

Estudo dos fatores de risco para desmame precoce

Nelson Shozo Uchimura^{1*}, Adilson Carlos Gomes¹, Taqueco Teruya Uchimura²,
Adriana Erica Yamamoto¹, Patrícia Miyazato¹ e Simone Felizardo Rocha¹

¹Departamento de Medicina, Universidade Estadual de Maringá, Av. Colombo, 5790, Campus Universitário, 87020-900, Maringá, Paraná, Brasil. ²Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Av. Colombo, 5790, Campus Universitário, 87020-900, Maringá, Paraná, Brasil. *Author for correspondence.

RESUMO. O objetivo deste trabalho foi identificar as causas da interrupção do aleitamento e elaborar programas destinados à prevenção do desmame precoce. A metodologia consistiu na coleta de dados realizada com a mãe até o 3º dia de puerpério, após 40 dias e 12 semanas pós-parto. Foram analisadas 57 pacientes, e a população foi dividida em 2 grupos: grupo das mães cujos RN estavam com aleitamento materno e o outro grupo com demais tipos de alimentos. Verificou-se que a população de risco para o desmame precoce são as mulheres que apresentam estado marital não definido, moradoras em casas maiores que 5 cômodos e que não planejam a gestação. Entre as causas de desmame estão a prematuridade, trabalho profissional e ou estudo. A principal causa (64,7%), porém, são os conceitos inadequados sobre o leite materno. Desta forma é necessária uma maior conscientização do grupo de risco.

Palavras-chave: desmame, aleitamento materno, lactação.

ABSTRACT. Risk factors in early weaning. The causes of the interruption of breastfeeding and the elaboration of programs aimed at its prevention are provided. The methodology is based on data collection with the mothers as source, up to the third day of puerperium; after the fortieth day of puerperium; finally, on the twelfth week after childbirth. Research involved 57 patients divided into two groups: mothers with breastfed newborns and mothers with babies who were receiving other kind of food. The risk population in early weaning consisted of women with no defined marital status, living in houses with more than five rooms, whose pregnancy had not been planned. Prematurity of the child, the mother's job or studies are among the causes for early weaning. Misconceptions concerning the mother's milk seem to be the main cause (64.7%). Greater awareness on this theme could be developed with the risk group.

Key words: weaning, mother breastfeeding, lactation.

O leite materno é incontestavelmente o alimento ideal para lactentes. Auxilia no combate à desnutrição e à mortalidade infantil, por suprir as necessidades alimentares do lactente durante os primeiros meses de vida. (Ministério da Saúde, 1993a; Rezende e Montenegro, 1991).

Possui características bioquímicas ideais para o crescimento e desenvolvimento, substâncias que conferem melhor digestibilidade, ausência de fatores alergênicos e importantes agentes de defesa contra infecções. (Kaieda *et al.*, 1994; Carraza e Marcondes 1991; Diniz e Santoro 1994). O leite materno não necessita de manipulação ou preparo e não representa ônus para o orçamento familiar. Além disso, a amamentação proporciona a realização da mulher e um relacionamento mãe-filho adequado para um equilíbrio psicossocial de ambos. (Marcondes, 1994).

Apesar das vantagens oferecidas pelo aleitamento materno estarem bem definidas, o desmame vem ocorrendo mais precocemente, despertando o interesse dos pesquisadores em detectar as principais causas de desmame precoce e os seus fatores de risco.

O desmame é definido como sendo a introdução de qualquer tipo de alimento na dieta de uma criança que, até então, se encontrava em aleitamento materno exclusivo. Conseqüentemente, o "período de desmame" é aquele compreendido entre a introdução desse novo alimento até a supressão completa do alimento materno (Palma *et al.*, 1998).

Este período de desmame é uma etapa crítica que, com freqüência, conduz à má-nutrição e a enfermidades, quando a criança não recebe uma dieta adequada, tanto em qualidade quanto em quantidade (Who, 1988).

Dentre as causas de desmame precoce estão o desconhecimento pela mãe das vantagens do aleitamento natural, a falta de experiência anterior, mães adolescentes, aquisição de mamadeiras e chupetas, insucesso familiar na prática da amamentação, dificuldades técnicas no ato de amamentar, doenças da mama, causas relacionadas ao lactente e, sobretudo, a intenção de não amamentar. (Ministério da Saúde, 1993b; Halbe 1994).

Issler *et al.* (1989) não encontraram associação entre duração do aleitamento materno com o número de irmãos, escolaridade materna, renda mensal *per capita* e acompanhamento médico periódico, ao estudar 105 famílias com crianças menores de um ano em uma população urbana de São Paulo.

O trabalho realizado por Lindenberg (1990), através de questionários aplicados em visitas domiciliares na 1^o e 16^o semanas pós-parto, evidenciou, como fatores de risco para o desmame, a existência de refrigerador, RN que não dormia com a mãe, introdução de suplementos alimentares, poucas visitas domiciliares pelos profissionais de saúde, baixo ganho de peso pelo RN nos primeiros 4 meses e necessidade de trabalho/estudo materno.

O'Quinn *et al.* (1991) estudaram o aleitamento materno e concluíram que o desmame ocorria em média na 14^o semana de vida, e as principais causas eram a rejeição pelo RN (41%), leite insuficiente (23%), trabalho materno (18%), doenças do recém-nascido (12%) e mordedura do mamilo pelo recém-nascido (6%).

O trabalho realizado por Fildes (1992), com o objetivo de determinar a incidência e duração do aleitamento materno, as causas da suplementação e desmame precoces e suas relações com a mortalidade infantil, em Londres, demonstrou altos índices de amamentação, sendo que 90% estavam em aleitamento materno no 1^o mês, 80% aos 3 meses e 70% aos 6 meses.

Alguns fatores para o desmame precoce foram identificados, como idade dos pais, inferior a 20 anos, mães solteiras, escolaridade menor que 4 anos, baixo nível socioeconômico, ocorrência de problemas durante o parto, gravidez indesejada e desconhecimento da importância do aleitamento pela mãe (Vega e González, 1993).

No município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Scatena e Rotter (1989) realizaram um estudo sobre aleitamento materno e obtiveram como resultados a incidência de aleitamento materno em 9,25%, aleitamento misto em 42,93% e aleitamento artificial em 47,81%. As principais variáveis que interferiram na introdução precoce da suplementação alimentar foram: insegurança materna quanto à

qualidade e quantidade do seu leite, ansiedade frente ao choro da criança, desconhecimento das vantagens do leite materno, interferência de outros, supervalorização de leites artificiais, avaliação pômbero-estatural não satisfatória, existência de programa de suplementação alimentar e trabalho materno.

Em um estudo com mães de crianças de até 3 meses de idade em população rural de Sri Lanka, Wijerkoon *et al.* (1995) demonstraram não existir significância entre duração do aleitamento natural com grau de educação materna, estrutura familiar, sexo da criança, ordem de nascimento e tipo de parto.

A revisão da literatura é controversa quanto às causas de desmame e, deste modo, o objetivo deste trabalho foi verificar as principais causas de interrupção do aleitamento materno em puérperas com até 12 semanas e identificar a população de risco para desmame precoce, a fim de elaborar programas destinados à prevenção de desmame precoce.

Material e métodos

O Hospital Universitário de Maringá (HUM) é uma instituição pública que atende a população carente de Maringá e região, independentemente de o acompanhamento pré-natal ter sido feito ou não na própria instituição.

A população do estudo foi dividida em dois grupos: o do aleitamento materno, composto de mães cujos RN estavam em aleitamento materno na 12^a semana, e o do desmame, constituído por mães com os demais tipos de alimentos (vaca, pó e outros).

Foram coletados dados através de entrevistas elaboradas em três etapas: a primeira realizada com a mãe até o 3^o dia de puerpério, a segunda, após 40 dias e a terceira na 12^a semana pós-parto.

Utilizou-se a ficha clínica padrão com as seguintes informações:

1. dados de identificação, estado civil, escolaridade; antecedentes obstétricos e trabalho profissional da mãe na gestação; 2-dados sobre o nascimento do recém-nascido (RN), ordem do nascimento na família; 3-dados do pai; 4-dados sobre a moradia; 5-renda familiar e 6-dados sobre o aleitamento materno constando:
 - possíveis orientações do aleitamento no pré-natal por parte de profissionais de saúde, outros meios e se não teve nenhuma orientação;
 - antecedentes de aleitamento na família entre irmãos e parentes;

- conhecimentos prévios sobre técnica de amamentação, como pega, retirada, limpeza e eructação;
- tempo de aleitamento materno exclusivo em semanas;
- causas de desmame, motivo alegado que fizeram abandonar o aleitamento materno e introduzir outro tipo de alimento (leite de vaca, pó e outros);
- época de introdução da chupeta em semanas.

Utilizaram-se os softwares DBASE III e EPI-INFO 6, e a análise foi afetuada pelo teste não-paramétrico do qui-quadrado e o teste de Fisher, fixando-se em 5% ($p < 0,05$) o nível de rejeição para a hipótese de nulidade.

Resultados e discussão

O leite materno, pelas suas características bioquímicas (Kaieda *et al.*, 1994; Carraza *et al.*, 1991; Diz *et al.*, 1994), econômicas e psicossociais (Marcondes, 1994), representa o alimento ideal para lactentes, sendo fator preponderante no combate à desnutrição e à mortalidade infantil. Desta maneira, o estudo das causas do desmame precoce e seus fatores de risco são de grande interesse para a saúde pública.

Neste estudo, a taxa de desmame precoce, em puérperas de até 12 semanas foi de 29,9%, muito acima dos 20% referido por Fildes (1992) para países do primeiro mundo, porém bem abaixo de 47,8% citado por Scatena e Rotter (1989) para o Brasil.

Foram analisadas 57 puérperas do Hospital Universitário de Maringá, no período de março a maio de 1997. A faixa etária variou de 15 a 41 anos, sendo 22 (38,6%) de mães adolescentes, abaixo de 20 anos. A maioria das mulheres, 46 (80,7%), pertenciam à categoria de baixo nível de instrução (analfabetas ou com 1º grau) e 44 (77,2%) com renda familiar menor que 5 salários mínimos. Quanto à paridade, observou-se que 22 (38,6%) eram primigestas e 40 (70,2%) com número de consultas de pré-natal pelo sistema único de saúde insuficientes (menos de 6).

A população do estudo foi dividida em grupo aleitamento materno, 40 (70,2%) mulheres, e grupo desmame, 17 (29,8%) mulheres. Os grupos apresentaram as mesmas características em relação ao local de residência (rural ou urbana), antecedentes obstétricos, assistência ao parto e peso do RN. A homogeneidade dos grupos foi confirmada pela aplicação do teste não-paramétrico do qui-quadrado.

As orientações que as gestantes receberam no pré-natal pelos profissionais de saúde não influenciaram na atitude de aleitamento, pois se verificou que não

houve associação significativa ($p < 0,05$) entre desmame e orientação no pré-natal (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição do número e % de mulheres, segundo amamentação e orientação sobre aleitamento materno, município de Maringá, Estado do Paraná

Amamentação/Prof. Saúde	Orientação sobre Aleitamento							
	TV		Nenhuma		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	10	83,3	5	55,5	25	69,5	40	70,2
Não	2	16,6	4	44,4	11	30,5	17	29,8
Total	12	100	9	100	36	100	57	100

$\chi^2 = 1,92$; $p = 0,38$

Também não houve associação significativa entre amamentação e conhecimento prévio sobre a técnica de pega, limpeza, retirada e eructação (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição do número e % de mulheres, segundo conhecimento da técnica de amamentação (pega, limpeza, retirada e eructação) e amamentação, município de Maringá, Estado do Paraná

Amamentação	Técnica de Amamentação							
	Pega		Limpeza		Retirada		Eructação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	06	23,1	06	37,5	03	20,0	16	31,4
Não	20	76,9	10	62,5	12	80,0	35	68,6
Total	26	100	16	100	16	100	51	100

Victoria *et al.* (1989) referenciam que a baixa escolaridade se apresenta como fator de risco, confirmando o estudo de Marchioni (1999) que demonstra uma valorização maior do aleitamento materno pela população de maior escolaridade, com 83% aos quatro meses e 77% aos seis meses, em relação à população de baixa escolaridade, 65 % e 56%, respectivamente. Neste estudo não se observa esta associação de forma significativa, provavelmente devido ao número restrito de casos estudados, no entanto, constata-se a mesma tendência positiva (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição do número e % de mulheres, segundo amamentação e escolaridade da mãe, município de Maringá, Estado do Paraná

Amamentação	Escolaridade da mãe					
	Analf./1º Grau		2º Grau/Superior		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	31	67,4	9	81,8	40	70,1
Não	15	32,6	2	18,2	17	29,9
Total	46	100	11	100	57	100

Teste de Fisher; $p = 0,47$

O nível socioeconômico está diretamente relacionado com a amamentação, pois as mães em melhor situação econômica tendem a amamentar por períodos mais prolongados do que as mais carentes (Victoria, 1989). Este estudo não confirmou

esta relação com a renda familiar menor que dois salários mínimos (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição do número e % de mulheres, segundo amamentação e renda familiar, município de Maringá, Estado do Paraná

Amamentação	Renda Familiar					
	Até 2 Salários		3 ou Mais salários		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	18	72,0	22	68,8	40	70,1
Não	7	28,0	10	31,2	17	29,9
Total	25	100	32	100	57	100

$\chi^2=0,00$; $p=0,97$

A variável idade está indiretamente relacionada ao nível socioeconômico, pois se sabe que os mais jovens se apresentam em situações mais precárias do que os mais velhos (Vega e González, 1993). No entanto, estes resultados não foram confirmados neste estudo. (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição do número e % de mulheres, segundo amamentação e idade da mãe, município de Maringá, Estado do Paraná

Amamentação	Idade da Mãe					
	≤ 20 Anos		> 20 Anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	17	77,3	23	65,7	40	70,1
Não	05	22,7	12	34,3	17	29,9
Total	22	100	35	100	57	100

$\chi^2=0,40$; $p=0,52$

Ainda em relação ao nível socioeconômico, avaliou-se a questão do número de cômodos na moradia e o estado civil da mãe (convivência com o companheiro que ajuda nos afazeres domésticos e na renda familiar) (Tabelas 6 e 7).

Tabela 6. Distribuição do número e % de mulheres, segundo amamentação e número de cômodos da casa, município de Maringá, Estado do Paraná

Amamentação	Nº de cômodos da casa					
	≤ 4 Cômodos		> 4 Cômodos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	23	85,2	17	56,7	40	70,1
Não	4	14,8	13	43,3	17	29,9
Total	27	100	30	100	57	100

$\chi^2=4,24$; $p=0,0393$

Na análise de amamentação e número de cômodos na moradia, constatou-se que as mães moradoras em casas com mais de 5 cômodos desmamaram mais precocemente que as que moravam em casa menores ($p=0,0393$). Por outro lado, as mulheres que têm família estável, com companheiros (casadas ou amasiadas), amamentam significativamente mais tempo do que as solteiras, viúvas ou separadas ($p=0,0174$).

Tabela 7. Distribuição do número e % de mulheres, segundo amamentação e estado civil, município de Maringá, Estado do Paraná

Amamentação	Estado Civil					
	Solteira		Casada		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	6	42,8	34	79,1	40	70,1
Não	8	57,2	9	20,9	17	29,9
Total	14	100	43	100	57	100

Teste de Fisher; $p=0,0174$

Lindenberg (1990) evidenciou, como fatores de risco para desmame precoce, a melhoria no estado econômico, como, por exemplo, ter refrigerador e não dormir com a mãe. Nosso trabalho reforça esta situação ao detectar como fator de risco as moradoras em casas maiores que cinco cômodos ($p=0,0393$). Por outro lado, a renda familiar não influenciou na frequência de desmame precoce, o que sugere que os dados de renda familiar colhidos verbalmente numa entrevista são menos sensíveis do que os parâmetros de melhoria econômica na casa.

O planejamento familiar é outro fator importante associado à continuidade da amamentação, pois, segundo Vega e González (1993), a gravidez indesejada é uma causa determinante de desmame. Verificou-se, ainda, com relação à gestação planejada, que as mães que não a planejaram apresentaram 37,2% de desmame, comparadas a 7,1% das outras. Esta associação foi estatisticamente significativa (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição do número e % de mulheres, segundo amamentação e gestação planejada, município de Maringá, Estado do Paraná

Amamentação	Gestação Planejada					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	13	92,9	27	62,8	40	70,1
Não	1	7,1	16	37,2	17	29,9
Total	14	100	43	100	57	100

Teste de Fisher; $p=0,04$

Outro fator estudado é a presença de irmãos na família interferindo na amamentação. Issler et al. (1989) já refutavam esta associação, e este trabalho vem a confirmar que, tanto o número de irmãos como a ordem de nascimento, não apresentam associação com o desmame precoce (Tabela 9).

A análise da evolução da amamentação no período estudado encontra-se na Figura 1, onde se observa que apenas 7,01% das mães não amamentavam no início, mas este índice sofreu ascensão rápida até a 4ª semana (28,10%) e depois apresentou estabilização (29,80%) até 12ª semana. Este rápido aumento no índice de desmame nos direciona para uma atenção redobrada nos

programas de aleitamento neste período inicial de 4 semanas.

Tabela 9. Distribuição do número e % de recém-nascidos, segundo amamentação e existência de irmãos. Maringá-PR

Amamentação	Número de irmãos				Total	
	Sim	Não	Sim	Não	N	%
Sim	19	59,4	21	84,0	40	70,1
Não	13	40,6	4	16,0	17	29,9
Total	32	100	25	100	57	100

$\chi^2=2,97$; $p=0,08$

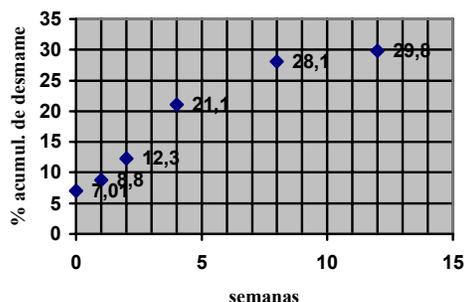


Figura 1. Evolução do desmame (porcentagem acumulada) e tempo (semanas), município de Maringá, Estado do Paraná

As razões referidas pelas mães para a interrupção da amamentação são as mais diversas: 4 (23,5%) por prematuridade, 2 (11,8%) por trabalho ou estudo, 6 (35,2%) porque “leite secou”, 3 (17,5%) por “leite fraco”, 1 (6,0%) por “leite insuficiente” e 1 (6,0%) porque RN “não ganhou peso”. Verificou-se que os 4 últimos itens são decorrentes de conceitos inadequados sobre o leite e aleitamento maternos. Portanto, 64,7% dos casos de desmame precoce poderiam ser evitados através de um programa de conscientização e acompanhamento.

Os resultados encontrados apontam que a população de risco para o desmame precoce são as mulheres que apresentam o estado marital não definido, moradoras em casa com mais que cinco cômodos e aquelas que planejam a gestação.

O período crítico onde ocorre a maioria dos casos de desmame se faz nas primeiras 4 semanas de puerpério, e a maior causa de desmame precoce (64,7%) situa-se nos conceitos inadequados sobre o leite materno.

Desta forma, observa-se que o planejamento educativo para o incentivo ao aleitamento materno deve ser priorizado nas comunidades para obtenção de melhores resultados, associado ao melhor desenvolvimento da criança, com reflexos na vida adulta.

Referências

- CARRAZA, F.R.; MARCONDES, E. *Nutrição clínica em pediatria*. São Paulo: Sarvier, 1991. p. 91-9.
- DINIZ, E. M. A.; SANTORO Jr., M. *et al. Manual de neonatologia*. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. p.228-35.
- FILDES V. Breast-feeding in London. *J. Biosoc. Sci.*, Cambridge, 1992, v. 24, n. 1, p. 53-70.
- HALBE, H.W. *Tratado de ginecologia*. 1 ed. São Paulo: Rocca, 1990.p. 200.
- ISSLER, H. *et al. Duração do aleitamento materno em uma área urbana de São Paulo-Brasil. Bol. Oficina Sanit. Panam.*, São Paulo, v. 106, n. 6, p. 513-522, 1989.
- KAIEDA, I.M. *et al. Aleitamento materno. Femina*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.111-5, fev. 1994.
- LINDENBERG, C. S. Determinants of early infant weaning: a multivariate approach. *International Journal of Nursing Studies*, v.27, n.1, 1990.
- MARCHIONI, D.M.L. *Alimentação no primeiro ano de vida: prevalência de consumo de alimentos em dois centros de saúde do município de São Paulo*. São Paulo. 1999. (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1999.
- MARCONDES, E. *et al. Pediatria básica*. São Paulo: Sarvier, 1994.p. 228-35.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, Secretaria de Programas Especiais. *Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Normas gerais para banco de leite humano*. Brasília, 1993a.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Secretaria da Saúde, Fundação Hospitalar do Distrito Federal, Núcleo Normativo de Saúde da Comunidade. *Normas e rotinas para o incentivo ao aleitamento materno*. Brasília, 1993b.
- O'QUINN, J. *et al. Breastfeeding patterns of Monserratan women. Bull. Pan. Am. Health Organ.*, Washington, D.C., v.25, n.4, 1991.
- PALMA D. *et al. Alimentação da criança nos primeiros anos de vida. Revista Paulista de Pediatria*. v.16:112-117, 1998.
- REZENDE, J.; MONTENEGRO,C.A.B. *Obstetrícia fundamental*. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992. p.221.
- SCATENA, T.C.V.; ROTTER, N.T.P. Aleitamento materno e suplementação alimentar. *Bol. Oficina Sanit. Panam.*, São Paulo, v. 106, n. 2, p. 108-116, 1989.
- VEGA, M.G.L.; GONZÁLEZ, P. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia en áreas periféricas de Guadalajara, Mexico. *Bol. Oficina Sanit. Panam.*, Guadalajara, v. 115, n. 2, p. 118-127, 1993.
- VICTORA, C.G. *et al. Epidemiologia da Desigualdade*. 2. ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 1989.
- WHO. World Health Organization. *Weaning from breast milk to family food: a guide for health and community workers*. Geneva,1988.

WIJERKOON, A.S.B. *et al.* First trimester feeding in a rural Sri Lanka population. *Soc. Sci. Med.*, Sri Lanka, v. 40, n. 4, p. 443-449, 1995.

Received on May 08, 2001.

Accepted on May 31, 2001.