

Factors related to exclusive breastfeeding to children assisted in Primary Health Care Units

Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas em Unidades Básicas de Saúde

ABSTRACT | Introduction:

Exclusive breastfeeding should be maintained until the sixth month of life of the child, but there are factors affecting and contributing positively or negatively to its duration.

Objective: *To analyze factors related to time of exclusive breastfeeding in children younger than 24 months of age.*

Methods: *A cross-sectional study was carried out with 143 mother-to-child binomials younger than*

24 months old, assisted in four Primary Health Care Units in São Luís (MA). We collected socioeconomic and demographic data from the mother-child binomial. The second

form was applied in 75 mothers on early interruption of exclusive breastfeeding. The

frequency of exclusive breastfeeding, prenatal and delivery conditions, breast complications,

use of psychoactive substances and social support in breastfeeding were verified. The

Fischer Exact Test was used to co-relate the variables.

Results: *Despite the high frequency of women attending the number of*

prenatal consultations (76.7%), the frequency of compliance with exclusive breastfeeding

was low (33.3%) with a high proportion of them presenting breast traumas (42, 7%) and

symptoms of engorgement (38.7%). Mothers of brown, mulatto and others (39.6%) and

black (30.0%) mothers carried out more thoroughly their exclusive breastfeeding time

compared to the ones of white color (12.5%)

($p = 0.034$).

Conclusion: *The short duration of exclusive breastfeeding and breast complications indicate the need to educate*

women during the prenatal and puerperal periods on the importance of exclusive

breastfeeding and lactation management.

Keywords | *Breastfeeding; Prenatal care; Infant; Lactation.*

RESUMO | Introdução:

O aleitamento materno exclusivo deve ser mantido até o sexto mês de vida da criança, porém sofre influências que contribuem de modo

positivo ou negativo sobre a sua duração. **Objetivo:** Analisar os fatores associados

ao tempo de aleitamento materno exclusivo em crianças com menos de 24 meses

de idade. **Métodos:** Estudo transversal desenvolvido com 143 binômios mãe-filhos

menores de 24 meses, assistidos em quatro Unidades Básicas de Saúde, em São

Luís (MA). Coletaram-se dados socioeconômicos e demográficos do binômio mãe-

filho. O segundo formulário foi aplicado em 75 mães em interrupção precoce da

amamentação exclusiva. Verificou-se a frequência de tempo de aleitamento

materno exclusivo, as condições do pré-natal e do parto, as intercorrências mamárias, o uso

de substâncias psicoativas e o apoio social na amamentação. Utilizou-se o teste

exato de Fischer na associação entre as variáveis. **Resultados:** Apesar de elevada

frequência de mulheres ter cumprido com o número de consultas pré-natais

(76,7%), houve baixa frequência de cumprimento do tempo de amamentação

exclusiva (33,3%), elevada proporção delas apresentou traumas mamários (42,7%)

e sintomas de ingurgitamento (38,7%). As mães de cor parda, mulatas e outras

(39,6%) e as negras (30,0%) cumpriram mais com o tempo de amamentação

exclusiva em comparação às de cor branca (12,5%) ($p=0,034$). **Conclusão:** O baixo

tempo de amamentação exclusiva e as intercorrências mamárias apontam para a

necessidade de orientações das mulheres, no período do pré-natal e no puerpério,

acerca da importância da amamentação exclusiva e do manejo da lactação.

Palavras-chave | Aleitamento materno; Cuidado pré-natal; Lactente; Lactação.

¹Universidade Federal do Maranhão. São Luís/MA, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O aleitamento materno é essencial para o crescimento e desenvolvimento adequados da criança, além de ser uma estratégia natural de afeto e proteção entre a mãe e o filho¹. Diante dos seus benefícios, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam a prática do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança e, após esse período, deve ser complementado com outros alimentos².

O aleitamento materno exclusivo (AME) diz respeito à alimentação da criança somente com o leite materno, seja direto da mama, ordenhado ou de outra fonte humana, até o sexto mês de vida, sem adição de outros alimentos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos³.

Em estudo de metanálise envolvendo 127 países de baixa e média renda e 37 países de alta renda, Victora et al.⁴ verificaram a predominância de taxas de AME em crianças de seis meses inferiores ao preconizado pela OMS ($\geq 50\%$). As taxas de crianças menores de seis meses que não estavam em amamentação exclusiva eram de 53% nos países de baixa renda, 61% nos países de média renda e 63% nos países de alta renda. Os autores apontam que a amamentação tem sido mais prevalente nos países pobres, porém baixas taxas de AME continuam sendo um desafio nesses locais⁴.

No Brasil, a prevalência de AME ainda é inferior ao proposto pela OMS. Com base na II Pesquisa de Prevalência em Aleitamento Materno, realizada no país, em 2008, a prevalência de AME em crianças menores de seis meses é de 41%⁵. Dentre as regiões brasileiras, o Nordeste detém o menor índice de AME (37%) e dentre as capitais, em São Luís, a prevalência de AME em crianças menores de seis meses é de 46,7%⁶.

Diferentes fatores podem contribuir de modo positivo ou negativo sobre a duração do AME¹. Visando conhecer essas relações, estudos científicos identificam aspectos socioeconômicos, demográficos e do parto da mãe⁷ que influenciam o tempo de AME. Contudo, o uso de substâncias psicoativas durante a gestação e lactação são menos referidos na literatura⁸.

Diante desse cenário, investigar as causas que influenciam o tempo de amamentação exclusiva pode contribuir

para a caracterização do aleitamento local e fornecer conhecimentos para a implementação de estratégias de promoção e apoio ao AME. Portanto, o presente estudo objetivou analisar os fatores associados ao tempo de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 24 meses, assistidas em Unidades Básicas de Saúde, em São Luís, Maranhão.

MÉTODOS |

Estudo transversal, desenvolvido com o binômio mãe-filho com menos de 24 meses de idade, aninhado à investigação maior intitulada “Avaliação nutricional de crianças menores de dois anos de idade e fatores associados ao desmame precoce”, desenvolvida pela Universidade Federal do Maranhão.

O município de São Luís possui 65 Unidades Básicas de Saúde (UBS), abrangendo 40,9% de seu território⁹. Do total de UBS, quatro — as quais se localizam na zona urbana do município — foram sorteadas aleatoriamente para fazer parte desta investigação.

Com base no Sistema de Informação de Atenção Básica⁹, a população do estudo foi constituída por 300 binômios mãe-filhos menores de 24 meses de idade, os quais eram assistidos mensalmente nas quatro UBS. Aplicou-se a fórmula para o cálculo do tamanho amostral, considerando-se o erro de 5% na estimativa, 41%⁵ de AME em crianças e intervalo de confiança de 95%, resultando a amostra em 168 sujeitos a serem investigados. Considerando-se as possíveis perdas, a esse valor somaram-se mais 10%, resultando a amostra final em 185 binômios mãe-filhos. Uma vez que o número de mães que conduziram suas crianças para serem atendidas nas UBS foi distinto, realizou-se a amostragem estratificada em cada unidade de saúde.

Não foram incluídas na investigação crianças menores de 24 meses que se encontravam em AME no momento da pesquisa e aquelas 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 de abuso e medicamentos incompatíveis com a amamentação¹.

No decorrer desta investigação ocorreram 22,7% de perdas na amostra devido à recusa em participar das entrevistas (5,4%) e de questionários inconsistentes (17,3%). Logo, a amostra final resultou em 143 binômios mãe-filhos.

Antecedendo a coleta de dados, realizou-se um estudo piloto com cinco binômios mãe-filhos, em uma UBS do município de São Luís que não fez parte da amostra original. Esta parte da pesquisa teve como objetivo avaliar e adequar os instrumentos e a sua logística.

A coleta de dados foi conduzida por entrevistadoras treinadas com mães de crianças menores de 24 meses, no período de dezembro de 2015 a junho de 2016. As entrevistas foram realizadas por meio de sorteio aleatório, selecionando-se uma a cada três mães, na sala de espera dos ambulatórios das UBS.

Diante da baixa demanda espontânea das mães de crianças menores de 24 meses de idade em duas UBS, as entrevistas foram conduzidas nos seus domicílios. Para tal, obteve-se a listagem de atendimento domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde vinculados às UBS, para identificação dos 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.

Utilizaram-se formulários pré-codificados, com perguntas fechadas, cujas informações possibilitaram identificar as crianças e as mães, as condições socioeconômicas, demográficas, de moradia e tempo de aleitamento materno exclusivo. Categorizaram-se as variáveis referentes às crianças em: sexo (masculino ou feminino), idade em meses (< 6, 6 a 11 ou 12 a 23), cor da pele (branca, negra ou parda) e duração do aleitamento materno exclusivo em meses (<6, 6 ou >6). As variáveis maternas e das condições de residência foram categorizadas em: idade em anos (≤ 19 , 20 a 34 ou ≥ 35), cor da pele referida (branca, negra, parda ou mulata ou outra), situação conjugal (com ou sem companheiro), anos de estudo (< 9, 9 a 11, 12 a 15 ou ≥ 16), beneficiário de programas de transferência de renda (sim ou não) água encanada (sim ou não) e dejetos da residência (rede de esgoto, fossa séptica, fossa negra ou não soube responder). Para identificação da classe econômica das famílias das crianças utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), o qual foi categorizado em A e B, C, D ou E¹⁰.

A aplicação do segundo formulário foi conduzida com as mães em interrupção precoce do AME (n=75). Ressaltamos que das 84 mães que praticaram o desmame precoce, nove delas se recusaram a responder a essa parte do instrumento de pesquisa. As entrevistadas foram questionadas sobre o tempo em que as crianças receberam AME. Considerou-se como interrupção precoce do AME tal ocorrência antes dos seis meses de vida da criança¹.

O instrumento adotado possibilitou verificar os fatores inerentes às condições do pré-natal (sim ou não), número de consultas pré-natais (≤ 5 ou ≥ 6) parto da gestante (vaginal ou por cesárea); uso de substâncias psicoativas como o álcool (antes da gestação ou durante a gestação ou durante a amamentação ou nunca), fumo (antes da gestação ou durante a gestação ou nunca) e drogas ilícitas (antes da gestação ou nunca) e as condições das mamas, como a existência de trauma (sim ou não), sintomas de ingurgitamento (sim ou não) e sintomas de mastite (sim ou não) no decorrer da lactação. Observou-se, também, o apoio social recebido pela mãe no pós-parto, como o do companheiro (sim ou não) e de outras pessoas (mãe ou sogra ou irmã, avós e outros ou não recebeu apoio); ajuda para os afazeres de casa (sempre ou às vezes ou não recebeu), ajuda para cuidar da criança (sempre ou às vezes ou não recebeu) e para ficar com a criança (sempre ou às vezes ou não recebeu) quando se ausentava.

O estudo que originou esta investigação foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, de acordo com a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sob o Parecer Consubstanciado número 1.284.451/2015. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados socioeconômicos e demográficos 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 das variáveis e do teste de Shapiro Wilk. As variáveis quantitativas com distribuição normal foram apresentadas por meio de médias e desvios-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. O teste Exato de Fischer foi utilizado na análise das variáveis qualitativas. A associação entre as variáveis foi considerada significativa para valores de p (p -value) menor que 0,05.

RESULTADOS |

Dentre as 143 crianças participantes da investigação, 56,6% eram do sexo feminino; 57,3% tinham idades entre 12 a 23 meses, com média etária de 12,4 ($\pm 5,9$) meses; 65,0% eram de cor parda, e 33,3% foram amamentadas exclusivamente até o sexto mês de vida. Com relação às mães das crianças, predominaram àquelas com faixa etária de 20 a 34 anos (75,5%), com média etária de 27,3 ($\pm 6,3$) anos, com cor da pele parda, mulata ou outra (67,1%), que tinham companheiro (72,2%) e possuíam de 12 a 15 anos de estudo (61,5%). A maior parte das famílias das crianças eram beneficiárias de programa de transferência de renda (80,4%) pertenciam à classe econômica C (65,5%), possuíam acesso à água encanada (96,5%) e os dejetos da residência eram lançados em redes de esgoto (43,4%) (Tabela 1).

Ao se analisarem os dados das mães que interromperam precocemente o AME ($n=75$), evidenciou-se que 97,3% delas relataram a realização do pré-natal e, destas, 76,7% se submeteram a seis ou mais consultas. Averiguou-se que 48,0% dos nascimentos foram de partos por cesárea. Quanto ao uso de substâncias psicoativas pelo grupo, observou-se que 1,3% consumiu bebida alcoólica durante a gestação, e 8,0%, no decorrer da amamentação; 1,3% usou fumo durante a gestação, e 98,7% declarou nunca ter usado drogas ilícitas. No período da amamentação, 42,7% das mães tiveram algum tipo de trauma mamário, 38,7% referiram sintomas de ingurgitamento e 4,0% apresentaram sintomas de mastite. Quanto ao apoio social, 66,7% das mães contaram com apoio do companheiro, dentre outras pessoas, e o maior apoio recebido foi da sua mãe (41,3%). Dentre as mães, 60% relataram sempre receber ajuda nos afazeres da casa, 84% contaram sempre ou às vezes com a ajuda de alguém para cuidar da criança e 81,4% delas dispuseram sempre ou às vezes da ajuda de alguém para ficar com a criança na sua ausência. (Tabela 2).

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica e demográfica, de moradia e da alimentação das crianças menores de 24 meses. São Luís, MA, 2016

Variáveis	N	%
Sexo (n=143)		
Masculino	62	43,4
Feminino	81	56,6
Idade (meses) (n=143)		
<6	20	14,0
6 a 11	41	28,7
12 a 23	82	57,3
Cor da pele (n=143)		
Branca	42	29,4
Negra	8	5,6
Parda	93	65,0
Idade materna (anos) (n=143)		
≤ 19	15	10,5
20 a 34	108	75,5
≥ 35	20	14,0
Cor da mãe (n=143)		
Branca	26	18,2
Negra	21	14,7
Parda, mulata ou outra	96	67,1
Situação conjugal da mãe (n=143)		
Com companheiro	104	72,2
Sem companheiro	39	27,3
Anos de estudo da mãe (n=143)		
<9	4	2,8
9 a 11	38	26,6
12 a 15	88	61,5
≥ 16	13	9,1
Beneficiária de Programa de Transferência de Renda (n=143)		
Sim	115	80,4
Não	28	19,6
Classificação Econômica (n=142) *		
A e B	12	8,5
C	93	65,5
D e E	37	26,0
Água na encanada (n=143)		
Sim	138	96,5
Não	5	3,5
Destinos dos dejetos da residência (n=143)		
Rede esgoto	62	43,4
Fossa séptica	59	41,3
Fossa negra	16	11,2
Não sabe responder.	6	4,1
Tempo de Aleitamento Materno Exclusivo (meses) (n=135) **		
<6	84	62,2
6	45	33,3
>6	6	4,5

* Variação da amostra decorrente a eventual perda de informação. ** Variação da amostra decorrente de oito crianças permanecerem em AME.

Tabela 2 - Condições do pré-natal, do parto, das mães e uso de substâncias psicoativas por mães em interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. São Luís, MA, 2016

Variáveis	n	%
Pré-natal (n=75)		
Sim	73	97,3
Não	2	2,7
Número de consultas pré-natais (n=73)		
≤5	17	23,3
≥6	56	76,7
Tipo de parto (n=75)		
Vaginal	39	52,0
Por cesárea	36	48,0
Uso de álcool (n=75)		
Antes da gestação	21	28,0
Durante a gestação	1	1,3
Durante a amamentação	6	8,0
Nunca	47	62,7
Uso de fumo (n=75)		
Antes da gestação	6	8,0
Durante a gestação	1	1,3
Nunca	68	90,7
Uso de drogas ilícitas (n=75)		
Antes da gestação	1	1,3
Nunca	74	98,7
Trauma na mama (n=75)		
Sim	32	42,7
Não	43	57,3
Sintomas de ingurgitamento (n=75)		
Sim	29	38,7
Não	46	61,3
Sintomas de mastite (n=75)		
Sim	3	4,0
Não	72	96,0
Apoio do companheiro (n=75)		
Sim	50	66,7
Não	25	33,3
Apoio de outros (n=75)		
Mãe	31	41,3
Sogra	9	12,0
Irmã, avós e outros	18	24,0
Não recebeu	17	22,7
Ajuda nos afazeres de casa (n=75)		
Sempre	45	60,0
Às vezes	27	36,0
Não recebeu	3	4,0
Ajuda para cuidar da criança (n=75)		
Sempre	31	41,3
Às vezes	32	42,7
Não recebeu	12	16,0
Ajuda para ficar com a criança (n=75)		
Sempre	38	50,7
Às vezes	23	30,7
Não recebeu	14	18,6

A Tabela 3 demonstra que o tempo de AME se associou à cor da pele materna (p -valor 0,034), apontando maior tempo do AME até os seis meses nas crianças cujas mães eram de cor parda, mulata ou outra (39,6%), seguido das mães negras (30,0%), quando comparadas às crianças filhas de mães brancas (12,5%). Não se observou associação estatística significativa entre o tempo de AME com as variáveis idade, situação conjugal, anos de estudo materno, água encanada e dejetos da residência.

DISCUSSÃO |

Nesta investigação houve baixa frequência do tempo de AME até os seis meses de idade das crianças e daquelas cujas mães tinham cor de pele não branca atingiram maior tempo de AME.

Ressalta-se que a OMS recomenda que 50% ou mais crianças de uma população estejam em AME até os seis meses de idade². Portanto, a frequência do tempo de AME neste estudo foi menor que o preconizado pela OMS e se assemelhou aos resultados da investigação (42,9%) conduzida com 3.306 binômios mãe/lactente menores de 36 meses, em São Luís (MA)¹¹.

É reconhecido que o não cumprimento das recomendações da OMS para o AME induz à introdução da alimentação complementar em tempo inoportuno. Essa prática alimentar é prejudicial, por estar associada à oferta de alimentos diluídos, conseqüentemente, com baixo conteúdo energético. Além disso, os alimentos podem ser preparados em condições precárias de higiene, sendo fator de risco para o desenvolvimento de diarreia, infecções virais, bacterianas e parasitárias, desencadeando, assim, a redução da absorção de nutrientes e perda de peso na criança¹². Desse modo, a constatação do baixo tempo de AME no grupo avaliado mostra a necessidade da implementação de medidas de apoio e incentivo ao AME direcionadas às gestantes no pré-natal, às nutrizes e às suas famílias, de modo a aumentar a sua duração.

Por sua vez, merece destacar a ocorrência de 4,5% de crianças em AME após os seis meses de idade. Adverte-se que manter o leite humano como única fonte de alimentação após essa faixa etária da criança é uma prática alimentar inadequada, uma vez que esse alimento não oferece quantidades suficientes de energia, proteína

Tabela 3 - Tempo de aleitamento materno exclusivo das crianças, segundo características socioeconômicas e demográficas e de moradia. São Luís, MA, 2016

Variáveis	< 6 meses		6 meses		> 6 meses		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
Cor da pele da mãe							0.034
<i>Branca</i>	21	87,5	3	12,5	0	0,0	
<i>Negra</i>	12	60,0	6	30,0	2	10,0	
<i>Parda, mulata ou outra</i>	51	56,0	36	39,6	4	4,40	
Idade da mãe							0.134
<19	11	78,6	3	21,4	0	0,00	
20 a 34	66	64,1	33	32,0	4	3,9	
≥35	7	38,9	9	50,0	2	11,1	
Situação conjugal							0.293
<i>Com companheiro</i>	57	58,8	36	37,1	4	4,1	
<i>Sem companheiro</i>	27	71,0	9	23,7	2	5,3	
Anos de estudo da mãe							0.669
<9	4	100	0	0,0	0	0,0	
9 a 11	23	65,7	11	31,4	1	2,9	
12 a 15	51	60,7	29	34,5	4	4,8	
>16	6	50,0	5	41,7	1	8,3	
Água encanada							0.335
<i>Sim</i>	79	60,8	45	34,6	6	4,6	
<i>Não</i>	5	100	0	0,0	0	0,0	
Dejetos da residência							0.626
<i>Rede de esgoto</i>	33	54,1	25	41,0	3	4,9	
<i>Fossa séptica</i>	37	69,8	14	26,4	2	3,8	
<i>Fossa negra</i>	10	62,5	5	31,3	1	6,2	
<i>Não sabe</i>	4	80,0	1	20,0	0	00,0	

* Teste exato de Fisher.

e de micronutrientes para promover o crescimento e desenvolvimento infantil adequados³. Ressalta-se que a continuidade de tal prática de alimentação é fator de risco para o desenvolvimento de anemia, hipovitaminose A, desnutrição, dentre outras carências nutricionais¹. Portanto, ao completar seis meses deve-se introduzir de forma gradual e diversificada outros alimentos na dieta da criança, de modo a complementar o leite materno.

Crianças cujas mães tinham cor da pele parda, mulata ou outra, assim como aquelas de cor negra foram mais amamentadas exclusivamente até os seis meses de idade, em comparação às crianças cujas mães eram brancas, corroborando os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), desenvolvida no Brasil, em 2006. A PNDS apontou menor duração da mediana de AME em mães de cor branca (1,18 meses), quando comparadas as de cor negra (2,73 meses)¹³.

De forma similar, pesquisa conduzida com 202 mães em Porto Alegre (RS), revelou que a interrupção precoce do AME ocorreu mais entre as mães brancas (41,5%) do que às de cor não branca (26,5%)¹⁴. Segundo Martines et al.¹⁵, é possível que isso se justifique, em parte, pela “cultura da amamentação” entre as mulheres negras que, até a década de 50, eram contratadas como amas de leite no Brasil. Porém, nos tempos atuais, com a inserção da mulher no mercado de trabalho este achado carece de maiores investigações.

A literatura científica aponta para a influência do parto vaginal, considerando-o como facilitador e influenciador no maior tempo de AME, uma vez que favorece o contato precoce entre mãe e lactente¹⁶. Sendo assim, a elevada frequência de mães que se submeteram a partos por cesárea neste estudo é preocupante, pois encontra-se acima dos 15,0% preconizados pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde¹⁷.

Há de se considerar que o parto por cesárea contribui para o atraso na oferta do leite materno à criança, justificada pela indisposição da mãe ocasionada pelas dores e desconforto do procedimento cirúrgico e à dificuldade em posicionar a criança para a pega da mama¹⁸. Além disso, o uso de anestésicos e analgésicos pode afetar o estado de consciência da mãe e/ou do recém-nascido, o que inviabiliza a interação entre mãe e filho, dificulta a pega da mama pela criança e favorece a introdução precoce de fórmula láctea e/ou glicose na criança⁷.

Merece destacar que embora elevada frequência do grupo avaliado tenha cumprido com seis ou mais consultas do pré-natal, expressivo percentual de mães apresentou traumas nas mamas e sintomas de ingurgitamento, no período da amamentação. Assemelhando-se a esse resultado, pesquisa conduzida com 951 binômios mãe-filhos, em Pelotas (RS) evidenciou que 37% das mães apresentaram problemas mamários, sendo o trauma na mama o mais frequente¹⁹. Questiona-se, assim, a qualidade do pré-natal realizado pelas entrevistadas, tendo em vista que a sua realização de forma continuada deveria proporcionar conhecimentos prévios acerca do manejo da amamentação e aleitamento materno, de modo a prevenir as intercorrências relacionadas às mamas²⁰. Enfatiza-se, assim, a importância da qualificação dos profissionais que atuam na Atenção Básica e na assistência das maternidades, para que possam orientar as gestantes e nutrizes, adequadamente, a fim de se prevenirem os problemas relacionados às mamas.

As condições das mamas são de grande relevância para o tempo de AME, visto que a presença de fissuras, dor a sucção, ingurgitamento e mastite podem desencadear a interrupção precoce do AME²¹. Adverte-se que, durante a amamentação, o posicionamento e a pega inadequada da mama pelo lactente podem desencadear o aparecimento de traumas mamilares. No estudo realizado com 225 mães na cidade de São Paulo (SP), identificou-se que 70,5% delas referiram à pega na mama como maior obstáculo à amamentação²². Portanto, é primordial intensificar, durante o pré-natal e no puerpério, as orientações para pega correta e o posicionamento adequado do lactente na mama, de maneira que as nutrizes pratiquem a amamentação com sucesso.

Poucos estudos identificaram taxas de consumo de álcool por lactantes brasileiras. Nesta investigação a proporção de mães que fizeram uso de álcool durante a lactação foi menor (8,0%) que os 23,1% encontrados por Souza et

al.²³, ao avaliarem 493 puérperas de Uberlândia (MG) e aos 12,1% observados por Nascimento et al.²⁴, em 157 nutrizes de Recife (PE). Apesar de o uso do álcool não ser contraindicado durante o período de amamentação, ele não é recomendado e sua abstenção deveria ser aconselhada desde a concepção até o período de amamentação²³. Merece advertir que o álcool altera a produção, o volume, o aroma e a excreção do leite materno durante a lactação, tornando-se um fator para o desmame precoce²⁴. Sendo assim, pode-se supor que as mães avaliadas estavam mais sensibilizadas acerca dos prejuízos do álcool no decorrer da lactação. Porém, outro leque pode ser aberto, visto que a negação de informações quanto ao uso de bebidas alcoólicas é muito frequente em pesquisas abrangendo esse público⁸.

Vale salientar que o tabagismo na gestação é fator de risco para a prematuridade, baixo peso ao nascer, aborto espontâneo, defeitos congênitos e complicações durante o parto²⁵. Logo, a baixa frequência do tabagismo entre as mães, no período da gestação, foi um aspecto positivo deste estudo, já que se apresentou inferior a outras investigações em que se identificaram 4,2% de tabagismo em 1.447 gestantes, em São Luís –MA⁸ e 11,3%, em 326 puérperas de Fortaleza²⁶.

O estudo da vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL)²⁷ revela que está cada vez menos popular o ato de fumar no Brasil, e que o índice é menor entre as mulheres (9%). São Luís é a capital brasileira com menor proporção de tabagistas, possui 1,5% de mulheres e 8,5% de homens fumantes. É possível que esse cenário tenha refletido nesta investigação, contribuindo para uma menor proporção de tabagismo na gestação das entrevistadas e na ausência dessa prática durante a amamentação. Pode-se também presumir que o grupo alvo tivesse maior conhecimento sobre os efeitos deletérios do tabagismo no período da gestação e lactação.

Cabe ressaltar que o elevado percentual de mães que receberam apoio social durante a lactação foi um ponto positivo deste estudo. Tal resultado corrobora a pesquisa realizada com 31 puérperas em Cianorte (PR), em que se identificou 64,4% delas recebendo apoio do marido e 35,3% contando com o apoio de suas mães no período da lactação²⁸. Porém, chama atenção o fato de que, apesar do elevado relato quanto à presença e o apoio do companheiro e da sua mãe, da ajuda de pessoas para os afazeres domésticos, para cuidar da criança e para ficar com

ela, ainda assim elevada frequência das entrevistadas não cumpriu com o tempo de AME (62,2%).

Considerando que o apoio social envolve a oferta de qualquer informação, assistência material e proteção por pessoas e/ou grupos, resultando em efeitos emocionais e/ou comportamento positivos em quem os recebe²⁹, a lactante que conta com esse apoio pode se sentir mais estimulada para cuidar do lactente e alimentá-lo, influenciando, assim, positivamente no tempo de AME²⁰. Por outro lado, existem evidências de que a influência familiar pode ser um aspecto negativo sobre o tempo de AME. A mãe e/ou sogra da nutriz podem transmitir-lhes as suas experiências negativas com amamentação, tais como a visão de que o “leite é fraco” e crenças como a necessidade de descarte do colostro. Assim, essas percepções conduzem à introdução inoportuna de água, chás e outros leites antes dos seis meses de vida da criança³⁰.

É importante advertir que no decorrer do pré-natal, os profissionais da Atenção Básica em saúde devem orientar adequadamente e sensibilizar as gestantes para a prática do AME. Ademais, torna-se fundamental incluir as famílias nas estratégias educativas, de modo que estas se sintam valorizadas e coloquem em prática as orientações recebidas, contribuindo, assim, para o aumento das taxas de AME.

Este estudo apresentou limitações quanto à carência de investigações sobre a influência da cor de pele materna no AME e do uso de substâncias psicoativas na lactação, o que dificultou ampliar a sua discussão.

Cabe destacar que, apesar de as mães investigadas apresentarem boa frequência ao pré-natal e elevado apoio social durante o período da amamentação, ainda assim houve baixa frequência do cumprimento do AME até os seis meses de vida da criança e elevada ocorrência de problemas mamários entre as entrevistadas. Esses aspectos reforçam a avaliação da qualidade do pré-natal e sugerem a necessidade da educação continuada para os profissionais de saúde que atuam nos serviços da Atenção Básica e das maternidades.

CONCLUSÃO |

O baixo tempo de AME entre as crianças e a elevada frequência de intercorrências mamárias entre as

mães durante a lactação evidenciam a necessidade de implementação, pelos profissionais de saúde, de estratégias de apoio, promoção e proteção do AME e de orientações acerca do manejo da lactação, direcionadas às gestantes, às nutrizes e aos seus familiares. Para tanto, a qualificação dos profissionais de saúde que atuam na atenção do pré-natal e do pós-parto, no âmbito dos serviços da Atenção Básica e das maternidades, é de fundamental importância para o sucesso do AME.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
2. Organização Mundial da Saúde. Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes. Genebra: OMS; 2003.
3. Guerra A, Rêgo C, Silva D, Ferreira GC, Mansilha H, Antunes H, et al. Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediatr Port.* 2012; 43(5 Supl. 2):S17-S40.
4. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016; 387(10017):475-90.
5. Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros: situação do aleitamento materno em 227 municípios brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
7. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr.* 2006; 19(5):623-30.
8. Rocha PC, Alves MTSSB, Chagas DC, Silva AAM, Batista RFL, Silva RA. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. *Cad Saúde Pública.* 2016; 32(1):e00192714.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Parâmetro de cobertura utilizado na PNAB, IDSUS e COAP [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 30 ago 2016]. Disponível em: URL: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>.
10. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). São Paulo: ABEP; 2015.
11. Rieth NFA, Coimbra LC. Caracterização do aleitamento materno em São Luís do Maranhão. *Rev Pesq Saúde*. 2016; 17(1):7-12.
12. Organização Mundial da Saúde. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: OMS; 1998.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006): dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
14. Kummer SC, Giugliani RE, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VY, et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev Saúde Públ*. 2000; 34(2):143-8.
15. Martines JC, Ashworth A, Kirkwood B. Breast-feeding among the urban poor in Southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. *Bull World Health Organ*. 1989; 67(2):151-61.
16. Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamim H. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. *BMC Pediatr*. 2010; 10:20.
17. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. A epidemia do parto cesáreo [acesso em 12 set 2016]. Rio de Janeiro: ANS; 2008. Disponível em: URL: <<http://www.ans.gov.br/>>.
18. Souza SNDH, Migoto MT, Rossetto EG, Mello DF. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(1):29-35.
19. Silva MB, Albernaz EP, Mascarenhas MLW, RB Silveira. Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2008; 8(3):275-84.
20. Campos AMS, Chaoul CO, Carmona EV, Higa R, Vale IN. Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015; 23(2):283-90.
21. 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.
22. Rocci E, Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(1):22-7.
23. Souza LHRF, Santos MC, Oliveira LCM. Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(7):296-303.
24. Nascimento ALV, Souza AFO, Amorim ACR, Leitão MBS, Maio R, Burgos MGPA. Ingestão de bebidas alcoólicas em lactantes atendidas em Hospital Universitário. *Rev Paul Pediatr*. 2013; 31(2):198-204.
25. Hayashi K, Matsuda Y, Kawamichi Y, Shiozaki A, Saito S. Smoking during pregnancy increases risks of various obstetric complications: a case-cohort study of the Japan perinatal registry network database. *J Epidemiol*. 2011; 21(1):61-6.
26. Rocha RS, Bezerra SC, Lima JWO, Costa FS. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34(2):37-45.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito*. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
28. Moreno PFBB, Schmidt KT. Aleitamento materno e fatores relacionados ao desmame precoce. *Cogitare Enferm*. 2014; 19(3):576-81.

29. Gonçalves TR, Pawlowski J, Bandeira DR, Piccinini CA. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(3):1755-69.

30. Marques ES, Cotta RMM, Magalhães KA, Sant'Ana LFR, Gomes AP, Siqueira-Batista R. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl. 1):1391-400.

Correspondência para/Reprint request to:

Anna Léia Barros da Silva

Avenida Jailson Sousa Viana, quadra 79, bloco B, casa 16,

Cidade Olímpica, São Luís/MA, Brasil

CEP: 65058-483

E-mail: annaleia.bs@outlook.com

Recebido em: 17/05/2017

Aceito em: 13/07/2017