



ARTIGO ORIGINAL

Reflexões sobre as causas do desmame precoce observadas em dinâmicas de grupo de incentivo ao aleitamento materno

Reflections on the causes of early weaning observed through group dynamics in groups for encouraging breastfeeding

Rosane Siqueira¹, Nancy Durso², Áurea Gondim P. Almada²,
Marisa Tao Moreira² e Gracia B. Massad³

Resumo

Foram analisados 71 grupos de mães, em um total de 498 entrevistas individuais feitas pelo Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno (GIAMA), por ocasião da primeira consulta pós-natal ao Centro de Saúde Dr. Sylvio Henrique Braune, em Nova Friburgo-RJ (CSSHB/NF), no período de janeiro de 1989 a dezembro de 1990, estudando-se as causas do desmame nessa população. O índice de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida foi de 49,6% e a causa de desmame mais observada (77,9%) foi a alegação de que “o leite não sustenta”. O choro do bebê mostrou-se uma importante causa de desmame, porque 68,6% das mães inferiram que “o leite não sustenta” a partir do choro do bebê. Procura-se, através do GIAMA, fornecer apoio e informações à mãe para capacitá-la a lidar adequadamente com as verdadeiras causas do choro do bebê, prevenindo o desmame precoce.

Introdução

Os programas de incentivo ao aleitamento vêm sendo desenvolvidos em vários países desde a década de 70, no sentido de se retornar a essa prática milenar de indiscutível valor. No Brasil, principalmente a partir dos anos 80, os valores do leite humano, nos seus aspectos antiinfecciosos, nutritivos e de adequação e interação para a espécie, têm sido amplamente reconhecidos e divulgados.^{1,11}

No CSSHB/NF a implantação do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno foi iniciada em 1988, junto ao Programa de Ações Básicas da Infância, do Ministério da Saúde. Com o envolvimento de vários profissionais da Unidade, criou-se uma equipe interdisciplinar de incentivo ao aleitamento (pediatras, obstetras, psicólogas, assistente social e enfermeira), que passou a atuar em consultas individuais ou em grupos (Grupo de Gestantes e Grupo de Nutrizes).⁹

O propósito deste trabalho é estudar as causas de desmame apresentadas pelas mães nesses grupos de reflexão e, pela compreensão dessas causas, identificar intervenções que poderiam servir de suporte à retomada da prática do aleitamento.

1. Serviço de Pediatria do CSSHB/NF e membro-consultor do Banco de Leite Humano do IFF.

2. Serviço de Pediatria do CSSHB/NF.

3. Serviço de Saúde Mental do CSSHB/NF.

Material e Métodos

Realizou-se um estudo de caráter prospectivo dos grupos de nutrizes que participaram de uma sessão com membros do GIAMA-Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno, por ocasião da primeira visita pós-natal ao CSSHB/NF para vacinação BCG intradérmica e outras ações básicas. Esta visita, desde 1989, havia sido antecipada dos trinta dias para as duas primeiras semanas de vida, a fim de tentar-se evitar o desmame, uma vez que se sabia do grande risco de ele ocorrer logo depois da segunda semana de vida. Com o mesmo objetivo também já se procurara, em um trabalho integrado com as maternidades locais, promover o contato mãe-bebê nas primeiras horas de vida, permitindo a sucção mais precoce e amiadada, assim favorecendo uma relação mais estreita entre mãe e filho e estabelecendo as bases do sucesso da lactação²⁻⁷.

Foram analisados 71 grupos, em um total de 498 entrevistas individuais, no período de janeiro de 1989 a dezembro de 1990. Cada um desses grupos era formado por seis e oito nutrizes e um ou dois membros do GIAMA. Atuou-se de forma reflexivo-informativa e as questões levantadas foram discutidas no grupo, ensejando troca de informações e vivência entre profissionais de saúde e mães.

Foram obtidos dados quanto à idade da mãe, à idade do bebê, ao pré-natal, ao tipo de parto, às ocorrências perinatais, ao tempo decorrido desde o parto até que a mãe ficasse junto com a criança, ao tipo de alimentação nesse período e aos principais sentimentos ou preocupações da mãe nesse momento quanto ao seu bebê, mais particularmente quanto à amamentação.

Resultados

Os gráficos a seguir demonstram os dados acima obtidos e o perfil da população atendida (Gráficos 1,2,3 e 4).

Gráfico 1: Alimento 30 dias pós-parto

Total de crianças analisadas = 498

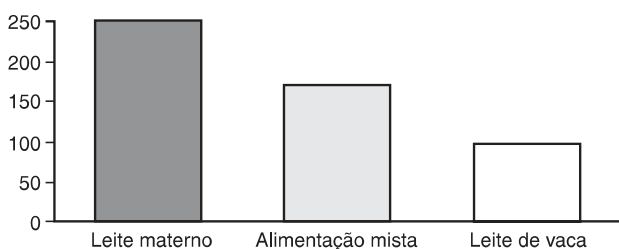


Gráfico 2: Idade das puérperas

Número de puérperas analisadas = 498

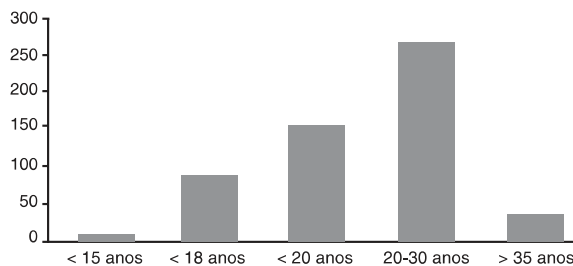


Gráfico 3: Peso ao nascer

Total de bebês examinados = 498

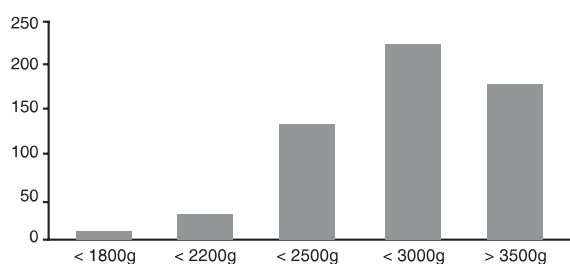
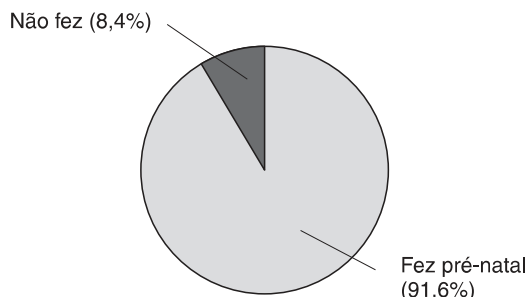


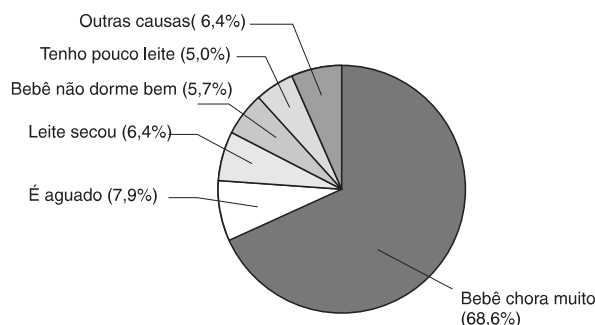
Gráfico 4: Pré-natal

Total de mães = 498



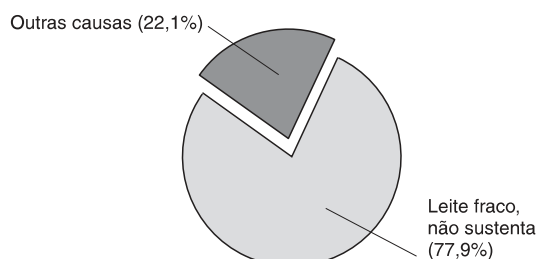
As queixas mais frequentes das mães sobre a dificuldade em amamentar no primeiro mês de vida do bebê foram agrupados nos Gráficos 5 e 6.

Gráfico 5: O leite humano é fraco



A queixa “meu leite é fraco, não sustenta” foi a mais encontrada e era associada pelas mães à maior intensidade e frequência do choro do bebê.

Gráfico 6: Causas alegadas para o desmame



A maior flacidez da mama em determinado período foi também considerada por algumas mães como prova de “leite fraco”. Entretanto, o que mais surpreendeu foi a frequência com que as mães se queixavam do choro do bebê, inferindo desse dado ser seu “leite fraco”.

Discussão

Vários trabalhos já vêm assinalando ser o dado “leite fraco/não sustenta” a primeira causa apontada pelas mães para o desmame^{17,20}.

A associação feita pelas mães entre “leite não sustenta” porque “o bebê mama e chora” ou “chora toda hora” aparece mais claramente neste trabalho. À medida que esta queixa surgia nas dinâmicas de grupo, procurou-se investigar as várias causas de choro nessa idade, determinando-se, nos diversos grupos, serem elas, principalmente, as que são a seguir relacionadas.

1. **Causas orgânicas** - choro contínuo, queixa materna de bebê com dor mais direcionada e de sintomas orgânico associados; neste caso, os bebês eram encaminhados para a consulta individual e de acompanhamento.
2. **Fome: sucção não-eficiente** - detectou-se ser esta uma importante causa do choro nesse período.⁸
 - 2.1. **Sucção incorreta das mamas** - a sucção do mamilo, e não da aréola, foi o erro de técnica mais constatado nos grupos que contribuía como fator de pouco ganho ponderal, choro frequente e cólicas. Sabe-se que para a criança sugar efetivamente ela precisa abocanhar os depósitos de leite situados na aréola e que o bico do seio da mãe deve tocar o “céu da boca” do bebê, o que proporcionará a ele um bom ganho ponderal e prevenirá fissuras na mama materna.

2.2. **Sucção com aréola distendida** - a mãe oferece peito engurgitado, com excesso de leite, a aréola distendida, dura não-maleável e plana; a criança não suga de maneira eficaz, pois não consegue abocanhar a aréola: não se alimenta, chora, apesar de o peito repleto de leite; nestes casos a orientação dada é no sentido de a mãe ordenhar antes de a criança mamar, para que ela tenha condições de sugar adequadamente.

3. **Choro fisiológico x cólicas ou choro excessivo de causa primária** - as cólicas podem ser identificadas a partir de um choro excessivo de causa desconhecida em bebês normais, nos três primeiros meses de vida, as quais os pais se sentem incapazes de controlar.¹¹ Os choros por elas provocadas se diferenciam do choro fisiológico, porque ocorrem com maior intensidade e frequência, podendo chegar a ocorrer três horas por dia, três vezes por semana^{11,15,18}. Uma possível explicação para as cólicas é que os bebês saudáveis choram para comunicar um desejo e continuam a chorar se ele não for satisfeito¹¹. Esses bebês com “cólicas” parecem responder bem ao tratamento quando este envolve a interação familiar, e, nestes casos, ajudam-se os pais a desenvolver uma resposta mais apropriada à solicitação do bebê. Esse grupo de bebês com choro fisiológico ou choro tipo “cólicas” parecia constituir maior número de bebês cujas mães apresentavam a queixa de choro nos grupos estudados. Afastados as hipóteses anteriores, dialogava-se com essas mães sobre várias formas que cada uma encontrava para acalmar seu bebê, elas relataram o contato físico, colocando-o no colo, ou conversando com eles, mudando-os de posição, mas também relataram a dificuldade de compatibilizar isso com o trabalho de casa e com o medo de mimá-los. Essas questões, então, passaram a fazer parte de nossa abordagem, orientando e estimulando as atitudes de contato com o bebê e procurando discutir as dificuldades. Alguns trabalhos de literatura já descrevem abordagem semelhante no que diz respeito às formas de lidar com o choro e com as cólicas do bebê.^{11-15,16,18} Kennel descreve, em um de seus trabalhos, o quanto o impressionou o hábito, observado em algumas populações, de a mãe carregar o bebê em mantas flexíveis, aderentes ao seu corpo. Nessas populações, diz ele, não se ouve o bebê chorar. A mãe consegue, nessas condições, prover o alimento e estimular o bebê, mesmo enquanto trabalha. E o autor pergunta: o bebê chora só quando está com dor ou chora por necessitar de calor, contato e estimulação?¹² Não necessariamente a forma, mas os princípios que estão contidos nesses exemplos deveriam ser incorporados às nossas reflexões. Assim procedemos, tornando-os parte de um protocolo de prevenção e tratamento do choro do bebê adotado em nosso serviço e que será posteriormente avalia-

do e divulgado. Em seu conjunto, esse protocolo e cólicas do bebê, assim discriminadas:

1. **evitar a conduta “deixe o bebê chorar”** - oferecer-lhe vários tipos de contato em resposta ao seu choro;¹¹ Taubman afirma ser possível reduzir o choro em 70% com essas medidas;
2. **responder imediatamente ao choro** - verificou-se que os bebês que recebiam uma resposta imediata ao choro, nos três primeiros meses de vida, choravam menos a partir daí¹³;
3. **executar movimentações gentis** - a resposta que mais tende a apaziguar o choro é uma gentil movimentação acompanhada de carícia (íntimo contato físico); essa atitude para com os bebês tem uma longa história nas culturas primitivas;^{12,16}
4. **carregar o bebê algumas horas durante o dia, independentemente do choro** - bebês que são carregados umas três horas durante o dia costumam chorar menos;
5. **evitar períodos de sono prolongado durante o dia, especialmente com bebês que choram mais à noite** - algumas mães procuram fazer com que seu bebê durma por longos períodos durante o dia para que elas possam executar as tarefas do lar, este bebê, à noite, provavelmente não terá sono e chorará, chamando a atenção; esta mãe deveria tentar conseguir o auxílio de outra pessoa para as tarefas de casa, liberando-se um pouco mais para cuidar do bebê;
6. **evitar alimentação excessiva e a intervalos muito curtos** - algumas mães alimentam o bebê que sente cólicas toda vez que ele chora; essa conduta pode causar desconforto pela distensão gástrica e pelo aumento do reflexo gastrocólico;
7. **corrigir a técnica de amamentar** - como dissemos, a sucção insuficiente é muitas vezes causa do choro e das cólicas do bebê;
8. **usar o balanço, a rede de dormir ou a chupeta** - alguns trabalhos sugerem essas técnicas com o objetivo de tranquilizar o bebê com cólicas;
9. **procurar diminuir a ansiedade materna** - o choro do bebê, aliado ao aleitamento materno nas primeiras semanas, exige uma demanda materna muito grande, por não existir ainda um horário regular de mamadas e pelo rápido esvaziamento gástrico; isso pode amamentar ansiedade da mãe é diminuir sua auto-confiança;¹⁹
10. **propiciar sistema de apoio à mãe** - a mãe deve ser estimulada a buscar apoio do pai, dos familiares e do próprio profissional de saúde; alguns trabalhos mostram que os bebês de mães ansiosas choram mais, principalmente aqueles cujas mães não contam com sistemas de apoio adequado (60% dos bebês choram);^{14,18}

11. **evitar a introdução intempestiva da mamadeira** - ela não é o melhor recurso para diminuir o choro do bebê e pode impedir a mãe e o bebê de vivenciarem a experiência gratificante da amamentação.

Conclusão

Vários trabalhos vêm assinalando que a dificuldade da mãe em continuar a amamentar, a despeito de um forte desejo e do reconhecimento do valor do leite humano, poderia estar associada ao não-acesso a um suporte adequado dos serviços de saúde ou de pessoas experientes em aleitamento dentro ou fora da família.^{19,21}

Este trabalho supõe que isso se deva, inclusive, ao fato de as mães e, até mesmo, os profissionais de saúde muitas vezes lidarem incorretamente com o choro do bebê nessa época da vida, razão por que é resposta uma abordagem preventiva e terapêutica que poderia ser utilizada em consultas individuais ou de grupo.

Agradecimentos

1. Agradecemos a Franz Reis Novak pela ajuda na análise dos dados estatísticos e por seus comentários; sem eles não teria sido possível a realização deste trabalho.
2. Agradecemos ao colega Paulo Cesar Peçanha, do CSSHB, pela colaboração gentil em redigir este trabalho em seu computador, bem como elaborar os gráficos através de planilha eletrônica, o que facilitou a execução do mesmo.

Referências bibliográficas

1. Martins JF. Sanged CAA - Aleitamento materno. Modificação da prevalência da amamentação, na região de Campinas, após oito anos de estímulo contínuo, em nível ambulatorial *J. pediatr (Rio)*. 1987. 62(6): 251-6
2. Klaus MH *et al.* - Maternal attachment: Importance of the first postpartum days. *New England J. Medic.* 1972. 286: 460.
3. Rego JD - Proteção ao aleitamento materno. O papel das leis ou as leis do papel? *Boletim Informativo da SBP*, número 2 XXI: fev. 1991.
4. Rego JD - Alojamento conjunto e aleitamento materno. *Manual de Perinatologia da SBP*, 1991.
5. Carvalho MR - Guia de avaliação das condições de eficiência dos Serviços de Saúde no incentivo ao aleitamento materno. *J. pediatr. (Rio)*, 1986, 60(4): 185-202.
6. Winikoff B. - The obstetrician's opportunity: translating "Breast in Best" from theory into practice. *Am J. Obstet Gynecol*, 1980, 138: 105-17.

7. Souza PLR, *et alli*. *Attachment and Lactation*. XIV Congresso Internacional de Pediatria Buenos Aires, 1974.
8. Vinha VII - *Amamentação materna - Incentivos e Cuidados* - 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 1986.
9. Osborn LM, Wooley FR. - The use of groups in well-child care. *Pediatrics*, 1981, 67:701-6.
10. Martins Filho J. Aleitamento Materno e Ideologia. *Boletim Informativo da SBP*, novembro 1990.
11. Taubman B - Clinical trial of the treatment of colic by modification of parent-infant interaction. *Pediatrics*. 1984, 74: 998-1003.
12. Kennel JH - Are we in the midst of a revolution? *Am J Dis Child*, 1980, 134: 303-10.
13. Bell SM. Ainsworth MD - Infant crying and maternal responsiveness *Child Dev*, 1972, 43: 1171-90.
14. Carcy WB - Maternal anxiety and infantile colic. *Clin Pediatr*. 7.570-95.
15. Carcy WB - "Colic"- Primary excessive crying an infant - environment interaction. *Pediatr Clin North Am*. 1984. 31: 993-1005
16. Lozoff B. Brittenham G - Infant care: Cache ou carry. *J. pediatr. (Rio)*, 1979, 95: 478-83.
17. Sjolín S. Hillervik C. Factor related to early termination of breast feeding. *Acta Pediatr Scand*, 1977, 66:505-11.
18. Neifert M. Scat J - Medical Management in successful breastfeeding. *Clin North America* 1986, 4: 777-98.
19. Schmitt BD - Prevenção dos Problemas do Sono e da Cólica. *Clin North America*, 1986, 4: 799-811.
20. Souza PLR, *et al*. Risk factors for early termination of breastfeeding in Brazil. *Acta Paediatr*, 1992, 81: 481-7.

Nº 93/1080 - Recebido em 24/03/93 - Aceito para publicação em 11/06/93.