



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

da Costa Morgado, Caroline Maria; Loureiro Werneck, Guilherme; Hasselmann, Maria Helena
Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, núm. 2, febrero, 2013, pp. 367-376
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63025127008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida

Social network, social support and feeding habits of infants in their fourth month of life

Caroline Maria da Costa Morgado¹

Guilherme Loureiro Werneck¹

Maria Helena Hasselmann²

Abstract *The scope of this study was to investigate the association between the social network, social support and the feeding habits of infants in their fourth month of life. A cross-sectional study was conducted among 294 children selected at 4 Primary Health Care Units in Rio de Janeiro/Brazil. A 24-hour dietary recall was applied to the mothers to evaluate the feeding habits. Questions related to the number of people upon whom the woman can rely were asked as well as their participation in social activities to measure the social network. The scale in the Medical Outcomes Study was used to measure social support. The analysis was based on multinomial logistic regression models. Most of the infants (84%) received breast milk, but only 16% were exclusively breastfed. Children whose mothers had a small number of relatives to rely on and with low social support were more likely to be bottle-fed rather than exclusively breastfed. The need to integrate members of the social network of the woman during pre-natal care, birth and the after birth period should be encouraged, in such a way that social support can serve the mother's requirements, contributing to exclusive breastfeeding.*

Key words *Breastfeeding, Food consumption, Social network, Social support, Breastfed infant*

Resumo *O objetivo deste trabalho foi investigar a associação entre rede e apoio social e as práticas alimentares de lactentes no quarto mês de vida. Estudo seccional com 294 crianças selecionadas em 4 Unidades de Saúde do município do Rio de Janeiro/RJ/Brasil. Para avaliar as práticas alimentares foi aplicado um recordatório 24h, para medir rede social foram feitas perguntas relacionadas ao número de amigos e parentes "com quem a mãe pode contar" e participação em atividades sociais. A versão em português da escala empregada no "Medical Outcomes Study" foi utilizada para aferir apoio social. Análises foram realizadas por meio de modelos de regressão logística multinomial. A maioria dos lactentes recebeu leite de peito (84%), mas apenas 16% o receberam exclusivamente. Crianças filhas de mães com menor número de parentes com quem contar e com baixo apoio social apresentaram maior chance de estarem em aleitamento artificial em relação ao aleitamento materno exclusivo (AME). Destaca-se a necessidade de integrar os membros da rede social da mulher à atenção pré-natal, ao parto e puerpério para prover o apoio social que atenda as suas necessidades e, assim, contribuir para manutenção do AME.*

Palavras-chave *Aleitamento materno, Consumo alimentar, Rede social, Apoio social, Lactente*

¹Departamento de Epidemiologia, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rua São Francisco Xavier 524/ Pavilhão João Lyra Filho/ 12º andar/Bloco E/sala 12008, Maracanã. 20550-900 Rio de Janeiro RJ. mh.hasselmann@gmail.com

²Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o aleitamento materno (AM) se mantenha exclusivo até o sexto mês de vida e que seja complementado a partir de então¹. No entanto, menos de 40% das crianças nos países em desenvolvimento são aleitadas somente ao seio durante os primeiros 6 meses de vida². No Brasil, apesar da tendência de melhoria da prática do aleitamento materno, estudos mostram que a amamentação permanece exclusiva em apenas 41% das crianças menores de seis meses^{3,4}.

Paralelamente, investigações mostram que a alimentação complementar vem sendo frequentemente introduzida de forma precoce, muitas vezes com alimentos impróprios ou inseguros para a saúde, o que contribui para desnutrição, obesidade e outras morbidades infantis^{2,5,6}. Água, chás, sucos e outros leites são os alimentos mais consumidos de acordo com os resultados de pesquisas nacionais⁷⁻⁹. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS - 2006), por exemplo, apontou que 15,3% das crianças de 4 a 6 meses de vida estavam em aleitamento materno exclusivo (AME), enquanto 62,4%, além do leite de peito, recebiam outros alimentos – outros leites (41,7%), mingau (31,6%) e comida de sal (22%)¹⁰. Já em 2008, estudo mostrou que 20,7% e 24,4% das crianças de 3 a 6 meses consumiam comida salgada e fruta, respectivamente³. Mais especificamente no estado de São Paulo, Venâncio et al.¹¹ observaram que 58% das crianças de 4 meses já haviam recebido água, 51% outro leite, 25% suco de frutas, 24% mingau e 20% fruta amassada.

A literatura acerca dos fatores associados à interrupção precoce do AME vem apontando a escolaridade materna e paterna, o tipo de parto, a paridade, a idade materna, a ocupação materna, a situação socioeconômica, o peso ao nascer, a realização do pré-natal, o uso de chupeta, a depressão pós-parto e a violência familiar como importantes determinantes da manutenção de AME^{9,12-23}. Entretanto, poucos estudos de cunho epidemiológico vêm sendo publicados sobre a relação entre a rede e o apoio social e a prática alimentar infantil – aleitamento materno e oferta de outros alimentos, e os que existem nem sempre utilizam instrumentos validados para aferir rede e apoio social e em geral exploram apenas a prática de AME ou do AM²⁴⁻²⁷.

Dearden et al.²⁸, por exemplo, avaliaram positivamente o impacto do suporte oferecido às mães na prevalência de AME em um programa

comunitário na Guatemala. As chances de elas continuarem o AME foram gradativamente maiores quanto maior o suporte recebido. Ao avaliar a satisfação de mulheres com o apoio recebido em unidades de saúde, Oliveira et al.²⁹ observaram o dobro de satisfação nas unidades com desempenho regular para ações de incentivo ao aleitamento materno (61,9%) em relação às unidades com desempenho fraco (31,4%). Há, ainda, um conjunto de publicações, em geral utilizando métodos qualitativos, que investigam aspectos relativos à rede e ao apoio social relacionados às práticas dos profissionais de saúde e às políticas de promoção e apoio ao aleitamento materno, indicando que estes interferem positivamente sobre a amamentação^{25,26,30-34}.

Alguns estudos ressaltam, ainda, que a ausência de uma rede e de apoio social pode contribuir para a interrupção do aleitamento materno e para a decisão por outras escolhas alimentares, como a oferta de leite artificial em mamadeira que, satisfazendo o lactente, deixaria a mulher com mais tempo para outras tarefas^{25,30,34}. Por outro lado, Kools et al.³⁵, utilizando um instrumento de determinantes motivacionais para AM, observaram que em determinadas situações a continuidade da amamentação é comprometida em função da existência de um apoio social voltado para o aleitamento artificial.

Com a perspectiva de contribuir para o conhecimento sobre aspectos psicossociais relacionados à amamentação, o presente estudo investigou a associação entre a rede e o apoio social e as práticas alimentares de lactentes no quarto mês de vida.

Método

Desenho e população de estudo

Estudo do tipo seccional, inserido em uma coorte prospectiva. A população fonte consistiu em recém-nascidos acolhidos em 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), encaminhados diretamente pelas maternidades, conforme preconizado no programa “Acolhimento Mãe-bebê”. Crianças com anomalias congênitas e paralisia cerebral não foram incluídas nesta pesquisa. A escolha das UBS onde a investigação ocorreu foi feita em conjunto com a Gerência de Programas de Saúde da Criança da SMS, levando em consideração o número médio estimado de recém-nascidos que ingressam mensalmente

no programa e a variabilidade geográfica, de forma a contemplar diferentes grupos populacionais. O período de coleta de dados foi de junho de 2005 a abril de 2008. No presente estudo foram avaliadas 294 crianças com idade em torno de 4 meses ($4,21 \text{ meses} \pm 0,33$). Este estudo foi aprovado em Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e todas as participantes assinaram termo de consentimento informado.

Aferição dos dados

Desfecho: práticas alimentares

O instrumento usado para coleta de informações sobre práticas alimentares na população de estudo foi um recordatório 24 horas adaptado daqueles utilizados nos inquéritos em dias de Campanhas Nacionais de Multivacinação. O conceito de práticas alimentares infantis consiste no aleitamento materno e na introdução de alimentos que o complementam. Estes são aqueles, que não o leite humano, oferecidos à criança amamentada³.

A variável de desfecho foi criada com base nas categorias de aleitamento definidas pela Organização Mundial de Saúde³⁶:

- . Aleitamento Materno Exclusivo (AME) – crianças que receberam somente leite materno, soro de reidratação oral, medicamentos e vitaminas, sem água, chá, sucos, outros leites ou alimentos;

- . Aleitamento Materno Predominante (AMP) – crianças que receberam leite materno, soro de reidratação oral, medicamentos e vitaminas, com água, chá ou sucos, sem outros leites ou alimentos;

- . Aleitamento Materno Complementar (AMC) – crianças amamentadas que receberam outros leites ou alimentos, como comida de panela, fruta em pedaço, mingau, sopa ou papa de legumes;

- . Aleitamento Artificial (AA) – crianças que receberam outro leite com ou sem outros alimentos e não receberam leite materno.

Exposição principal: rede social, apoio social e suas dimensões

O questionário para medir apoio social utilizado foi uma versão em português da escala adotada no *Medical Outcomes Study* (MOS)³⁷ e validado por Griep et al.³⁸ para sua utilização em populações brasileiras. O instrumento inclui dezoito itens que cobrem cinco dimensões do apoio social: apoio material, emocional, de informação, afetivo e de interação social positiva.

As perguntas são introduzidas pela frase “se você precisar...” seguida pelo tipo de apoio, e as opções de resposta são apresentadas da mesma forma para todos os itens: nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre. Tal instrumento mostrou-se adequado na aferição de apoio social percebido pelas mães, segundo estudo realizado por Silva e Coutinho³⁹, pois a escala foi considerada capaz de medi-lo de forma confiável em população de gestantes atendidas em maternidade pública.

Para aferir a rede social utilizaram-se questões referentes à quantidade de amigos e parentes “com quem a mulher pode contar” e a participação em atividades sociais nos últimos 12 meses⁴⁰. As variáveis relacionadas ao número de pessoas (amigos e parentes) “com quem a mulher pode contar” foram utilizadas de forma ordinal nas análises (0, 1, 2 e 3 ou mais). Em relação às atividades sociais considerou-se positiva qualquer participação em atividades esportivas, religiosas, voluntárias ou artísticas nos últimos doze meses. Para o apoio social foi utilizado o escore total e de cada uma de suas dimensões: afetivo, material, interação social positiva e emocional/informação, sendo que estas duas últimas dimensões foram agregadas, conforme sugerido no estudo original e no estudo de Griep et al.³⁸. Os escores foram calculados para cada uma das dimensões de apoio social seguindo os mesmos critérios utilizados por Andrade et al.⁴¹ e Griep et al.³⁸. Este procedimento envolveu a soma dos pontos das respostas dadas às perguntas de cada uma das dimensões seguida por sua divisão pelo número máximo de pontos possível de serem obtidos na mesma dimensão. Assim, foi possível obter escalas de variação da pontuação comparáveis para todas as dimensões, já que estas são constituídas por diferentes números de perguntas. O resultado dessa razão foi multiplicado por 100, de modo que poderia variar de 0 a 100 pontos sendo que os escores mais elevados indicam melhores resultados em relação ao apoio social. Nas análises os escores foram dicotomizados tomando como base a mediana mais frequentemente encontrada nas análises das diferentes dimensões de apoio social. Desta forma, utilizou-se como ponto de corte único o “escore ≥ 80 ” como indicativo de mais altos níveis de apoio social para todas as dimensões.

Covariáveis

As covariáveis incluídas nas análises foram: peso ao nascer, idade gestacional, número de consultas de pré-natal, tipo de parto, idade materna,

escolaridade materna, situação conjugal, trabalho materno, número de filhos, número de ordem de nascimento, suspeição de alcoolismo mensurado através da resposta positiva do marido e/ou da esposa, a dois ou mais itens do questionário CAGE (Cut down; Annoyed; Guilty & Eye-opened)⁴² e condições ambientais aferidas a partir das variáveis domiciliares: aglomeração, material de construção, material do piso, disponibilidade de eletricidade, tipo de saneamento interno, origem da água e tipo de recolhimento do lixo. A classificação dos domicílios como condições ambientais inadequadas ou adequadas se baseou nos escores entre 0-8 pontos e ≥ 9 , respectivamente⁴³.

Análise de dados

As prevalências das diferentes práticas alimentares foram estimadas segundo as categorias das variáveis de estudo. Foram utilizados modelos de regressão logística multinomial, estimando-se como medidas de associação entre variáveis as razões de chances (*odds ratios* – OR) e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%). Na análise multivariada, as associações entre as variáveis de interesse central (rede e apoio social) e as práticas alimentares foram ajustadas pelas covariáveis que apresentaram associação bruta com o desfecho significante em nível de 10% ($p\text{-valor} \leq 0,10$). Todas as covariáveis selecionadas foram incluídas em bloco no modelo final. É importante ressaltar que na análise da associação entre apoio social e as práticas alimentares considerou-se o número de parentes com quem a mãe pode contar como uma potencial variável de confusão.

Para análise estatística foram utilizados os pacotes estatísticos R, versão 2.8.0⁴⁴ e Stata, versão 9.2⁴⁵.

Resultados

Ainda que se trate de uma população que frequenta serviços públicos de saúde, a maioria das crianças incluídas neste estudo vive em condições de moradia relativamente satisfatórias, convive com mães adultas jovens, casadas e com baixa escolaridade. A maior parte das mães teve apenas um filho e compareceu às consultas de pré-natal de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Mais de 90% dos bebês nasceram a termo e com peso adequado. Apenas 21% das mulheres estavam trabalhando fora na

ocasião da entrevista.

Em relação ao número de parentes e amigos “com que podem contar”, cerca de 90% das mulheres relataram que podem contar com pelo menos um parente e, aproximadamente 80% podem contar com pelo menos um amigo. Apenas 18% participaram de alguma atividade social nos últimos 12 meses. Em relação à percepção das mães sobre o apoio social e suas dimensões, observou-se que para as cinco variáveis analisadas, a maioria delas refere um grau elevado de apoio, de acordo com a categorização estabelecida.

No que tange às práticas alimentares, apenas 16% dos lactentes encontravam-se em AME e 18,7% em AMP. Destaca-se que 16,3% das crianças receberam leite artificial e 49% leite de peito e outros alimentos (AMC) (Tabela 1).

Na análise multinomial bivariada (Tabela 2), foi observado que viver em más condições ambientais de moradia está associado a uma maior chance da mãe oferecer à criança leite artificial. O mesmo pôde ser observado para a escolaridade materna baixa, que aumenta a chance de oferta de outros líquidos ou alimentos, incluindo o leite artificial. Mães que trabalham fora apresentam cerca de seis vezes mais chances de complementar a oferta de leite de peito com outros leites ou alimentos, como comida de panela, fruta em pedaço, mingau, sopa ou papa de legumes. Seus filhos têm também em torno de quatro vezes mais chances de terem consumido leite artificial. Já para idade materna observou-se que quanto maior a idade da mulher, maiores são as chances do bebê ser amamentado exclusivamente ao seio. O parto cesáreo está associado a uma menor chance de AMP em relação ao AME. O baixo apoio social, em particular o emocional e de informação, aumenta as chances de aleitamento artificial em quase três vezes. O maior número de parentes com quem a mãe pode contar está associado a uma menor chance de aleitamento artificial em relação ao AME.

Tabela 1. Situação das práticas alimentares no quarto mês de vida em 4 unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro, 2005/2008.

	n	%
AME	47	16,0
AMP	55	18,7
AMC	144	49,0
AA	48	16,3
Total	294	100,0

Tabela 2. Associação entre as variáveis independentes e as práticas alimentares de crianças no 4º mês de vida, Rio de Janeiro, RJ, 2005/2008.

	OR (Aleitamento Materno Exclusivo (AME) como categoria de referência)		
	AMP	AMC	Aleitamento Artificial
Condições ambientais			
≥ 9	1,0	1,0	1,0
0 - 8	2,75 [0,8 - 9,38]	2,97 [0,99 - 8,95]*	3,73 [1,11 - 12,51]*
Escolaridade materna			
Médio completo e superior	1,0	1,0	1,0
Fundamental completo e médio incompleto	1,15 [0,45 - 2,93]	1,12 [0,52 - 2,38]	1,66 [0,65 - 4,19]
Fundamental incompleto	5,78 [1,85 - 18,09]**	5,0 [1,77 - 14,04]**	4,37 [1,32 - 14,5]*
Idade materna			
< 20 anos	1,68 [0,47 - 6,00]	2,08 [0,67 - 6,44]	2,34 [0,66 - 8,28]
20 a 35 anos	1,0	1,0	1,0
≥ 35 anos	0,28 [0,09 - 0,89]*	0,35 [0,15 - 0,83]*	0,36 [0,11 - 1,13]*
Número de filhos			
1 filho	1,0	1,0	1,0
≥ 2 filhos	0,86 [0,52 - 1,43]	0,74 [0,48 - 1,13]	1,26 [0,76 - 2,11]
Suspeição de alcoolismo			
Não	1,0	1,0	1,0
Sim	1,21 [0,30 - 4,87]	2,08 [0,67 - 6,42]	2,00 [0,54 - 7,45]
Situação conjugal atual			
Casada	1,0	1,0	1,0
Solteira	0,99 [0,31 - 3,20]	1,64 [0,63 - 4,26]	1,79 [0,59 - 5,42]
Tipo de parto			
Normal	1,0	1,0	1,0
Cesárea/Fórceps	0,39 [0,17 - 0,89]*	0,74 [0,38 - 1,44]	0,52 [0,22 - 1,19]
Número de consultas no pré-natal			
> 6 consultas	1,0	1,0	1,0
≤ 6 consultas	1,90 [0,59 - 6,06]	1,43 [0,50 - 4,05]	2,16 [0,67 - 6,91]
Idade gestacional			
> 36 semanas	1,0	1,0	1,0
≤ 36 semanas	0,15* [0,01 - 1,32]	0,47 [0,14 - 1,53]	1,2 [0,33 - 4,26]
Peso ao nascer			
≥ 2.500g	1,0	1,0	1,0
< 2.500g	0,84 [0,16 - 4,40]	1,22 [0,32 - 4,58]	3,00 [0,74 - 12,14]
Número de ordem de nascimento			
Primeiro	1,0	1,0	1,0
Segundo	0,60 [0,23 - 1,55]	0,79 [0,36 - 1,73]	0,78 [0,29 - 2,12]
Terceiro ou mais	0,93 [0,33 - 2,61]	0,75 [0,30 - 1,86]	1,66 [0,59 - 4,64]

continua

Na Tabela 3 é apresentado o resultado final do modelo de regressão logística multinomial multivariado. Observou-se que filhos de mães com níveis baixos de apoio social apresentam três vezes mais chances de terem consumido leite artificial nas 24 horas que antecederam a entrevista, independente das condições ambientais, es-

colaridade materna, idade materna, tipo de parto, semana gestacional, trabalho materno e número de “parentes com quem podem contar”. Adicionalmente, mães que ‘contam com a ajuda de parentes’ têm um risco menor [OR = 0,49, IC95% = (0,29 - 0,84)] de oferecer alimentação artificial aos seus bebês.

Tabela 2. continuação

	OR (Aleitamento Materno Exclusivo (AME) como categoria de referência)		
	AMP	AMC	Aleitamento Artificial
Trabalho materno			
Não	1,0	1,0	1,0
Sim	2,49 [0,62 - 10,01]	6,22 [1,82 - 21,15]**	4,36 [1,13 - 16,80]*
Nº parentes que pode contar			
Nenhum	1,0	1,0	1,0
1, 2, 3 ou mais parentes	0,99 [0,63 - 1,56]	0,96 [0,66 - 1,40]	0,54 [0,34 - 0,85]**
Nº amigos que pode contar			
Nenhum	1,0	1,0	1,0
1, 2, 3 ou mais amigos	1,33 [0,88 - 2,00]	1,16 [0,83 - 1,64]	0,77 [0,50 - 1,17]
Rede Social (participação em atividades esportivas, religiosas, voluntárias ou no bairro)			1,0 1,65 [0,53 - 5,09]
Sim	1,0	1,0	
Não	0,82 [0,31 - 2,18]	1,01 [0,44 - 2,35]	
Apoio Social			
Alto	1,0	1,0	1,0
Baixo	1,53 [0,68 - 3,46]	1,38 [0,69 - 2,75]	2,95 [1,28 - 6,82]*
Apoio Material			
Alto	1,0	1,0	1,0
Baixo	1,24 [0,53 - 2,91]	1,44 [0,70 - 2,94]	1,83 [0,78 - 4,27]
Apoio Afetivo			
Alto	1,0	1,0	1,0
Baixo	0,61 [0,23 - 1,61]	0,62 [0,28 - 1,36]	1,08 [0,43 - 2,70]
Apoio Interação Social Positiva			
Alto	1,0	1,0	1,0
Baixo	0,53 [0,22 - 1,27]	0,60 [0,29 - 1,22]	0,96 [0,41 - 2,23]
Apoio Emocional e de Informação			
Alto	1,0	1,0	1,0
Baixo	1,90 [0,85 - 4,26]	1,50 [0,75 - 2,97]	2,47 [1,08 - 5,64]*

Tabela 3. Associação entre rede e apoio social e as práticas alimentares de crianças no 4º mês de vida, Rio de Janeiro, RJ, 2005/2008.

	AME	AMP	AMC	Aleitamento Artificial
Rede social ^a				
Participação em atividades sociais (não)	1,0	0,79 [0,22 - 2,86]	0,80 [0,26 - 2,46]	1,81 [0,41 - 7,94]
Número de parentes (ordinal)	1,0	1,00 [0,58 - 1,73]	0,92 [0,59 - 1,43]	0,49 [0,29 - 0,84]*
Número de amigos (ordinal)	1,0	1,28 [0,77 - 2,14]	1,12 [0,73 - 1,71]	0,72 [0,43 - 1,21]
Apoio Social ^b				
Apoio Social Total baixo	1,0	1,65 [0,61 - 4,43]	1,47 [0,64 - 3,38]	3,15 [1,15 - 8,59]*
Apoio Material baixo	1,0	1,48 [0,52 - 4,16]	1,60 [0,67 - 3,84]	1,92 [0,69 - 5,38]
Apoio Afetivo baixo	1,0	0,54 [0,16 - 1,80]	0,47 [0,17 - 1,28]	0,69 [0,22 - 2,16]
Apoio Interação Social Positiva baixo	1,0	0,69 [0,24 - 2,00]	0,57 [0,24 - 1,37]	0,91 [0,33 - 2,52]
Apoio Emocional e de Informação baixo	1,0	2,17 [0,82 - 5,73]	1,43 [0,63 - 3,24]	2,25 [0,84 - 5,99]

Ter participado em atividades sociais (sim) como categoria de referência. Alto apoio social e suas dimensões como categoria de referência. ^a Controlado por condições ambientais, escolaridade materna, idade materna, tipo de parto, idade gestacional, trabalho materno. ^b Controlado por condições ambientais, escolaridade materna, idade materna, tipo de parto, idade gestacional, trabalho materno e número de parentes com quem pode contar. * p-valor < 0,05

As dimensões do apoio social (material, afetivo, interação social positiva e emocional/informação) não apresentaram associação estatisticamente significativa com o desfecho, o mesmo foi observado para participação em atividades sociais e número de amigos com que a mãe pode contar.

Discussão

Os resultados desse estudo mostram que, aos 4 meses de idade, apenas 16% dos bebês estão sendo aleitados exclusivamente ao peito e 18,7% estão em aleitamento materno predominante. Chama atenção o fato de 16,3% já terem recebido leite artificial nas 24 horas anteriores a entrevista, prevalência um pouco mais baixa do que a apresentada na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), onde 22,3%, das crianças entre 4 e 6 meses não estavam sendo amamentadas e também no Distrito Federal onde essa estimativa ficou em torno de 20%^{10,46}. No município do Rio de Janeiro, estudos realizados nas campanhas de vacinação revelam prevalências de AME e aleitamento total para a faixa etária entre 4 e 6 meses de 7% e 71,8%, respectivamente, valores também mais baixos do que os encontrados nesta pesquisa¹⁵. Adicionalmente, Damião⁴⁷ analisando dados dos inquéritos de Campanhas de Vacinação de 1998 e 2000, observou que apenas 12,4% das crianças de 4 meses são amamentadas exclusivamente. Talvez esses resultados, indicando uma situação um pouco melhor em termos de AME do que as relatadas para os inquéritos regionais e/ou nacionais, possam ser explicados pelo fato da população pesquisada ser composta por lactentes acompanhados em serviços públicos de saúde do município do Rio de Janeiro, onde existe uma política de incentivo ao aleitamento materno^{48,49}. Em contrapartida, vale mencionar que estudo recente, realizado em uma Unidade Básica Amiga da Amamentação com crianças menores de um ano, mostrou prevalências de AME e aleitamento total entre aquelas de 4 a 6 meses bem mais altas: 82% e 94%, respectivamente⁵⁰. Nessa perspectiva, considera-se que ainda há um longo caminho a ser percorrido em busca de práticas alimentares na infância mais adequadas.

No modelo final ajustado para estimar associação entre rede e apoio social e as práticas alimentares, um número maior de parentes com quem a mãe pode contar e ter alto apoio social total implicaram maiores chances de AME em relação ao aleitamento artificial.

Mesmo abordando de formas diferentes a rede e o apoio social, outros estudos também revelam a importância destes fatores no sucesso do aleitamento materno. A divisão de tarefas e dos cuidados com o bebê já foram citados como atitudes mantenedoras do aleitamento materno. A mãe que pode contar com o parceiro e com parentes mais próximos, como a sua mãe ou sogra, se sente mais apoiada para cuidar e alimentar o bebê da forma desejada, pois não precisa se preocupar, por exemplo, com as tarefas domésticas ou com a manutenção do sustento da casa^{25,27,51,52}. Uma rede social que envolve familiares próximos parece também influenciar positivamente na superação de problemas iniciais com a amamentação, podendo ser fonte de suporte material, de informação ou emocional⁵¹. O apoio social no momento de adaptação à nova dinâmica familiar seja com o primeiro, segundo ou mais filhos, é fundamental para manutenção da saúde materna e para o auxílio nas tomadas de decisão em relação ao novo bebê, entre elas, a alimentação⁵².

Outra questão que merece ser considerada na dinâmica relação entre rede e apoio social e práticas alimentares na infância se refere ao fato de mulheres com elevada autoestima no pós-parto apresentarem maior probabilidade de permanecerem em AME. Segundo Oliveira²² a autoestima tem reflexos no vínculo entre mãe e filho, favorecendo o processo da amamentação. Adicionalmente, o ato de amamentar requer diversos elementos que apontam para um esforço da mãe, perpassando pela paciência, tranquilidade, empenho, carinho, força de vontade, abdicção e consciência dos benefícios dessa prática para mãe e filho³⁴. Possivelmente essas características podem estar atreladas à elevada autoestima e à presença de uma rede e de apoio social. Segundo Müller⁵³, o apoio instrumental, afetivo e estrutural gerado pela família, amigos e pelo serviço de saúde são favoráveis à manutenção do AME.

Destaca-se nesse contexto a publicação da Organização Mundial de Saúde que, estudando as estratégias comunitárias para promoção do aleitamento materno em países em desenvolvimento, enfatiza que as principais dimensões do apoio social para o sucesso do aleitamento materno são a emocional, de informação e a material, as quais permitem às mães mais aceitação, coragem, tempo oportuno e conhecimento sobre a amamentação, habilidades práticas e outras estratégias para transpor obstáculos socioeconômicos, culturais ou biomédicos⁵⁴.

As associações da rede e do apoio social com as práticas alimentares relacionadas ao aleita-

mento predominante e ao aleitamento complementar não foram significantes nos modelos multivariados, não confirmando a suposição de que as mães com maior apoio social, além de amamentarem mais de forma exclusiva, teriam escolhas mais próximas do recomendado. Talvez, uma possível explicação para esses achados seja a praticidade da oferta de outros leites, em detrimento do sugerido pela OMS, que seria papa de frutas e de legumes. Estudos mostram que o aleitamento artificial é feito através de mamadeira e, em geral, associa farináceos no seu preparo que geram maior plenitude no bebê e o faz dormir por mais tempo^{34,55}. Ainda assim, é importante a realização de mais estudos que qualifiquem a alimentação complementar através dos indicadores da OMS^{3,56} para avançar na discussão de práticas alimentares para além do aleitamento materno.

Algumas questões de natureza metodológica merecem ser comentadas. A primeira se refere ao fato de o desenho de estudo ser seccional, o que não permite inferir relação temporal, ou seja, de causa e efeito entre as variáveis de estudo. Contudo, este estudo traz para o cenário da alimentação infantil a ainda pouco avaliada relação entre rede e apoio social e práticas alimentares. A segunda questão está relacionada ao instrumento de aferição de práticas alimentares: um recordatório de 24 horas, que contempla apenas a oferta, mas não a introdução de novos alimentos, ou seja, o consumo de apenas um dia não configura que o alimento já faça parte da rotina da alimentação do bebê. Entretanto, a pouca variedade da alimentação de crianças pequenas torna este um bom instrumento para avaliar práticas alimentares nesta população⁵⁷.

Não se pode deixar de mencionar que algumas variáveis relacionadas às práticas alimentares em crianças menores de um ano não puderam ser incluídas neste estudo. A inclusão de variáveis como a maternidade de nascimento da criança, o início da amamentação ao nascer, o

uso de chupeta e o apoio recebido pelos profissionais de saúde na unidade, por exemplo, poderiam contribuir para uma melhor compreensão de algumas das associações encontradas.

Embora nossa população de estudo não seja representativa dos serviços públicos de saúde do município do Rio de Janeiro, os resultados encontrados podem ser inferidos para populações com características similares, tendo em vista que o perfil das usuárias dos serviços públicos de saúde da rede básica é semelhante^{15,58}.

Como todo estudo seccional, este também contribui ao identificar o grupo alvo que deve ser foco de intervenção com o objetivo de melhorar as prevalências de aleitamento materno exclusivo em crianças com 4 meses de vida. Neste caso, destaca-se o grupo de mães com baixo apoio social como aquele que poderia merecer algum tipo de atenção ou intervenção específica.

Por fim, considerando a multidimensionalidade do cenário das práticas alimentares infantis, o papel da rede e do apoio social merece a atenção dos profissionais de saúde neste contexto. Deve-se procurar integrar todos os atores da rede social da mulher no pré-natal, parto e puerpério de modo que esta possa ter acesso ao apoio social que atenda as suas necessidades e, assim, contribuir para manutenção do AME até o 6º mês de vida e alimentação complementar adequada.

Colaboradores

CMC Morgado; GL Werneck e MH Hasselmann conceberam o estudo, realizaram a análise dos dados e redigiram o manuscrito.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). *The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an Expert Consultation*. Genebra: OMS; 2001.
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Global strategy for infant and young child feeding*. Genebra: OMS; 2003.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal*. Brasília: MS; 2009.
4. Victora CG, Aquino EM, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011; 377(9780):1863-1876.
5. Monte CMG, Giuliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J)* 2004; 80(Supl. 5): 131-S141.
6. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Indicators for assessing infant and young child and feeding practices, part II*. Genebra: OMS; 2010.
7. Simon, VGN, Souza JMP, Souza SB. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças nascidas no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. *Rev bras epidemiol* 2003; 6(1):29-38.
8. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de um ano amamentadas e não amamentadas. *J Pediatr (Rio J)* 2004; 80(5):411-416.
9. Brunken GS, Silva SM, França GVA, Escuder MM, Venâncio SI. Risk factors for early interruption of exclusive breastfeeding and late introduction of complementary foods among infants in midwestern Brazil. *J Pediatr (Rio J)* 2006; 82(6):445-451.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (Relatório)*. Brasília: MS; 2008.
11. Venâncio SI, Saldiva SRDM, Mondini L, Levy RB, Escuder MML. Early Interruption of Exclusive Breastfeeding and Associated Factors, State of São Paulo, Brazil. *J Hum Lact* 2008; 24(2):168-174.
12. Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica* 2002; 36(3):313-318.
13. Bueno MB, Souza JMP, Souza SB, Paz SMRS, Gimeno SGA, Siqueira AAF. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. *Cad Saude Publica* 2003; 19(5):1453-1460.
14. Simon, VGN, Souza JMP, Souza SB. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças nascidas no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. *Rev bras epidemiol* 2003; 6(1):29-38.
15. Castro IRR, Silva MAV, Cardoso LO, Damião JJ, Rito RVVF, Engstrom, EM. Evolução do Aleitamento Materno no município do Rio de Janeiro no período de 1996 a 2003. *Diário Oficial da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro* 2004; 10 set.
16. Mascarenhas ML, Albernaz EP, Silva MB, Silveira RB. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determinants in the first 3 months of life in the South of Brazil. *J Pediatr (Rio J)* 2006; 82(4):289-294.
17. Oliveira VA, Assis AMO, Pinheiro SMC, Barreto ML. Determinantes dos déficits ponderal e de crescimento linear de crianças menores de dois anos. *Rev Saude Publica* 2006; 40(5):874-882.
18. Venâncio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutrition* 2006; 9(1):40-46.
19. França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venâncio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saude Publica* 2007; 41(5):711-718.
20. Saldiva SRDM, Escuder MM, Mondini L, Levy RB, Venâncio SI. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. *J Pediatr (Rio J)* 2007; 83(1):53-58.
21. Hasselmann MH, Werneck GL, Silva CVC. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. *Cad Saude Publica* 2008; 24 (Supl. 2):341-352.
22. Oliveira ASD. *Violência entre parceiros íntimos durante a gestação: um fator de risco para o desmame precoce?* [tese]. Rio de Janeiro: IMS, UERJ; 2008.
23. Moraes CL, Oliveira AS, Reichenheim ME, Lobato G. Severe physical violence between intimate partners during pregnancy: a risk factor for early cessation of exclusive breast-feeding. *Public Health Nutr* 2011; 14(12):2148-2155.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Área da Saúde da Criança. *Manual de Capacitação de equipes de Unidades Básicas de Saúde na Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação. Curso de 24 horas*. Brasília: MS; 2003.
25. Souza MHN. *A mulher que amamenta e suas relações sociais*: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ; 2006.
26. Nakano AMS, Reis MCG, Pereira MJB, Gomes FA. Women's social space and the reference for breastfeeding practice. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007; 15(2):230-238.
27. Scavenius M, Hulsel L, Meijer J, Wendte H, Gurgel R. In practice, the theory is different: A processual analysis of breastfeeding in northeast Brazil. *Soc Sci Med* 2007; 64(3):676-688.
28. Dearden K, Altaye M, Maza I, Oliva M, Stone-Jimenez M, Burkhalter BR, Morrow AL. The impact of mother-to-mother support on optimal breast-feeding: a controlled community intervention trial in peri-urban Guatemala City, Guatemala. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 12(3):193-201.
29. Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cad Saude Publica* 2005; 21(6):1901-1910.
30. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr (Rio J)* 2003; 79(5):385-390.

31. Ramos CV, Almeida JAG. Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade de saúde de referência na atenção materno-infantil em Teresina, Piauí. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2003; 3(3):315-321.
32. Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. *J Pediatr (Rio J)* 2004; 80(5):126-130.
33. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Revista de Nutrição* 2006; 19(5):623-630.
34. Jóia ICOS. *Percursos ambíguos* percepções de lactantes usuárias de uma unidade básica de saúde do município do Rio de Janeiro acerca dos primeiros meses de amamentação [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.
35. Kools EJ, Thijs C, Kester ADM, Vries H. The motivational determinants of breast-feeding: Predictors for the continuation of breast-feeding. *Preventive Medicine* 2006; 43(5):394-401.
36. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Indicadores para avaliar las prácticas de lactancia materna*. Genebra: OMS; 1991.
37. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991; 32(6):705-714.
38. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saude Publica* 2005; 21(3):703-714.
39. Silva KS, Coutinho ESF. Escala de apoio social aplicada a uma população de gestantes: confiabilidade teste-reteste e estrutura de concordância dos itens. *Cad Saude Publica* 2005; 21(3):979-983.
40. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saude Publica* 2001; 17(4):887-896.
41. Andrade CR, Chor D, Faerstein E, Griep RH, Lopes CS, Fonseca MJM. Apoio social e auto-exame de mamas no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saude Publica* 2005; 21(2):379-386.
42. Mayfield D, Mcleod G, Hall P. The CAGE Questionnaire: Validation of a New Alcoholism Screening Instrument. *Am J Psychiatr* 1974; 131(10):1121-1123.
43. Reichenheim ME, Harphan T. Perfil intracomunitário da deficiência nutricional: estudo de crianças abaixo de 5 anos numa comunidade de baixa renda do Rio de Janeiro (Brasil). *Rev Saude Publica* 1990; 24(1):69-79.
44. R Development Core Team. R a language and environment for statistical computing [computer program]. Austria, Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2008. [acessado 2012 nov 27]. Disponível em: <http://www.R-project.org>.
45. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 9 [computer program]. College Station, TX: StataCorp LP; 2005.
46. Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. *Rev Assoc Med Bras* 2007; 53(6):520-524.
47. Damião JJ. Evolução do Aleitamento Materno. Associação Brasileira de Nutrição, Associação de Nutrição do Estado do Rio de Janeiro. In: *XX Congresso Brasileiro de Nutrição*; 2008 Maio 25-28; Rio de Janeiro, Brasil; 2008.
48. Silva MAV, Guimarães MHFS, Rito RVVF, Morgado CMC. Acolhimento mãe-bebê na unidade básica de saúde após alta na maternidade: estratégia utilizada no município do Rio de Janeiro. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. In: *Anais do VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*; 2006 Ago 21-25; Rio de Janeiro, Brasil; 2006.
49. Silva RG, Rito RVVF, Silva MAV, Rotenberg S, Damião J, Morgado CMC. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação no município do Rio de Janeiro: o desafio de construir uma rede de apoio à amamentação. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. In: *Anais do VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*; 2006 Ago 21-25; Rio de Janeiro, Brasil; 2006.
50. Cardoso LO, Vicente AST, Damião JJ, Rito RVVF. The impact of implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative on the prevalence rates of breastfeeding and causes of consultations at a basic healthcare center. *J Pediatr (Rio J)* 2008; 84(2):147-153.
51. McInnes RJ, Chambers JA. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *J Adv Nurs* 2008; 62(4):407-427.
52. Simioni AS, Geib LTC. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. *Rev Bras Enferm* 2008; 61(5):645-651.
53. Muller FS. *Representações sociais de um grupo de nutrizes sobre o apoio no processo da amamentação* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
54. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Community-based Strategies for Breastfeeding Promotion and Support in Developing Countries*. Genebra: OMS; 2003.
55. Castro LMC, Rotemberg S, Damião J, Maldonado LA, Rosado CP, Baptista NO. Concepções de mães sobre a alimentação da criança pequena: o aleitamento materno e a introdução de alimentos complementares. *Cad. Saúde Coletiva* 2008; 16(1):83-98.
56. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices*. Genebra: OMS; 2008.
57. Buzzard M. 24-Hour Dietary Recall and Food Record Methods. In: Willett WC. *Nutritional Epidemiology*. 2nd Edition; 1998. p.50-73.
58. Damião JJ. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(3):442-452.

Artigo apresentado em 08/05/2011

Aprovado em 10/07/2011

Versão final aprovada em 08/10/2011