

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

RUTH SIQUEIRA GRÄWER

**ANÁLISE COMPARATIVA DO ALEITAMENTO MATERNO EM
LACTENTES NA REGIÃO DO SUL DO BRASIL**

Porto Alegre - RS

Agosto/2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

RUTH SIQUEIRA GRÄWER

**ANÁLISE COMPARATIVA DO ALEITAMENTO MATERNO EM
LACTENTES NA REGIÃO DO SUL DO BRASIL**

Trabalho de conclusão do curso de
Especialização apresentado como
requisito parcial para obtenção do título
de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dra. Roberta Alvarenga Reis

Porto Alegre - RS

Agosto/2017

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População, IDH e Taxa de Mortalidade Infantil das capitais da Região Sul do Brasil.....	10
Tabela 2 - Crianças com Aleitamento Materno Exclusivo com idade inferior a 4 meses.....	11
Tabela 3 - Aleitamento Materno na Região Sul do Brasil.....	13
Tabela 4 - Distribuição da quantidade de profissionais fonoaudiólogos e número total de profissionais que atendem no Sistema Único de Saúde.....	14
Tabela 5 - Indicadores socioeconômicos referentes ao sexo feminino	15

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 METOLOGIA.....	08
3 RESULTADOS.....	09
4 DISCUSSÃO.....	14
5 CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

RESUMO

O aleitamento materno traz inúmeros benefícios para os recém-nascidos, como proteção contra infecções e alterações respiratórias, além disso é um tema fundamental por ter repercussão direta nos padrões de saúde e mortalidade das populações. Porém, sabe-se que as taxas de aleitamento materno ainda estão distantes do preconizado pela Organização Mundial de Saúde. O objetivo do deste estudo é analisar os indicadores em aleitamento materno por meio de análise comparativa das três capitais da Região Sul do Brasil considerando indicadores socioeconômicos e de saúde. O trabalho é um estudo com análise descritiva, com coleta transversal de dados no período de 2011 até 2015, da Região Sul do Brasil, representada pelas capitais: Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre. Os dados utilizados foram extraídos de domínio público. Foram avaliados os índices de aleitamento materno e sua relação com o Índice de Desenvolvimento Humano, a taxas de mortalidade infantil, o investimento em saúde – expressado através do número de profissionais SUS e investimento em saúde- e os condicionantes de saúde , tais como educação e emprego, . As capitais descritas neste estudo tiveram, como resultado, um média de 71% de aleitamento na primeira hora de vida, 78% de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses e 45% em crianças menores de 6 meses de idade. Constatou-se relação entre menores taxas de aleitamento materno e maiores índices de desigualdade social.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Vulnerabilidade em Saúde, Indicadores de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno traz inúmeros benefícios, principalmente para prematuros, tais como melhora do sistema de defesa, devido à grande oferta de imunoglobulinas; maior proteção contra infecções, flatulência, diarreia ou constipação; melhor digestibilidade e ausência de fatores alergênicos; diminuição do risco de falência respiratória, apneia e displasia broncopulmonar; redução do risco de obesidade; melhor mobilidade, tonicidade e postura dos órgãos fonoarticulatórios, devido ao esforço para conseguir sugar o leite do peito materno; satisfação oral máxima ao recém-nascido, além de possibilitar estímulos táteis, visuais, auditivos, base para o desenvolvimento emocional, perceptivo, motor, cognitivo e físico; e, por fim, pode levar a maiores índices de inteligência e de acuidade visual^{1,2,3,4,5}. Para a mulher também têm sido descritos benefícios, como: redução do risco de câncer de mama e de ovário materno; estímulo à contração do útero e à perda de peso natural da mulher³.

A promoção de saúde, no que diz respeito ao aleitamento materno, tem sua efetividade por meio da atuação qualificada dos profissionais de saúde, que têm um importante papel na prevenção e no manejo das dificuldades que podem surgir durante a prática da amamentação^{1,5}. Por meio do conhecimento e da compreensão das experiências da prática em amamentação em diferentes perspectivas, é possível a reflexão acerca dessa temática viabilizando a busca de novas estratégias que minimizem e/ou reduzam a interrupção precoce dessa prática⁶.

Atualmente, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% dos óbitos no primeiro ano de vida e, mundialmente, mais de um milhão dos recém-nascidos morrem por ano, dias após o parto, o que constitui a segunda causa de mortalidade infantil^{7,8}. O cuidado adequado ao recém-nascido é, portanto, um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país⁷.

A literatura também descreve benefícios de cunho econômico do aleitamento materno, como uma economia maior para família e para o Estado, ao evitar a aquisição de leite artificial e demais fórmulas lácteas para suprir as necessidades decorrentes do desmame precoce⁸. O uso de fórmula só é indicado quando houver impossibilidade do uso de leite materno^{4,7}.

Contudo, o aleitamento materno não deve ser visto apenas sob uma perspectiva nutricional. A amamentação pode ser referida como uma associação que

envolve fatores históricos, educacionais, sociais, anatomofuncionais, culturais, psicológicos, recorrentemente ligada a crenças, valores e mitos repassados de forma intergeracional na rede familiar^{3,6}. A prática também pode sofrer variações significantes em suas taxas de acordo com o local e as características socioeconômicas e culturais da população em seu meio. Sua influência no lactante poderá ser fortemente determinante no tempo que a mãe irá amamentar³.

A literatura traz achados de estudos epidemiológicos e biológicos, corroborando a premissa de que a “decisão de não amamentar uma criança tem efeitos importantes em longo prazo na saúde, nutrição e desenvolvimento da criança e na saúde da mãe” (VICTORA, 2016). Não há nenhum outro comportamento de saúde que possa acarretar desfechos tão diversos nos dois indivíduos que estão envolvidos: a mãe e a criança⁹.

Na área da Saúde Pública o aleitamento materno é um tema fundamental, pois tem repercussão direta nos padrões de saúde e mortalidade das populações¹⁰. As taxas de aleitamento materno ainda estão distantes do preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e dentre as ações para contrapor a atual situação se faz necessária uma intervenção em diversas áreas, como a mudança de conceitos arraigados no cerne de mulheres no decorrer de anos, passados de geração em geração, mudando crenças e derrubando tabus da mulher e da sociedade em geral³. Observa-se um aumento da ocorrência e duração do aleitamento materno parcial e exclusivo em todas as camadas sociais, em todo território brasileiro, que pode estar relacionado às políticas nacionais de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno¹⁰.

Outro fator preocupante diz respeito ao tempo de aleitamento materno. Em uma pesquisa multicêntrica que buscou avaliar a amamentação nos municípios brasileiros foram constatados avanços, como o aumento da proporção do aleitamento materno exclusivo aos 2-3 meses². Independentemente desse aumento significativo, os lactentes estão expostos a práticas inapropriadas, tornando necessária a verificação das políticas de saúde com o intuito de melhorar a atuação profissional e a prática do aleitamento¹.

O objetivo do presente estudo é analisar os indicadores em aleitamento materno por meio de análise comparativa das três capitais da Região Sul do Brasil, considerando indicadores socioeconômicos e de saúde.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho é um estudo com análise descritiva, com coleta transversal de dados, que contempla os dados de 2011 até 2015, da Região Sul do Brasil, expressada pelas capitais Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre.

Foram extraídos dados anuais do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, <http://www.datasus.gov.br>), provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), gerido pelo Ministério da Saúde. Também foram utilizados dados provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Inicialmente foram localizados os arquivos do DATASUS - TABNET para o período de janeiro de 2011 até último período atual disponível (dezembro de 2015) no endereço eletrônico do DATASUS no que diz respeito a indicadores de saúde, assistência à saúde, epidemiológicas e morbidade, rede assistencial e estatísticas vitais nas três capitais da Região Sul. Depois disso, dados do IBGE e do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil foram utilizados para expor os indicadores de demografia, educação, renda, trabalho e vulnerabilidade, com dados extraídos dos Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010. Todos os dados foram armazenados em formato de planilha e, posteriormente, foi realizada uma análise descritiva e comparativa entre as capitais.

Os dados utilizados são de domínio público, disponibilizados em meio eletrônico, sem identificação dos sujeitos. Por ter empregado coleta de dados em base de acesso público, não houve a necessidade de encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa.

3 RESULTADOS

A Região Sul do Brasil, composta pelos estados Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, tem um total de 29.230.180 habitantes. Os dados referentes às suas respectivas capitais, expostos por meio de dados de população, população estimada em 2015, número de nascidos vivos em 2015, crianças com idade inferior a 4 meses, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Taxa de Mortalidade Infantil são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - População, IDH e Taxa de Mortalidade Infantil das capitais da Região Sul do Brasil

	Curitiba	Florianópolis	Porto Alegre
População (Censo 2010) ¹	1.751.907	421.240	1.409.351
População estimada em 2015 ¹	1.879.355	469.690	1.476.867
Nascidos vivos em 2015 ¹	24.506	6.135	19.724
Crianças com idade inferior a 4 meses em 2015 ²	52.767	5.829	6.735
Crianças com idade inferior a 4 meses em 2011 ²	60.212	8.594	12.386
Coeficiente de mortalidade infantil em 2014 ²	7,70	10,84	9,75
IDH ³	0,823	0,847	0,805

Fonte: IBGE¹¹; DATASUS¹²; Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Dentre a população de cada cidade estudada, observou-se, nos últimos 5 anos, uma redução do número de crianças com idade inferior a 4 meses. Em Porto Alegre houve um decréscimo de 46%, em Florianópolis, de 33%, e em Curitiba, de 12%. O número de nascidos vivos em 2015 em comparação com o número de crianças com idade inferior a 4 meses diverge consideravelmente. Esse fator pode ser explicado através da informação de que as crianças com idade inferior a 4 meses foram retiradas do Sistema de Informação de Atenção Básica, que não contempla crianças oriundas da Saúde Suplementar, enquanto que o número de nascidos vivos contempla todos os nascidos vivos, independentemente de ser do Sistema Único de Saúde, da Saúde

Suplementar ou da Particular.

Para interpretação das taxas de mortalidade infantil, utiliza-se como parâmetro a seguinte classificação: altas (50 ou mais), médias (20-49) e baixas (menos de 20). Esses valores podem variar por estarem relacionados à proximidade ou à distância de valores já alcançados em sociedades mais desenvolvidas. Além disso, também deve ser considerado para análise desse indicador, segundo orientação do DATASUS, que altas taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida, e que taxas reduzidas também podem encobrir más condições de vida em segmentos sociais específicos. As taxas dos municípios estudados são menores do que a taxa do Brasil no mesmo ano (13,15)¹⁸.

Delimitada a população-alvo, a seguir são descritos os dados referentes ao aleitamento materno. Para obter-se um melhor panorama geral do aleitamento materno nas capitais pesquisadas, segue gráfico dos dados disponíveis dos últimos 5 anos. Os índices de aleitamento materno exclusivo (AME) até o 4º mês se mantiveram estáveis no período de 2011 a 2015. Todas as capitais envolvidas neste estudo se mantiveram na classificação “bom”, de acordo com os parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS), com uma média de 78,4%, sendo o valor máximo 81,1% e o valor mínimo, 73,1%.

Tabela 2 - Crianças com Aleitamento Materno Exclusivo com idade inferior a 4 meses

Cidade	2011	2012	2013	2014	2015
Porto Alegre	74%	67%	68%	71%	73%
Florianópolis	81%	75%	79%	79%	80%
Curitiba	82%	81%	81%	82%	81%

Fonte: DATASUS¹²

O DATASUS disponibiliza os dados referente ao AME somente até o 4º mês. Porém, em outra base de dados proveniente do Ministério da Saúde (MS), que avaliou a prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras em 2008, são disponibilizadas as informações de AME até o 6º mês, como orientado pela OMS. Todavia, esse estudo tem seus dados mais atuais datados de 2008⁴. Os dois dados

são muitos discrepantes, como pode ser visto na Tabela 3.

Tabela 3 - Aleitamento Materno na Região Sul do Brasil

	Curitiba	Florianópolis	Porto Alegre
Aleitamento Materno Exclusivo com idade inferior a 4 meses (2015)	81%	80%	73%
Aleitamento Materno Exclusivo com idade inferior a 6 meses (2008)**	52%	46%	38%
Aleitamento materno na primeira hora de vida (2008)**	71%	75%	71%

Fonte: DATASUS¹²; Adaptado do Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília; 2009.

No caso do indicador “aleitamento materno na primeira hora de vida”, nota-se que Florianópolis está em primeiro lugar, seguido de Porto Alegre e Curitiba, o que pode ser explicado pela abrangência da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que tem como um de seus objetivos ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento do bebê²⁵. Curitiba detém o maior número de IHACs, sendo que há 6 deles nessa capital, enquanto há 5 deles em Porto Alegre e 2 deles em Florianópolis. Entretanto, ao estratificar-se esse dado, percebe-se que a proporção da IHAC para número de nascidos vivos no ano de 2015 foi de 1 para 4.084 em Curitiba, 1 para 3.944 em Porto Alegre e 1 para 3.067 em Florianópolis, ou seja, Florianópolis tem a maior cobertura de IHACs.

Tabela 4 - Distribuição do número total de profissionais que atendem no Sistema Único de Saúde

Profissional	Curitiba (n=1.751.907)	Florianópolis (n= 421.240)	Porto Alegre (n=1.409.351)
Número total de profissionais (2011)	18219	5416	19408
Número total de profissionais (2015)	22.650	7.198	32.099

Fonte: DATASUS¹²

Referentemente ao investimento na saúde, partindo-se da premissa de que todos os municípios do país são obrigados a investir no mínimo 15% da sua respectiva receita em saúde, os municípios deste estudo reportaram os seguintes investimentos: Florianópolis investiu 18,8%, Curitiba investiu 18,43% e Porto Alegre investiu 18,58%, de acordo com dados da Lei Orçamentária Anual (LOA) referente ao ano de 2015. Porém, ao contrastar o orçamento com a prática, através dos recursos humanos, pode-se notar que as realidades diferem, o que pode ser visto na Tabela 4, que expressa o número total de profissionais que atendem ao SUS em cada uma das capitais. Ao relacionar, em uma escala, o número de profissionais que atende pelo SUS com o número de habitantes de cada local, observa-se uma proporção de 1:46 em Porto Alegre, 1:65 em Florianópolis e 1:82 em Curitiba.

No que diz respeito aos indicadores gerais, começando pela economia, o maior Produto Interno Bruto (PIB) pertence a Porto Alegre (43.457,67 reais), seguido de Curitiba (42.314,71 reais) e de Florianópolis (37.542,32 reais). Nos últimos 5 anos, o PIB de Porto Alegre cresceu 27,17%, o de Florianópolis cresceu 25,99% e o de Curitiba cresceu 13,25%. Do ponto de vista econômico, destaca-se também o Índice de Gini, instrumento que é utilizado para medir o grau de concentração de renda, apontando a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. O melhor índice é o de Florianópolis (0,54), seguido pelo índice de Curitiba (0,55) e pelo de Porto Alegre (0,60)¹⁷. Através desse dado, pode-se inferir que Porto Alegre é a cidade com maior diferença entre rendimentos dos mais pobres quando comparados aos dos mais ricos, além disso em outros indicadores que expressam a desigualdade social, observa-se um predomínio de Porto Alegre. Através do percentual de pessoas com idade entre 15 e 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, em um comparativo pior *versus* melhor colocado, observa-se que Porto Alegre (4,93) tem seu índice aproximadamente 90% maior do que o melhor posicionado, Florianópolis (2,6). Além disso, na análise do percentual de vulneráveis à pobreza, nesse comparativo entre o melhor e o pior colocados, Porto Alegre (12,51) tem seu índice aproximadamente 95% maior do que o melhor posicionado, Florianópolis (6,42). Do ponto de vista econômico, Porto Alegre apresenta menores índices de população economicamente ativa ocupada (69,24%) em relação às demais capitais, Curitiba (72,99%) e Florianópolis (72%). Da população economicamente ativa, deve-se atentar ao percentual de ocupações formais (grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais), que é de 73,48% em Porto Alegre, 74,49% em Curitiba e 75,24% em

Florianópolis^{17,21}. Referentemente à expectativa de anos de estudo, ela é de 10,95 anos em Curitiba, 10,79 anos em Florianópolis e 9,76 anos em Porto Alegre¹⁷.

Ao estreitar esses dados dando maior atenção ao sexo feminino, nota-se que, nos indicadores econômico encontrados, as mulheres com idade entre 10 e 17 anos que tiveram filhos são mães chefes de família, sem ensino fundamental, com filho menor, conforme Tabela 5.

Tabela 5 - Indicadores socioeconômicos referentes ao sexo feminino

	Curitiba (n=1.751.907)	Florianópolis (n= 421.240)	Porto Alegre (n=1.409.351)
% de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos	1,78	2,02	2,29
% de mães chefes de família sem ensino fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família	8,97	8,53	12,53
Taxa de fecundidade	1,6	1,2	1,5

Fonte: IBGE¹¹.

4 DISCUSSÃO

Na década de 70, iniciou-se, em todo o mundo, um debate para resgatar a prática do AME com o objetivo de promover, proteger e apoiar ações para o seu incentivo. Em 2001, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendaram o AME por pelo menos dois anos de vida e ainda em regime exclusivo até os seis meses de idade^{1,9,16}. Dados acerca do AME em nível nacional utilizam como critério o aleitamento exclusivo até o 4º mês, e não até o 6º mês, como recomendado pela OMS, porém esses dados são atualizados anualmente. Os últimos dados atualizados, referentes ao ano de 2015, classificam como “bom” todas as capitais da Região Sul do Brasil, porém, considerando-se o último levantamento disponível até o 6º mês, conforme recomendação da OMS, duas das três capitais, Porto Alegre e Florianópolis, se encontram na classificação “ruim”, segundo parâmetros propostos pela OMS. Todavia esse dado não é atualizado desde 2008⁸.

A primeira informação sobre a situação do AME no Brasil é proveniente de pesquisa realizada em 1986, na qual se evidenciou que apenas 3,6% das crianças entre 0 e 4 meses eram amamentadas de forma exclusiva¹⁰. Mais recentemente, um levantamento de âmbito nacional a respeito de aleitamento materno foi realizado. Ele ocorreu em duas edições (1999 e 2008) e contou com a análise das capitais brasileiras e do Distrito Federal. Esse estudo indicou que a prevalência de AME em menores de seis meses era de 41% no conjunto das capitais brasileiras, estando Porto Alegre abaixo da média nacional⁸.

Considerando-se ainda os dados de aleitamento materno, cabe destacar o aleitamento materno na primeira hora de vida. A importância de expressar esse dado se dá devido à recomendação da OMS de colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, durante no mínimo uma hora, o que também corresponde ao Passo 4 citado pela IHAC. Essa prática pode reduzir em 22% a mortalidade neonatal¹⁶, ou seja, quanto mais se posterga o início do aleitamento materno, maiores são as chances de mortalidade neonatal causada por infecções¹⁶.

Dentre as estratégias de promoção à saúde infantil, destaca-se o incentivo ao aleitamento materno visando a redução das taxas de mortalidade infantil¹⁵. O aleitamento materno já tem bom embasamento e comprovação científica quanto a sua influência na morbimortalidade infantil^{9,16,17}. No caso da mortalidade infantil, as causas neonatais precoces correspondem a 50% dos óbitos, e dentre os óbitos neonatais não

precoces temos como principais causas a diarreia e a pneumonia⁹. Um estudo que comparou a incidência de diarreia com o aleitamento materno apurou que a exposição ao aleitamento materno tem grande evidência de alta proteção contra morbidade e internações hospitalares por diarreia, principalmente em bebês^{9,18}. Também foi constatado que o aleitamento materno reduz o risco de hospitalização por infecção respiratória em 57%, sendo esse efeito protetivo não alterado com a idade¹⁸. Em outro levantamento, através de Estudo de Coorte que relacionou os determinantes biológicos relacionados à criança, os resultados referentes à maior participação nos óbitos infantis relacionaram-se à ausência de aleitamento materno, o que conferiu às crianças um risco de 15,75% em relação àquelas amamentadas¹⁹.

Um dos fatores importantes que interfere na duração do aleitamento materno é o apoio pós-parto às mulheres, principalmente para mães jovens e primíparas⁵. Uma rede adequada de suporte, com profissionais de saúde com conhecimento e habilidades apropriadas para auxiliar no processo de aleitamento materno pode trazer efeitos positivos, tais como a amamentação por mais tempo, maior autoestima, menos depressão e mães mais adequadas ao cuidado do recém-nascido⁵. Entretanto, reconhece-se a existência de lacunas assistenciais que interferem no acesso aos recursos apropriados e que podem repercutir de modo ativo e autônomo sobre a decisão e o manejo do aleitamento materno⁵.

Na prática em amamentação problemas com a mama e mamilo, introdução precoce de mamadeira, acesso ao leite artificial e exposição à promoção comercial de substitutos do leite materno, orientação dos profissionais de saúde, tabus alimentares e falta de conhecimento do valor nutricional do leite materno são fatores de forte influência sobre o desmame precoce²⁰. A inserção de profissionais que podem promover uma rede adequada de suporte para favorecer a amamentação, além de fornecer todo o suporte necessário para a díade mãe e bebê, sofre forte influência dos investimentos em saúde. Considerando-se outros lugares do mundo, as prevalências mais altas de amamentação aos 12 meses foram encontradas na África Subsaariana, no sul da Ásia e em partes da América Latina⁹. Um exemplo na América Latina é o Peru, sendo que um levantamento realizado na América Latina e Caribe constatou que o Peru apresentava os maiores índices de AME até os seis meses de idade na década de 2000²¹. Em 2013, a média nacional de AME até os 6 meses chegou a 72,3% nesse país²¹. O AME até os seis meses de vida no Brasil passou de 25,7% na década de 1990 para 45% na década de 2000, contra um aumento de 53,7% para

65,8% no Peru nesses mesmos anos²¹. Os investimentos em saúde em ambos países também diferem, sendo que chegaram a 46% no Brasil em 2014 e a 60,6% no Peru no mesmo ano²².

Quanto aos achados em relação ao PIB e à sua relação com aleitamento materno, em uma metanálise recente foram encontradas pequenas desigualdades na amamentação em relação à renda, mas as disparidades nas taxas de amamentação continuada foram consistentes: as pessoas mais pobres tendem a amamentar por mais tempo do que as pessoas mais ricas em todos os grupos de países, mas especialmente nos países de renda média⁹. Esse estudo também aponta que as menores taxas de aleitamento materno a médio e longo prazo em famílias mais ricas podem indicar o uso de substitutos do leite materno com o aumento de sua renda, uma preocupação que é reforçada pelas taxas decrescentes em populações pobres⁹. No presente estudo esses achados se confirmaram, tendo-se em vista que os menores índices de AME estão em Porto Alegre, capital com o maior PIB da Região Sul do Brasil. Em recente metanálise que procurou relacionar a amamentação e o PIB, foi observada uma forte correlação inversa entre amamentação aos 6 meses e o logaritmo do PIB *per capita*. As análises de regressão mostraram que cada vez que o PIB *per capita* era duplicado, a prevalência de amamentação aos 12 anos diminuía dez pontos percentuais⁹.

As relações de trabalho formais e informais também repercutem na amamentação, e dentre as ações de promoção do aleitamento materno há garantias dos direitos adquiridos na legislação de proteção à gravidez e à criança e do horário/local para amamentação, todavia os índices de trabalho informal elevados representam um problema ainda a ser resolvido²³. Nos achados deste estudo, Porto Alegre apresenta as menores taxas de ocupação formal e a menor taxa de aleitamento materno exclusivo, tanto em 4 quanto 6 meses, corroborando com tais resultados.

Dentre os fatores críticos relacionados com a dificuldade inicial no estabelecimento da amamentação e futuramente no desmame precoce, são: idade da mãe, aceitação da gravidez, presença de companheiro, além da escolaridade (inclusive dos pais)²⁰. A expectativa de estudo nas capitais estudadas nos remete à influência da escolaridade materna como importante fator associado à prática de amamentação. Uma recente revisão sistemática evidenciou que a baixa escolaridade materna se associa à interrupção do aleitamento materno exclusivo, sendo que as pesquisas nacionais sobre aleitamento materno indicam que mães com maior

escolaridade amamentam exclusivamente por mais tempo¹⁰. Nesta pesquisa, a cidade com maior expectativa de estudo detém a maior taxa de aleitamento materno exclusivo (Curitiba). Outro fator a ser considerado é o índice de mulheres em idade escolar (entre 10 e 17 anos) que tiveram filhos. Reconhece-se que o sistema de ensino de crianças e adolescentes não está preparado para receber mães, considerando-se que sua estrutura física, grades curriculares de horários etc. não levam em consideração aspectos da maternidade, interferindo, por exemplo, na amamentação²³. A capital gaúcha obteve maiores índices dessa população em relação às demais capitais, o que corrobora os dados encontrados de ser a capital com menores índices de AME.

O conceito de vulnerabilidade considera a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais, implicados com a maior suscetibilidade ao adoecimento e, concomitantemente, com a maior ou menor disponibilidade de recursos e proteção⁵. Dentre os grupos de risco para o desmame precoce temos mães adolescentes, mães que trabalham fora, mães com menor escolaridade, entre outras⁵. Outro aspecto da vulnerabilidade é que o desmame precoce pode estar interligado a outros condicionantes, tais como educação e renda. Berquó e Cavenaghi relatam que a educação e a renda estão negativamente correlacionadas com o nível de fecundidade e, apesar da tendência de convergência, centralização e aproximação entre os grupos socioeconômicos, ainda pode-se notar que os níveis de fecundidade mantêm uma diferença elevada entre as mulheres pertencentes a categorias extremas desses grupos²⁴. O censo demográfico de 2000 confirmou a tendência continuada de declínio da fecundidade em todos os níveis socioeconômicos, mas ainda mostrando diferenças internas bastante significativas nas taxas de fecundidade em todo o país²⁴. O estudo também cita que aproximadamente 6% da população feminina em idade reprodutiva tinha regime de fecundidade média de 5 ou mais filhos no ano de 2000, porém essa parcela da população está concentrada entre as mulheres com menores condições socioeconômicas²⁵. Dentre as capitais estudadas, Curitiba tem a maior “taxa de fecundidade” e Porto Alegre apresenta o maior percentual de “mães chefes de família, sem ensino fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família”.

5 CONCLUSÃO

Este estudo destaca a importância de buscar compreender as práticas de aleitamento materno no esforço de encontrar soluções visando a promoção de saúde materno-infantil.

Constatou-se, através da pesquisa, a relação entre menores taxas de aleitamento materno e maiores índices de desigualdade social. Porto Alegre, a capital com piores índices de AME, apresentou também menores índices de ocupação formal, distribuição de renda (Índice de Gini), população economicamente ativa e expectativa de estudos, além de ter apresentado maiores percentuais de mulheres que tiveram filhos entre 10 e 17 e mães chefes de família com escolaridade baixa. Um número maior de profissionais de saúde que atendem o SUS, maiores índices de escolaridade e menores de taxas de mortalidade infantil foram encontrados em Curitiba, cidade com maior taxa de aleitamento materno exclusivo em 4 e 6 meses. Iniciativas específicas voltadas para o aleitamento materno, como a IHAC, somente interferiram no resultado do aleitamento materno na primeira hora de vida, não tendo repercussão no aleitamento materno exclusivo a longo prazo (menores de 4 e 6 meses) nestes achados.

As limitações deste estudo foram as bases de dados existente desta temática desatualizadas, além da escassez de dados de domínio públicos sobre aleitamento materno e sua relação com demais indicadores de saúde e econômicos.

REFERÊNCIAS

1. Vargas GS, Alves VH, Rodrigues DP, Branco MB, de Souza RD, Guerra JV. Atuação dos profissionais de saúde da estratégia saúde da família: promoção da prática do aleitamento materno. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2016 Jun ; 30(2): 01-9.
2. Lamounier JA. Aleitamento materno em prematuros: política pública na atenção primária. *Revista Paulista de Pediatria*. 2016 Jun;34(2):137-8.
3. Silva WF, Guedes ZC. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. *Revista CEFAC*. 2013 Jan;15(1):160-71.
4. Freitas BA, Lima LM, Carlos CF, Priore SE, Franceschini SD. Duração do aleitamento materno em prematuros acompanhados em serviço de referência secundário. *Revista Paulista de Pediatria*. 2016 Jun ;34(2):189-96.
5. Souza SN, Mello DF, Ayres JR. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29(6):1186-94.
6. Prates LA, Schmalfluss JM, Lipinski JM. Amamentação: a influência familiar e o papel dos profissionais de saúde. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2014 Ago;4(2):359-67
7. Aires LC, Santos EK, Costa R, Borck M, Custódio ZA. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2015;36(spe):224-32
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e distrito federal. Brasília; 2009
9. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. *Epidemiol Serv Saude*. No prelo. 2016
10. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública*. 2015 Dez ; 49:91
11. Censo IB. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fornecido em meio eletrônico:[[www. ibge. gov. br/home/estatistica/populacao/censo2010/](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/)]
12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) [online]. Brasília [s.d.]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
13. Organização Mundial da Saúde. Proteção, promoção e apoio ao

aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Declaração conjunta OMS/ UNICEF. Genebra; 1989

14. Brasil A. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013.
15. Monteiro CA. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. Brasília: UNICEF; 1997. (Cadernos de Políticas Sociais, Série Documentos para Discussão, v. 1)
16. BOCCOLINI, Cristiano Siqueira et al . A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. J. Pediatr. (Rio J.), 2013 Ap. Porto Alegre , 89(2): 131-136
17. Bezerra VL, Nisiyama AL, Jorge AL, Cardoso RM, Silva EF, Tristão RM. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. Rev Paul Pediatr. 2012 Jun;30(2):173-9.
18. Horta BL, Victora CG. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review of the benefits of breastfeeding on diarrhea and pneumonia mortality. Geneva: World Health Organization, 2013
19. Geib LT, Fréu CM, Brandão M, Nunes ML. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Ciênc Saúde Coletiva. 2010 Mar 15;15(2):363-70.
20. Silva RA, Barreto CCM, Bezerra AMF, Bezerra KKS, Bezerra WKT. Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce. Revista Brasileira de Educação e Saúde, 2015, 5(3):01-07.
21. Bersot VF. Mudança temporal do aleitamento materno exclusivo na América Latina e Caribe: atualização de seus determinantes e da tendência secular (Doctoral dissertation, Universidade de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Nutrição)2011.
22. World Bank Data & Research - World Development Indicators www.worldbank.org/
23. França E, Lansky S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. Anais. 2016 Jun 20:1-29.
24. Souza MM. A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social. Anais. 2016 Feb 24:1095-117
25. Berquó E, Cavenaghi S. Mapeamento sócio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000.

Anais. 2016 Mar 31:1-8