



Revista Cuidarte

ISSN: 2216-0973

ISSN: 2346-3414

Programa de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Santander UDES

Pinheiro Barbosa, Késya Irene; Conceição, Sueli Ismael Oliveira da
Fatores sociodemográficos maternos associados ao aleitamento materno exclusivo
Revista Cuidarte, vol. 11, núm. 1, e811, 2020, Janeiro-Abril
Programa de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Santander UDES

DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.811>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359565269012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UDEM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Fatores sociodemográficos maternos associados ao aleitamento materno exclusivo

Maternal sociodemographic factors associated with exclusive breastfeeding

Factores sociodemográficos maternos asociados con la lactancia materna exclusiva

Késya Irene Pinheiro Barbosa¹, Sueli Ismael Oliveira da Conceição²

Histórico

Recibido:

18 de marzo de 2019

Aceptado:

28 de noviembre de 2019

¹ Fundação Educacional Machado de Assis. E-mail: késya.irene@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7314-8095>

² Universidade Federal do Maranhão. Autor de Correspondência. E-mail: sueli.ismael@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0001-6773-2888>

Resumo

Introdução: O aleitamento materno é essencial para o crescimento e desenvolvimento adequados do lactente por sua composição energética e nutricional, pelos fatores imunológicos e por ser seguro, sob o aspecto higiênico-sanitário. **Objetivo:** Avaliar os fatores sociodemográficos maternos associados ao aleitamento materno exclusivo. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal conduzido com 143 binômios mãe/filho menor de 24 meses de idade assistidos em quatro Unidades Básicas de Saúde de São Luís (MA). Aplicou-se um primeiro formulário para coletar dados socioeconômicos e demográficos dos binômios mãe-filho menor de 24 meses. O segundo formulário foi respondido por 75 mães em interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. Avaliou-se o tempo do aleitamento materno exclusivo, a assistência pré-natal e pós-parto à mulher, o apoio social na amamentação e a influência do uso de chupetas e mamadeiras na interrupção do aleitamento materno exclusivo. O Teste Exato de Fisher verificou a associação entre as variáveis. **Resultados:** Observou-se que 33,3% das crianças mantiveram a amamentação exclusiva até o sexto mês e o seu tempo foi maior (93,3%) entre as que eram beneficiárias de algum programa social. **Discussões e Conclusões:** A baixa frequência do tempo de aleitamento materno exclusivo nas crianças mostrou a necessidade de desenvolvimento de estratégias de incentivo à amamentação no âmbito da Atenção Primária em Saúde, de modo a contribuir para a qualificação da assistência nutricional e do pré-natal. **Palavras chave:** Aleitamento Materno; Nutrição da Criança; Lactente; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Introduction: Breastfeeding is essential for the proper growth and development of children due to its energy and nutritional composition, immunological factors, and safety from a hygienic and health perspective. **Objective:** In light of this, this study aimed to assess the maternal sociodemographic factors associated with exclusive breastfeeding. **Materials and Methods:** A cross-sectional study was conducted with 143 pairs of mother-child less 24 months of age that were assisted in four Primary Healthcare Centers in São Luís (MA). The first form was used to collect socioeconomic and demographic data from mother-child pairs. The second form was answered by 75 mothers with early cessation of exclusive breastfeeding. The duration of exclusive breastfeeding, antenatal and postpartum care for women, social support in breastfeeding and the influence of the use of pacifiers and bottles on the cessation of exclusive breastfeeding were assessed. Fisher's Exact Test was used to check the association between the variables. **Results:** It was observed that 33.3% of children had exclusive breastfeeding for the first six months and that breastfeeding time was longer (93.3%) among those children who benefited from social programs. **Discussion and Conclusions:** The low frequency of exclusive breastfeeding time in children revealed the need to develop strategies to encourage breastfeeding in primary healthcare so that it can contribute to the qualification of nutritional and prenatal care. **Key words:** Breast Feeding; Child Nutrition; Infant; Primary Health Care.

Resumen

Introducción: La lactancia materna es esencial para el crecimiento y desarrollo adecuados del bebé debido a su composición energética y nutricional, a los factores inmunológicos y a su seguridad bajo los aspectos higiénicos y sanitarios. **Objetivo:** Dado lo anterior, este estudio tuvo como objetivo evaluar los factores sociodemográficos maternos asociados con la lactancia materna exclusiva. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal realizado con 143 binomios madre-hijo menores de 24 meses de edad asistidos en cuatro Unidades Básicas de Salud de São Luís (MA). Se aplicó un primer formulario para recopilar datos socioeconómicos y demográficos de los binomios madre-hijo menores de 24 meses. El segundo formulario fue respondido por 75 madres con interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva. Se evaluó la duración de la lactancia materna exclusiva, la atención prenatal y el posparto para las mujeres, el apoyo social en la lactancia materna y la influencia del uso de chupetes y biberones en la interrupción de la lactancia materna exclusiva. El Test Exacto de Fisher verificó la asociación entre las variables. **Resultados:** Se observó que el 33,3% de los niños mantuvieron la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes y su tiempo fue más largo (93,3%) entre quienes se beneficiaron de algún programa social. **Discusión y Conclusiones:** La baja frecuencia del tiempo de lactancia materna exclusiva en los niños mostró la necesidad de desarrollar estrategias para alentar la lactancia materna en la Atención Primaria de Salud, a fin de contribuir a la calificación de la atención nutricional y prenatal. **Palabras clave:** Lactancia Materna; Nutrición del Niño; Lactante; Atención Primaria de Salud.

Como citar este artículo: Barbosa KIP, Conceição SIO. Fatores sociodemográficos maternos associados ao aleitamento materno exclusivo. Rev Cuid. 2020; 11(1): e811. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.811>



©2020 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno (AM) é essencial para o crescimento e desenvolvimento adequados do lactente, devido aos seus benefícios nutricionais, imunológicos e ao fácil acesso. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil (MS), o aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses de idade da criança, com inserção gradativa de alimentos complementares após esse período^{1,2}.

Compreende-se como Aleitamento Materno Exclusivo (AME) quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem adição de outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos².

No mundo, apenas 35,0% das crianças são amamentadas exclusivamente durante os primeiros quatro meses de vida³. No Brasil, essa prevalência é de 41%, com frequência semelhante na região Nordeste (37%) e mais elevada no município de São Luís - MA (46,7%)⁴. Evidencia-se que essas prevalências de AME estão aquém da frequência igual ou maior a 50% preconizada pela OMS⁵.

A interrupção precoce do AME acarreta diversos prejuízos à saúde da criança, relacionando-se ao aumento do risco e frequência de infecções gastrointestinais, doenças respiratórias, alergias, dentre outras doenças⁶. Esta prática está associada a diversos fatores como maternidade precoce, baixo nível educacional e socioeconômico materno, baixa qualidade da assistência nos serviços de saúde, ausência ou carência de apoio social⁷, entre outros.

Nas últimas décadas, várias iniciativas têm sido adotadas no âmbito das políticas públicas

nacionais de saúde visando à promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno. No entanto, atingir as frequências ideais de tempo de AME ainda é um desafio⁸.

Diante do exposto, conhecer o tempo de AME em crianças atendidas nos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) e as causas que podem influenciar a sua prática é importante, de modo a contribuir com o desenvolvimento de ações para a sua promoção, proteção e apoio. “Desse modo, este estudo teve como objetivo verificar os fatores sociodemográficos maternos associados ao AME no binômio mãe-filho menor de 24 meses de idade assistido em Unidades Básicas de Saúde, em São Luís, Maranhão”.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter transversal e descritivo, vinculado à pesquisa “Avaliação nutricional de crianças menores de dois anos de idade e fatores associados ao desmame precoce”, realizado no município de São Luís (MA), pela Universidade Federal do Maranhão.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde 71,2% da população brasileira é cobertura pela rede do Sistema Único de Saúde (SUS)⁹, cujo natureza do atendimento é pública. As UBS fazem parte da rede de APS, a qual representa o primeiro nível de acesso do usuário ao SUS e desenvolve ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde¹⁰. O município de São Luís possui 47 Unidades Básicas de Saúde (UBS), abrangendo 40,8% de seu território, com 104 Estratégias de Saúde da Família (ESF)¹¹. As UBS estão distribuídas em sete Distritos Sanitários e desses, quatro foram sorteados para integrarem este estudo. Em seguida, uma UBS de cada Distrito Sanitário foi sorteada com probabilidade proporcional ao

número de ESF existentes, totalizando, assim, quatro UBS.

A população investigada constitui-se por 300 binômios mãe-filho menor de 24 meses de idade atendidos mensalmente nas quatro UBS, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica¹¹. Para o cálculo do tamanho amostral, considerou-se o erro de 5% na estimativa, prevalência esperada de 46,7% de AME⁴, intervalo de confiança de 95% resultando a amostra em 168. A este valor somou-se mais 10% e, considerando-se as possíveis perdas, a amostra resultou em 185 binômios mãe-filho. Uma vez que o número de indivíduos atendidos nas UBS foi distinto, realizou-se a amostragem estratificada em cada unidade.

Participaram deste estudo os binômios mãe-filho menor de 24 meses que foram acompanhados nas UBS. Não foram incluídas crianças menores de 24 meses que se encontravam em AME no momento da pesquisa e àquelas não amamentadas, devido a alguma das contraindicações ao aleitamento materno, tais como: as portadoras de galactosemias e mães com infecção por HIV, HTLV1, HTLV2, herpes, varicela, doença de Chagas, uso de drogas ilícitas e medicamentos incompatíveis com a amamentação².

Ao longo do estudo ocorreram 22,7% de perdas na amostra, sendo 5,4% por recusa dos entrevistados e 17,3% de formulários com inconsistência nas respostas obtidas. Desse modo, a amostra final resultou em 143 binômios mãe-filho.

Antecedendo a coleta de dados realizou-se um estudo piloto com cinco binômios mãe-filho menor de 24 meses, em uma UBS de São Luís que não fez parte da amostra original. O estudo piloto teve como objetivo avaliar e adequar os instrumentos e a logística da pesquisa.

A coleta de dados foi conduzida por entrevistado-

ras treinadas com as mães das crianças menores de 24 meses, no período de dezembro de 2015 a julho de 2016. As entrevistas foram realizadas na sala de espera dos ambulatorios das UBS, por meio de sorteio aleatório, selecionando-se uma a cada três mães.

Devido à baixa demanda espontânea de mães de crianças com menos de 24 meses de idade, em duas das UBS, as entrevistas foram conduzidas nos seus domicílios. Para tanto, obteve-se a listagem de atendimento domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde vinculados às UBS, afim de identificar a sua área de cobertura e os endereços das residências. Em seguida, fez-se sorteio aleatório de uma a cada três famílias com crianças na faixa etária de interesse para a condução das entrevistas.

Por meio de um formulário pré-codificado, coletou-se informações para identificação das crianças e das mães entrevistadas, além das condições socioeconômicas, demográficas e a duração do AME, tais como: sexo da criança (masculino e feminino), idade da criança em meses (< 6, 6 a 11 e 12 a 23), cor da pele da criança referida pela mãe (branca, negra e parda), idade materna em anos (≤ 19 , 20 a 34 e ≥ 35), escolaridade materna em anos (< 9, 9 a 11, 12 a 15 e ≥ 16), estado civil materno (com e sem companheiro), número de filhos (até 2 e 3 a 5), família beneficiária de programa social (sim e não), tipo de programa social (Programa Bolsa Família, Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, beneficiário de mais de um programa social e outros programas) e duração do aleitamento materno exclusivo em meses (< 6 meses, 6 meses e > 6 meses).

Para a identificação da classe econômica da família dos binômios mãe-filho, utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), o qual foi categorizado em A e B; C; D e E¹².

A aplicação do segundo bloco do formulário foi conduzida com 75 binômios mãe/filho biológico em interrupção precoce do AME. A opção pela mãe biológica se justifica pelo fato da OMS³ e o MS do Brasil contraindicarem a amamentação cruzada. Essa prática consiste em se oferecer à criança leite humano de outra mulher, sem que o alimento seja submetido ao processo de pasteurização, o que pode desencadear a transmissão de doenças infectocontagiosas à criança¹³. Desse modo, as mães foram questionadas sobre o tempo (em meses) que mantiveram o AME e considerou-se como a interrupção precoce dessa prática, quando ela ocorreu antes dos seis meses de vida da criança¹.

O formulário adotado possibilitou verificar a assistência pré-natal e pós-parto à mulher, intercorrências mamárias, apoio social recebido pela nutriz e uso de artefatos pela criança que dificultam a amamentação. Para tanto, as variáveis e as categorizações adotadas foram: realização do pré-natal (sim e não), número de consultas pré-natais (5 ou menos e 6 ou mais), orientações recebidas durante o pré-natal sobre aleitamento materno (1 a 2 vezes, 3 ou mais vezes e não), sobre o posicionamento da criança (1 a 2 vezes, 3 ou mais vezes e não) e acerca dos cuidados com as mamas (1 a 2 vezes, 3 ou mais vezes e não), número de visitas da equipe de lactação na maternidade (1 a 2 vezes, 3 ou mais vezes e não), problemas nas mamas: mastite, ingurgitamento dor na sucção, fissuras e outros (sim e não), apoio do companheiro (sim e não) e de pessoas do convívio materno para amamentar (mãe, sogra, irmãos, avós e não), uso de mamadeiras (sim e não) e chupetas pelas crianças (sim e não).

A pesquisa que originou este estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, de acordo com a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e sob

parecer consubstanciado nº 1.284.451 do ano de 2015. Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados obtidos foram processados no Programa Microsoft Office Excel®, versão 2013 e analisados no software STATA®, versão 12.0. No tratamento estatístico avaliou-se a normalidade das variáveis quantitativas por meio da análise descritiva e do teste de Shapiro Wilk. As variáveis quantitativas com distribuição normal foram apresentadas por meio de média e desvio padrão e as com distribuição não normal, por meio de medianas e percentis.

As variáveis qualitativas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas e analisadas através do teste do Exato de Fisher. A associação entre as variáveis foi considerada significativa quando o valor de p (p -value) foi menor que 0,05.

RESULTADOS

O estudo mostrou que das 143 crianças avaliadas, a maior frequência foi do sexo feminino (56,6%), com idades entre 12 a 23 meses (57,3%), com média etária de 12,4 meses ($\pm 5,9$) e com cor da pele parda (65%). Referente às mães predominaram àquelas com idades de 20 a 34 anos (75,5%), com 12 a 15 anos de estudo (61,5%), que tinham companheiro (72,7%) e com até dois filhos (83,9%). Dentre as famílias das crianças, maior proporção pertencia à classe econômica C (65,5%) e eram beneficiárias de algum programa social (80,4%). A maior frequência de mães relatou ser beneficiária de mais de um programa (46,9%), seguido do Programa Nacional de Suplementação da Vitamina A – PNSVA (35,7%). Dentre as crianças avaliadas 33,3% foram amamentadas exclusivamente até os seis meses de vida ([Tabela 1](#)).

Tabela 1. Características socioeconômicas, demográficas do binômio mãe-filho e de alimentação das crianças menores de 24 meses de idade. São Luís (MA), 2015-2016

Variáveis	n	%
Sexo (n= 143)		
<i>Masculino</i>	62	43.4
<i>Feminino</i>	81	56.6
Idade (meses) (n= 143)		
<i>< 6</i>	20	14.0
<i>6 a 11</i>	41	28.7
<i>12 a 23</i>	82	57.3
Cor da pele da criança (n= 143)		
<i>Negra</i>	8	5.6
<i>Parda</i>	93	65.0
Idade materna (anos) (n= 143)		
<i>≤ 19</i>	15	10.5
<i>20 a 34</i>	108	75.5
<i>≥ 35</i>	20	14.0
Anos de estudo materno (anos) (n= 143)		
<i>< 9</i>	4	2.8
<i>9 a 11</i>	38	26.6
<i>12 a 15</i>	88	61.5
<i>≥ 16</i>	13	9.1
Estado civil materno (n= 143)		
<i>Com companheiro</i>	104	72.7
<i>Sem companheiro</i>	39	27.3
Número de filhos (n= 143)		
<i>Até 2</i>	120	83.9
<i>3 a 5</i>	23	16.1
Classe econômica (n= 142)		
<i>A e B</i>	12	8.4
<i>C</i>	93	65.5
<i>D e</i>	37	26.1
Família beneficiária de programa social (n= 143)		
<i>Sim</i>	115	80.4
<i>Não</i>	28	19.6
Tipo de programa social (n= 115)		
<i>Programa Bolsa Família</i>	16	13.9
<i>Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A</i>	41	35.7
<i>Beneficiário de mais de um programa social</i>	54	46.9
<i>Outros programas</i>	4	3.5
Tempo do aleitamento materno exclusivo (meses) (n= 135)		
<i>< 6 meses</i>	84	62.2
<i>6 meses</i>	45	33.3
<i>> 6 meses</i>	6	4.5

Fonte: Elaboração dos autores

Na [Tabela 2](#), pode-se observar que dentre as mães que interromperam precocemente o aleitamento materno exclusivo, 97,3% delas realizaram o pré-natal e destas 76,7% se submeteram a seis ou mais consultas. Durante o pré-natal a maior parcela de mães não recebeu orientações sobre amamentação (52,1%), acerca do posicionamento adequado da criança para ser amamentada (52,8%) e quanto aos cuidados que deveriam ter com as mamas (68,5%). Além disso, 44% das mães não receberam

visitas da equipe de lactação durante sua internação na maternidade, 61,3% desenvolveram problemas nas mamas, 66,7% receberam apoio do companheiro durante amamentação e o apoio mais frequente, entre outras pessoas do seu convívio, foi da mãe da nutriz (41,3%). Verificou-se também que o maior segmento das crianças fez uso de mamadeira (66,7%) e não utilizou chupeta durante a amamentação (70,7%).

Tabela 2. Assistência pré e pós-parto à mulher, apoio social à nutriz e uso de bicos artificiais por crianças menores de 24 meses em interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. São Luís (MA), 2015-2016

Variáveis	n	%
Pré-natal (n= 75)		
Sim	73	97.3
Não	2	2.7
Número de consultas pré - natais (n=73)		
5 ou menos	17	23.3
6 ou mais	56	76.7
Orientação sobre Aleitamento Materno (n=71)		
1 a 2 vezes	19	26.8
3 ou mais vezes	15	21.1
Não	37	52.1
Orientação posicionamento da criança na mama (n=72)		
1 a 2 vezes	19	26.4
3 ou mais vezes	15	20.8
Não	38	52.8
Orientação sobre cuidados das mamas (n=73)		
1 a 2 vezes	13	17.8
3 ou mais vezes	10	13.7
Não	50	68.5
Visita da equipe de lactação na maternidade (n=75)		
1 a 2 vezes	23	30.7
3 ou mais vezes	19	25.3
Não	33	44.0
Problemas nas mamas (n=75)		
Sim	46	61.3
Não	29	38.7
Apoio do companheiro durante a amamentação (n=75)		
Sim	50	66.7
Não	25	33.3
Apoio de pessoas do convívio materno durante a amamentação (n=75)		
Mãe	31	41.3
Sogra	9	12.0
Irmãos, avós e outros	18	24.0
Não	17	22.7
Uso de mamadeira (n=75)		
Sim	50	66.7
Não	25	33.3
Uso de chupeta (n=75)		
Sim	22	29.3
Não	53	70.7

Fonte: Elaboração dos autores

A Tabela 3 aponta que houve associação estatística significativa entre a variável tempo de AME e a família da criança ser beneficiária de programa social. Observou-se elevada frequência de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida das crianças dentre as mães que relataram ser be-

neficiárias de programa social (93,3%) (p -valor= 0,010). Não houve associação estatística significativa entre o tempo de AME e as variáveis maternas como: idade anos de estudos, estado civil, número de filhos e classe econômica ($p>0,05$).

Tabela 3. Tempo de aleitamento materno exclusivo segundo características socioeconômicas e demográficas maternas. São Luís (MA), 2015-2016

Características	Tempo de Aleitamento Materno Exclusivo						<i>p-valor</i>
	< 6 meses		6 meses		> 6 meses		
	N	%	n	%	n	%	
	(n= 84)		(n= 45)		(n= 6)		
Idade materna (anos)							0.134
≤ 19	11	13.1	3	6.7	0	0.0	
20 a 34	66	78.6	33	73.3	4	66.7	
≥ 35	7	8.3	9	20.0	2	33.3	
Anos de estudo materno							0.669
< 9	4	4.8	0	0.0	0	0.0	
9 a 11	23	27.4	11	24.4	1	16.7	
12 a 15	51	60.7	29	64.5	4	66.7	
≥ 16	6	7.1	5	11.1	1	16.6	
Estado civil materno							0.293
Com companheiro	57	67.9	36	80.0	4	66.7	
Sem companheiro	27	32.1	9	20.0	2	33.3	
Número de filhos							0.566
Até 2	70	83.3	40	88.9	5	83.3	
3 a 5	14	16.7	5	11.1	1	16.7	
Classe econômica							0.356
A e B	6	7.1	3	6.8	2	33.3	
C	56	66.7	30	68.2	3	50.0	
D e E	22	26.2	11	25.0	1	16.7	
Família beneficiária de programa social							0.010
Sim	66	78.6	42	93.3	3	50.0	
Não	18	21.4	3	6.7	3	50.0	

* Teste Exato de Fisher

Fonte: Elaboração dos autores

DISCUSSÃO

Este estudo apresentou baixa frequência da prática do AME em crianças menores de 24 meses e dentre as famílias das crianças beneficiárias de algum programa social se evidenciou maior tempo de AME.

O tempo de AME obtido nesta pesquisa (33,3%) se assemelhou aos resultados da investigação conduzida com 1814 crianças menores de 24 meses, em Guarapuava (PR), em que os autores observaram 36% de AME¹⁴. Contudo, a prevalência encontrada neste estudo ficou abaixo do recomendado pela OMS (50%)⁵ e foi menor que a prevalência de 42,9% observada em um estudo de coorte realizado no município de São Luís (MA), com 3.306 binômios mãe/lactente menor de 36 meses¹⁶.

É reconhecido que a prática do desmame precoce induz à introdução antecipada da alimentação complementar e está associada a oferta de alimentos com baixo conteúdo energético. A alimentação complementar em tempo inoportuno pode ser fator de risco para o desenvolvimento de infecções virais, bacterianas e parasitárias; interferir na absorção de nutrientes e dificultar o desenvolvimento adequado da criança⁶. Desse modo, a baixa prevalência de AME apresentada nesta pesquisa aponta para a necessidade de se adotar medidas de incentivo a essa prática. Essas ações devem ser difundidas continuamente na rotina dos serviços de APS pelos profissionais e gestores de saúde, visando a maior sensibilização de gestantes, nutrizes e familiares; e, assim, contribuir com o aumento da frequência de crianças amamentadas exclusivamente até os seis meses de vida.

O presente estudo mostrou que a inserção da fa-

mília das crianças em programas sociais contribuiu para a manutenção do AME até os seis meses de vida. Entretanto, a escassez de pesquisas que relacionaram a duração do AME em crianças beneficiárias de programas sociais, impossibilitou a comparação deste achado com os de outros autores. Pode-se supor que a participação das crianças deste estudo no PNSVA, cuja estratégia é suplementá-las com megadoses de vitamina A; e da sua família no Programa Bolsa Família, o qual abrange a transferência de renda, de outras ações; possa ter contribuído positivamente no maior tempo de AME. Cabe destacar, que ambos os programas são implementados na rotina das UBS e apresentam como medidas educativas o incentivo ao aleitamento materno e promoção da alimentação adequada e saudável. Essas abordagens são socializadas pelas equipes de saúde às gestantes, nutrizes, mães ou responsáveis pelas crianças. Além disso, esses programas contribuem com o acompanhamento regular da saúde das crianças nas UBS^{16,17}.

Destaca-se também que, o governo brasileiro em consonância com a Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças na Primeira Infância³, fomenta o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno e outras ações que visam o apoio, promoção e proteção do AME, tais como: a licença maternidade de 120 dias, a licença paternidade de cinco dias, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança⁸, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL)¹⁸, dentre outras, as quais devem ser implementadas nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Estas iniciativas, quando implementadas na APS, contribuem também para a melhoria dos indicadores de saúde na primeira infância.

A duração do AME está associada a diversos fatores sociodemográficos maternos como a idade, escolaridade, estado civil, paridade, renda, dentre outros. Pesquisas mostram que mães que possuem experiência prévia em amamentação, com 20 ou mais anos de idade, situação conjugal estável e com escolaridade e renda mais elevadas tendem a manutenção do AME por mais tempo^{19,20}. Por outro lado, às nutrizes mais jovens, primíparas, com menor escolaridade e baixa renda; em decorrência da falta de informação e da menor experiência, aliada a menor ou à inexistência de apoio social durante a amamentação, tendem a interromper o AME precocemente²¹. Entretanto, no presente estudo não se observou associação estatística significativa entre a idade e escolaridade materna; número de filhos, classe econômica e o tempo de AME.

A realização do pré-natal é indispensável no sentido de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do feto, assim como, a saúde da gestante. Para que este seja considerado satisfatório recomenda-se que a gestante compareça ao mínimo de seis consultas pré-natais e uma no puerpério²². Esta investigação apresentou elevada frequência de mães em interrupção precoce do AME, apesar da grande parcela delas ter realizado o pré-natal e comparecido à seis ou mais consultas. Chama a atenção, que elevada frequência das mães investigadas não recebeu orientações durante o pré-natal acerca da amamentação, quanto ao posicionamento da criança para mamar, sobre os cuidados com as mamas e, que durante o pós-parto, não recebeu visitas da equipe de lactação da maternidade. Estes achados são preocupantes, pois levam a questionar a qualidade da assistência pré-natal e pós-parto prestada a essas mulheres.

Ressalta-se que as orientações sobre o AM e o manejo da lactação devem socializadas continuamente nas consultas pré-natais e no pós-parto da mulher²². Além disso, estudos mostram que mães que não foram bem informadas sobre amamentação planejam amamentar por menos tempo^{21,23}.

Merece também destacar que as condições das mamas exercem influência na duração do AME, visto que a presença de fissuras, dor na sucção, ingurgitamento e mastite podem desencadear o desmame precoce²⁴. Assim, entre as mães pesquisadas que interromperam precocemente o AME, elevada parcela apresentou problemas nas mamas, como dor na sucção, fissuras e ingurgitamento durante a amamentação. Este achado se assemelhou aos resultados de um estudo conduzido com 261 crianças menores de seis meses, em São Paulo (SP). Os autores identificaram que a dificuldade para amamentar está relacionada com a interrupção do AME em 31% dos casos, ocasionada pela dor ao amamentar decorrente de traumas mamilares²⁵. Ressalta-se, assim, a importância da atuação dos profissionais de saúde na prevenção e manejo das intercorrências mamárias na lactação. Diante da identificação e tratamento precoce desses problemas será possível contribuir com a maior duração do AME²⁶.

A decisão da nutriz em amamentar é coletiva e envolve a família, os profissionais de saúde, empregadores, a mídia e a comunidade²⁷. Ao se tratar da influência do núcleo familiar (companheiro, mãe, sogra, irmãos, avós e outros), quando ela é favorável à manutenção da amamentação, pode refletir em um estímulo positivo na nutriz em cuidar e manter lactente em AME por mais tempo^{20,23}. Contudo, membros da família também

podem interferir negativamente sobre o tempo de AME, quando funcionam como veículos de transmissão de crenças, experiências e práticas contrárias à amamentação²⁸. Diante dessas evidências, chama a atenção a elevada parcela de nutrizes que, mesmo recebendo apoio do companheiro e de pessoas do seu convívio social como, mãe, sogra, irmãos e avós durante a lactação, optaram por interromper o AME precocemente. Diante disso, observa-se que a inserção das gestantes, nutrizes e de suas famílias em estratégias educativas de promoção ao AME é de suma importância. Possivelmente, o grupo estará munido de informações e as nutrizes estarão empoderadas de conhecimento e mais confiantes para a prática da amamentação e não cederão aos apelos desfavoráveis ao AME.

Em relação aos bicos artificiais, maior frequência das crianças investigadas fez uso de mamadeiras durante a amamentação (66,7%) e esse valor foi mais elevado que o observado em um estudo nacional (58,4%)⁴. O uso de bicos artificiais por lactentes deve ser evitado³, pois a substituição da amamentação natural pelo uso da mamadeira gera prejuízos à saúde, ao desenvolvimento do sistema oral motor da criança e contribui com a interrupção da amamentação²⁸. Pesquisa conduzida com 9474 nutrizes, em Belo Horizonte (MG) constatou que a prevalência do AME é menor entre os lactentes que usam mamadeiras (13,5%)²⁹.

Cabe ressaltar que o uso de bicos artificiais está relacionado a diversos fatores como, a carência de informações a respeito dos seus malefícios e à questão sociocultural, onde a mídia e o apoio social podem exercer forte influência sobre a nu-

triz³⁰. Diante disso, práticas que visam difundir para a sociedade informações sobre os malefícios do uso de bicos artificiais por crianças fazem-se necessárias. Nesse contexto, a NBCAL, é uma lei que estabelece no Brasil critérios para a promoção comercial de produtos destinados aos lactentes e à criança na primeira infância como, formulas lácteas, mamadeiras, bicos e chupetas. Seu objetivo é contribuir com a promoção, apoio e proteção da amamentação e coibir a interferência destes artefatos na prática do aleitamento materno¹⁸. Para tal ela deve ser implementada e monitorada continuamente.

Este estudo apresentou como limitação a obtenção de informações auto referidas, as quais estão sujeitas a viés de memória dos entrevistados. Para minimizar essa limitação, elaborou-se um manual para orientar a coleta de dados, a equipe de entrevistadores foi treinada e realizou-se o piloto para verificar a adequação do formulário de coleta de dados e a logística do estudo. Como aspecto positivo, o estudo possibilitou ampliar o conhecimento acerca dos fatores envolvidos na duração do AME.

CONCLUSÕES

Neste estudo houve baixa prevalência do AME, alta frequência de intercorrências mamárias e elevada proporção das mulheres não recebeu orientações sobre a amamentação e acerca do manejo da lactação durante o pré-natal. Estes achados apontam para a necessidade de sensibilização dos profissionais e gestores de saúde para que as ações de promoção, apoio e proteção ao AME sejam implementadas continuamente nos diferentes pontos da Rede de Atenção ao SUS. Para

tal, é essencial a organização da Atenção Nutricional na APS e nas maternidades, a fim de que os profissionais de saúde qualificados possam ser multiplicadores do AME para gestantes, nutrízes e seus familiares. Se essa prática for consolidada poderá contribuir com o aumento do tempo de AME e gerar impactos positivos na saúde da criança.

A inserção das famílias das crianças em programas sociais se associou com a maior frequência de AME até os seis meses de vida. Desse modo, os programas referidos pelos entrevistados, além de serem estratégias válidas para a proteção social dos grupos vulneráveis, contribuem com a melhoria dos indicadores de saúde dos seus beneficiários, por meio das ações de vigilância alimentar e nutricional na APS.

Conflito de interesses: Os autores declaram que não houve conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). *Infant and young child feeding: A tool for assessing national practices, policies and programmes*. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/infassessnppeng.pdf>
2. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: Aleitamento materno e alimentação complementar*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015; 184 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).
3. World Health Organization (WHO). *Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância*. Geneva: WHO, 2003.
4. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009; 108 p.: il.
5. World Health Organization (WHO). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 3: Country profiles*. Geneva: WHO, 2010.
6. Schincaglia MR, Oliveira CA, Sousa ML, Martins AK. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015; 24(3): 465-74. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300012>
7. Machado MCM, Assis KF, Oliveira FCC, Ribeiro AQ, Araújo RMA, Cury AF, et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. *Rev. Saúde Pública*. 2014; 48(6): 985-94. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005340>
8. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Brasília: *Ministério da Saúde*, 2017; 68 p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf
9. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015; 100 p. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/09/PNS-2013-1.pdf>
10. Brasil. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro DE 2017. Brasília: Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
11. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. [homepage on the Internet]. Parâmetro de cobertura utilizado na PNAB, IDSUS e COAP. [capturado: 2015 dez 10]; Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>
12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Alterações no Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB. São Paulo: ABEP, 2015.
13. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006*. Brasília: Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/res0171_04_09_2006.%20pdf/086680c6-2a27-4629-ba6f-f4f41cef14c3
14. Saldan PC, Venancio SI, Saldiva SRDM, Pina JC, Mello DF. Breastfeeding practices of children under two years of age based on World Health Organization indicators. *Rev. Nutr*. 2015; 28(4): 409-20. <https://doi.org/10.1590/1415-52732015000400007>
15. Rieth NFA, Coimbra LC. Caracterização do aleitamento materno em São Luís, Maranhão. *Rev Pesq Saúde*. 2016; 17(1): 7-12.
16. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Alimentação e nutrição para as famílias do programa bolsa família: manual para os agentes comunitários de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010; 36 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
17. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Brasília: Ministério da Saúde, 2013; 34 p.: il.

18. **Brasil.** Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Brasília: *Diário Oficial da União*, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11265.htm
19. **Vieira GO, Reis MR, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR.** Trends in breastfeeding indicators in a city of north eastern Brazil. *Jornal de Pediatria*. 2014; 91(3): 270-7. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2014.08.012>
20. **Margotti E, Margotti W.** Fatores relacionados ao Aleitamento Materno Exclusivo em bebês nascidos em hospital amigo da criança em uma capital do Norte brasileiro. *Saúde Debate*. 2017; 41(114). <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711415>
21. **Andrade HS, Pessoa RP, Donizete LCV.** Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018; 13(40): 1-11. [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1698](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1698)
22. **Centre for Women's and Children's Health.** Antenatal Care: routine care for the healthy pregnant woman. London: *RCOG Press*, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK51886/>
23. **Tewabe T, Mandesh U, Gualu T, Alem L, Mekuria L, Zeleke H.** Exclusive breastfeeding practice and associated factors among mothers in Motta town, East Gojjam zone, Amhara Regional State, Ethiopia, 2015: a cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*. 2017; 12(12). <https://doi.org/10.1186/s13006-017-0103-3>
24. **Souza MHN, Sodré VRD, Silva FNF.** Prevalência e fatores associados à prática da amamentação e de crianças que frequentam uma creche comunitária. *Ciencia y Enferm*. 2015; 21(1): 55-67. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532015000100006>
25. **Machado MOF, Haas VJ, Stefanello J, Nakano AMS, Sponholz FG.** Aleitamento materno: conhecimento e prática. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(4): 809. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000400004>
26. **Kornides M, Kitsantas P.** Evaluation of breastfeeding promotion, support, and knowledge of benefits on breastfeeding outcomes. *J Child Health Care*. 2013; 17(3): 264-73. <https://doi.org/10.1177/1367493512461460>
27. **Rocha MG, Costa ES.** Interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: experiência com mães de crianças em consultas de puericultura. *Rev. Bras. Prom. Saúde*. 2015; 28(4): 547-52. <https://doi.org/10.5020/18061230.2015.p547>
28. **Pellegrinelli ALR, Pereira SCL, Ribeiro IP, Santos LC.** Influência do uso de chupeta e mamadeira no aleitamento materno exclusivo entre mães atendidas em um Banco de Leite Humano. *Rev. Nutr*. 2015; 28(6): 631-9. <https://doi.org/10.1590/1415-52732015000600006>
29. **Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al.** Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 2016; 387(10017): 475-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
30. **Bezerra VM, Magalhães EIS, Pereira IN, Gomes AT, Netto MP, Rocha DS.** Prevalência e fatores determinantes do uso de chupetas e mamadeiras: um estudo no sudoeste baiano. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2019; 19(2). <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200004>

