



Aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas pela Estratégia Saúde da Família

Exclusive breastfeeding in children assisted by the Family Health Strategy

Lactancia materna exclusiva em niños atendidos por la Estrategia Salud de la Familia

Michelle Carolina Garcia da Rocha¹, Malaquias Batista Filho², Maria de Fátima Costa Caminha²⁻³, Lígia Cristina Câmara Cunha²⁻³, Pedro Tadeu Álvares Costa Caminha de Azevedo²⁻³, Ana Rodrigues Falbo²⁻³, Maria Cristina dos Santos Figueira²⁻³, Eliane Mendes Germano²⁻³, Camila Carvalho dos Santos², Suzana Lins da Silva²⁻³.

RESUMO

Objetivo: Descrever a prática do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças assistidas pela Estratégia Saúde da Família de Maceió/AL. **Métodos:** Estudo observacional, de base populacional, tipo coorte prospectivo, em que binômios mãe/filho foram acompanhados quinzenalmente por um período de até seis meses ou até a interrupção do AME. Na primeira e última visita foram aplicados questionários distintos para registros dos dados, que foram analisados no programa Stata 12.1, sendo obtidas tabelas de distribuição de frequência para as variáveis categóricas. A curva da duração do AME foi obtida utilizando-se o procedimento de Kaplan Meier (curva de sobrevivência). **Resultados:** Participaram 225 binômios mãe/filho. A duração mediana do AME foi de 31 dias, com intervalo interquartil (P25 e P75), respectivamente, de 15 e 72 dias. Alcançaram a meta da OMS 4,3% das crianças, sendo amamentadas de forma exclusiva aos seis meses de vida. **Conclusão:** Os resultados caracterizam a situação desfavorável da prática de aleitamento materno exclusivo nas comunidades estudadas, subsidiando discussões sobre os desafios a serem enfrentados pelos serviços de saúde, famílias e a comunidade para alcançar os referenciais recomendados.

Palavras-chave: Aleitamento materno, Atenção primária à saúde, Estudos longitudinais, Áreas de pobreza.

ABSTRACT

Objective: To describe the practice of exclusive breastfeeding (EBF) in children assisted by the Family Health Strategy of Maceió/AL. **Methods:** A population-based, prospective cohort-based, observational study in which mother / child binomials were followed fortnightly for up to six months or until EBF was discontinued. In the first and last visit, separate questionnaires were applied to the data records, which were analyzed in the Stata 12.1 program, and the frequency distribution tables were initially obtained for the categorical variables. The EBF duration curve was obtained using the Kaplan Meier procedure (survival curve). **Results:** 225 pairs of mother / child participated. The median duration of SMA was 31 days, with interquartile range (P25 and P75), respectively, of 15 and 72 days. 4.3% of the children reached the WHO goal, being exclusively breastfed at six months of age. **Conclusion:** The results characterize the unfavorable situation of the exclusive breastfeeding practice in the communities studied subsidizing discussions about the challenges faced by the health services, families and community to reach recommended referrals.

Keywords: Breast feeding, Primary health care, Longitudinal studies, Poverty areas.

RESUMEN

Objetivo: Describir la práctica de la lactancia materna exclusiva (LME) en niños atendidos por la Estrategia de Salud de la Familia de Maceió/AL. **Métodos:** Estudio observacional, de cohorte prospectivo, poblacional,

¹ SINAPSES – Núcleo Integrado de Desenvolvimento Humano, Gramado - RS.

² Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife - PE.

³ Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife - PE.

en el que se siguieron los binomios madre/hijo cada dos semanas durante un período de hasta seis meses o hasta la interrupción de la LME. En la primera y última visita se administraron diferentes cuestionarios para el registro de los datos, los cuales fueron analizados mediante el programa Stata 12.1, obteniendo tablas de distribución de frecuencias de las variables categóricas. La curva de duración de la LME se obtuvo mediante el procedimiento de Kaplan Meier (curva de supervivencia). **Resultados:** Participaron 225 binomios madre/hijo. La mediana de duración de la LME fue de 31 días, con un rango intercuartil (P25 y P75), respectivamente, de 15 y 72 días. El 4,3% de los niños alcanzó la meta de la OMS y recibió lactancia materna exclusiva a los seis meses de edad. **Conclusión:** Los resultados caracterizan la situación desfavorable de la práctica de la lactancia materna exclusiva en las comunidades estudiadas, sustentando discusiones sobre los desafíos que deben enfrentar los servicios de salud, familias e comunidad para alcanzar los puntos de referencia recomendados.

Palabras clave: Lactancia materna, Atención primaria de salud, Estudios longitudinales, Áreas de pobreza.

INTRODUÇÃO

Somente na segunda metade do século XX definiu-se, por consensos internacionais, uma posição bem consolidada sobre a questão do aleitamento materno, estabelecendo recomendações, condutas e princípios normativos informais e formais para sua promoção como uma estratégia de reais e múltiplos efeitos sobre a saúde. Mantida praticamente até a metade do século XX como um processo autônomo das forças de mercado, dependendo, nessas condições, do jogo de influências que determinam o desfecho da relação oferta/procura, a alimentação das crianças tem se desenvolvido segundo um itinerário conflitivo (CAMINHA MFC, et al., 2010; HERNANDEZ AR e VICTORA CG, 2018; ROLLINS N, et al., 2023).

Essas diretrizes fundamentam-se em estudos clínicos, caracterizações epidemiológicas e análises de experiências acumuladas em vários países, demonstrando a efetividade de amamentação para a mãe e para a criança (WHO, 2018; VICTORA CG, et al., 2016, PÉREZ-ESCAMILLA R, et al. 2023). Nesse contexto, o aleitamento materno exclusivo (AME) aos seis meses de vida consolidou-se como uma meta referencial para as políticas e programas de saúde materno infantil (WHO, 2008; VICTORA CG, et al., 2015; VICTORA CG, et al., 2016) juntamente com uma outra meta, que recomenda o aleitamento como uma complementação alimentar até os dois anos de idade (WHO, 2008).

Essas observações fazem com que, além da dimensão da saúde, a amamentação torne-se um referencial de interesse público prioritário, sensibilizando ideias e movimentos da sociedade e dos poderes governamentais para sua efetivação (GARCIA LP, 2016; BOCCOLINI CS, et al., 2017). No entanto, apesar dos grandes benefícios evidenciados, a prática do aleitamento materno, e em especial o AME, não corresponde às expectativas consensuadas nas políticas públicas de saúde (BOCCOLINI CS, et al., 2017; LEITE MGB, et al., 2018; PÉREZ-ESCAMILLA R, et al., 2023).

Embora a quase totalidade das mulheres sejam capazes de amamentar, essa prática pode ser negativamente afetada por diversos fatores históricos, socioeconômicos, culturais e psicológicos. Atitudes sociais e culturais moldam o contexto estrutural para a amamentação e podem influenciar sua prevalência e duração (AMARAL AS, et al., 2019; MENDES SC, et al., 2019; MORAES GGW, et al., 2021; PÉREZ-ESCAMILLA R, et al., 2023; GOMES SEM, et al., 2024). No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) destaca objetivos e atividades convergentes para o fortalecimento da saúde da família, abrangendo ações voltadas para o incentivo ao AME (BRASIL, 2011; ROLLINS NC, et al., 2016; BRASIL, 2017).

Nessa proposta, no acompanhamento pré-natal das gestantes prioriza-se um trabalho interdisciplinar que possa resultar em assistência de qualidade, com o objetivo de assistir integralmente a mãe e seu bebê (BRASIL, 2011; BRASIL, 2009a; MARTINS CD, et al., 2024). Ressaltando-se que o conhecimento das gestantes sobre o aleitamento materno é importante para a sua decisão de iniciar, assim como o apoio e as orientações de dar continuidade ao AME (ROLLINS NC, et al., 2016; MORAES GGW, et al., 2021).

No entanto, em muitas situações, as mulheres são induzidas ao uso de substitutos do leite materno pelos seus familiares e até pelos profissionais de saúde (ROLLINS NC, et al., 2016; MENDES SC, et al., 2019; FERREIRA AS, et al., 2023), desfavorecendo o início e a manutenção do AME (FERREIRA AS, et al., 2023).

Diante desse contexto, ressalta-se a necessidade de identificar, de forma mais fidedigna, o tempo de duração do AME e sua prevalência aos seis meses. Esses resultados podem oferecer subsídios à atenção básica, objetivando alcançar a duração preferencial recomendada. Como hipótese, apesar de ser um estudo puramente descritivo, por se tratar de um estudo de coorte, com a indicação de incidência, logo, mais preciso que os de corte transversal, com a leitura em prevalência, é provável que se possa encontrar valores bem abaixo do AME aos seis meses de vida. Assim, este estudo objetiva descrever a prática do AME em crianças assistidas pela ESF do II Distrito Sanitário de Saúde (DSS) de Maceió/AL.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, de base populacional, tipo coorte prospectivo, realizado na cidade de Maceió/AL. Situada no nordeste brasileiro, Maceió, capital do Estado de Alagoas, tem uma população estimada de 1.029.129 habitantes, equivalente a 30,48% da população alagoana (IBGE, 2017), e está dividida em oito DSS, com 71 Unidades de Saúde da Família (USF) vinculadas à ESF, ressaltando-se que apenas um quarto (26,2%) da população maceioense é assistida por este programa (MACEIÓ, 2014).

O II DSS, alvo deste estudo, abrange os bairros do Centro, Levada, Prado, Ponta Grossa, Vergel do Lago, Trapiche da Barra e Pontal da Barra, que totalizam um total de 25.920 habitantes, dos quais apenas 23,08% são assistidos por estas equipes da ESF (MACEIÓ, 2014). Esse Distrito é composto por cinco USF's, totalizando 10 equipes de saúde da família são distribuídas da seguinte forma: USF A com 01 equipe; USF B com 03 equipes; USF C com 02 equipes; USF D com 02 equipes; e USF E com 02 equipes, totalizando 10 equipes no Distrito. No entanto, o estudo aqui relatado foi realizado em quatro dessas cinco USF's, sendo uma excluída (USF E) em virtude da sua localização em uma comunidade de risco de violência reconhecidamente elevado para os pesquisadores. Assim, foram incluídas na pesquisa oito equipes de saúde da família.

Nas primeiras três USF's, foram incluídos no estudo os pares mãe/filho cujas crianças nasceram no período de setembro/2014 a dezembro/2015 e que estavam em AME no período da coleta de dados. Na quarta USF deste Distrito, participaram os pares cuja criança nasceu no período de abril/2015 a junho/2016 e que também estavam em AME no período da coleta de dados. Ressalta-se que a coleta na quarta USF foi iniciada depois porque ela estava fechada por causa de uma reforma estrutural, retomando suas atividades no mês que foi iniciada a coleta. Assim, o estudo foi realizado de setembro/2014 a junho/2016. Os seis meses finais após este período foram reservados para a garantia do acompanhamento do AME por um período mínimo de seis meses dos binômios mãe/filho que ingressaram na pesquisa no último mês.

Foram elencados como critérios de exclusão: mães que apresentassem algum comprometimento cognitivo auto-referido ou facilmente percebido pelo entrevistador como condição que as impossibilitasse de responder, de forma autônoma e confiável, às perguntas do questionário aplicado; recém-nascidos com algum comprometimento orgânico que pudesse comprometer a prática do AME; mães e recém-nascidos que residissem em comunidade do II DSS cuja localização fosse de risco de violência reconhecidamente elevado para os pesquisadores; mães que não se encontrassem no endereço no período diurno; e três ou mais tentativas de visitas sem sucesso.

Inicialmente, fez-se contato com a direção administrativa da USF visando a identificação das crianças nascidas vivas nesse período, bem como seus dados de endereço para agendamento das visitas, que, em algumas situações, foram realizadas com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's). Também foi solicitado o apoio das técnicas de enfermagem e enfermeiras, pois essas profissionais tinham a informação dos nascidos vivos semanalmente.

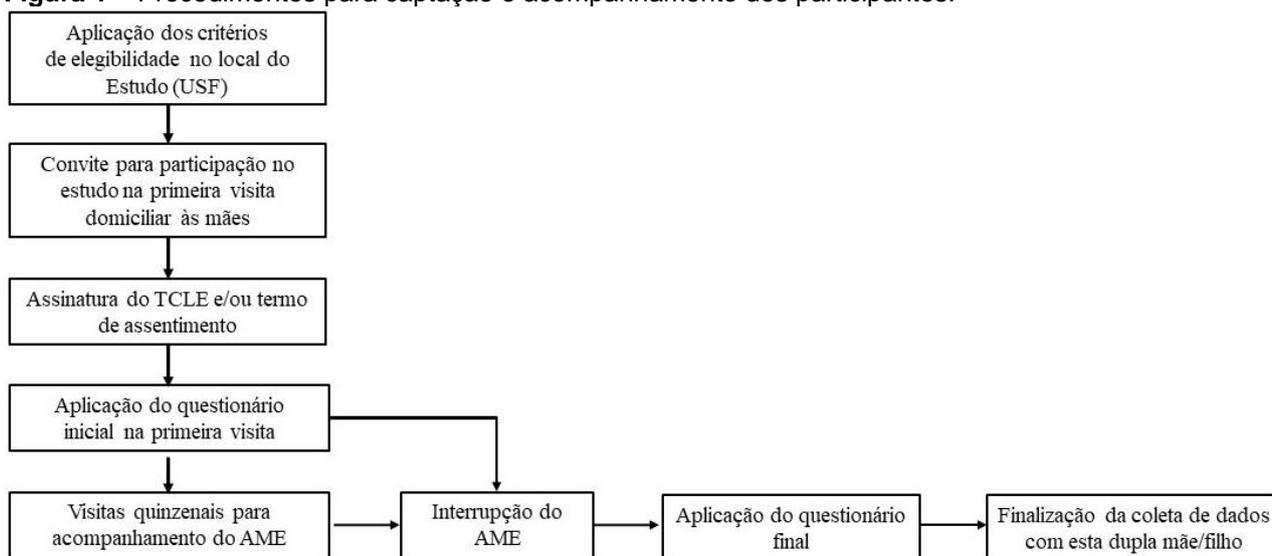
Na primeira visita a cada domicílio, a pesquisadora explicou às mães os objetivos da pesquisa e sua metodologia com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e/ou Termo de Assentimento (em caso de menor). Ainda nesta visita, foi realizada entrevista através de um questionário inicial, composto por perguntas relacionadas às variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade e ocupação maternas; renda familiar per capita, número de filhos, tipo de habitação e saneamento), antecedentes

obstétricos maternos (acompanhamento pré-natal, idade gestacional no momento do parto e tipo de parto), biológicas das crianças (sexo e idade), referentes à amamentação (orientações e incentivo ao AME) e uso de bicos artificiais.

Na ausência da mãe na primeira visita, foram feitas mais duas outras tentativas, a partir de contatos agendados previamente, totalizando, assim, três iniciativas para conseguir a participação das mães nesse acompanhamento. Aquelas que afirmaram estar amamentando seu filho exclusivamente com leite materno passaram a receber visitas quinzenais dos pesquisadores, com o objetivo do acompanhamento do período de amamentação dos pares mães/filhos, priorizando-se o AME. Durante esses encontros, as mães foram indagadas sobre o seu cotidiano neste processo, sendo questionado, por exemplo, como estava a amamentação e se havia dificuldades. Ao final, todas as observações foram registradas no formulário de acompanhamento.

A última visita domiciliar de cada caso acompanhado foi aquela em que se identificou o início do desmame, caracterizado pela ingestão de qualquer líquido ou alimento que não fosse o leite materno (com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos) (WHO, 2008). Dessa forma, foi aplicado o questionário final, composto por perguntas objetivas sobre o período de amamentação, conforme objetivos e variáveis descritas. A **Figura 1** ilustra os procedimentos para captação e acompanhamento dos participantes.

Figura 1 – Procedimentos para captação e acompanhamento dos participantes.



Fonte: Rocha MCG, et al., 2025.

Os dados obtidos a partir dos questionários foram digitados com dupla entrada em planilha do Excel e validadas no Epi Info 3.5.2 e analisados através do Software foi realizada pelos pesquisadores com o auxílio do programa Stata 12.1, sendo obtidas, inicialmente, tabelas de distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. A curva da duração do AME foi obtida utilizando-se o procedimento de Kaplan Meier (curva de sobrevivência). Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNCISAL (CAAE 30574614.7.0000.5011 – Parecer nº640.480) e obedeceu à Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram identificados 259 nascimentos nas USF acompanhadas, dos quais houve 30 casos em que se aplicou algum critério de exclusão e 04 perdas. Assim, a participação foi de 225 pares mães/filhos. Prevaleram as mães com idade de 20 a 29 anos (48,0%), com mediana de 22 anos, que não completaram

o ensino médio (61,8%), não trabalhavam (74,2%), viviam com o companheiro (76,9%), classe social categorizada na C2 (renda média bruta familiar mensal de R\$ 1.277,00) (ABEP, 2014), e que não recebiam auxílio do governo (70,2%) (**Tabela 1**). A renda per capita mensal mediana foi de R\$ 298,33.

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis sociodemográficas das mães de crianças assistidas pela Estratégia Saúde da Família do II Distrito Sanitário de Saúde de Maceió/AL, nascidas entre setembro/2014 a junho/2016, n= 225.

Variável	Amostra		
	N	(%)	IC 95%
Idade materna (em anos)			
14 a 19	70	31,1	(25,1 – 37,6)
20 a 29	108	48,0	(41,3 – 54,7)
30 a 44	47	20,9	(15,8 – 26,8)
Ensino médio completo			
Sim	86	38,2	(31,8 – 44,9)
Não	139	61,8	(55,1 – 68,1)
Mãe trabalha			
Sim	58	25,8	(20,2 – 32,0)
Não	167	74,2	(68,0 – 79,8)
Vive com o companheiro			
Sim	173	76,9	(70,8 – 82,2)
Não	52	23,1	(17,8 – 29,2)
Classe social			
B2	14	6,2	(3,4 – 10,2)
C1	60	26,7	(21,0 – 32,9)
C2	95	42,2	(35,7 – 49,0)
D/E	56	24,9	(19,4 – 31,1)
Auxílio governo			
Sim	67	29,8	(23,9 – 36,2)
Não	158	70,2	(63,8 – 76,1)
Número de pessoas na casa			
< = 4 pessoas	122	54,2	(47,5 – 60,9)
5 e mais	103	45,8	(39,1 – 52,5)
Tipo de habitação			
Tijolo	220	97,8	(94,9 – 99,3)
Outros	05	2,2	(0,7 – 5,1)
Tipo de saneamento			
Rede geral	83	36,8	(30,6 – 43,5)
Fossa	121	53,8	(47,1 – 60,4)
Não tem	15	6,7	(3,4 – 10,8)
Não sabe	06	2,7	(1,0 – 5,7)
Licença maternidade			
Sim	48	21,3	(16,2 – 27,3)
Não	177	78,7	(72,7 – 83,8)

Legenda: B2 - Renda média bruta familiar mensal de R\$ 3.118; C1 - Renda média bruta familiar mensal de R\$ 1.865; C2 - Renda média bruta familiar mensal de R\$ 1.277; D/E - Renda média bruta familiar mensal de R\$ 895.

Fonte: Rocha MCG, et al., 2025.

A maioria das mães (99,1%) realizou acompanhamento pré-natal, cujo número de consultas variou de 2 a 14, com mediana igual a 7,1. A orientação quanto ao aleitamento materno foi recebida por 84,8% das mulheres e 47,1% referiu ter participado de atividades educativas coletivas relacionadas a esta temática. O tipo de parto predominante foi o cesariano (62,7%) (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Análise descritiva das variáveis obstétricas maternas e biológicas das crianças assistidas pela Estratégia Saúde da Família do II Distrito Sanitário de Saúde de Maceió/AL, nascidas entre setembro/2014 a junho/2016, n= 225.

Variável	Amostra		
	N	(%)	IC 95%
Número de filhos nascidos vivos			
1 filho	109	48,4	(41,7 – 55,2)
2 ou mais filhos	116	51,6	(44,8 – 58,2)
Pré-natal			
Sim	223	99,1	(96,8 – 99,9)
Não	02	0,9	(0,1 – 3,2)
Pré-natal na USF*			
Sim	182	81,6	(75,9 – 86,5)
Não	41	18,4	(13,5 – 24,1)
Número de consultas no pré-natal*			
< 6	53	23,8	(18,3 – 29,9)
6 a 8	114	51,1	(44,3 – 57,8)
9 e mais	56	25,1	(19,6 – 31,3)
Tipo de parto			
Normal	84	37,3	(31,0 – 44,0)
Cesáreo	141	62,7	(56,0 – 69,0)
Sexo da criança			
Feminino	118	52,4	(45,7 – 59,1)
Masculino	107	47,6	(40,1 – 54,3)
Prematuridade**			
Sim	26	11,7	(7,7 – 16,6)
Não	197	88,3	(83,4 – 92,2)
Baixo peso ao nascer			
Sim	17	7,6	(4,5 – 11,8)
Não	208	92,4	(88,2 – 95,5)
Contato pele a pele (N = 222)**			
Sim	147	66,2	(59,6 – 72,4)
Não	75	33,8	(27,6 – 40,4)
Mamou na sala de parto (N = 222)**			
Sim	112	50,5	(43,7 – 57,2)
Não	110	49,5	(42,8 – 56,3)
Alojamento conjunto			
Sim	200	88,9	(84,0 – 92,7)
Não	25	11,1	(7,3 – 16,0)

Nota: * Número de mães que realizaram acompanhamento pré-natal (N=223). ** Amostra variou em decorrência de mães que não souberam responder ao questionamento.

Fonte: Rocha MCG, et al., 2025.

A **Tabela 3** ilustra os resultados referentes à amamentação e uso de bicos artificiais pelas crianças estudadas.

Tabela 3 - Análise descritiva das variáveis referentes à amamentação e uso de bicos artificiais das crianças assistidas pela Estratégia Saúde da Família do II Distrito Sanitário de Saúde de Maceió/AL, nascidas entre setembro/2014 a junho/2016, n= 225.

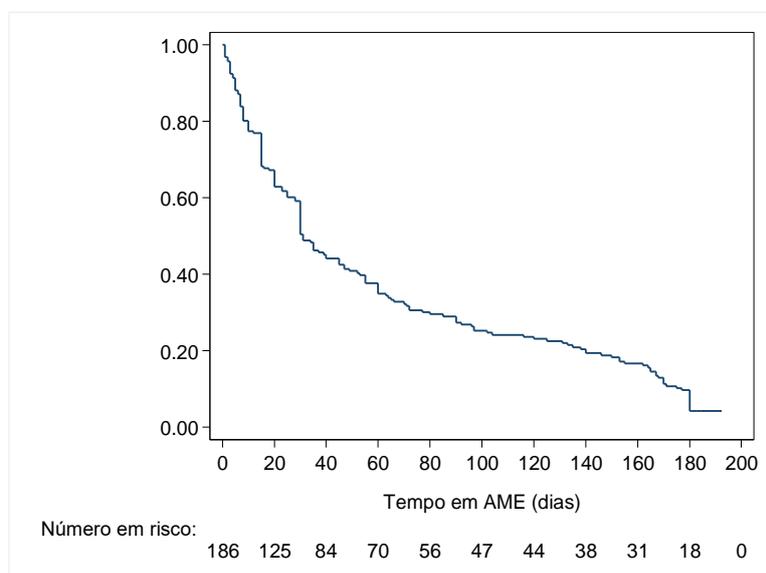
Variável	Amostra		
	N	(%)	IC 95%
Mama no peito			
Sim	205	91,1	(86,6 – 94,5)
Não	13	5,8	(3,1 – 9,7)
Nunca mamou	7	3,1	(1,2 – 6,3)
Orientações sobre o AM no pré-natal*			
Sim	189	84,8	(79,3 – 89,2)
Não	34	15,2	(10,8 – 20,6)
Ações coletivas sobre o AM durante o pré-natal*			
Sim	105	47,1	(40,4 – 53,9)
Não	118	52,9	(46,1 – 60,0)
Recebeu incentivo ao AME**			
Sim	178	95,7	(91,7 – 98,1)
Não	08	4,3	(1,9 – 8,3)
Dificuldade com o AME***			
Sim	69	30,9	(24,9 – 37,4)
Não	154	69,1	(62,5 – 75,0)
Uso de chupeta no início do acompanhamento			
Sim	115	51,1	(44,4 – 57,8)
Não	110	48,9	(42,2 – 55,6)
Uso de mamadeira no início do acompanhamento			
Sim	139	61,8	(55,1 – 68,1)
Não	86	38,2	(31,8 – 44,9)
Uso de chupeta no final do acompanhamento			
Sim	109	48,4	(41,7 – 55,2)
Não	116	51,6	(44,8 – 58,2)
Uso de mamadeira no final do acompanhamento			
Sim	193	85,8	(80,5 – 90,0)
Não	32	14,2	(9,9 – 19,5)

Nota: AM – Aleitamento Materno; * Número de mães que realizaram acompanhamento pré-natal (N=223). ** Número de mães que amamentaram exclusivamente por, pelo menos, um dia (N=186). *** Amostra variou em decorrência de mães que não souberam responder ao questionamento.

Fonte: Rocha MCG, et al., 2025.

Do total das 225 crianças, 186 mamaram exclusivamente por pelo menos um dia, com duração mediana do AME de 31 dias, compreendido entre o percentil 25 (15 dias) e o 75 (102 dias). De acordo com a curva de duração do AME em dias, no ponto “0” 186 crianças encontravam-se em AME e, ao final do estudo (180 dias), apenas 18 crianças (**Figura 2**) .

Figura 2 - Curva de duração do aleitamento materno exclusivo (em dias) das crianças assistidas pela Estratégia Saúde da Família do II Distrito Sanitário de Maceió/AL, nascidas entre setembro/2014 e junho/2016.



Fonte: Rocha MCG, et al., 2025.

Na análise descritiva da duração do AME, o tempo em dias iniciou com uma prevalência de 96,8%, correspondente às mães que amamentaram exclusivamente por mais de um dia, e assim sucessivamente com 30, 60, 90, 120, 150, finalizando aos 180 dias com 4,3% do total das crianças do estudo (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Análise descritiva da duração do aleitamento materno exclusivo das crianças assistidas pela Estratégia Saúde da Família do II Distrito Sanitário de Maceió/AL nascidas entre setembro/2014 a junho/2016, n= 186. Maceió – AL, 2016.

Tempo de AME	Proporção de crianças em AME	IC 95%
01 dia	96,8%	93% - 98,5%
30 dias	50,5%	43,1% - 57,5%
60 dias	35%	28,2% - 41,8%
90 dias	27,4%	21,2% - 34%
120 dias	23,1%	17,3% - 29,4%
150 dias	18,3%	13,1% - 24,1%
180 dias	4,3%	2% - 7,9%

Fonte: Rocha MCG, et al., 2025.

Os motivos para interrupção do AME referidos pelas mães foram: oferta de chá e/ou água (31,5%), leite materno insuficiente e/ou produção reduzida (23,8%), continuidade da fórmula láctea iniciada na maternidade (8,5%), problemas com a amamentação (6,8%), problemas de saúde do bebê e/ou materno (5,5%), desinteresse materno (3,8%), retorno da mãe ao trabalho (3,4%) e outros motivos (16,7%).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo deixam bem caracterizada a situação desfavorável da prática de AME nas comunidades estudadas e, por extensão, os consideráveis desafios a serem enfrentados pelos serviços de saúde, as famílias e a própria comunidade para alcançar os referenciais recomendados a fim de atingir os padrões desejados. Efetivamente, a gravidade da situação fica demonstrada ao se constatar que o valor encontrado para a meta de AME aos 6 meses foi atingido por apenas dezoito mães, com uma mediana geral de 31 dias, bem abaixo dos resultados obtidos ao nível nacional (54,1 dias), da capital pernambucana (49,6 dias) (BRASIL, 2009b), ou no estado de Pernambuco, onde a questão tem sido sequencialmente estudada mediante quatro inquéritos realizados desde 1991 (BATISTA FILHO M e LIRA PIC, 2012), sendo equivalente à prevalência mediana de Maceió (28,43 dias) (BRASIL, 2009b).

A situação se agrava quando se leva em conta que, nas comunidades estudadas, houve um percentual de 3,1% de crianças que jamais foi amamentada, possibilitando, assim, realçar o trabalho a ser feito para escalar o trajeto entre os extremos do valor zero até o ideal dos 100% de AME até os seis meses de idade. Outrossim, destaca-se que Alagoas foi o estado com o menor percentual de AME nos menores de 6 meses, dado registrado no inquérito populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2017 (IBGE, 2017; PEREIRA TAM, et al., 2021).

Outro dado relevante refere-se à quantidade de mães que interromperam o AME a cada mês, destacando-se os primeiros e os últimos trinta dias, quando houve uma maior diferença (respectivamente, de 96,8% para 50,5% e de 18,3% para 4,3%). Um estudo realizado em cidades do interior de Pernambuco revelou resultados semelhantes, identificando uma redução de 30% para 15%, na taxa de crianças amamentadas exclusivamente nos primeiros 30 dias. Os autores inferiram que as taxas de AME alcançadas nos hospitais dificilmente são continuadas quando há a alta da mãe e da criança, ressaltando a importância das orientações após o retorno da mãe para casa, principalmente durante o puerpério (GOMES SEM, et al., 2024).

Desponta, de antemão, uma questão preliminar, ou seja, a dúvida se o cenário encontrado nas comunidades carentes da cidade de Maceió/AL retrataria um problema local ou se pode estar ocorrendo em outras comunidades semelhantes da região ou mesmo do Brasil. Esta observação ganha pertinência e relevância ao se considerar que, em princípio, 5% da população brasileira, ou seja, 11 milhões de pessoas, habitam em aglomerados urbanos subnormais, representando um ecossistema peculiar caracterizado pela pobreza e suas muitas adversidades, como o baixo nível de escolaridade, condições precárias de habitação e do ambiente peri-domiciliar, desemprego ou subemprego, insegurança alimentar e acesso restrito a serviços de saúde, muitas vezes de baixa resolutividade (IBGE, 2010).

A maioria das mães participantes deste estudo vive com o companheiro, fator importante, visto que a participação do pai no apoio às mães durante a amamentação e na duração do aleitamento é fundamental para a sua manutenção (ROLLINS NC, et al., 2016; MORAES GGW, et al., 2021). A situação financeira chamou a atenção pela baixa renda per capita. Este fato pode ser justificado pelas características do cenário do estudo. Em termos de lógica econômica, este seria mais um motivo para que as mães permanecessem mais tempo em AME, poupando, assim, a compra adicional de alimentos para a família (MORAES GGW, et al., 2021; GOMES SEM, 2024)

A maioria das mães (76,2%) havia realizado seis ou mais consultas de pré-natal, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde, por outro lado, menos da metade das mulheres participaram de ações educativas sobre aleitamento materno no pré-natal. Nesse contexto, vale destacar a contribuição da assistência pré-natal na prática de aleitamento, bem como as atividades educativas como estratégias para apoio ao processo de amamentação (BRASIL, 2011; ROLLINS NC, et al., 2016; SILVA ALB, et al., 2023).

Mais que a quantidade de consultas no pré-natal, o incentivo às práticas corretas de aleitamento materno representa um atributo de qualificação da assistência pré-natal e este cuidado tem conseguido, por si, melhorar a duração da amamentação (PÉREZ-ESCAMILLA R, et al., 2023; MARTINS CD, et al., 2024). Infelizmente, esse efeito isolado de estímulo ao aleitamento materno por conta da importância do pré-natal não pôde ser estatisticamente avaliado no estudo aqui apresentado. Na realidade, o efeito positivo do apoio à amamentação passa a incluir, justamente, a ação dos serviços de saúde, a participação de famílias e de outras “pessoas amigas” que contribuíram com esse apoio (MARTINS CD, et al., 2024).

A inserção dos familiares no cuidado com o aleitamento tende a facilitar um processo que não seria restrito à dupla mãe/filho (ROLLINS NC, et al., 2016; MORAES GGW, et al., 2021). No entanto, tem sido observada a contribuição negativa destes atores, em especial as avós, na introdução de outros alimentos antes dos seis meses de amamentação exclusiva, justificando mitos como “leite não sustenta”, “a criança apresenta cólica” ou até mesmo que “o bebê tem muitas flatulências” (FERREIRA AS, et al., 2023). Sabe-se que a nutriz é capaz de produzir leite em quantidade satisfatória, assim como seu teor calórico é eficaz na saciedade ao apetite do lactente, já que a porção final do leite é rica em carboidratos, o que faz a criança ganhar peso (IBGE, 2010; PÉREZ-ESCAMILLA R, et al., 2023).

O desconhecimento por parte das mães sobre as vantagens da amamentação para si própria e seu filho, assim como o potencial nutritivo do leite materno (SILVA ALB, et al., 2023), pode ser minimizado pelo trabalho das equipes de saúde (IBGE, 2017), que tem como papel fundamental a estratégia de apoiar e instruir a família em geral, não somente para o sucesso da lactação, como também aos demais fatores que podem afetar o desenvolvimento infantil (PÉREZ-ESCAMILLA R, et al., 2023; MORAES GGW, et al., 2021).

Outro dado relevante refere-se ao número de cesarianas encontrado neste estudo (62,7%). Em uma coorte realizada em Pelotas (RS) (BARROS AJD, et al., 2011), obteve-se que o percentual de cesarianas realizadas pelo Sistema Único de Saúde foi de 36%. Por vezes, este número está relacionado a escolhas dos médicos, justificando sua preferência a um procedimento mais rápido, e/ou das pacientes, que, muitas vezes, preferem agendar seu parto para uma data mais conveniente ou relatam o medo da dor do parto vaginal. Ressalta-se, ainda, que o parto cesáreo tende a atrasar o início da amamentação (ARAÚJO KEAS, et al., 2021; PÉREZ-ESCAMILLA R, et al., 2023).

CONCLUSÃO

Conclusivamente, demonstra-se que o desempenho da amamentação, notadamente em relação às expectativas do AME, situa-se muito abaixo do recomendável pelos comitês técnicos da OMS e do Ministério da Saúde, no Brasil. Além disso, evidencia-se a necessidade da identificação dos aspectos que permeiam o panorama apresentado, principalmente os socioculturais, visando a elaboração de estratégias locais e nacionais que possam auxiliar no aumento da duração do AME. Quando bem orientada, a mãe tem maior possibilidade de iniciar e manter o AME por mais tempo. Assim, é imprescindível a capacitação dos profissionais de saúde para execução de orientações que levem em consideração os fatores socioculturais, geradores de mitos com relação à alimentação infantil, sendo cabível uma reflexão sobre a assistência que a nutriz deve ter mesmo após a alta hospitalar. Neste íterim, tem-se a proposta da ESF na utilização de mecanismos educativos, como as ações coletivas e individuais de educação em saúde, de forma a envolver a mãe no processo de aleitamento, como um dos cuidados integrais à saúde da criança.

REFERÊNCIAS

1. ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2014. Disponível em <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 31 ago. 2014.
2. AMARAL AS, et al. Intenção de amamentar, duração do aleitamento materno e motivos para o desmame: um estudo de coorte, Pelotas, RS, 2014. *Epidemiol. Serv. Saude*, 2019; 29(1): 2019219.
3. ARAÚJO KEAS, et al. Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida: um estudo transversal. *Texto Contexto Enferm*, 2021; 30: 20200621.
4. BARROS AJD, et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for th better-off. *Rev Saúde Pública*, 2011; 45(4): 635-43.
5. BATISTA FILHO M e LIRA PIC. III Pesquisa estadual de saúde e nutrição - situação alimentar e de saúde no estado de Pernambuco: contexto socioeconômico e de serviços. Recife: Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, 2012.
6. BOCCOLINI CS, et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saude Publica*, 2017; 51: 108-16.
7. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acessado em: 15 de janeiro de 2018.
8. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2009b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf. Acessado em: 31 de agosto de 2014.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acessado em: 31 de agosto de 2014.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e nutrição complementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009; 112 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf. Acessado em: 25 de julho de 2017.
11. CAMINHA MFC, et al. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. *Rev Saúde Matern. Infant*, 2010; 10(1): 25-37.

12. FERREIRA AS, et al. Conhecimento de mães e gestantes sobre o aleitamento materno. *Brazilian Journal of Development*, 2023; 9(5): 16284-16301.
13. GARCIA LP. The Lancet: Série sobre amamentação. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2016; 25(1): 203-4.
14. GOMES SEM, et al. Fatores relacionados ao desmame precoce em bebês nascidos a termo em uma maternidade pública. *CoDAS*, 2024; 36(5): 20240030.
15. HERNANDEZ AR e VICTORA CG. Biopolíticas do aleitamento materno: uma análise dos movimentos global e local e suas articulações com os discursos do desenvolvimento social. *Cad. Saúde Pública*, 2018; 34(9): 155117.
16. IBGE. Cidades@ - Alagoas/Maceió. 2017. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=270430>. Acesso em: 8 nov. 2017.
17. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 – Aglomerados subnormais: primeiros resultados. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro 2010. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=792>. Acessado em: 15 de maio de 2016.
18. LEITE MGB, et al. Aleitamento materno exclusivo: olhar das nutrizes do interior Paraibano. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2018; 17: 55.
19. MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. PSF – Mapa das equipes por Distrito Sanitário. Disponível em http://www.sms.maceio.al.gov.br/?pag=psf_mapa. Acessado em: 20 de janeiro de 2014.
20. MARTINS CD, et al. Ambulatório de amamentação na atenção básica como uma importante ação de promoção ao aleitamento materno: relato de experiência. *CoDAS*, 2024; 36(3): 20220234.
21. MENDES SC, et al. Fatores relacionados com uma menor duração total do aleitamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24(5): 1821-1829.
22. MORAES GGW, et al. Association between duration of exclusive breastfeeding and nursing mothers' self-efficacy for breastfeeding. *Rev Esc Enferm USP*. 2021; 55: 3702.
23. PEREIRA TAM, et al. Aleitamento materno exclusivo e baixo peso em crianças de zero a seis meses acompanhadas na atenção básica no Brasil, 2017. *Rev Paul Pediatr*, 2021; 39: 2019293.
24. PÉREZ-ESCAMILLA R, et al. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *Lancet* 2023; 401: 472–85.
25. ROLLINS N, et al. Marketing of commercial milk formula: a system to capture parents, communities, science, and policy. *Lancet*, 2023; 401: 486–502.
26. ROLLINS NC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*, 2016; 387(10017): 491-504.
27. SILVA ALB, et al. Determinantes em saúde associados ao aleitamento materno exclusivo: uma revisão de escopo. *Rev. CEFAC*, 2023; 25(5): 6822.
28. VICTORA CG, et al. Associação entre amamentação e inteligência, escolaridade e renda aos 30 anos de idade: um estudo de coorte de nascimentos prospectivo no Brasil. *Lancet Glob Health* 2015; 3: 199-205.
29. VICTORA CG, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 2016; 387(10017): 475-90.
30. WHO. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative. 2018. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807>. Acessado em: 05 de maio de 2020.
31. WHO. Regional Office for the Americas. Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. Washington. 2008. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664_eng.pdf;sequence=1. Acessado em: 10 de março de 2017.