

**PREVALÊNCIA E DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO
 E USO DE FÓRMULAS INFANTIS EM CRIANÇAS DE 0 A 6 MESES
 NO MUNICÍPIO DE ITAPEJARA D'OESTE-PR**

Thais Maggioni Gnoatto¹
 Indiomara Baratto^{1,2}

RESUMO

A amamentação traz melhorias no processo digestivo e do sistema nervoso, favorece o vínculo mãe-filho facilitando o desenvolvimento emocional, favorece a imunidade, mantém o crescimento e desenvolvimento normal da criança. As fórmulas infantis são indicadas somente quando há impossibilidade do aleitamento materno, sua composição alcança grande parte dos nutrientes que compõem o leite humano, porém sua composição não se iguala às propriedades fisiológicas do leite materno. Este trabalho teve como objetivo verificar a prevalência do aleitamento materno exclusivo e seus determinantes, bem como o uso de fórmulas infantis nos primeiros seis meses de vida. Para a coleta de dados, foi aplicado um questionário aos responsáveis das crianças, contendo questões a respeito do consumo nas últimas 24 horas de leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos, incluindo água, chás e outros líquidos, através do recordatório verificou-se que a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças até seis meses foi de 44% (n=22), cerca de 40% (n=20) das crianças receberam fórmula infantil, o estudo ressalta ainda, que em média 48% (n= 24) das mães iniciaram a introdução alimentar precoce.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Alimentação complementar. Lactentes.

ABSTRACT

Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding and use of infantile formulas in children from 0 to 6 months in the town of Itapejara D'Oeste-PR

Breastfeeding brings improvements in the digestive process and nervous system, favors the mother-child bond facilitating emotional development, favors immunity, maintains normal growth and development of the child. Infant formulas are indicated only when breastfeeding is impossible, its composition reaches a large part of the nutrients that make up human milk, but its composition does not match the physiological properties of breast milk. This study aimed to verify the prevalence of exclusive breastfeeding and its determinants, as well as the use of infant formulas in the first six months of life. To collect data, a questionnaire was administered to the children's parents, containing questions about the consumption of breast milk, other types of milk and other foods, including water, teas and other liquids, during the last 24 hours. (N = 22), about 40% (n = 20) of the children received infant formula, the study also emphasizes that on average 48 % (N = 24) of the mothers started the introduction of early food.

Key words: Breastfeeding. Complementary feeding. Infants.

E-mails dos autores:
 gnoattothaisgnoatto@gmail.com
 indybaratto@yahoo.com.br

Endereço para correspondência:
 Indiomara Baratto:
 Rua Luiz Favretto, número 82, Bairro Centro,
 Pato Branco-PR.
 CEP 85.505-150.

1-Faculdade de Pato Branco (FADEP), Pato Branco-PR, Brasil.
 2-Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo-SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O leite humano é composto basicamente por proteínas, açúcares, minerais, vitaminas e gorduras. A composição do leite varia de uma mãe para outra, sendo afetados por variáveis como: idade materna, paridade, saúde e seu estado nutricional (Nick, 2011).

O leite materno atende todos os aspectos nutricionais, imunológicos, psicológicos para um crescimento e desenvolvimento adequado de uma criança no primeiro ano de vida, período de grande vulnerabilidade para a saúde da criança (Abdalia, 2011).

O aleitamento materno proporciona a vantagem de ser o único alimento completo que a criança necessita até os seis meses, a amamentação traz melhorias no processo digestivo e do sistema nervoso, favorece o vínculo mãe-filho facilitando o desenvolvimento emocional, cognitivo e do sistema nervoso, favorece a imunidade, mantém o crescimento e desenvolvimento normal da criança, protege o lactente de pneumonia e impede a adesão e colonização de patógenos bacterianos respiratórios, o aleitamento materno exclusivo possui o benefício econômico, evitando assim os gastos adicionais na compra de fórmulas infantis, mamadeiras e também outra vantagem que não ocorre desperdícios (Gonçalves e Melo, 2014).

É recomendado que seja feita a amamentação materna exclusiva por 4-6 meses e complementada até 2 anos ou mais, há algumas situações que impossibilitam a amamentação, que são em casos onde a mãe possui o vírus HIV, HTLV1 e HTLV2, criança portadora nos casos de herpes, doenças de chagas e abscesso mamário (Gonçalves e Melo, 2014; Muniz, 2010).

As fórmulas infantis são indicadas somente quando há impossibilidade do aleitamento materno, sua composição alcança grande parte dos nutrientes que compõem o leite humano, fazendo com que tenham semelhança com o leite materno, porém sua composição não se iguala às propriedades fisiológicas do leite humano, mas consegue suprir as necessidades nutricionais estimadas quando utilizadas como única fonte de nutrientes durante os seis primeiros meses de vida (Gonçalves e Melo, 2014).

O lactente alimentado com fórmulas infantis está exposto a vários riscos a saúde, como alterações gastrointestinais, risco de contaminação na hora do preparo, alergias alimentares devido à proteína do leite de vaca que é analisada como um forte potente alérgico. As fórmulas infantis são desenvolvidas a partir do leite de vaca, porém tem como referência o leite humano, nelas são adicionados soro do leite, óleo vegetal, vitaminas e ferro, é também acrescentado carboidrato visando na melhora energética e são parcialmente desnatadas e desmineralizadas (Gonçalves e Melo, 2014).

A escolha do tema proposto recorre da preocupação com a alimentação e saúde da criança, evidenciando o aleitamento materno como primordial, assim como sua importância na vida e saúde materno-infantil, sendo assim, o objetivo deste trabalho foi verificar a prevalência de aleitamento materno exclusivo e seus determinantes, bem como o uso de fórmulas infantis e fatores que influenciam a opção do aleitamento artificial ao invés do aleitamento materno, nos primeiros seis meses de vida.

MATERIAIS E MÉTODOS

Optou-se por um estudo do tipo transversal. A população deste estudo se constituiu de crianças menores de 6 meses de idade, totalizando em uma amostra de 50 participantes, para a realização deste trabalho foi necessário o auxílio das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), da Unidade de Atenção Primária em Saúde da Família (UASPSF) do município de Itapejara D'Oeste-PR. Este projeto foi submetido ao comitê de ética e aprovado, sob o parecer número 2.056.882 de 2017.

As participantes do estudo foram mães acima de 18 anos juntamente com seus bebês (menores de 6 meses) que concordarão em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a realização da pesquisa. Foram excluídas desta pesquisa mães que não assinarem o TCLE, aquelas que optaram por não participar, aquelas com idade inferior a 18 anos e aquelas com bebês com idade acima de 6 meses.

Para a realização deste trabalho aplicou-se um questionário composto por 55 questões aos responsáveis e/ou acompanhantes das crianças menores de seis

meses durante as visitas das ACS nos domicílios. Registra-se que, todas as unidades de saúde do município participarão do estudo, com o consentimento da Coordenação da Atenção Primária.

O instrumento de análise foi validado pela Pesquisa Nacional sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida, que analisa a alimentação da criança nas últimas 24 horas. O instrumento proposto para a coleta de dados contém predominantemente questões fechadas e inclui, para todas as crianças, questões sobre o consumo nas últimas 24 horas de leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos, incluindo água, chás e outros líquidos, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde para levantamentos sobre amamentação (WHO, 2008).

Permite, dessa forma, definir se a criança recebeu ou não leite materno de forma exclusiva nas 24 horas que antecederam a pesquisa. Questões sobre as características das crianças e suas mães, permite ainda identificar grupos mais vulneráveis à interrupção precoce da amamentação exclusiva, ao desmame precoce e a introdução precoce ou tardia de alimentos complementares.

As informações do estudo foram digitadas em planilha do programa Excel®, para a tabulação dos resultados. Estas informações foram apresentadas na forma de média e desvio padrão ou frequência e percentual de resposta. Sendo realizada a representação dos resultados através de tabelas e figuras.

RESULTADOS

Foram incluídas neste estudo 50 participantes, constituído por mães de crianças

menores de 6 meses de idade. A idade média das mães no momento da coleta foi de 33 anos, sendo a idade mínima de 18 anos, a idade máxima de 37 anos. A idade média dos bebês no momento da coleta foi de 5 meses, sendo a idade mínima de 10 dias e a idade máxima de 6 meses.

Em relação ao gênero, esta amostra contou com 38% (n=19) de bebês sendo do sexo feminino e 62% (n=31) do sexo masculino. A tabela 1 abaixo indica as principais características da amostra.

A amostra contou com 76% (n=38) participantes moradoras da área urbana e 24% (n=12) moradoras da zona rural.

No momento da pesquisa, 100% (n=50) eram as mães das crianças, 36% (n=18) relataram no momento da pesquisa que o bebê é o seu primeiro filho e 64% (n=32) não era seu primeiro filho, todas as mães que participaram da pesquisa (n=50) sabiam ler e escrever, porém cerca de 38% (n=19) das mães não terminaram os estudos, sendo assim, somente 62% (n=31) concluíram os estudos.

Todas as mães que aceitaram responder o questionário relatam que haviam realizado pré-natal, 100% (n=50) delas na Unidade de Atenção Primária em Saúde da Família (UASPSF), 56% (n=28) das crianças eram nascidas de parto cesárea e 44% (n=22) de parto normal.

As consultas de rotina foram realizadas na UASPSF, somente 2% (n=1) dos bebês apresentaram baixo peso ao nascer, sendo 66% (n=33) nasceram entre 2,500Kg à 3,500Kg e 32% (n=16) nasceram com peso acima de 3,500Kg.

A tabela 2 indica as principais características de acordo com o peso ao nascer das crianças.

Tabela 1 - Características principais das participantes.

Variáveis		
Idade (anos) das mães	Mínima – máxima	18 anos – 37 anos
	Média	33 anos
Idade (meses) dos bebês	Mínima – máxima	10 dias – 6 meses
	Média	5 meses
Sexo dos bebês	% (n°) Feminino	38% - 19 bebês
	% (n°) Masculino	62% - 31 bebês

Tabela 2 - Peso ao nascer dos bebês.

Peso do bebê ao nascer	Variáveis
Menor que 2,500 Kg	2% - 1 bebê
Entre 2,500 Kg à 3,500Kg	66% - 33 bebês
Maior que 3,500 Kg	32% - 16 bebês

Tabela 3 - Conduta das mães com o bebê após alta hospitalar.

Primeiro dia do bebê em casa após alta hospitalar		
Pergunta	Sim	Não
Mamou no peito	26	0
Tomou leite artificial	1	25
Tomou água	0	26
Tomou chá	1	25

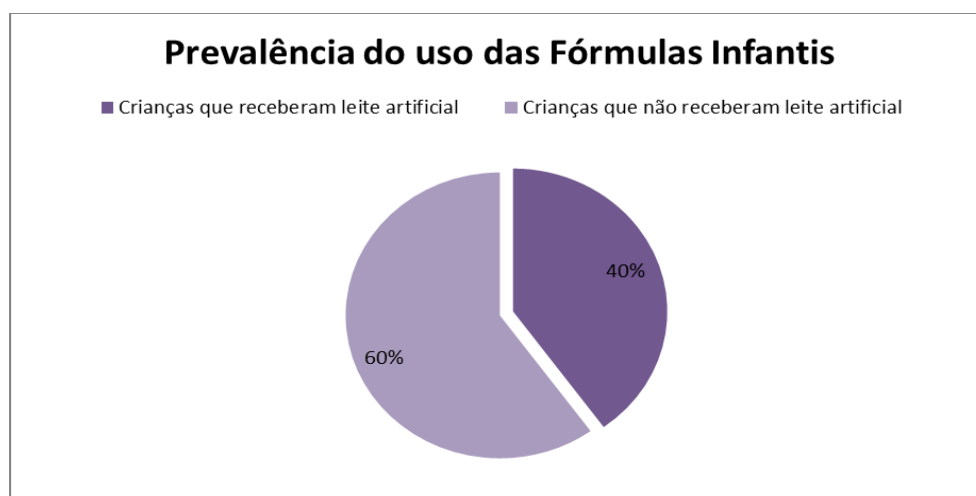


Gráfico 1 - Prevalência do uso das fórmulas infantis.

Com relação às questões que foram respondidas somente nos casos das crianças menores de 4 meses ($n=26$), foram determinados os seguintes resultados, 62% ($n=16$) receberam alta hospitalar em 24 horas, essas são as que nasceram de parto normal, as mães que tiveram parto por cesárea receberam alta hospitalar em 3 dias sendo 38% ($n=10$), no primeiro dia em casa 100% ($n=26$) dos bebês receberam leite materno, 4% ($n=1$) recebeu leite artificial e 4% ($n=1$) recebeu chá com uma mínima quantidade de açúcar. A Tabela 3 abaixo indica a conduta das mães nas primeiras 24 horas de vida do bebê.

De acordo com os dados obtidos através do Recordatório de 24 horas sobre a alimentação da criança, foi possível identificar a prevalência do aleitamento materno

exclusivo (AME), a introdução precoce dos alimentos e outros líquidos, e a utilização de fórmulas infantis. Em crianças de zero a seis meses o AME foi de 44% ($n=22$), crianças que tomaram chá com adição de açúcar ficou cerca de 56% ($n=28$) e 44% ($n=22$) não tomaram chá, no entanto somente 18% ($n=5$) das mães relataram que não adicionaram açúcar no chá oferecido à criança, as outras 82% ($n=23$) relataram que o açúcar foi acrescentado no chá, também houve casos onde 52% ($n=26$) das crianças receberam, suco de frutas natural feito em casa com adição de açúcar, e 14% ($n=17$) recebem suco de frutas industrializados, com base nesses dados cerca de 56% ($n=28$) das crianças recebem alimentos adoçados com açúcar.

Em relação ao uso de fórmulas infantis cerca de 40% ($n=20$) das mães disseram que

foi dado leite artificial para a criança e 60% (n=30) não ingeriram leite artificial. O gráfico 1 indica a prevalência do uso das fórmulas infantis em bebês abaixo de seis meses de idade.

A introdução alimentar só é permitida a partir dos seis meses de idade, porém os resultados que obteve-se através do questionário merece atenção, pois uma média de 18% (n=9) das crianças comeram mingau doce ou salgado e as outras 82% (n=41) não comeram, a introdução de frutas antes dos seis meses apresenta uma variável de 48% (n=24) e as que não receberam ficou em uma média de 52% (n=26), cerca de 36% (n=18) desses bebês receberam comida salgada e 64% (n=32) não receberam, em relação a comida oferecida a criança 94% (n=17) das mães relataram que colocavam carne na preparação, 67% (n=12) acrescentavam feijão

triturado e peneirado, 89% (n=16) das mães colocavam legumes na preparação. O gráfico 2 abaixo indica as porcentagens das refeições oferecidas aos bebês.

A introdução de chás e sucos com acréscimo de açúcar apresenta um número muito alto de mães que fazem o uso, quanto nas preparações sólidas com carnes, feijões e legumes, para que situações como esta não se agrave mais, são necessários profissionais qualificados que possam estar passando as devidas orientações, através de palestras, em visitas domiciliares e para as agentes de saúde, assim com o objetivo de regredir a introdução de líquidos e sólidos antes do tempo recomendado.

A Tabela 4 abaixo apresenta informações mais detalhadas sobre o Recordatório de 24 horas.

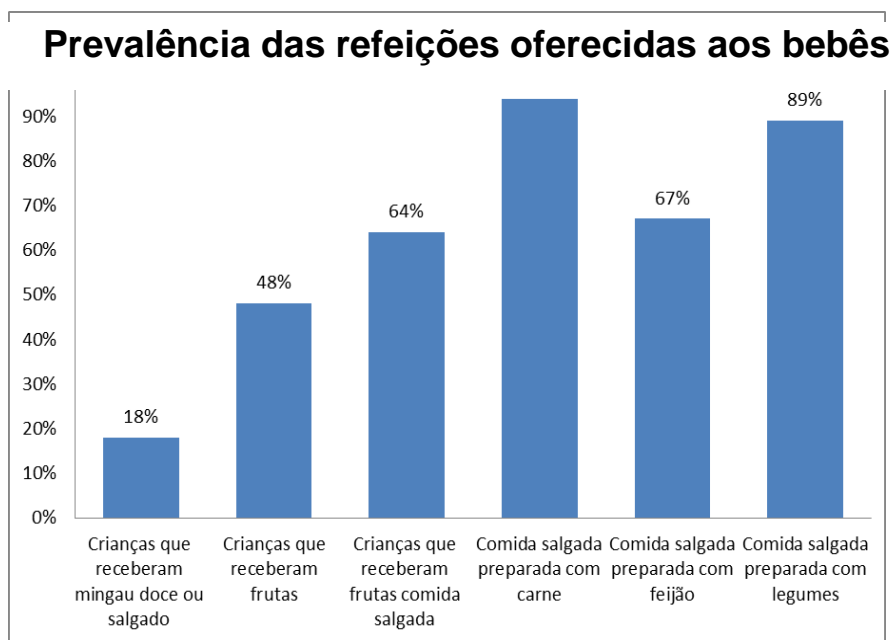


Gráfico 2 - Prevalência das refeições oferecidas aos bebês.

Além do Recordatório de 24 horas aplicado, as participantes responderam outro questionário no modelo de resposta aberta, através dele conseguimos identificar os principais motivos da introdução do leite artificial, qual leite que é mais consumido pelos bebês e também por quanto tempo a criança mamou no peito antes de começar a ingerir fórmulas infantis.

Foi identificado que cerca de 40% (n=20) dos bebês, fazem o uso de fórmulas infantis, onde as mães relatam que o maior motivo para oferecerem o leite artificial é a falta de leite materno (LM), usa a fórmula como complemento, pois a criança mama muito, e também por trabalhar longe de casa não apresentando a possibilidade de ir amamentar a criança com LM e possivelmente situações associadas à falta de preparo dos

profissionais de saúde para orientar as mães sobre as maneiras a serem adotados, especificamente adotados à estimulação da produção de leite.

As fórmulas infantis mais utilizadas são, Nan confort 1 cerca de 65% (n=13) crianças fazem o uso dessa fórmula, Aptamil active 15% (n=3) das crianças são amamentadas por este leite, uma média de 10% (n=2) são amamentadas pelo Aptamil premium 2, Nan premium 1 cerca de 5% (n=1) fazem a ingestão desse leite, Nestogeno é utilizado por 5% (n=1) dos bebês.

Foi possível verificar através desse estudo que 48% (n=9) das crianças que

enquanto recebem leite artificial ainda são amamentadas com leite materno, cerca de 5% (n=1) das mães relataram que seu filho recebeu leite materno somente até o quarto mês de idade, outras 5% (n=1) contou que o bebê mamou somente o primeiro mês de vida e 42% (n=8) das crianças mamaram menos de um mês, ambas as mães disseram que o principal motivo foi a pouca produção de leite materno.

O gráfico 3 abaixo apresenta de forma mais clara os resultados obtidos a respeito da prevalência do aleitamento materno enquanto a criança recebe leite artificial.

Tabela 4 - Recordatório de 24 horas.

Perguntas	Sim	Não
Quantidade de crianças que receberam leite materno	74% - (n=37)	26% - (n=13)
Quantidade de crianças recebeu chá	56% - (n=28)	44% - (n=22)
Quantidade de crianças recebeu água	48% - (n=24)	52% - (n=26)
Quantidade de crianças recebeu leite artificial	40% - (n=20)	60% - (n=30)
Quantidade de crianças recebeu mingau doce ou salgado	18% - (n=9)	82% - (n=41)
Quantidade de crianças recebeu fruta em pedaço ou amassada	48% - (n=24)	52% - (n=26)
Quantidade de crianças recebeu comida salgada	36% - (n=18)	64% - (n=32)
A comida prepara tinha algum tipo de carne	94% - (n=17)	6% - (n=1)
A comida prepara tinha feijão	67% - (n=12)	33% - (n=6)
A comida prepara tinha legumes	89% - (n=16)	11% - (n=2)
A criança recebeu suco de fruta natural feito em casa	52% - (n=26)	48% - (n=24)
A criança recebeu suco de fruta industrializado	14% - (n=7)	86% - (n=43)
A criança recebeu refrigerante	0% - (n=0)	100% - (n=50)
A criança recebeu café	0% - (n=0)	100% - (n=50)
A criança recebeu alimentos adoçados com açúcar	56% - (n=28)	44% - (n=22)
A criança comeu bolacha ou salgadinho	0% - (n=0)	100% - (n=50)
A criança tomou ou comeu outros alimentos	56% - (n=28)	44% - (n=22)
A criança usou mamadeira	56% - (n=28)	44% - (n=22)
A criança usou chupeta	86% - (n=43)	14% - (n=7)

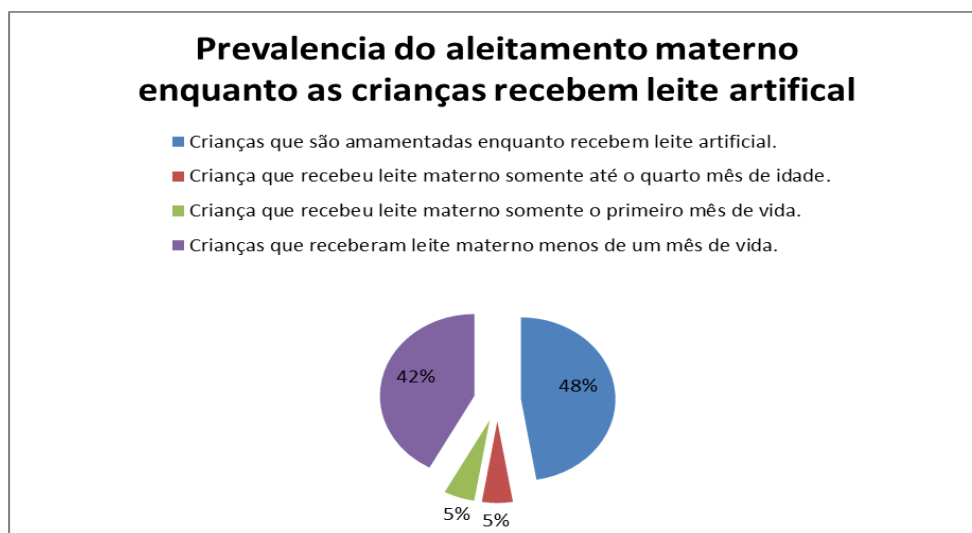


Gráfico 3 - Prevalência do aleitamento materno enquanto as crianças recebem leite artificial.

DISCUSSÃO

Analisando outros estudos realizados no Brasil, verifica-se um resultado semelhante aos resultados obtidos no presente estudo, o autor Gonçalves e colaboradores em seu estudo feito no Rio Grande do Sul, descreve a variável de parto por cesárea e parto normal, constando 53,2% das mulheres tiveram seus filhos por cesárea e 46,8% por parto normal. O estudo comparado destaca que quanto melhor a renda, maior é a frequência de partos pagos por meio de convênios ou particulares, também descreve que há maiores possibilidades de cesárea por mulheres com idade inferior a 20 anos e que relatam ser o primeiro filho (Gonçalves e colaboradores, 2009).

Comparando o estudo realizado com autor Viana e colaboradores onde descreve a prevalência de peso ao nascer de crianças menores de um ano de idade, relata que 6,1% das crianças nasceram com baixo peso (inferior à 2,500Kg), 20,5% com peso insuficiente (maior ou igual à 2,500 Kg e inferior a 3,000Kg) e 73,4% com peso satisfatório (maior ou igual a 3,000Kg), pode-se dizer que o resultado obtido no atual estudo é aceitável, pois comparando com o outro estudo, verificamos que a prevalência de baixo peso foi bem menor (Viana e colaboradores, 2013).

O aleitamento materno exclusivo reduz o risco de asma, e esse efeito protetor irá permanecer pelo menos durante a primeira década de vida da criança, sendo particularmente evidente em crianças com história familiar de doenças atópicas. A amamentação exclusiva também protege contra o aparecimento do diabetes melito tipo I. A exposição precoce ao leite de vaca (antes dos 4 meses) pode ser um importante determinante dessa doença e pode aumentar seu risco de aparecimento em 50%. Estudos relatam que 30% dos casos de diabetes melito tipo I poderiam ser evitados se 90% das crianças até 3 meses não recebessem leite de vaca (Monte e Giugliani, 2004).

O aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida é completamente indispensável, portanto não há necessidade de fornecer outros alimentos nesse período, pois o leite materno é o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento do lactente (Stephan, Cavada e Vilela, 2012).

Para a comparação de resultados, foi utilizado um estudo realizado em Santa Maria-Lisboa, onde o autor descreve a prevalência do aleitamento materno no período de 24 a 48 horas após o parto, na maternidade 91% das mães amamentaram, sendo 77,7% faziam em exclusividade, 12,5% amamentavam com leite materno e com leite artificial e 9,8% somente com leite artificial, nos primeiros dias após alta hospitalar as estimativas das puérperas que continuaram amamentando foi de 90% e 75% prosseguiram até os três meses.

Em relação ao estudo proposto para comparação, os resultados ao aleitamento materno após alta hospitalar ficaram bem próximos, porém o presente estudo prevalecendo em porcentagem maior, quanto a introdução de outros líquidos, comparando com o estudo do autor também obteve-se um resultado mais significativo, ficando em porcentagem menor (Sandes e colaboradores, 2007).

O autor Souza e colaboradores (2012), descreve que o aleitamento materno apresentou associação com a idade materna, e os filhos de mães adolescentes tiveram menos chances de serem amamentados exclusivamente até os seis meses que os de mães com idade superior à 25 anos, os bebês de mães multíparas tinham quatro vezes mais chances de serem amamentados exclusivamente que os de mães de primeiro filho, possivelmente as mães com mais idade e com mais filhos possuem maior conhecimento e experiência em relação ao aleitamento.

Com isso indica uma necessidade maior de oferecer uma assistência individualizada às mães adolescentes a fim de apoiá-las nos fatores que desestimulam e estimulam o aleitamento materno.

Os resultados obtidos demonstra a necessidade da implantação e implementação de ações pró-amamentação em relação à amamentação exclusiva, foi verificado que as mães que trabalham fora de casa, mães que não trabalham fora, mães com idade inferior à 25 anos e crianças que fazem o uso de chupeta e mamadeira, tem maior chance do desmame precoce, porém analisando este questionário, apontou que as mães que trabalham fora de casa foi o fator de maior chance para o abandono do aleitamento materno exclusivo (Souza e colaboradores, 2012).

Ressalta o autor Queluz que um dos principais motivos para o desmame precoce, está relacionado às mulheres que trabalham fora de casa, à sobrecarga do trabalho doméstico e o cuidado com outros filhos (Queluz e colaboradores, 2011).

“Ressaltam ainda, a importância do suporte social e o cumprimento das políticas de proteção a esta prática, tendo em vista que, no Brasil, grande parte das mulheres que possuem trabalho remunerado não recebe tal benefício, em razão ao tal descumprimento da lei pelos empregados ou por possuir contratos informais de trabalho”. (Queluz e colaboradores, 2011)

Analisando os presentes motivos para a interrupção do aleitamento materno exclusivo, verificou-se que alguns autores descrevem a influência do estresse sobre a lactação, como a principal causa da diminuição da produção do leite materno. Explica ainda, que em condições de estresse, o organismo da mãe aumenta a liberação de adrenalina, causando vasoconstrição generalizada, interferindo o acesso à mama dos hormônios envolvidos na produção de leite.

Assim o desmame precoce, pode ser causado pelo enfrentamento de situações estressantes. A pouca experiência das mulheres mais jovens, a sobrecarga dos afazeres domésticos sem apoio e o tempo demandado pelo aleitamento exclusivo são algumas das dificuldades causadoras de estresse relatadas pelas mulheres (Stephan, Cavada e Vilela, 2012).

Levando em consideração o pequeno número de participantes abordado, comparando com outros estudos, a prevalência do AME foi satisfatória no presente estudo, pois em um estudo realizado pelo autor Stephan, onde relata que a prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças de até seis meses foi de 35%, ele também descreve que em outros países desenvolvidos ou em desenvolvimento, a prevalência do aleitamento materno exclusivo é bem baixa, como o Reino Unido, somente 2% das mulheres amamentam exclusivamente seus filhos, ele cita também que a prevalência do AME em um países como o Vietnã é de 15,5%, no Timor-Leste é de 30% e nas

Filipinas é de 33,7% (Stephan, Cavada e Vilela, 2012).

Outros estudos relacionados com a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME), também identificaram o descompasso desta prática, no qual relatam que em 2008 nas capitais brasileiras e no Distrito Federal cerca de 41% evidenciou a prevalência do AME, outras cidades do interior paulista apresentaram na última década, indicadores semelhantes para a prática do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses, respectivamente Ribeirão Preto com 21,3%, Bauru 24,2% e Botucatu 29,3% de prevalência do AME, esses resultados mostram a baixa prevalência do aleitamento materno exclusivo, necessitando ações preventivas para que as mães se conscientizem e respeitem a idade correta para a introdução de novos alimentos (Queluz e colaboradores, 2011).

Avaliando os resultados obtidos através da ferramenta de pesquisa, verifica-se a importância e influência da equipe Estratégia Saúde da Família (ESF), pois por meio da equipe ESF as mães recebem as devidas orientações sobre a importância do aleitamento materno, na promoção e prevenção da saúde infantil, além das mães terem acesso a suporte qualificado para iniciar e manter o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, assim garantindo também o momento certo da introdução alimentar adequado, enquanto continuam amamentando até os dois anos ou mais, além de orientá-las que até os dois anos da criança não devem oferecer chocolates, açúcares, balas, guloseimas, doces em geral e evitar o uso de sal, dando a elas a opção de trocar o sal por condimentos naturais, desta maneira proporcionando maior qualidade de vida para seus bebês (Stephan, Cavada e Vilela, 2012).

Segundo Mendonça deve-se evitar o consumo de açúcares, balas e guloseimas até os dois anos, pois o consumo precoce e excessivo desses alimentos com o passar do tempo aumenta o risco de desenvolver a obesidade e outras patologias, ressalta ainda que é comum a utilização do açúcar na alimentação infantil, devido ao seu sabor adocicado melhora a aceitação e consequente o aumento do valor calórico da preparação (Mendonça, 2015).

O atual estudo aponta que a ingestão precoce de açúcar pelos bebês é alto, quando

comparado com os outros estudos, o estudo semelhante descreve sobre a introdução precoce do açúcar nas preparações infantis, onde permitiu identificar cerca de 72,4% da crianças recebem alimentos adoçados com açúcar, o estudo relata ainda, que 40,58% da introdução de açúcar é oferecido predominantemente pelos pais, além disso, informa que a primeira oferta de açúcar foi a partir do quarto mês de vida da criança, cerca de 26,63% fazem a ingestão através de mucilagens, o autor do estudo descreve também que somente 12% dos bebês ainda não consumiram açúcar em sua alimentação (Mendonça, 2015).

Em um estudo realizado na Bahia, verificou-se a introdução alimentar de sólidos e líquidos, apontando a introdução de líquidos ainda no primeiro mês de vida, sendo 7,3% receberam água, uma média de 23,2% ingeriram chá com açúcar e 2,7% receberam sucos, também com acréscimo de açúcar, já na introdução de sólidos ou semissólidos em crianças amamentadas no primeiro mês de vida foi de 0,7% para papas de frutas e refeições da família e 2% para papas de legumes, nas crianças que não eram amamentadas cerca de 10% receberam papas de frutas, 20% recebeu papa de legumes e 10% ingeriram refeições igual da família, em relação à estes resultados pode-se identificar que as crianças menores ou iguais a quatro meses de idade não amamentadas, comparadas com as amamentadas apresentaram prevalência significativamente maiores de modo precoce quanto ao uso de água, chá, sucos, papas de frutas, papas de legumes e refeição igual à da família (Vieira e colaboradores, 2004).

A introdução precoce dos alimentos complementares diminui a duração do aleitamento materno, interfere na absorção de nutrientes importantes presente no leite humano, como o ferro e o zinco. Mais recentemente, tem-se associado à introdução precoce da alimentação complementar com o desenvolvimento de doenças atópicas (Monte e Giugliani, 2004).

Quando o lactente é alimentado com fórmulas infantis ele está exposto a vários riscos à saúde, como alterações gastrointestinais, risco de contaminação na hora do preparo, alergias alimentares devido à proteína do leite de vaca que é analisada como um forte potente alérgico, por esse

motivo não é recomendada a ingestão de leites artificiais se não houver realmente uma necessidade (Gonçalves e Melo, 2014).

As fórmulas infantis são indicadas somente quando há impossibilidade do aleitamento materno, que são em casos onde a mãe possui o vírus HIV, HTLV1 e HTLV2, criança portadora nos casos de herpes, doenças de chagas e abscesso mamário. Então a composição do leite artificial foi desenvolvida para alcançar grande parte dos nutrientes que compõem o leite humano, fazendo com que tenham semelhança com o leite materno, porém sua composição não se iguala às propriedades fisiológicas do leite humano, mas consegue suprir as necessidades nutricionais estimadas quando utilizadas como única fonte de nutrientes durante os seis primeiros meses de vida (Gonçalves e Melo, 2014).

O presente estudo e seus resultados recomendam que as equipes de Saúde da Família sejam capacitadas para melhorar seu conhecimento na promoção do aleitamento materno exclusivo, tanto nos aspectos técnicos relacionados à lactação como no desenvolvimento de um olhar atento aos aspectos emocionais e da cultura familiar, reconhecendo a mulher como a principal protagonista do processo de amamentar (Stephan, Cavada e Vilela, 2012).

CONCLUSÃO

Diante da baixa prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME), comparado a outros estudos, e da identificação de seus determinantes no município de Itapejara D'Oeste-PR, espera-se que os resultados desta pesquisa forneçam informações para o redirecionamento e planejamento de ações em aleitamento materno, com implantação ou implementação de estratégias de proteção, promoção e apoio à amamentação materna, elaboradas e aplicadas pelos grupos de Estratégia Saúde da Família, contendo orientações nas salas de vacinas, salas de coleta do teste do pezinho, ambulatórios, entre outros, além de ações que possibilitem articular as maternidades com os serviços da rede de atenção básica, possibilitando a assistência à puerpera no domicílio, o mais precoce possível, principalmente para as mães de primeiro filho.

O estudo contou com 38% (n=19) de bebês sendo do sexo feminino e 62% (n=31) do sexo masculino, através do recordatório verifica-se a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças de zero a seis meses foi de 44% (n=22), em relação ao uso de fórmulas infantis cerca de 40% (n=20) das mães disseram que foi dado leite artificial para a criança. A introdução alimentar só é permitida a partir dos seis meses de idade, porém o estudo mostra que uma média de 48% (n= 24) das mães iniciaram a introdução alimentar precoce.

Se houvesse uma maior conscientização por parte das empresas e constituições públicas e privadas para aderirem à licença de 180 dias, garantindo assim o direito da amamentação exclusiva até os seis meses o abandono da amamentação exclusiva poderia ser minimizado (Queluz e colaboradores, 2011).

A valorização da ampliação da licença maternidade precisa ser incorporada não somente pelos diferentes empregadores, mais também profissionais da saúde e principalmente pelas gestantes e nutrizas, visto que esse benefício favorece a manutenção do aleitamento materno exclusivo por seis meses, e pode evitar problemas futuros de doenças nas crianças (Queluz e colaboradores, 2011).

REFERÊNCIAS

- 1-Abdalia, M. A. P. Aleitamento Materno como programa de ação de saúde preventiva no Programa de Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Uberaba, 2011. 57f. Monografia (especialização em Saúde da Família).
- 2-Gonçalves, R. M.; Melo, C. S. Aleitamento materno versus aleitamento artificial. Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC). Goiânia. 2014.
- 3-Gonçalves, S. A.; e colaboradores. Dor mamilar durante a amamentação: ação analgésica do laser de baixa intensidade. Revista Dor. Vol. 10. Num. 2. p. 125-129. 2009.
- 4-Mendonça, J. S. C. Início da introdução de açúcar na dieta e presença de cárie dentária em bebês com e sem fissura labiopalatina. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2015.
- 5-Monte, C. M. G.; Giugliani, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. J Pediatr. Vol. 80. Num. 5. p. 131-141. 2004.
- 6-Muniz, M. D. Benefícios do aleitamento materno para a puérpera e o neonato: A atuação da equipe de saúde da família. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Formiga, 2010.
- 7-Nick, M. S. A importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida para a promoção da saúde da criança. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Teófilo Otoni, 2011.
- 8-Queluz, M. C.; e colaboradores. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol. 46. Num. 3. p. 537-543. 2012.
- 9-Sandes, A. R.; e colaboradores. Aleitamento materno: prevalência e fatores condicionantes. Acta Médica Portuguesa, 2007.
- 10-Souza, S. N. D. H.; e colaboradores. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. Acta Paulista de Enfermagem. Vol. 25. Num. 1. p. 29-35. 2012.
- 11-Stephan, A. M. S.; Cavada, M. N.; Vilela, C. Z. Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de Saúde da Família no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Vol. 21. Num. 3. p. 431-438. 2012.
- 12-Viana, K. J.; e colaboradores. Peso ao nascer de crianças brasileiras menores de dois anos. Cadernos de Saúde Pública. 2013.

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento
ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

w w w . i b p e f e x . c o m . b r - w w w . r b o n e . c o m . b r

13-Vieira, G. O.; e colaboradores. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. J Pediatr. Vol. 80. Num. 5. p. 411-416. 2004.

14-World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007. Washington DC. 2008.

Recebido para publicação em 16/06/2016
Aceito em 21/08/2017