



Fatores de risco para a interrupção do aleitamento materno exclusivo em Maceió/AL

Risk factors for stopping exclusive breastfeeding in Maceió/AL

Factores de riesgo para suspender la lactancia materna exclusiva em Maceió/AL

Michelle Carolina Garcia da Rocha¹, Malaquias Batista Filho², Maria de Fátima Costa Caminha²⁻³, José Natal Figueroa², Suzana Lins da Silva²⁻³, Camila Carvalho dos Santos², Rubiane Gouveia de Souza e Silva²⁻³, Thaisa Alves de Araújo²⁻³, Cláudia Roberta Selfes de Mendonça²⁻³, Ana Rodrigues Falbo²⁻³.

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores de risco para a interrupção do aleitamento materno exclusivo. **Métodos:** Estudo de coorte realizado entre setembro/2014 e junho/2016 com todos os pares de mães e filhos nascidos vivos assistidos pela Estratégia Saúde da Família de Maceió/AL, que foram acompanhados até que fosse constatada a interrupção do aleitamento materno exclusivo. Para fins analíticos, foram inventariados 12 grupos de variáveis maternas que poderiam estar relacionadas com o desfecho ao lado de sete grupos de fatores referentes às crianças. As variáveis que caracterizam dados maternos ou informações de seus filhos foram submetidas a análises brutas e, a seguir, ajustadas, como “screening” de riscos estatisticamente pré-selecionados ($p < 0,20$) para a construção de um modelo final hipoteticamente validado. **Resultados:** Dos 225 binômios acompanhados, observou-se que a utilização de chupeta e mamadeira e o não recebimento de incentivo durante o aleitamento materno exclusivo foram considerados fatores de risco para a interrupção desta prática. **Conclusão:** A definição do modelo final de análise aponta possíveis caminhos de alternativas para mudar o panorama do aleitamento materno exclusivo, principalmente quanto à sua duração.

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

ABSTRACT

Objective: To analyze the risk factors for stopping exclusive breastfeeding. **Methods:** Cohort study carried out between September/2014 and June/2016 with all pairs of mothers and live births assisted by the Family Health Strategy of Maceió/AL, who were monitored until the interruption of exclusive breastfeeding was confirmed. For analytical purposes, 12 groups of maternal variables that could be related to the outcome were inventoried alongside seven groups of factors relating to children. The variables that characterize maternal data or information from their children were subjected to crude analysis and then adjusted, as “screening” of statistically pre-selected risks ($p < 0.20$) for the construction of a final hypothetically validated model. **Results:** Of the 225 pairs monitored, it was observed that the use of pacifiers and bottles and not receiving

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.

encouragement during exclusive breastfeeding were considered risk factors for discontinuing this practice.

Conclusion: The definition of the final analysis model points out possible alternative paths to change the panorama of exclusive breastfeeding, especially regarding its duration.

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

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores de riesgo para suspender la lactancia materna exclusiva. **Métodos:** Estudio de cohorte realizado entre septiembre/2014 y junio/2016 con todas las parejas de madres y nacidos vivos atendidos por la Estrategia de Salud de la Familia de Maceió/AL, que fueron acompañados hasta que se confirmó la interrupción de la lactancia materna exclusiva. Para fines analíticos, se inventariaron 12 grupos de variables maternas que podrían estar relacionadas con el resultado junto con siete grupos de factores relacionados con los niños. Las variables que caracterizan los datos maternos o la información de sus hijos fueron sometidas a un análisis crudo y luego ajustadas, como “screening” de riesgos estadísticamente preseleccionados ($p < 0,20$) para la construcción de un modelo final hipotéticamente validado. **Resultados:** De las 225 parejas monitoreadas, se observó que el uso de chupete y biberón y no recibir estímulo durante la lactancia materna exclusiva fueron considerados factores de riesgo para suspender esta práctica.

Conclusión: La definición del modelo de análisis final señala posibles caminos alternativos para cambiar el panorama de la lactancia materna exclusiva, especialmente en lo que respecta a su duración.

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

INTRODUÇÃO

O retrospecto histórico do processo de aleitamento materno, seja na dimensão mais ampla e diversificada das ciências sociais como na economia, antropologia, etnografia e sociologia, seja na área mais restrita das ciências da saúde em nível individual, como a medicina e suas ramificações, ou em escala coletiva como a epidemiologia, revela, de fato, um vasto espaço de conflitos e modismos que, de certa forma, continuam ocorrendo até os tempos atuais. Como o desenvolvimento humano não é um processo contínuo, linear e previsível, o fato é que o jogo de comportamentos e circunstâncias que caracterizam a dinâmica alimentar e nutricional, incluindo o aleitamento materno e suas modalidades, resultam em variados desfechos, com consequências também variadas no processo saúde/doença (CAMINHA MFC, et al., 2010; ROLLINS N, et al., 2023).

No contexto da transição epidemiológica, uma das mudanças mais notáveis ocorreu no binômio alimentação/nutrição, constituindo a chamada transição nutricional, bem caracterizada no Brasil, graças à sequência de inquéritos que têm sido aplicados nos últimos 40 anos (BATISTA FILHO M e RISSIN A, 2003). Dentro desse enfoque, a alimentação das crianças e, notadamente, as práticas do aleitamento materno, tem apresentado substanciais mudanças, ressaltando-se que o Brasil é um dos países que se destacam pelo compromisso público em promover o aleitamento materno (CAMINHA MFC, et al., 2010; VICTORA CG, et al., 2016). No entanto, um questionamento prevalece ainda hoje: apesar dos grandes avanços, a meta padrão estabelecida pelas Nações Unidas é de que todas as crianças possam ser mantidas em aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida (WHO, 2008), entretanto, está muito distante de ser alcançada (CAMINHA MFC, et al., 2010; BRASIL, 2009a).

Os dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno, realizada em 2008 pelo Ministério da Saúde em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal, indicaram que a estimativa de probabilidade de AME até o sexto mês foi de 10% no conjunto de todas as regiões do país, com duração média de 54,11 dias. No município de Maceió/AL, a estimativa de probabilidade de AME até o sexto mês de vida foi de 10,6%, enquanto a região Nordeste teve uma duração média de AME de 34,9 dias (BRASIL, 2009a). Estudos longitudinais apontam medianas de duração do AME distintas: 74,73 dias (DEMÉTRIO F, et al., 2012), 113 dias (ROCCI E e FERNANDES RAQ, 2014) e 120 dias (FALEIROS JF, et al., 2005). A última análise da situação de saúde do Estado de Alagoas não contemplou informações relacionadas ao aleitamento materno (ALAGOAS, 2014). Analisando dados mundiais, tem-se que em 2011 a prevalência de AME nos Estados Unidos era de 49,4% (CDC, 2014).

Alguns estudos longitudinais apontam que há uma queda dos percentuais de crianças amamentadas exclusivamente durante os primeiros trinta dias (COUTINHO SB, et al., 2005; MARTINS CC, et al., 2011; AMARAL SA, et al., 2019), fato influenciado por diversos aspectos. De forma geral, vários estudos nacionais explicitam os fatores influenciadores do AME, tais como a idade e escolaridade materna, gestações anteriores (BRASIL, 2009a; VENÂNCIO SI, et al., 2010; PEREIRA RSV, et al., 2010; BEZERRA VLVA, et al., 2012; PRIMO CC, et al., 2016; PEREIRA-SANTOS M, et al., 2017; GOMES SRM, et al., 2024), número de filhos (PEREIRA-SANTOS M, et al., 2017), número de consultas de pré-natal (VENÂNCIO SI, et al., 2010; BEZERRA VLVA, et al., 2012), o sexo feminino da criança (VENÂNCIO SI, et al., 2010), a licença maternidade (BRASIL, 2009a; PEREIRA-SANTOS M, et al., 2017), as orientações sobre a amamentação recebidas nas unidades básicas de saúde e hospitais (BRASIL, 2009b; PEREIRA RSV, et al., 2010; ROLLINS NC, et al., 2016; SOARES NMT, et al., 2023), aspectos psicológicos e socioculturais (PEREIRA RSV, et al., 2010; FROTA MA, et al., 2009; GROSS FM, et al., 2011; SILVA BT, et al., 2012; PRIMO CC, et al., 2016). Como fatores de risco para a manutenção do AME, são relatadas como influenciadoras as variáveis baixa renda familiar (MARTINS CC, et al., 2011; PEREIRA-SANTOS M, et al., 2017; GOMES SRM, et al., 2024), uso de chupeta (PEREIRA-SANTOS M, et al., 2017; BOCCOLINI CS, et al., 2013; BOCCOLINI CS, et al., 2015; JAAFAR SH et al., 2016) e de mamadeira (PELLEGRINELLI ALR, et al., 2015), o fato de a mãe trabalhar fora de casa (LEONE CR, et al., 2012; AMARAL SA, et al., 2019), a idade da criança (LEONE CR, et al., 2012), escolaridade da mãe (MARTINS CC, et al., 2011; BEZERRA VLVA, et al., 2012; GOMES SRM, et al., 2024), ausência de orientações sobre o aleitamento materno (MARTINS CC, et al., 2011; GUIMARÃES DC, et al., 2018). Entretanto, a maioria dos estudos é de natureza transversal, menos precisos que os estudos longitudinais.

É, portanto, na perspectiva de oferecer suporte para a fundamentação, definição de políticas e programas de promoção do AME que o estudo aqui apresentado se justifica, como pesquisa e, de forma mais compromissada, como um referencial de gestão pública, no âmbito das ações básicas de saúde (BRASIL, 2015).

Assim, objetiva-se, por meio de um estudo de coorte, analisar 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 com enfoque analítico de fatores de risco para a interrupção do aleitamento materno exclusivo, realizado em Maceió/AL. Situada no nordeste brasileiro, a 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 esse 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 25.920 habitantes, dos quais apenas 23,08% são assistidos pelas equipes da ESF (MACEIÓ, 2014). Esse Distrito é composto por cinco USF's, cujas 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 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 estava fechada em razão 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 autorreferido 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.

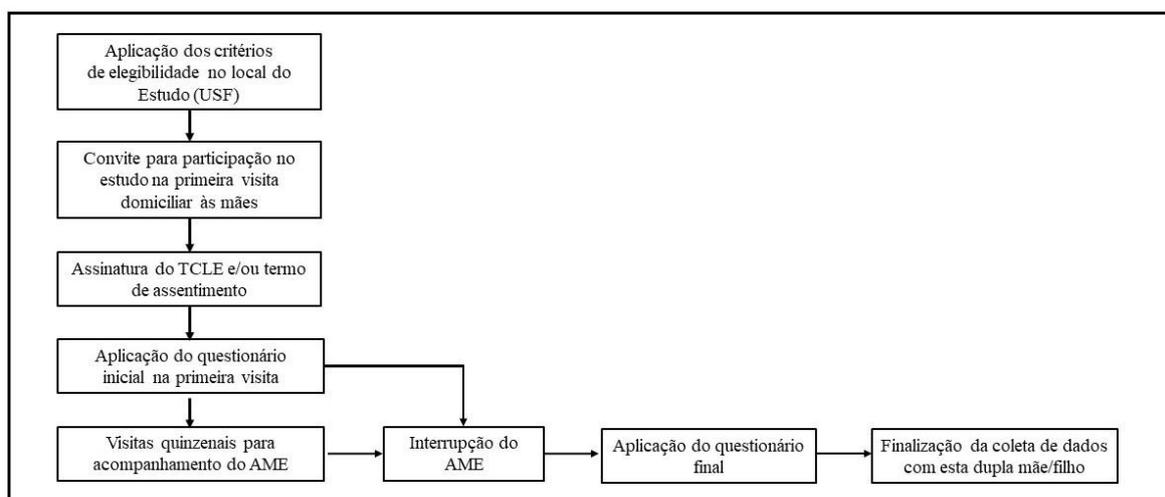
Inicialmente fez-se contato com a direção administrativa da USF visando a identificação das crianças nascidas vivas neste período, bem como seus dados de endereço para agendamento das visitas que, em algumas situações, eram realizadas com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's). Também foi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

Na primeira visita a cada domicílio, foram explicados 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 aplicado um questionário inicial, com 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, tipo de parto), dados biológicos das crianças (sexo e idade), referentes à amamentação (orientações e incentivo ao AME) e uso de bicos artificiais, tipo chupeta/mamadeira. As perguntas foram feitas oralmente e suas respostas marcadas num formulário próprio no momento da visita.

Na ausência da mãe na primeira visita, foram feitas mais duas outras tentativas de visitas, a partir de contatos agendados previamente, totalizando, assim, três iniciativas para se conseguir a participação das mães neste acompanhamento. As mães que afirmaram estar amamentando seu filho exclusivamente com leite materno passaram a receber visitas quinzenais, com o objetivo de acompanhar o período de amamentação dos pares mãe/filho, priorizando-se o AME. Durante as visitas, as mães foram indagadas sobre o seu cotidiano neste processo, questionando-se, por exemplo, como estava a amamentação e se havia ou não dificuldades, anotando-se as observações realizadas no formulário de acompanhamento.

A última visita domiciliar de cada caso acompanhado foi encerrada ao se constatar o início da interrupção do AME, 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). 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.

A análise dos dados obtidos a partir dos questionários foi realizada com o auxílio do programa Stata 12.1. A análise dos fatores associados à duração do AME (em dias) foi realizada através da regressão de Cox, estimando-se as razões de risco (RR) brutas, ajustadas, os respectivos intervalos de confiança de 95% e os níveis de significância estatística. As variáveis indicadas para a análise multivariada de Cox foram as que na etapa de análise uni variada alcançaram um valor $p < 20\%$. As curvas da duração do uso de chupeta e/ou mamadeira e do incentivo ao AME foram obtidas utilizando-se o procedimento de Kaplan Meier (CLEVES M, et al., 2010). Para comparar as curvas da duração do AME segundo o uso de chupeta, uso de mamadeira e do incentivo ao AME, utilizou-se o teste Logrank (CLEVES M, et al., 2010). Para fins estatísticos foi considerado como significativo o valor $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNCISAL (CAAE 30574614.7.0000.5011 - Parecer nº 640.480) e obedeceu à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram identificados 259 nascimentos nas USF investigadas. Nenhuma mãe apresentou comprometimento cognitivo autorreferido ou facilmente percebido pelo entrevistador como condição que as impossibilitasse de responder, de forma autônoma e confiável, às perguntas do questionário aplicado e/ou nenhum dos recém-nascidos se apresentou com algum comprometimento orgânico que pudesse comprometer a prática do AME. Sendo assim, dez foram excluídos por erro no endereço cadastrado na USF; cinco por três tentativas de visitas sem sucesso; três porque a mãe só se encontrava na residência no período noturno; em doze o morador da casa era um parente da puérpera, que não residia no endereço especificado, tendo usado o cadastro da família para realizar o pré-natal, enquanto quatro mães não aceitaram participar do estudo. Portanto, participaram desta coorte 225 crianças, das quais 186 mamaram exclusivamente pelo menos por um dia.

No encerramento da coorte, a duração mediana do AME foi de 31 dias, compreendido entre o percentil 25 (15 dias) e o 75 (102 dias).

Na **Tabela 1** acham-se os resultados de 12 agrupamentos de variáveis maternas (condições sociodemográficas e obstétricas, situação conjugal, características da assistência pré-natal e outros) detalhados nas comparações intra-grupos e definidos na análise de sobrevivência como razão de risco (HR). Evidencia-se que apenas numa condição (não recebeu incentivo durante o AME), a razão de risco apresenta uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,029$).

Tabela 1 - Análise univariada de Cox para identificação de potenciais fatores de risco para crianças assistidas pela Estratégia Saúde da Família face à interrupção do aleitamento materno exclusivo, em coorte de nascimentos ocorridos entre setembro/2014 a junho/2016.

Variáveis	Amostra N	Desfecho ^a N (%)	HR (IC95%)	Valor p
Idade materna (em anos)				0,221
14 a 19	59	54 (91,5)	1,47 (0,94 - 2,28)	
20 a 29	92	83 (90,2)	1,30 (0,86 - 1,97)	
30 a 44	35	31 (88,6)	1,0	
Ensino médio completo				0,215
Sim	70	62 (88,6)	1,0	
Não	116	106 (91,4)	1,22 (0,89 - 1,67)	
Mãe Trabalha				0,438
Sim	45	42 (93,3)	1,0	

Não	141	126 (89,4)	1,15 (0,81 - 1,63)	
Classe social				0,611
B2 (Renda média bruta familiar mensal de R\$ 3.118)	10	10 (100)	1,48 (0,74 - 2,94)	
C1 (Renda média bruta familiar mensal de R\$ 1.865)	47	43 (91,5)	0,92 (0,60 - 1,40)	
C2 (Renda média bruta familiar mensal de R\$ 1.277)	80	71 (88,7)	1,06 (0,73 - 1,55)	
D/E (Renda média bruta familiar mensal de R\$ 895)	49	44 (89,8)	1,0	
Vive com o companheiro				0,559
Sim	145	130 (89,7)	1,0	
Não	41	38 (92,7)	1,12 (0,78 - 1,60)	
Número de filhos nascidos vivos				0,131
1 filho	91	85 (93,4)	1,26 (0,93 - 1,71)	
2 ou mais filhos	95	83 (87,4)	1,0	
Número de consultas no pré-natal ^b				0,284
< 6	45	44 (97,8)	1,37 (0,90 - 2,08)	
6 a 8	91	81 (89,0)	1,04 (0,72 - 1,51)	
9 e mais	49	43 (87,8)	1,0	
Orientações sobre AME no pré-natal ^b				0,206
Sim	158	142 (89,9)	1,0	
Não	27	26 (96,3)	1,32 (0,87 - 2,01)	
Participação em ações coletivas sobre AME ^b				0,565
Sim	88	80 (90,9)	1,09 (0,81 - 1,48)	
Não	97	88 (90,7)	1,0	
Recebeu incentivo durante o AME				0,029
Não	08	08 (100)	1,0	
Sim	178	160 (89,9)	2,48 (1,21 - 5,09)	
Tipo de parto				0,378
Normal	77	70 (90,9)	1,15 (0,84 - 1,56)	
Cesário	109	98 (89,9)	1,0	
Licença maternidade				0,352
Sim	34	32 (94,1)	1,0	
Não	152	136 (89,5)	1,20 (0,81 - 1,76)	

a - Desfecho: interrupção do AME.

b - Uma mãe não realizou acompanhamento pré-natal.

Fonte: Rocha MCG, et al., 2025.

Já em relação às características dicotômicas aplicadas através da análise univariada de Cox relativas aos sete itens aplicados às crianças, duas condições resultaram em diferenças significativas: o uso de chupeta e o uso de mamadeira, com um valor de $p < 0,001$, nas duas situações. É o que se apresenta na **Tabela 2**, tendo como desfecho na análise de sobrevivência da coorte a interrupção do AME.

Tabela 2 - Análise univariada de Cox referentes a potenciais fatores de risco para crianças assistidas pela Estratégia Saúde da Família face à interrupção do aleitamento materno exclusivo, em coorte de nascimentos ocorridos entre setembro/2014 a junho/2016.

Variável	Amostra N	Desfecho ^a N (%)	HR (IC95%)	Valor p
Sexo				0,421
Feminino	96	87 (90,6)	1,0	
Masculino	90	81 (90,0)	1,13 (0,84 – 1,53)	
Baixo peso ao nascer				0,871
Sim	10	9 (90,0)	1,06 (0,54 - 2,07)	
Não	176	159 (90,3)	1,0	
Contato pele a pele ^b				0,772
Sim	125	113 (90,4)	1,05 (0,76 – 1,45)	
Não	59	54 (91,5)	1,0	
Mamou na sala de parto ^b				0,699
Sim	104	94 (90,38)	1,0	
Não	80	74 (92,5)	1,06 (0,78 - 1,44)	
Alojamento conjunto				0,430
Sim	166	149 (89,8)	1,0	
Não	20	19 (95)	1,22 (0,76 - 1,97)	
Usou chupeta				< 0,001
Sim	92	87 (94,6)	1,78 (1,31 - 2,42)	
Não	94	81 (86,2)	1,0	
Usou mamadeira				< 0,001
Sim	103	99 (96,1)	2,95 (2,13 - 4,07)	
Não	83	69 (83,1)	1,0	

a - Desfecho: interrupção do AME.

b - Duas mães não souberam responder ao questionamento.

Fonte: Rocha MCG, et al., 2025.

A **Tabela 3** apresenta as variáveis que figuraram como fatores estatisticamente significativos, de modo a compor um modelo final ajustado constituindo fatores de risco em relação ao AME. Definiu-se, assim, que na análise multivariada de Cox o uso de chupeta e de mamadeira e o não recebimento de incentivo durante o AME se mantiveram no modelo final como fatores de interrupção do AME antes dos seis meses de idade, encurtando, assim, sua duração.

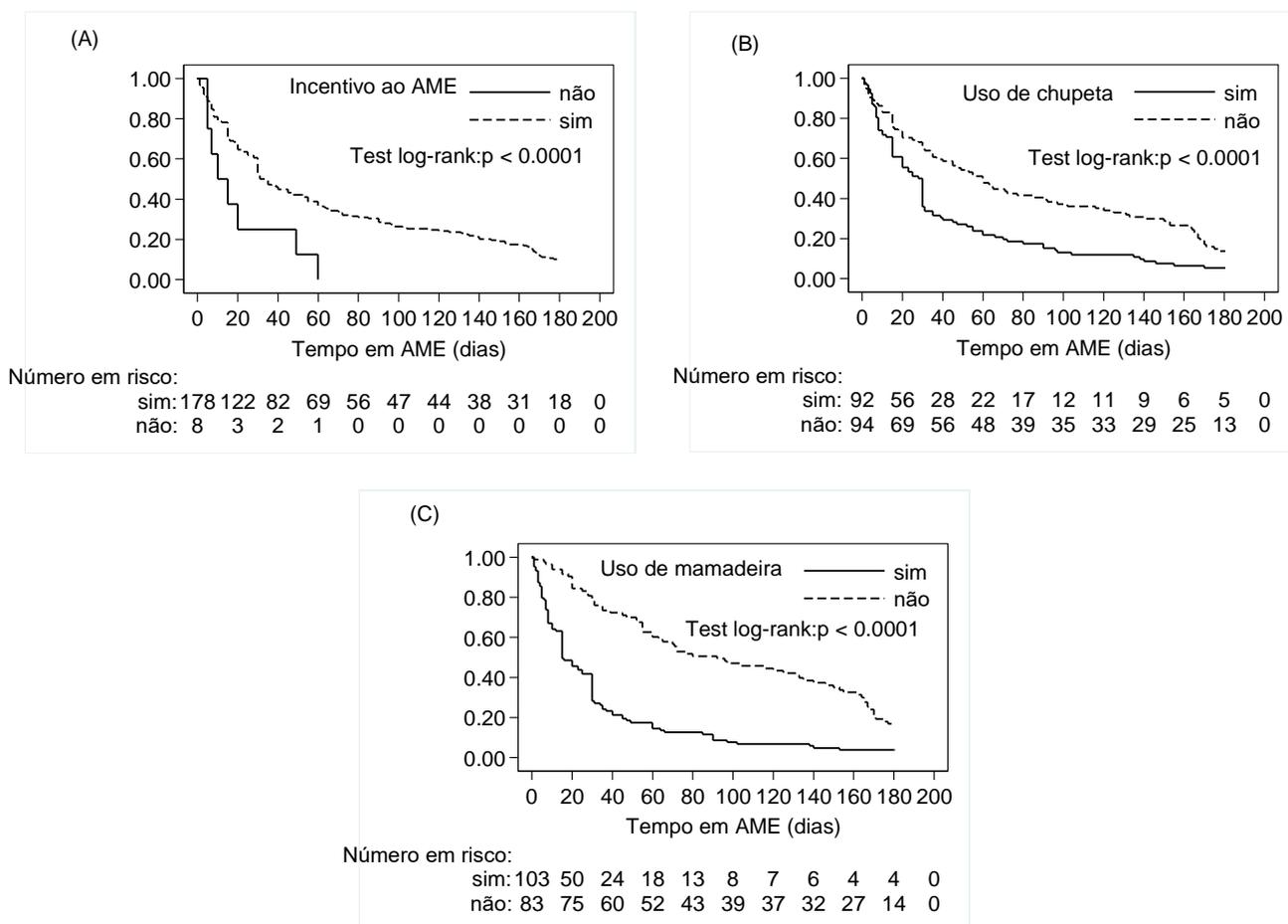
Tabela 3 - Modelo final da análise multivariada de Cox para identificar potenciais fatores de risco às crianças assistidas pela Estratégia Saúde da Família face à interrupção do aleitamento materno exclusivo, em coorte de nascimentos ocorridos entre setembro/2014 a junho/2016.

Variáveis	HR (IC95%)	Valor p
Recebeu incentivo durante o aleitamento materno		0,031
Não	1,0	
Sim	2,22 (1,08 – 4,60)	
Usou chupeta		0,007
Sim	1,55 (1,13 – 2,12)	
Não	1,0	
Usou mamadeira		< 0,001
Sim	2,70 (1,94 – 3,76)	
Não	1,0	

Fonte: Rocha MCG, et al., 2025.

Na **Figura 2** representa-se graficamente a evolução temporal do AME, tendo como desfecho a sua interrupção. Na primeira representação (incentivo ao aleitamento materno), ilustra-se a curva de sobrevivência do AME ao longo de 180 dias, assumindo-se o valor 1 como probabilidade máxima estimada na relação tempo x frequência do AME. Já na segunda e terceira representação (respectivamente, uso da chupeta e uso da mamadeira), configura-se a relação como um fator de risco, que é o uso dos tradicionais bicos (chupetas e mamadeiras). Embora tendo a mesma significância estatística ($p < 0,001$), a adesão dos dois eventos é visualmente distinta, sendo mais precoce e mais prolongado no caso das mamadeiras.

Figura 2 - Curvas da duração do aleitamento materno exclusivo segundo incentivo às mães durante o aleitamento materno exclusivo (A), o uso de chupeta (B) e o uso de mamadeira (C). Crianças assistidas pela Estratégia Saúde da Família do II Distrito Sanitário de Saúde de Maceió/AL com nascimento nos anos de setembro/2014 a junho/2016. Maceió – AL, 2016.



Fonte: Rocha MCG, et al., 2025.

DISCUSSÃO

Fica bem evidenciado, seja pela visualização gráfica ou pelos testes estatísticos aplicados às curvas de sobrevivência, que os fatores de risco, que se mantiveram no modelo final relacionado com a interrupção do AME ao longo da coorte, descrevem trajetórias distintas por sua natureza comportamental. Como exemplo, numa relação causal direta e imediata, como nas mortes violentas e em muitos casos “naturais” do processo saúde/doença, as curvas se superpõem em colinearidade bem clara e indiscutível. Já em outros eventos, como nos casos da relação causa/efeito temporalmente mais elástica, como no exemplo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a precedência risco/desfecho, quando existe, demanda um tempo de resposta ordinariamente demorado. Já nos casos fundamentalmente comportamentais, entre as quais se incluiu as práticas de aleitamento materno e, muito particularmente, o AME, as relações são mediadas por um tempo de resposta mais complexo e relativamente lento, na breve escala temporal do evento.

Esta seria, em grande parte a condição que se aplica aos resultados analíticos do modelo de Cox. Há um tempo de maturação entre o uso da chupeta e da mamadeira e a ocorrência do desfecho, que pode ser refletido na correlação dos resultados apresentados no modelo gráfico. Em sentido inverso, mas recorrendo à mesma lógica, a distribuição da linha de respostas aos fatores que favorecem a duração do AME representaria a mesma razão.

Apesar de estudo mais recente (JAAFAR SH, et al., 2016), através de revisão sistemática para avaliar o efeito do uso de chupeta sobre a prática do aleitamento materno, não ter encontrado efeito sobre a taxa de crianças em AME aos três e aos quatro meses de vida, ressaltando que se comparou o uso restrito *versus* o uso livre, diversos outros estudos (VICTORA CG, et al., 1997; BOCCOLINI CS, et al., 2013; ROCCI E, et al., 2014; ; BOCCOLINI CS, et al., 2015; PELLEGRINELLI ALR, et al., 2015; PEREIRA-SANTOS M, et al., 2017) corroboram com o resultado aqui apresentado. A utilização da chupeta pode levar à redução da frequência de amamentação, interferindo na demanda ao seio. O mesmo ocorre com a mamadeira, visto que também há uma interferência no tempo de sucção das mamas, interferindo na amamentação por livre demanda, além de alterarem as funções de mastigação, sucção e deglutição. Somado a isso, tem-se a possibilidade da confusão de bicos causada pelas diferenças entre a sucção na mama e o bico artificial (PELLEGRINELLI ALR, et al., 2015).

Como interpretações biológicas, estas razões seriam universais, mas como fato comportamental pode-se atribuir ao hábito cultural da mamadeira e da chupeta um fator muito próprio de definição de conduta. É claro que além da menção de razões teóricas, este estudo não tem elementos adicionais para, além do registro descritivo, assumir um juízo mais coexistente sobre o desfecho.

A falta de incentivo às mães durante o aleitamento foi encontrado como fator de risco à interrupção do AME. Coorte realizada em algumas cidades do interior de Pernambuco evidenciou que as orientações à mãe são fundamentais para a manutenção do AME. Os dados demonstraram que as taxas de duração do AME diminuem consideravelmente quando as mães recebem a alta hospitalar, por ausência de apoio contínuo dos profissionais de saúde para esclarecer as dúvidas maternas sobre a amamentação, principalmente durante o puerpério (COUTINHO SB, et.al., 2005; SOARES NMT, et al., 2023). Outra coorte realizada em Pelotas também encontrou justificativas semelhantes (AMARAL SA, et al., 2019).

É muito positivo assimilar que o apoio familiar ou institucional, ou seja, das agências de saúde, exercem uma função importante na promoção do aleitamento materno mais prolongado, até mesmo pelo fato de que, em passado recente, diante do modismo do desmame precoce, esses fatores, que agora jogam em favor, atuavam contra o AME. Mais do que uma recomendação, é um fator que representa uma indicação sistemática e até normativa para inverter tendências históricas ainda recentes e, infelizmente, ainda atuantes, comprometendo a prática salutar do aleitamento materno exclusivo.

A impressão dominante face aos resultados analíticos do estudo é que os modelos usuais de questionários, reunindo variáveis exploratórias de desfechos nutricionais de maior interesse em seguidos inquéritos de base populacional, não se aplicariam com a mesma propriedade no caso do aleitamento materno, em sua fase atual. Em outras palavras: enquanto vários itens componentes da relação de fatores independentes frequentemente se associam à resposta (ou desfecho) hipotetizada, no caso do aleitamento materno exclusivo, ou pelo menos no caso aqui estudado, esta relação só excepcionalmente seria encontrada. Numa observação muito utilitarista do instrumento, usado com algumas adaptações, poder-se-ia questionar sua validade (ou atualidade) para um estudo sobre fatores de risco do AME. De fato, conceitualmente não se pode contar com um modelo de questionário devidamente habilitado para produzir um conjunto de variáveis válidas para compor um modelo analítico, em relação às questões alimentares e nutricionais. E, provavelmente, o AME não se comporta bem dentro dos questionários comumente usados para outros objetivos mais genéricos sobre fatores associados aos desfechos nutricionais.

CONCLUSÃO

Por fim, destaca-se a necessidade de a mãe ter um espaço contínuo para receber orientações sobre o aleitamento materno, desde a gestação até o puerpério, através do pré-natal e de visitas domiciliares na atenção primária à saúde. É importante que esta atenção às gestantes e mães seja personalizada, levando

em consideração o seu contexto e a sua cultura. Ressalta-se, ainda, a importância da preparação das equipes de saúde para lidar com as famílias e orientá-las. Entende-se aqui a importância do preparo destas equipes para tratar de um processo dinâmico, pessoal e fortemente influenciado por questões culturais. Quanto mais frequente as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, maior a probabilidade desse ser exclusivo até o sexto mês.

REFERÊNCIAS

1. ALAGOAS. Saúde Alagoas: Análise da Situação de Saúde. 2014. Disponível em: <https://dados.al.gov.br/catalogo/dataset/ea86ce5a-01e2-4a02-a8a6-49ce7904baff/resource/1d815d1a-b621-4374-9e5c-d758f8e87217/download/documentotecnico080120151622047regiaoass2014.pdf>. Acessado em: 8 de novembro de 2017.
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): e2019219.
3. BATISTA FILHO M, RISSIN A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad. Saúde Pública*, 2003; 19(Sup. 1): S181-S191.
4. BEZERRA VLVA, et al. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. *Rev Paul Pediatr*, 2012; 30(2): 173-79.
5. BOCCOLINI CS, et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *J Pediatr (Rio J.)*, 2013; 89: 131-136.
6. BOCCOLINI CS, et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*, 2015; 49:91.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. 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; 2009a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf. Acessado em: 31 de agosto de 2014.
8. 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, 2009b. 112 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf. Acessado em: 25 de julho de 2017.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf. Acessado em: 10 de março de 2017.
10. CAMINHA MFC, et al. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. *Rev Saúde Matern. Infant.*, 2010; 10(1): 25-37.
11. CDC – Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding report card. 2014. Disponível em: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2014breastfeedingreportcard.pdf>. Acessado em 10 de abril de 2016.
12. CLEVES M, et al. An introduction to Survival Analysis Using Stata. Third Edition. USA: 2010; 412p.
13. COUTINHO SB, et al. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *The Lancet*, 2005; 9491:1094-1100.
14. DEMÉTRIO F, et al. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2012; 28(4): 641-54.
15. FALEIROS JF, et al. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. *Cad. Saúde Pública*, 2005; 21(2): 482-89.

16. FRANÇA MCT, et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saúde Pública*, 2008; 42(4): 607-14.
17. FROTA MA, et al. Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*, 2009; 43(4): 895-901.
18. GOMES SEM, et al. Fatores relacionados ao desmame precoce em bebês nascidos a termo em uma maternidade pública. *CoDAS*, 2024; 36(5): e20240030.
19. GROSS FM, et al. Influência das avós na alimentação de lactentes: o que dizem suas filhas e noras. *Acta Paul Enferm*, 2011; 24(4): 534-40.
20. GUIMARÃES DC, et al. Conhecimento da puérpera sobre amamentação na Atenção Básica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2018; (18), e107.
21. IBGE. Cidades@ - Alagoas/Maceió. [online]. 2017. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=270430>. Acesso em: 8 nov. 2017.
22. JAAFAR SH, et al. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2016; 2016(8): CD007202.
23. LEONE CR, et al. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. *Rev Paul Pediatr*, 2012; 30(1): 21-6.
24. MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. PSF – Mapa das equipes por Distrito Sanitário [online]. 2014. Disponível em http://www.sms.maceio.al.gov.br/?pag=psf_mapa. Acessado em: 20 de janeiro de 2014.
25. MARTINS CC, et al. Fatores de risco maternos e de assistência ao parto para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, 2011; 35(1): 167-78.
26. PELLEGRINELLI ALR, et al. Influência do uso de chupeta e mamadeira no aleitamento materno exclusivo entre mães atendidas em um Banco de Leite Humano. *Rev. Nutr. Campinas*, 2015; 28(6): 631-39.
27. PEREIRA RSV, et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, 2010; 26(12): 2343-54.
28. PEREIRA-SANTOS M, et al. Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 2017; 17(1): 69-78.
29. PRIMO CC, et al. Which factors influence women in the decision to breastfeed? *Invest Educ Enferm*, 2016; 34(1): 198-210.
30. ROCCI E, FERNANDES RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Rev Bras Enferm.*, 2014; 67(1): 22-7.
31. ROLLINS NC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*, 2016; 387(10017):491-504.
32. ROLLINS N, et al. Marketing of commercial milk formula: a system to capture parents, communities, science, and policy. *Lancet*, 2023; 401: 486–502.
33. SILVA BT, et al. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. *Rev Paul Pediatr*, 2012; 30(1): 122-30.
34. SOARES NMT, ANJOS LM. Percepção das primigestas sobre a importância do aleitamento materno exclusivo na assistência de enfermagem. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2023; 23(6), e12047.
35. VENÂNCIO SI, et al. A Prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: Situação atual e avanços. *J Pediatr*, 2010; 86(4): 317-324.
36. VICTORA CG, et al. E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics* 1997; 99(3): 445-53.
37. VICTORA CG, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 2016; 387(10017): 475-90.
38. 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.