

## INFLUÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO NA SAÚDE DE CRIANÇAS FREQUENTADORES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE

### INFLUENCE OF BREASTFEEDING IN THE HEALTH OF FREQUENTING CHILDREN OF A HEALTH UNIT

Francine Dutra Furtado<sup>1</sup>, Vera Maria de Souza Bortolini<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Nutrição, Urcamp.

<sup>2</sup> Profª Dª Ciência e Tecnologia de Alimentos, Urcamp.

#### RESUMO

O leite humano é, indiscutivelmente, o melhor alimento para a criança até os seis primeiros meses de vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a amamentação de forma exclusiva até os seis meses de vida. A partir dessa idade, deve ser introduzida a alimentação complementar. Esta pesquisa objetivou avaliar a influência da amamentação na saúde infantil de menores de dois anos frequentadores de uma UBS, portanto foi utilizada uma pesquisa quantitativa do tipo descritiva, no período de março a junho de 2018. Para a coleta de dados foi aplicado um instrumento semiestruturado com questões: maternas, da criança, aleitamento e prática alimentar. A maior parte das mães entrevistadas tiveram parto cesáreo e usufruíram da licença maternidade. Em relação ao aleitamento materno exclusivo, apenas 26% das crianças realizaram esta prática, a maioria estavam em aleitamento predominante e tiveram desmame precoce. A alimentação não estava de acordo com a idade, estavam acima do peso, já utilizavam fórmulas e a prematuridade chamou bastante a atenção. O presente estudo permitiu identificar as características maternas e os principais desvios alimentares das crianças, de forma a proporcionar estratégias de intervenção correta ao nível dos cuidados preventivos de saúde, no que diz respeito à promoção do aleitamento materno exclusivo, predominante e à diversificação da alimentação complementar dos menores de 2 anos. É preciso informar a população quanto ao efeito deletério do desmame precoce e da alimentação complementar introduzida de forma incorreta e precocemente.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno; Parto; Consumo alimentar.

## ABSTRACT

Human milk is undoubtedly the best food for the child until the first six months of life. The World Health Organization (WHO) recommends exclusive breastfeeding until six months of age. From this age on, supplementary feeding should be introduced. This research aimed to evaluate the influence of breastfeeding on the health of children under two years attending a UBS, so a quantitative research of the descriptive type was used in the period from March to June 2018. For the data collection, a semi-structured instrument with questions: maternal, child, breastfeeding and feeding practice. Most of the mothers interviewed had a cesarean section and were granted maternity leave. Regarding exclusive breastfeeding, only 26% of the children performed this practice, the majority were predominantly breastfed and had early weaning. The food was not according to age, were overweight, were already using formulas and prematurity drew a lot of attention. The present study made it possible to identify the maternal characteristics and the main alimentary diversions of the children, in order to provide strategies of correct intervention in the preventive health care, with respect to the promotion of exclusive and predominant breastfeeding and the diversification of complementary feeding of children under 2 years of age. It is necessary to inform the population about the deleterious effect of early weaning and complementary feeding introduced incorrectly and early.

**Keywords:** Breastfeeding; Childbirth; Food consumption.

## INTRODUÇÃO

O leite humano é, indiscutivelmente, o melhor alimento para a criança até os seis primeiros meses de vida. Suas características alcançam as necessidades nutricionais da criança e promovem imunoproteção, redução do aparecimento de doenças infecciosas e diarreias, e retardo na exposição à alérgenos alimentares. Além disso, o ato de amamentar aumenta o vínculo entre mãe e filho, conferindo vantagens psicológicas à mãe e à criança (MARTINS 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a amamentação de forma exclusiva até os seis meses de vida. A partir dessa idade, deve ser introduzida a alimentação complementar, a qual deve atender as necessidades nutricionais e prevenir a morbimortalidade infantil, incluindo desnutrição e sobrepeso, sendo que a amamentação pode ser mantida até os dois anos de idade ou mais (WHO,2006 ).

É comprovado que a prática do Aleitamento Materno (AM) está vinculada a boas condições de saúde infantil, com efeito primordial na diminuição da incidência e gravidade das enfermidades mais prevalentes na infância, bem como da

mortalidade infantil (LAMBERTI et al., 2013). Igualmente, já foi constatado seu efeito positivo no coeficiente de inteligência, desempenho escolar e renda na idade adulta, que se traduzem em vantagens às famílias e à sociedade (VICTORA et al., 2015).

Apesar de todas as evidências quanto aos benefícios relacionados à prática do aleitamento materno, a sua prevalência continua com índices não suficientes para a proteção da saúde materno infantil, devido a estes fatores, tornou-se necessário este estudo a fim de verificar a influência da amamentação na saúde infantil em uma Unidade Básica de Saúde.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Foi utilizada uma pesquisa quantitativa do tipo descritiva. O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Camilo Gomes na cidade de Bagé durante os meses de março de 2018 a junho de 2018. O estudo foi submetido ao CEP Urcamp e aprovado com CAAE nº 83230117.5.0000.534.

Para a realização da pesquisa foi aplicado um questionário com questões sobre:

- a) **Condições maternas:** idade, escolaridade, paridade, tipo de parto, ter trabalhado na gravidez, ter gozado licença maternidade, estar trabalhando atualmente.
- b) **Condições da criança:** idade, peso atual, estatura, Índice de Massa Corpórea (IMC), gênero, peso ao nascer, uso de chupeta, episódio de internação anterior, patologias.
- c) **Questões sobre aleitamento materno:**  
Aleitamento materno exclusivo: crianças alimentadas com leite materno e que não recebiam água, chá, suco ou outros alimentos, até os seis meses de idade;  
Aleitamento materno predominante: crianças alimentadas com leite materno e água, chá ou suco, até os seis meses de idade;
- d) **Tópicos sobre a prática alimentar,** como: introdução de alimentos sólidos ou semissólidos na alimentação da criança

Foram incluídos no presente estudo 27 questionários, respondidos pelas mães.

A análise de dados foi obtida através do software Epidata 3.1 e Epy-análise, para determinar a frequência descritiva, média e cruzamento de variáveis.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Observa-se que 55,6% (n=15) das mães entrevistadas já haviam completado o ensino médio. Kummer *et al* (2000) relataram que mulheres com grau de escolaridade mais elevado valorizam mais o aleitamento materno exclusivo.

Neste estudo a grande maioria das mães realizou o parto Cesáreo (63%), segundo Diniz e Duarte (2004) a assistência ao parto é o momento no qual a mulher deve ser respeitada, tendo sua privacidade mantida, acolhida e não sendo submetida a procedimentos desnecessários. Entretanto, o modelo de atendimento brasileiro realiza uma série de intervenções muitas vezes invasivas, que fazem com que o parto que deveria ser natural se torne perigoso, doloroso e traumático, favorecendo as mulheres a optarem por um parto cesáreo.

No entanto vários estudos demonstram que as mulheres possuem preferência pelo parto normal. Tedesco *et al.*(2004) em um de seus estudos, cujo objetivo era conhecer as expectativas de primigestas com relação à via de parto, encontraram que 90% das gestantes que participaram de sua pesquisa tinham predileção pelo parto natural, assim como (37%) das mães desta pesquisa tiveram parto normal.

Identificou-se que a licença maternidade foi concedida a 55,6% (n=15) das mães entrevistadas e em relação ao aleitamento materno exclusivo 57,1% (n=4) obtiveram licença maternidade. Conforme Monteiro (2017) a licença-maternidade está associada ao aumento da prevalência do Aleitamento materno exclusivo (AME) nas capitais brasileiras e DF, reforça a importância de o governo e a sociedade oferecerem dispositivos que estimulem maior duração da amamentação, como, por exemplo, a ampliação universal da licença-maternidade de quatro para seis meses.

**Tabela 1:** Características das mães de crianças menores de 2 anos frequentadoras da UBS Camilo Gomes, Bagé-RS.

	N	%
Idade		
<19anos	05	18,5
20 a 30 anos	13	48,1
30 a 40 anos	08	29,6
>40anos	01	03,7
Escolaridade		
EFI	02	07,4
EFC	05	18,5
EMI	05	18,5
EMC	14	51,9
ES	01	03,7
PÓS	0	0
Paridade		
Primípara	17	63,0
2 filhos	06	22,2
3 filhos	03	11,1
>de3	01	03,7
Tipo de parto		
Normal	10	37,0
Cesário	17	63,0
Trabalhou na gravidez		
Sim	15	55,6
Não	12	44,4
Licença maternidade		
Sim	15	55,6
Não	12	44,4
Trabalha atualmente		
Sim	11	40,7
Não	16	59,3
Renda familiar		
<1 salário	05	18,5
1 a 2 salários	19	70,4
2 a 3 salários	03	11,1
>3 salários	0	0

Das 27 crianças analisadas, 37,0% (n=10) tinham até 6 meses de idade, segundo o Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos (2005), o leite materno é importante para a saúde das crianças nos seis primeiros meses de vida, por ser um alimento completo, que fornece água, com fatores de proteção contra infecções, isento de contaminação e adaptado ao metabolismo da criança.

Analisando o perfil antropométrico das crianças observou-se que, 7,4% (n=2) estavam abaixo do peso e 51,8% (n=14) estavam acima do peso. O fator da desnutrição pode estar associado com o aleitamento predominante, pois de acordo

com o estudo de Frota et al., (2008), as desvantagens da não prática para o binômio mãe-filho, como a predisposição a desnutrição infantil.

Segundo o relato das mães, 48,1% (n=13) das crianças nasceram com baixo peso. Kramer (1987) afirma que, as crianças nascidas com menos de 2.500g têm risco aumentado de morte no primeiro ano de vida, de desenvolverem enfermidades infecciosas e respiratórias e de terem atraso de crescimento e desenvolvimento. Além disso, estudos sugerem que estas crianças, podem, no futuro, apresentar doenças cardíacas, acidente vascular cerebral (AVC), hipertensão arterial, diabetes tipo 2, hiperlipidemia e até mesmo obesidade (PUFFER,1987.; RICCIARDI, 2003).

Com relação ao uso de chupeta nas crianças com o aleitamento exclusivo, nota-se que mais da metade (53,1%) não possui esse hábito. Uma pesquisa realizada por Salustiano et al. (2012) provou que bebês amamentados e que utilizavam chupeta apresentavam 22 vezes mais chance de serem desmamados do que aqueles que não utilizavam. Uma meta-análise que avaliou estudos observacionais concluiu que o uso de chupeta estava associado à diminuição do AM e do AME (KARABULUT et al., 2009).

**Tabela 2:** Características sociodemográficas e de saúde dos menores de 2 anos assistidos na UBS Camilo Gomes, Bagé/ RS.

	N	%
Idade		
Até 6 meses	10	37,0
6 a 12 meses	09	33,3
12 a 24 meses	07	25,9
24 a 35 meses	01	03,7
IMC		
Desnutrição	01	03,7
Baixo Peso	01	03,7
Eutrofia	11	40,7
Sobre peso	10	37,0
Obesidade	04	14,8
Gênero		
Masculino	15	55,6
Feminino	12	44,4
Peso ao nascer		
<1000g	01	03,7
1000 a 2500g	12	44,4
>2500g	14	51,9
Usa chupeta		
Sim	15	55,6
Não	12	44,4
Usa chupeta X aleitamento materno exclusivo (n=7)		
Sim	03	42,9
Não	04	57,1

Segundo a Tabela 3 houve uma prevalência de aleitamento predominante (74,1%), ou seja, a minoria (25,9%) estava em aleitamento exclusivo. O que difere do estudo de Damião (2008), onde obteve em seu estudo (18,6%) com aleitamento predominante, pois a grande parte encontrava-se em aleitamento exclusivo (67,0%). Foi possível observar que (44,4%) das crianças analisadas pararam de amamentar.

Neste estudo nota-se que a obesidade esta mais presente nas crianças que não foram amamentadas exclusivamente (75%), relacionando a proteção do aleitamento materno quanto ao estado nutricional.

O aleitamento materno (AM) parece estar associado, como fator protetor à obesidade que é uma doença multifatorial relacionada com uma série de agravos à saúde. A evidência de que o AM pode proteger contra a obesidade parece estar no fato de que o leite materno tem composição e resposta hormonal diferentes em comparação com outros leites e podendo até estar relacionado com a adaptação à dieta posterior ao aleitamento. (WHO, 2007). No entanto, a hipótese desse efeito protetor ainda não é clara. (JAKOVLJEVIC, 2015)

Observa-se na Tabela 3 que, 44,4% (n=12) das crianças pararam de amamentar. A grande maioria das crianças não quiseram mais mamar (n=6) a mãe relatou que o leite materno secou (n=4) e o restante desmamou por conta de ingerir outras fórmulas, da mãe ter voltado a trabalhar, dormir ao mamar ou dificuldade para respirar no ato. Destas, 50% (n=6) teve desmame precoce. Sampaio (2010) afirma que, a complexidade do fenômeno desmame precoce, pode ser influenciado por inúmeros fatores, tais como biológicos, histórico-culturais, econômico-sociais e psíquicos, reconhecendo-se um processo repleto de ideologias e determinantes que resultam de condições inconscientes e concretas de vida.

**Tabela 3-** Aleitamento materno das crianças assistidas na UBS Camilo Gomes, Bagé/ RS

	N	%
Aleitamento exclusivo		
Sim	07	25,9
Não	20	74,1
Aleitamento predominante		
Sim	20	74,1
Não	07	25,9
Parou de amamentar		
Sim	12	44,4
Não	15	55,6
Aleitamento exclusivo X Obesidade (n=4)		
Sim	01	25,0
Não	03	75,0

Na Tabela 4 nota-se que 51,9% (n=14) das mães ofereceram a primeira papa salgada e a primeira papa doce às crianças, após os seis meses de idade. De acordo com WHO (2000) a amamentação materna exclusiva até os seis meses e, a partir dessa idade, a inclusão na dieta de alimentos complementares disponíveis na unidade familiar é o esquema recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para as crianças. Essa recomendação se pauta no conhecimento de que até os seis meses de vida o leite materno exclusivo é suficiente para satisfazer as necessidades nutricionais da criança, além de favorecer a proteção contra doenças. Após essa idade, a inclusão dos alimentos complementares no esquema alimentar da criança tem o objetivo de elevar, principalmente, as quotas de energia e micronutrientes, mantendo-se o aleitamento ao peito até 12 ou 24 meses de idade da criança.

A introdução de leite em fórmulas foi significativamente alta, pois 44,4% (n=12), quase metade das crianças ingerem. Koletzko e Weber (2014) afirmam que, o consumo de fórmulas lácteas é apontado em alguns estudos como um fator que predispõe ao excesso de peso, devido ao maior conteúdo de proteína na composição, comparado ao leite materno. Dessas crianças que introduziam leite em fórmulas, 41,7% (n=5) estão acima do peso.

Verificou-se que 44,4% (n=12) das crianças, já consumiram refrigerante, neste período que não é indicado o consumo deste alimento. Conforme vários autores (LUDWIG, 2001; JAMES et al., 2004) o aumento crescente no consumo de refrigerantes preocupa, pois é comprovado de que o consumo desses produtos está associado ao maior consumo de calorias e ao ganho excessivo de peso em crianças e adolescentes.

Verifica-se que o consumo de biscoitos e pães foi significativamente alto, pois 70,4% (n=19) já consomem e destas, 57,9% estão acima do peso. As principais recomendações nutricionais atuais enfatizam o incentivo ao consumo de maior variedade de alimentos “in natura”, que incluem pães, cereais, frutas e hortaliças, utilizando-se sal e açúcar com moderação (KEENAN, 2001).

Quanto ao consumo de doces e balas 25,9% (n=7) já consomem. O passo 8 do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos (2005) “determina que alimentos como açúcar, refrigerantes, balas e guloseimas sejam evitados no primeiro ano de vida, destacando que o consumo destes é prejudicial para a saúde da criança por estarem associados à anemia, ao excesso de peso e às alergias”.

**Tabela 4.** Alimentação complementar de menores de 2 anos assistidos na UBS Camilo Gomes, Bagé/ RS.

	N	%
Primeira papa salgada		
<6 meses	05	18,5
>6 meses	14	51,9
NSA	08	29,6
Primeira papa doce		
<6 meses	05	18,5
>6 meses	14	51,9
NSA	08	29,6
Forma de preparo da papa		
Purê	01	03,7
Amassada	17	63,0
Liquidificada	01	03,7
NSA	08	29,6
Leite fórmula		
Sim	12	44,4
Não	15	55,6
Leite in natura		
Sim	10	37,0
Não	17	63,0
Diluído		
Sim	08	29,6
Não	19	70,4
Frutas		
Sim	18	70,4
Não	09	29,6
Suco de fruta natural		
Sim	16	59,3
Não	11	40,7
Refrigerante		
Sim	12	44,4
Não	15	55,6
Legumes		
Sim	16	59,3
Não	11	40,7
Carnes		
Sim	18	66,7
Não	09	33,3
Biscoitos e pães		
Sim	19	70,4
Não	08	29,6
Doces e balas		
Sim	07	25,9
Não	20	74,1

Foi observado (Figura 4) que 59,3% (n=16) das crianças consomem legumes, onde a grande maioria come todos, seguido de couve, cenoura e beterraba. Segundo o terceiro passo do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos

(2005) “ a partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes três vezes ao dia se a criança receber leite”, Sobre o consumo de frutas, foi possível analisar que 70,4% das crianças consomem frutas e as que se destacam como as preferidas são: Banana, mamão e maçã. O estímulo do consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições é um dos “Dez passos para uma alimentação saudável em crianças menores de dois anos” O oferecimento de alimentos saudáveis, como frutas, legumes e verduras, para a maioria das crianças, indica resultado positivo visto que constitui uma dieta variada e balanceada (BRASIL,2002).

## CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu identificar as características maternas e os principais desvios alimentares das crianças, de forma a proporcionar estratégias de intervenção correta ao nível dos cuidados preventivos de saúde, no que diz respeito à promoção do aleitamento materno exclusivo, predominante e à diversificação da alimentação complementar dos menores de 2 anos. É preciso informar a população quanto ao efeito deletério do desmame precoce e da alimentação complementar introduzida de forma incorreta e precocemente.

Através das informações sobre aleitamento materno, conclui-se que o aleitamento materno exclusivo traz benefícios para o crescimento e desenvolvimento para o lactente, até mesmo um efeito protetor contra a obesidade. Torna-se necessário que sejam realizadas propostas mais eficazes de incentivo ao aleitamento materno e orientações nutricionais a partir do pré-natal, para a conscientização das mães e saúde das crianças.

## REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos /** Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005..

DAMIÃO, J.J. Influência da escolaridade e do trabalho materno no aleitamento materno exclusivo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.11, n.3, p.444-452, 2008.

DINIZ, S.G.; DUARTE, A. C. Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também). Rio de Janeiro: UNESP, 2004. p. 179.

FROTA, M. A. et al. **Reflexo da orientação na prática do aleitamento materno.** Cogitare Enfermagem, Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 403-409, jul/set. 2008.

JAKOVLJEVIC, P.K, GONZALÉZ-CHICA D.A. E VASCONCELOS, F.A.G, Efeito do aleitamento materno sobre a obesidade em escolares: influência da escolaridade da mãe. **Rev Paul Pediatr.**;33(3):294---301, 2015.

JENIK, A. G.; VAIN, N. The pacifier debate. *Early Human Development*, Amsterdam, v. 85, n. 10, p. 89- 91, oct. 2009.

KARABULUT, E. et al. Effect of pacifier use on exclusive and any breastfeeding: a meta-analysis. **The Turkish Journal of Pediatrics**, Ankara, v. 51, n. 1, p. 35-43, jan./fev. 2009.

KEENAN, D. P.; ABUSABHA, R. **The fifth edition of the dietary guidelines for Americans.** J Am Diet Assoc. 2001;

KUMMER SC, GIUGLIANI ER, SUSIN LO, FOLLETTO JL, LERMEN NR, WU VY Evolution of breastfeeding pattern. **Rev Saude Publica** 2000.

KRAMER MS. **Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis.** Bull World Health Organ 1987.

LAMBERTI LM, ZAKARIJA-GRKOVIĆ I, WALKER CLF, THEODORATOU E, NAIR H, CAMPBELL H, BLACK RE. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. **BMC Public Health.** [Internet].2013

LUDWIG DS, PETERSON KE, GORTMAKER SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. **Lancet** 2001

MARTINS-FILHO J. **O aleitamento materno no contexto socioeconômico cultural. Aleitamento materno: perspectivas atuais.** In: Issler H (Ed.). O aleitamento materno no contexto atual: políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier, 2008.

MONTEIRO FR, BUCCINI GS, VENÂNCIO SI, COSTA TH. Influence of maternity leave on exclusive breastfeeding. **J Pediatr (Rio J).** 2017.

PUFFER RR, SERRANO CV. **Características del peso al nacer.** Washington, USA: PAHO; 1987 (Publicación Científica n° 504).

RICCIARDI C, G. C. **Environmental inequities and low birth weight.** Ann Ist Super Sanità 2003.

SALUSTIANO, L. P. Q.; DINIZ, A. L. D.; ABDALLAH, V. O. S.; PINTO, R. M. C. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, jan. 2012.

SAMPAIO MA, FALBO AR, CAMAROTTI MC, VASCONCELOS MGL, ECHEVERRIA A, LIMA G,. **Psicodinâmica interativa mãe-criança e desmame**. *Psicol: Teor Pesq*. 2010;

TEDESCO, R. P. et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, Nov - dez, 2004.

VICTORA CG, HORTA BL, MOLA CL, QUEVEDO L, PINHEIRO RT, GIGANTE DP, et al. **Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil**. *LANCET GLOB HEALTH*. [Internet]. 2015 .

WEBER M1, GROTE V, CLOSA-MONASTEROLO R, ESCRIBANO J, LANGHENDRIES JP, DAIN E, GIOVANNINI M, VERDUCI E, GRUSZFELD D, SOCHA P, KOLETZKO B; European Childhood **Obesity Trial Study Group**. **Lower protein content in infant formula reduces BMI and obesity risk at school age: follow-up of a randomized trial**. *Am J Clin Nutr* 2014;

WORLD Health Organization. **Complementary feeding: family foods for breastfeedig children**. Geneva: WHO; 2000.

WHO World Health Organization. **WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development**. WHO (nonserial publication). Geneva, 2006.

WHO World Health Organization. **Evidence of the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses**. Geneva: WHO; 2007.