

Fatores associados ao tempo e à frequência do aleitamento materno

Factors associated with time and frequency of breast-feeding

Ana Caroline Pereira Silva¹, Bárbara Danelon Andrade², Thais Campos Martins³, Marcela Thiago Mendes dos Santos⁴, Renata Maria Souza Oliveira⁵, Ana Paula Carlos Cândido⁶, Michele Pereira Netto⁷

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: agosto de 2017 – Aceito: fevereiro de 2021

RESUMO

Objetivos: Avaliar os fatores que determinam o tipo e o tempo de aleitamento materno, bem como delinear sobre a situação social e nutricional de mulheres atendidas na rede de atenção primária à saúde no município de Juiz de Fora (MG). **Métodos:** Realizaram-se quatro avaliações: a primeira no terceiro trimestre da gestação, e as outras, nos 1º, 3º e 6º meses pós-parto. Inicialmente, aplicou-se um questionário sobre amamentação e um Recordatório 24 horas, também aplicado no 6º mês pós-parto. Posteriormente, questionou-se sobre a frequência, tipo de aleitamento e dificuldades no manejo. **Resultados:** As variáveis que influenciaram significativamente no aleitamento materno exclusivo nos 1º, 3º e 6º meses foram: maior consumo mediano de Vitamina C e B9, maior desempenho no teste sobre amamentação, idade da mãe entre 20 e 35 anos, consumo adequado de carboidratos e suplementação de complexo vitamínico. Os fatores protetores do aleitamento materno exclusivo ou predominante foram: apresentar alguma dificuldade para amamentar e dieta inadequada em relação aos lipídios. Já os fatores de risco foram: fumo na gestação, não saber responder sobre o correto manejo da lactação e renda familiar menor que um salário mínimo. **Conclusões:** Variáveis maternas, dietéticas, socioeconômicas e conhecimentos sobre o manejo da lactação influenciaram no tempo e tipo do aleitamento materno.

PALAVRAS-CHAVE: Gestante. Lactente. Aleitamento Materno. Desmame.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the factors determining the type and maternal breastfeeding time and report on the social and nutritional status of women at the local network of primary health care in the city of Juiz de Fora (MG). **Methods:** There were four evaluations: the first in the third trimester of pregnancy and the others in the first, third, and sixth months following delivery. At first, we applied a questionnaire about breastfeeding and 24-hour dietary recall, also applied in the sixth month postpartum. Subsequently, they were asked about the frequency, type of feeding, and difficulties in management. **Results:** The variables that significantly influenced the exclusive breastfeeding in the first, third, and sixth months were higher mean intake of vitamins C and B9, higher scores in the test on breastfeeding, mother aged between 20 and 35 years old, adequate intake of carbohydrates and supplementation of vitamin complex. Protective factors in exclusive or predominant breastfeeding were having some difficulty in breastfeeding and inadequate diet in relation to lipids. However, the risk factors were smoking during pregnancy, being unable to correctly answer about lactation management, and family income lower than one minimum wage. **Conclusions:** Maternal variables, diet, socioeconomic, and knowledge about lactation management influenced the time and type of breastfeeding.

KEYWORDS: Pregnant women. Infant. Breast feeding. Weaning.

¹ Nutricionista; Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

² Nutricionista; Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

³ Nutricionista; Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

⁴ Nutricionista; Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

⁵ Doutora em Saúde; Professora Adjunta do Departamento de Nutrição/ICB da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

⁶ Doutora em Ciências Biológicas; Professora Adjunta do Departamento de Nutrição/ICB da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

⁷ Doutora em Ciências da Saúde; Professora Adjunta do Departamento de Nutrição/ICB da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). E-mail: michele.netto@ufjf.edu.br

INTRODUÇÃO

A recomendação, por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, e o Ministério da Saúde do Brasil, é que todas as crianças devem ser amamentadas até dois anos ou mais, sendo que, de forma exclusiva, até o sexto mês de vida, sua superioridade como única fonte de alimento até os seis meses é comprovada por meio de estudos que apontam os benefícios desta prática ¹⁻⁴.

Historicamente a amamentação vem ganhando espaço na saúde pública. No ano 2000, diante dos Objetivos das Metas do Milênio, foi firmado um compromisso proposto pela Organização das Nações Unidas⁵, para a redução da mortalidade infantil, o governo brasileiro então começou a estimular o desenvolvimento de políticas públicas para incentivar a maior adesão ao aleitamento materno. A série histórica dos indicadores de aleitamento materno no Brasil mostra tendência ascendente até 2006, com certa estabilização no ano de 2013 para aleitamento materno exclusivo entre menores de seis meses, aleitamento materno em menores de 24 meses e aleitamento materno no primeiro ano de vida, esse achado impõe avaliação e revisão das políticas e programas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, fortalecendo as existentes e propondo novas estratégias para que as prevalências dos indicadores de aleitamento materno retomem a tendência ascendente ⁶.

Em 2008, foi lançada pelo governo a Rede Amamenta Brasil, que reforça o compromisso de aumentar os índices de aleitamento materno no país, com ações voltadas para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), para conscientizar os profissionais da importância do seu papel para auxiliar as mães diante desse processo ⁷.

Já no ano de 2011 foi lançada a Rede Cegonha, fortalecendo o trabalho da Rede Amamenta Brasil, assegurando a garantia de acompanhamento e suporte para as mulheres, direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada em todo período reprodutivo ⁷.

Devido à complementaridade dos programas Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável, em 2012, foi proposta a integração deles ⁸. A Rede Amamenta e Alimenta Brasil, inserida na Rede Cegonha, reforça e incentiva a promoção da amamentação e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Com esta integração, pretende-se que as UBS estejam mais preparadas para receber, orientar e apoiar as famílias na promoção do Aleitamento Materno ⁸.

As Unidades de Saúde da Família são importantes para o estímulo ao aleitamento materno e somado a visitas domiciliares dos profissionais de saúde, eles são responsáveis pela assistência à mulher, e seus familiares, durante o período de pré-natal e pós-parto, além do acompanhamento da criança,

tendo várias oportunidades de estabelecer uma relação com essas pessoas e têm trazido resultados satisfatórios para melhorar os índices de aleitamento materno em determinadas comunidades⁹⁻¹¹.

O aleitamento materno se apresenta como umas das principais ações da Atenção Primária em Saúde, contribuindo para a redução da prevalência de doenças e para duração da amamentação. É de fundamental importância o treinamento dos profissionais de saúde para o trabalho de promoção da amamentação, promovendo confiança nas equipes de saúde com maior facilidade no envolvimento das atividades¹².

Apesar da tendência ascendente da prática de aleitamento materno no Brasil, a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo ainda é um dos mais importantes problemas de saúde pública, pois é uma realidade frequente no país¹³. O Brasil possui a mais avançada legislação de proteção ao aleitamento materno do mundo, garantindo diversos direitos à mulher e propiciando condições favoráveis à amamentação, porém ainda se fazem necessárias melhorias a essa prática, pois ainda não foram alcançadas metas ideais de prevalência de aleitamento materno^{6,13}.

O desmame precoce é a interrupção do aleitamento natural antes da criança completar seis meses de vida e pode estar relacionada a vários fatores, como à baixa escolaridade, situação socioeconômica, a idade materna e suas condições de trabalho, a ausência de um companheiro, ao baixo número de consultas de pré-natal, a consequente falta de orientação, e, principalmente, a ausência de conhecimento sobre a importância do aleitamento materno, condições do parto, intenção da mãe em querer ou não amamentar e o uso da chupeta^{8,9,14-16}.

O maior conhecimento das mães sobre a prática do aleitamento materno pode contribuir positivamente no manejo e nas taxas de aleitamento exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebê¹⁷. Diante deste cenário, o presente estudo tem como objetivo avaliar os fatores que determinam o tipo e o tempo de aleitamento materno, bem como delinear sobre a situação social e nutricional de mulheres atendidas na Rede de Atenção Primária à Saúde no município de Juiz de Fora.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo caracteriza-se como longitudinal. O acompanhamento dos sujeitos consistiu de quatro avaliações: a primeira no terceiro trimestre da gestação, e as outras, após o nascimento da criança, nos 1º, 3º e 6º meses. A coleta de dados foi realizada na Rede de Atenção Primária à Saúde, em todas as unidades básicas das regiões oeste e sul do município de Juiz de Fora – MG, constituindo um total de oito unidades. O período de estudo foi de setembro de 2011 a fevereiro de 2013.

A amostra foi composta por 111 mulheres que foram convidadas a participar nos momentos que

aguardavam algum procedimento no serviço de saúde, se constituindo, portanto, de uma amostra de conveniência. Desta forma, considerou-se como critério de inclusão o aceite das mulheres grávidas e não houve critério de exclusão.

Na primeira etapa do estudo, as gestantes que concordaram em participar através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam, individualmente, um questionário elaborado pelos pesquisadores contendo informações socioeconômicas, variáveis referentes à gestação e história obstétrica. Além deste, foi realizado um questionário contendo 32 perguntas sobre o conhecimento materno a respeito da amamentação.

Ainda neste primeiro encontro, realizou-se o recordatório de 24 horas utilizando um álbum fotográfico contendo figuras com alimentos frequentemente consumidos a fim de se obter informação mais precisa sobre a ingestão alimentar do dia anterior à entrevista. Posteriormente, os alimentos consumidos foram convertidos em gramas e a composição química das dietas foi analisada em relação aos macronutrientes (carboidrato, proteína e lipídio), vitaminas (vitamina A e C, e folato) e minerais (cálcio e ferro).

O consumo médio das gestantes foi comparado às recomendações nutricionais. No caso dos macronutrientes, utilizou-se a AMDR; para micronutrientes, a *Estimated Average Requirement (EAR)* - da *Dietary Reference Intakes (DRIs)*.

Na segunda etapa, que ocorreu no primeiro mês pós-parto, as nutrizes foram avaliadas por meio de contato telefônico. Neste, essas mulheres foram questionadas sobre o ganho de peso total na gestação e o número de consultas totais durante o pré-natal. Em relação à amamentação perguntou-se qual a frequência e tipo de aleitamento (exclusivo ou predominante) e se havia alguma dificuldade no manejo. O número amostral foi reduzido a 88 pessoas nesta etapa, devido a perdas no contato com algumas mulheres e desistência do acompanhamento de outras.

No terceiro mês pós-parto foi realizado um segundo contato telefônico, onde o número amostral foi reduzido a 81 mulheres, as quais responderam novamente às questões sobre amamentação.

A última etapa do acompanhamento, no 6º mês pós-parto foi presencial, devido à necessidade de se realizar um segundo recordatório de 24 horas. Além da aplicação deste, as nutrizes também foram questionadas sobre a amamentação, assim como nas etapas anteriores. Neste momento, 60 mulheres finalizaram o acompanhamento do estudo, sendo este, o período de maior perda amostral. Acredita-se que isto se deve à dificuldade de deslocamento e coincidência de horário de trabalho das mulheres.

As variáveis incluídas no estudo foram as seguintes: idade materna; IMC pré-gestacional e suas respectivas classificações; estado civil; número de gestações, partos e nascidos vivos; número de abortos, intervalo interpartal, idade gestacional; renda total e per capita; número de moradores e cômodos da

casa; escolaridade e trabalho materno e paterno; início do pré-natal; uso de sulfato ferroso e complexo vitamínico e suas durações; uso de álcool e tabaco na gestação; intercorrências gestacionais; 32 perguntas referentes ao conhecimento materno sobre amamentação, ingestão de macro e micronutrientes na gestação e 6º mês pós-parto e, suas classificações em relação à ingestão adequada e inadequada; ganho de peso total da gestação, frequência e tipo de aleitamento materno, dificuldades no manejo da lactação, ingestão de água, chá, sucos de frutas, frutas e papas salgadas pelo bebê no 1º, 3º e 6º mês pós-parto.

Neste estudo, foram utilizadas as seguintes categorias de aleitamento materno preconizadas pela OMS: aleitamento materno exclusivo (AME): a criança recebe apenas leite humano de sua mãe ou amade-leite, ou leite humano ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, excetuando gotas, xaropes, suplementos minerais ou medicamentos; e, aleitamento materno predominante (AMPre): a criança recebe leite humano e líquidos, como água, chás e medicamentos, porém nenhum outro leite.

Para análise dos dados, empregou-se estatística descritiva, como frequência, média e medidas de dispersão. Para tal, foi utilizado o software SPSS versão 19.0. Para a verificação das diferenças de médias e medianas, utilizou-se o Teste t e Teste de Mann Whitney, respectivamente, considerando significância de 5%. Realizou-se também regressão logística com análise bivariada entre o AME no 1º, 3º e 6º mês pós-parto e todas as variáveis categóricas do estudo, citadas anteriormente, além da relação entre aleitamento materno predominante no 1º, 3º e 6º mês e as mesmas variáveis. As variáveis que, na análise bivariada, apresentaram correlação com a variável resposta com valor $p < 0,20$ foram incluídas no modelo de regressão multivariada. Foi considerado nível de significância de 5% para manutenção do modelo.

Para o teste de correlação foi considerada a variável tempo de aleitamento materno exclusivo (TAME) e todas as variáveis numéricas do estudo, especificadas acima. Verificou-se que a variável TAME não apresentou distribuição normal, portanto, os valores demonstrados nos resultados são referentes à correlação de Spearman.

Este trabalho foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, com o CAAE de nº 0076.0.80.420-11.

RESULTADOS

A idade das gestantes no período inicial do estudo encontrava-se no intervalo de 14 a 40 anos, com média de 25,7 anos. O IMC pré-gestacional variou entre 16,4 e 36,9 kg/m², com média de 24,3 ± 4,3 kg/m², sendo que 51,2% apresentavam estado nutricional inadequado antes da gestação. Além disso, 52,3% das mulheres eram multíparas, sendo que nessas, o número de filhos variou de um a oito. O intervalo interpartal mínimo encontrado no estudo foi de 12 meses, enquanto o máximo foi de 156 meses,

demonstrando grande discrepância. A média do início do pré-natal foi no 3,3 mês, sendo que algumas mulheres começaram o acompanhamento no primeiro mês de gestação e, outras, no sétimo mês.

A renda familiar em salários mínimos apresentou grande variação, podendo caracterizar a população estudada em diferentes classes sociais. Percebe-se que, mesmo havendo alta variabilidade, a renda per capita média das famílias foi de R\$ 334,4, valor este que corresponde a menos da metade do salário mínimo da época da coleta. Em relação à quantidade de pessoas por casa a média encontrada foi de $4,4 \pm 2,2$, e, quanto ao número de cômodos relatados, $5,2 \pm 1,5$.

No questionário de conhecimentos maternos sobre a amamentação, aplicado durante a gestação, obteve-se uma média de acertos nas questões de 21,1 pontos, que corresponde a 65,9% do total.

Como observado na Tabela 1, verifica-se que média do consumo de macronutrientes, avaliado a partir de recordatório de 24 horas, no terceiro trimestre gestacional e no 6º mês pós-parto, foi semelhante, enquanto o total de calorias foi reduzido na amamentação, quando comparado à ingestão calórica na gestação.

Tabela 1 – Consumo de macronutrientes avaliado, segundo Recordatório de 24 horas, no 3º trimestre de gestação e 6º mês pós-parto de mulheres avaliadas em UBSs de Juiz de Fora (MG)

	3º trimestre de gestação				6º mês pós-parto			
	Média	DP	Min	Máx	Média	DP	Min	Máx
%CHO	54,9	7,1	39,8	79,6	56,3	6,4	41,3	69,6
%PTN	15,3	14,4	5,8	34,4	15,6	5,3	6,3	28,2
%LPD	29,8	6,3	14,7	44,2	28,1	6,8	10,6	41,7
Total Kcal	2003,4	855,5	799,0	5069,7	1710,7	570,8	836,1	3207,5

Fonte: elaborada pelas autoras

Em relação à ingestão de micronutrientes das mulheres avaliadas no terceiro trimestre de gestação e no 6º mês pós-parto, observa-se uma média de consumo de dietas inadequadas em relação aos minerais cálcio ($541,5\text{mg} \pm 404,6$ x $454,6\text{mg} \pm 297,4$) e ferro ($10,2\text{mg} \pm 5,9$ x $7,8\text{mg} \pm 3,5$) nos dois períodos, quando comparados à recomendação das DRIs. Comportamento semelhante foi observado na média de ingestão de folato ($142,1\text{mcg} \pm 104,5$), que foi quantificado somente na gestação. Quanto ao consumo das vitaminas A ($1180,2\text{mcg} \pm 4,0$) e C ($194,3\text{mg} \pm 304,8$), verifica-se adequação da média de ingestão apenas na gestação. Já na lactação, o único micronutriente com consumo médio adequado foi à vitamina C ($169,3\text{mg} \pm 167,0$).

No primeiro contato telefônico, um mês após o parto, as nutrizes foram questionadas a respeito do ganho de peso total na gestação, o qual apresentou média de 12,9 kg, destacando que houve relato de perda de peso e ganho de até 32 kg. Neste momento, ainda se perguntou sobre o número de consultas totais de pré-natal, obtendo média de 7,3 consultas.

Foram analisadas as diferenças de médias ou medianas das variáveis numéricas coletadas em função do tempo de aleitamento materno exclusivo. No primeiro mês pós-parto, as mulheres que amamentavam exclusivamente apresentaram um consumo mediano maior de vitamina C comparado as que não amamentavam (126,3mg x 55mg; $p = 0,048$). Com relação às respostas obtidas no questionário de conhecimento, as mulheres que amamentavam exclusivamente nos 1º, 3º e 6º meses pós-parto, apresentaram melhor desempenho médio no teste (1º mês: 21,8 x 19,6 acertos - $p = 0,011$; 3º mês: 22,3 x 20 acertos - $p = 0,008$; 6º mês : 23 x 20,2 acertos - $p = 0,012$).

Na tabela 2 pode-se observar as variáveis dietéticas que foram significantes para o AME no 3º mês pós-parto. As demais variáveis não apresentaram diferenças estatísticas.

Assim como nos demais períodos, no 6º mês pós-parto também foram encontradas variáveis que apresentaram diferença significativa em função do AME. Observou-se que as mulheres que mais amamentavam exclusivamente no 6º mês pós-parto, eram aquelas com idade entre 20 e 35 anos. Além disso, a maior duração da suplementação do complexo vitamínico e o consumo adequado de carboidratos, durante a gestação, estavam relacionados com a maior frequência de amamentação exclusiva neste período.

Tabela 2 – Diferenças de medianas de variáveis dietéticas em função do aleitamento materno exclusivo no 3º mês pós-parto de mulheres avaliadas em UBSs de Juiz de Fora (MG)

Variáveis dietéticas	Mulheres que não amamentam	Mulheres que amamentam	P
Vitamina C	48,8 (0 – 608,2)	166,9 (1,8 – 1763,4)	0,008
Densidade vit. C	24,4 (0 – 294,4)	77,7 (0,9 – 1131)	0,009
Vitamina B9	99,3 (33,7 – 487)	138,8 (14,1 – 580,3)	0,053
Densidade vit. B9	55,5 (22 – 163,8)	77,7 (6,3 – 237,7)	0,027

* Teste de Mann Whitney

Fonte: elaborada pelas autoras

Como apresentado na Tabela 3, avaliando o aleitamento materno exclusivo (AME) no primeiro

mês pós-parto, observou-se a partir de análise multivariada, que o fumo na gestação aumenta o risco da mulher não amamentar no primeiro mês pós-parto. Identificou-se ainda que ter alguma dificuldade para amamentar (DPA) foi considerado como fator protetor do aleitamento materno neste primeiro mês. Mulheres que não souberam responder no questionário sobre amamentação quantas vezes o bebê deve mamar por dia, apresentaram maior risco de não amamentarem exclusivamente no terceiro mês e, assim como no primeiro mês pós-parto, a DPA foi considerada fator protetor para AME no terceiro mês.

Gestantes que responderam erroneamente sobre o manejo da lactação foram consideradas como risco para não amamentar exclusivamente no sexto mês. Além disso, as mulheres que relataram renda familiar menor que um salário mínimo também estavam susceptíveis a este risco.

Ainda como resultado da análise multivariada identificou-se que ter uma dieta inadequada em relação ao consumo de lipídios e possuir alguma dificuldade para amamentar constituíram fatores protetores do aleitamento materno predominante no primeiro mês de vida do bebê. A mãe que respondeu que a chupeta deve ser utilizada para acalmar a criança teve maior possibilidade de não amamentar de forma predominante no primeiro mês. Não foi possível montar um modelo de análise multivariada para as variáveis de aleitamento materno predominante nos terceiro e sexto mês pós-parto, pois as variáveis testadas não se mantiveram significantes.

Com relação ao tempo de aleitamento materno exclusivo verificou-se que quanto maior o consumo de carboidratos ($p = 0,039$; $r = 0,267$) e vitamina C ($p = 0,042$; $r = 0,264$) na gestação maior foi o tempo de aleitamento materno exclusivo no teste de correlação. Em contrapartida, quanto menor a quantidade de proteína ($p = 0,033$; $r = -0,276$) na dieta, maior é o tempo do aleitamento.

Tabela 3 – Variáveis relacionadas ao aleitamento materno pela análise multivariada de mulheres avaliadas em UBSs de Juiz de Fora (MG)

		OR (IC 95%)	p
AME	Fumo na gestação	8,817 (1,23 – 62,86)	0,030
(1º mês)	Dificuldades para amamentar	0,108 (0,02 – 0,54)	0,007
AME	Erro na pergunta 1*	12,011 (1,59 – 93,73)	0,018
(3º mês)	Dificuldades para amamentar	0,054 (0,004 – 0,66)	0,023
AME	Erro na pergunta 2*	4,597 (1,13 – 18,65)	0,033
(6º mês)	Baixa renda (salários mínimos)	5,367 (1,02 – 28,01)	0,046
AMPre	Dificuldades para amamentar	0,077 (0,01 – 0,43)	0,004
(1º mês)	Consumo lipídico inadequado	0,161 (0,31 – 0,84)	0,031

	(Conclusão)	
	OR (IC 95%)	p
Erro na pergunta 3*	4,889 (1,44 – 16,54)	0,011

* Pergunta 1: Quantas vezes o bebê deve mamar por dia?

* Pergunta 2: O bebê deve ser mudado de seio a cada 15 minutos durante a mamada?

* Pergunta 3: A chupeta deve ser utilizada para acalmar o bebê?

Fonte: elaborada pelas autoras

DISCUSSÃO

No Brasil, 68% das crianças iniciam o aleitamento materno nos primeiros dias de vida, 41% delas mantem-se em AME até os seis meses e 25% permanecem em aleitamento de 1 até os dois anos de idade¹⁸. Apesar do incentivo, apoio e estímulo à prática do aleitamento materno proporcionados pelas políticas de saúde e ação dos profissionais da educação e saúde, os índices de aleitamento ainda estão distantes das taxas consideradas OMS¹⁹.

No presente estudo, a faixa etária das participantes variou de 14 a 40 anos, sendo que 21,3% destas eram adolescentes e 11,4% com idade igual ou superior a 35 anos. Estudos relatam que mães adolescentes teriam maior dificuldade para amamentar, já que esta é uma fase de transformações psicossociais e morfológicas. Além disso, a inexperiência pode ser um fator negativo sobre o início e duração da amamentação^{20,21}.

Neste estudo, mulheres com idade entre 20 e 35 anos, constituíram uma maioria significativa entre aquelas que estavam amamentando exclusivamente no 6º mês pós-parto, ao contrário do observado em outros estudos, os quais não encontraram correlação entre a idade materna e o AME^{16,22}. Já em outro trabalho realizado com 204 crianças de 18 e 30 meses, na Paraíba/Nordeste⁹, verificou que a duração do aleitamento materno total foi maior entre crianças residentes na zona rural, cujas mães tinham idade de 20 anos ou mais.

A paridade pode ser considerada um fator que exerce influência positiva sobre o aleitamento materno, quando o intervalo interpartal é adequado, ou seja, entre dois e cinco anos. As experiências anteriores da mãe podem proporcionar facilidade no manejo, assim como ofertar maior conhecimento dos benefícios desta prática²³. No presente estudo houve grande variedade em relação ao número de filhos e ao intervalo interpartal, no entanto, não apresentaram relação significativa com a frequência ou duração da amamentação.

As abordagens durante o atendimento de pré-natal são importantes para a garantia do exercício

da amamentação, possibilitando reflexão sobre esta prática e a preparação para o seu manejo ¹⁴. Neste trabalho, a média do número de consultas totais de pré-natal foi adequada, porém este resultado não influenciou significativamente a lactação. Sabe-se que o baixo número de consultas pode comprometer a conscientização da mãe quanto ao ato de amamentar, o que foi confirmado na revisão sistemática de Boccolini, Carvalho, Oliveira (2015) ¹⁴.

A partir do questionário aplicado às gestantes a respeito da amamentação encontrou-se uma média de acertos satisfatória, visto que esta é uma população de baixa escolaridade. Por meio de diferenças de médias verificou-se influência do maior número de acertos com a frequência do AME, o que destaca a importância do conhecimento prévio sobre a amamentação e sua duração. No estudo de Pedraza (2019), as mães que receberam orientações sobre a importância de amamentar até os dois anos de idade ou mais e sobre os prejuízos do uso de chupeta ou bico apresentaram maiores medianas de tempo de aleitamento materno total ⁹. No presente estudo apenas 21,20% das mães apresentam bom conhecimento, esse resultado reitera a questão de que faltam a estas nutrizes, mais incentivo e informação sobre o aleitamento materno, sobretudo nos atendimentos de saúde.

Corroborando o achado neste trabalho, num estudo realizado no Vale do Jequitinhonha –MG ²⁴, cuja população se caracteriza por ser de baixa renda, observou-se que o desconhecimento da importância do aleitamento materno para a saúde da mãe e do bebê influencia no desmame precoce.

Pode-se destacar a importância da avaliação do consumo alimentar na gestação e lactação, já que são períodos de intensa demanda nutricional. Em um estudo realizado no Rio de Janeiro ²⁵ e no atual trabalho, foram verificadas redução das médias do consumo calórico na amamentação em relação à gestação, o que pode comprometer a produção de leite pela mãe, devido ao déficit energético e, conseqüentemente, prejudicar o crescimento e desenvolvimento da criança.

Por meio dos recordatórios 24 horas aplicados na gestação e no 6º mês pós-parto observaram-se dietas inadequadas com relação aos micronutrientes analisados, o que remete à importância da orientação nutricional que deve ser realizada no pré-natal e puerpério.

A partir da verificação de diferenças de médias identificou-se que, as mães que estavam amamentando exclusivamente nos 1º e 3º meses tinham consumo mediano maior de vitamina C na gestação. O mesmo foi observado em relação à vitamina B9 no 3º mês pós-parto. Embora sejam escassos os estudos que relacionam a influência do consumo desses micronutrientes na gestação sobre a amamentação, sabe-se que o achado é de relevância já que a concentração das vitaminas hidrossolúveis no leite materno será suficiente se a ingestão materna for adequada ²⁶.

A gestante prepara-se para a lactação desde o início da gestação, e uma das funções do tecido adiposo é a de auxiliar na produção de leite materno nos primeiros meses após o parto, como substrato

energético²⁷. Portanto, o IMC pré-gestacional pode ser um fator de influência sobre a amamentação, já que a composição corporal da mãe pode interferir. Porém, no atual estudo o IMC pré-gestacional e o ganho de peso total na gestação não se correlacionaram significativamente com a frequência ou duração do AME.

Por meio da análise multivariada, verificou-se que o fumo durante a gestação é um fator de risco para a interrupção do AME no 1º mês de vida do bebê. Além de esta ser uma prática indesejada e prejudicial à saúde materno-infantil, o tabagismo ainda se relaciona com o desmame precoce devido à redução da produção de leite materno²⁸.

Detectou-se que ter alguma dificuldade para amamentar constituiu um fator protetor do AME, desde os primeiros dias até o 6º mês de vida da criança. Em contrapartida, um trabalho realizado em Curitiba²⁹ demonstrou que, a dificuldade no manejo foi considerada fator de risco. Para o resultado do presente estudo, sugere-se que as mães que enfrentaram algum empecilho na lactação, se dedicaram em contornar este fato, adquirindo experiência e aprendizado, influenciando positivamente no AME.

Na literatura, a situação socioeconômica é constantemente relacionada à frequência e duração do aleitamento materno. A baixa renda foi um fator de risco para o AME no 6º mês pós-parto, ressaltando sua influência nas condições de vida, educação e acesso a informações, que podem interferir na conscientização e prática da lactação²⁰.

No questionário sobre conhecimentos maternos a respeito da amamentação aplicado às gestantes, perguntou-se se a chupeta deveria ser utilizada para acalmar o bebê. O erro nesta pergunta, ou seja, declarar que a chupeta deve ser utilizada, foi um fator de risco para o AM no 1º mês pós-parto, demonstrando que o desconhecimento materno ainda na gestação, acerca das práticas adequadas pode comprometer o correto manejo na lactação. Além do uso da chupeta, o desconhecimento do manejo da lactação também se confirmou como fator de risco ao aleitamento materno.

Confirmando este fato, o estudo realizado por meio de entrevista com 429 mães de crianças menores de seis meses, em unidades básicas da cidade do Rio de Janeiro¹⁰, confirmou a associação significativa entre o uso de chupeta e o menor tempo de duração do AME. A utilização deste acessório pode levar a uma menor duração da lactação, ou mesmo sua interrupção, devido à "confusão de bicos" e a dificuldade da pega na mama da mãe, gerada pela diferença entre as técnicas de sucção³⁰.

O adequado consumo de carboidratos durante a gestação e o consumo inadequado de lipídeo, seja para a falta ou excesso, contribuiu para o maior tempo e frequência da lactação. Foi observado ainda, que as gestantes que consumiram menores quantidades de proteína amamentaram exclusivamente durante maior período; entretanto, destaca-se que o consumo médio de proteína esteve dentro do adequado.

Considerado como principal fonte de energia corporal, o carboidrato, além de suprir a necessidade energética materna que está aumentada no período gestacional, contribui na composição do leite materno, portanto, o consumo adequado deste macronutriente pode influenciar positivamente no tempo e frequência do aleitamento ³¹.

O maior tempo de consumo do complexo vitamínico também se associou ao aleitamento materno. É possível que tal consumo tenha influenciado positivamente o estado nutricional da mãe, que por sua vez, contribui para adequada produção de leite.

No presente estudo, o inadequado consumo materno de lipídeos contribuiu para maior tempo e frequência da lactação, fato inesperado, já que estes constituem o componente energético mais importante do leite humano. No entanto, apenas a composição lipídica do leite é modificada de acordo com a dieta materna, não sendo a quantidade total de gordura influenciada pelo consumo inadequado de lipídeos ³¹, o que poderia explicar o resultado encontrado.

Em suma, a faixa etária das mulheres do presente estudo estava entre 14 a 40 anos, a maioria delas era multípara e sua renda foi considerada baixa. A ingestão calórica das mulheres foi maior na gestação, quando comparada ao período em que estavam amamentando. As variáveis que influenciaram significativamente no tempo de aleitamento materno exclusivo nos 1º, 3º e 6º meses foram: maior consumo mediano de Vitamina C e B9, maior desempenho no teste sobre amamentação, idade da mãe entre 20 e 35 anos, consumo adequado de carboidratos e suplementação de complexo vitamínico. Os fatores protetores do aleitamento materno exclusivo ou predominante foram ter alguma dificuldade para amamentar e dieta inadequada em relação aos lipídios. Já os fatores de risco foram fumo na gestação, não saber responder sobre o correto manejo da lactação e renda familiar menor que um salário mínimo.

CONCLUSÃO

No presente estudo, verificou-se que variáveis maternas, dietéticas, socioeconômicas e conhecimentos sobre o manejo da lactação influenciaram no tempo e tipo do aleitamento materno. Deve-se destacar ainda, a importância das variáveis dietéticas neste contexto, raramente analisadas, que permitiram mostrar a importância da nutrição materna para um resultado positivo durante a amamentação. Acredita-se que os resultados deste trabalho, possam auxiliar estudos ainda mais abrangentes e a criação de políticas públicas que possam interferir no melhor acompanhamento nutricional da gestante na atenção primária à saúde, e que nesse ambiente as gestantes possam adquirir informações sobre a importância do aleitamento materno.

Apoio financeiro

PROEX (Pró-Reitoria de extensão) e PROPESQ (Pró-Reitoria de pesquisa) – Universidade Federal de Juiz de Fora - MG. Tipo de auxílio: Concessão de bolsas de iniciação científica e bolsa de extensão.

REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 2016 Jan 30; 387(10017): 475-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7).
2. Martínez-Poblete G, Ossa X. Motivações para o prolongamento da amamentação. *Acta paul. enferm.* 2020; 33: eAPE20190112. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0112>.
3. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. WHO: Unicef; 2002.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
5. Organização das Nações Unidas. Declaração do Milênio. Set. 2000.
6. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Revista de Saúde Pública*. 2017; 51:108. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000029>.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*; 2011.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Departamento da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
9. Pedraza DF. Duração do aleitamento materno e sua associação com características maternas e orientações sobre incentivo à amamentação recebidas no pré-natal em unidades básicas de saúde da família de um município do nordeste brasileiro. *DEMETRA*, Rio de Janeiro, v.14 Supl.1:e43189, novembro-2019 | 1-14.
10. Alves JS, Oliveira MI, Rito RV. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(4): 1077-1088. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018234.10752016>.
11. Martins RM, Montrone AV. O aprendizado entre mulheres da família sobre amamentação e os cuidados com o bebê: contribuições para atuação de profissionais de saúde. *Rev APS*. 2017jan/mar; 20(1): 21 – 29.
12. Vieira CM, Freitas HM, Zanon BP, Anversa ET. Promoção do aleitamento materno exclusivo na visão dos profissionais de uma Estratégia Saúde da Família. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 8, e796986355, 2020 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6355>.
13. Barbosa GE, Silva VB, Pereira JM, Soares MS, Filho RA, Pereira LB, et al. Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. *Rev. Paul. Pediatr.* 2017;35(3):265-272. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;3;00004>.

14. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública.* 2015;49(31):91. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005971>.
15. Fosu-Brefo R, Arthur E. Effect of timely initiation of breastfeeding on child health in Ghana. *Health Econ Rev.* 2015;5(8):1-8. <http://dx.doi.org/10.1186/s13561-015-0044-8>.
16. Martins TC, Cândido AP, Rocha DS, Oliveira RM, Corrêa JO, Netto MP. Fatores associados ao tempo de aleitamento materno exclusivo e total em creches municipais de Juiz de Fora –MG, Brasil. *DEMETRA, Rio de Janeiro, v.14 Supl.1:e43583, novembro-2019 | 1-22.*
17. Ministério da Saúde (Brasil). II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. [acesso em: 15 set. 2016]. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa.
18. Fundo das Nações Unidas para a Infância. The state of the world's children 2014 in number: every child counts. New York; 2014.
19. Maia EM, Santiago LB, Sampaio AC, Lamounier JA. Programa de apoio ao aleitamento materno exclusivo para mães trabalhadoras da iniciativa privada. *Rev Med Minas Gerais.* 2015; 25(1): 19-24.
20. Azevedo DS, Reis AC, Freitas LV, Costa PB, Pinheiro PN, Damasceno AK. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. *Rev Rene Fortaleza.* 2010; 11(2): 53-62.
21. Santos EM, Silva LS, Rodrigues BF, Amorim TM, Silva CS, Borba JM, et al. Avaliação do aleitamento materno em crianças até dois anos assistidas na atenção básica do Recife, Pernambuco, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2019;24(3):1211-1222. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018243.126120171>.
22. Guimarães CM, Conde RG, Brito BC, Gomes-Sponholz FA, Oriá MO, Monteiro JC. Comparação da autoeficácia na amamentação entre puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade de Ribeirão Preto, Brasil. *Texto Contexto Enfer.* 2017;26(1):e4100015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017004100015>.
23. Wenzel D, Souza SB. Fatores associados ao aleitamento materno nas diferentes Regiões do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2014; 14(3):241-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292014000300005>.
24. Caires TL, Oliveita TC, Araújo CM. Análise do conhecimento, manejo e informações recebidas pelas mães sobre amamentação. *Rev Enferm Cent O Min.* 2011; 1(3): 342-54.
25. Lacerda EM, Kac G, Cunha CB, Leal MC. Consumo alimentar na gestação e no pós-parto segundo cor da pele no município do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Públ.* 2007; 41(6): 985-94.
26. Battochio AP, Santos AG, Coelho CA. Leite materno: considerações sobre nutrientes específicos e seus benefícios. *Rev Bras Nutr Clin.* 2003; 18(3): 136-4.
27. Flores TR, Nunes BP, Miranda VI, Silveira MF, Domingues MR, Bertoldi AD. Ganho de peso gestacional e retenção de peso no pós-parto: dados da coorte de nascimentos de 2015, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 36 (11), 23 Nov 2020.
28. Tenório MC, Mello CS, Oliveira AC. Fatores associados à ausência de aleitamento materno na alta hospitalar em uma maternidade pública de Maceió, Alagoas, Brasil. *Ciênc. saúde colet.* 23 (11) Nov 2018.
29. Baptista GH, Andrade AHHKG, Giolo SR. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Públ.* 2009; 25(3): 596-604.
30. Marques ES, Cotta RMM, Araújo RMA. Representações sociais de mulheres que amamentam sobre a

amamentação e o uso de chupeta. Rev Bras Enferm. 2009; 62(4): 562-9.

31. Vitolo MR. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio; 2008.