

Associação do tempo de aleitamento materno exclusivo com dados sociodemográficos e clínicos de puérperas residentes em uma área de vulnerabilidade social

Association of exclusive mother's breastfeeding time with sociodemographic and clinical data of puerperal resident in a social vulnerability area

Asociación del tiempo de lactancia materna exclusivo con datos sociodemográficos y clínicos de mujeres puerperales que viven en un área de vulnerabilidad social

Recebido: 22/07/2020 | Revisado: 04/08/2020 | Aceito: 07/08/2020 | Publicado: 14/08/2020

Melisse Paloschi

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1212-5367>

Universidade do Vale do Taquari, Brasil

E-mail: mpaloschi@universo.univates.br

Jéssica Martinelli

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7586-0898>

Universidade do Vale do Taquari, Brasil

E-mail: jessica.martinelli@outlook.com.br

Fernanda Scherer Adami

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2785-4685>

Universidade do Vale do Taquari, Brasil

E-mail: fernandascherer@univates.br

Paula Michele Lohmann

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8429-9155>

Universidade do Vale do Taquari, Brasil

E-mail: paulalohmann@univates.br

Ernanda Mezaroba

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1603-0330>

Prefeitura Municipal de Lajeado, Brasil

E-mail: er_mezaroba@hotmail.com

Bianca Coletti Schauen

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4594-2072>

Prefeitura Municipal de Fazenda Vilanova, Brasil

E-mail: biacschauren@gmail.com

Mileine Mussio Patussi

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1084-6643>

Prefeitura Municipal de Lajeado, Brasil

E-mail: mussiomileine@gmail.com

Resumo

O objetivo desta pesquisa foi relacionar a adequação do tempo de aleitamento materno exclusivo com indicadores clínicos e sociodemográficos de puérperas residentes em uma área de vulnerabilidade social em um município do interior do Rio Grande do Sul. O estudo caracterizou-se como analítico observacional, com delineamento transversal e de abordagem quantitativa. Participaram do estudo 81 puérperas, selecionadas por conveniência, que tinham filhos em acompanhamento nas consultas multiprofissionais de puericultura, em uma Unidade de Saúde da Família localizada em uma área de vulnerabilidade social, atendidas no período de junho a setembro de 2018. Utilizou-se o teste Exato de Fisher e os resultados foram considerados significativos a um nível de significância máximo de 5% ($p \leq 0,05$). Observou-se que a maioria das mulheres eram jovens, conviviam com o companheiro, cursaram apenas o ensino fundamental incompleto e apresentavam renda familiar bruta de até um salário mínimo. O parto predominante foi a cesariana, a maioria das crianças realizou um número adequado de consultas de puericultura, nasceram a termo, com peso ao nascer adequado e apresentaram tempo de aleitamento materno exclusivo inferior ao recomendado, sendo a média de 115,9 dias. Não observou-se associação significativa entre as variáveis estado civil, escolaridade, número de filhos, renda familiar bruta, tipo de parto, adequação do número e consultas de puericultura e classificação do peso ao nascer com a adequação do tempo de aleitamento materno exclusivo.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Saúde da família; Vulnerabilidade social.

Abstract

The objective of this study was to correlate the adequacy of exclusive breastfeeding time with clinical and sociodemographic indicators of puerperal women living in an area of social vulnerability in a municipality in the interior of Rio Grande do Sul. The study was characterized as an observational, transversal and quantitative approach. Participants in the study were 81 mothers, selected for convenience, who had children in follow-up at multiprofessional childcare consultations, at a Family Health Unit located in an area of social vulnerability, attended from June to September, 2018. The Fisher's exact test and the results

were considered significant at a maximum significance level of 5% ($p \leq 0.05$). It was observed that the majority of the women were young, lived with the partner, only attended elementary school incomplete and had a gross family income of up to a minimum wage. The predominant delivery was cesarean section, the majority of the children performed an adequate number of childcare consultations, were born at term, with adequate birth weight and presented exclusive breastfeeding time lower than the recommended one, with a mean of 115.9 days. There was no significant association between the variable's marital status, schooling, number of children, gross family income, type of delivery, number adequacy and child-care consultations, and birth weight classification with the adequacy of exclusive breastfeeding time.

Keywords: Breast feeding; Family health; Social vulnerability.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue relacionar la idoneidad de la duración de la lactancia materna exclusiva con indicadores clínicos y sociodemográficos de mujeres puerperales que viven en un área de vulnerabilidad social en una ciudad del interior de Rio Grande do Sul. El estudio se caracterizó como un análisis observacional, con un resumen Enfoque transversal y cuantitativo. El estudio incluyó a 81 mujeres posparto, seleccionadas por conveniencia, que tenían niños monitoreados en consultas multiprofesionales de cuidado infantil, en una Unidad de Salud Familiar ubicada en un área de vulnerabilidad social, atendida de junio a septiembre de 2018. Utilizamos el La prueba exacta de Fisher y los resultados se consideraron significativos a un nivel de significación máximo del 5% ($p \leq 0.05$). Se observó que la mayoría de las mujeres eran jóvenes, vivían con su pareja, asistían solo a la escuela primaria incompleta y tenían un ingreso familiar bruto de hasta un salario mínimo. El parto predominante fue la cesárea, la mayoría de los niños tuvieron un número adecuado de visitas de cuidado de niños, nacieron a término, con un peso adecuado al nacer y tuvieron un tiempo de lactancia materna más corto de lo recomendado, con un promedio de 115.9 días. No hubo una asociación significativa entre las variables estado civil, educación, número de hijos, ingreso familiar bruto, tipo de parto, adecuación del número y consultas de cuidado infantil y clasificación del peso al nacer con la adecuación del tiempo de lactancia materna exclusivo.

Palabras clave: Lactancia materna; Salud de la familia; Vulnerabilidad social.

1. Introdução

Nos primeiros anos de vida, a alimentação adequada é muito importante para o bom crescimento e desenvolvimento infantil, e para a formação de hábitos alimentares saudáveis que irão impactar na saúde em todos os ciclos da vida (Brasil, 2015a). A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam que o leite materno seja o primeiro alimento da criança, iniciando a amamentação na primeira hora de vida, mantendo o aleitamento materno (AM) de forma exclusiva até os seis meses, para então introduzir uma alimentação complementar adequada (Brasil, 2015a; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012; WHO, 2013).

O AM possui diferentes definições adotadas pela OMS e reconhecidas no mundo inteiro, sendo classificado como aleitamento materno exclusivo (AME) quando é oferecido somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de medicamentos (Brasil, 2015a).

O leite materno reúne as características nutricionais ideais, com balanceamento adequado de nutrientes, oferecendo inúmeros benefícios para a saúde da criança (Brasil, 2015a; WHO, 2013). O AM é uma estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição, e se constitui na forma mais econômica e eficaz de intervenção na redução da morbimortalidade, beneficiando mães e filhos (Sampaio, Moraes, Reichenheim, Oliveira & Lobato, 2011; Santiago, 2008).

Dados divulgados pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e OMS, em agosto de 2017, destacam que nenhum país do mundo atende plenamente aos padrões adequados de AM. Em média, apenas 40% das crianças com menos de seis meses de idade são alimentadas exclusivamente com leite materno. Apenas 23 dos 194 países analisados registraram os índices recomendados de amamentação exclusiva nessa faixa etária, acima dos 60%; no Brasil, o índice é de 38,6% (WHO, 2017).

As práticas de amamentação são afetadas por múltiplos fatores históricos, socioeconômicos, culturais e individuais, sendo identificados como mais frequentes o local de residência, idade e escolaridade maternas, o trabalho materno, idade da criança, uso de chupeta e financiamento da atenção primária em saúde (Bocollini, Bocollini, Monteiro, Venâncio & Giugliani, 2017). A cor branca e escolaridade alta, ter companheiro e ter experiência prévia com amamentação também foram fatores associados a maior prevalência de AME (Carvalho & Gomes, 2017).

Ainda, as características do recém-nascido e da infância, como o peso, sexo e outras

condições biológicas, como a prematuridade, podem influenciar na determinação do padrão de saúde infantil, assim como no momento de início do aleitamento e da alimentação complementar (Bocanegra, 2013). Assim, se faz necessário conhecer os aspectos envolvidos no ato de amamentar, para que se possa estabelecer estratégias objetivas no intuito de melhorar os índices de aleitamento e, portanto, de menor morbimortalidade infantil e materna (Amaral *et al.*, 2015).

Deste modo, o objetivo desta pesquisa foi relacionar a adequação do tempo de aleitamento materno exclusivo com indicadores clínicos e sociodemográficos de puérperas residentes em uma área de vulnerabilidade social em um município do interior do Rio Grande do Sul (RS).

2. Metodologia

O estudo caracteriza-se como analítico observacional, com delineamento transversal e de abordagem quantitativa, realizado com a população de uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada na região de maior vulnerabilidade social de um município do interior do RS, no período de junho a setembro de 2018.

Participaram do estudo 81 puérperas, selecionadas por conveniência. Incluiu-se aquelas maiores de dez anos que realizaram o acompanhamento de pré-natal e puericultura na USF, tinham filhos com idade entre seis meses e dois anos, e aceitaram participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, quando menores de 18 anos, do Termo de Assentimento e do TCLE pelos responsáveis. Excluiu-se aquelas que não amamentaram, não tinham dados completos no sistema, crianças institucionalizadas e faltantes das consultas de puericultura no período da coleta de dados.

As participantes responderam um questionário com questões sociodemográficas sobre a idade, número de filhos, estado civil, escolaridade, renda familiar bruta e motivo da interrupção do AME. A variável estado civil foi agrupada em duas categorias; se convivia com o companheiro ou não; a escolaridade foi dividida em Ensino Fundamental Incompleto, Ensino Fundamental Completo, Ensino Médio Incompleto e Ensino Médio Completo; a renda familiar bruta foi classificada em até um salário mínimo, de um a dois salários mínimos e mais de três salários mínimos. Também foram solicitadas informações referentes ao tipo de parto e o tempo de AME. A variável tipo de parto foi classificada como parto natural ou cesariana. O tempo de AME, variável numérica, foi categorizada posteriormente como

adequado quando este foi conforme o recomendado pelo MS (Brasil, 2015a), ou abaixo do recomendado e neste caso se questionou o motivo do desmame precoce.

Ainda, buscaram-se informações complementares no Sistema de Informações do Município, referentes ao número de consultas de puericultura até os seis meses, idade gestacional (IG) ao nascimento e peso ao nascer (PN). Como categorias para a IG, adotou-se a classificação pré-termo para crianças que nasceram antes de completar 37 semanas de gestação, ou a termo para crianças que nasceram entre 37 e 42 semanas de gestação. Para o PN, a classificação de baixo peso foi adotada para aqueles que nasceram com menos de 2,5 kg, adequado para crianças que pesaram entre 2,5 e 4,0 kg, ou macrossômico para aquelas com mais de 4,0 kg ao nascer. O número de consultas de puericultura foi avaliado como adequado quando a criança realizou cinco consultas até os seis meses de idade, ou abaixo do recomendado (Brasil, 2011).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade, e os preceitos éticos relacionados a pesquisas envolvendo seres humanos foram respeitados, conforme Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.

Os dados obtidos foram analisados por meio de tabelas e estatísticas descritivas (médias e desvios-padrão). Para a verificação de associações significativas entre as variáveis utilizou-se o teste Exato de Fisher. Os resultados foram considerados significativos a um nível de significância máximo de 5% ($p \leq 0,05$). O software utilizado para a análise estatística foi o *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 10,0.

3. Resultados e Discussão

A média de idade das participantes do estudo foi de $26,6 \pm 6,6$ anos, e de $2,2 \pm 1,4$ filhos. As crianças, aos seis meses de idade haviam realizado em média $5,1 \pm 1,5$ consultas de puericultura. A IG ao nascer média foi de $39,5 \pm 1,5$ semanas. Do PN foi de $3,3 \pm 0,6$ kg e o tempo de AME de $115,9 \pm 63,8$ dias.

Observou-se que a maioria das mulheres entrevistadas conviviam com o companheiro 54,3% (44), possuíam ensino fundamental incompleto 39,5% (32) e renda familiar bruta de até um salário mínimo 53,1% (43). O parto predominante foi a cesariana 67,9% (55), e a maioria das crianças realizaram um número adequado de consultas de puericultura 65,4% (53). Houve predomínio dos bebês que nasceram a termo 96,3% (78), com PN adequado 80,2% (65), e tempo de AME inferior ao recomendado 61,7% (50) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos dados sociodemográficos e clínicos investigados.

Variável	Categoria	Frequência	%
Estado civil	Não convive com companheiro	37	45,7
	Convive com o companheiro	44	54,3
Escolaridade	Fundamental Incompleto	32	39,5
	Fundamental Completo	11	13,6
	Médio Incompleto	25	30,9
	Médio Completo	13	16,0
Renda familiar bruta (salários)	Até 1	43	53,1
	De 1 a 2	30	37,0
	De 2 a 3	6	7,4
	Mais de 3	2	2,5
Tipo de parto	Cesariana	55	67,9
	Natural	26	32,1
Adequação do número de consultas de puericultura	Adequado	53	65,4
	Abaixo do recomendado	28	34,6
Classificação IG	Pré-termo	3	3,7
	A termo	78	96,3
Classificação PN	Baixo Peso	7	8,6
	Adequado	65	80,2
	Macrossômico	9	11,1
Adequação do Tempo AME	Adequado	31	38,3
	Inferior ao recomendado	50	61,7

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 2, verificou-se que as variáveis estado civil ($p=1,000$), escolaridade ($p=0,067$), renda familiar bruta ($p=0,731$), tipo de parto ($p=0,868$), adequação do número de consultas no puerpério ($p=0,095$) e classificação do PN ($p=0,297$) não foram significativamente associadas à adequação do tempo de AME.

Tabela 2. Associação do estado civil, escolaridade, número de filhos, renda familiar bruta, tipo de parto, consultas de puerpério e classificação do PN com a adequação do tempo de AME

Variável	Categoria	Adequação tempo AME				P
		Adequado		Inferior ao recomendado		
		n	%	N	%	
Estado civil	Não convive com companheiro	14	45,2	23	46,0	1,000
	Convive com companheiro	17	54,8	27	54,0	
Escolaridade	Fundamental Incompleto	13	41,9	19	38,0	0,067
	Fundamental Completo	1	3,2	10	20,0	
	Médio Incompleto	9	29,0	16	32,0	
	Médio Completo	8	25,8	5	10,0	
Número de Filhos	1	11	35,5	19	38,0	0,731
	2	12	38,7	14	28,0	
	3	4	12,9	10	20,0	
	Mais de 3	4	12,9	7	14,0	
Renda familiar bruta (salários)	Até 1	15	48,4	28	56,0	0,868
	De 1 a 2	13	41,9	17	34,0	
	De 2 a 3	2	6,5	4	8,0	
	Mais de 3	1	3,2	1	2,0	
Tipo de parto	Cesariana	19	61,3	36	72,0	0,338
	Natural	12	38,7	14	28,0	
Adequação do número de consultas de puericultura	Adequado	24	77,4	29	58,0	0,095
	Abaixo do recomendado	7	22,6	21	42,0	
Classificação PN	Baixo Peso	1	3,2	6	12,0	0,297
	Adequado	25	80,6	40	80,0	
	Macrossômico	5	16,1	4	8,0	

Teste de Associação Exato de Fisher. Legenda: Aleitamento Materno Exclusivo: AME.
 Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 3, apesar de não apresentar associação significativa entre o número de consultas de puericultura até os seis meses de idade ($p=0,541$), IG da criança ao nascer ($p=0,415$), do PN ($p=0,476$) e adequação do tempo de AME ($p=0,123$), com a idade materna, observa-se relação inversa entre o número de consultas de puericultura e a idade da mãe, ou seja, quanto maior a idade da mãe, menor foi o número de consultas de puericultura do filho. A IG ao nascer, o PN e o tempo de AME apresentaram relação direta com a idade da mãe, mostrando que, quanto maior a idade da mãe, maior a IG e o PN da criança, e maior o tempo em que elas receberam AME.

Tabela 3. Correlação do número de consultas de puericultura aos seis meses de idade, IG ao nascer, PN e tempo de AME com a idade da mãe

Variável	Idade da mãe	
	r	P
Número de consultas de puericultura	-0,069	0,541
IG ao nascer	0,092	0,415
PN (Kg)	0,080	0,476
Tempo de AME (dias)	0,173	0,123

Análise de correlação.

Fonte: Dados da pesquisa.

Atualmente, a promoção e a proteção ao AM e à saúde da criança são tratadas como prioridades pelo MS, sendo elencadas como objetivo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, com especial atenção às populações de maior vulnerabilidade (Brasil, 2015b). Diversos fatores determinam o sucesso e a duração do AM, desde fatores sociodemográficos até os dados clínicos relacionados à gestação, ao nascimento do bebê e ao período de puerpério, além da assistência prestada pela equipe de saúde (Amaral *et al.*, 2015; Oliveira, Iocca, Carrijo & Garcia, 2015; Santiago, 2008).

Entre os fatores associados ao AME analisados neste estudo, verificou-se que a média de idade das puérperas era de 26,6 anos, sendo este perfil semelhante ao encontrado no Rio de Janeiro, onde a maioria das entrevistadas possuía entre 20 e 30 anos (Sampaio *et al.*, 2011). Apesar dos resultados desse estudo não terem encontrado relação entre a idade das mães e a adequação do tempo de AME, estudo transversal traz associação significativa entre AME e idade materna, mostrando que as mães com idade entre 20 e 25 anos e com 35 anos ou mais tem mais chances de amamentar exclusivamente seus filhos do que mães adolescentes (Souza, Migoto, Rossetto & Mello, 2012). Percebeu-se que a idade materna é um fator importante e que deve ser considerado quando são analisados os fatores relacionados ao desmame precoce, uma vez que mães mais jovens tendem a introduzir alimentos mais precocemente na vida do bebê (Queluz, Pereira, Santos, Leite & Ricco, 2012).

Outro dado que deve ser avaliado frente à adesão ao AM é a situação conjugal, sendo que não viver com o companheiro foi significativamente associado à uma prevalência de tempo de AME inferior. Assim, apesar dos dados relacionados ao estado civil e ao AME na presente pesquisa não terem apresentado associação significativa, verificou-se que a maioria das puérperas vivia com o companheiro, sendo esse fato importante na influência positiva para a prática do AM. É fundamental que a mulher nutriz seja apoiada na prática do AME,

principalmente pelo companheiro, pois seu estímulo é o mais significativo para que a mulher possa amamentar (Alves, Oliveira & Rito, 2018; Mucha, Lohmann, Laste & Marchese, 2020).

Também não foi observada associação significativa entre a adequação do tempo de AME e a escolaridade materna, resultado semelhante ao encontrado em estudo realizado no Estado de São Paulo, onde a variável escolaridade não apresentou associação significativa com o desmame precoce (Queluz *et al.*, 2012). Diferentemente do evidenciado no estudo em Londrina, onde os dados da pesquisa confirmaram a escolaridade como um fator protetor ao AM. A escolaridade materna favorece a prática do AME, podendo estar relacionada ao aumento da autoconfiança com relação aos problemas ao amamentar, permitindo que a mãe reflita sobre os fatores que influenciam essa prática, tendo em vista seus benefícios (Bocollini *et al.*, 2017).

No atual estudo a renda não foi associada significativamente a adequação do tempo de AME, resultado diferente do encontrado em outra pesquisa em que a baixa renda familiar foi um fator associado a interrupção precoce do AME. Achado preocupante, na medida em que crianças de famílias de baixa renda são mais vulneráveis a morbimortalidade infantil, e a introdução precoce de outros alimentos pode potencializar este risco (Alves *et al.*, 2018). Visto que a população do atual estudo residia em uma área de vulnerabilidade e as condições relacionadas a escolaridade e renda eram semelhantes, esse fato pode justificar a ausência da relação significativa entre estas variáveis com a adequação do tempo de AME.

Apesar do presente estudo não ter encontrado relação entre o número de filhos e a adequação do tempo de AME, a experiência de gestação anterior é descrita como fator protetor frente a adesão ao AM. Quanto maior o número de gestações, maior a experiência das mães e, por conseguinte, maior seria a duração da amamentação para os próximos filhos (Oliveira *et al.*, 2015).

Com relação ao tipo de parto, neste estudo, o predominante foi a cesariana, apresentando 67,9% de frequência, corroborando com o perfil estadual e brasileiro que apresenta proporções de partos cesáreos superiores ao de partos vaginais. No país foi encontrada uma frequência acima de 50% enquanto no RS, 62% de cesariana (Mattei & Carreno, 2017).

As proporções de cesariana no RS e nas demais regiões do país apresentam-se muito acima do limite de 15% recomendado pela OMS, representando um grande desafio para a política de saúde brasileira (Mattei & Carreno, 2017). A realização indiscriminada de partos cesáreos gera custos adicionais ao sistema de saúde e envolve riscos desnecessários para a

saúde materno-infantil, uma vez que esse procedimento está relacionado com o aumento de mortalidade materna, mortalidade infantil e partos prematuros (Carvalho & Gomes, 2017).

Observou-se, no atual estudo, que a maioria dos bebês nasceram a termo, corroborando com resultados encontrados no RS, onde a maioria das gestações teve duração de 37 a 42 semanas (Mattei & Carreno, 2017). A análise da IG ao nascimento é importante pois a prematuridade está relacionada a mortalidade infantil, sendo que, no Brasil, aproximadamente um terço dos prematuros vai a óbito antes de completar o primeiro ano de vida devido a complicações, sendo o baixo PN o fator mais importante dentre as causas de mortalidade (Carvalho & Gomes, 2017).

Os resultados referentes ao PN se mostraram condizentes com os valores encontrados no RS, onde a maioria dos nascidos vivos pesaram mais de 2,5 kg (Mattei & Carreno, 2017). Este é apontado pela literatura como fator preditivo para a interrupção do AME, dado que a criança com baixo peso apresenta mais dificuldades no estabelecimento do AM (Alves *et al.*, 2018). No presente estudo, o PN não foi associado ao AME, verificado também por outros autores (Bocollini *et al.*, 2017).

Assim, o acompanhamento das mães por profissionais de saúde que estejam atentos às dificuldades do pós-parto e do AM, bem como às inseguranças dessas mães e às questões de saúde e desenvolvimento do neonato, é de fundamental importância para garantir uma vida de qualidade para ambos (Carvalho & Gomes, 2017). Dessa forma, mostra-se necessária a prática da recomendação do MS com relação ao número de consultas até os seis meses de idade, que neste estudo se mostra de acordo com o preconizado, em que a maioria das crianças realizou no mínimo cinco consultas de puericultura (Brasil, 2011), sendo que esses atendimentos são um fator de proteção ao AME (Mucha *et al.*, 2020).

A variável tempo de AME apresentou resultado inferior ao que é preconizado pelo MS, que é de 180 dias (Brasil, 2015a). Identificou-se que as mães mantêm AME médio de 115,9 dias e 61,7% amamentaram durante tempo inferior ao recomendado, resultado que coincide com o momento de retorno das mães ao trabalho. Quando questionadas com relação à introdução de outros alimentos, 22,72% das mães que não tiveram tempo de AME adequado referiram o retorno ao trabalho como motivo da interrupção do AME.

O trabalho materno é fator de risco para a interrupção do AME e, consequentemente, para a introdução de outros tipos de leite, favorecido pela diminuição do contato entre a mãe e o bebê (Carvalho *et al.*, 2017). Acredita-se que a não garantia da licença maternidade pelo período adequado é forte determinante da interrupção do AME antes dos seis meses.

A queda da prevalência de AME entre três e cinco meses de idade observada entre 2006 e 2013, em inquérito nacional, corrobora a necessidade de reforçar ações estratégicas de apoio às mulheres trabalhadoras no período de lactação (Bocollini *et al.*, 2017). O trabalho materno extra domicílio foi identificado como fator agravante para a descontinuidade da amamentação, visto o tempo de afastamento da criança, mesmo quando as mães são beneficiadas com tempo reduzido de trabalho ou intervalos para a prática da amamentação (Oliveira *et al.*, 2015). É bastante comum entre as lactantes trabalhadoras introduzir substitutos do leite materno muito cedo, com o objetivo de acostumar a criança com outros alimentos (Carvalho & Gomes, 2017).

Em relação a idade materna, verificou-se relação inversa não significativa com o número de consultas de puericultura, demonstrando que, quanto maior a idade materna, menor o número de consultas de puericultura das crianças. Possivelmente esse dado está associado ao número de filhos, que no presente estudo, apresentou média de 2,2 filhos por puérpera, demonstrando maior experiência materna e, assim, conferindo maior segurança às mães, que deixam de levar as crianças para as consultas.

A idade materna foi diretamente, mas não significativamente relacionada a IG da criança ao nascer, ao PN e ao tempo de AME em dias, ou seja, quanto maior a idade da mãe, maior a IG, o PN e o tempo em que elas receberam AME. Esses fatores são reflexos do desenvolvimento intrauterino; crianças com baixo PN e IG < 37 semanas são mais vulneráveis aos fatores ambientais e sociais, e apresentam maior risco de mortalidade e morbidade nos primeiros anos de vida. Ambos fatores aumentam o risco da criança para alterações globais em seu desenvolvimento, como distúrbios de linguagem, de motricidade, de aprendizagem e atraso neuropsicomotor, sendo que as maiores taxas de deficiência ocorrem nas menores faixas de peso e IG.

Assim, destaca-se novamente a importância do AM e sua influência positiva na sobrevivência, na saúde e no desenvolvimento das crianças, sendo que muitos efeitos positivos do leite materno, como a proteção contra infecções, são mais evidentes se a amamentação for exclusiva nos primeiros meses, pois a ação protetora pode diminuir substancialmente quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer outro alimento, incluindo água ou chás (Carvalho *et al.*, 2017).

A idade materna está diretamente associada aos fatores acima, peso e IG ao nascer, e tempo de AME, representando mais experiência e responsabilidade que pode refletir em um cuidado maior com relação à gestação e planejamento familiar. Nesse sentido, se faz essencial o acompanhamento da equipe de saúde para desfechos favoráveis e nascimento de crianças

em condições clínicas consideradas ideais, como o peso e a IG adequadas e posterior prática do AME.

4. Conclusão

Em se tratando da relação da adequação do tempo de AME com estado civil, escolaridade, número de filhos, renda familiar bruta, tipo de parto, consultas de puerpério e classificação do PN, não se verificou associação significativa. Observou-se que, em relação ao perfil sociodemográfico das puérperas, a maioria era jovem, com gestações anteriores, que convivia com o companheiro, possuía ensino fundamental incompleto e renda familiar bruta de até um salário mínimo. Com relação aos dados clínicos, a maioria das mulheres teve parto cesáreo e os bebês nasceram a termo, com PN adequado, realizaram um número adequado de consultas de puericultura e o tempo de AME foi inferior ao recomendado pelo MS.

Em relação a idade materna, verificou-se uma relação inversa não significativa com o número de consultas de puericultura, e uma relação direta, mas não significativamente relacionada a IG da criança ao nascer, ao PN e ao tempo de AME em dias.

A IG no momento do nascimento, o PN e número de consultas de puericultura foram considerados, em sua maioria, de acordo com o que é preconizado pelos protocolos brasileiros. Nesse sentido, a equipe de saúde tem papel fundamental no cuidado à saúde da mulher e da criança, podendo esses resultados estarem associados ao tipo de atendimento desenvolvido na USF, que costuma trabalhar com o modelo de atendimento multiprofissional às gestantes e crianças em puericultura.

Referências

Alves, J. S., Oliveira, M. I. C., & Rito, R. V. V. F. (2018). Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(4), 1077-1088. doi: 10.1590/1413-81232018234.10752016

Amaral, L. J. X., Sales, S. S., Carvalho, D. P. S. R. P., Cruz, G. K. P., Azevedo, I. C., & Ferreira, J. M. A. (2015). Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrízes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(spe), 127-134. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0127.pdf>. doi:10.1590/1983-1447.2015.esp.56676

Bocanegra, C. A. D. (2013). *Associação entre o aleitamento materno além do segundo ano de vida e crescimento e saúde mental infantil*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

Bocollini, C. S., Bocollini, P. M. M., Monteiro, F. R., Venâncio, S. I. & Giugliani, E. R. J. (2017). Tendências dos indicadores de aleitamento materno no Brasil há três décadas. *Revista de Saúde Pública*, 51, 108. Recuperado de https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000029.pdf. doi:10.11606/s1518-8787.2017051000029

Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2015a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar*. (2a ed.), Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2015b). Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.130 de 05 de agosto de 2015*. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html

Brasil. (2016). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2016). *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

Carvalho, C. A., Fonsêca, P. C. A., Nobre, L. N., Silva, M. A., Pessoa, M. C., Ribeiro, A. Q., Priore, S. E. & Franceschini, S. C. C. (2017). Fatores sociodemográficos, perinatais e comportamentais associados aos tipos de leite consumidos por crianças menores de seis meses: coorte de nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(11), 3699-3710. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017021103699&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: 10.1590/1413-812320172211.28482015.

Carvalho, M. R., & Gomes, C. F. (2017). *Amamentação: bases científicas*. (4a ed.), Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Mattei, F., & Carreno, I. (2017). Fatores associados à saúde materna e infantil no Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 17(3), 527-537. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292017000300527&script=sci_arttext&tlng=pt. doi: 10.1590/1806-93042017000300007

Mucha, A. M., Lohmann, P. M., Laste, G., & Marchese, C. (2020). Orientação da amamentação na alta hospitalar: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(7), e219974119. doi: 10.33448/rsd-v9i7.4119

Oliveira, C. S., Iocca, F. A., Carrijo, M. L. R., & Garcia, R. A. T. M. (2015). Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(spe), 16-23. doi: 10.1590/1983-1447.2015.esp.56766

Queluz, M. C., Pereira, M. J. B., Santos, C. B., Leite, A. M. & Ricco, R. G. (2012). Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 537-543.

Sampaio, P. F., Moraes, C. L., Reichenheim, M. E., Oliveira, A. S. D. & Lobato, G. (2011). Nascer em Hospital Amigo da Criança no Rio de Janeiro, Brasil: um fator de proteção ao aleitamento materno? *Cadernos de Saúde Pública [online]*, 27(7), 1349-1361. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n7/10.pdf>. doi:10.1590/S0102-311X2011000700010

Santiago, L. B. (Org.). (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Rio de Janeiro: SBP.

Sociedade Brasileira de Pediatria. (2012). Departamento de Nutrologia. *Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola*. (3a ed.), Rio de Janeiro: SBP.

Souza, S. N. D. H., Migoto, M. T., Rossetto, E. G., & Mello, D. F. (2012). Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 29-35. doi: 10.1590/S0103-21002012000100006

World Health Organization (WHO). (2013). Maternal, newborn, child and adolescent health. *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/

World Health Organization (WHO). (2017). Nutrition. *Nurturing the health and wealth of nations: the investment case for breastfeeding Global breastfeeding collective - Executive summary*. Recuperado de <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-collective-investmentcase/en/>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Melisse Paloschi – 40%

Jéssica Martinelli – 15%

Fernanda Scherer Adami – 15%

Paula Michele Lohmann – 10%

Ernanda Mezaroba – 10%

Bianca Coletti Schauren – 5%

Mileine Mussio Patussi – 5%