, como prematuridade, bebês com doenças ao nascimento, mães com inflamações na mama, dificuldades psicológicas, entre outras, e também para o treinamento de profissionais nos serviços de saúde.

A formação mais ampla e continuada da prática do AM em escolas médicas e o treinamento de pediatras por equipes multiprofissionais de AM da rede pública deveriam ser mais estimulados. Isso poderia ser uma diretriz de política de saúde de baixo custo e certamente de alta resolubilidade, gerando grandes avanços na saúde coletiva, com melhoria dos índices de AME (mediana de apenas 23,4 dias para Brasil urbano, após 20 anos de campanhas governamentais)²⁶.

Este estudo procurou ressaltar a importância do médico pediatra na alimentação infantil e em especial o seu papel no AM, lembrando que esse profissional ainda ocupa um lugar de referência para a família nos cuidados de saúde da

criança e do adolescente e de destaque no Sistema Único de Saúde. Trata-se, ainda, de um alerta aos pediatras, para que procurem formação continuada e treinamento específico em AM.

Referências bibliográficas

1. Organização Mundial da Saúde/UNICEF. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Genebra: OMS; 1989.
2. American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 1997;100:1035-9.
3. Giugliani ERJ, Victora CG. O aleitamento na prática clínica. *J Pediatr (Rio J)*. 2000;76(Supl 3):S238-52.
4. Netshandama VO. Breastfeeding practices of working women. *Curationis*. 2002;25(1):21-7.
5. Carbonell X, Botet F, Figueras J, Alvarez E, Riu A. The incidence of breastfeeding in our environment. *J Perinat Med*. 1998;26(4):320-4.
6. Riva E, Banderali G, Agostini C, Silano M, Radaelli G, Giovannini M. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatr*. 1999;88(4):411-5.
7. 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 (São Paulo)*. 1998;32(3):225-31.
8. Victora CG, Tomasi E, Olinto MTA, Barros FC. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet*. 1993;341:404-6.
9. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MTA, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*. 1997;99(3):445-53.
10. Tomasi E, Victora CG; Olinto MTA. Padrões e determinantes do uso de chupeta em crianças. *J Pediatr (Rio J)*. 1994;7(3):167-73.
11. Barros FC, Victora CG, Tonioli Filho S, Tomasi E, Weiderpass E. Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. *Pediatrics*. 1995;95(4):497-9.
12. Barros FC, Victora CG, Morris SS, Halpern R, Horta BL, Tomasi E. Breastfeeding, pacifier use and infant development at 12 months of age: a birth cohort study in Brazil. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1997;11(4):441-50.
13. Lamounier JA. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79:284-6.
14. Barros FC, Halpern R, Victora CG, Teixeira AMB, Béria JU. Promoção da amamentação em localidade urbana da região sul do Brasil: estudo de intervenção randomizado. *Rev Saúde Pública (São Paulo)*. 1994;28(4):277-83.
15. Figueiredo LMH, Goulart EMA. Análise da eficácia do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno em um bairro periférico de Belo Horizonte (Brasil): 1980/1986/1992. *J Pediatr (Rio J)*. 1995;71:203-7.
16. Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC, Maciel M, Benjamin ACW, Machado DB, et al. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. *J Pediatr (Rio J)*. 1998;74:368-75.
17. Lamounier JA. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr (Rio J)*. 1996;72:363-7.
18. Ministério da Saúde. Informe Saúde. Ano 4. Nº 69. Brasília; 2000.
19. Lima G, Quintero-Romero S, Cattaneo A. Feasibility, acceptability and cost of kangaroo mother care in Recife, Brazil. *Ann Trop Paediatr*. 2000;20:22-6.

20. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.
21. IBGE. Censo Demográfico 2000: Primeiros Resultados da Amostra. Disponível: URL:http://www.ibge.net/home/estatistica/populacao/censo2000/primeiros_resultados_amostra/brasil/pdf/tabela_1_1_1.pdf. Acessado: 11 de março de 2003.
22. Lawrence RA, Howard CR. The role of lactation specialists. A guide for physicians. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48(2):517-23.
23. UNICEF. Como Estimular o Aleitamento Materno. Informativo SBP (Rio J). 1997;6:5.
24. Viegas D. Pediatra educador. *Sinopse de Pediatr (São Paulo)*. 1999;2:46-8.
25. Leão E. Os desafios atuais da nutrição. *Rev Med Minas Gerais.* 2002;12(2):64.
26. Ministério da Saúde. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal: relatório preliminar. Brasília; 2001. Disponível: URL:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2001/d20.pdf>. Acessado: 07 de junho de 2003.
27. Spinelli MGN, Souza SB, Souza JMP. Consumo, por crianças menores de um ano de idade, de alimentos industrializados considerados supérfluos. *Pediatr Moderna (São Paulo)*. 2001;37(12):666-72.
28. Fleiss JL. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. 2ª ed. Indianápolis, IN: John Wiley & Sons, 1981.
29. Katz MH. *Multivariable analysis. A practical guide for clinicians*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
30. Noble R, Bovey A. Therapeutic teat use for babies who breastfeed poorly. *Breastfeed Rev.* 1997;5(2):37-42.

Correspondência:

Dr. Luciano Borges Santiago
Rua Nacib Cury, 708/501
CEP 38060-380 – Uberaba, MG
Fone: (34) 3332.1312
E-mail: lucianoborges@mednet.com.br