

Deisiane Silva Souza

deisysilva3@hotmail.com

Enfermeira. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Caroline Nascimento dos Anjos

canjos96@gmail.com

Graduanda em Nutrição. Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia.

Gabriel Cardoso da Silva

gabrielcs.uesb@gmail.com

Enfermeiro. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Samilla Leal do Nascimento

samilla_leal@outlook.com

Enfermeira pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Residente em Enfermagem Obstétrica pela Fundação de Assistência Integral à Saúde/Hospital Sofia Feldman (FAIS/HSF).

Jerusa da Mota Santana

jerusanutri@ufrb.edu.br

Professora Adjunta do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.



Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

PADRÃO DE ALEITAMENTO MATERNO E ESTADO ANTROPOMÉTRICO DE CRIANÇAS ASSISTIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

BREASTFEEDING STANDARD AND ANTHROPOMETRIC STATE OF CHILDREN ASSISTED IN PRIMARY HEALTHCARE

RESUMO

Introdução: O leite materno é o alimento considerado padrão-ouro para o lactente, trazendo diferentes benefícios, de cunho biológico, nutricional, econômico e psicossocial. Logo, propicia adequado crescimento e desenvolvimento infantil. **Objetivo:** Identificar o padrão de aleitamento materno de crianças assistidas na Atenção Básica e sua relação com o estado antropométrico nutricional. **Metodologia:** Estudo transversal, realizado de março a agosto de 2018, com amostra de 75 crianças clinicamente saudáveis com até seis meses de idade, cadastradas no programa de Crescimento e Desenvolvimento. Os dados foram coletados por meio de um questionário fechado. Para avaliar a relação entre padrão de aleitamento materno e estado antropométrico da criança empregou-se o Teste de Qui-quadrado de Pearson, e o Teste T de Student para amostras independentes. **Resultados:** A prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo foi de 36%. Foram identificados desvios nutricionais como risco de sobrepeso (13,3%), muito baixo peso/baixo peso (9,3%), sobrepeso (4,0%) e obesidade (5,3%). Observou-se que as crianças que foram amamentadas exclusivamente, que estavam em aleitamento materno independente de outros alimentos e que mamaram nas primeiras horas de vida apresentaram adequações no peso, estatura e Índice de Massa Corporal quando comparado com aquelas que não foram amamentadas. **Conclusão:** Este estudo permite concluir que a prática da amamentação é considerada fator protetor para o adequado estado antropométrico de crianças nos seis primeiros meses de vida, revelando-se como contributivo para saúde nutricional na infância e em ciclos posteriores da vida.

PALAVRAS-CHAVE:

Nutrição do lactente; Aleitamento materno; Leite materno; Saúde da criança.

ABSTRACT

Introduction: Breast milk is the food considered the gold standard for the infant, bringing different benefits, of biological, nutritional, economic and psychosocial nature. Thus providing adequate growth and child development. **Objective:** To identify the breastfeeding pattern of children assisted in Primary Healthcare and its relationship with the nutritional anthropometric status. **Methodology:** Cross-sectional study, carried out from March to August 2018, with a sample of 75 clinically healthy children up to six months of age, registered in the Growth and Development program. The data were collected through a closed questionnaire. To evaluate the relationship between breastfeeding pattern and the child's anthropometric status, the Pearson's Chi-square test and the Student's T-test were used for independent samples. **Results:** The prevalence of exclusive breastfeeding was 36%. Nutritional deviations were identified as risk of overweight (13.3%), very low weight/low weight (9.3%), overweight (4.0%) and obesity (5.3%). It was observed that children who were exclusively breastfed, who were breastfeeding independently of other foods and who breastfed in the first hours of life showed adjustments in weight, height and Body Mass Index when compared to those who were not breastfed. **Conclusion:** This study allows us to conclude that the practice of breastfeeding is considered a protective factor for the adequate anthropometric status of children in the first six months of life, revealing itself as a contributor to nutritional health in childhood and later life cycles.

Keywords: Infant Nutrition; Breast Feeding; Human Milk; Child Health.

INTRODUÇÃO

O leite materno faz parte do direito humano à alimentação adequada e deve ser o primeiro alimento a ser ofertado no ambiente extrauterino. As características nutricionais do leite materno são essenciais para o crescimento e desenvolvimento das crianças, configurando-se como fator protetor para a saúde em ciclos imediatos e tardios de vida⁽¹⁾. A oferta de outros alimentos antes dos seis meses é desnecessária porque o trato gastrointestinal da criança só está maduro para receber alimentos após esse período, além de prejudicial, pois aumenta o risco de a criança ficar doente e prejudica a absorção de nutrientes importantes⁽²⁾.

Diante dos benefícios da amamentação exclusiva para a saúde materna e infantil, o Ministério da Saúde (MS) preconiza essa prática até os seis meses de vida do lactente, sendo complementado com alimentos sólidos a partir dessa idade até os dois anos de vida ou mais⁽²⁾. Apesar de inúmeros benefícios do aleitamento materno (AM) e dos avanços das políticas de apoio ao incentivo à prática da amamentação, indicadores epidemiológicos evidenciam que a prática do aleitamento materno exclusivo (AME) no Brasil está aquém do recomendado e, por isso, permanece como problema de saúde pública⁽³⁾.

Dados do Global Breastfeeding Collective⁽⁴⁾, ao analisar 116 países, revelam que, em 47 destes, mais de 80% das crianças são amamentadas no primeiro ano de vida. Entretanto, apenas 19 nações têm índice de AME até os seis meses de idade acima de 60%. Recentemente, resultados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição (ENANI) indicam melhorias nesses indicadores, demonstrando que 53% das crianças brasileiras continuam sendo amamentadas no primeiro ano de vida, sendo o índice de AME de 47,5% para as menores de seis meses, e de 60% nas menores de quatro meses⁽³⁾. Prevalência similar de AME em menores de seis meses é indicada para a Região Nordeste (45,9%) e para o estado da Bahia (50,8%)⁽⁵⁾.

A baixa prevalência de AM referenciada nas pesquisas é preocupante, tendo em vista que crianças amamentadas apresentam maior probabilidade de adequação no peso, estatura e Índice de Massa Corporal (IMC) quando comparadas àquelas que não são amamentadas⁽⁶⁻⁷⁾. Dessa forma, no intuito de se avaliar as condições de saúde e bem-estar populacionais, bem como a influência exercida pelo consumo alimentar, se faz extremamente necessário monitorar o crescimento e o desenvolvimento de crianças dessa faixa etária por meio dos índices antropométricos preconizados pela Organização Mundial da Saúde⁽⁸⁾.

O acompanhamento do estado nutricional das crianças na Atenção Básica no Brasil é uma estratégia de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e se dá por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Para tanto, estão disponíveis os seguintes índices antropométricos de crianças: Peso/Estatura, Estatura/Idade, Peso/Idade e IMC/Idade⁽⁸⁾.

Prevalências significativas de baixo comprimento para a idade, baixo peso para a idade e magreza segundo o IMC/Idade em crianças de seis meses de idade são apontadas a nível nacional (10,6% - 9,0% - 5,8%), regional (11,1% - 4,3% - 1,7%) e estadual (9,5% - 4,0% - 7,2%)⁽⁵⁾. O monitoramento desses dados nos diferentes níveis federativos possibilita a elaboração de intervenções específicas e adequadas para essa faixa etária.

Assim, reconhecendo a importância do AME para o crescimento e desenvolvimento da criança e sua relação protetora na saúde em ciclos posteriores da vida, este estudo tem como objetivo identificar o padrão de aleitamento materno de crianças assistidas na Atenção Básica e sua relação com o estado antropométrico nutricional.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, realizado em três Centros de Saúde e uma Unidade de Saúde da Família (USF), no município de Jequié, na Bahia, no período de março a agosto de 2018. Esses locais foram indicados pela gestão municipal por já terem parceria com a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. A prevalência de AME no município para o ano de 2020, segundo o SISVAN, foi de 55%⁽¹⁰⁾, porém ressalta-se a subnotificação pelo baixo número de menores de seis meses acompanhados pelo sistema (120 crianças).

Participaram deste estudo 75 crianças e seus responsáveis. O tamanho da amostra foi determinado baseado na estimativa da proporção populacional segundo a fórmula de Siqueira⁽⁹⁾. Para tanto, adotou-se erro amostral de 5%, intervalo de confiança de 95% e percentual máximo de AME na cidade de Jequié de 25%, segundo o SISVAN⁽¹⁰⁾.

Foram incluídas na amostra crianças clinicamente saudáveis com até seis meses de idade, acompanhadas por seus responsáveis e que estavam cadastradas no programa de Crescimento e Desenvolvimento do serviço de saúde. Foram consideradas inelegíveis crianças com doenças cardíacas, fenda palatina e outras patologias que interferissem no estado nutricional e na amamentação.

Para coleta de dados, as genitoras foram esclarecidas quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi aplicado um questionário fechado, contendo informações sociodemográficas, dados sobre amamentação, condições de saúde das crianças e da genitora. Posteriormente as crianças foram submetidas à avaliação

antropométrica (mensuração do peso, comprimento, perímetro cefálico e torácico). Essas informações foram coletadas pela pesquisadora do estudo após treinamento prévio.

O peso foi aferido por meio de uma balança pediátrica manual de marca WELMY, calibrada com capacidade de 16 kg e a sensibilidade de 200g. Todas as crianças foram pesadas despidas. O comprimento foi obtido através da régua antropométrica infantil empregada para medir crianças até 2 (dois) anos de idade com até 100 cm. O lactente foi posicionado em decúbito dorsal, com a posição adequada da cabeça e dos pés, obedecendo ao plano de Frankfurt e seguindo as normas de retiradas de sapatos, toucas, adereços de cabelos a fim de não prejudicar o resultado da mensuração⁽⁸⁾.

O cálculo do IMC foi obtido através da relação do peso da criança e o quadrado do comprimento, obedecendo à seguinte fórmula: $IMC = \text{Peso(kg)}/\text{Comprimento}^2(\text{cm})$. Já as variáveis antropométricas (peso, estatura, IMC) foram avaliadas e classificadas de acordo com os pontos de corte das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) para crianças de 0 (zero) a 5 (cinco) anos. Foram adotados os seguintes indicadores antropométricos: Peso/Idade – P/I, Estatura/Idade – E/I, Peso/Estatura – P/E e Índice de Massa Corporal/Idade – IMC/I.

Os dados foram digitados e analisados por meio do programa Statistical Package For The Social Science for Windows – SPSS, versão 17.0. Na análise descritiva, para as variáveis categóricas, utilizou-se proporções; e para as variáveis quantitativas, empregou-se média e desvio padrão. Para comparar as proporções do padrão de aleitamento e estado antropométrico das crianças foi empregado o Teste de Qui-quadrado de Pearson.

Utilizou-se os Teste de Shapiro-Wilk e Teste de Levene para avaliar a normalidade e homogeneidade dos dados, respectivamente. O Teste T de Student para amostras independentes foi utilizado para comparar a média de peso, estatura e IMC segundo tipo de aleitamento e idade das crianças do estudo. Foram considerados estatisticamente significantes resultados com valor de $p < 0,05$.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia em 20 de dezembro de 2017 sob o número CAAE 80935617.7.0000.0055, parecer nº 2.450.667, obedecendo às normas e requisitos da pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidos na resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Integraram-se ao estudo 75 crianças, sendo maioria do sexo masculino (60%). Com relação às características sociodemográficas das genitoras, a maioria apresentava faixa etária entre 19 a 35 anos (68%), com média de 26,07 anos (DP: 6,490), e renda menor que um salário mínimo (38,7%) (Tabela I).

Tabela I – Caracterização sociodemográfica das genitoras e de suas crianças. Jequié, BA, Brasil, 2018

Variáveis	nº	%
Faixa etária		
< 19 anos	15	20,0
19 a 35 anos	51	68,0
> 35 anos	9	12,0
Estado Civil		
Casada	31	41,3
Solteira	19	25,3
União estável	25	33,3
Religião		
Católica	20	26,7
Evangélica	43	57,3
Cristã não praticante	12	16,0
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto e completo	19	25,3
Ensino Médio Incompleto	14	18,7
Ensino Médio Completo	32	42,7
Superior Incompleto, completo e pós-graduação	9	13,3
Renda Familiar		
< 1 salário mínimo	29	38,7
1 salário mínimo	26	34,7
> 1 salário mínimo	20	26,7
Cor/Raça		
Branca	7	9,3
Preta	22	29,3
Parda	42	56,0
Amarela	4	5,3
Sexo da Criança		
Feminino	30	40,0
Masculino	45	60,0

Fonte: Elaboração dos autores (2020).

Ao analisar o padrão de AM no momento da coleta, identificou-se prevalência de 36% de AME (Tabela II). Das crianças amamentadas exclusivamente, a maioria era do sexo feminino (51,9%) e com faixa etária de 0 (zero) a 2 (dois) meses (70,4%). Observou-se índice de AME menor em crianças de 4 (quatro) a 6 (seis) meses (7,4%) (Dados não mostrados em tabelas).

A pesquisa também registrou predomínio de crianças que foram amamentadas logo após o nascimento (72%) (Tabela II). No que se refere ao aleitamento materno independente de outros alimentos no período avaliado, a maioria das mães amamentava independente de ser

leite materno exclusivo ou não (89,3%) (Dados não mostrados em tabelas).

Apesar de a maioria das crianças ter apresentado adequação para a idade segundo indicadores antropométricos, foi identificado desvios nutricionais importantes, a saber: risco de sobrepeso indicado pelo índice IMC/I (13,3%), muito baixo peso (5,3%) e baixo peso (4%) na relação P/I e risco de sobrepeso (6,7%), obesidade (5,3%) e sobrepeso (4%) quando correlacionado P/E (Tabela II).

Tabela II - Padrão de aleitamento materno e características antropométricas das crianças de 0 a 6 meses de idade. Jequié, BA, Brasil, 2018

Variáveis	nº	%
PADRÃO DE ALEITAMENTO MATERNO		
AM logo após o nascimento	54	72,0
AME	27	36,0
AMM, Leite artificial + Sólido	40	64,0
ESTADO ANTROPOMÉTRICO		
Índice de Massa Corporal/ Idade		
Adequado	61	81,3
Magreza acentuada	3	4,0
Risco de sobrepeso	10	13,3
Sobrepeso	1	1,3
Peso/Idade		
Peso adequado para idade	66	88,0
Baixo peso para idade	3	4,0
Muito baixo peso para idade	4	5,3
Peso elevado para idade	2	2,7
Peso/Estatura		
Eutrofia	60	80,0
Magreza	3	4,0
Risco de sobrepeso	5	6,7
Sobrepeso	3	4,0
Obesidade	4	5,3
Estatura/Idade		
Comprimento adequado para idade	59	78,7
Comprimento baixo para idade	2	2,7
Comprimento muito baixo para idade	8	10,7
Comprimento elevado para idade	6	8,0

AM: Aleitamento Materno; AME: Aleitamento Materno Exclusivo; AMM: Aleitamento Materno Misto
Fonte: Elaboração dos autores (2020).

Ao realizar a comparação entre padrão de AM e estado antropométrico das crianças, foi observada relação entre a amamentação logo após o nascimento e peso por idade, revelando que crianças que têm peso adequado foram aquelas amamentadas nas primeiras horas após o nascimento ($p < 0,006$). Também se observou associação entre AM e o indicador E/I, mostrando que crianças com comprimento adequado foram aquelas que estavam em AM ($p < 0,036$). As demais relações não se revelaram estatisticamente significantes (Tabela III).

Tabela III - Relação entre padrão de aleitamento materno e estado antropométrico de crianças de 0 a 6 meses. Jequié, BA, Brasil, 2018

ALEITAMENTO MATERNO LOGO APÓS O PARTO			
Variáveis categóricas	SIM	NÃO	Valor de p *
	n (%)	n (%)	
Peso/Idade (Adequado)	51 (68,0)	3 (4,0)	0,006**
Peso/Idade (Inadequado)	15 (20,0)	6 (8,0)	
Estatura/Idade (Adequado)	45 (60,0)	14 (18,7)	0,114
Estatura/Idade (Inadequado)	9 (12,0)	7 (9,3)	
IMC/Idade (Adequado)	49 (56,0)	19 (25,3)	0,205
IMC/Idade (Inadequado)	12 (16,0)	2 (2,7)	
Peso/Estatura (Adequado)	44 (58,7)	16 (21,3)	0,413
Peso/Estatura (Inadequado)	10 (13,3)	5 (6,7)	
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO			
Peso/Idade (Adequado)	24 (32,0)	42 (56,0)	0,859
Peso/Idade (Inadequado)	3 (4,0)	6 (8,0)	
Estatura/Idade (Adequado)	24 (32,0)	35 (46,7)	0,105
Estatura/Idade (Inadequado)	3 (4,0)	13 (17,3)	
IMC/Idade (Adequado)	20 (26,7)	41 (54,7)	0,226
IMC/Idade (Inadequado)	7 (9,3)	7 (9,3)	
Peso/Estatura (Adequado)	22 (29,3)	38 (50,7)	0,810
Peso/Estatura (Inadequado)	5 (6,7)	10 (13,3)	
ALEITAMENTO MATERNO			
Peso/Idade (Adequado)	60 (80,0)	6 (8,0)	0,231
Peso/Idade (Inadequado)	7 (9,3)	2 (2,7)	
Estatura/Idade (Adequado)	55 (73,3)	4 (5,3)	0,036**
Estatura/Idade (Inadequado)	12 (16,0)	4 (5,3)	
IMC/Idade (Adequado)	55 (73,3)	6 (8,0)	0,995
IMC/Idade (Inadequado)	12 (16,0)	2 (2,7)	
Peso/Estatura (Adequado)	54 (72,0)	13 (17,3)	0,505
Peso/Estatura (Inadequado)	6 (8,0)	2 (2,7)	

* Teste T de Qui-quadrado de Pearson ** Estatisticamente significativa – $p < 0,05$.

Fonte: Elaboração dos autores (2020).

Ao avaliar a relação entre o AME e medidas antropométricas das crianças segundo as categorias da idade, identificou-se que as crianças na faixa etária de 2 (dois) a 4 (quatro) meses

em AME apresentaram adequação de IMC quando comparadas com as crianças que estavam em Aleitamento Materno Misto (AMM), alimentação artificial e sólida ($p < 0,043$). As crianças de 4 (quatro) a 6 (seis) meses em AME apresentaram adequação de peso ($p < 0,019$) em relação àquelas que não estavam sendo amamentadas exclusivamente (Tabela IV).

Tabela IV - Relação entre padrão de aleitamento materno exclusivo e estado antropométrico segundo idade das crianças de 0 a 6 meses. Jequié, BA, Brasil, 2018

IDADE	TIPOS DE AM		n	Média (DP)	Valor de P*
0 a 2 meses	PESO	AME	19	4,96 (1,13)	0,302
		AMM + sólido e artificial	18	4,57 (1,17)	
	ESTATURA	AME	19	56,05 (3,68)	0,177
		AMM + sólido e artificial	18	54,08 (4,94)	
	IMC	AME	19	15,63 (2,32)	0,346
		AMM + sólido e artificial	18	15,01 (1,53)	
2 a 4 meses	PESO	AME	6	6,79 (0,48)	0,598
		AMM + sólido e artificial	24	6,52 (1,20)	
	ESTATURA	AME	6	61,17 (2,33)	0,790
		AMM + sólido e artificial	24	61,75 (5,12)	
	IMC	AME	6	18,19 (1,08)	
		AMM + sólido e artificial	24	16,86 (1,98)	0,043**
4 a 6 meses	PESO	AME	2	7,42 (0,10)	
		AMM + sólido e artificial	6	6,82 (0,42)	0,019**
	ESTATURA	AME	2	65,50 (2,12)	0,354
		AMM + sólido e artificial	6	63,58 (2,37)	
	IMC	AME	2	17,32 (0,87)	0,465
		AMM + sólido e artificial	6	16,88 (0,64)	

*Teste t de Student. ** Estatisticamente significativa – $p < 0,05$.

Fonte: Elaboração dos autores (2020).

DISCUSSÃO

A prevalência de AME na população estudada foi baixa (36%) e sofreu variação conforme a idade da criança, sendo maior na faixa etária de 0 (zero) a 2 (dois) meses (70,4%), com decréscimo significativo nos 4 (quatro) a 6 (seis) meses de vida (7,4%). Esse padrão de AME identificado neste estudo encontra-se aquém de outros índices epidemiológicos registrados na população materno-infantil da capital da Bahia (37,9%), dos interiores baianos (41,3%) e do Brasil (47,5%)^(3,7,11). No entanto, todos esses resultados revelam tendências similares de interrupção precoce do AME com o avançar da idade da criança.

Nessa perspectiva, em uma pesquisa com binômio (mãe-filho), no interior da Bahia, observou-se AME no primeiro mês de vida de 62,1%, reduzindo no quarto mês (48,3%), decrescendo

ainda mais no sexto mês (38,5%) de vida da criança⁽¹¹⁾. Esses resultados expressam necessidade de maior atenção para a área de saúde pública do grupo materno-infantil e vão de encontro às recomendações do MS que enfatizam a prática do AME até os seis meses de vida da criança, com recomendação da alimentação complementar somente a partir deste período.

Após o nascimento, o lactente se encontra com os sistemas digestivo e excretor fisiologicamente imaturos, com incapacidade de digerir amido; limitações na digestão de proteínas como a caseína, devido à baixa atividade gástrica; funções hepática e pancreática limitadas para utilização de gorduras que não sejam as presentes no leite materno. Desta forma, se faz necessária a oferta do leite materno que é uma prática alimentar compatível com o grau de maturidade funcional⁽¹²⁾.

A amamentação na primeira hora de vida da criança, a chamada “golden hour”, foi uma prática presente na população deste estudo (72%). Evidências científicas retratam esse momento como singular para fomentar a prática da amamentação exclusiva, promover vínculo afetivo entre mãe e filho e sinalizam ainda a contribuição na redução dos óbitos neonatais (22%)⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Diversos fatores estão associados à baixa prevalência da amamentação exclusiva, a saber: menor idade materna, renda materna desfavorável, grau de escolaridade materna reduzido e falta ou ausência de rede de apoio familiar⁽¹⁵⁾, nuliparidade, parto cesáreo, baixo peso ao nascer, além da ineficiência de incentivo à prática da amamentação por parte dos profissionais de saúde, tanto no pré-natal quanto no pós-parto⁽¹⁶⁾.

Dados da literatura científica revelam que mães da região Norte e Nordeste apresentam menor nível de escolaridade e baixo nível de renda quando comparadas às demais regiões⁽¹⁷⁾, o que pode influenciar na prática da amamentação. Uma menor prevalência de AME é encontrada entre mães com escolaridade inferior ao ensino médio completo, com renda inferior a um salário mínimo⁽¹⁸⁾, perfil este semelhante das mães deste estudo.

Um maior nível de escolaridade materna pode facilitar a assimilação de informações passadas no período pré-natal⁽¹⁹⁾, bem como propiciar um aumento de autoconfiança materno frente aos cuidados prestados ao lactente⁽²⁰⁾. Não só a escolaridade, como a baixa renda familiar, está ligada ao abandono do AME pelo desconhecimento dos benefícios desta prática⁽²¹⁾, tendo em vista que um dos benefícios dessa prática é o econômico. Amamentar tem menor custo que oferecer outros leites ou fórmula infantil à criança, pois o leite materno é produzido pela própria mãe⁽²⁾.

Esses são condicionantes que influenciam a mudança da prática alimentar da criança nesse período, contribuindo com a introdução de alimentos não indicados à idade da criança. Tal introdução pode propiciar a ocorrência de desvios nutricionais mais comuns nessa fase (baixo peso, deficiências de micronutrientes, sobrepeso e obesidade)⁽⁷⁾.

Nesse contexto, destaca-se que as crianças deste estudo se apresentaram, na sua maioria, eutróficas. Contudo, observou-se desvios nutricionais importantes, sendo a prevalência de 9,3% de sobrepeso/obesidade e 9,3% de baixo peso/muito baixo peso. Esses dados são relevantes para a saúde pública do grupo infantil, uma vez que desvios nutricionais precoces em um período específico na primeira infância, além de comprometer o crescimento e desenvolvimento infantil, podem perpetuar para a vida adulta e contribuir para o acometimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), fenômeno conhecido como imprinting metabólico⁽²²⁾.

Este perfil nutricional híbrido envolve a concomitância de excessos e carências nutricionais que não é apenas encontrado em âmbito local, segue consonante com o perfil nutricional da população brasileira. Mais especificamente de crianças e adolescentes registrado nas pesquisas em diversas regiões do país, em que revelam prevalência elevada de excesso de peso, variando de 37,5% a 38,38%⁽²³⁻²⁴⁾, e de baixo peso, variando de 5,3% a 21,6%⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Esse cenário epidemiológico pode ser justificado pela transição alimentar e nutricional evidenciada na população brasileira nas últimas duas décadas. Observam-se mudanças significativas nos hábitos alimentares da população, especialmente do grupo infantil, impactando negativamente no estado nutricional antropométrico, corroborando para taxas elevadas de desvios nutricionais tanto na infância quanto na vida adulta⁽²²⁾.

A introdução precoce de outros leites é fator de risco para o desenvolvimento de excesso de peso na infância, pois reduz o papel protetor do AME contra o excesso de peso não apenas em lactentes, como em crianças de idade pré-escolar e escolar⁽²⁶⁾. Em contraponto, crianças em AME apresentam estado nutricional mais adequado durante todos os seis primeiros meses de vida, incluindo menor classificação para baixo peso⁽⁶⁾, perpassando para fases posteriores⁽²⁶⁾.

A amamentação se torna tão importante nesse aspecto, tendo em vista que crianças amamentadas adoecem menos, preservando os sistemas de saúde a curto, médio e longo prazo na fase adulta⁽²⁾. Ainda, taxas elevadas de amamentação contribuem para um maior crescimento econômico do país, devido a um melhor desenvolvimento do nível cognitivo, maior escolaridade e renda devido a melhores oportunidades de trabalho, acrescido de sustentabilidade ambiental proporcionada pelo não uso de fórmulas infantis⁽²⁷⁾.

Nessa perspectiva, estudos observacionais, ao avaliarem o efeito do tipo de aleitamento e risco de excesso de peso, revelaram que a ausência da amamentação exclusiva esteve associada a um risco maior de excesso de peso corporal durante o segundo ano de vida da criança⁽²²⁾; e crianças menores de seis meses que receberam fórmula láctea e leite materno no mesmo período foram predispostas a desenvolver sobrepeso e obesidade nessa fase inicial de vida⁽²⁸⁾. Além desses dados, foi também observado que aquelas que estavam em amamentação exclusiva tiveram melhores índices de massa corporal quando comparadas às crianças em AMM⁽⁶⁾.

Tendência similar foi encontrada neste estudo em que o AME, a amamentação na primeira hora vida e o AM independente da adição de outros alimentos exerceram efeitos protetores na saúde antropométrica nutricional das crianças da amostra. Assim, pôde-se observar que as crianças de 2 (dois) a 6 (seis) meses em AME apresentaram índice de massa corporal e peso adequados para idade.

Também foi possível observar nesta pesquisa a relação do AM independente de outros alimentos com a melhor adequação da estatura para idade. Esse fato pode ser explicado pelos compostos nutritivos presentes no leite materno, os quais favorecem adequado crescimento do lactente⁽¹⁾ e contribui para o estado de eutrofia⁽²⁹⁾.

Estes resultados afirmam o efeito protetor do AME e AM contra as inadequações nutricionais. Em contrapartida, a introdução de outros tipos de leite e alimentos na dieta da criança antes dos seis meses de vida é fator de risco que contribui para o desenvolvimento de problemas nutricionais⁽³⁰⁾.

Evidencia-se como limitação a possibilidade de viés de memória pelas entrevistadas. Contudo, este estudo apresenta como vantagens a utilização de dados primários relacionando

o AME e o estado antropométrico de crianças menores de seis meses, o que traz maior precisão quando comparado a dados retrospectivos, podendo contribuir especialmente a nível local no processo de implementação de políticas públicas pelo gestor municipal.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo revelam que a maioria das mães amamentava, sendo o AMM o tipo de aleitamento materno frequente nos seis primeiros meses de vida. Contudo, foi encontrada uma baixa prevalência de AME na população estudada. Ainda, corroborou o AME como fator para o desenvolvimento adequado do IMC e peso da criança. O AM quando introduzido nas primeiras horas após o nascimento; e a oferta do leite materno, independente da introdução de outros alimentos, estiveram relacionados ao adequado estado antropométrico das crianças.

Tais achados indicam a necessidade de maior atenção ao acompanhamento da mulher durante todo o ciclo gestacional e puerperal nas unidades de saúde da família e na maternidade, por parte dos profissionais de saúde. Estes, por sua vez, têm o papel primordial na promoção e prevenção de agravos à saúde e estão envolvidos no processo do cuidar. Cabe à equipe multidisciplinar a orientação das mães acerca da importância do AME, acompanhar suas dificuldades na prática da amamentação ofertando apoio e suporte, no intuito de prolongar a duração do AME até o sexto mês de vida do lactente.

Além do mais, destaca-se a necessidade de acompanhar a criança no processo de crescimento e desenvolvimento. Isso se dá por meio de exame físico detalhado, mensuração precisa de peso e estatura, de acordo com as técnicas corretas para obtenção adequada dessas variáveis antropométricas. Destaca-se, nesse sentido, que acompanhar tal processo viabilizará melhor identificação e intervenção dos desvios nutricionais encontrados na população.

Considera-se essencial fomentar junto aos profissionais de saúde a importância do registro na caderneta da criança para o acompanhamento dos marcos do crescimento e desenvolvimento, bem como a necessidade de aplicar de forma rotineira os instrumentos do SISVAN e alimentar o sistema de maneira fidedigna. Esse processo permitirá conhecer as práticas alimentares e o estado antropométrico das crianças, o que pode auxiliar aos profissionais e gestores nas tomadas de decisões.

REFERÊNCIAS

1. Machado AKF, Elert VW, Pretto ADB, Pastore CA. Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital - Escola do Sul do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet], 2014;19(7):1983-89. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-01983.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2019.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de

- Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. [livro online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Pesquisa inédita revela que índices de amamentação cresceram no Brasil. 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/9416>. Acesso em: 26 ago. 2021.
4. Global Breastfeeding scorecard. Rates of Exclusive Breastfeeding in Infants <6 Months. 2019. Disponível em: <https://www.globalbreastfeedingcollective.org/global-breastfeeding-scorecard>. Acesso em: 26 fev. 2021.
5. Pereira TAM, Freire AKG, Gonçalves VSS. Aleitamento materno exclusivo e baixo peso em crianças de zero a seis meses acompanhadas na Atenção Básica no Brasil, 2017. Rev Paul Pediatr. [Internet], 2021;39:e2019293. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rpp/v39/pt_1984-0462-rpp-39-e2019293.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.
6. Santos AJAO, Bispo AJB, Cruz LD. Padrão de aleitamento e estado nutricional de crianças até os seis meses de idade. Hu Revi [Internet], 2016; 42(2):119-24. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2514/870>. Acesso em: 01 dez. 2019.
7. Breigeirona MK, Miranda MN, Souza AOW, Gerhardta LM, Valente MT, Witkowskid MC. Associação entre estado nutricional, aleitamento materno exclusivo e tempo de internação hospitalar de crianças. Rev Gaúcha Enferm [Internet], 2015;36(esp):47-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0047.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2019.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. [livro online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf. Acesso em: 05 mai. 2018.
9. Siqueira AL, Sakurou E, Souza MCFM. Dimensionamento de amostras em estudos clínicos e epidemiológicos. Departamento de Estatística/Associação brasileira de Estatística. ISC/UFBA, 2001.
10. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatórios de Acesso Público. [publicação online]. 2021. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>. Acesso em: 02 mar. 2021.
11. Vieira GO, Almeida JAG, Silva LR, Cabral VA, Netto PVS. Fatores associados ao AME e desma-

me em Feira de Santana, Bahia. Rev. Bras. Saude Mater. Infant [Internet], 2004;4(2):143-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n2/21000.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2019.

12. Organização Mundial da Saúde. Desenvolvimento fisiológico do bebê e suas implicações para a alimentação suplementar. In: Organização Mundial da Saúde. Alimentação infantil bases fisiológicas. São Paulo: IBFAN Brasil e Instituto de Saúde, OMS, OPAS e UNICEF Brasil; 1994. p. 44-46.

13. Mullany LC, Katz J, Li YM, Khatri SK, LeClerq SC, Darmstadt GL, Tielsch JM et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. J Nutr [Internet], 2008;138(3):599-603. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2366167/>. Acesso em: 01 dez. 2019.

14. Santana JM, Brito SM, Santos DB. Amamentação: conhecimento e prática de gestantes. O mundo Saúde [Internet], 2013;37(3):259-267. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/amamentacao_conhecimento_praticas_gestantes.pdf. Acesso em: 01 dez. 2019.

15. Alvarenga SC, Castro DS, Leite FMC, Brandão MAG, Zandonade E, Primo CC. Fatores que influenciam o desmame precoce. Aquichan [Internet], 2017;17(1):93-103. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/741/74149923009/html/index.html>. Acesso em: 01 dez. 2019.

16. Patel A, Bucher S, Pusdekar Y, Esamai F, Krebs NF, Goudar SS. Rates and determinants of early initiation of breastfeeding and exclusive breast feeding at 42 days postnatal in six low and middle-income countries: A prospective cohort study. Reprod Health [Internet], 2015;12(Suppl 2):S10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4464210/>. Acesso em: 01 dez. 2019.

17. Wenzel D, Souza SB. Fatores associados ao aleitamento materno nas diferentes regiões do Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet], 2014;14(3):241-249. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292014000300241. Acesso em: 26 fev. 2021.

18. Alves JS, Oliveira MIC, Rito RVVF. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. Ciênc. saúde coletiva [Internet], 2018;23(4):1077-1088. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232018000401077&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 fev. 2021.

19. Santos EM, Silva LS, Rodrigues BFS, Amorim TMAX, Silva CS, Borba JMC, et al. Avaliação do aleitamento materno em crianças até dois anos assistidas na atenção básica do Recife, Pernambuco, Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet], 2019;24(3):1211-1222. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n3/1211-1222/pt/#>. Acesso em: 26 fev. 2021.

20. Ferreira HLOC, Oliveira MF, Bernardo EBR, Almeida PC, Aquino PS, Pinheiro AKB. Fatores associados à adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet], 2018;23(3):683-690. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n3/683-690/pt/#>. Acesso em: 26 fev. 2021.

21. Pereira NNB, Reinaldo AMS. Não adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo até os seis meses de vida no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev. APS* [Internet], 2018;21(2):300-319. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16281>. Acesso em: 26 fev. 2021.

22. Contarato AAPF, Rocha EDM, Czarnobay SA, Mastroeni SSBS, Veugelers PJ, Mastroeni MF. Efeito independente do tipo de aleitamento no risco de excesso de peso e obesidade em crianças entre 12-24 meses de idade. *Cad. Saúde Pública* [Internet], 2016;32(12). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00119015.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2019.

23. Castillo NS, Ramírez AG, Oropesa KMR, Martínez CF, Oropesa IT. Prevalência de obesidad en un círculo infantil. *Rev Cubana Pediatr* [Internet], 2010;82(2):1-8. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v82n2/ped06210.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2019.

24. Schwartz R, Carraro JL, Riboldi BP, Behling EB. Associação entre aleitamento materno e estado antropométrico atual de crianças e adolescentes atendidos em um hospital do sul do Brasil. *HCPA* [Internet], 2012;32(2):147-53. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/157970/000864496.pdf?sequence=1>. Acesso em: 01 dez. 2019.

25. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. *Rev. Saúde Pública* [Internet], 2009;43(1):60-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/6990.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2019.

26. Caldeira KMS, Souza JMP, Souza SB. Excesso de peso e sua relação com a duração do aleitamento materno em pré-escolares. *Rev. Bras. Crescimento Desenv. Hum.* [Internet], 2015;25(1):89-96. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 27 fev. 2021.

27. Victora CG et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brasil. *Lancet Glob Health* [Internet], 2015;3:e199-205. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2815%2970002-1>. Acesso em: 26 fev. 2021.

28. Rossiter MD et al. Breast, formula and combination feeding in relation to childhood obesity in Nova Scotia, Canada. *Matern Child Health J* [Internet], 2015;19(9):2048-56. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-015-1717-y>. Acesso em: 01 dez. 2019.
29. Silva SCM, Almeida JM, Souza KAP, Aires CN, Carvalho ILP. Nutrição infantil: a influência do aleitamento materno e as principais causas de desmame precoce. *REAS* [Internet], 2018;12:1158-65. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324688486_Nutricao_infantil_a_influencia_do_aleitamento_materno_e_as_principais_causas_de_desmame_precoce. Acesso em: 01 dez. 2019.
30. Saldan PC, Venancio SI, Saldiva SRDM, Vieira DG, Mello DF. Consumo de leites em menores de um ano de idade e variáveis associadas ao consumo de leite não materno. *Rev Paul Pediatr* [Internet], 2017;35(4):407-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v35n4/0103-0582-rpp-35-04-407.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2019.