

A RELAÇÃO ENTRE O ALEITAMENTO MATERNO E ARTIFICIAL COM AS INFECÇÕES DE VIAS AÉREAS SUPERIORES E AUDITIVAS

SZEKUT, Roberta Martins ¹

HERBER, Vandrielle ²

CASSOL, Karlla ³

RESUMO

Introdução: O leite materno é indispensável para o bebê nos primeiros meses de vida, sendo o alimento recomendado pelos órgãos de saúde. No entanto, a amamentação exclusiva não é realidade de todas as mães, que acabam optando pelo uso da mamadeira, o que pode gerar algumas alterações no desenvolvimento da musculatura orofacial. Esse fato, somado a posição do bebê na alimentação com mamadeira pode facilitar a ocorrência de IVAS e Otite. **Objetivo:** Identificar as práticas maternas com relação ao posicionamento do bebê durante o aleitamento materno exclusivo e/ou oferta do leite artificial e sua relação com as IVAS e Otites Médias. **Metodologia:** Participaram da pesquisa 50 mães de crianças de zero a dois anos, que frequentavam as UBS e CMEIs de Capitão Leônidas Marques, entre agosto e setembro de 2019. Foram realizadas entrevistas com as mães, sobre aleitamento materno, posição do lactente durante a amamentação e ocorrência de IVAS e Otites. **Resultados:** Dos 50 lactentes, a maioria (n=29) eram amamentados com mamadeira, e apenas 10 em seio materno exclusivo. Quanto à ocorrência de IVAS e Otite foi relatada em 14 casos, dos quais, 13 eram amamentados com mamadeira e 01 com o copinho. Quando amamentado em seio materno, nenhuma mãe relatou episódios de infecções. Com relação à posição, a maioria relatou amamentar na posição deitada e inclinada, e a ocorrência de IVAS e Otite, foi relatada apenas nos casos do uso de recipientes artificiais. **Conclusão:** Esse estudo permitiu inferir que as práticas das mães durante o aleitamento materno exclusivo e a posição da mamada não possuem relação direta com as IVAS e Otites, ao contrário da oferta de leite artificial em outros recipientes, como a mamadeira.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Leite Artificial, Infecções de Vias Aéreas Superiores; Otite média.

¹ Acadêmica do Curso de Fonoaudiologia - Centro Universitário FAG – e-mail: roberta.szekut@hotmail.com

² Fonoaudióloga, Docente Orientadora - Centro Universitário FAG – e-mail: vandrielle.fga@hotmail.com

³ Fonoaudióloga coorientadora – Doutoranda em Fonoaudiologia na Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP – e-mail: karlla_cassol@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O leite materno é indispensável para o bebê nos primeiros meses de vida, sendo o alimento reconhecido e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para ser ofertado de forma exclusiva nos seis primeiros meses de idade, e complementar até os dois anos (MASCARENHAS *et al.*, 2006). Este alimento, além de conter os níveis de gordura, lactose e proteína essenciais, ainda contém anticorpos que impedem a proliferação de bactérias, tornando o lactente mais resistente às Infecções de Vias Aéreas Superiores (IVAS) e Otites Médias (NADAL, 2017).

No entanto, a amamentação exclusiva não é realidade de todas as mães, uma vez que, apesar dos esforços em campanhas de incentivo ao aleitamento materno, muitas mães, em função da rotina de trabalho, desconhecimento dos benefícios ou outras influências externas interrompem a amamentação antes do recomendado, optando pela oferta de fórmula láctea infantil em mamadeira/copinho em substituição ao leite materno (SOUZA, 2007).

Acerca dos benefícios do leite materno, é importante reiterar, que eles se estendem tanto para o bebê quanto para a mãe, fortalecendo o vínculo entre o binômio (SOUZA, 2007). Além disso, a nível nutricional, é o melhor e mais completo alimento, pois fortalece o sistema imunológico do lactente, protegendo-o contra diversas doenças (MASCARENHAS *et al.*, 2006).

O primeiro leite produzido pela mãe ao recém-nascido (RN) é chamado de colostro, considerado como um alimento completo e fundamental logo após o nascimento, pois contém anticorpos e componentes proteicos que se integram a membrana da mucosa digestiva e respiratória superior, proporcionando imunidade e impedindo a proliferação de bactérias (GRASSI *et al.*, 2001). Nesse sentido, os bebês alimentados com fórmula láctea infantil, ofertados em mamadeira/copinho, tornam-se mais vulneráveis e suscetíveis aos problemas de saúde, por não receberem os nutrientes fornecidos pelo leite materno, ou ainda, por não permitir que a sucção e deglutição aconteçam da forma natural (NADAL, 2017).

A respeito dos benefícios na área fonoaudiológica, é consenso que a amamentação em seio materno, dentre seus inúmeros benefícios, também proporciona ao bebê, em função da força de sucção, o adequado crescimento e desenvolvimento estrutural do sistema estomatognático, principalmente no que se refere as suas funções, a citar, postura de língua e vedamento de lábios, correto padrão respiratório, dentre outros, reduzindo inclusive, a instalação de hábitos deletérios, e suas consequências na fala (ANTUNES, 2008).

Além disso, a fisiologia natural da sucção em seio materno, exerce contração muscular maior quando comparado a sucção por meio de utensílios substitutos (copinho/mamadeira). Com a

amamentação em seio materno, os movimentos realizados pela musculatura do palato mole, paredes laterais e posterior da faringe, promovem o fechamento velofaríngeo adequado, por consequência de dois tipos de pressão, a negativa – que corresponde a pega do complexo aréolo-mamilar; e a positiva – que proporciona movimentos mandibulares que favorecem a extração do leite (CARVALHO *et al.*, 2005).

Embora seja necessário que aconteça as duas pressões (negativa e positiva) para a sucção, estudos apontam que a pressão positiva é mais importante, pois a atividade muscular para o fechamento velofaríngeo está sendo efetivamente trabalhada nesse momento, observada com mais ação na amamentação em seio materno, o que diminui as chances da entrada do leite nas vias aéreas superiores e orelha média (CARVALHO *et al.*, 2005; ALMEIDA *et al.*, 2002). Nos casos do uso de utensílio artificiais, isso não é observado, uma vez que a pressão predominante é a negativa, pois no momento da sucção a força para a extração do leite é reduzida de maneira significativa, havendo ação menor dos músculos mastigatórios e ação excessiva dos bucinadores, o que também pode resultar em desequilíbrio orofacial (GOMES *et al.*, 2006). Além disso, o leite artificial não dispõe das mesmas propriedades que o leite materno, não sendo absorvido pela mucosa, podendo desencadear quadros de IVAS, ou ainda infecções de ouvido.

As IVAS e Otites Médias são definidas como todo e qualquer processo infeccioso viral ou bacteriano (NADAL, 2017). A IVAS pode interferir diretamente na alimentação dos recém-nascidos, uma vez que a respiração destes é exclusivamente nasal; um leve congestionamento de pruridos nasais pode acarretar dificuldade para o bebê respirar (ANTUNES, 2008). Contudo, quando o palato é empurrado para cima, o que ocorre com o uso de chupetas e mamadeiras, o assoalho da cavidade nasal se eleva, com diminuição do tamanho do espaço reservado para a passagem do ar, prejudicando a respiração nasal (BRASIL, 2009). Essas infecções citadas são comum em crianças, devido a anatomia craniofacial, uma vez que a tuba auditiva é menor e mais retificada, se comparada com a do adulto, tornando a orelha média e as vias aéreas superiores mais expostas aos agentes externos, como os acumulados em nasofaringe e com isso suscetível a desenvolver tais patologias (RODRIGUES, 2013). Nos episódios de resfriados ocorre um processo inflamatório da mucosa nasal, que pode obstruir os óstios dos seios paranasais e da tuba de Eustáquio, permitindo, a instalação de infecção bacteriana secundária, o que ocasiona IVAS e Otite Média com maior frequência.

Estudos sobre os benefícios do leite materno, indicam que os bebês alimentados por leite artificial, terão somente seus próprios anticorpos (que são presentes em níveis baixos) e um sistema imunológico imaturo, tornando-se extremamente vulneráveis a infecções. A mãe por sua vez, produz

anticorpos criados especificamente para proteger o lactente contra patógenos que possam ser adquiridos, e esses anticorpos serão passados ao filho pela amamentação (SETÚBAL, 2011).

Há ainda, estudos que confirmam o leite materno como o único alimento capaz de proteger o lactente de diversas doenças no primeiro ano de vida, incluindo as doenças respiratórias e auditivas, pois é rico em compostos nutricionais e imunológicos que conferem essa proteção (PASSANHA, CERVATO-MANCUSO, SILVA, 2010). Ademais, outros tipos de leites, fórmulas ou alimentos, além de não conter estes componentes protetores, podem causar doenças no recém-nascido, como por exemplo, desnutrição, alergias (rinite alérgica, asma, dermatite atópica), otites médias e outras infecções que podem interferir no desenvolvimento saudável do bebê (JURUENA, FROEMMING, MALFATTI, 2007).

As Otites Médias por sua vez, são as inflamações na orelha média de início rápido, devido ao acúmulo de líquido nesta região e a proliferação de bactérias, apresentando na maioria das vezes sintomas locais (dor na orelha afetada) e sistêmicos (febre, irritabilidade) (REGO, 2001).

Embora a etiologia seja a mesma, as Otites Médias são qualificadas em diferentes tipos, o que varia de acordo com os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, o tempo de duração, a quantidade de episódios de inflamação, e a configuração da perda auditiva, mas em geral, são classificadas em: a) *Otite Média Aguda*: é a mais comum, tendo rápido início de sinais e sintomas, e rápida resolução do problema; b) *Otite Média Recorrente*: é a Otite Média Aguda que repete por mais de 3 episódios em 6 meses ou 4 episódios em 12 meses, geralmente, devido ao mesmo microrganismo que volta a proliferar ou por novas infecções; c) *Otite Média Serosa e/ou Secretora*: também chamada de Otite Média com Efusão, é a presença de líquido na orelha média, onde a membrana timpânica permanece íntegra, e a criança não apresenta sinais ou sintomas de infecção; d) *Otite Média Crônica Supurativa*: é caracterizada pela presença de secreção purulenta persistente ou recorrente, em conjunto com perfuração da membrana timpânica, que pode ser decorrente de uma Otite Média Aguda ou Secretora.

E ainda uma quinta, denominada de *Otite Média Posicional*, nos casos de bebês que são amamentados na posição deitada, por apresentar um maior risco de desenvolver infecção de ouvido (GARCIA, 2012). Ao encontro disso, estudos referem que dentre as patologias mais comumente encontradas em atendimento pediátrico encontra-se a Otite Média, que na maioria dos casos, é um processo secundário às IVAS, e que essa incidência esteja relacionada ao aleitamento artificial e a ausência de propriedades imunológicas, que são encontradas no leite materno (MOCELLIN, 2011).

Por esse motivo, alguns profissionais da saúde orientam as mães para que amamentem seus filhos com a cabeça mais elevada, ou ainda se possível na posição cavaleiro. No entanto, é

questionável se tal orientação cabe aos bebês que são amamentados exclusivamente em seio materno, uma vez que a principal imunoglobulina do leite materno IgA (Imunoglobulina A), tem a função de ligar microrganismos e macromoléculas e impedir que fiquem aderidos às superfícies mucosas, prevenindo o contato de patógenos ao epitélio (GRASSI, 2001). Além disso, o Ministério da Saúde orienta que durante o aleitamento materno exclusivo, a mãe pode amamentar em qualquer posição inclusive com o bebê deitado, desde que a lactante e o lactente estejam confortáveis sem mencionar riscos ou desvantagens para o bebê (BRASIL, 2007).

A partir disso, investigar as práticas maternas com relação ao posicionamento do bebê durante o aleitamento exclusivo, e durante a oferta do leite em recipiente artificial, e correlacionar com as IVAS e Otites Médias em lactentes, pode ser uma estratégia assertiva, a fim de fortalecer futuras ações de promoção do aleitamento materno, capacitando profissionais da saúde envolvidos, e fortalecendo as mães e sua rede de apoio, visando melhor saúde e bem estar dos bebês.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é identificar as práticas das mães com relação ao posicionamento do bebê durante o aleitamento materno exclusivo e/ou a oferta do leite artificial e sua relação com as Infecções de Vias Aéreas Superiores (IVAS) e Otites Médias em lactentes.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada nas dependências de duas UBSs e um CMEI do município de Capitão Leônidas Marques-PR. A população foi constituída por todas as mães de crianças com idade entre 0 e 24 meses, que realizavam acompanhamento pós-natal na UBS - Unidade Básica de Saúde e/ou que tinham seus filhos matriculados no CMEI - Centro Municipal de Educação Infantil da cidade.

A amostra foi não probabilística por conveniência, sendo incluídas todas as mães de crianças na faixa etária proposta, encontradas no período de agosto a setembro de 2019, que auto referissem estar em adequada condição de saúde geral e que livremente aceitaram participar da pesquisa.

Para todas as mães que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi aplicado o instrumento de coleta de dados, organizado pelas pesquisadoras (Apêndice 1), adaptado do protocolo aplicado em pesquisa semelhante (ESCARCE, ARAUJO, FRICH E MOTTA, 2013).

Esse questionário envolveu perguntas referentes aos dados sociodemográficos da mãe (escolaridade, ocupação e número de gestações e partos), nascimento da criança (idade gestacional), variáveis relativas ao aleitamento materno (duração de aleitamento materno total e aleitamento materno exclusivo), idade de oferecimento de líquidos e outros alimentos (água, chá, outro leite (fórmulas artificiais, suco e outros), exposição do bebê a fatores externos a ele (umidade, fumaça de

cigarro, crianças com problemas respiratórios) e o histórico de doenças/infecções (otite média, infecção das vias aéreas superiores, bronquite, asma e rinite).

Os dados, após a coleta, foram tabulados em planilhas de Excel e analisados quantitativamente por meio de análise estatística descritiva e teste de correlação.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz conforme número do CAAE: 15888919.1.0000.5219.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Participaram da pesquisa 50 mães de crianças que realizam acompanhamento na UBS e/ou tem seus filhos matriculados no CMEI da cidade de Capitão Leônidas Marques-PR. Entre as mães entrevistadas, 40% (n=20) relataram não ter uma profissão e 14% (n=07) mencionaram ser agricultoras, sendo essa a profissão de maior prevalência. A média de renda mensal familiar foi de 01 a 02 salários mínimos. Referente ao grau de escolaridade, foi possível identificar que a maioria tem o ensino médio/técnico completo (26%); seguido de ensino superior completo e/ou pós-graduação (24%).

A população desse estudo caracterizou-se por mães com um bom grau de escolaridade, no entanto, grande parte desempregada. Estudos apontam que, a frequência de aleitamento materno exclusivo seja maior entre as mulheres que não trabalham fora do domicílio, pois estas não estão sujeitas a fatores externos que interfiram no processo de amamentar (BRASIL, 2007). No entanto, esta pesquisa evidenciou que, não estar afastada de casa devido ao trabalho não é condição suficiente para a garantia do aleitamento materno exclusivo, e que esta condição pode ser resultado de outros fatores, como questões socioeconômicas e culturais (PRIMO *et al.*, 2015).

Volpini e Moura (2005) também relatam sobre a interferência da escolaridade materna no desmame precoce, quando afirmam que mães com menor tempo de estudo tendem a desmamar antes dos seis meses. Esses, foram dados confirmados nesta pesquisa por meio da correlação estabelecida sobre o uso de mamadeira e a escolaridade das mães, onde o teste verificou que, conforme aumenta a escolaridade, aumenta o uso de mamadeira ($\rho=-0,357$ e valor- $P=0,0125$), que é um dos fatores associados ao desmame precoce.

No Brasil, assim como em outros países, os investimentos em propaganda de alimentos e utensílios artificiais, conseguiram quebrar a confiança das mães na sua capacidade de nutrir seus bebês (REGO, 2006). Em estudo realizado por França e colaboradores (2008), a análise do uso da mamadeira no primeiro mês de vida mostrou que esse hábito é bastante comum, principalmente para oferecer chás e água, apesar de a criança amamentada não precisar receber suplementação nos

primeiros seis meses, pois o leite materno já supre essa necessidade. Além de outros problemas provocados pela mamadeira, quando introduzida de maneira precoce, acredita-se que ela possa gerar "confusão de bicos", devido às diferenças existentes entre a sucção na mama e no bico artificial, ou seja, a mamadeira pode influenciar negativamente a técnica de amamentação, sendo mais um fator influenciador ao desmame precoce (FRANÇA *et al.*, 2008).

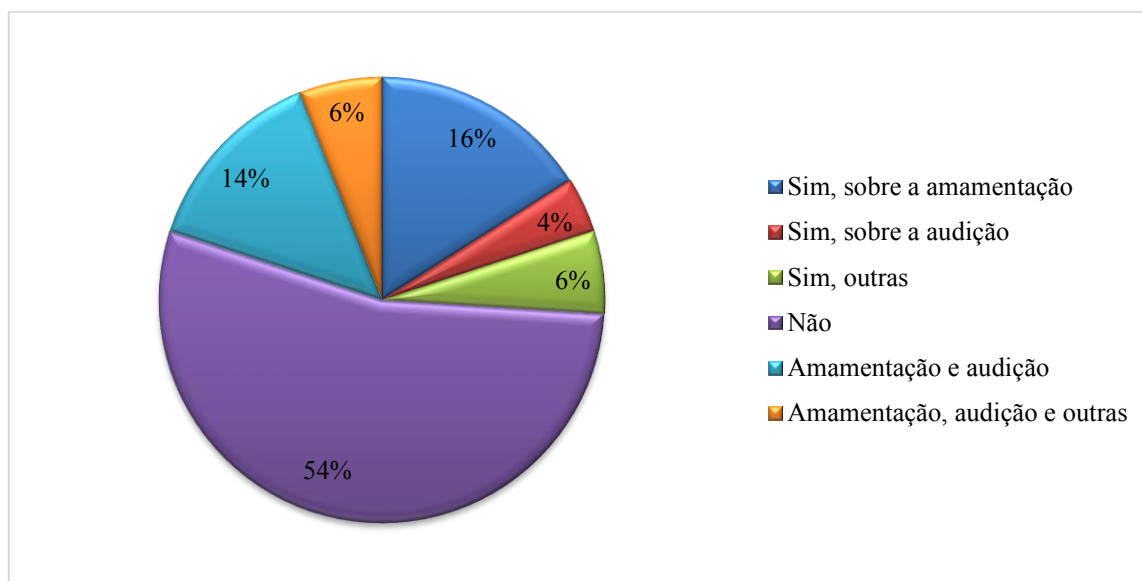
Referente a idade gestacional dos bebês, uma parcela significativa de mães relatou o período de 39 semanas (28%), sendo que apenas 02 (4%) tiveram o bebê no pré-termo (36 semanas) e 01 (2%) no pós-termo (42 semanas). Sobre a participação dessas em pré-natal a maioria (98%) das mães mencionou ter feito o acompanhamento. A idade atual dos bebês que mais prevaleceu na pesquisa foi de 02 anos (12%), acompanhadas na sequência de 01 ano e 01 mês (10%). Referente a quantidade de filhos, 38% (n=19) das mães mencionaram ter um, e apenas 2% (n=01) mencionou ter mais de três.

Se nota que grande parte das mães participaram do pré-natal promovido pela gestão de saúde do município. Essa passou a ser uma realidade presente em nosso estado, resultado das inúmeras campanhas e programas de assistência pré e pós-natal, a citar a Rede Mãe Paranaense, que propõe a organização da atenção materno-infantil nas ações do pré-natal e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida (BRASIL, 2007).

Em contrapartida, mais da metade da população deste estudo (54%) não recebeu orientações fonoaudiológicas no pré e pós-natal, e da parcela que recebeu, destacou-se amamentação (16%) (Figura 01). Ou seja, embora ocorra a participação no pré-natal, se nota que nem sempre o programa envolve ações de orientações multiprofissionais, nas quais se inclui a fonoaudiologia. Em um estudo realizado por Medeiros e colaboradores (2017) demonstrou que a orientação fonoaudiológica junto às mães, no pré ou pós-parto, produz efeitos positivos, contribuindo principalmente no estabelecimento do aleitamento materno, ajudando na adequação de aspectos associados à pega correta e posicionamento do bebê em seio materno, o que pode consequentemente diminuir as chances de traumas mamilares, ingurgitamento mamário, mastite e fissuras.

Ainda que a maior procura por conhecimento neste período seja sobre a amamentação, é demonstrado que informações sobre o desenvolvimento da audição e linguagem do RN é um ponto importante quando se pensa em promoção e proteção à saúde, visto que, ajuda pais e familiares a identificar alguns atrasos e dificuldades que o bebê pode enfrentar no decorrer dos anos (BRASIL, 2007).

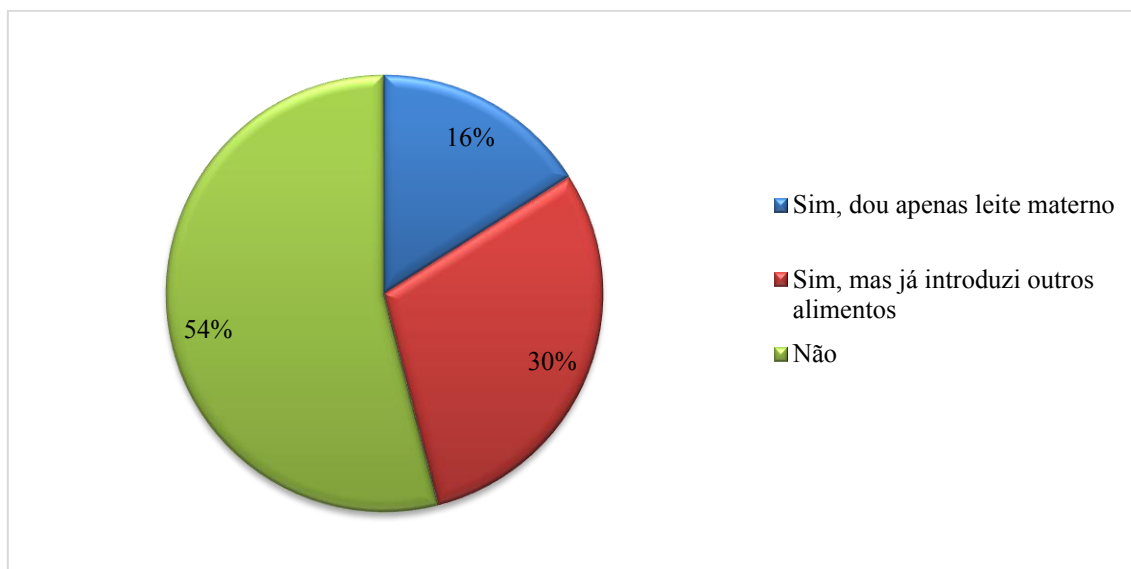
Figura 01: Relato das mães sobre as orientações fonoaudiológicas no pré e pós-natal.



Fonte: Autores, 2019.

Das 50 mães entrevistadas, foi possível observar que mais da metade relatou não estar mais amamentando, e uma pequena parcela refere praticar o aleitamento materno exclusivo (Figura 02).

Figura 02: Relato das mães sobre a presença e continuidade do aleitamento materno.



Fonte: Autores, 2019.

O aleitamento materno no Brasil ainda não segue o recomendado pela OMS, uma vez que o desmame precoce ainda é a realidade de muitas mães. Nesta pesquisa, houve um número de 17 mães (34%) que conseguiram o aleitamento exclusivo até os seis meses, porém por relatos das mesmas,

quando ofertado a mamadeira para chás ou água, a troca do seio para a utensílio artificial foi evidente, uma vez que por recusa dos próprios bebês pelo seio materno, que acabam fazendo a confusão de bicos, como citado anteriormente, ou ainda, pela necessidade da mãe em voltar a rotina de trabalho.

Em pesquisas sobre o desmame precoce, é observado que em sua grande maioria o motivo que agrega maior importância é a volta da mulher ao trabalho. Cabe citar que o desmame também está associado ao desconhecimento das mães sobre as leis de proteção à nutriz. De acordo com Parizotto e Zorzi (2008), as mulheres brasileiras empregadas no mercado formal de trabalho têm quatro meses de licença maternidade remuneradas. Quando retornam ao emprego, têm direito a dois intervalos de meia hora, para amamentar. Mas, para serem efetivos estes intervalos, deveria haver creche no local de trabalho, ou pelo menos próximo dele. Como isso muitas vezes não ocorre, as mães em sua maioria acabam optando pelo uso da mamadeira, como mostra a pesquisa (PARIZOTTO e ZORZI, 2008).

Tendo em vista os relatos apresentados pelas mães e a realidade observada na sociedade, é fundamental o desenvolvimento de políticas sociais, e o apoio da mídia, para ajudar a mudar esse quadro, responsabilizando também as esferas municipais e estaduais, para dar seguimento aos programas.

Foi possível identificar que atualmente, 27 (54%) mães relataram não ter amamentado e/ou não amamentam mais; 15 (30%) mencionaram ofertar o leite materno juntamente em complementação a outros alimentos; e 08 (16%) ainda oferecem o aleitamento materno exclusivo.

Os motivos pelos quais levam as mães a não seguir com o aleitamento materno exclusivo são inúmeros, como já mencionados, porém, estudos vem apresentando alguns fatores diretamente relacionados à mãe, como as características de sua personalidade e sua atitude frente o ato de amamentar; outros se referem à criança e ao ambiente, como as suas condições de nascimento, período pós-parto e puericultura, havendo também, fatores circunstanciais ou sociais, como o trabalho materno, as condições habituais de vida, nível socioeconômico, idade, escolaridade, cultura, inserção no mercado de trabalho e um dos mais importantes, a falta de conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno (PARIZOTTO *et al.*, 2008).

Muitas mães acabam por oferecer alimentos de suplementação, por medo do seu próprio leite não estar suprimindo a necessidade do lactente, porém é comprovado por vários estudos que o leite materno não só tem as propriedades nutricionais essenciais, mais também serve como um fator protetor contra diversas doenças que o bebê pode ser exposto, incluindo as relacionadas a IVAS e Otites Médias (MASCARENHAS, 2006).

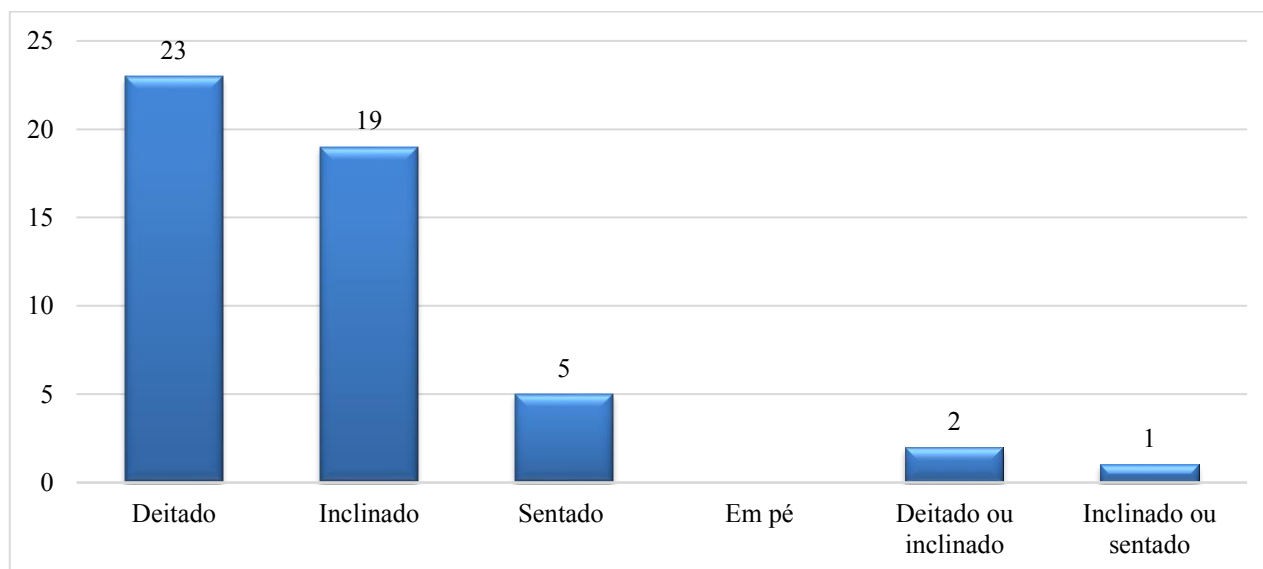
Dentre as mães participantes, 36% delas referiu não ter amamentado e 34% amamentou por mais de seis meses.

Conforme recomendado pela OMS (2005), o aleitamento materno exclusivo deve ser mantido até os seis meses de vida, isso inclui a não oferta de quaisquer alimentos líquidos ou sólidos, a não ser que seja por recomendação médica. Após este período, a mãe pode estar ofertando alimentos de complementação devendo sim, continuar com o aleitamento em seio materno até a criança completar dois anos. O ideal é que durante todo esse tempo, não seja ofertado nenhum utensílio artificial (chupeta, mamadeira), para que não prejudique o aleitamento materno exclusivo e sustentado.

Embora os fatores que interferem no aleitamento materno sejam inúmeros e já citados anteriormente, a força de vontade e o esforço da mãe e da família é indispensável. Além disso, o treinamento dos profissionais da saúde envolvidos no pré e pós-natal, afim de ajudar as mães encorajando-as sobre a amamentação em livre demanda e esclarecendo suas dúvidas, é um passo fundamental para se obter melhores índices de aleitamento materno no Brasil.

Das posições mencionadas, quase a metade das mães (46%) relataram amamentar seu bebê na posição deitada, seguindo como destaque a posição inclinada (38%) (Figura 04).

Figura 04: Posição durante a mamada.



Fonte: Autores, 2019.

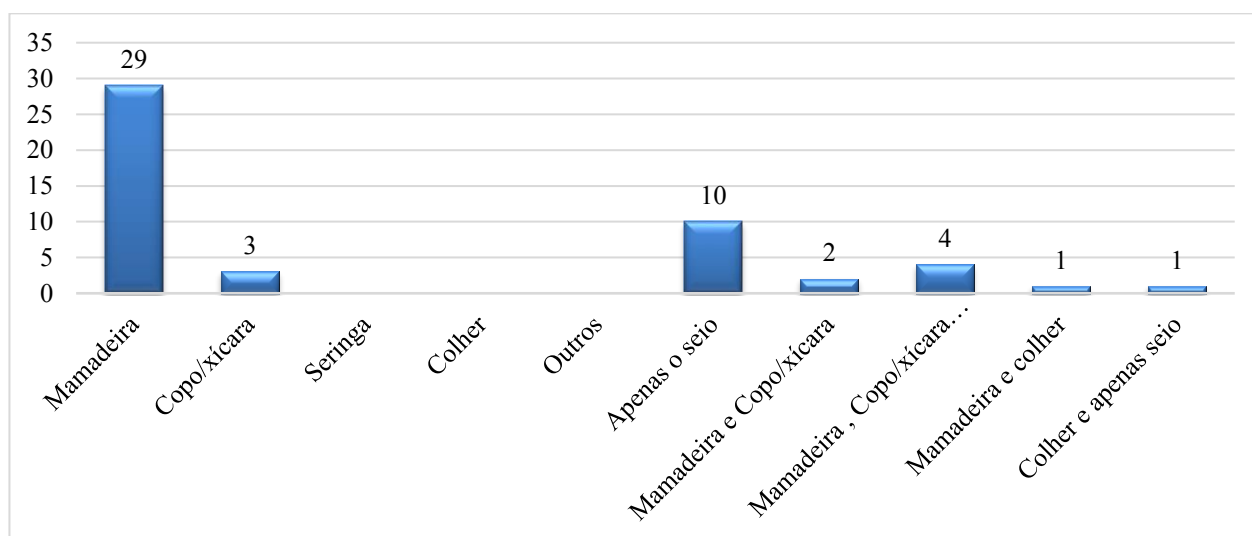
Quanto à posição em que os bebês são amamentados, percebeu-se que o número de mães que amamenta na posição deitada é maior das mães que referem amamentar seus filhos na posição inclinada ou sentada. Isso mostra que, embora alguns profissionais orientem as mães a amamentar

com o bebê mais inclinado ou sentado, na prática, a maioria opta pela posição mais confortável para ela e o bebê, seguindo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).

Este estudo também revelou que, das 23 mães que amamentavam seu bebê na posição deitado, 10 (43,47%) apresentaram quadros de IVAS e/ou Otite, e desses que apresentaram infecção, nenhum estava sendo amamentado em seio materno. O que se destaca sobre esse dado, é que a orientação do MS é sobre o aleitamento materno exclusivo em qualquer posição, inclusive deitada, pois, caso o leite entre em região nasofaríngea e orelha média consegue ser absorvido sem causar proliferação de bactérias devido sua composição nutricional, diferente do leite artificial que não dispõe das mesmas propriedades.

Na pergunta direcionada sobre o que a mãe usa para alimentar seu bebê, o uso da mamadeira se destacou aparecendo em mais da metade (58%) das mães entrevistadas; em segundo lugar já com um índice bem menor, foi observado o seio materno exclusivo em 20% dos casos; as que referiram usar apenas copinho/xícara, totalizaram 6%, as demais que ofertam leite em mamadeira/copinho, colher e/ou seio materno somaram 16% (Figura 05).

Figura 05: Uso de utensílios ou seio materno para alimentar o bebê.



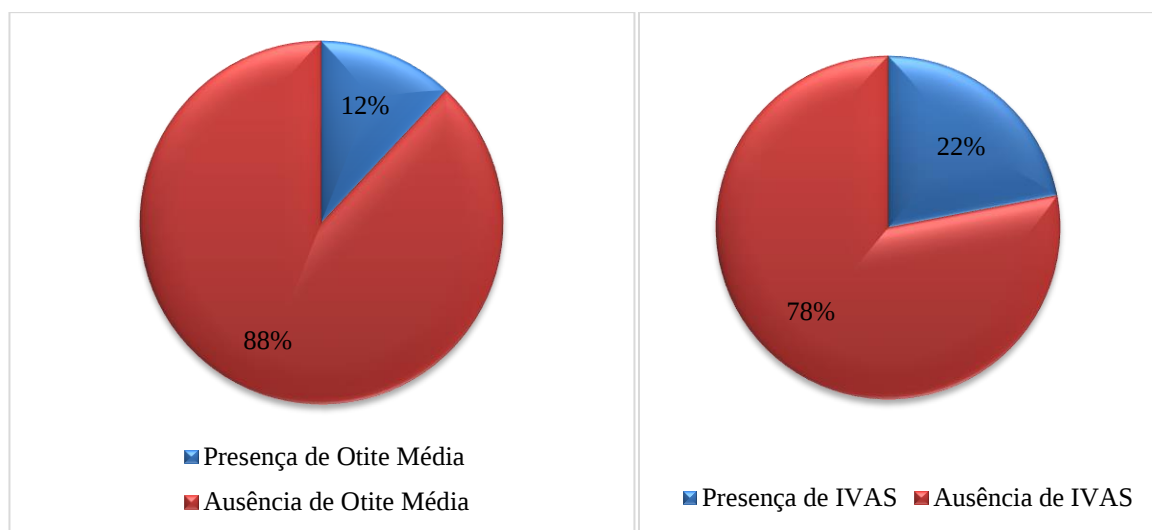
Fonte: Autores, 2019.

Além do leite artificial não obter os nutrientes capazes de proteger o bebê contra infecções e algumas doenças, geralmente ainda são ofertados em mamadeira, como demonstrativo na tabela acima, e o fator leite artificial somado ao uso da mamadeira associado ao tempo, frequência e intensidade que essa criança está usando, influenciam diretamente nos casos de IVAS e Otite Média em lactentes.

Nesses casos a orientação de que o bebê deve estar posicionado de forma elevada como uma medida preventiva para a Otite Média e IVAS, faz sentido por dois principais motivos: O primeiro deles diz respeito a falta das substâncias protetivas que inexistem no leite artificial, como citado anteriormente. O segundo está relacionado à diferença fisiológica dos tipos de sucção, sendo distintos no seio materno e na mamadeira. Desta forma, os resultados da presente pesquisa direcionam e fundamentam que o bebê amamentado no seio materno fica protegido contra a IVAS e Otite Média, independente da posição em que se encontra no colo da mãe, pois como resultado da pesquisa realizada, foi evidente que todas as mães em período de aleitamento materno, mesmo que complementar, não tiveram quadros de infecção de ouvido ou IVAS.

Dentre as 50 crianças, foi possível observar que a maioria não apresentou Otite Média do nascimento aos 24 meses. Também se observou que o índice de ocorrências de IVAS é um pouco mais expressivo que as infecções de ouvido, uma vez que 22% tiveram um quadro de IVAS (Figura 06).

Figura 06: Presença de infecção de ouvido e IVAS



Fonte: Autores, 2019.

Embora os dados da pesquisa apontam um índice baixo na ocorrência de infecções de ouvido e IVAS, e um número bem alto de mães que ofertam a mamadeira, foi possível observar que todas as ocorrências dos quadros de infecções foram após o desmame do seio materno, conforme relato das mães.

Apesar de existirem vários fatores externos que contribuem para o desenvolvimento de Otite Média e IVAS, como: a estação do ano, presença de infecção respiratória viral, a exposição a outras

crianças ou a presença de irmãos em idade escolar, a exposição à fumaça ambiental do tabaco, falta de higiene e o uso de chupetas, existem também fatores relacionados a falta de aleitamento materno e posicionamento do bebê durante a amamentação artificial, que aumentam as oportunidades de patógenos bacterianos colonizarem até o trato respiratório superior, nasofaringe e orelha média (REGO, 2001).

Os relatos das práticas das mães participantes do estudo revelam que quando relacionado o recipiente com a ocorrência de IVAS e Otite Média, se obteve um índice expressivo, pois, das 29 mães que oferecem só mamadeira, 44,82% (n=13) tiveram IVAS e/ou Otite Média, e apenas um caso foi evidenciado no uso do copinho. Quando relacionado ao seio materno, nenhum resultado de infecção foi relatado, confirmando o que vem sendo descrito na pesquisa. A fim de estabelecer a veracidade dessa correlação foi aplicado o Teste de Correlação de Spearman, que verificou correlação positiva com $\rho=0,328$ e valor- $P=0,0216$, demonstrando que a medida que aumenta o uso de utensílios (mamadeira) aumenta as Infecções de IVAS e Otite Média.

Convém mencionar que, apesar da tuba auditiva apresentar uma posição mais horizontalizada, a fisiologia da sucção durante o aleitamento materno difere muito da sucção que ocorre durante a mamadeira, o que acaba justificando a ocorrência de tais infecções (RODRIGUES, 2013).

Durante a sucção no seio materno, no ato da deglutição, ocorre anteriorização e abaixamento da região anterior do palato mole. Ao mesmo tempo, eleva-se sua parte vertical, o que permite o fechamento da orofaringe (GOMES, 2006). Dessa forma, a possibilidade de entrada do leite pela tuba auditiva, mesmo com o bebê na posição deitada, é significativamente reduzida. Ainda que haja a entrada do leite materno, vale ressaltar que o leite humano é específico para a espécie humana e apresenta um efeito protetor, devido à presença das imunoglobulinas. Esses aspectos também puderam ser confirmados neste estudo quando os resultados apresentados de 10 mães que ofereceram só o seio materno, evidenciaram que nenhuma dessas crianças apresentou IVAS e/ou Otite. Portanto, a amamentação exclusiva, promove o desenvolvimento sensorial e cognitivo, e ainda contém anticorpos que protegem as crianças de doenças comuns da infância (GOMES, 2006).

Diferente de quando o bebê se alimenta com leite artificial por mamadeira, a contração muscular é reduzida, com consequente flacidez da musculatura do palato mole. Desta forma, o leite entra pela orofaringe e atinge a tuba auditiva. O leite artificial, por sua vez, não possui anticorpos como o leite materno, podendo favorecer a rápida proliferação de bactérias, levando à Otite Média. Vale mencionar que o músculo tensor do palato mole é o principal responsável pela abertura da tuba auditiva e por estar flácido e hipofuncionante nos bebês alimentados por mamadeira, a fraca atividade do músculo favorece a entrada de grandes volumes de leite na orelha média (NADAL, 2017).

Apesar desta pesquisa apresentar vários casos de bebês alimentados por mamadeira que não necessariamente desenvolveram infecções de ouvido ou IVAS, das 29 mães que ofereceram só mamadeira, 13 (44,82%) relataram a presença de IVAS e/ou Otite em seus filhos. É importante ressaltar que, embora o mecanismo de sucção e deglutição não aconteça da forma como se é esperada, quando comparado ao seio materno, os resultados negativos causados pela mamadeira estão associados a questões de tempo, intensidade e duração com que está criança é exposta a tal utensílio, uma vez que esses são fatores que interferem diretamente nos comandos realizados pela musculatura envolvida.

Há muitas evidências de que a amamentação protege contra a Otite Média até o primeiro ano de idade, mas a proteção é maior para o aleitamento materno exclusivo e para amamentação de longa duração. O aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses é associado a uma redução significativa de Otite Média, devido a presença de imunoglobulinas (IgA) no leite materno, que diminuem o risco de infecções no primeiro ano de vida (CARVALHO, 2005). Após um ano de idade, não há nenhuma evidência de que a amamentação proteja contra a tal infecção, no entanto, os estudos nessa faixa etária são escassos (NADAL, 2017).

Ao se falar de infecções de VAS, os fatores que podem contribuir para o desenvolvimento estão em sua maioria relacionados aos mesmos da Otite Média, citados anteriormente, no entanto em estudo realizado por Vilela e Lotufo (2004), aponta como principal fator de risco, o início precoce das crianças no CMEI, devido a imaturidade adaptativa de seu sistema imunológico, que fica exposto a diferentes agentes infecciosos em um curto espaço de tempo, pelo contato com outras crianças. Além disso, as crianças mais novas, não apresentam IgA suficiente para suprir a defesa das mucosas, pois ainda estão presentes em níveis muito baixos até os 2 anos de idade, o que pode, de certa forma, ser compensado pela IgA presente no leite materno (VILELA e LOTUFO, 2004).

Na presente pesquisa, a ocorrência de IVAS e Otite Média foi verificada a partir de entrevistas realizadas com as mães. Mesmo havendo um bom resultado de relação entre a posição de mamada, o tipo de leite e as IVAS e Otites, se nota a necessidade de outros estudos epidemiológicos e longitudinais, com populações maiores, a fim de estabelecer com mais confiança as correlações expostas superficialmente nesse estudo. Esclarecer tais relações é de fundamental importância, uma vez que além de nortear, padronizará as informações entre profissionais, possibilitando aos familiares e futuras mães maior segurança no cuidado com seus filhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando os resultados do presente estudo, verificou-se que, a prática do aleitamento foi vivenciada por todas as mães, entretanto, para a grande maioria, esse momento decorreu em tempo inferior ao período considerado recomendado para desenvolvimento do bebê. Em sua maioria as gestantes relataram participar dos acompanhamentos pré-natais, embora nem todas tenham recebido orientações fonoaudiológicas quanto a amamentação e saúde auditiva.

Acerca da posição ao amamentar, destacou-se a posição deitada e inclinada, e quando ofertado o aleitamento exclusivamente materno nessas posições, não houve relatos de ocorrência de IVAS e Otites. A pesquisa demonstra ainda que houve correlação estatística entre o recipiente utilizado, em destaque a mamadeira, com a presença de IVAS e Otite Média, bem como com a oferta de leite artificial.

Este estudo também evidenciou a importância do incentivo ao aleitamento materno como ação promotora de saúde e desenvolvimento das crianças.

REFERÊNCIAS

- ALMIDA, E. O. C.; MELLI R.; MORAES I. F. Orientação fonoaudiológica e psicológica às nutrizes: experiência em contexto hospitalar. Recém-nascido em alojamento conjunto: visão multiprofissional. **Pró-Fono**; 2002.
- ANTUNES, L. S.; ANTUNES, L. A.; CORVINO, M. P.F.; MAIA, L. C. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 13, n. 1, p.103-109, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o Aleitamento materno - Álbum seriado**. 2ª edição. Brasília: 2007. 18p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)
- CARVALHO, C. F.; SILVA, M. G. F.; Avaliação do desmame precoce e suas implicações infecciosas nas crianças atendidas no ambulatório de um hospital terciário. **Arquivos de Ciências da Saúde**. 2005.
- FRANÇA, M. C.; GIUGLIANI, E. R.; OLIVEIRA, L. D.; WEIGERT, E. M.; ESPÍRITO SANTO, L. C.; KÖHLER, C. V.; BONILHA, A. L. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Rev. Saúde Pública**. 2008; 42(4):607-14.
- GARCIA, M. V.; AZEVEDO M. F.; TESTA, J.R.G; LAUREANO, L. C. B. Influência do tipo de amamentação nas condições de orelha média de lactentes. **Braz. Jor. Otorhinolaryngol**. vol.78, n.1. 2012.
- GOMES, C. F.; TREZZA, E. M. C.; MURADE, E. C.M.; PADOVANI, C. R. Avaliação eletromiográfica com eletrodos de captação de superfície dos músculos masseter, temporal e bucinador de lactentes em situação de aleitamento natural e artificial. **Jornal da Pediatria**. Rio de Janeiro, 2006;82(2):103-9.
- GRASSI, M.S.; COSTA, M.T.Z.; VAZ, F.A.C. Fatores imunológicos do leite humano. **Jornal da Pediatria**. Rio de Janeiro, 2001; 23(3): 258-63.

JURUENA, G. S.; FRÖEMMING, M. B.; Malfatti, C. R. M. Aleitamento materno e prevenção de doenças em crianças no primeiro ano de vida. **Rev. Cinergis**. Vol 8, n. 1, p. 9-15 Jan/Jun, 2007.

MASCARENHAS et al. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, 2006. vol. 82, n. 4, p. 289-94.

MEDEIROS, A. M. C.; SANTOS, J. C. J.; SANTOS, D. A. R.; BARRETO, I. D. C.; ALVES, Y. V. T. Acompanhamento fonoaudiológico do aleitamento materno em recém-nascidos nas primeiras horas de vida. **Audiol Commun. Res.** 2017; 22:1856.

MOCELLIN, L. Infecções das vias aéreas superiores. **Revista Brasileira de Medicina**. 2011; 68(2): 82-7.

NADAL, L. F. Investigação das práticas maternas sobre aleitamento materno e sua relação com a infecção de vias aéreas superiores e otite média. **Revista CEFAC**. Paraná, 2017 Maio-Jun; 19(3):387-394.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância. UNICEF; IBFAN Brasil. Setembro de 2005.

PARIZOTTO, J.; ZORZI, N. T.; Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **Mundo Saúde** 2008; 32(4):466-74.

PASSANHA, A.; CERVATO-MANCUSO, A. M.; SILVA, M. E. M. P. Elementos protetores do leite materno na prevenção de doenças gastrointestinais e respiratórias. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** vol.20 no.2 São Paulo ago. 2010.

REGO, J. D. Aleitamento Materno. **2º ed. Atheneu**. São Paulo, 2006.

RODRIGUES, M. E. S M.; FONTES, M. J. F. Infecções Respiratórias Agudas. **Pediatria Ambulatorial**, p. 446 - 56. Belo Horizonte, 2013.

SETÚBAL, J. L. Benefícios do leite materno no sistema imunológico do bebê. **Academia Americana de Pediatria**, 2011.

SOUZA, T. O.; BISPO, T. C. Aleitamento materno exclusivo e o programa saúde da família da Chapada, município de Aporá (BA). **Revista Baiana de saúde pública**, vol. 31, n. 1, p. 38-51. jan./jun. 2007.

VILELA, M. M. S.; LOTUFO, J. P. A criança com infecção de repetição das vias aéreas superiores (rinites, otites, sinusites). São Paulo: **Atheneu**. 2004.

VOLPINI, C. C. A.; MOURA, E. C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Rev Nutr** - 2005; 18(3):311-9.

APÊNDICE 01

1. Até que série você estudou?

- ☐ Sem escolaridade
- ☐ Ensino fundamental incompleto
- ☐ Ensino fundamental completo
- ☐ Ensino médio/técnico incompleto
- ☐ Ensino médio/técnico completo
- ☐ Ensino superior incompleto
- ☐ Ensino superior completo
- ☐ Pós-graduação
- ☐ Não sabe/Não respondeu

2. Você trabalha?

- ☐ Sim, profissão: _____
- ☐ Não

3. Qual é a renda na sua casa?

- ☐ Sem renda
- ☐ Até 1 salário mínimo
- ☐ Entre 1 e 2 salários mínimos
- ☐ Entre 2 e 3 salários mínimos
- ☐ Entre 3 e 4 salários mínimos
- ☐ Acima de 4 salários mínimos
- ☐ Não sabe/Não respondeu

4. Quantos filhos você tem? (contando com o atual)

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ Mais de 3: _____

5. Seu bebê nasceu com quantas semanas? _____

6. Qual a idade atual do bebê? Ano: _____ Meses: _____

7. Você fez acompanhamento pré-natal?

- ☐ Sim, na UBS
- ☐ Sim, outro local: _____
- ☐ Não

8. Você recebeu orientações fonoaudiológicas no pré ou pós natal?

- ☐ Sim, sobre a amamentação
- ☐ Sim, sobre a audição
- ☐ Sim, outras _____
- ☐ Não

9. Você amamentou, se sim até quantos meses?

- ☐ 1 mês ☐ 2 meses ☐ 3 meses
- ☐ 4 meses ☐ 5 meses ☐ 6 meses
- ☐ Mais de 6 meses

10. Você ainda está amamentando?

- ☐ Sim, dou apenas o leite materno
- ☐ Sim, mas já introduzi outros alimentos
- ☐ Não, qual o motivo _____

11. Como posiciona(va) seu filho durante a alimentação?

- ☐ Deitado
- ☐ Inclinado

☐ Sentado

☐ Em pé

☐ Outra: _____

12. Você já guardou o leite para oferecê-lo em outro momento a seu filho?

- ☐ Sim. Como? _____
- ☐ Não.

13. O que você usa para alimentar de seu filho?

- ☐ Mamadeira. Desde _____ meses.
- ☐ Copo/xícara. Desde _____ meses.
- ☐ Seringa. Desde _____ meses.
- ☐ Colher. Desde _____ meses.
- ☐ Outros: _____. Desde ____ meses.
- ☐ Apenas o seio.

14. Você oferece algum substituto do leite materno ao seu filho?

- ☐ Fórmula infantil. Desde _____ meses.
- ☐ Leite de vaca. Desde _____ meses.
- ☐ Leite de vaca com maisena. Desde _____ meses.
- ☐ Leite de vaca com água. Desde _____ meses.
- ☐ Leite de outra mãe que esteja amamentando. Quem: _____

15. Desde quando oferece outros alimentos, como leite artificial e/ou leite de vaca?

- ☐ 1 mês ☐ 2 meses ☐ 3 meses
- ☐ 4 meses ☐ 5 meses ☐ 6 meses
- ☐ Acima de 6 meses

16. Seu filho já teve ou tem infecção de ouvido (otite)?

- ☐ Sim, com quantos meses foi a primeira infecção _____
- ☐ Não

17. Seu filho teve ou tem infecção de vias aéreas superiores (IVAS)?

- ☐ Sim, com quantos meses foi a primeira infecção _____
- ☐ Não

18. Seu filho tem alguma dessas doenças:

- ☐ Bronquite
- ☐ Asma
- ☐ Renite
- ☐ Outras _____

19. Seu bebê já foi exposto a algum desses fatores?

- ☐ Fumaça de cigarro
- ☐ Umidade
- ☐ Crianças com problemas respiratórios

20. Há familiares/outros filhos com histórico de IVAS e/ou infecção de ouvido?

- ☐ Sim. Qual: _____
- ☐ Não

21. Foi necessário fazer tratamento medicamentoso?

- ☐ Antibiótico (as) Qual (as) _____
- ☐ Receitas caseiras
- ☐ Chás
- ☐ Inalação