

PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR PUERPERAL: UMA ESTRATÉGIA PROTETORA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

First postpartum home visit: a protective strategy for exclusive breastfeeding

Maria José Laurentina do Nascimento Carvalho^{a,*}, Michelle Figueiredo Carvalho^a, Carlos Renato dos Santos^a, Paula Thianara de Freitas Santos^a

RESUMO

Objetivo: Averiguar a influência da primeira visita puerperal, da renda familiar, do hábito de chupeta, do número de irmãos e do peso ao nascer na manutenção do aleitamento materno exclusivo (AME) em lactentes com uma semana de vida até seis meses de idade no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco.

Métodos: Neste estudo transversal, coletaram-se dados por inquérito que abrangiam características sociais e demográficas das famílias e prática de amamentação em crianças com uma semana até seis meses de vida, que compareceram às unidades de saúde da família de Vitória de Santo Antão nos dias de puericultura, entre dezembro de 2014 e fevereiro de 2015. Para indicar quantas vezes a prevalência do desfecho foi aumentada por influência dos fatores analisados, utilizou-se a Razão de Prevalência, bem como um modelo de regressão logística binária para análise e confiabilidade dos resultados.

Resultados: A prevalência de amamentação exclusiva foi de 41,7%. A renda familiar, o hábito de chupeta, o número de irmãos e o peso ao nascer não demonstraram significância estatística sobre a manutenção do AME. Em contrapartida, a ausência da visita puerperal ($p=0,009$) influenciou negativamente a sua permanência. As crianças que receberam visita mostraram maior possibilidade de estarem em AME (RP 2,28, IC95% 1,17-4,42). Na regressão logística apenas a visita apontou significância para estimar a probabilidade de ocorrer AME.

Conclusões: A ausência da visita puerperal influenciou negativamente a manutenção do AME. Esse achado preenche a lacuna referente ao conhecimento dos fatores determinantes sobre essa prática e norteia o planejamento de ações e estratégias locais para promoção, proteção e apoio à amamentação exclusiva.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Visita domiciliar; Desmame precoce.

ABSTRACT

Objective: To investigate the influence of the first postpartum visit, family income, pacifier habit, number of siblings and birth weight on the maintenance of exclusive breastfeeding in infants aged one week up to six months.

Methods: In this cross-sectional study, data were collected through a survey, which included social and demographic characteristics of the families and the breastfeeding practice in children aged one week to six months, who received care at family health units in the municipality of Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Northeast Brazil, between December 2014 and February 2015. Prevalence ratio was used to indicate how many times the outcome prevalence was increased by the influence of the studied variables, as well as a binary logistic regression model for the analysis and reliability of the results.

Results: The prevalence of exclusive breastfeeding was 41.7%. Family income, pacifier habit, number of siblings and birth weight did not show statistical association with the maintenance of exclusive breastfeeding. However, the absence of postpartum home visits adversely influenced the outcome ($p=0.009$). The children who received home visits had a higher chance of being exclusively breastfed for six months or more (PR 2.28, 95%CI 1.17-4.42). In the logistic regression, only the visit showed significance to estimate the probability of exclusive breastfeeding.

Conclusions: The absence of postpartum home visits negatively influenced the duration of exclusive breastfeeding. This finding fills a gap in the knowledge of determinants of exclusive breastfeeding and may guide the planning of local strategies and actions to promote, protect and support exclusive breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding; Home visit; Weaning.

*Autor correspondente. E-mail: marialaurenc@hotmail.com (M.J.L.N. Carvalho).

^aUniversidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

Recebido em 15 de agosto de 2016; aprovado em 19 de abril de 2017; disponível on-line em 8 de janeiro de 2018.

INTRODUÇÃO

É consenso que o leite materno é o melhor alimento para a promoção e proteção da saúde da criança e apresenta reconhecidos benefícios nutricionais, imunológicos, cognitivos, econômicos, sociais e emocionais.^{1,2} Esses benefícios são aproveitados em sua magnitude quando o aleitamento materno (AM) é praticado exclusivamente até os seis meses de vida do bebê, permanecendo complementado por outros tipos de alimentos até os dois anos de idade ou mais, como recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS).³

Estimativas da OMS demonstraram que, se a amamentação fosse praticada universalmente, as mortes de 823 mil crianças e 20 mil mães poderiam ser evitadas a cada ano.⁴ Apesar dos benefícios do aleitamento materno exclusivo (AME) e dos esforços para a promoção do seu exercício, as taxas no Brasil, ainda com evidente melhoria,⁵ encontram-se aquém do recomendado, sendo a sua interrupção precoce um importante problema de saúde pública.⁶ A pesquisa de prevalência de AM nas capitais brasileiras e no Distrito Federal mais atual, publicada em 2009, revelou prevalência de 41% de AME. Mesmo tendo ocorrido um significativo aumento nos índices ao quarto mês de vida no Brasil (35,5% em 1999 para 51,2% em 2008), ao sexto mês essa taxa não chega a 10%.⁷

A Estratégia de Saúde da Família mostra-se como espaço privilegiado para as ações de promoção, proteção e apoio ao AM. Nesse âmbito, pode-se desenvolver práticas educativas para a promoção do AM desde o pré-natal, o que deve fazer parte da agenda de toda a equipe de saúde, sendo fundamental a formação do vínculo dessa com a dupla mãe-filho e famílias, possibilitando apoio, esclarecimentos sobre as intercorrências comuns na amamentação e promoção da saúde.⁸ Destaca-se, ainda, a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), lançada em 2012, cujo objetivo é qualificar as ações nesse cenário por meio do aprimoramento das competências e habilidades dos profissionais de saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Tal estratégia soma esforços importantes à Estratégia de Saúde da Família no que tange a temática do AM, qualificando o processo de trabalho por meio da educação permanente crítico-reflexiva e contribuindo de forma mais efetiva para o aumento dos índices de AM.⁹

A manutenção do AME pode ser influenciada por vários fatores. A visita domiciliar puerperal, umas das atividades inerentes à Estratégia de Saúde da Família, consiste em instrumento de intervenção fundamental na saúde da família, pois possibilita ao profissional mais contato com o trinômio mãe-filho-família, o que o aproxima da realidade vivenciada e permite identificar

as principais necessidades em saúde.¹⁰ Isso é recomendado na primeira semana após a alta do bebê, e nos primeiros três dias caso o recém-nascido (RN) tenha sido classificado como de risco. A visita apresenta como objetivos principais: avaliar o estado de saúde da mulher e do RN e a interação entre eles; orientar e apoiar a família para a amamentação e os cuidados básicos com o RN; orientar o planejamento familiar e identificar situações de risco ou possíveis intercorrências para a adoção de condutas adequadas.¹¹

Outros determinantes do AM merecem ser elencados. A renda *per capita* familiar é um deles, pois acredita-se que a adesão à amamentação é positiva quando há um melhor nível nesse quesito,¹ embora não haja consenso entre os estudos que fizeram essa associação.^{1,12,13} O hábito de chupeta é um fator preditivo para a interrupção do AME, já que pode diminuir a frequência com que a criança mama ao seio, reduzindo a produção do leite materno e alterando a dinâmica oral do bebê, o que fortalece a orientação para que as mães não ofereçam ao RN;⁶ entretanto, os estudos ainda são controversos.^{6,14-16} O número de filhos é outro aspecto relevante, visto estar intimamente relacionado à experiência prévia com amamentação. Há aumento na prevalência de AME entre mães que já amamentaram, correlacionando-se com suas vivências anteriores.¹⁷ Outro fator amplamente estudado é o peso ao nascer, pois crianças com baixo peso, por sua condição de imaturidade, apresentam maior dificuldade para mamar e menor duração da amamentação, podendo comprometer o sucesso do AME.^{6,12,16}

Face ao exposto, o presente estudo teve por objetivo averiguar a influência da primeira visita puerperal, da renda familiar, do hábito de chupeta, do número de irmãos e do peso ao nascer na manutenção do AME em lactentes com uma semana até seis meses de vida no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa que apresenta resultados de uma pesquisa mais ampla, intitulada “Avaliação das condições de saúde e nutrição materno-infantil atendidas nas unidades de saúde no município de Vitória de Santo Antão, PE, Brasil”, realizada entre os anos de 2014 e 2015.

Os dados foram coletados por meio de instrumento padronizado, aplicado às mães, com questões formuladas a partir das recomendações do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e do Programa de Atenção à Saúde da Criança. Representa um questionário pré-codificado sobre as condições socioeconômicas, demográficas e de assistência ao pré-natal, a duração do AM e as causas do desmame.

A amostra consistiu em 62 crianças que compareceram, acompanhadas de suas mães, nos dias da puericultura, nas unidades de saúde da família (USF) das áreas urbanas e rurais do município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, representando 72,6 e 27,4%, respectivamente, das entrevistas realizadas entre os meses de dezembro de 2014 e fevereiro de 2015 nos períodos da manhã e da tarde. O estudo contemplou 15 USF; no entanto, a distribuição de crianças não foi equânime entre elas. Todas as mães aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Como critérios de inclusão, foram considerados: crianças com uma semana de vida, já que a visita puerperal acontece na primeira semana pós-parto até o sexto mês de idade; e nutrizes das áreas cobertas do município que compareceram às USF no dia da coleta e não apresentaram complicações durante a gestação ou após o parto, contraindicando a amamentação. O percentual de perda foi de 3% (n=2) devido à ausência de informações nos questionários.

As principais variáveis exploradas foram: nível socioeconômico (<1 e ≥1 salário-mínimo); número de irmãos (1, 2 e ≥3); visita domiciliar puerperal realizada na primeira semana pós-parto (sim, não) por profissional da Estratégia de Saúde da Família, como recomenda o Ministério da Saúde (MS);¹¹ uso de chupeta (sim, não); peso ao nascer (categorizado como <2500 g — baixo peso e ≥2500 g — peso adequado), de acordo com o MS;¹¹ aspectos relativos à amamentação — criança mama ou mamou (sim, não), e se foram oferecidos outros alimentos no período em que ela era amamentada. Para essa última, considerou-se mais de uma resposta pela mãe na análise dos dados, ou seja, uma mesma criança poderia ter recebido um ou mais dos alimentos referidos: água, chá, fórmulas infantis, leite de vaca em pó integral e suco.

Para a construção do banco de dados, foi utilizado o *software EpiData* (The EpiData Association, Odense, Denmark), e para a análise estatística das variáveis utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM Corp. Armonk, NY, USA). Realizou-se a análise descritiva com cálculos de frequências dos resultados encontrados, e a associação entre as variáveis foi investigada por meio do teste do qui-quadrado, tendo como variável desfecho o AME e adotando um nível de significância menor que 0,05 ($p < 0,05$) para todas as análises. Para indicar quantas vezes a prevalência do desfecho foi aumentada por influência dos fatores a medida de associação utilizada foi a Razão de Prevalência.

Devido à natureza da variável resposta do tipo dicotômica (presença ou não do AME), ajustou-se um modelo de regressão logística binária, que consiste em um caso particular dos modelos lineares generalizados.¹⁸ Para selecionar o melhor modelo, escolheu-se o método proposto por Akaike,¹⁹ o qual se diferencia de outros procedimentos de seleção de modelos por ser

um processo de minimização que não envolve testes estatísticos. Por meio da rotina *glm* do *software R* (*R Core Team – R Foundation for Statistical Computing*, Viena, Áustria), foi ajustado um modelo de regressão logística usando a variável dependente AME (0 – não e 1 – sim) e as variáveis independentes X_1 : presença da visita puerperal (0 – não e 1 – sim); X_2 : idade da criança (1 – até dois meses e 2 – mais de dois meses); X_3 : renda (1 – ≤1 salário-mínimo e 2 – >1 salário-mínimo); e X_4 : sexo (1 – masculino e 2 – feminino).

Este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), conforme o protocolo nº 390.191 e CAAE nº 15371413.8.0000.5208.

RESULTADOS

As características das crianças estudadas encontram-se na Tabela 1. A maioria era do sexo masculino e apresentava peso ao nascer adequado (≥2500 g). A maior parte dos lactentes possuía um irmão, e as mulheres moravam com companheiros e filhos. Em relação ao saneamento básico, a maioria possuía água encanada, o destino de dejetos era realizado por meio de rede de esgoto e o lixo era coletado. Quanto ao aspecto socioeconômico, a renda familiar concentrou-se abaixo de um salário-mínimo, e grande parte das famílias referiram não receber benefício do governo.

A prevalência de AME, AM e de crianças desmamadas foi de 41,7% (n=25), 38,3% (n=23) e 20,0% (n=12), respectivamente. A maior parte dos lactentes tinha recebido algum tipo de alimento — destacando a introdução da água e do chá nos primeiros seis meses —, e a explicação mais alegada pelas mães para terem desmamado ou interrompido o AME foi o leite insuficiente; grande parte das crianças fazia uso de chupeta. Informações detalhadas em relação ao AM são mostradas na Tabela 2.

Os dados descritos na Tabela 3 referem-se às características da amostra e das associações obtidas entre AME e as variáveis averiguadas neste estudo. Deve ser dada ênfase para a visita puerperal, na qual foi avaliado se a criança foi vista na primeira semana de vida por algum profissional de saúde da Estratégia de Saúde da Família, como recomenda o MS,¹¹ observando-se que 48,4% (n=30) receberam a visita, e em 51,6% (n=32) dos casos ela não ocorreu. Os profissionais mais referidos durante a visita foram: enfermeiro (30,6%; n=19), agente comunitário de saúde (22,6%; n=14), médico e fonoaudiólogo (3,2%; n=2 cada), e nutricionista e fisioterapeuta (ambos com 1,6%; n=1).

A visita puerperal permaneceu estatisticamente associada à manutenção do AME (Razão de Prevalência – RP=2,28; intervalo de confiança de 95% – IC95% 1,17-4,42; Tabela 4).

Tabela 1 Características das crianças de uma semana a seis meses de vida acompanhadas nas unidades de saúde da família e parâmetros sociodemográficos, econômicos e habitacionais das famílias no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2014-2015.

Variáveis (n=62)	n	%
Sexo		
Feminino	25	40,3
Masculino	37	59,7
Idade*		
1 semana a ≤3 meses	38	61,3
>3 meses a ≤6 meses	24	38,7
Peso ao nascer** (g)		
<2500	5	8,1
≥2500	55	88,7
Número de irmãos		
Um	29	46,8
Dois	16	25,8
Três ou mais	17	27,4
Mora com***		
Companheiro e filhos	41	66,1
Companheiro e familiares	9	14,5
Familiares	9	14,5
Água encanada		
Sim	54	87,1
Não	8	12,9
Destino de dejetos		
Fossa	20	32,3
Céu aberto	5	8,1
Rede de esgoto	37	59,7
Destino do lixo		
Coletado	54	87,0
Queimado	6	10,0
Céu aberto	2	3,0
Renda familiar (salário-mínimo)		
<1	44	71,0
≥1	18	29,0
Recebe algum benefício do governo****		
Sim	29	46,8
Não	33	53,2

*A categorização não foi considerada na análise estatística; **Dois questionários não continham essa informação; ***Três questionários não continham essa informação; ****O benefício mais citado foi o Bolsa-Família (32,2%; n=20).

Em contraste, a renda familiar, o uso de chupeta e o número de irmãos não demonstraram associação significativa.

O modelo de regressão logística apontou apenas a presença da visita puerperal (X_1) como significativa para estimar a probabilidade de ocorrer AME. Utilizou-se, em seguida, o método *stepwise* e a análise de significância dos parâmetros para buscar o melhor modelo, apontando para um novo e reduzido contendo como variável dependente apenas o AME e variável independente a presença da visita puerperal. Foi obtida uma probabilidade de 0,266 de ocorrer AME na ausência da visita, e 0,607 com a presença da visita. Os dois modelos aqui apresentados demonstraram critério de informação de Akaike de 79,3 e 76,3, respectivamente. Desse modo, evidencia-se que a visita domiciliar puerperal é um importante fator para o incremento da probabilidade de ocorrer o AME.

Tabela 2 Características relacionadas ao aleitamento materno. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2014-2015.

Variáveis (n=62)	n	%
Prevalências*		
Aleitamento materno exclusivo	25	41,7
Aleitamento materno	23	38,3
Sem leite materno	12	20,0
Explicações alegadas para desmame ou interrupção do AME		
Leite insuficiente	10	16,1
Criança não queria	2	3,2
Mãe trabalhava ou estudava	2	3,2
Mãe não queria	1	1,6
Recebeu outro tipo de alimento enquanto mamava**		
Sim	33	53,2
Não	25	40,3
Alimentos ofertados nos primeiros seis meses***		
Água	27	43,5
Chá	16	25,8
Fórmulas infantis	14	22,6
Leite de vaca em pó integral	11	17,7
Suco	10	16,1
Chupeta		
Sim	33	53,2
Não	29	46,8

AME: aleitamento materno exclusivo; *Dois questionários não apresentavam tais informações; **Dois questionários não tinham tal informação e em outros dois as crianças nunca tinham recebido leite materno; ***Pode haver mais de uma resposta para a mesma criança.

DISCUSSÃO

As evidências científicas que fundamentam a excelência do AME são inúmeras.^{1-6,20} Todavia, em Vitória de Santo Antão, Pernambuco, são raros os estudos populacionais que buscam avaliar as condições de saúde materno-infantil e, principalmente, compreender a situação de AM e seus determinantes, destacando a relevância do atual estudo. Além do mais, a pesquisa é a primeira a abordar a visita puerperal e a sua possível influência sobre a manutenção do AME, aspecto fundamental de apoio da Estratégia de Saúde da Família com a dupla mãe-bebê e familiares.

Mesmo perante as recomendações para que o leite materno seja oferecido até os seis meses de idade da criança,³ o seu indicador foi aquém do esperado nos avaliados, evidenciando prevalência de AME de 41,7%. Essa baixa prevalência na presente pesquisa assemelhou-se à encontrada por outros estudos com menores de seis meses.^{6,21} Os motivos alegados pelas mães para

Tabela 3 Influência das variáveis selecionadas na manutenção do aleitamento materno exclusivo em crianças de uma semana a seis meses de vida no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2014-2015.

	Aleitamento materno exclusivo		p-valor
	Sim [n (%)]	Não [n (%)]	
Visita puerperal			
Sim	17 (29,3)	11 (18,9)	0,009
Não	8 (13,7)	22 (37,9)	
Renda familiar (salário-mínimo)			
<1	15 (25,8)	25 (43,1)	0,199
≥1	10 (17,2)	8 (13,7)	
Hábito da chupeta			
Sim	10 (17,2)	19 (32,7)	0,185
Não	15 (25,8)	14 (24,1)	
Número de irmãos			
Um	14 (24,1)	13 (22,4)	0,110
Dois	3 (5,1)	12 (20,6)	
Três ou mais	8 (13,7)	8 (13,7)	

Tabela 4 Associação entre a variável selecionada e o desfecho aleitamento materno exclusivo em crianças de uma semana a seis meses de vida.

	Razão de prevalência	IC95%
Visita puerperal		
Sim	2,2	1,17-4,42
Não	1,0	

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

a interrupção do AME, como o leite insuficiente, a recusa da criança, o compromisso de trabalho ou o estudo da mãe, corroboram os referidos por outros autores.^{21,22}

A expectativa era obter indicadores mais satisfatórios, já que o município apresenta serviços atrelados à rede materno-infantil como o Centro de Saúde da Mulher, a Policlínica da Criança, a Associação de Proteção à Maternidade Infantil de Vitória e o Hospital João Murilo de Oliveira.²³ O município ainda conta com a Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com cobertura estimada de 77,02 e 90,30%, respectivamente, além do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).²⁴ Essas estratégias agregam esforços importantes nas ações de promoção, proteção e apoio à amamentação.²⁵ Mesmo com a proporção de crianças em AME ter ficado abaixo das recomendações internacionais,^{3,4} a região, a julgar pela estruturação da rede, demonstra envolvimento e empenho com o grupo materno-infantil, e o atual estudo fornece subsídios para direcionar o planejamento das ações a partir da compreensão dos fatores que permeiam a prática do AME.

Diversos motivos podem influenciar a permanência do AME, sendo crucial o seu entendimento para permitir avanços na situação da amamentação. Assim, nos primeiros seis meses de vida do lactente, dentre as variáveis testadas, a visita puerperal foi aquela que deteve influência sobre a manutenção do AME. Com relação a esse aspecto, a visita é compreendida como um momento privilegiado para a extensão do cuidado, importante para as mães sanarem as suas dúvidas e para que o profissional verifique a técnica e as dificuldades relacionadas à amamentação. Adicionalmente, os primeiros dias após o parto correspondem a uma etapa crítica para início e manutenção do AM, já que representa o momento em que há insegurança e fragilidade emocional da mulher. Em virtude disso, esse acompanhamento proporciona o desenvolvimento da segurança materna e familiar e uma prática de AME segura.²⁶ Na pesquisa atual, as crianças que receberam a visita puerperal mostraram mais possibilidades de estarem em AME.

Mediante o exposto, pode-se inferir que a visita puerperal atua como fator protetor na manutenção da prática de amamentação exclusiva. É um momento oportuno para realizar atividades assistenciais e de educação em saúde que repercutirão favoravelmente na saúde materna e infantil. O apoio do profissional, por meio da escuta qualificada, da atenção humanizada, do esclarecimento das dúvidas, da orientação da técnica correta de amamentação e do suporte no enfrentamento das possíveis dificuldades no processo, contribui para que a mulher inicie e continue o AME de forma mais efetiva, colaborando para o aumento de seus índices. Neste estudo, apenas 48,4% das duplas mães-bebês receberam visitas, a maioria delas realizada pelo profissional de enfermagem e agente comunitário de

saúde, revelando uma lacuna na concepção do trabalho pautado na lógica multiprofissional. Ressalta-se aqui a necessidade de maior envolvimento de médicos e profissionais do NASF, pois poucas visitas foram realizadas por eles. É preciso que essa prática seja papel de todos para garantir mais efetividade nas ações e extensão na duração do AME. Vale frisar que, quanto à visita do agente comunitário de saúde, Oliveira *et al.*¹² não identificaram influência dessa variável sobre a duração do AM. Entretanto, destaca-se a importância da intervenção desses por sua proximidade e vínculo com as famílias, que, devidamente capacitadas, tornam-se agentes potenciais na melhoria dos indicadores de AM.

A renda familiar não se associou ao AME, apesar da hipótese de que a menor renda está ligada à sua interrupção precoce, premissa que pode ser confirmada no estudo de Barbosa *et al.*¹³ Para esses autores, a renda familiar menor ou igual a três salários-mínimos aumentou em três vezes a chance de desmame precoce. Acredita-se que são pessoas em situação socioeconômica desfavorável, com número elevado de moradores por domicílio, justificando a necessidade de a mãe ter que trabalhar para contribuir com a subsistência da família e dificultando o estabelecimento do AME. No presente estudo, o tamanho amostral possivelmente contribuiu para que não fosse encontrada tal associação.

O hábito da chupeta esteve presente em 53,2% da amostra, porém não foi constatada a sua influência sobre a exclusividade do AM, resultado também evidenciado por Pellegrinelli *et al.*²⁷ Contudo, não há consenso quanto aos efeitos adversos da chupeta e muitos resultados são controversos na literatura.^{6,14-16} Boccolini *et al.*¹⁶ apontaram que o uso de chupeta foi o aspecto mais fortemente associado à interrupção precoce do AME nos estudos avaliados. Seu uso pode implicar em diminuição na frequência de mamadas, resultando em menor estimulação do complexo mamilo-areolar e conseqüente redução na produção do leite materno. Há embate na literatura sobre a questão de não ser a chupeta o motivo primário do desmame e sim um indício da vontade materna de desmamar ou uma prova das dificuldades com a prática da amamentação.^{16,28} O tamanho amostral pode ter sido fator comprometedor do resultado no atual estudo, dificultando a elucidação das controvérsias quanto ao uso da chupeta.

No que corresponde ao número de irmãos que a criança apresentava, não foi observada associação com a interrupção do AME. Esse achado difere de outros estudos,^{14,16,29,30} nos quais múltiparas, devido à experiência prévia, ofertaram mais o leite materno de forma exclusiva do que primíparas, implicando no aumento da prevalência do AME. Vale sublinhar que essa variável não foi controlada, pois impossibilitou identificar se os

irmãos relatados eram filhos com laços consanguíneos ou não da mulher, podendo ter influenciado no resultado.

O peso ao nascer é apontado pela literatura como fator preditivo para a interrupção do AME, dado que a criança com baixo peso (<2500 g) apresenta mais dificuldades no estabelecimento do AM por imaturidade na frequência e pressão de sucção, além de longos períodos de internação em unidade neonatal, prologando a separação de suas mães.^{12,14,16} Nesta pesquisa, o peso ao nascer não esteve associado ao AME, verificado também por outros autores.^{6,14} No entanto, tal achado pode ter ocorrido devido à pequena proporção de crianças com baixo peso, pois a distribuição nas categorias não ocorreu de maneira uniforme.

Convém discorrer sobre a oferta de água, chás, sucos e leite de outras origens, algo corriqueiro na população e fortemente enraizado na cultura, e que foi observado no presente estudo. Essa prática é considerada inofensiva por mães e familiares, sendo encorajada por figuras mais experientes da família, a exemplo das avós,²⁸ e ocorre na expectativa de sanar problemas como cólicas e gases e saciar a sede do bebê.^{12,22} Neste estudo, a água foi o líquido mais ofertado pelas mães, seguida pelo chá, o que condiz com achados de Campos *et al.*²² A introdução de líquidos e alimentos nessa idade provoca diminuição da ingestão do leite materno e redução em sua produção, além de afetar a duração do AM, diminuir a confiança e segurança da mãe e expor a criança a riscos de contaminação.²⁸

É oportuno mencionar que uma das limitações do estudo se refere aos resultados traduzirem a realidade específica de um grupo de crianças de até seis meses, destacando a necessidade de outras pesquisas mais abrangentes que possibilitem inferir os resultados para a população. Outra limitação relaciona-se à não inclusão de características maternas (idade, escolaridade, profissão, tipo de parto) para análise de associação com o AME, pois o instrumento de coleta privilegiava questões a respeito da criança.

Por fim, o presente trabalho apontou que a prevalência de AME ficou inferior ao preconizado pela OMS e o aspecto que influenciou negativamente a sua manutenção foi a ausência da visita puerperal. Em contraste, a renda familiar, o número de irmãos, o peso ao nascer e o hábito da chupeta não demonstraram associação significativa. Os achados do atual estudo são de grande relevância, visto que preenchem uma lacuna no que se refere ao conhecimento dos fatores determinantes sobre a prática de AME em Vitória de Santo Antão, norteando o planejamento de ações locais. Assim, as ações em saúde materno-infantil no município devem priorizar a primeira visita puerperal como estratégia de apoio e incentivo para a manutenção do AME.

Financiamento

A pesquisa foi realizada a partir do trabalho intitulado “Planejamento estratégico participativo das unidades de saúde: ferramenta da melhoria da qualidade dos serviços e integração das ações de atenção primária à saúde materno-infantil no município de Vitória

de Santo Antão”, usado para o Projeto PET – Rede Cegonha, sob o parecer nº 390.191 e CAAE nº 15371413.8.0000.5208.

Conflito de interesses

Os autores declararam não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Cavalcanti SH, Caminha MF, Figueiroa JN, Serva VM, Cruz RS, Lira PI, *et al.* Fatores associados à prática do aleitamento materno exclusivo por pelo menos seis meses no estado de Pernambuco. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18:208-19.
2. Aguiar H, Silva AI. Aleitamento materno: A importância de intervir. *Acta Med Port.* 2011;24:889-96.
3. World Health Organization. Maternal, newborn, child and adolescent health. Breastfeeding [homepage on the Internet] [cited January 2016]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/breastfeeding/en/
4. World Health Organization. Maternal, newborn, child and adolescent health. Increasing breastfeeding could save 800 000 children and US\$ 300 billion every year [homepage on the internet]. WHO: Geneva; 2016 [cited January 2016]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/news_events/news/en/
5. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Saúde. Saúde da criança. Brasil segue sendo referência mundial em aleitamento, afirma The Lancet [homepage on the internet]. Brasília: Agência Saúde; 2016 [cited January 2016]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21939-brasil-segue-sendo-referencia-mundial-em-aleitamento-afirma-the-lancet>
6. Queluz MC, Pereira MJ, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46:537-43.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
8. Battaus MR, Liberali R. A promoção do aleitamento materno na estratégia de saúde da família – revisão sistemática. *Rev APS.* 2014;17:93-100.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Portaria SES/MS 1.920;2013.
10. Rodrigues TM, Vale LM, Leitão RA, Silva RM, Rocha SS, Pedrosa JI. A visita domiciliar do enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido. *Rev Interdisciplinar NOVAFAPI.* 2011;4:21-6.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
12. Oliveira MG, Lira PI, Batista Filho M, Lima MC. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16:178-89.
13. Barbosa MB, Palma D, Domene SM, Taddei JA, Lopez FA. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. *Rev Paul Pediatr.* 2009;27:272-81.
14. Salustiano LP, Diniz AL, Abdallah VO, Pinto RM. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34:28-33.
15. Castilho SD, Casagrande RC, Rached CR, Nucci LB. Prevalência do uso de chupeta em lactentes amamentados e não amamentados atendidos em um hospital universitário. *Rev Paul Pediatr.* 2012;30:166-72.
16. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MI. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública.* 2015;49:91.
17. Figueiredo MC, Bueno MP, Ribeiro CC, Lima PA, Silva ÍT. Banco de leite humano: o apoio à amamentação e a duração do aleitamento materno exclusivo. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2015;25:204-10.
18. Dobson AJ, Barnett AG. An introduction to generalized linear models. 2nd ed. Londres: Chapman & Hall; 2002.
19. Akaike H. A new look at statistical model identification. *IEEE Trans Automat Control.* 1974;19:716-23.
20. Abreu FC, Fabbro MR, Wernet M. Fatores que intervêm na amamentação exclusiva: revisão integrativa. *Rev Rene.* 2013;14:610-9.
21. Souza MH, Sodrê VR, Silva FN. Prevalência e fatores associados à prática da amamentação de crianças que frequentam uma creche comunitária. *Cienc Enferm.* 2015;21:55-67.
22. Campos AM, Chaoul CO, Carmona EV, Higa R, Vale IN. Exclusive breastfeeding practices reported by mothers and the introduction of additional liquids. *Rev Latino-Am Enferm.* 2015;23:283-90.
23. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Rede Assistencial. Tipo de estabelecimentos no Município de Vitória de Santo Antão no ano de 2016 [homepage on the Internet]. [cited April 2016]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabpe.def>
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. DAB. Histórico de Cobertura da Saúde da Família do Município de Vitória de Santo Antão de janeiro a fevereiro de 2016 [homepage on the Internet]. 2016 [cited April 2016]. Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

25. Rito RV, Oliveira MI, Brito AS. Degree of compliance with the ten steps of the Breastfeeding-Friendly Primary Care Initiative and its association with the prevalence of exclusive Breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89:477-84.
26. Batista KR, Farias MC, Melo WS. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. *Saúde Debate*. 2013;37:130-8.
27. Pellegrinelli AL, Pereira SC, Ribeiro IP, Santos LC. Influência do uso de chupeta e mamadeira no aleitamento materno exclusivo entre mães atendidas em um Banco de Leite Humano. *Rev Nutr*. 2015;28:631-39.
28. França MC, Giugliani ER, Oliveira LD, Weigert EM, Santo LC, Köhler CV, *et al*. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saúde Pública*. 2008;42:607-14.
29. Souza SN, Migoto MT, Rossetto EG, Mello DF. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. *Acta Paul Enferm*. 2012;25:29-35.
30. Gusmão AM, Béria JU, Gigante LP, Leal AF, Schermann LB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2013;18:3357-68.