

PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EM MENORES DE CINCO ANOS DE COMUNIDADES RURAIS E RIBEIRINHAS, AMAZONAS, BRASIL

Palavras-chave: Aleitamento materno; Saúde da criança; População vulnerável.

RESUMO

Objetivo: estimar a prevalência de aleitamento materno (AM) exclusivo e estendido entre menores de cinco anos. **Método:** estudo transversal com mães de 105 crianças menores de cinco anos de comunidades rurais ou ribeirinhas de Borba, Amazonas. **Resultados:** a prevalência de AM exclusivo foi de 22,85, com tempo médio de 6,2 meses. A prevalência de AM estendido até dois anos de idade foi de 0,9. **Conclusão:** As baixas prevalências de AM exclusivo e estendidos, alertam sobre a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, e a necessidade de ações de incentivo ao AM nas comunidades rurais e ribeirinhas.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é um ato que resulta em benefícios mútuos a criança e a mãe. É através do leite materno que são transferidos anticorpos da mãe para a criança, protegendo-a de várias doenças⁽¹³⁾. Os benefícios nutricionais do leite materno, reduzem a mortalidade infantil e as chances do desenvolvimento de obesidade e diabetes ao longo da vida. Além disso, a amamentação também favorece o desenvolvimento físico, mental e psíquico do bebê, estando associado ao maior desempenho intelectual na fase adulta, e fortalece o vínculo mãe-filho^(26,37).

No Brasil, desde 1981, a Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), articulada às políticas intersetoriais, tem como meta a promoção, o apoio e o incentivo ao AM. Apesar das iniciativas governamentais, os índices de AM exclusivo e o tempo de amamentação nas Américas têm estado aquém do desejado⁽¹⁴⁾, embora seja observado um discreto aumento nos últimos anos. Em 2008, o governo brasileiro conduziu a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno, que encontrou 58,7% das crianças brasileiras com idade entre nove e doze meses em AM.

Na região Norte a prevalência de AM estimada foi alta (74,08%), assim como para o Estado do Amazonas (76,90%)⁽²⁵⁾. Entretanto, esses resultados devem ser interpretados com cautela, visto que a população incluída na pesquisa se restringiu à capital do Estado, que pode não representar as práticas de AM nos municípios do interior.

Estudos sobre a intencionalidade de amamentar entre as gestantes, mostram que a maioria das mães tinha intenção de amamentar seus filhos, porém relatam dificuldades em concretizar suas intenções com destaque para a pega correta. O despreparo das gestantes para amamentar, a pouca orientação e acolhimento no pós-parto para superarem as dificuldades de amamentar, são as principais causas do desmame precoce⁽²⁹⁾. Este cenário é mais grave em regiões de grande dispersão demográfica e baixa cobertura do sistema de saúde, como é o caso das comunidades rurais e ribeirinhas no Amazonas⁽¹⁵⁾.

As pesquisas disponíveis sobre o acesso à atenção primária em saúde (APS) brasileira, afirmam que ele seja heterogênea e precária, envolvendo vários problemas como condições climáticas, a exemplo das cheias e vazantes na Amazônia. Reafirmando a necessidade de estímulos governamentais para interiorização e fixação da APS, sobretudo em áreas de maior vulnerabilidade^(36,38).

Segundo estatísticas oficiais, o grupo etário de 0-6 anos, fase da vida conhecida como primeira infância, representa 10,75% da população do estado do Amazonas, deste percentual, 30% estão em comunidades rurais e ribeirinhas, onde o acesso aos serviços de saúde é difícil ou impossível⁽¹⁰⁾. Considerando a importância do AM para o desenvolvimento e crescimento infantil e as dificuldades de acesso e manutenção dos serviços de atenção à saúde as populações rurais e ribeirinhas amazônicas, este estudo teve como objetivo estimar a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) e de aleitamento estendido entre crianças menores de cinco anos em comunidade rurais e ribeirinha do município de Borba, Amazonas.

MÉTODOS

Estudo transversal quantitativo com coleta de dados prospectiva, com mães de crianças menores de cinco anos, residentes em comunidades rurais e ribeirinhas do município de Borba, Amazonas.

O município de Borba está na região Sul do Estado do Amazonas, com uma população, estimada em 2015, de 39.292 habitantes. Sendo que 4.643 habitantes eram menores de nove anos de idade. Apresenta características predominantemente rurais (68,5%), é o 14º município mais populoso do estado, possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo (0,599). A rede de atenção à saúde dispõe de um hospital geral, nove unidades básicas de saúde, sendo uma delas fluvial, destinada ao atendimento da população ribeirinha. Este município foi o primeiro a implementar as ações da Política Estadual de Atenção à Primeira Infância (PIA).

A população do estudo foi constituída pelo universo de mães de crianças de dois meses a quatro anos residentes em comunidades rurais e ribeirinhas do município. Foram incluídos no estudo menores de cinco anos e suas mães, residentes há pelo menos um ano na comunidade. Foram excluídas as mães que não falavam ou não compreendiam o idioma português e aquelas que se identificaram como indígenas, bem como seus filhos. A seleção dos participantes ocorreu em duas etapas: a primeira, utilizando procedimento probabilístico aleatório simples (sorteio) para a eleição das comunidades; e na segunda, foi realizado o censo das crianças menores de cinco anos residentes nas comunidades selecionadas. Após a identificação e mapeamento das famílias das 45 comunidades do município, sorteou-se dez comunidades para a segunda fase da seleção da amostra. Na segunda fase, foram identificadas as famílias com crianças menores de cinco anos nas comunidades selecionadas. Nessa fase foram identificadas 88 famílias e todas receberam a visita dos entrevistadores. Nessa fase não foram utilizados métodos probabilísticos de seleção e tamanho da amostra, sendo incluídas todas as crianças e suas mães que atendessem aos critérios de inclusão.

Os dados coletados foram obtidos a partir de um questionário estruturado, constituído por perguntas fechadas e abertas, referentes as condições socioeconômicas da família, condições de saúde da criança, aleitamento materno e alimentação.

O período de coleta foi entre 01 a 27 de fevereiro de 2016, por meio de entrevista individual e face-a-face com o principal cuidador da criança sobre condições sociodemográfica familiar, condições da gestação, parto, nascimento e acesso aos serviços de saúde. De forma complementar foram coletados dados antropométricos e registros da caderneta de saúde da criança.

As variáveis da criança selecionadas para o estudo foram: idade (meses), sexo (masculino; feminino), via de nascimento (parto normal; cirurgia cesárea), internação hospitalar nos

últimos três meses (sim; não), ordem da criança na família (ordem por nascimento dos filhos vivos), ser beneficiário do Programa Bolsa Família (sim; não), peso ao nascer em nascer (gramas), estatura/comprimento (centímetros) atual, peso atual (gramas), aleitamento materno exclusivo até os seis meses (sim; não), tempo de aleitamento materno estendido (meses).

As variáveis maternas estudadas foram: idade (anos completos), raça/cor (branca; preta; amarela; parda e indígena), anos de estudo (em anos completos), renda familiar mensal (salários mínimos), número de moradores no domicílio, situação conjugal (casada; em união estável; divorciada; viúva e solteira), acompanhamento pré-natal na gestação da criança participante (sim; não), paridade.

Os dados foram organizados e sistematizados no programa estatístico R versão 4.0.2⁽²⁰⁾. Para as análises das variáveis categóricas foi feita a distribuição de frequência e para as contínuas foram calculados os valores de média. Para verificar a associação entre as variáveis e os desfechos foi aplicado o teste Exato de Fisher com os valores de $p < 0,05$.

A prevalência do AM exclusivo até os seis meses foi calculada considerando as crianças que a mãe/cuidador relatou ter sido amamentada até a idade, dividida pelo total de crianças estudadas. Para calcular a prevalência de AM estendido, dividiu-se o total de crianças que mamaram até os dois anos de idade, segundo a mãe/cuidador, pelo total de crianças de seis a 60 meses incluídas no estudo. O tempo médio de AM total também foi calculado somando o tempo de AM declarado para todas as crianças estudadas.

Este estudo é um recorte da pesquisa “Determinantes Materno-Infantil de Populações Rurais e Ribeirinhas de Borba, Amazonas” (CAEE56356516.8.0000.5016), que atendeu às recomendações contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), parecer 789.632. Foi executado pela UEA em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas e Secretaria Municipal de Saúde de Borba, com subsídios do Instituto de Desenvolvimento para o Investimento Social e da Fundação Banco do Brasil.

RESULTADOS

Os resultados apresentados são referentes aos dados de entrevista com mães, as principais cuidadoras, de 105 crianças menores de cinco anos residentes em comunidades rurais e ribeirinhas do município de Borba-AM. A média de idade materna foi de 24,70 anos ($dp \pm 6,75$), com predominância de mulheres autodeclaradas pretas/ pardas (82,9%), com mais de quatro anos de estudo (60%), que residiam em domicílios com seis ou mais moradores (52,4%) e com renda familiar mensal até três salários mínimos (54,3%). Mais da metade das entrevistadas declarou ter realizado acompanhamento pré-natal na gestação da criança em questão (86,7%) (tabela 1).

A maioria das famílias possuía apenas uma criança menor de cinco anos (65,7%), sendo a média de idade das crianças de 36 meses ($dp=15,33$), em sua maioria do sexo masculino (55,23%), nascidos de parto normal (73,33%), com peso ao nascer médio de 3.170g ($dp=504,05$) e sem histórico de hospitalização nos três últimos meses antes da entrevista (93,33%) (tabela 1). A prevalência de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade na população estudada foi de 28,57 (IC= 19,9-37, 2), com tempo médio de aleitamento de 6,2 meses ($dp=6,16$) (dados não apresentados em tabela).

Os resultados demonstram que as meninas foram amamentadas exclusivamente até os seis meses de idade com mais frequência (15,24%) do que os meninos (12,38%). A frequência de AME entre as crianças que nasceram por parto normal foi mais de duas

vezes maior (19,05) do que entre as nascidas via cirurgia cesárea (8,57%). O AME esteve associado com a ordem entre os filhos (p-valor: 0,00), sendo que os primogênitos os mais comumente amamentados exclusivamente até os seis meses de vida do que os outros filhos (Tabela 1).

A frequência de AME entre as crianças cadastradas no Programa Bolsa Família foi quatro vezes maior (23,81%) do que entre as não beneficiadas pelo programa (4,76%). Entre as crianças que receberam AME 16,19% apresentam IMC atual adequado para a idade, 4,76% relataram internação hospitalar nos últimos três meses. As variáveis IMC (p-valor: 0,03) e relato de internação hospitalar nos últimos três meses (p-valor: 0,01) estiveram associadas estatisticamente com o AME, sugerindo que as crianças que foram amamentadas exclusivamente até os seis meses de idade apresentam com mais frequência o IMC adequado para a idade na infância e relataram menos hospitalização nos últimos três meses (tabela 1).

Os filhos de mães mais jovens, com idade inferior a 25 anos, receberam AME com maior frequência (17,14%) do que os filhos de mulheres com mais de 25 anos (11,43%). Os resultados mostram que as mães com raça/cor autodeclaradas preta/parda aderiram mais ao AME (20%), do que as autodeclaradas brancas (8,57%). Vale ressaltar que na amostra estudada não houve autodeclaração de raça/cor amarela e indígena. As mulheres que declararam terem estudo mais de quatro anos, também relataram ter amamentado exclusivamente os seus filhos até seis meses de idade (18,10%) do que aquelas com menor tempo de estudo (10,48%) (tabela 1).

O percentual de mães casada/união estável que amamentaram exclusivamente seus filhos até os seis meses de idade foi muito superior (20%) quando comparado com as que declararam estarem solteiras, viúvas ou divorciadas (7,62%). Os filhos de mulheres que declararam renda familiar mensal média superior a três salários mínimo foram amamentados até os seis meses de idade exclusivamente com mais frequência (17,14%) do que as com renda inferior (tabela 1).

Entre as mães que realizaram pré-natal o percentual de AM exclusivo foi aproximadamente cinco vezes maior (22,86) do que entre aquelas que disseram não terem recebido acompanhamento pré-natal (4,73%).

Tabela 1- Aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade de crianças menores de cinco anos segundo características sociodemográficas e maternas em comunidades rurais e ribeirinhas, Borba, AM, Brasil, 2016.

	Aleitamento Materno Exclusivo			
	Sim (%)	Não (%)	Total (%)	p-valor (IC _{95%})*
Sexo				
Masculino	13 (12,38)	45(42,86)	71 (55,23)	0,12 (0,18-1,26)
Feminino	16 (15,24)	31 (29,52)	47 (44,77)	
Via de nascimento				

Parto Normal	20 (19,05)	57 (54,29)	77 (73,33)	0,52 (0,17-2,71)
Cirurgia Cesárea	9 (8,57)	19 (18,10)	28 (26,67)	
Ordem entre os Filhos				
Primeiro filho	19 (18,10)	59 (56,19)	78 (74,28)	0,00 (1,92-14,68)
Segundo ou mais	10 (9,52)	17 (16,19)	27 (25,72)	
Beneficiário Bolsa Família				
Sim	25 (23,81)	55 (52,38)	80 (76,19)	0,44 (0,53-6,50)
Não	5 (4,76)	20 (19,05)	25 (23,81)	
IMC atual				
Adequado	17 (16,19)	47 (44,76)	64 (60,95)	0,03 (-)
Sobrepeso	12 (11,43)	18 (17,14)	30 (28,57)	
Magreza	-	11 (10,48)	11 (10,48)	
Internação Hospitalar				
Não	25 (23,81)	73 (69,52)	98 (93,33)	0,01 (1,14-84,06)
Sim	5 (4,76)	2 (1,90)	7 (6,67)	
Idade Materna				
15-25	18 (17,14)	37 (35,24)	55 (52,38)	0,28 (0,22-1,51)
25 e mais	11 (10,48)	39 (37,14)	50 (47,62)	
Raça/cor materna				
Preta/parda	21 (20,00)	66 (62,86)	87 (82,85)	0,08 (0,11-1,17)
Branca	9 (8,57)	9 (8,57)	10 (17,15)	
Anos de Estudos Maternos				
Até 4 anos	11 (10,48)	31 (29,52)	42 (40,00)	0,51 (0,52-3,79)
4 anos ou mais	19 (18,10)	44 (41,90)	63 (60,00)	
Situação Conjugal				
Materna				
Casada/União consensual	21 (20,00)	53 (50,80)	74 (70,48)	1 (0,29-2,45)
Solteira/Divorciada/Viúva	8 (7,62)	23 (21,90)	31 (29,52)	
Renda Familiar Mensal Média (salários mínimos)				
Até 3	12 (11,43)	22 (20,95)	34 (32,38)	0,24 (0,22-1,57)
Mais de 3	18 (17,14)	53 (50,48)	71 (67,62)	
Pré-Natal				
Sim	24 (22,86)	67 (63,81)	91 (86,70)	0,52 (0,17- 2,71)
Não	5 (4,73)	9 (8,57)	14 (13,30)	

* IC_{95%} = Intervalo de Confiança à 95%

Do total de participantes, 98 crianças tinham idade entre seis a 60 meses de idade, seus dados foram incluídos nas análises de prevalência de AM estendido até 24 meses, estimada em 67 (IC:59,1-76,6).

Observa-se, a maior prevalência do AM estendido foi entre as crianças do sexo feminino (47,96). Apesar de estatisticamente não haver diferença entre os sexos (p-valor: 1), as meninas mamaram até os 24 meses de idade, 14 vezes mais do que os meninos (tabela 2).

A ordem da criança na família não parece influenciar na manutenção do AM estendido (p-valor: 0,09), embora a prevalência tenha sido três vezes maior entre os primogênitos (61,22). Os resultados também mostram que o AM estendido esteve

associado a idade materna (p-valor: 0,00), sendo a maior prevalência entre os filhos de mulheres com menos de 25 anos (51,2) (tabela 2).

Os anos de estudos e a situação conjugal materna não se mostraram associadas ao AM estendido, embora a prevalência do desfecho entre os filhos de mães com mais de quatro anos de estudo (53,06) foi quase duas vezes maior comparado com os filhos de mulheres com menos anos de estudo. A prevalência do AM estendido foi aproximadamente três vezes maior entre os filhos de mulheres que se declararam casadas/união estável (62,24) do que entre os filhos de mulheres solteiras/divorciadas/viúvas (27,55), embora não haja diferença estatística entre os grupos (p-valor: 1) (tabela 2).

Tabela 2- Prevalência de aleitamento estendido até 24 meses e mais segundo características demográficas da criança e maternas em comunidades rurais e ribeirinhas, Borba, Amazonas, Brasil, 2016.

	Aleitamento Estendido		
	N	P (%)	p-valor
Sexo			
Feminino	47	47,96	1
Masculino	41	41,84	
Ordem entre os Filhos			
Primogênito	60	61,22	0,09
Segundo ou mais	28	28,57	
Idade Materna			
15-25	49	51,2	
25 e mais	39	39,8	0,00
Anos de Estudos Maternos			
Até 4 anos	36	36,73	1
4 anos ou mais	52	53,06	
Situação Conjugal Materna			
Casada/União consensual	61	62,24	1
Solteira/Divorciada/Viúva	27	27,55	

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que a prevalência de AM exclusivo até os seis meses de idade e de AM estendido até os 24 meses de idade em comunidades rurais e ribeirinhas de Borba, é menor (28,57% e 67% respectivamente) que a média para o estado do Amazonas (41,1% e 76,90% respectivamente)⁽²⁵⁾. Essa disparidade sugere a heterogeneidade da prática do aleitamento materno no estado, que pode ser atribuída às desigualdades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, as quais as populações ribeirinhas são historicamente submetidas^(21,34).

Nas últimas três décadas, o indicador de AM exclusivo estava aumentando no Brasil, atingindo o ápice em 2006 e estabilizando em 2013. Já o indicador de AM estendido, aumentou significativamente em 2013 sugerindo o sucesso parcial das políticas e ações intersetoriais adotadas no país^(9,29).

Além das iniciativas governamentais, fatores demográficos e socioeconômicos impactam nos indicadores de AM^(5,6,35). Estudo realizado em uma maternidade da região sul do Brasil, com 316 mulheres com mais de 25 anos de idade, mostrou que as mães mais velhas, pretas e que tiveram filhos via cirurgia cesárea aderiram menos ao AM exclusivo, sugerindo vulnerabilidade social⁽²⁸⁾.

Em investigação sobre fatores associados à amamentação e o uso de serviços públicos de saúde no sul da Etiópia, país com contrastantes desigualdades sociais, apontou que a sensibilização das mulheres sobre a importância e técnicas de AM durante as consultas de pré-natal aumentou a prevalência de mães que amamentaram⁽¹⁸⁾. Resultado semelhante foi observado em um estudo realizado no nordeste brasileiro com lactantes de 20 a 35 anos da área urbana e rural, registrando que o desconhecimento das mães sobre as vantagens e importância do AM, reduz sua adesão à prática⁽⁶⁾.

Neste estudo, os resultados encontrados mostraram que apesar de baixa prevalência de AM exclusivo e estendido, a grande maioria das participantes disseram terem realizado o acompanhamento pré-natal (86,70%), reforçando a hipótese de que o incentivo ao AM na atenção básica de saúde não tem sido eficiente para essa população. Cabe ressaltar as dificuldades impostas pelas barreiras geográficas que comprometem a oferta e a continuidade das ações das equipes de saúde de atenção primária a essas comunidades. Por ocasião das cheias e vazantes dos rios amazônicos, as comunidades que vivem às suas margens sofrem com o desabastecimento de alimentos e de assistência à saúde^(16,17,21). As largas distâncias entre a sede do município e as comunidades, que demandam uma complexa e onerosa logística de deslocamento das equipes de saúde para os municípios também contribuem com a desassistência dessa população.

Outra barreira de uso é a falta interação entre a necessidade e a percepção desta pelo usuário, que pode ser atribuída a baixa escolaridade, expectativa do autocuidado e do acesso aos serviços de saúde⁽¹²⁾.

A condução da atenção à saúde da mulher e da criança qualificada é outro fator importante para a adesão das mulheres à prática do AM⁽²³⁾. Estudo com gestantes em serviços da atenção básica no Nordeste brasileiro, reforçou que a qualificação profissional para a orientação no pré-natal e no puerpério é fundamental, e pós-parto para que as nutrizes se sintam amparadas em uma perspectiva do cuidado integral⁽⁸⁾.

A sensibilização das gestantes para o AM exclusivo até os seis meses de idade é o suficiente para o desenvolvimento da criança, e o conhecimento sobre a técnica adequada de amamentação são desafios a serem cumpridos pelos serviços e ações em saúde. O Brasil possui todas as ferramentas necessárias para o crescimento dos indicadores de AM (legislação, políticas públicas, treinamento e capacitação de profissionais e avaliação da qualidade da assistência) indicando que o sucesso da amamentação não é uma responsabilidade exclusiva da mãe, mas sim compartilhada por toda a sociedade⁽³¹⁾.

Uma revisão integrativa de literatura com 43 artigos sobre as ações para o acompanhamento da mulher no ciclo gravídico-puerperal na APS, concluiu que a APS possui estrutura física para assistência à puérpera, mas há insuficiência de recursos humanos qualificados, denunciando a baixa cobertura da rede de APS e comprometendo a atenção prestada as puérperas e seus filhos^(7,23).

A inclusão de famílias em situação de vulnerabilidade social, como os ribeirinhos amazônicos, em programas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família (PBF), contribui para a redução do risco social. Em nosso estudo, as mães cadastradas no PBF amamentaram exclusivamente seus filhos até os seis meses de idade, quatro vezes mais do que as não beneficiadas. O PBF integra vários programas e com isso melhora muitos indicadores, contudo no setor da saúde tem impacto direto com a saúde das mulheres, conferindo-lhes maior poder de decisão, como a escolha pelo AME e autonomia nos níveis individual, familiar e comunitário⁽¹¹⁾. Além disso, o recebimento do benefício está atrelado ao estado nutricional da criança e ao acompanhamento nutricional exigido como condicionalidade do programa⁽²⁷⁾. Outro estudo realizado com 308 crianças de uma população vulnerável, constatou que 86% das crianças beneficiárias do PBF estavam dentro das curvas de crescimento estabelecidas pela OMS, mostrando que o programa é importante para o desenvolvimento das crianças assim como o AM⁽³⁹⁾.

Em estudo com cerca de três mil lactantes norte-americanas, com o objetivo de averiguar o impacto da exposição à informações sobre AM durante pré-natal sobre a amamentação, demonstrou que quando havia o apoio familiar para as mães amamentarem, a adesão ao AM exclusivo aumentava em 8,21 vezes⁽²²⁾. O apoio social à lactante no cuidado com os filhos é apontado como um dos fatores que favorecem a adesão e aumentam o tempo de AM^(1,17,30,33).

Estudo conduzido com puérperas, em João Pessoa na Paraíba, apontou o parto cesáreo, o cansaço e a depressão pós-parto, como fatores de risco para o uso de chupeta ou mamadeira e o desmame precoce⁽²³⁾. O envolvimento do pai/parceiro da mulher e outros familiares com o AM contribui para a sua adesão e continuidade^(1,4,30). Nesse estudo, identificou-se que as mulheres casadas/união estável praticaram este ato quase três vezes mais que as demais, sugerindo que a estabilidade familiar favorece o AM.

Em estudo realizado em Cuba, com 147 mulheres, com o objetivo de identificar os fatores de risco biossociais que influenciavam no abandono do AM exclusivo, os resultados apontaram que nas famílias disfuncionais a interrupção praticada AM exclusivo é mais frequente⁽³¹⁾.

Quanto a ordem da criança na família, encontrou-se que os primogênitos tiveram maior frequência no AM exclusivo, apesar da literatura incluir as primíparas no grupo de risco para interrupção da prática. Uma possível justificativa é a mãe engravidar outras vezes em curto períodos de tempo, o que não a permitam concluir o AM exclusivo e estendido com os demais filhos. Em estudo com mulheres de grupo populacionais vulneráveis da África sobre a influência dos fatores sociodemográficos no crescimento infantil, demonstrou que a paridade e a inserção materna no mercado de trabalho estiveram associadas negativamente a prática e manutenção do AM⁽³⁾. Em suma, a prática do aleitamento materno, sendo ela exclusivo e/ou estendida, sofre interferências de barreiras estruturais e sociais, especialmente as relacionadas ao trabalho materno⁽²⁾.

O estudo apresenta como principal limitação o reduzido tamanho da amostra, o que compromete a identificação de possíveis associações entre as variáveis e o desfecho investigado. Em relação a prevalência de aleitamento estendido é possível ter havido viés de memória pelos respondentes, em especial para as crianças maiores de 24 meses. No entanto, a amostra do estudo representa a população rural e ribeirinha do município de Borba, Amazonas.

CONCLUSÃO

Considerando que o AM deve ser exclusivo até os seis meses e estendido até o segundo ano de vida, a população estudada apresenta-se com dificuldades em atender à estas recomendações internacionais para a saúde da criança. As baixas prevalências encontradas sugerem a vulnerabilidade social das comunidades rurais e ribeirinhas do município de Borba, bem como o limitado acesso aos serviços de saúde.

O significativo percentual de mulheres que declararam terem recebido acompanhamento pré-natal comparado com a baixa prevalência de AM, nos faz refletir sobre qualidade da informação fornecida à elas quanto ao AM. Além da evidente necessidade de ampliação da rede de APS, é fundamental o investimento na qualificação dos profissionais da rede para promover, incentivar e proteger o aleitamento materno nestas áreas deficientes para garantir acesso, uso e apoio de serviços de saúde para solucionar os problemas das mães com a amamentação.

Sugere-se que estudos mais amplos e profundos sejam conduzidos no futuro, e que os resultados possam subsidiar políticas de apoio e incentivo ao AM entre a população rural e ribeirinha.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ter me concedido a oportunidade de, nessa vida, servir às pessoas de saúde, de ter me dado forças para superar todas dificuldades da vida para chegar até aqui. A toda minha família, em especial aos meus pais, por todo esforço, dedicação e incentivo. E a esta Universidade e todo seu corpo docente por terem me dado a oportunidade de chegar até aqui.

REFERÊNCIAS

1. ALVES YR, Couto LL, Barreto ACM, Quitete JB. **Breastfeeding under the umbrella of support networks: a facilitative strategy / La lactancia bajo la égida de redes de apoyo: una estrategia facilitadora / A amamentação sob a égide de redes de apoio: uma estratégia facilitadora** Esc. Anna Nery Rev. Enferm . 2020;24(1):1-8
2. AMARAL AS, Bielemann RM, Del-Ponte B, Valle NCJ, Costa CS, Oliveira MS, Santos, IS. **Intenção de amamentar, duração do aleitamento materno e motivos para o desmame: um estudo de coorte, Pelotas, RS, 2014.** Epidemiol. serv. saúde . 2020; 29(1): e2019219
3. AMUGSI DA, Dimbuene Z T, Kimani-Murage EW **Socio-demographic factors associated with normal linear growth among pre-school children living in better-off households: A multi-country analysis of nationally representative data.** PLoS One . 2020; 15(3):1-19
4. ANGELO BHB, Pontes CM, Sette GCS, Leal LP. **Conhecimentos, atitudes e práticas das avós relacionados ao aleitamento materno: uma metassíntese** Rev. Latino-Am. Enfermagem 2020;28:e3214
5. AQUINO COM, Rivera RAL, Morales MSLB, Hernandez NG, Vera JGL. **Conocimiento y factores de finalización de la lactancia materna en mujeres de una comunidad en Veracruz, México.** Horizonte sanitario. 2019;18(2):195-200.
6. AZEVEDO PTACC, Caminha MFC, Cruz RSBLC, Silva SL, Paula WKAS, Filho MB. **Estado nutricional de crianças em amamentação exclusiva prolongada no Estado de Pernambuco.** Rev bras epidemiol. 2019;22(90007):1-12. Doi: 10.1590/1980-549720190007
7. BARATIERI T, Natal S. **Postpartum program actions in primary health care: an integrative review.** Ciência & Saúde Coletiva. 2019; 24(11):4227-38.
8. BEZERRA AEM, Batista LHC, Santos RGA. **Amamentação: o que pensam as mulheres participantes de um grupo de pré-natal?** Rev. bras. Enferm. 2020; 73(3): e20180338.

9. BOCCOLINI CS, BOCCOLINI PMM, MONTEIRO FR, Venancio SI, Giugliani ERJ. **Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas.** Rev Saude Publica. 2017;51(108):1-9
10. Brasil. Presidência da República. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio:** relatório nacional de acompanhamento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, maio, 2014
11. BRITO, Maíra de Deus. **Saúde para elas:** o impacto do Bolsa Família na saúde das gestantes do distrito deferal. Monografia apresentada à Universidade de Brasília (UnB) como requisito para obtenção do grau de Especialista em Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça. Universidade de Brasília. 2014
12. DAMIÃO JJ. **Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo.** Rev Bras Epidemiol. 2008; 11(3): 442-52
13. DAVISSE-PATURET C, Adel-Patient K, Divaret-Chauveau A, Pierson J, Lioret S, Cheminat M, Dufourg MN, CharlesMA, Lauzon-Guillain B. **Breastfeeding Status and Duration and Infections, Hospitalizations for Infections, and Antibiotic Use in the First Two Years of Life in the ELFE Cohort.** Nutrients. 2019 ; 11(7) 1607 doi: 10.3390/nu11071607
14. DIAS LMO, Batista AS, Brandao IM, Carvalho FLO, Martins FL, Costa, et al. **Amamentação:** Influência familiar e a importância das políticas públicas de aleitamento materno. Saúde Foco. 2019 6(2):634-48.
15. FILGUEIRAS LA. **Crianças ribeirinhas e quilombolas da amazônia: crescimento, determinantes sociais de saúde e políticas públicas** [Tese de doutorado]. Belém (PA): Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará; 2016.128p.
16. GAMA ASM, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli SR. **Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil.** Cad. Saúde Pública. 2018; 34(2): e00002817
17. GASPARIN VA, Strada JKR, MORAES BA, Betti T, PITILIN EB, ESPÍRITO SANTO LC. **Fatores associados à manutenção do aleitamento materno exclusivo no pós-parto tardio.** Rev Gaúcha Enferm. 2020;41(esp):e20190060 1-8
18. GIZACHEW Y, WOYNSHET G, HIWOT T; MEGBARU D; AGEGBEHU B. **Prevalence of ineffective breastfeeding technique and associated factors among lactating mothers attending public health facilities of South Ari district, Southern Ethiopia.** PLoS One ; 15(2): e0228863, 2020
19. HERNANDEZ AR, 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):1-12. doi: 10.1590/0102-311X00155117
20. <https://www.r-project.org/> **faltam dados nesta referência**
21. KISIL M, FABIANI PJ. **Primeira Infância: Panorama, análise prática.** Instituto para o desenvolvimento do investimento social. Capítulo 6. 145-161. São Paulo, 2015.
22. KORNIDES M, KITSANTAS P. **Evaluation of breastfeeding promotion, support, and knowledge of benefits on breastfeeding outcomes.** J Child Health Care. 2013;17(3):264-73.
23. MELO LCO, Nakano, MAS, MONTEIRO JCS, FURTADO MCC. **Primary health care attributes in breastfeeding care. Texto Contexto Enferm.** 2019; 28: e20170516 doi:10.1590/1980-265X-TCE-2017-0516
24. MENDES SC, LOBO IKV, SOUZA SQ, VIANNA RPT. **Fatores relacionados com uma menor duração total do aleitamento materno.** Cien. saúde coletiva.2019; 24(5):1821-1829.
25. Ministério da Saúde (BR). **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros.** Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas; 2010. 63p.
26. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. p.195-212.
27. OLIVEIRA FCC, COTTA RMM, SANT’ANA LFR, PRIORE SE, FRANCESCHINI SCC. **Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos.** Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(7):3307-16
28. PASSOS LS, Kroll C, BORGES L, Rocha LDM, SCHULTZ LF,. **Acompanhamento dos atendimentos de puérperas e recém-nascidos em um Banco de Leite Humano.** Esc Anna Nery. 2020;24(2):e20190086
29. PEIXOTO LO, AZEVEDO DV, BRITTO LF, VASCONCELOS IN. **“Leite materno é importante”: o que pensam as nutrizes de Fortaleza sobre Amamentação.** Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2019; 19 (1): 165-172.

30. ROCCI, EF, QUINTELLA RA. **Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce.** Rev. bras. Enferm. 2014;67(1):22-7.
31. ROLLINS NC, BHANDARI N, HAJEEDHOY N, HORTON S, LUTTER CK, MARTINES JC. **Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices.** Lancet Breastfeeding Series Group. 2016;387(10017):491-504.
32. ROSADA YN, FIGUEREDO LIG, BARRIOS GA. **Factores de riesgo que influyen en el abandono de la Lactancia Materna.** 2017-2018. Multimed. 2019; 23(6) 1278-93
33. SENOL DK, YURDAKU M, ÖZKAN SA. **The Effect of Maternal Fatigue on Breastfeeding.** *Nigerian Journal of Clinical Practice.* 2019; 22(12):1662-1668.
34. SILVA AB, ANDRADE Filha IG, BENEVIDES KMM, SILVA DM, RODRIGUES PMA, SILVA SC, GARZÓN MIC. **Cultura dos povos originários da floresta amazônica na gestação e no puerpério: uma revisão de escopo sob o ponto de vista da segurança alimentar e nutricional.** Saúde debate. 2019; 43(123):1219-1239
35. SUÁREZ-COTELO MDC, MOVILLA-FERNÁNDEZ MJ, PITA-GARCÍA P, FERNÁNDEZ AB, NOVÍO S. **Breastfeeding knowledge and relation to prevalence.** Rev Esc Enferm. 2019;53:e03433 doi: 10.1590/S1980-220X2018004503433
36. TESSER CD, NORMAN AH, VIDAL TB. **Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação.** SAÚDE DEBATE. 2018; 42(1): 361-78
37. VICTORA CG, GIGANTE DP, GONÇALVES H, MOLA CL, BARROS FC, HORTA BL, PINHEIRO RT. **Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil.** The Lancet Global Health.2015; 3(4.):199-205.
38. WENZEL D. **Alimento Materno: estudo nacional da prevalência e determinantes no Brasil, nas macro-regiões e áreas urbanas e rurais.** 2008. 141p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2008.
39. WIECZORKIEWICZ AM, Cardoso KCA, DIETTERICH RG, CAMPOS R, FLORES A, PETREÇ D. **O impacto das condicionalidades do programa bolsa família na saúde infantil: o caso de um município do planalto norte catarinense/brasil.** Rev. APS. 2017; 20(2): 167 - 73.