

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Coordenadoria de Recursos Humanos

Instituto de Saúde

Panorama do aleitamento materno no município de

Registro considerando a pandemia de COVID-19

Vanessa de Abreu Barbosa Fernandes

Registro

2023

Panorama do aleitamento materno no município de Registro considerando a pandemia COVID-19

Vanessa de Abreu Barbosa Fernandes

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Dra. Mariana Tarricone Garcia

Registro

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

É permitida a reprodução total ou parcial para fins pessoais, científicos ou acadêmicos, autorizada pelo autor, mediante citação completa da fonte.

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

F363p

Fernandes, Vanessa de Abreu Barbosa
Panorama do aleitamento materno no município de Registro considerando a pandemia de covid-19 – São Paulo, 2023.
114 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da
Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Área de concentração: Gestão e Prática de Saúde
Orientador (a): Profa. Dra. Mariana Tarricone Garcia

1. Aleitamento materno 2. Covid-19 3. Atenção primária à saúde I. Garcia, Mariana Tarricone

CDD: 614

Bibliotecária: Tania Izabel de Andrade CRB/8 7241

DEDICATÓRIA

Dedico a todos os profissionais que acreditam na potência do aleitamento materno e direcionam seu tempo e esforços para promover a amamentação como um direito fundamental das crianças e mães, por ofertar o único alimento considerado padrão-ouro na primeira infância.

Também dedico esta dissertação a todas as mães que batalham para equilibrar suas responsabilidades profissionais e familiares, especialmente aquelas que enfrentam desafios para amamentar seus filhos. Seu empenho e dedicação são exemplos inspiradores de perseverança em uma época em que prevalece a cultura do desmame.

Espero que este estudo contribua para a promoção de políticas públicas mais efetivas que apoiem o aleitamento materno e a saúde coletiva, visando proporcionar um futuro melhor para as mães, filhos e toda a sociedade.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha gratidão a todos que contribuíram para a realização deste trabalho. Primeiramente, agradeço aos meus pais Rubens e Cleide, meu marido Marcelo e aos meus filhos Lucca e Marcela, por seu amor, incentivo e compreensão durante todo o processo de pesquisa. Sem o apoio e a paciência deles, esta conquista não teria sido possível.

Também sou grata às minhas irmãs Tania e Tatiana, amigas e colegas de trabalho, em especial à nutricionista Gislene, que sempre me apoiaram e encorajaram ao longo desta jornada. Seus conselhos e palavras de incentivo foram uma fonte de inspiração para mim.

Não posso deixar de agradecer aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) que participaram desta pesquisa, realizando a aplicação do questionário com todas as mães. Agradeço também à gestão da Secretaria Municipal de Saúde e à Prefeitura da cidade, que apoiaram e incentivaram esta pesquisa, fortalecendo a cultura da amamentação na região.

Por fim, expresso minha gratidão à minha professora orientadora do mestrado, Mariana Tarricone, cuja orientação e incentivo foram fundamentais para a realização deste trabalho. Seu conhecimento e experiência foram inestimáveis e fizeram toda a diferença.

A todos que se dedicam a promover a amamentação como um direito fundamental da criança e da mãe, agradeço por seu trabalho incansável e comprometimento com a saúde coletiva. Espero que este trabalho possa contribuir para a promoção do aleitamento materno e para o fortalecimento da cultura da amamentação em nossa sociedade.

"As pesquisas são fundamentais para aprimorar o SUS e para que ele possa cumprir plenamente o seu papel como sistema universal, equânime e integral de saúde. É por meio da pesquisa que se pode avaliar a efetividade das políticas públicas, identificar os desafios e as necessidades de saúde da população e propor soluções inovadoras e eficazes."

Ligia Bahia, médica e professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - 2020.

"O começo é a metade de toda ação."

Aristóteles

"Os primeiros dias e semanas de vida são cruciais para o desenvolvimento saudável e a prevenção de doenças e incapacidades futuras, e o investimento em cuidados de qualidade nessa fase pode gerar dividendos ao longo da vida."

OMS, 2021

FERNANDES, VAB. Panorama do aleitamento materno no município de Registro considerando a pandemia de COVID-19 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos, Secretaria de Estado de Saúde, 2023.

RESUMO

Objetivo: Descrever a prevalência do aleitamento materno no município de Registro considerando a pandemia de COVID-19. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo com abordagem quantitativa, que incluiu uma amostra de 371 crianças, entre 0 a 24 meses, cadastradas em unidades de saúde da família do município de Registro-SP. Foi utilizado um questionário elaborado pelas pesquisadoras com o objetivo de coletar informações sobre o perfil da amamentação e o acesso ao serviço de saúde no pré-natal e pós-parto, tendo em vista as mudanças ocorridas na saúde com a pandemia de COVID-19. Em novembro e dezembro de 2022, foram entrevistadas as mães dos lactentes das 20 unidades de saúde do município. Os dados coletados foram digitados no Microsoft Excel, transportados para o Software Stata e analisados por meio dos indicadores propostos descrevendo as frequências absolutas (n) e relativas (%). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde sob o Parecer 5.636.209/2022. **Resultados:** Os resultados apontaram melhorias em relação à pesquisa realizada em 2011 no município, com taxas de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês (54,1%) e aleitamento materno continuado até os 24 meses (58,2%) que superam a prevalência nacional. O aleitamento materno cruzado (9,2%), bem como o uso de chupetas (35,4%) e chuquinhas (46,3%) ficaram abaixo da média nacional. **Conclusão:** Embora tenha sido observado um cenário mais favorável em relação ao aleitamento materno no município em comparação a pesquisas anteriores e até mesmo em relação às médias nacionais, foram identificados desafios como a necessidade de incrementar a prática da amamentação na primeira hora de vida, a extensão do período de amamentação

exclusiva e continuada, o correto registro das informações nas cadernetas de saúde das crianças e diminuir o uso de chupetas e mamadeiras. Verifica-se o quanto é imprescindível que ocorram abordagens abrangentes para aprimorar as práticas de amamentação e guiar políticas de saúde voltadas para mães e crianças, sobretudo em crises sanitárias.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; COVID-19; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To describe the prevalence of breastfeeding in the municipality of Registro, considering the COVID-19 pandemic. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach, which included a sample of 371 children, aged between 0 and 24 months, registered in family health units in the city of Registro-SP. The researchers prepared a questionnaire to collect information about the breastfeeding profile and access to prenatal and postpartum health services, considering the changes in health with the COVID-19 pandemic. In November and December 2022, mothers of infants from the city's 20 health units were interviewed. The collected data were entered into Microsoft Excel, transported to Stata Software, and analyzed using the proposed indicators describing the absolute (n) and relative frequencies (%). The Research Ethics Committee of the Institute of Health approved the study under Opinion 5.636.209/2022. **Results:** The results showed improvements compared to the research carried out in 2011 in the municipality, with rates of exclusive breastfeeding up to the sixth month (54.1%) and continued breastfeeding up to 24 months (58.2%) that exceed the national prevalence. Cross-breastfeeding (9.2%), as well as the use of pacifiers (35.4%) and pacifiers (46.3%) were below the national average. **Conclusion:** Although a more favorable scenario was observed about breastfeeding in the municipality compared to previous research and even taking into account national averages, challenges were identified, such as the need to increase the practice of breastfeeding in the first hour of life, the extension of the period of exclusive and continued breastfeeding, the correct recording of information in children's health records and reducing the use of pacifiers and bottles. It is clear how essential it is for comprehensive approaches to improve breastfeeding practices and guide health policies aimed at mothers and children, especially in health crises.

Keywords: Breast Feeding; COVID-19; Primary Health Care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
1.1 Aleitamento Materno.....	18
1.2 Conceitos relacionados ao Aleitamento Materno.....	21
1.3 A produção do leite materno	21
1.4 A prevalência do aleitamento materno no Brasil	22
1.5 Políticas Públicas relacionadas ao aleitamento materno no Brasil.....	24
1.6 Intervenções efetivas para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável.....	27
1.7 Pandemia e amamentação	28
1.8 Determinantes do aleitamento materno.....	36
3. OBJETIVOS	44
3.1 Objetivo Geral.....	44
3.2 Objetivos específicos.....	44
4. MÉTODOS.....	45
4.1 População e desenho do estudo	45
4.2 Cenário do estudo.....	46
4.2.1 Características sócio-demográficas do município de Registro.....	46
4.2.2 Programas voltados para a saúde de gestantes, puérperas e crianças no município de Registro	47
4.3 Amostragem	51
4.4 Instrumento de coleta de dados	55
4.5 Variáveis de estudo	55
4.6 Análise de Dados.....	57
4.7 Aspectos éticos.....	60
5. RESULTADOS	61
5.1 Caracterização da amostra do estudo	61
5.2 Aleitamento Materno.....	68
6. DISCUSSÃO	71
6.1 A pandemia de COVID-19 e o acesso à saúde materno infantil no município de Registro.....	71
6.2 O aleitamento materno no município de Registro.....	72
7 CONCLUSÃO.....	90
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES	101

ANEXOS	113
---------------------	------------

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição das crianças da amostra segundo unidade de saúde de referência.	53
Tabela 2 - Caracterização da amostra (n=371). Registro, São Paulo, 2022	61
Tabela 3 - Caracterização da amostra (n=371), segundo variáveis relacionadas ao parto e nascimento. Registro, São Paulo, 2022.....	63
Tabela 4 - Caracterização da amostra (n=371), segundo variáveis relacionadas à criança	66
Tabela 5 - Indicadores relacionados ao aleitamento materno entre menores de 6 meses (n=133)	69
Tabela 6 – Indicadores relacionados ao aleitamento materno entre menores de 24 meses (n=371)	70

Lista de Quadros

- Quadro 1** - Indicadores relacionados ao início do aleitamento materno
..... **57**
- Quadro 2** - Indicadores de aleitamento materno entre menores de seis meses
..... **58**
- Quadro 3** - Indicadores de aleitamento materno entre menores de dois anos
..... **58**
- Quadro 4** - Indicadores de práticas relacionadas ao aleitamento materno cruzado
..... **59**
- Quadro 5** - Indicadores de uso de chuquinhas, chupetas e mamadeiras
..... **59**

Lista de Figuras

Figura 1 - Quadro Conceitual Multifatorial sobre os Impactos da COVID-19 e respostas relacionadas nos cuidados na infância	36
Figura 2 - Linha do Tempo para Contextualização da Amostra	54

APRESENTAÇÃO

Eu sou Vanessa, nutricionista desde 2004 e apaixonada desde a adolescência por estudar sobre saúde e as propriedades dos alimentos. Ao terminar minha Graduação, ingressei no ano seguinte em minha primeira especialização, que abordava a fisiologia do exercício e a nutrição esportiva. Sempre busquei informações que pudessem contribuir com o bem-estar físico, emocional e social dos indivíduos. Durante alguns anos trabalhei com a nutrição esportiva, realizando atendimentos para assessorias esportivas e consultorias para indústrias de suplementos alimentares para atletas.

Alguns anos depois, veio uma vontade de expandir a minha atuação, pensando no compartilhar do conhecimento sobre alimentação saudável de uma forma mais coletiva, ampliando o acesso da ciência da Nutrição para a população. Nesse período, a Prefeitura de São Paulo abriu um concurso público para o cargo, então comecei a me preparar para a seleção. Foram meses estudando para a prova até o êxtase em ver o meu nome na lista dos aprovados convocados. Poucos dias depois, um teste positivo de gravidez mostrava que essa seria uma semana inesquecível em minha vida: o início da atuação em saúde pública e a maternidade chegaram juntos. Posso dizer que direcionam a minha essência e os meus passos até hoje.

Entreí na saúde pública como fiscal de vigilância sanitária, condição que me fez buscar essa atuação como título da minha segunda especialização. A equipe era fantástica, recebeu-me de braços abertos e me instrumentalizava a cada dia. Porém, o trabalho era extremamente longe da minha residência e o último mês de gestação foi um pouco sofrido pela distância. Mas, como acredito que tudo acontece no tempo certo, na mesma semana em que nascia o meu primogênito, recebi a notícia de uma transferência para um serviço de atendimento especializado em IST AIDS, mais próximo de casa. E repleta de gratidão, recebi cursos de acolhimento, aconselhamento e teste rápido de HIV.

Em um momento de muita fragilidade, que perpassa pelo puerpério e pelo desmame do meu filho, pude observar quantas coisas poderiam ter sido diferentes durante o meu pré-natal, parto e pós-parto, bem como o quanto as equipes de saúde possuem relação com todos os desfechos. Paralelamente a essa vivência, a atuação profissional direta com uma doença tão estigmatizada como a AIDS, fez-me ampliar o pensamento crítico sobre a empatia na relação do cuidado em saúde.

A descoberta de uma nova gestação aguçou a minha busca incessante por um parto respeitoso, uma amamentação prolongada e uma criação com apego. E quando a mulher se apodera de conhecimento, reconhece profissionais que horizontalizam as relações e te direcionam ao protagonismo da sua saúde. Foi então, nesse momento, que percebi realmente qual era a minha missão, minha visão e o meu valor trabalhando com saúde. Escrevi meu primeiro livro “Lancheira Gostosa e Nutritiva - receitas saudáveis para o lanchinho escolar” com intuito de melhorar a alimentação infantil e passei a participar de diversos cursos em aleitamento materno, levando-me então à terceira especialização.

Ao mesmo tempo em que estava feliz com o atendimento ambulatorial na Prefeitura de São Paulo, o fato de não aplicar manejo clínico em aleitamento materno por conta das crianças serem expostas ao HIV me frustrava um pouco, com a sensação de que o meu trabalho estava “incompleto”. Veio então o meu segundo livro, “É mamífero que fala, né? ”, com o intuito de resgatar a cultura da amamentação entre as crianças. Somado a isso, surgiu a oportunidade de um concurso público no município onde meu marido nasceu, localizado no Vale do Ribeira: uma região com fama de pobreza, carências nutricionais, alta mortalidade infantil e baixo índice de aleitamento materno.

Em 2019, a convocação mobilizou a família inteira de uma cidade para outra. A dificuldade em implementar políticas públicas de proteção para a primeiríssima infância, para a saúde reprodutiva das mulheres e a pandemia COVID-19, levaram-me a buscar um curso de

especialização em gestão da saúde pública. O Mestrado em Saúde Coletiva veio para acrescentar além de conhecimento teórico, o conhecimento crítico-reflexivo e prático do Sistema Único de Saúde. Sem dúvida o curso foi a maior oportunidade de crescimento profissional em minha trajetória, qualificando de forma exponencial a minha atuação. Além do cargo público, ao término do Mestrado fui convidada para assumir a Coordenação do Curso de Nutrição na Universidade Vale do Ribeira.

Aqui estou eu, grata por essa trajetória de dez anos na saúde pública, autora de livros, mãe de duas crianças maravilhosas que ressignificaram muita coisa em minha vida e se Deus continuar me abençoando, um título de Mestre em breve. Sigo agradecendo por tantas oportunidades, por tantas pessoas maravilhosas que entraram em minha vida, pelo parto respeitoso e humanizado que eu pude vivenciar e por seguir amamentando minha filha, no auge dos seus quase seis anos de idade.

Que a minha pesquisa e minha atuação possam contribuir com o desenvolvimento das tecnologias em saúde, ampliando a visão dos profissionais no tocante a importância das tecnologias leves e leve-duras na essência da arte de cuidar.

É com muita satisfação e gratidão que finalizo esse ciclo importante em minha vida.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aleitamento Materno

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para a redução da morbimortalidade infantil. Permite um grandioso impacto na promoção da saúde integral do binômio mãe/bebê, trazendo benefícios que se estendem a toda a sociedade. Se a manutenção do aleitamento materno é vital, a introdução de alimentos saudáveis, seguros e em momento oportuno de forma adequada também é de evidente importância para o desenvolvimento do indivíduo e de uma nação saudável, em consonância com os direitos humanos fundamentais e com a saúde pública (BRASIL, 2015).

Incomparável e único, o leite materno é o alimento ideal para a criança, pois é totalmente adaptado às necessidades do bebê. A recomendação atual da Organização Mundial da Saúde (OMS) é o aleitamento materno desde a sala de parto, exclusivo e em livre demanda até o sexto mês de vida e complementado com alimentos saudáveis por dois anos ou mais (WHO, 2017). Os primeiros dois anos de vida são os mais decisivos para o crescimento e desenvolvimento da criança, com repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo. A amamentação nesse período pode prevenir o aparecimento de várias patologias no futuro (BRASIL, 2019).

Muitas pesquisas científicas consideram o leite materno como padrão ouro na alimentação infantil. Além de nutrir pelo excelente aporte de nutrientes, traz vantagens psicológicas e fisiológicas ao recém-nascido (RN), pois favorece o desenvolvimento do sistema estomatognático, aprimora o controle de saciedade, confere proteção a doenças infecciosas e crônicas, reforça o vínculo afetivo entre mãe e filho, assim como traz um

impacto positivo no desenvolvimento cognitivo (BRASIL, 2019). Para a nutriz, o ato de amamentar é também importante: favorece ao retorno mais rápido do tamanho uterino e do peso pré-gravídico, fornece proteção contra o câncer de mama, ovário e útero, diminui a incidência de diabetes e depressão pós-parto e aumenta o período de amenorreia lactacional (VIEIRA et al., 2021). Não podemos deixar de mencionar os benefícios para a sociedade: amamentar é um ato sustentável ao planeta, pois evita descarte de embalagens e utiliza menos recursos hídricos (BRAGA et al., 2021).

O leite materno apresenta compostos bioativos que o tornam consagrado e superior em relação a qualquer substituto alimentar produzido pela indústria, visto que esses fatores são espécie-específicos e atuam simultaneamente entre si e com outros nutrientes. Portanto, a adição de apenas um composto nos ingredientes de uma fórmula infantil pode não garantir o mesmo efeito benéfico ao lactente (CHENCINSKI et al., 2021).

O fato de as crianças nascerem com os sistemas imunológico e gastrointestinal imaturos faz com que a introdução alimentar precoce, ou seja, antes do sexto mês de vida, aumente os riscos de problemas digestivos, respiratórios e renais, além de interferir negativamente no desenvolvimento dos hábitos alimentares (SANTOS et al., 2019).

A partir dos seis meses de vida, as crianças podem passar a receber uma alimentação complementar saudável, mantendo o aleitamento materno até os dois anos de vida ou mais, visando atender às crescentes necessidades nutricionais. Os alimentos devem ser nutricionalmente adequados para a faixa etária, com texturas adaptadas ao desenvolvimento da criança e devem ser oferecidos de maneira gradual. O Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos recomenda uma alimentação baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados, respeitando a variedade e

os aspectos sociais e culturais da prática da alimentação e evitando os ultraprocessados (BRASIL, 2019).

A amamentação constitui uma das intervenções com maior potencial de redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2009) Níveis ideais de aleitamento materno poderiam prevenir mais de 820.000 mortes de crianças menores de cinco anos por ano no mundo, além de evitar 20.000 mortes de mulheres por câncer de mama e ovário, adicionando assim mais de U\$ 300 bilhões à economia global a cada ano (ROLLINGS et al., 2016). Revisões sistemáticas reafirmam a proteção proporcionada pela amamentação, em curto prazo, contra a morte súbita, contra doenças infecciosas intestinais, respiratórias e menores risco de otite média aguda (VICTORA et al., 2016). Em médio e longo prazo, a amamentação previne a má oclusão dental, proporciona a autorregulação de saciedade, possui efeito protetor contra sobrepeso, obesidade e doenças crônicas no futuro, além de reduzir a incidência de leucemia na infância e aumentar o desempenho em testes de inteligência na vida adulta, consequentemente ampliando a renda aos trinta anos de idade (VICTORA et al., 2016).

Pesquisas reconhecem que amamentar não é uma responsabilidade exclusivamente materna, pois o apoio familiar, das comunidades, locais de trabalho, do sistema de saúde e das políticas públicas são essenciais para a construção de ambientes favoráveis para que as lactantes tenham o apoio de que precisam em todos os níveis (VENANCIO et al., 2020).

A implementação das ações de promoção e proteção do aleitamento materno e da adequada alimentação complementar depende de esforços coletivos e intersetoriais para uma abordagem integral e humanizada, sendo necessário subsídios e sensibilidade dos profissionais de saúde diante do tema na atenção primária à saúde (BRASIL, 2015).

O acolhimento precoce da mulher nos serviços, durante a gestação e após o nascimento da criança, é fundamental para evitar a interrupção da amamentação (BRASIL, 2018)

1.2 Conceitos relacionados ao Aleitamento Materno

Para que as práticas alimentares pudessem ser reconhecidas de maneira universal e adequadamente descritas, foram adotadas as seguintes definições relacionadas ao aleitamento materno, reconhecidas e reafirmadas pelo Ministério da Saúde (WHO, 2021):

- Aleitamento materno exclusivo (AME): quando a criança recebe somente leite materno direto da mama ou extraído, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos e sólidos, com exceção de xaropes ou gotas contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais e/ou medicamentos;
- Aleitamento materno predominante: quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais;
- Aleitamento materno (AM): quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou extraído), independente de receber ou não outros alimentos;
- Aleitamento materno continuado (AMC): quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com finalidade de complementação e não de substituição, até os dois anos ou mais;
- Aleitamento materno parcial ou misto: quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

1.3 A produção do leite materno

Na gestação, a mama apresenta alterações fisiológicas que a preparam para a amamentação por meio da ação de diferentes hormônios, quando ocorre o que chamamos de lactogênese fase I. Com o nascimento da criança e expulsão da placenta, há uma queda acentuada nos níveis sanguíneos maternos de progesterônio, com liberação de prolactina pela hipófise, iniciando então a lactogênese fase II, com consequente secreção de leite. Logo após o nascimento e até aproximadamente o quinto dia após o parto, a produção láctea é controlada principalmente por ação hormonal. Após essa fase, inicia-se a lactogênese fase III, que se mantém por toda a lactação e depende principalmente da sucção do bebê e extração do leite da mama (BRASIL, 2015).

A maior parte do leite materno é produzida durante a mamada, sob estímulo hormonal da prolactina. A ocitocina, liberada principalmente pelo estímulo provocado pela sucção da criança, também é secretada através de estímulos condicionados, como visão, cheiro e choro do bebê, bem como a fatores emocionais, como motivação, segurança, confiança e tranquilidade. Por outro lado, efeitos negativos como sensação de dor, desconforto, ansiedade, estresse, insegurança e a falta de apoio podem inibir a ação da ocitocina, prejudicando a saída láctea (BRASIL, 2015).

1.4 A prevalência do aleitamento materno no Brasil

A baixa prevalência de aleitamento materno em níveis regionais, nacionais e mundiais destacam inúmeros fatores que podem influenciar esta prática (SANTOS et al., 2019).

Na década de 1970, observa-se o aumento expressivo do desmame, decorrente principalmente pelo processo intenso de urbanização, da inserção da mulher no mercado

de trabalho, da propaganda e marketing de produtos não regulamentados para lactentes, entre outros fatores. Na tentativa de reverter esse fato, o Brasil iniciou um trabalho com diversas políticas públicas com ação em diversos níveis de intervenção: individual, abordando relações entre mães e bebês; local, atuando nos serviços de saúde, família e comunidade, trabalho e emprego; e estrutural, por meio de características socioculturais e controle de marketing (BOCCOLINI et al., 2017).

Pesquisas realizadas no Brasil em 1986, 1996 e 2006 (segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança da Mulher – PNDS) evidenciaram o aumento da prevalência de aleitamento materno exclusivo com o passar dos anos, sendo 2,9%, 23,9% e 37,1% respectivamente. Em 2019, foi realizado o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), que demonstrou uma taxa de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses ainda maior, de 45,7% (CHENCINSKI et al., 2021). Apesar da melhora expressiva, o indicador está aquém do recomendado pela Organização Mundial de Saúde, que estabeleceu como meta global para o ano de 2025 aumentar para 50% a taxa de aleitamento materno exclusivo aos seis meses (WHO,2014).

Quando comparamos a prevalência da amamentação continuada até os 24 meses ao longo dos anos, observamos uma estabilidade entre 1986 e 2006, sendo as taxas de 24,5% em 1986, 24,7% em 1996 e 23,3% em 2006 (BOCCOLINI et al., 2017). Um aumento significativo de amamentação nessa faixa etária se observa no ENANI em 2019, com um resultado de 60,3% (UFRJ, 2021).

A duração mediana do aleitamento materno também evoluiu com o passar dos anos, o que foi demonstrado em inquéritos nacionais, indo de 2,5 meses em 1975 segundo o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF), para 14 meses na PNDS de 2006. Também houve evolução em inquéritos envolvendo apenas as capitais brasileiras

e Distrito Federal: indo de 9,9 meses em 1999 para 11,9 meses em 2008, segundo Pesquisas de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras I e II, bem como no Distrito Federal (PPAM-CDF) (BOCCOLINI et al., 2017). Já o ENANI mostrou, em 2019, uma duração mediana de aleitamento materno de 16 meses (UFRJ, 2021).

1.5 Políticas Públicas relacionadas ao aleitamento materno no Brasil

As altas taxas de mortalidade infantil e baixa prevalência de aleitamento materno no País estimularam movimentos e políticas públicas de incentivo à amamentação (VENANCIO & TOMA, 2019). O programa nacional brasileiro de aleitamento materno é reconhecido internacionalmente por ser um programa multissetorial bem coordenado de promoção do AM, responsável por melhorias notáveis na promoção do aleitamento materno exclusivo e na duração média de aleitamento materno (PEREZ-ESCAMILLA et al., 2012).

Em 1981, foi instituído o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNAIM) visando a promoção através de campanhas publicitárias, a proteção por meio de leis trabalhistas para a mulher que amamenta e apoio ao aleitamento materno com a elaboração de materiais e estabelecimento de grupos educativos. O Programa também foi responsável por propor o alojamento conjunto ao nascimento, a amamentação na primeira hora de vida, a não oferta de outros líquidos na maternidade, a ampliação da licença maternidade e a criação de creches em locais de trabalho (BRASIL, 1991).

Em 1985, foi regulamentado, através de portaria, a instalação e funcionamento dos Bancos de Leite Humano. Na década de 1990, foi criada então a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (RBLH-BR), o que se tornou uma referência internacional.

Em 1988 foi promulgada Constituição Brasileira, que estabeleceu o direito a 120 dias de licença maternidade e 5 dias de licença paternidade, além de garantir para as mulheres privadas de liberdade o direito de amamentar seus filhos. Nesse mesmo ano, o País adaptou o Código Internacional de Comercialização de Substitutos de Leite Materno às necessidades nacionais, desenvolvendo então as Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL). Em 1991, houve uma revisão da NBCAL, assumindo a denominação de Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), constituindo-se em um instrumento legal para regular a promoção comercial e o uso apropriado de substitutos de leite materno, bicos, chupetas e mamadeiras. No ano 2000, o Ministério de Saúde criou um Grupo de Trabalho para revisão da NBCAL, publicando a Portaria Ministerial nº 2051 em 2001 e resoluções da ANVISA através da RDC nº 221 e 222 de 2002. Já em 2006, a Lei nº 11.265 ampliou o escopo da NBCAL para alimentos até o terceiro ano de vida (VENANCIO & TOMA, 2019).

Em 1990, foi elaborado um documento internacional denominado Declaração de Innocenti, contendo metas para uma alimentação ideal para o lactente. No ano seguinte, foi lançada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), sendo o Brasil um dos primeiros países a adotar a prática dentro das maternidades credenciadas. Em 1991, também foi criada a *World Alliance for Breastfeeding Action* (WABA), órgão que instituiu a Semana Mundial do Aleitamento Materno (SMAM). No Brasil, a primeira campanha da SMAM ocorreu em 1992.

Nos anos 2000, tem-se mais ações que foram complementando as já implementadas, como o Programa de Humanização no Pré-Natal, Parto e Nascimento e o Método Canguru, promovendo uma assistência humanizada a gestante, recém-nascido e puérpera. No âmbito comunitário, grupos não governamentais como a Pastoral da Criança e as Amigas do Peito foram se fortalecendo.

Dentro da Atenção Básica, houve integração da política desenvolvida em 2008 para a promoção da amamentação, conhecida como Rede Amamenta Brasil, com a Estratégia Nacional da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), desenvolvida em 2009. Surge então a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), instituída pela Portaria nº1920 de 05 de setembro de 2013, no intuito de qualificar as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável. (BRASIL, 2013)

Em 2015, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com objetivo principal de manter atenção e cuidados integrais da gestação até o nono ano de vida, principalmente na primeira infância e em populações de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2015b). Essa política enfatiza a importância dos profissionais de saúde, em especial da atenção primária, destacando que devem estar capacitados para apoiar as mães a amamentarem e para orientar os cuidadores das crianças a oferecerem uma alimentação complementar de forma saudável e segura. No mesmo ano, também foi publicado o Guia para implantação de salas de apoio à amamentação para a mulher trabalhadora (BRASIL, 2015a).

Em 2016 foi instituído, através da Lei nº 13.257, o Marco Legal da Primeira Infância, que fomenta políticas de proteção ao desenvolvimento integral das crianças desde o nascimento até os seis anos de idade, abordando a importância da amamentação para o início da vida. Foi também nessa lei que houve sugestão da prorrogação da

licença paternidade por 20 dias, para trabalhadores de empresas cidadãs (BRASIL, 2016).

Em 2017, foi sancionada a Lei nº 13.435, instituindo no país o mês de agosto como Agosto Dourado, com o objetivo de intensificar ações intersetoriais de conscientização sobre a importância da amamentação (BRASIL, 2017).

1.6 Intervenções efetivas para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável

Uma revisão sistemática conduzida em 2020 pelo Instituto de Saúde para implementação da EAAB, identificou evidências científicas sobre intervenções efetivas para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável na atenção primária à saúde, com o objetivo principal de oferecer um rol de ações de promoção da amamentação e alimentação complementar saudável cuja efetividade já foi demonstrada, fornecendo elementos para adaptações locais (VENANCIO et al., 2020)

A síntese desses resultados proporcionou uma orientação mais clara em relação a alguns aspectos da intervenção. Em relação ao tipo de intervenção, ações que misturam diversas abordagens como educação e apoio, envolvendo diversos cenários, mostraram maior potencial de efetividade. Em relação ao público alvo, as intervenções apresentam impacto quando são realizadas desde o período da gestação, passando pelo puerpério imediato e com crianças de até dois anos de idade, enfatizando a importância da participação paterna nessa intervenção. Quanto ao momento oportuno de intervenção, os resultados demonstraram que ações realizadas somente no pré-natal trouxeram impacto na amamentação somente em curto prazo, porém ações realizadas no pré e pós-natal aumentaram a taxa em médio e longo prazo. Em relação aos atores envolvidos, as intervenções podem ser realizadas por profissionais de saúde, por pessoas leigas ou

pares. A atuação em pares demonstrou maior efetividade do que a ação isolada. As estratégias utilizadas com maior eficácia envolveram ações educativas em pequenos grupos, com probabilidade de maior sucesso de forma presencial e apoio através de visitas domiciliares. Ofertar apenas material escrito, sem contato direto com o profissional de saúde, ou método não interativo, apresentou eficácia limitada. A frequência das visitas domiciliares recomendada é de pelo menos uma visita no pré-natal, uma visita no pós-parto imediato (dias 1 a 3), uma visita após o primeiro mês, com um total de pelo menos sete visitas (VENANCIO et al., 2020).

1.7 Pandemia e amamentação

Em 2020, o mundo começou a enfrentar uma pandemia responsável pela síndrome respiratória aguda grave do coronavírus 2 (SARScov-2, do inglês *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), que teve início na China em dezembro de 2019 e trouxe o primeiro caso confirmado no Brasil em fevereiro de 2020. Tal pandemia apresentou impacto na saúde da criança e na amamentação. Em muitos locais houve proibição de contato pele a pele imediatamente após o parto, ausência de apoio na amamentação na primeira hora de vida e a proibição de acompanhantes na maternidade, o que provocou o descumprimento de padrões e diretrizes já estabelecidos (BRAGA et al., 2021). Essa doença está sendo reconhecida como o evento mais perturbador desde a Segunda Guerra Mundial e colocou os sistemas de saúde do mundo todo em uma condição inédita. Por causa do exponencial aumento do número de pessoas infectadas, hospitalizações e óbitos, diversos países optaram por medidas de isolamento social, na tentativa de evitar a disseminação do contágio (CEULEMANS et al., 2020).

Visando manter o apoio e o incentivo à amamentação durante o contexto da pandemia, o Ministério da Saúde (MS), em 2020, emitiu as Notas Técnicas nº 7 e nº 15, abordando o questionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) respectivo à preservação da amamentação em situação de risco iminente de transmissão do respectivo vírus, em situações em que a mãe apresente sintomatologia compatível com síndrome gripal. A Nota Técnica nº 13 abordou condutas para a doação de leite materno aos bancos de leite humano e postos de coleta no contexto da pandemia e a Nota Técnica nº 14 abordou a Atenção à Saúde do recém-nascido no contexto da infecção pelo novo coronavírus. No mesmo ano, também emitiu o documento “Perguntas Frequentes: Amamentação e COVID”, adaptado do documento FAQ (*Frequently Asked Questions - Breastfeeding and COVID-19 for health care workers*) da OMS.

Gestantes são mais suscetíveis a patógenos respiratórios e ao desenvolvimento de pneumonia devido a alterações em seu sistema imunológico decorrentes do período gestacional (CEULEMANS et al., 2020). O MS inseriu as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e os recém-nascidos na classificação como grupos de risco, uma vez que são mais vulneráveis a terem complicações na presença do novo coronavírus (MASCARENHAS et al., 2020). Entre 2015 a 2019 a razão de mortalidade infantil no Brasil se manteve estável, porém a partir de 2020 houve um aumento vertiginoso. Em 2021, mais da metade (53,4%) dos óbitos maternos foram devido à infecção pelo novo coronavírus (FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL, 2022).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (em Inglês, *United Nations Children's Fund - UNICEF*) divulgou em 2020 uma agenda de ações em defesa de crianças mais vulneráveis à COVID-19, no contexto da saúde global, destacando a necessidade de medidas urgentes para evitar que a crise sanitária resultasse em uma

crise dos direitos da criança no seu sentido mais amplo. Os sistemas de saúde sobrecarregados poderiam afetar a oferta de serviços básicos, mas essenciais para as crianças. Embora as taxas de morbimortalidade causadas pelo SARS-CoV2 sejam baixas entre crianças quando comparadas a adultos e idosos, é importante destacar que a pandemia gera um contexto de vulnerabilidades, que podem aumentar a morbimortalidade de forma indireta (CABRAL et al., 2021). Portanto atentar-se ao cuidado materno-infantil é necessário para proteger os ganhos recentes em saúde, nutrição e desenvolvimento infantil (UNICEF, 2020).

No contexto brasileiro, durante a crise sanitária decretada em março de 2020, o MS emitiu uma nota técnica (BRASIL, 2020), corroborada por secretarias de saúde estaduais e municipais, com restrições ao atendimento de crianças nas unidades de saúde, limitando-se às necessidades de saúde mais urgentes. A intenção foi evitar aglomerações para promover a contenção do vírus, entretanto, aumentou a suscetibilidade infantil para problemas de saúde evitáveis e também o aumento de cronicidade para condições pré-existentes, que são responsabilidades da atenção primária em saúde (CABRAL et al., 2021).

A crise sanitária ampliou e aprofundou a desigualdade social no mundo, levando mais pessoas à insegurança alimentar (WABA, 2022). A pandemia causou um impacto prejudicial no estado nutricional das crianças, sendo esse efeito influenciado por medidas adotadas no combate à pandemia, como o fechamento das escolas e a implementação do Auxílio Emergencial. Observou-se um aumento no percentual de crianças com peso significativamente abaixo da média para a idade (FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL, 2022). O projeto PIPAS – Primeira Infância para Adultos Saudáveis, realizou um inquérito em 13 capitais brasileiras em 2022 e apontou que 10,5% dos cuidadores do município de São Paulo declararam que, nos três

meses anteriores à entrevista, os alimentos acabaram antes que tivessem dinheiro para comprar mais (BRASIL, 2023).

Além disso, limitações à capacidade do sistema de saúde levaram à deterioração do apoio à amamentação. O foco de trabalho da saúde voltou-se para conter o vírus, sobrecarregando profissionais e reduzindo o apoio ao aleitamento materno (WABA, 2022). A partir de março de 2020, houve uma redução significativa nos registros de consultas para avaliar o crescimento e desenvolvimento das crianças no Brasil. Uma pesquisa realizada com gestores públicos de 100 municípios indicou que vários serviços de puericultura, como visitas domiciliares na primeira infância, atendimentos pediátricos e consultas de puericultura, foram afetados, com algumas restrições e/ou interrupções. Para enfrentar essa situação, ocorreram adaptações e reorganização dos serviços, incluindo a oferta de serviços remotos. No entanto, muitas famílias, especialmente as mais vulneráveis, enfrentaram dificuldades para acessar a internet (FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL, 2023). No município de São Paulo, 36% das crianças menores de 59 meses tiveram acesso aos serviços de saúde interrompido devido à pandemia (BRASIL, 2023).

Foi evidenciada uma redução na cobertura vacinal em todos os Estados do País, chegando a uma diminuição de 26%. A procura por vacinação em crianças com até seis anos foi afetada durante a pandemia devido a diversos fatores, incluindo o receio das pessoas de visitarem as unidades de saúde, a redução ou paralisação temporária dos serviços em algumas áreas e a falta de informação e preocupações sobre a eficácia e segurança da vacina contra a COVID-19 (FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL, 2023). O Projeto PIPAS identificou que 14,8% das crianças menores de 59 meses tiveram atraso no calendário vacinal no município de São Paulo, sendo que no município de Belém esse atraso atingiu 34,7% (BRASIL, 2023).

O distanciamento social representou menor acesso paterno ao pré-natal e até mesmo na participação do nascimento, resultando em menor conhecimento, oportunidade de aconselhamento especializado e de apoio para a puérpera (WABA, 2022). A suspensão da participação do acompanhante durante o parto foi relatada em 45% das localidades pesquisadas, o que representa um retrocesso importante no direito da parturiente e da parceria em acompanhar o nascimento do filho, como preconiza o Marco Legal da Primeira Infância, instituído através da Lei nº 13.257/2016 (FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL, 2022).

Segundo dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, a consulta de pré-natal do parceiro, que foi instituída no rol de procedimentos do SUS em 2017 e apresentava desde então uma adesão crescente, apresentou queda de 13% entre 2019 e 2021 (FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL, 2022).

Algumas instituições hospitalares implementaram políticas não baseadas em evidências, como a separação do binômio mãe-bebê em caso suspeito da doença (WABA, 2022). Além disso, o apoio por meio de grupos não ficou acessível (WABA, 2022). De acordo com uma publicação da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal em parceria com o Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF), as atividades de natureza coletiva, como os grupos de gestantes e os que abordavam os cuidados com as crianças na primeira infância foram extremamente prejudicados durante a pandemia, sendo reduzidos ou suspensos em 86% dos municípios brasileiros que participaram do estudo. Muitas informações são repassadas em atividades coletivas pela falta de tempo disponível nas consultas individuais, o que prejudicou a orientação adequada nesse período (FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL, 2022).

O período prolongado do distanciamento social imposto pela pandemia trouxe diferentes efeitos psicológicos e sociais, aumentando a vulnerabilidade de segmentos

específicos. As chances de exposição à violência, abuso físico e mental nessas circunstâncias são maiores na clientela materno-infantil. O estresse e o estado emocional influenciam diretamente na ejeção láctea e no vínculo entre mãe e bebê (JÁCOME et al, 2021)

Com esse cenário, o acesso a informações disponíveis na internet tornou-se uma fonte de busca para muitas famílias com dificuldades no manejo adequado da amamentação. A desinformação sobre o COVID-19, o marketing desenfreado das indústrias de fórmulas influenciando nas decisões alimentares e o crescimento dos influenciadores digitais podem interferir no estabelecimento do aleitamento materno (WABA, 2022).

Um estudo transversal, realizado na Bélgica em 2020, analisou o impacto da pandemia percebido pelas mulheres em suas práticas de amamentação, aconselhamento médico e apoio social no contexto da atenção primária. Com uma amostra de 3.823 lactantes, 91% das mães referiram que não alteraram a alimentação do bebê por conta da pandemia. Entre as que tinham alterado a alimentação, 82% afirmaram ofertar mais leite materno no intuito de proteger o bebê de uma infecção através da amamentação e também pelo fato de estarem em casa por conta do isolamento social. As razões mais frequentes citadas pelas lactantes que reduziram a oferta de leite materno no período pandêmico foram a diminuição da produção láctea, provavelmente pelo excesso de preocupações quanto aos riscos inerentes à contaminação pelo vírus, bem como a somatória de responsabilidades, como atenção à criança e os cuidados domésticos (CEULEMANS et al., 2020). Em contraste, o aconselhamento em saúde e o apoio social foram afetados negativamente pelo bloqueio sanitário. Mulheres primigestas vivenciaram maior dificuldade com a redução no acesso aos serviços de saúde (CEULEMANS et al., 2020).

Em 2021, Ceulemans et al. buscaram avaliar o estado de saúde mental de mulheres grávidas e lactantes de países como Irlanda, Noruega, Suíça, Holanda e Reino Unido diante da pandemia, identificando fatores associados. A pesquisa foi conduzida entre junho e julho de 2020, após o primeiro pico de transmissão, em um momento em que as medidas de prevenção da transmissão estavam mais rígidas. Foi observado uma prevalência maior de sintomas depressivos e ansiedade generalizada, com relato das mulheres de aumento de sofrimento psicológico com a exclusão de seus parceiros de consultas de pré-natal e parto. O fato de a mulher ter uma doença crônica prévia foi identificado como um fator de risco para doença mental perinatal e o acesso limitado aos serviços de saúde nesse período podem ter contribuído potencialmente para um aumento da carga psicológica. O status profissional também pareceu ter impacto nos níveis de ansiedade e estresse, sendo que o período caracterizou-se por altas taxas de perda de empregos e a substancial insegurança no trabalho.

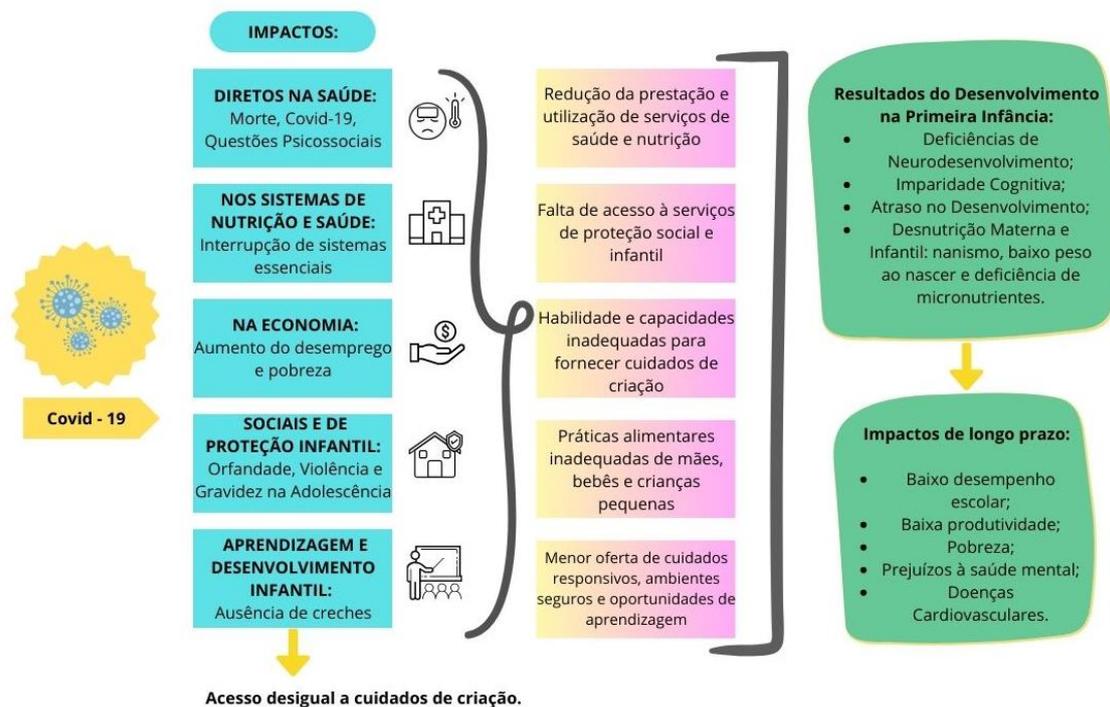
Em 2021, Jácome et al. avaliaram o impacto na mortalidade infantil na Colômbia devido à diminuição da prevalência do aleitamento materno decorrente do isolamento social imposto pela pandemia. Por meio de um programa de modelagem matemática, buscou-se o risco relativo (RR) da associação entre aleitamento materno exclusivo, a ocorrência de diarreias e o impacto no crescimento infantil, mostrando que a menor prevalência de aleitamento materno possui impactos na morbimortalidade infantil a curto e a longo prazo. Houve um déficit de crescimento de 11,39% entre 6 a 11 meses de idade, um aumento de 5,67% nos casos de diarreia entre 1 a 5 meses e um aumento de 9,04% de óbitos em menores de 5 anos com a diminuição de 50% na prevalência do aleitamento materno.

A pandemia de COVID-19 e as medidas de controle associadas geraram uma série de efeitos amplos e interconectados nos cuidados com a infância e nos resultados

do desenvolvimento infantil. Esses impactos influenciaram diversos aspectos, como o desenvolvimento cognitivo, físico, linguístico, motor, social e emocional das crianças, com consequências diretas e indiretas a longo prazo. Essas implicações incluem efeitos diretos na saúde física e mental, com a possibilidade de doenças e óbitos causados pela infecção por COVID-19, resultando em deterioração da saúde mental e do bem-estar das crianças. Além disso, os óbitos relacionados à pandemia levaram a um aumento no número de crianças órfãs e a um agravamento das adversidades enfrentadas por elas (SHUMBA et al., 2020).

Os efeitos sociais também se manifestaram na escassez de serviços sociais e de proteção infantil disponíveis para apoiar pais e cuidadores. Além disso, os impactos no desenvolvimento e na educação infantil, que incluem a limitação de acesso a serviços de cuidados institucionais e creches, intensificaram-se consideravelmente durante esse período, prejudicando o aprendizado necessário para o desenvolvimento cerebral em fase crítica desse desenvolvimento. Por último, os desdobramentos econômicos exerceram uma influência direta sobre todos esses impactos, contribuindo para o aumento do estresse tanto entre os cuidadores como entre as crianças (SHUMBA et al., 2020).

FIGURA 1 - Quadro Conceitual Multifatorial sobre os Impactos da COVID-19 e respostas relacionadas aos cuidados na infância



Fonte: Traduzido de SHUMBA et al., 2022.

1.8 Determinantes do aleitamento materno

Os determinantes da amamentação são multifatoriais e necessitam de medidas de suporte em diversos níveis de atenção, envolvendo políticas públicas, condições de trabalho para mulheres e serviços de saúde que prestem apoio para as mulheres que amamentam, sendo então uma responsabilidade coletiva da sociedade (ROLLINS et al., 2016)

Quase todas as mulheres são capazes de amamentar, exceto portadoras de condições de saúde pontuais e específicas (WHO, 2009). Entretanto, o ato de amamentar é fortemente afetado por fatores históricos, culturais, socioeconômicos e individuais (ROLINGS et al., 2016). Alguns dos determinantes do aleitamento materno são: trabalho materno; sistemas e serviços de saúde; família e comunidade, fatores individuais, marketing da indústria de alimentos para lactentes e uso de bicos artificiais. A seguir, cada determinante será abordado.

O trabalho materno é um dos motivos principais para não amamentar ou para a sua interrupção precoce, visto que possui um efeito multidimensional, envolvendo a fadiga, a praticidade, a duração da licença maternidade, a jornada de trabalho e a necessidade de locais próprios para amamentação ou extração láctea (ROLINS et al, 2016).

Quanto aos sistemas e serviços de saúde, os profissionais de saúde desempenham papel importante como educadores em saúde e apoiadores nas decisões sobre amamentação em períodos críticos, na gestação, parto, pós-parto e nos desafios para amamentação exclusiva e continuada. Porém, existe uma certa dificuldade em todos os níveis de profissionais quanto ao manejo efetivo e habilidades nessa área (ROLINS et al., 2016).

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) recomenda que a gestante deve realizar no mínimo seis consultas no pré-natal (BRASIL, 2002). Quanto antes iniciar o acompanhamento, maior a chance de assimilar todas as informações, detectar possíveis problemas e estabelecer o autocuidado durante o período gestacional (SANTOS et al., 2019).

Alguns fatores podem resultar em início tardio da amamentação, separação da mãe e criança e oferta de fórmula infantil, como gestação de alto risco, parto assistido com intervenções excessivas e desnecessárias, permanências longas em ambiente hospitalar, doença materna, prematuridade, recém-nascido com baixo peso ao nascer (ROLINS et al., 2016).

O tipo de parto é outro determinante que pode influenciar no desenvolvimento da amamentação, visto que o parto normal proporciona o contato pele a pele precoce entre mãe e bebê e favorece a mamada na primeira hora de vida, fortalecendo o vínculo afetivo entre ambos. A recomendação da primeira amamentação imediatamente após o

parto é uma das estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e corresponde ao quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (SANTOS et al., 2019). Em 2015, a OMS publicou um documento reforçando a recomendação da comunidade internacional de saúde que, desde 1985, a taxa ideal de cesáreas esteja entre 5 a 15% dos partos totais para benefício da saúde materno-infantil (WHO, 2015).

O peso ao nascer é outro fator que pode influenciar os resultados da amamentação, visto que crianças com baixo peso podem ter dificuldade em sugar a mama da mãe e são mais suscetíveis a ficarem mais tempo internadas, contexto em que a separação mãe-filho pode impactar negativamente nos resultados da amamentação (NASCIMENTO et al., 2021).

Pensando-se em família e comunidade, as experiências afetam a incidência e a duração da amamentação. O apoio paterno aumenta a prevalência do aleitamento materno, pois auxilia na saúde mental materna, na autoconfiança, na satisfação emocional e consequente manutenção da produção láctea (BAR-YAM & DARBY, 1997). Por outro lado, em algumas sociedades, culturalmente o colostro é substituído por fórmula infantil, impedindo o estabelecimento da prática de amamentar nos primeiros dias (MEYERINK & MARQUIS, 2002).

No que se refere aos fatores individuais, há uma associação entre idade materna e aleitamento, sendo que estudos relacionam mães adolescentes a uma maior dificuldade de amamentar devido à inexperiência e imaturidade psicológica, observando-se uma tendência às mães mais jovens amamentarem por um período menor em comparação a mulheres na idade adulta (SANTOS et al., 2019).

Em relação ao nível de escolaridade, existe uma divergência nos resultados de pesquisas. Quanto maior o grau de instrução, maior a compreensão das informações recebidas no pré-natal, o que pode favorecer no processo. Por outro lado, a maior

escolaridade contribui para a inserção da mulher no mercado de trabalho e também para aquisição de renda maior, tornando-se mais fácil o acesso a substitutos de leite materno, chupetas e mamadeiras (SANTOS et al., 2019).

Pesquisas mostram que em países de baixa e média renda, observa-se uma tendência peculiar no padrão de amamentação, em que as mulheres de menor poder aquisitivo amamentam por períodos mais prolongados do que suas contrapartes mais ricas. Esta dinâmica contrasta com a situação em países de alta renda, onde o inverso é verdadeiro. As taxas mais baixas de amamentação continuada em famílias de maior renda sugerem a possibilidade de mães de baixa renda recorrerem a substitutos do leite materno à medida que experimentam um aumento em sua renda, uma preocupação agravada pelas taxas decrescentes em populações economicamente desfavorecidas (VICTORA et al., 2016).

A primiparidade é um fator de risco maior para aleitamento materno não exclusivo e até para o desmame precoce em relação às mães multíparas, provavelmente pela ausência de experiência prévia. Normalmente a insegurança na primeira experiência com a maternidade está interligada ao fato de a mãe ser mais jovem e com menor grau de instrução (MARTINS et al., 2011).

As intercorrências mamárias da lactante durante a hospitalização e nos primeiros dias de vida do recém-nascido, como fissuras mamilares, ingurgitamento mamário, mastite, candidíase, vasoespasma mamilar, entre outros, representam um risco para o desmame precoce decorrente da dor ao amamentar, principalmente por traumas mamilares desencadeados por posicionamento e pega inadequados (FIGUEIREDO et al., 2013).

Algumas pesquisas apontam o sexo do lactente como influenciador quanto à prática da amamentação. Na II Pesquisa de Prevalência em Aleitamento Materno nas

Capitais Brasileiras e Distrito Federal, publicada em 2009, o sexo feminino foi associado à maior prevalência de aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 2009). Estudos sugerem a hipótese de que mães imaginam culturalmente que meninos necessitam de maior aporte energético e nutricional, iniciando a alimentação complementar de forma precoce (BUCCINI et al., 2014). Esse determinante é variável globalmente, de acordo com a cultura de cada nação. Por exemplo, na Índia um estudo demonstrou que bebês do sexo masculino apresentaram quatro vezes mais chances de serem amamentados, sendo que essa diferença pode ser atribuída pela configuração da família patriarcal do país (KAZMI et al., 2021).

Quanto ao marketing, a indústria de substitutos do leite materno é grande e crescente, sendo que sua propaganda enfraquece os esforços para ampliar a prática da amamentação (ROLINS et al., 2016).

Em fevereiro de 2022, a OMS em conjunto com a UNICEF e parceiros divulgaram um Relatório intitulado “*Como o marketing do leite artificial influencia nossas decisões sobre alimentação infantil*”, o qual se baseou na experiência de pais, mães, gestantes e profissionais de saúde em oito países. O documento expõe estratégias de marketing sistemáticas e antiéticas utilizadas pela indústria de fórmulas infantis, que lucra bilhões com a venda de seus produtos, responsáveis por enraizar a cultura do desmame, violando os compromissos internacionais sobre práticas saudáveis de alimentação (WHO, 2022).

Existe uma relação negativa entre o uso de chupeta e o processo de amamentação, além de provocar alterações na saúde da criança. O uso dos bicos pode estar relacionado a questões culturais, à insegurança materna na amamentação, ao impacto do choro nos pais e ao comportamento do bebê (BUCCINI et al., 2014). A relação entre uso de chupeta e a interrupção da amamentação é complexa e pode ter

componentes de causa, coincidência, consequência ou estar relacionada ao perfil do bebê e da família. As recomendações variam de acordo com as vertentes: a Academia Americana de Pediatria defende o uso de chupeta após três a quatro semanas de amamentação estabelecida, pela possível proteção contra a morte súbita infantil; já a OMS recomenda a posição ao dormir e o aleitamento materno exclusivo como proteção, conforme sugerem os 10 Passos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. (BUCCINI et al., 2019).

Um estudo conduzido por Buccini et al., em 2014, investigou os determinantes do uso de bicos artificiais em uma amostra de 34.366 crianças residentes em capitais brasileiras, classificando em três desfechos distintos: (1) uso de chupeta; (2) uso de mamadeira; (3) uso de ambos.

Características maternas como trabalhar fora e a primiparidade associaram-se aos três desfechos. Esses fatores demonstram que a insegurança em manejar o choro do bebê em uma mãe inexperiente pode induzir ao uso de bicos artificiais. O retorno ao trabalho e trabalhar fora de casa são situações de grande vulnerabilidade e consequente introdução de bicos e mamadeiras.

Já características do bebê como baixo peso ao nascer, nascimento por cirurgia cesariana e sexo masculino estiveram associados a dois desfechos, sendo eles o uso exclusivo de mamadeira e o uso de bicos artificiais. O baixo peso ao nascer gera angústia entre familiares e equipes de saúde, visto que está relacionado a riscos sobre sobrevivência. Essa situação leva a indicação precoce de complementos, que geralmente são ofertados em mamadeiras. A vulnerabilidade associada ao uso de chupetas nesse grupo pode estar relacionada às condições estressantes na vivência hospitalar. Além disso, o nascimento através de cirurgia cesariana atrasa de forma significativa o início da amamentação, diminuindo a sua frequência e aumentando o uso de bicos artificiais.

Em relação ao sexo, novamente sugere-se que as mães idealizam uma necessidade nutricional maior em meninos, iniciando então a complementação com mamadeiras. Quanto à propensão maior para uso de chupetas no sexo masculino, necessita-se de mais estudos qualitativos na área para explicar o fato.

A idade da criança foi associada aos desfechos de forma diferentes: enquanto a exposição à chupeta ocorre precocemente e se trata de um processo dinâmico até o terceiro e quarto mês de vida da criança, o uso de mamadeiras está associado à introdução de outros líquidos, aumentando seu uso conforme o crescimento da criança (BUCCINI et al., 2014).

O objeto de estudo desta pesquisa é o panorama do aleitamento materno no município de Registro, localizado no Estado de São Paulo, entre crianças menores de dois anos, nascidas durante a pandemia de COVID-19. O tema central é a prevalência do aleitamento materno, abordando modalidades como exclusivo, predominante, misto e total, no contexto da situação pandêmica.

2. JUSTIFICATIVA

Desde 2020, com o surgimento de um vírus altamente contagioso, o potencial impacto da infecção pelo SARS-CoV-2 na saúde materno-fetal e as medidas de contenção e isolamento social, o sistema de saúde convive com desafios na atenção à saúde materno-infantil, levando a mudanças, tanto na assistência obstétrica, como no atendimento e acompanhamento de puericultura.

Apesar do aumento da prevalência de aleitamento materno com o passar dos anos, ainda se está aquém da proposta da OMS de aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses até pelo menos 50%. Atualmente, não se sabe os efeitos da pandemia nesse cenário.

O estudo se ergueu na necessidade de conhecer o diagnóstico atual do município de Registro, no Estado de São Paulo, quanto às taxas de aleitamento materno e procurou explorar a hipótese de que a pandemia de COVID-19 e as medidas implementadas para conter a disseminação do vírus poderiam ter representado um impacto negativo na prevalência do aleitamento materno em âmbito municipal. Assim, os resultados dessa investigação poderão servir de subsídio para o planejamento de ações que fortaleçam a assistência em saúde, no contexto da promoção do aleitamento materno no município.

Do ponto de vista de saúde pública, evidências sobre o impacto da COVID-19 nas práticas de amamentação, assistência médica e apoio social são importantes para se compreender as consequências da pandemia na saúde materno-infantil, contribuindo para planejamento de estratégias para a redução de eventos adversos e a organização de cuidados perinatais durante possíveis futuras calamidades públicas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever a prevalência do aleitamento materno no município de Registro-SP considerando a pandemia de COVID-19.

3.2 Objetivos específicos

- Estimar a prevalência de aleitamento materno exclusivo, predominante, misto e de aleitamento materno;
- Descrever a prevalência do aleitamento materno cruzado;
- Descrever o funcionamento dos serviços de saúde relacionados ao pré-natal, parto e pós-parto no contexto da pandemia;

4. MÉTODOS

4.1 População e desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo, com amostra composta por 371 crianças, com idades entre 0 a 24 meses. Foi utilizado um questionário desenvolvido para o estudo com o objetivo de coletar informações sobre o perfil da amamentação e o acesso ao serviço de saúde no pré-natal e pós-parto, tendo em vista as mudanças ocorridas na saúde com a pandemia de COVID-19. O estudo envolveu um inquérito de base populacional direcionado a mães de lactentes menores de 24 meses com cadastro completo nas Estratégias Saúde da Família, independente se eram usuárias dos atendimentos de puericultura da unidade ou apenas de vacinação.

Foram considerados como critérios de exclusão relacionados à criança: prematuridade, baixo peso ao nascer, anomalias congênitas com impedimento de alimentação via oral sem a adaptação de consistência, o uso de cateter nasogástrico ou gastrostomia, crianças em que a mãe recebeu contraindicação ao aleitamento materno por apresentar algum fator de risco à mãe ou à criança, crianças expostas ao HIV e mães menores de 18 anos.

Para aplicação do questionário, foi levantado no sistema PEC-eSUS o número de crianças entre 0 e 24 meses com cadastros considerados completos no sistema de gestão de prontuários eletrônicos adotado pelo município, independentemente de realizar ou não o acompanhamento em saúde no SUS. Foram excluídas crianças com cadastros classificados como incompletos, ou seja, com situação de não confirmação do endereço cedido para o estabelecimento de saúde.

Em 27 de outubro de 2022, houve uma capacitação para condução da pesquisa, com duração de 4 horas, no auditório da DRS-XII, onde foram convocados os

enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Houve explanação sobre a relevância da pesquisa, os critérios de exclusão da amostra, a apresentação das crianças sorteadas, o termo de consentimento livre e esclarecido e dinâmicas para aplicação do questionário, com possibilidade de sanar quaisquer dúvidas. Nesse dia ficou definido um responsável por cada unidade, para organizar as entrevistas do local e enviar por remessa para a pesquisadora até a data limite. A lista de presença consta no Apêndice 1.

Como não houve presença de profissionais da ESF Arapongal Leste nesse treinamento, o mesmo foi repetido in loco no dia 03/11/2022. A lista de presença consta no Apêndice 2.

O questionário foi aplicado às mães por agentes comunitários de saúde (ACS) durante os meses de novembro e dezembro de 2022. As entrevistas foram realizadas na própria unidade de saúde durante a rotina de puericultura, ou através de visitas domiciliares.

4.2 Cenário do estudo

4.2.1 Características sócio-demográficas do município de Registro

O município de Registro está situado no Vale do Ribeira, no Estado de São Paulo, a 187 km da capital do Estado e possui 54.261 habitantes, sendo 88,8% de área urbana e 11,2% de área rural. Com uma densidade demográfica de 75,2 habitantes/km², apresenta como principais atividades econômicas o comércio e serviços gerais, indústria de beneficiamento e agropecuária. Na agricultura destaca-se a produção de banana e palmito, enquanto na pecuária, 40,6% do rebanho é bubalino (IBGE/SEADE, 2023).

Em 2020, o salário médio mensal era de 2,2 salários mínimos e 36,1% da população apresentava rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 25,1% (IBGE, 2023).

Em novembro de 2021, 8728 famílias estavam cadastradas no Cadastro Único, sendo 3174 famílias em situação de extrema pobreza, 1181 famílias em situação de pobreza e 2313 de baixa renda (SAGI, 2022). Em fevereiro de 2022, 4226 famílias foram beneficiadas com o Auxílio Brasil, recebendo um benefício médio mensal de R\$ 407,84.

A população é composta por 51,1% de mulheres e 48,9% de homens, sendo que 20,0% estão na faixa etária de 0 a 14 anos, 23,0% entre 15 a 29 anos, 40,5% entre 30 a 59 anos e 16,5% estão com 60 anos ou mais (SEADE, 2023).

Registro-SP possui uma taxa de analfabetismo de 3,53% na população com 15 anos ou mais e a média de anos de estudos da população de 15 a 64 anos é de 9,97 anos (SEADE, 2021).

4.2.2 Programas voltados para a saúde de gestantes, puérperas e crianças no município de Registro

O município de Registro está dividido em três distritos sanitários, com 17 estabelecimentos de saúde: são três unidades básicas de saúde (UBS) que servem como referência para 20 equipes de estratégias de saúde da família (ESF).

Em 2020 deixou de existir o Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB). Existem dois hospitais com maternidade, sendo que nenhum possui o título de Hospital Amigo da Criança, concedido pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Também não há banco de leite humano (BLH) na região. A Estratégia

Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) está em fase inicial de implementação, com a formação de três tutoras em 2022.

Em meio à pandemia de COVID-19, a Prefeitura Municipal de Registro impôs medidas de contenção e isolamento social a partir de 18 de março de 2020, o que modificou também o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

Dados do SEADE demonstram que, em 2021, 80,77% da população registrense eram dependentes do sistema único de saúde (SUS) e 19,23% possuem algum benefício de saúde suplementar.

Em 2020, a taxa de mortalidade infantil em Registro foi de 11,84 por mil nascidos vivos, sendo 2,63 a taxa de mortalidade neonatal precoce, 3,95 a taxa de mortalidade neonatal tardia e 5,26 a taxa de mortalidade pós-neonatal. Nesse mesmo ano, a taxa de mortalidade no estado de São Paulo foi de 9,75 (SEADE, 2021).

Segundo dados do SINASC, em 2019, o município apresentou uma taxa de cesárea de 43%, com um total de 879 nascimentos. Em 2020, essa taxa aumentou para 48%, com um total de 760 nascidos vivos. Já em 2021, a taxa elevou-se para 50%, com um total de 777 nascimentos. (SINASC, 2021)

A pandemia de COVID-19 provocou um impacto na assistência na saúde infantil. Até então, o Protocolo de Atenção à Gestante, Puérpera e Recém-nascido da Rede Cegonha contava com a realização de quatro encontros de fisioterapia obstétrica e fluxo do Projeto Vida Nova, com visitas à maternidade para orientações em relação ao aleitamento materno e agendamento imediato da primeira consulta pediátrica na atenção básica. Durante a pandemia, houve alteração na periodicidade de consultas de crianças até os cinco anos de idade: anteriormente, era realizada visita domiciliar pelo enfermeiro da estratégia em até uma semana de vida e as consultas com pediatria eram agendadas para 15 dias, 3, 6, 12 e 24 meses de idade. Logo no início de 2020, houve

suspensão dos grupos de gestantes, da fisioterapia obstétrica, do Projeto Vida Nova e das visitas domiciliares, além do atendimento em pediatria se limitar a uma consulta realizada nos primeiros 30 dias de vida. Somente os casos que necessitavam do especialista eram referenciados novamente para a pediatria.

O município também conta com a implementação de alguns Programas: os Programas Bolsa Família, Criança Feliz e Viva Leite são programas gerenciados em parceria entre a Secretaria de Saúde e de Assistência Social e incluem o acompanhamento de crianças em vulnerabilidades menores de 12 meses.

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência condicionada de renda que beneficia famílias pobres e extremamente pobres, inscritas no Cadastro Único, que prevê o monitoramento do calendário vacinal e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, no mínimo, semestralmente. Observou-se no período de pandemia o aumento do número de pessoas cadastradas, porém houve diminuição do valor médio repassado. No relatório emitido em outubro de 2021, o PBF beneficiou 3469 famílias do município, sendo que, em 2019, nesse mesmo período, esse número baixou para 2784 (SAGI, 2021).

O Programa Viva Leite é um programa estadual presente no município, com dispensação de leite de vaca fluído, integral, pasteurizado, enriquecido com vitamina A, D e Ferro para crianças elegíveis, segundo critérios sociais entre seis meses e seis anos. A entrega do leite acontece duas vezes por semana, totalizando 15 litros no mês. Durante a pandemia, houve manutenção da distribuição de leite pelo Programa, mas notou-se uma queda na distribuição. Em 2020, segundo dados fornecidos pela Secretaria de Assistência Social Municipal, 7.444 famílias foram atendidas pelo Programa Viva Leite, com dispensação de 111.160 litros de leite. Já em 2021, o número de famílias reduziu para 6.537, com um quantitativo de 95.355 litros dispensados no ano.

A principal ação do Programa Criança Feliz é a realização de visitas domiciliares às famílias inscritas no cadastro Único que estão incluídas no programa, com o intuito de ofertar orientações importantes para fortalecer vínculos familiares e comunitários e estimular o desenvolvimento infantil. É uma estratégia de aproximação dos serviços com a família atendida e, por isso, favorecem um reconhecimento mais preciso das características, potencialidades e necessidades de cada contexto, resultando em propostas de intervenção de acordo com cada realidade. De fevereiro de 2020 a julho de 2021, os visitantes do programa realizaram atividades apenas em home-office, entregando os kits nas residências, porém fazendo as orientações através de tablets. A partir de julho de 2021, começaram a realizar visitas pontuais para as poucas gestantes que estavam cadastradas. Em agosto de 2021 conseguiram aumentar o número de cadastros através de busca ativa e parcerias com a secretaria de saúde. Em setembro de 2021, houve o retorno das visitas pelo Programa.

Apesar da existência do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), proposto pelo MS para monitoramento do perfil alimentar de crianças de zero a três anos, o município não faz uso da ferramenta “Marcador de Consumo Alimentar” para coleta de informações sobre a alimentação da população ou ferramenta equivalente. Uma proposta de fortalecimento da importância do preenchimento dos marcadores entre os profissionais de saúde está sendo discutida, para implementação da EAAB no município.

Um estudo transversal, conduzido na campanha de vacinação de 2011, analisou a alimentação de 713 crianças menores de um ano e verificou uma prevalência de aleitamento materno exclusivo de 50% no município de Registro. As crianças que recebiam apenas leite materno no primeiro dia em casa e que não usavam chupeta foram as que apresentaram maiores chances de aleitamento materno exclusivo até os seis

meses. Em relação à introdução da alimentação complementar, mais de 70% das mães ofertaram alimentos não saudáveis aos bebês entre 6 a 12 meses de idade (TAMASIA et al., 2015)

Outro estudo transversal de abordagem quantitativa, conduzido em 2019 no município, buscou identificar a frequência do consumo alimentar de crianças de zero a 23 meses. Foram entrevistadas 911 mães, em que o consumo alimentar inadequado entre menores de 06 meses apresentou prevalência de 38,3% e entre 6 meses a 23 meses predominou o consumo de leite que não o do peito, bebidas açucaradas, biscoitos recheados, doces e guloseimas (SILVA et al., 2021).

4.3 Amostragem

Para delinear o plano amostral, foram consideradas as crianças nascidas vivas nos 24 meses que antecederam a data do sorteio (outubro de 2022) e identificadas segundo a situação cadastral no sistema E-SUS, sendo consideradas apenas aquelas crianças com situação cadastral completa nas 20 unidades de saúde participantes do estudo. As crianças foram divididas em dois grupos: < 6 meses e 6 a 24 meses, permitindo a obtenção de estimativas de AME (< 6 meses) e AM (6 a 24 meses).

Em outubro de 2022, o município contava com 104 crianças menores de 6 meses cadastradas nas unidades de saúde. Por se tratar de um número pequeno, optou-se por incluir todas as crianças nessa faixa etária como a população do grupo 1. As crianças que nasceram durante o período da coleta de dados e se cadastraram nas unidades de saúde após o sorteio, também foram convidadas para participar.

O levantamento do grupo 2 identificou 514 crianças, entre 6 a 24 meses, cadastradas nas unidades de saúde. O tamanho da amostra para o grupo 2 foi calculado

pela expressão: $n = \frac{p(1-p)}{(d/z)^2}$, sendo “p” a proporção populacional a ser estimada (prevalência AM = 50%), “d” o erro de amostragem máximo a ser tolerado e “z=1.96” o valor da curva normal correspondente a um intervalo de confiança de 95%. Para $p=0,50$ e $d=0,05$, o valor seria 384. Aplicando o ajuste para populações finitas, o tamanho da amostra foi de 251 crianças. Foram sorteados 20% de crianças a mais, por conta de perdas eventuais devido a não resposta e 20% a mais por conta de inelegibilidade. Portanto, foram sorteadas 392 crianças entre 6 e 24 meses de idade.

Uma vez obtidos os dados consolidados de cadastros completos de cada ESF do município e a definição do tamanho da amostra, foi realizada a distribuição do número de crianças proporcionalmente ao total de cadastros completos de cada unidade de saúde e conduzido o sorteio aleatório das crianças. As crianças foram distribuídas segundo unidade de acordo com a Tabela 1.

A Figura 2 ilustra o contexto da amostra durante o período da pandemia de COVID-19.

Tabela 1: Distribuição das crianças da amostra segundo unidade de saúde de referência.

Unidade de Saúde	Cadastros nas UBS			Amostra		
	Crianças de 0 a 5 meses e 29 dias (outubro de 2022)	Crianças de 6 a 23 meses e 29 dias (outubro de 2022)		População do estudo de 6 meses a 23 meses e 29 dias		
		N	N	%	Amostra final desejada	Sorteio
ESF Agrochá 1	3	34	6,6	17	26	6,6
ESF Agrochá 2 e 3	4	17	3,3	8	13	3,3
ESF Alay Correa	7	16	3,1	8	12	3,1
ESF Arapongal Leste	10	52	10,1	25	40	10,1
ESF Arapongal Oeste	12	41	8,0	20	31	8,0
ESF Caiçara	7	20	3,9	10	15	3,9
ESF Capinzal	2	9	1,8	4	7	1,8
UBS Centro (ESF Centro I e Centro II)	2	21	4,1	10	16	4,1
ESF Jacatirão	3	12	2,3	6	9	2,3
ESF Jardim SP	4	47	9,1	23	36	9,1
ESF Manoel Camilo	2	12	2,3	6	9	2,3
ESF Nosso Teto	13	41	8,0	20	31	8,0
ESF Registro B	4	26	5,1	13	20	5,1
ESF Ribeirópolis	7	50	9,7	24	38	9,7
ESF São Nicolau	9	39	7,6	19	30	7,6
ESF Serrote	4	19	3,7	9	14	3,7
ESF Vila São Francisco	7	31	6,0	15	24	6,0

ESF Votupoca	2	10	1,9	5	8	1,9
ESF Xangrilá	2	17	3,3	8	13	3,3
Total	104	514	100,0	251	392	100,0

Figura 2 - Linha do Tempo para Contextualização da Amostra



4.4 Instrumento de coleta de dados

Foi aplicado um questionário para as mães das crianças que compõem a amostra, com questões predominantemente fechadas. O questionário contemplou questões sobre o consumo nas últimas 24 horas de leite materno, de outros tipos de leite e outros alimentos, incluindo água, chás e outros líquidos, seguindo as recomendações da OMS para levantamentos sobre amamentação (WHO, 2021). Também foram abordadas questões relacionadas à idade materna, o grau de instrução escolar, a oferta ao recém-nascido de bicos artificiais e acesso à atenção à saúde durante o pré-natal, parto e pós-parto. O questionário foi desenvolvido pela pesquisadora e orientadora para a realização do presente estudo, considerando a experiência clínica de ambas, os marcadores de consumo alimentar e literatura.

4.5 Variáveis de estudo

No âmbito deste estudo, diversas variáveis foram cuidadosamente selecionadas para compreender e analisar os diferentes aspectos relacionados ao aleitamento materno. No que concerne às "Variáveis de Aleitamento Materno", o teste de linguinha foi incluído para avaliar a presença de possíveis restrições linguais que poderiam afetar a amamentação. A amamentação na primeira hora de vida foi considerada crucial, sendo uma variável que destaca a importância do início precoce desse processo. Além disso, o uso de bicos, chupetas e mamadeiras foi investigado, visando compreender o impacto desses dispositivos na prática da amamentação. A oferta de fórmula infantil na maternidade e como foi ofertada também foram avaliadas como uma variável relevante para compreender influências externas nas escolhas das mães. Intercorrências mamárias,

por sua vez, foram consideradas para entender eventuais complicações associadas à saúde da mama durante o período de amamentação. Examinar a variável de amamentação cruzada em foi importante para compreender práticas alimentares e promover estratégias eficazes de suporte à saúde infantil.

No contexto das "Variáveis Relacionadas à Pandemia de COVID-19", o número de consultas realizadas no pré-natal foi monitorado, assim como as faltas nessas consultas, considerando possíveis impactos da pandemia nas visitas regulares. A presença do acompanhante durante o pré-natal, parto e consultas pós-parto foi explorada para compreender a dinâmica de apoio nesses momentos críticos. O contato pele a pele, a orientação de amamentação pelo hospital ou unidade de saúde e a possível dificuldade no acesso a alimentos saudáveis foram variáveis cuidadosamente escolhidas para capturar nuances específicas do contexto da pandemia. Analisar a variável de amamentação na primeira hora de vida durante a pandemia de COVID-19 foi necessário para compreender o impacto das circunstâncias da crise sanitária na promoção do aleitamento materno precoce, destacando medidas cruciais para garantir a saúde neonatal. A limitação no auxílio das dificuldades de amamentação com a pandemia foi investigada para entender como os desafios relacionados à amamentação podem ter sido exacerbados durante esse período.

Em relação as "Variáveis de Saúde", foram analisadas a posse de convênio médico, paridade, via de parto, serviço de parto, peso ao nascer, idade gestacional, internação neonatal e registros de peso e altura na caderneta da criança. Esses elementos fornecem um contexto sobre as condições de saúde, experiências maternas e características neonatais. Ao incorporar essas variáveis na análise descritiva, é possível identificar padrões, tendências e correlações que contribuem para uma compreensão

mais completa dos determinantes da prevalência de amamentação em uma população específica.

Por fim, as "Variáveis Sociodemográficas e de Estilo de Vida", incluíram informações como área de residência, idade, escolaridade e ocupação maternas, situação conjugal, acesso a benefícios do governo e sexo do lactente. Essas variáveis foram selecionadas para compreender o contexto sociodemográfico das mães e sua influência nas práticas de amamentação, proporcionando uma visão abrangente e detalhada das diferentes facetas envolvidas neste importante aspecto da saúde infantil.

4.6 Análise de Dados

Foram utilizados indicadores recomendados pela OMS (WHO, 2021) e indicadores utilizados no ENANI 2019, além de outros baseados nas recomendações do Guia Alimentar para Crianças Menores de dois Anos de 2019. (BRASIL, 2019).

As variáveis do presente estudo foram definidas da seguinte forma:

(1) Prática de Aleitamento materno exclusivo (quando a criança recebe leite materno, líquidos para reidratação oral e / ou gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos do zero aos 6 meses);

(2) Prática de Aleitamento materno continuado dos 6 aos 24 meses.

Quadro 1. Indicadores relacionados ao início do aleitamento materno

Indicador	Descrição	Fonte
Prevalência de crianças amamentadas	Proporção de crianças com até 23 meses (<730 dias) alguma vez amamentadas	OMS, 2021
Prevalência do aleitamento materno na primeira hora de vida	Proporção de crianças com até 23 meses (<730 dias) que foram colocadas no	OMS, 2021

	seio materno na primeira hora de vida	
--	---------------------------------------	--

Quadro 2. Indicadores de aleitamento materno entre menores de seis meses

Indicador	Descrição	Fonte
Prevalência de aleitamento materno exclusivo	Proporção de crianças menores de 6 meses (<183 dias) que receberam exclusivamente leite materno no dia anterior à avaliação	OMS, 2021
Prevalência de aleitamento materno misto	Proporção de crianças menores de 6 meses (<183 dias) que receberam fórmula infantil e/ou leite animal e leite materno	OMS, 2021

Quadro 3. Indicadores de aleitamento materno entre menores de dois anos

Indicador	Descrição	Fonte
Prevalência de aleitamento materno entre crianças menores de dois anos	Proporção de crianças com até 23 meses (<730 dias) que receberam leite materno no dia anterior à avaliação	Brasil, 2009
Prevalência de aleitamento materno continuado	Proporção de crianças entre 12 a 23 meses (≥ 365 e < 730 dias) que receberam leite materno no dia anterior à avaliação	OMS, 2021

Quadro 4. Indicadores de práticas relacionadas ao aleitamento materno cruzado

Indicador	Descrição	Fonte
Prevalência de Aleitamento materno cruzado entre mães de crianças menores de 2 anos de idade	Proporção de mães de crianças com até 23 meses (<730 dias) que amamentaram outras crianças que não a sua, ou que deixaram seu filho mais novo ser amamentados por outra lactante	SeeHausen et al., 2017 APUD Enani

Quadro 5. Indicadores de uso de chuquinhas, chupetas e mamadeiras

Indicador	Descrição	Fonte
Prevalência do uso de chuquinhas e mamadeiras	Proporção de crianças com até 23 meses (<730 dias) que usaram chuquinhas ou mamadeiras	OMS, 2021
Prevalência do uso de chupetas	Proporção de crianças com até 23 meses (<730 dias) que usaram chupeta	Brasil, 2009

Os dados do inquérito foram digitados no programa Epiinfo e exportados ao Microsoft Excel. O banco de dados foi transportado para o programa Stata para análise estatística, por meio da descrição das frequências absolutas (n) e relativas (%) e os respectivos intervalos de confiança de 95%.

Para as análises, as crianças foram estratificadas em dois grupos principais: crianças menores de 6 meses e crianças entre 6 e 24 meses. Em cada um destes grupos

principais, foram também estratificadas para calcular o indicador de interesse, avaliando a estatística descritiva dos dados.

4.7 Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde em 29/08/2022, obtendo aprovação em 12/09/2022 sob o Parecer 5.636.209/2022 CAAE 62630822.9.0000.5469 (Anexo A). Todos os participantes voluntários forneceram seu consentimento por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), respeitando as Resoluções nº 466 de 12 de dezembro de 2012, nº 510 de 07 de abril de 2016 e a nº 580 de 22 de março de 2018 do Conselho Nacional de Saúde. Uma via do TCLE foi entregue ao participante e outra via ficou em posse do pesquisador (Apêndice 4).

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra do estudo

A partir do conjunto de domicílios visitados e convocações para consultas de puericultura, foram alcançadas informações referentes a 371 crianças, sendo 133 menores de 5 meses e 29 dias e 238 entre 6 meses e 23 meses e 29 dias. Obteve-se um número de crianças menor do que o calculado devido a recusas, endereços desatualizados e crianças que estavam em idade fora da faixa de interesse no dia da entrevista.

A Tabela 2 refere-se às características sociodemográficas da amostra. Identificou-se que 87,9% das famílias entrevistadas residiam na área urbana, 63,1% referiram ser da raça/cor branca e houve uma distribuição muito semelhante entre as faixas etárias maternas, sendo que 29,1% das mães estavam entre 18-24 anos. Com relação à escolaridade e ao emprego, 68,9% possuíam o Ensino Médio Completo e 61,1% não trabalhavam fora de casa. Constatou-se que 84,1% das mães relataram ter companheiro e 81,4% eram SUS dependentes. Verificou-se que 37,4% das famílias eram beneficiárias do Programa Auxílio Brasil e 15,4% referiram dificuldades na aquisição de alimentos saudáveis nos 24 meses que antecederam a pesquisa.

Tabela 2 - Caracterização da amostra (n=371). Registro, São Paulo, 2022.

Características	< 6 meses		6 - 24 meses		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>Área de residência</i>						
Urbana	117	88,0	209	87,8	326	87,9
Rural	16	12,0	29	12,2	45	12,1
<i>Raça</i>						
Branca	78	58,7	156	66,6	234	63,1
Parda	51	38,4	74	31,1	125	33,7
Preta	4	3,0	4	1,7	8	2,2

Amarela	0	0,0	4	1,7	4	1,1
<i>Idade da mãe (anos)</i>						
18-24	48	36,1	60	25,2	108	29,1
25-29	27	20,3	60	25,2	87	23,5
30-34	33	24,8	48	20,2	81	21,8
Mais 35	25	18,8	70	29,4	95	25,6
<i>Escolaridade Materna</i>						
Fundamental	23	17,6	37	15,7	60	16,4
Ensino médio	90	68,7	162	68,9	252	68,9
Técnico	2	1,5	7	3,0	9	2,5
Superior	16	12,2	29	12,4	45	12,3
<i>Trabalho remunerado</i>						
Trabalha fora	24	18,1	96	40,5	120	32,4
Licença maternidade	24	18,1	0	0,0	24	6,5
Não trabalha	85	63,9	141	59,5	226	61,1
<i>Companheiro</i>						
Sim	114	85,7	198	83,2	312	84,1
Não	19	14,3	40	16,8	59	15,9
<i>Convênio Médico</i>						
	16	12,0	53	22,3	69	18,6
<i>Benefício</i>						
Não	75	57,3	115	48,3	190	51,5
Auxílio Brasil	47	35,9	91	38,2	138	37,4
Viva Leite	3	2,3	4	1,7	7	1,9
Ambos	4	3,1	22	9,2	26	7,1
Outros	2	1,5	6	2,5	8	2,2
<i>Dificuldade no acesso a alimentos saudáveis</i>						
	18	13,5	39	16,4	57	15,4

Os dados relativos ao parto e nascimento estão apresentados na Tabela 3 e demonstram que dentre as mães entrevistadas, 67,3% já tinham outros filhos, 89,8% das mulheres realizaram mais do que seis consultas de pré-natal e apenas 8,9% das mulheres referiram ter perdido uma consulta de pré-natal por conta da pandemia de COVID-19. Do total de mães entrevistadas, 53,6% realizaram parto vaginal e 90,6% usaram hospitais públicos para o nascimento. Durante o período da pandemia, 86,0% das mães

referiram ter acompanhante no momento do parto e 87,3% durante a internação. As cadernetas da criança apontaram 61,2% de contato pele a pele ao nascimento, porém, 51,1% das mães referiram apenas ver o bebê na sala de parto. Nas cadernetas analisadas, 60,9% referiram aleitamento materno na primeira hora de vida, entretanto apenas 57,4% das mães confirmaram esses dados.

Quanto à amamentação, ainda na Tabela 3, verificou-se que 79,3% das mães receberam orientações sobre amamentação no hospital, 87,7% receberam na unidade básica de saúde e/ou clínica particular e 71,6% das mães referiram dificuldades na amamentação. Dessas mães que apresentaram dificuldade inicial, 74,8% referiram que procuraram ajuda com equipes de saúde, porém 8,2% mencionaram que não receberam o auxílio necessário. Das mães que não receberam ajuda, 96,3% referiram que a ausência da assistência não estava relacionada às medidas impostas para contenção da pandemia COVID-19. Quanto à leitura da caderneta, 16,4% das mães referiram nunca ter lido as informações disponíveis na caderneta da criança. Em relação ao aleitamento cruzado, 9,2% das mulheres mencionaram a prática em algum momento da amamentação. Após o nascimento, 88,5% referiram que algum profissional de saúde avaliou a mamada. A média da idade gestacional ao nascer foi de 39,2 semanas.

Tabela 3 - Caracterização da amostra (n=371), segundo variáveis relacionadas ao parto e nascimento. Registro, São Paulo, 2022.

Características	< 6 meses		> 6 meses		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>Primigesta</i>						
Sim	51	38,4	70,0	29,5	121	32,7
Não	82	61,7	167,0	70,5	249	67,3
<i>Consultas do Pré Natal (Caderneta)</i>						
0 a 3	0	0,0	3	1,3	3	0,8
4 a 6	6	4,5	12	5,0	18	4,9
Mais de 6	122	91,7	211	88,7	333	89,8

Não fez	1	0,8	2	0,8	3	0,8
Não trouxe a caderneta	4	3,0	10	4,2	14	3,8
<i>Faltou no pré natal devido</i>						
<i>COVID-19</i>						
Sim	10	7,6	23	9,7	33	8,9
Não	122	92,4	215	90,3	337	91,1
<i>Tipo de Parto</i>						
Vaginal	69	51,1	131	55,0	199	53,6
Fórceps	1	0,8	1	0,4	2	0,5
Cesárea	64	48,1	106	44,5	170	45,8
Cesárea agendada pelo médico	24	37,5	44	41,5	68	40,0
Cesárea pós-trabalho de parto	40	62,5	62	58,5	102	60,0
<i>Tipo de serviço - Parto</i>						
SUS	122	91,7	214	89,9	336	90,6
Convênio	6	4,5	17	7,1	23	6,2
Particular	5	3,8	6	2,5	11	3,0
Domicílio	0	0,0	1	0,4	1	0,3
<i>Acompanhante no parto</i>						
Sim	116	87,2	202	85,2	318	86,0
Não	17	12,8	35	14,8	52	14,1
<i>Acompanhante no Alojamento</i>						
<i>Conjunto</i>						
Sim	122	91,7	202	84,9	324	87,3
Não	11	8,3	36	15,1	47	12,7
<i>Contato pele a pele (Caderneta)</i>						
Sim	81	60,9	146	61,3	227	61,2
Não	44	33,1	76	31,9	120	32,4
Não tem anotação na caderneta	8	6,0	15	6,3	23	6,2
Sem resposta	0	0,0	1	0,4	1	0,3
<i>Na sala de parto</i>						
Segurou RN o tempo necessário para mamar	38	28,6	56	23,6	94	25,4
Alguém segurou rapidamente para mamar	5	3,8	10	4,2	15	4,1
Alguem segurou o tempo necessário para mamar	7	5,3	12	5,1	19	5,1
Apenas viu o RN	62	46,6	127	53,6	189	51,1
Não teve contato	21	15,8	32	13,5	53	14,3
<i>Golden Hour-</i>						

<i>Anotação na Caderneta</i>						
Caderneta diz que sim	85	63,9	141	59,2	226	60,9
Caderneta diz que não	40	30,1	80	33,6	120	32,4
Não tem anotação na caderneta	8	6,0	17	7,1	25	6,7
<i>Golden Hour - Referido pela mãe</i>						
	73	54,9	140	58,8	213	57,4
<i>Recebeu orientação de amamentação</i>						
Hospital	106	80,9	182	78,5	288	79,3
Unidade Básica de Saúde / Clínica Particular	118	88,7	203	87,1	321	87,7
<i>Dificuldade na Amamentação</i>						
Sim	87	66,9	173	74,3	260	71,6
Não	43	33,1	60	25,8	103	28,4
<i>Procurou ajuda</i>						
Sim	33	78,6	41	71,9	74	74,8
Não	9	21,4	16	28,1	25	25,3
<i>Recebeu ajuda</i>						
Sim	32	97,0	35	87,5	67	91,8
Não	1	3,0	5	12,5	6	8,2
<i>Acesso foi limitado pelo COVID</i>						
Sim	0	0,0	1	6,3	1	3,7
Não	11	100,0	15	93,8	26	96,3
<i>Leitura da Caderneta da Criança</i>						
Algumas Partes	70	52,6	162	68,1	232	62,5
Inteira	29	21,8	49	20,6	78	21,0
Não	34	25,6	27	11,3	61	16,4
<i>Aleitamento Materno Cruzado</i>						
Sim	11	8,3	23	9,7	34	9,2
Não	122	91,7	215	90,3	337	90,8
<i>Avaliação de mamada após o nascimento por profissional</i>						
Sim	122	92,4	202	86,3	324	88,5
Não	10	7,6	32	13,7	42	11,5
<i>Idade Gestacional ao nascer</i>						
Mínima	37		37		37	
Máxima	42		42		42	
Média	39,1		39,2		39,2	

DP	1,3	1,3	1,3
----	-----	-----	-----

Os dados relativos às crianças, apresentados na Tabela 4, apontaram que 56,3% eram do sexo masculino, 84,4% nasceram na Maternidade São João, 31,8% receberam fórmula na maternidade, sendo que apenas 67,3% das mães foram avisadas previamente sobre a oferta. Das crianças que receberam complementação no hospital, 59,3% receberam a fórmula láctea em copinhos, 5,1% em mamadeiras e 25,4% das mães não sabem de que forma foi ofertado. Das 371 crianças nascidas, 78,7% nasceram com peso entre 3000 a 4500g e 3,5% necessitaram de internação após o nascimento. Em relação ao teste da linguinha, 77,6% das crianças realizaram o teste, sendo que 4,2% apresentaram teste alterado e 2,1% apresentaram teste duvidoso. Entre os resultados alterados e duvidosos, 72,2% realizaram o procedimento de correção na Atenção Básica.

Tabela 4 - Caracterização da amostra (n=371), segundo variáveis relacionadas à criança. Registro, São Paulo, 2022.

Características	< 6 meses		> 6 meses		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>Sexo da Criança</i>						
Feminino	65	48,9	97	40,8	162	43,7
Masculino	68	51,1	141	59,2	209	56,3
<i>Município de Nascimento</i>						
Registro	121	91,0	213	89,5	334	90,0
Pariquera	10	7,5	16	6,7	26	7,0
Outro Município	2	1,5	9	3,8	11	3,0
<i>Local de nascimento</i>						

Maternidade São João	115	86,5	198	83,2	313	84,4
Maternidade São José	6	4,5	13	5,5	19	5,1
Hospital Regional Bevilacqua	10	7,5	17	7,1	27	7,3
Outros	2	1,5	10	4,2	12	3,2
<i>Recebeu fórmula na maternidade</i>						
Sim	49	36,8	69	29,0	118	31,8
Não	82	61,7	151	63,5	233	62,8
Não sabe	2	1,5	18	7,6	20	5,4
<i>Mãe foi avisada antes sobre oferta de fórmula (n=118)</i>						
Sim	34	70,8	40	64,5	74	67,3
Não	14	29,2	22	35,5	36	32,7
<i>Onde foi ofertada a fórmula (n=118)</i>						
Mamadeira / chuquinha	1	2,0	5	7,3	6	5,1
Seringa	8	16,3	4	5,8	12	10,2
Copinho	30	61,2	40	58,0	70	59,3
Não sabe	10	20,4	20	29,0	30	25,4
<i>Peso do bebê ao nascer (g)</i>						
Média (DP)	3377,47 (448,25)		3378,93 (423,27)		3377,33 (431,79)	
2500 a 2999 gramas	28	21,1	46	19,3	74	20,0
3000 a 4500 gramas	102	76,7	190	79,8	292	78,7
Acima de 4500 gramas	3	2,3	2	0,8	5	1,4
<i>Internação do bebê em UTI</i>	3	2,3	10	4,2	13	3,5

pós nascimento

*Foi realizado teste da
linguinha*

Não sabe	7	5,3	42	17,7	49	13,2
Sim	116	87,2	172	72,3	288	77,6
Não	10	7,5	24	10,1	34	9,2

*Resultado do teste da
linguinha*

Alterado	10	8,6	2	1,2	12	4,2
Duvidoso	6	5,2	0	0,0	6	2,1
Normal	100	86,2	170	98,8	270	93,8

*Conduta para teste de
linguinha*

alterado / duvidoso

Não houve procedimento	3	18,8	1	50,0	4	22,2
Frenotomia na Atenção Básica	13	81,3	0	0,0	13	72,2
Frenotomia no Hospital	0	0,0	1	50,0	1	5,6

5.2 Aleitamento Materno

Os resultados apresentados na Tabela 5 referem-se a diferentes indicadores relacionados ao aleitamento materno. Entre os indicadores relacionados às crianças menores de seis meses, os dados mostraram que entre menores de quatro meses, 65,1% estavam em aleitamento materno exclusivo. Já entre as crianças entre quatro a cinco meses, esse número reduziu para 36,0%. Considerando todas as crianças menores de 6 meses, a prevalência de aleitamento materno exclusivo foi de 54,1%. A prevalência de aleitamento materno predominante foi de apenas 0,8% e a proporção de crianças que

estavam em aleitamento materno misto foi de 17,3%. Em relação ao uso de bicos artificiais em menores de seis meses, o uso de chuquinhas apresentou uma prevalência de 39,9% e de chupetas 32,9%.

Entre os indicadores relacionados à crianças menores de 24 meses, 99,2% das crianças foram amamentadas em algum momento e 70,8% das crianças estavam sendo amamentadas no momento da pesquisa, o que abrangeu aleitamento exclusivo ou não. Para a prevalência de aleitamento materno continuado, os resultados mostram que entre as crianças de 12 a 23 meses, 58,2% estavam em aleitamento materno. Dentro desse grupo, os resultados específicos para as faixas de 12 a 15 meses, 16 a 19 meses e 20 a 23 meses foram respectivamente 63,6%, 65,9% e 48,4%. O aleitamento materno cruzado ocorreu em 9,2% das participantes.

Quanto ao uso de bicos artificiais, 57,4% das crianças entre 6 a 12 meses e 47,4% de crianças acima de 12 meses faziam uso de chuquinhas e mamadeiras. Já o uso da chupeta correspondeu a 32,8% entre menores de 6 meses e 35,4% entre menores de 24 meses.

Tabela 5 – Indicadores relacionados ao aleitamento materno entre menores de 6 meses (n=133). Registro, São Paulo, 2022.

Indicadores	n	%
Aleitamento Materno Exclusivo		
< 4 meses (n= 83)	54	65,1
4-5 meses (n= 50)	18	36,0
< 6 meses (n= 135)	72	54,1
Aleitamento Materno Predominante (n= 133)	1	0,8
Aleitamento Materno Misto (n=133)	23	17,3

Uso de chuquinhas e mamadeiras (n=133)	53	39,9
Uso de chupetas^a (n=133)	43	32,8

^a = 2 participantes não souberam ou não quiseram responder

Tabela 6 – Indicadores relacionados ao aleitamento materno entre menores de 24 meses (n=371). Registro, São Paulo, 2022.

Indicadores	n	%
Aleitamento materno em algum momento ^a	366	99,2
Aleitamento materno entre menores de 24 meses ^b	262	70,8
Aleitamento materno continuado		
12-23 meses (n=158) ^c	92	58,2
12-15 meses (n=55) ^d	35	63,6
16-19 meses (n=41) ^e	27	65,9
20-23 meses (n= 62) ^f	30	48,4
Aleitamento Materno Cruzado entre mães de crianças menores de 2 anos de idade	34	9,2
Uso de chuquinhas e mamadeiras		
6-12 meses (n=61)	35	57,4
> 12 meses (n=156)	74	47,4
< 24 meses (n= 350)	162	46,3
Uso de chupetas		
> 6 meses ^g	43	32,8
< 24 meses ^h	130	35,4

Participantes que não souberam ou não quiseram responder:

^a = 2; ^b = 1; ^c = 9; ^d = 3; ^e = 3; ^f = 3; ^g = 2; ^h = 4

6. DISCUSSÃO

6.1 A pandemia de COVID-19 e o acesso à saúde materno infantil no município de Registro

A pandemia de COVID-19 trouxe um grande impacto nos fluxos de atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Registro. Em março de 2020, medidas drásticas foram adotadas para conter a disseminação do vírus, incluindo o isolamento social decretado para a população. Essas medidas resultaram em várias mudanças no sistema de atendimento às gestantes e recém-nascidos, como a restrição de atendimentos eletivos (exceto pré-natal), a alteração na periodicidade de consultas de puericultura e a ausência de visitas domiciliares. Além disso, houve a suspensão dos atendimentos em grupos e a proibição de acompanhantes nas consultas e parto, o que pode ter afetado a experiência das mulheres durante os processos de gestar, parir e amamentar.

Observou-se no período um preocupante aumento progressivo das taxas de cesárea no município. Entre 2017 e 2018, a taxa de cesáreas estava diminuindo, com índices de 40,8% e 40%, respectivamente. No entanto, a partir de 2019, houve uma tendência de aumento, atingindo picos de 47,9% em 2020, 49,8% em 2021 e 48,01% em 2022, de acordo com a análise dos dados disponíveis na página de Informações de Saúde - Tabnet da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo¹.

Além disso, segundo dados enviados pela Secretaria Municipal de Assistência Social, observou-se um crescimento nos cadastros no Programa Bolsa Família, porém com a diminuição do valor de repasse, evidenciando o possível agravamento das condições socioeconômicas das famílias nesse período.

¹ http://tabnet.saude.sp.gov.br/tabcgi.exe?tabnet/ind45a_matriz.def (Acesso em 04/08/2023)

O período de isolamento refletiu no fim do Projeto Vida Nova, um programa da Secretaria Municipal de Saúde que anteriormente enviava três vezes por semana um profissional de saúde da Atenção Básica para visitar as puérperas na maternidade pública local. O objetivo era fornecer apoio ao aleitamento materno, auxiliando no manejo clínico e repassando as possíveis dificuldades para as Estratégias Saúde da Família de referência.

No tocante às consultas pediátricas de rotina, por um longo período os bebês passaram a ter apenas a primeira consulta com o pediatra ao longo do primeiro mês de vida. Somente eram encaminhados novamente para um retorno na pediatria se houvesse alguma queixa de saúde. Esse cenário trouxe uma preocupação significativa, uma vez que não foram realizadas consultas de rotina com os bebês por volta dos seis meses de idade, momento essencial para a orientação sobre a introdução da alimentação complementar saudável e a prescrição de suplementos de ferro e vitamina A, especialmente relevante considerando a carência dessa região. Vale ressaltar que o Vale do Ribeira é uma localidade com vulnerabilidades socioeconômicas e que faz parte do programa da Mega dose de vitamina A do Ministério da Saúde.

Após o decreto de fim da emergência sanitária, em abril de 2022, aos poucos foram retomados os atendimentos pediátricos de puericultura, as visitas domiciliares e atividades coletivas, porém a fisioterapia obstétrica e o Projeto Vida Nova nunca foram retomados.

6.2 O aleitamento materno no município de Registro

A prevalência estimada de aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças menores de seis meses atendidas pela Atenção Básica do Município de Registro foi de 54,1%. Isso indica uma maior propensão à prática de AME nessa amostra em comparação com a média nacional, conforme evidenciado pelos dados do Estudo Nacional de Nutrição e Alimentação Infantil (ENANI-2019), que relatou uma prevalência de 45,8% para o AME. Além disso, em um estudo municipal realizado em 2013, foi constatado um índice de 50,0% de AME, indicando um pequeno avanço na prevalência ao longo da última década (TAMASIA et al., 2015).

Com base nos critérios estabelecidos pela OMS para a análise dos dados de aleitamento materno exclusivo em bebês com menos de seis meses, que considera uma situação "favorável" quando a prevalência varia entre 50% e 89%, pode-se observar que Registro está em uma condição "favorável" de aleitamento materno exclusivo (WHO, 2003). Apesar do indicador na região investigada ser considerado "favorável", é essencial realizar um acompanhamento contínuo da sua prevalência, bem como identificar os fatores que contribuem para a sua interrupção, permitindo então intervenções que possam manter as taxas de desmame precoce em níveis baixos. O avanço ao longo dos últimos anos sugere que talvez sejam necessárias políticas públicas mais abrangentes e efetivas, a fim de promover uma expansão da prevalência do aleitamento materno exclusivo.

Em 2021, a OMS e UNICEF definiram indicadores para avaliar práticas de amamentação, recomendando que os indicadores sejam mais detalhados e segmentados em faixas etárias menores, uma vez que as práticas alimentares podem passar por mudanças significativas à medida que as crianças crescem. Os indicadores devem ser apresentados separadamente para crianças menores de 4 meses, entre 4-5 meses e menores de 6 meses para amamentação exclusiva; sendo que deve ser de 12 a 15 meses,

16 a 19 meses e 20 a 23 meses, para amamentação continuada, permitindo uma análise mais precisa e abrangente das práticas de alimentação em diferentes estágios do desenvolvimento infantil (WHO, 2021).

A prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) no âmbito municipal permanece mais elevada também em comparação com as faixas etárias de menores de 4 meses, sendo de 65,1% no município e 59,7% no país. Essa tendência também é observada entre os bebês com idades entre 4 e 5 meses, com uma prevalência de 36,0% no município e 23,3% no país. A prevalência de AME em Registro em menores de 6 meses foi maior do que a encontrada na região Sudeste do Brasil, que foi de 49,1%. No entanto, essa prevalência foi muito próxima da prevalência observada na região sul, que alcançou 54,3%, de acordo com os dados do Estudo Nacional de Nutrição e Alimentação Infantil de 2019 (ENANI, 2019).

De acordo com um estudo realizado entre abril e maio de 2019 no município, foi constatado que 28,5% das mães de crianças com idades entre 0 e 23 meses relataram ter interrompido o AME antes dos seis meses de vida do bebê. Durante a identificação dos motivos que levaram a essa interrupção, observou-se que houve um predomínio no relato de leite materno insuficiente, retorno ao trabalho/escola e recusa não explicada (SANTOS et al., 2020). É relevante destacar que um estudo de coorte realizado entre 2018 e 2020 em uma maternidade de referência no sul do país identificou um aumento de 16,0% no risco de não amamentar exclusivamente até os seis meses de idade entre as mulheres entrevistadas durante o período da pandemia de COVID-19 e as crianças entrevistadas neste presente estudo nasceram nesse período (HOLAND et al., 2022). Outro fator importante a ser mencionado é que a prevalência de aleitamento materno exclusivo após o quarto mês tem uma queda considerável. Uma das hipóteses que não

foi verificada neste estudo seria o fim da licença maternidade e conseqüentemente a entrada na creche como um fator importante a ser investigado e trabalhado.

Os resultados deste estudo revelam que a taxa de aleitamento materno misto municipal em menores de 6 meses é de 17,3%, um valor ligeiramente inferior à prevalência de 19,8% identificada no ENANI para o mesmo grupo etário no Brasil. Essa discrepância pode suscitar reflexões importantes sobre as práticas de alimentação infantil em nosso contexto municipal. É amplamente reconhecido que a introdução precoce de fórmula infantil e o uso de bicos artificiais podem representar fatores de risco significativos para o sucesso da amamentação. Portanto, essa diferença nas taxas de aleitamento materno misto sugere a necessidade de investigações mais aprofundadas para compreender os determinantes locais e regionais dessa prática, bem como para identificar estratégias específicas de intervenção que promovam o aleitamento materno exclusivo e, assim, contribuam para a melhoria da saúde infantil em nossa comunidade.

A proporção de crianças com menos de 2 anos que já foram amamentadas em algum momento também foi maior no município em comparação aos dados nacionais obtidos pelo ENANI, totalizando 99,2% em comparação com os 96,2% registrados nacionalmente.

Os dados do presente estudo evidenciam que o município de Registro apresenta taxas de Aleitamento Materno Continuado (AMC) superiores à média nacional em todas as faixas etárias consideradas, sendo que para crianças de 12 a 23 meses, a prevalência de AMC em Registro foi de 58,2%, enquanto no Brasil foi de 43,6%. Para crianças de 12 a 15 meses, a prevalência em Registro foi de 63,6% versus 52,1% no Brasil. Já para crianças de 16 a 19 meses, a prevalência municipal foi de 65,9% em comparação com 43,0% no país. E para crianças de 20 a 23 meses, a prevalência foi de 48,4% enquanto

no Brasil foi de 35,5%, sugerindo um maior engajamento no aleitamento materno prolongado nessa região específica.

Ao analisar a amamentação na primeira hora de vida, o inquérito nacional ENANI apontou uma prevalência de 62,4% no país, enquanto o estudo em questão apresentou uma taxa de 60,9% no município. Os dados revelaram uma inconsistência entre as informações auto-relatadas pelas mães e os dados documentados nas Cadernetas de Saúde da Criança (CSC). O questionário abordou essa comparação para verificar a validade e confiabilidade dos dados registrados. Enquanto as mães relataram uma prevalência de 57,4%, as cadernetas mostraram uma taxa de 60,9%. Outro dado importante refere-se aos registros de contato pele a pele no nascimento de 61,2% nas CSC: quando as entrevistadas foram questionadas sobre como ocorreu o contato inicial com o recém-nascido, 51,1% das mães mencionaram apenas ter visualizado o bebê, enquanto 14,3% relataram não ter tido contato algum. Essa diferença sugere a existência de possíveis desafios na coleta e/ou na precisão dos dados autorrelatados pelas mães, decorrentes do vies de memória, interpretação da pergunta e de desejo social. Em 2018, Amorim et al. conduziram uma pesquisa que avaliou o preenchimento da CSC e identificou a existência de problemas na qualidade do preenchimento do documento, independentemente do tipo de serviço escolhido pelos pais para acompanhamento de seus filhos. Os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde destacam a importância fundamental da utilização e preenchimento adequado da CSC para o registro das principais informações de saúde da criança, visto que é um instrumento efetivo de vigilância, especialmente nos serviços de saúde pública. O preenchimento de forma inadequada da CSC pode comprometer o monitoramento e a promoção da saúde infantil. Torna-se interessante uma abordagem de educação permanente para os

profissionais da saúde em geral, minimizando as falhas de preenchimento do documento.

A menor prevalência no município da amamentação na primeira hora de vida, em relação aos dados do ENANI, pode estar relacionada às alterações dos protocolos implementados durante a pandemia de COVID-19. Uma vez que não foram identificados estudos prévios que abordassem a prática da amamentação na primeira hora de vida no município, é possível inferir que essa prática pode ser comum na região, independentemente da presença da pandemia. Uma revisão sistemática publicada em 2022 destacou que, durante a pandemia, mães e bebês foram separados e o contato pele a pele foi restrito, apesar da falta de evidências que justificassem tal medida. Embora a intenção fosse proteger a díade mãe-bebê, essas práticas contrastaram com as evidências disponíveis sobre os benefícios da amamentação na primeira hora de vida, por facilitar a sucção correta, reduzir o choro da criança, aumentar as taxas de AME, bem como amamentação total e influenciar positivamente na relação entre mãe e recém-nascido (FIGUEREDO et al., 2013). Essa relação bidirecional ativa a produção de leite, protege o recém-nascido e permite a nutrição adequada, enquanto a mãe se recupera mais rapidamente do parto (LUBE et al., 2022). Além da oferta de anticorpos contra COVID-19.

No Brasil, a prevalência de aleitamento materno cruzado entre mães de crianças menores de 2 anos foi de 21,1%, sendo a região Sul a que apresentou a menor prevalência, com 12,5% (ENANI, 2019). No município em questão, a prevalência foi ainda menor, atingindo 9,2%. É importante ressaltar que o aleitamento materno cruzado pode aumentar o risco de transmissão vertical de doenças, como o HIV. Apesar da baixa prevalência, ainda existem mães que desconhecem os riscos associados à transmissão de doenças pelo leite materno. Isso ressalta a necessidade de educação em saúde e

conscientização das famílias, no intuito de erradicar esse hábito e garantir a segurança e a saúde das crianças.

Observou-se um aumento no percentual de mães que viviam com companheiro no município. Em 2019, 77,8% das mães de crianças da mesma faixa etária entrevistadas em uma pesquisa tinham um parceiro (SANTOS et al., 2020), enquanto em 2022 esse número aumentou para 84,1%. O apoio e envolvimento dos companheiros no processo de amamentação é extremamente favorável, pois o suporte emocional, prático e encorajador dos parceiros pode desempenhar um papel significativo na duração e sucesso da amamentação. Portanto, é essencial continuar promovendo a sensibilização e a participação dos companheiros nesse processo, a fim de alcançar melhores resultados em termos de amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida. A presença ativa do pai nos primeiros dias pós-parto é crucial para garantir a continuidade do aleitamento materno, pois sua participação auxilia na superação das dificuldades comuns da amamentação, como fissuras e interferências externas (PIAZZALUNGA et al, 2011). O apoio paterno é fundamental para fortalecer a relação entre pai, mãe e filho, contribuindo significativamente para a promoção e prolongamento da prática de amamentar (PIAZZALUNGA et al, 2011). Apesar do apoio e envolvimento do parceiro não serem mensurados neste estudo, nota-se que durante a pandemia grande parte dos pais conviviam juntos.

Ao comparar-se os dados disponíveis no TABNET ao longo dos anos, observamos que, em relação à escolaridade, é uma característica da região que a maioria das mães tenha completado o ensino médio, registrando percentuais de 69,8% a 72,8%, de 2015 a 2021, respectivamente. Notavelmente, a amostra deste estudo revelou que 68,9% das mães se enquadravam nesse nível de escolaridade, e as demais categorias também se assemelham, o que a torna representativa no contexto municipal nesse

aspecto. Sabe-se que o maior nível de escolaridade se associa com maior facilidade da mãe em assimilar as informações passadas no pré-natal, o que pode contribuir para o sucesso da amamentação (SANTOS et al., 2020). Apesar da escolaridade encontrada no município, o presente estudo destacou que 16,4% nunca leram a caderneta da criança, um documento que contém informações importantes para a educação em saúde. Além disso, é importante destacar que um maior nível de escolaridade contribui para a inserção da mulher no mercado de trabalho, o que também pode afetar a prática do aleitamento materno. Muitas mulheres enfrentam o desafio da dupla jornada de trabalho, conciliando suas responsabilidades profissionais, familiares e domésticas, o que pode ter um impacto negativo na amamentação. Em 2019, 51,2% das mães entrevistadas não possuíam vínculo empregatício (SANTOS et al., 2020), enquanto na amostra deste estudo esse número aumentou para 61,1% das mulheres. Esses dados sugerem uma diminuição na participação das mulheres no mercado de trabalho a nível municipal nos últimos anos. Uma das hipóteses seria o reflexo do desemprego gerado pela pandemia de COVID-19, mas também pode ter relação com a presença de mais relacionamentos estáveis. Infelizmente, a amamentação ainda não recebe o devido reconhecimento como um trabalho da mulher, apesar da urgente necessidade de corrigir essa distribuição desigual de responsabilidades. É crucial que a sociedade compreenda o valor econômico da amamentação e de outras atividades não remuneradas, integrando-as à economia convencional, e que a amamentação seja reconhecida como uma produção de alimentos nos sistemas de vigilância alimentar (BAKER et al., 2023).

Embora tenhamos observado um aumento de 4% na taxa de amamentação exclusiva no município em comparação com o estudo anterior, é importante contextualizar esse crescimento no período pandêmico. Durante a pandemia, ocorreu um aumento significativo do desemprego e a transição para o trabalho em regime de

home-office tornou-se uma realidade para muitos. As escolas adotaram o ensino remoto, o que significava que mães e crianças passaram mais tempo juntas em casa. Em teoria, esse cenário poderia ter favorecido a amamentação exclusiva ou estendida, oferecendo mais oportunidades para o contato entre mãe e filho.

Em relação ao sexo da criança, há um predomínio local do sexo masculino nas últimas pesquisas, sendo 51,2% em 2019 e 56,3% no presente estudo. Essa tendência contrasta com discussões entre alguns autores sobre a possibilidade de existir uma crença cultural de que meninos possuem necessidades nutricionais diferenciadas, o que poderia levar à complementação precoce do leite materno. Essa suposição sugere que a percepção de uma maior demanda nutricional em meninos pode influenciar práticas alimentares, afetando a amamentação exclusiva (VIEIRA et al., 2021). No entanto, apesar dessas discussões, é interessante notar que o município apresenta uma prevalência positiva de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses, mesmo com a maioria da amostra sendo do sexo masculino.

Na presente pesquisa, constatou-se que 63,1% das mães da amostra se autorreferiram como pertencentes à raça branca. Em um estudo realizado em Feira de Santana entre 2014 e 2015, com crianças na mesma faixa etária, foi identificado que a cor da pele materna branca era um fator de risco para o desmame precoce. No entanto, estudos conduzidos na região sul não demonstraram essa associação. Isso sugere que diferenças comportamentais, tradições sociais e renda podem ter uma influência maior do que a cor da pele em si nessa relação (VIEIRA et al., 2021).

A realização de no mínimo seis consultas de pré-natal é preconizada pelo Ministério da Saúde, através do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), baseada na importância de um acompanhamento adequado da gestante ao

longo da gravidez, permitindo a identificação precoce de possíveis complicações, o estabelecimento de vínculo da gestante com a equipe de saúde, permitindo a abordagem de diversos temas relevantes, como a amamentação (BRASIL, 2002). Neste estudo, foi observado que no município, mesmo em meio à pandemia da COVID-19, um percentual significativo de 89,8% das mães participaram de seis ou mais consultas de pré-natal. Esse dado demonstra a importância atribuída pelas gestantes à realização regular de consultas pré-natais, mesmo diante dos desafios impostos pela pandemia. No entanto, é relevante notar que aproximadamente 8,9% das mães relataram ter perdido alguma consulta devido às restrições ou dificuldades decorrentes da situação, o que pode ter impactado na qualidade do acompanhamento pré-natal de algumas gestantes e na obtenção de informações relevantes relacionadas à amamentação e aos cuidados materno-infantis. Portanto, é necessário enfatizar a importância de estratégias que garantam o acesso contínuo e seguro aos serviços de pré-natal mesmo nas adversidades, a fim de assegurar o cuidado integral à saúde das gestantes e dos bebês, bem como o acompanhamento individualizado.

No presente estudo, verificou-se que 67,0% da amostra era composta por mães multíparas, revelando um percentual significativo de mulheres que já haviam dado à luz anteriormente. A experiência prévia com a maternidade pode ter um papel importante na manutenção do aleitamento materno, por facilitar a superação de dificuldades iniciais e contribuir para a continuidade do aleitamento materno por um período mais prolongado, tanto que em um estudo conduzido em Feira de Santana, em 2015, a primiparidade foi considerada como um fator de risco para desmame precoce (VIEIRA et al., 2021). Os resultados do presente estudo sugerem que a presença de um maior número de mães com experiência pode ter sido um facilitador na manutenção da prevalência de aleitamento materno dessa amostra, mesmo em meio a desafios como a pandemia. É

necessário realizar investigações adicionais para compreender melhor a relação entre a experiência materna e a amamentação, bem como identificar outros fatores que possam influenciar esse padrão observado.

Nota-se um pequeno aumento na taxa de cesáreas entre o estudo realizado em agosto de 2011 (TAMASIA et al., 2015) e o estudo atual, com percentuais de 43,8% e 45,8%, respectivamente. Na presente pesquisa, constatou-se que, dentre todas as cesáreas ocorridas entre as entrevistadas, 40,0% foram realizadas antes da gestante iniciar o trabalho de parto. A realização de cesáreas eletivas nem sempre é justificável, uma vez que tais intervenções cirúrgicas podem acarretar riscos desnecessários para a mãe e o bebê quando não há uma indicação médica clara, destacando a importância de uma avaliação criteriosa dos potenciais riscos e benefícios em cada caso. É importante destacar que a cirurgia cesariana pode ter um impacto negativo na prática da amamentação, provavelmente pelo atraso no contato pele a pele decorrente da cirurgia, pelo efeito da anestesia, pela recuperação pós-operatória, podendo então afetar a produção inicial de leite materno (TAKAHASHI, 2017). Por conta de seus riscos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) fez uma declaração sobre taxa de cesáreas, recomendando que a mesma esteja entre 5% e 15% do total de partos. Apesar da alta taxa de cesáreas, observamos que no presente estudo, 90,6% das mulheres usaram o Sistema Único de Saúde (SUS) para o seu parto, o que poderia justificar os 53,6% de partos vaginais. Sabemos que a saúde pública oferece maior ênfase e apoio ao nascimento por meio do parto vaginal.

A OMS recomenda a presença de acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento. No Brasil, as mães têm direito ao acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e pós-parto imediato regulamentado por lei. A presença do acompanhante, além de transmitir segurança às puérperas, foi associada às boas práticas

de cuidado, como amamentar na primeira hora de vida, escolha da posição de parto, não ficar restrita ao leito, oferta de manobras não farmacológicas e analgesia para alívio da dor, destacando a importância dos acompanhantes nesse processo (SOUZA et al., 2022). Apesar dessas referências e legislações sobre a temática, 14,1% das mães entrevistadas não puderam ter acompanhante no momento do parto e 12,7% não puderam ter acompanhante na internação em alojamento conjunto. A ausência de apoio de um familiar, principalmente após uma cesárea, pode ter uma influência significativa nos cuidados com o recém-nascido, considerando a condição recém-operada da mãe, tornando essa assistência crucial para garantir o bem-estar tanto da mãe quanto do bebê. A proibição de acompanhantes em alguns hospitais durante a pandemia ocorreu principalmente devido às preocupações com a disseminação do vírus SARS-CoV-2. A restrição de visitantes e acompanhantes foi uma medida adotada para minimizar o risco de contágio entre bebês, puérperas e profissionais de saúde.

Neste estudo, constatou-se que 31,8% das crianças receberam prescrição de fórmula na maternidade, enquanto 5,4% não souberam responder. A constatação dessa alta taxa de uso de fórmula láctea, além do dado encontrado de que 20,7% das mães entrevistadas não receberam qualquer informação sobre aleitamento materno no hospital, levanta a preocupação de que a abordagem hospitalar prioriza a suplementação artificial em detrimento ao apoio à amamentação nos primeiros dias pós-parto, uma vez que a fórmula é uma alternativa mais rápida e que não demanda tanto esforço dos recursos humanos.

Importante mencionar que 20,7% das mães entrevistadas não receberam qualquer informação sobre aleitamento materno no hospital. Já os dados das mães que não sabiam responder, nos revelam a falta de inclusão da família no processo de cuidados do recém-nascido. É essencial que as mães sejam devidamente envolvidas e

informadas sobre as opções de alimentação para seus bebês, a fim de tomarem decisões informadas e baseadas em evidências.

Surpreendentemente, 32,7% das mães de bebês que receberam complemento relataram não terem sido informadas previamente sobre a oferta da fórmula, o que infringe o direito básico da mãe de ser informada sobre as opções disponíveis. Essa falta de comunicação adequada pode afetar negativamente a experiência materna, a amamentação exclusiva e o estabelecimento de uma ligação saudável entre mãe e filho. Portanto, é fundamental que as práticas de assistência à saúde materno-infantil enfatizem a importância da informação e do envolvimento das mães na tomada de decisões relacionadas à alimentação do recém-nascido, respeitando seus direitos e promovendo uma abordagem centrada na família. Assim, o contato com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), bem como o processo de credenciamento dos hospitais, poderia mudar esse cenário e favorecer mais o apoio ao aleitamento materno.

Desde os anos 1980, o Brasil adotou a IHAC como parte das ações de proteção e promoção ao Aleitamento Materno. Tal iniciativa preconiza os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno". Dentre esses passos, destacam-se o passo 4, que enfatiza a importância de ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o parto, e o passo 6, que orienta para que nenhum outro alimento ou bebida seja oferecido ao recém-nascido, a não ser que haja indicação médica. Apesar dos esforços em manter o AME, ainda é comum observar a prática frequente e injustificável de oferecer complemento, principalmente na forma de fórmula infantil, nas primeiras horas de vida de recém-nascidos de baixo risco. No entanto, a IHAC estabelece condições específicas nas quais a oferta de complemento é justificada, como em casos de recém-nascidos prematuros, de muito baixo peso, com risco de

hipoglicemia, contraindicações ao leite materno ou em situações clínicas adversas que impeçam a amamentação pela mãe (PINHEIRO et al., 2021).

A violação do direito à informação e autonomia ocorre quando intervenções são realizadas sem a autorização prévia ou quando não há a devida informação fornecida. A cartilha “Conversando sobre Violência Obstétrica da Defensoria Pública do Estado de São Paulo” informa que é vedado ao profissional de saúde praticar ou indicar atos médicos desnecessários sem o consentimento do paciente ou representante legal, após esclarecimentos sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso iminente de morte. O Ministério da Saúde, reconhecendo a importância de garantir os direitos sexuais, de cidadania e reprodutivos das mulheres, implementou políticas que visam capacitar as mulheres e garantir que elas tenham acesso a informações claras e precisas sobre seus direitos e opções durante o processo de gravidez, parto e pós-parto, contribuindo para uma assistência mais humanizada, respeitosa e baseada em decisões compartilhadas.

Dentre as portarias criadas com esse propósito, destacam-se a Portaria 569/2000, que institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, assegurando o direito a um atendimento digno, humanizado e de qualidade durante a gestação, parto e puerpério, na perspectiva dos direitos de cidadania. A Portaria 1067/2005 enfatiza que é responsabilidade dos serviços e profissionais de saúde acolher a mulher e o recém-nascido com dignidade, considerando-os sujeitos de direitos. Além disso, enfoca a importância de procedimentos comprovadamente benéficos, evitando intervenções desnecessárias e garantindo a privacidade, autonomia e compartilhamento das decisões com a mulher e sua família. Outra portaria relevante é a 371/2014, que assegura o contato pele a pele entre mãe e bebê logo após o parto e o aleitamento materno na primeira hora, desde que as condições de saúde do bebê sejam adequadas, entre outras diretrizes para promover a saúde materno-infantil.

Uma revisão de escopo sobre amamentação, publicada em 2022, observou uma carência de atendimento por parte dos serviços de saúde por conta da pandemia, com uma diminuição no acesso ao suporte à lactação no ambiente hospitalar e com insatisfação das puérperas em relação ao atendimento recebido, relatando um impacto significativo na orientação médica e nos cuidados profissionais em relação ao período anterior à pandemia (SOUZA et al., 2022).

O fato mencionado no município de Registro destaca uma possível falha na implementação dessas políticas de informação e autonomia. Essa discrepância entre as políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e a realidade observada no local ressalta a importância de garantir que as diretrizes sejam efetivamente implementadas nas maternidades e serviços de saúde. É fundamental que as puérperas recebam informações claras e precisas sobre suas opções de alimentação infantil, incluindo os benefícios do aleitamento materno exclusivo e os riscos associados ao uso precoce de substitutos do leite materno.

Em 2018, um estudo conduzido no município de Balneário de Gaivota observou que os bebês que receberam a prescrição de fórmula infantil na alta hospitalar apresentaram 54,0% menos probabilidade de terem sido amamentados exclusivamente quando comparados a seus pares (MIGUEL FERMIANO et al., 2023). Ressalta-se que é comum as mães continuarem a suplementação com leite artificial devido à falta de informações adequadas fornecidas durante a alta hospitalar e no primeiro atendimento da Atenção Básica. Essa falta de orientação adequada pode levar as mães a acreditarem erroneamente que precisam continuar oferecendo a fórmula, devido ao desconhecimento técnico sobre a real necessidade. Esses resultados reforçam a importância de priorizar o suporte e o apoio às mães no enfrentamento das dificuldades do aleitamento materno antes de recorrer à complementação com fórmula infantil. Torna-se essencial investir

em estratégias efetivas de suporte às mães, com o objetivo de superar os desafios, promover o sucesso do aleitamento materno inicial e buscar uma redução na oferta precoce de substitutos de leite materno.

A avaliação do frênulo da língua, também chamado de teste da linguinha, representa um marco crucial na identificação e tratamento precoce das restrições nos movimentos linguais associados à língua presa, as quais podem afetar funções vitais como sucção, deglutição, mastigação e fala. A obrigatoriedade estabelecida pela Lei Federal nº 13.002 em 2014, que exige a realização desse protocolo de avaliação em bebês em todos os hospitais e maternidades do Brasil, reflete o compromisso com a saúde e o bem-estar infantil. No entanto, os resultados deste estudo revelam que, 77,6% das crianças passaram pelo teste da linguinha, sendo que 4,2% delas apresentaram resultados alterados e 2,1% tiveram resultados duvidosos. É digno de nota que, entre as crianças com resultados alterados ou duvidosos, 72,2% receberam o procedimento de correção na Atenção Básica. Quase uma década após a promulgação da lei nacional, fica claro que ainda há a necessidade premente de ampliar a adesão dos hospitais ao cumprimento da legislação, visto que um percentual considerável de bebês não passou pelo teste no momento do nascimento. Adicionalmente, o fato de a maioria dos procedimentos de correção ter sido realizada na Atenção Básica sugere a importância de aprimorar a integração entre os níveis de atenção à saúde para garantir que todas as crianças tenham acesso ao diagnóstico e tratamento adequados. A educação permanente da equipe de saúde e a supervisão da implementação dos protocolos poderiam auxiliar nesse processo.

É fundamental ressaltar que a amamentação não é um processo puramente instintivo: 71,6% das mães relataram enfrentar dificuldades iniciais na amamentação. Dessas, 74,8% buscaram assistência. No entanto, há um grupo de mães que não

procurou ajuda, possivelmente devido à falta de estabelecimento de vínculo com a unidade de saúde de referência. Das que solicitaram auxílio, 91,8% receberam o suporte necessário. Notavelmente, das que não obtiveram ajuda, 96,3% mencionaram que a razão não estava relacionada à pandemia. Esse dado evidencia a necessidade de revisar os processos de trabalho para assegurar a construção do vínculo preconizado nas estratégias de saúde da família.

A relação entre o uso de chupetas e a interrupção da amamentação é complexa, envolvendo diversos fatores que vão desde causas, consequências, coincidências até características do temperamento do bebê e o perfil da mãe e da família. A indústria lucra bilhões com a venda desses utensílios e investe em estratégias de promoção que reforçam o imaginário cultural em torno do seu uso (BUCCINI et al., 2019). O uso do bico artificial pode estar relacionado às dificuldades encontradas pelas mães na amamentação, levando-as a oferecerem o utensílio como uma forma de acalmar a criança, refletindo uma possível insegurança materna. Entretanto, o uso de chupetas pode contribuir para o desmame devido à confusão de bicos, dificultando a pega correta e prejudicando o desenvolvimento infantil (SANTOS et al. 2019).

No Brasil, segundo o ENANI (2019) a prevalência do uso de chupeta entre crianças menores de 2 anos de idade foi de 43,9%, enquanto no município em questão foi observada neste estudo uma prevalência significativamente menor, de 35,4%. Essa diferença revela que essa amostra apresenta uma taxa de utilização de chupetas inferior à média nacional e também comparada à média regional, visto que a região Sudeste apresentou uma prevalência de 46,9%. A prevalência mais baixa de uso de chupeta no município é um indicativo positivo e poderia estar relacionado com a maior prevalência de AME a nível local, demonstrando a importância de continuar promovendo a conscientização da população.

Já em relação ao uso de mamadeiras, o presente estudo observou uma prevalência de 46,3% de crianças menores de 2 anos utilizando chuquinhas e mamadeiras. Além de possível fonte de contaminação, o uso desse utensílio reduz o tempo de sucção da região aréolo-mamilar, gera impaciência nos bebês pela diferença de fluxo de leite e interfere na livre demanda, prejudicando o estabelecimento da lactação (MIGUEL FERMINIANNI et al., 2023). Esses dados destacam a importância de ações específicas em nível local para reduzir ainda mais essa prevalência, fortalecendo as práticas de amamentação e promovendo o desenvolvimento saudável das crianças. Importante mencionar que o presente estudo identificou que das crianças que receberam fórmula na maternidade, 5,1% das mães mencionaram que o complemento foi ofertado em chuquinhas, demonstrando a necessidade de ações no campo da promoção de saúde, para ampliar a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo os riscos à saúde decorrentes de diversos determinantes sociais.

Compreender essas mudanças e suas consequências é essencial para identificar possíveis lacunas nas políticas de saúde materno-infantil durante crises de saúde pública e auxiliar no desenvolvimento de estratégias mais efetivas para proteger a saúde e bem-estar de mães e bebês em situações similares no futuro.

7 CONCLUSÃO

Em uma amostra de 371 crianças atendidas pela Atenção Básica de Registro-SP, foi identificado que existem desafios a serem enfrentados em relação ao início da amamentação na primeira hora de vida, bem como a extensão do período de amamentação exclusiva e continuada, o correto registro das informações nas cadernetas de saúde das crianças e a promoção de medidas que desencorajem o uso de chupetas e mamadeiras.

Este estudo alcançou seus objetivos específicos ao estimar as prevalências de diversas modalidades de aleitamento materno. Os resultados revelaram taxas expressivas, com 54,1% das mães praticando aleitamento materno exclusivo, 0,8% adotando o aleitamento predominante, e 17,3% optando pelo aleitamento misto. A prática generalizada do aleitamento materno foi observada em 99,2% dos casos, enquanto o aleitamento materno continuado aos 24 meses atingiu uma taxa de 48,4%. A análise da prevalência do aleitamento materno cruzado revelou uma taxa de 9,2%. Além disso, descreveu o funcionamento dos serviços de saúde relacionados ao pré-natal, parto e pós-parto no contexto da pandemia. Apesar das alterações nos fluxos de saúde durante esses períodos, as prevalências encontradas superaram as médias nacionais, com exceção da amamentação na primeira hora de vida. Notavelmente, o uso de chuquinhas e mamadeiras (46,3%) e chupetas (35,4%) em menores de 24 meses foi inferior à média nacional, sugerindo práticas mais favoráveis em relação a esses dispositivos. Esses resultados proporcionam uma visão abrangente das práticas de aleitamento materno na população estudada e apontam para áreas de sucesso e oportunidades para intervenções voltadas ao suporte e promoção da amamentação.

Para promover efetivamente o aleitamento materno, é essencial investir em uma abordagem abrangente no âmbito da gestão municipal, que inclui:

- (i) Educação contínua para os profissionais de saúde na atenção primária e nas maternidades, unificando condutas baseadas em evidências científicas;
- (ii) Desenvolvimento de protocolos municipais para o atendimento de gestantes, bebês e puérperas, incluindo em situações adversas, corrigindo as deficiências identificadas;
- (iii) Realização de pesquisas periódicas para avaliar a prevalência do aleitamento materno, permitindo ao município identificar suas fraquezas e pontos fortes, possibilitando melhorias contínuas com base nos dados coletados;
- (iv) Estímulo e fomento ao preenchimento correto das cadernetas de saúde e prontuários eletrônicos e-SUS, para que o sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN) possa gerar relatórios rápidos e abrangentes por unidade de saúde;
- (v) Oferta de melhores condições de trabalho, com dimensionamento adequado de equipe, planejamento estratégico e supervisão constante dos processos de trabalho.

Os resultados deste estudo podem ser valiosos para orientar políticas locais de cuidados materno-infantis. O método de coleta de dados, por meio de inquéritos domiciliares realizados por agentes comunitários, demonstrou ser eficaz, permitindo uma execução relativamente rápida e sem sobrecarga para os profissionais. Esses fatores facilitaram a busca ativa na realização dos inquéritos.

A inclusão de todas as crianças com cadastro, independentemente de estarem em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS), pode ter contribuído para tornar a amostra mais representativa. Considerando que 80,77% da população de Registro

depende do Sistema Único de Saúde (SUS), a amostra alcançou uma representação de 81,4%, refletindo uma proximidade notável com a composição demográfica geral.

É importante considerar algumas limitações inerentes à pesquisa ao interpretar os resultados. A coleta de dados não permitiu uma análise detalhada dos motivos que contribuíram para o desmame precoce. Além disso, o fato de os entrevistadores trabalharem no mesmo território de coleta de dados pode influenciar as respostas dos cuidadores, devido à convivência. Também pode haver um viés de memória para responder a algumas perguntas, especialmente entre mães de bebês maiores.

Para mitigar essas limitações, foram realizados investimentos na capacitação dos entrevistadores em técnicas de entrevista, bem como na conscientização sobre a importância e relevância do estudo para a formulação de políticas públicas e melhorias para a população.

Os resultados relacionados às questões socioeconômicas das mães, ao acesso à orientação sobre amamentação durante o pré-natal e pós-parto e ao preenchimento adequado das cadernetas de saúde podem servir como orientação não apenas para os profissionais de saúde, mas também para outros setores municipais, como as secretarias de educação e assistência social, garantindo uma integralidade e intersetorialidade no cuidado.

REFERÊNCIAS

Amorim LP, Senna MIB, Soares ARS, Carneiro GTN, Ferreira EF, Vasconcelos M, Zarzar PMP, Ferreira RC. Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. *Ciênc. saúde colet.* 23 (2). Fev 2018.

Baker P, Smith JP, Garde A, Grummer-Strawn LM, Wood B, Sen G, Hastings G, Pérez-Escamilla R, Ling CY, Rollins N, McCoy D. The political economy of infant and young child feeding: confronting corporate power, overcoming structural barriers, and accelerating progress. *Lancet.* 2023 Feb 7;

Bar-Yam NB, Darby L. Fathers and breastfeeding: a review of the literature. *J Hum Lact* 1997; 13: 45–50.

Bizon AMBL, Giugliani C, Lago JCA, Sena AFK, Martins ACM, Castro SMJ, Giugliani ERJ. Combined pro-breastfeeding practices are advantageous in facilities providing maternity and newborn services. *Matern Child Nutr.* 2019 Oct; 15(4): e12822

Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venancio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Revista de Saúde Pública.* 2017; 51:108.

Braga EJ, Meneses AG, Vilela BBS, Diniz IA, Capanema FD, Rocha GM, Lamounier JA Oliveira PP, Romano MCC. Aleitamento materno no contexto da pandemia de COVID-19: uma revisão de escopo. *Research, Society and Development.* 2021 Sept; 10(12): e237101220215.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: MS; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Buccini GS, Benício MHD, Venâncio SI. Determinantes do uso de chupeta e mamadeira. *Rev. Saúde Pública*. 2014 Abril;48(4):571-571

Buccini GS, Pérez-Escamilla R, Venâncio SI. Rotine pacifier use in infants: pros and cons. *J Pediatric (Rio J)*. 2019 Mar-Apr; 95: 619-621.

Brasil. Ministério da Saúde. Resumo Executivo – Projeto PIPAS 2022 : Indicadores de desenvolvimento infantil integral nas capitais brasileiras [versão eletrônica] / Ministério da Saúde. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023

Cabral IE, Santos MP, Ciuffo LL, Nunes YR, Lomba MLLF. Child health vulnerabilities during the COVID-19 pandemic in Brazil and Portugal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021;29:e3422.

Ceulemans M, Verbakelj Y, Calsteren KV, Eerdekens A, Allegaert K, Foulon V. SARS-CoV-2 Infections and Impact of the COVID-19 Pandemic in Pregnancy and Breastfeeding: Results from an Observational Study in Primary Care in Belgium. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020 Sep 17;17(18):6766.

Ceulemans M, Foulon V, Ngo E, Panchaud A, Winterfeld U, Pomar L, Lambelet V, Cleary B, O'shaughnessy F, Passier A, Richardosn JL, Hompes T, Nordeng H. Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemical - A multinational cross sectional study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021 julho; 100(7):1279-1229

Chencinski YM. Amamentação é sempre possível. In: Chencinski YM e colaboradores. *Aleitação Materno na era moderna: vencendo desafios*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021. 3-10

Figueredo SF, Mattar MJG, Abrão ACFV. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores convenientes. *Rev Esc Enf USP* 2013; 47(6):1291-7.

Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (2022). Desigualdades e impactos da covid-19 na atenção à primeira infância. <http://www.fmcsv.org.br>

Holand BL, Agostini CDO, Pacheco MCM, Leon DMZD, Drehmer M, Bosa VL. Association between breastfeeding and complementary feeding in pre-pandemic and pandemic COVID-19 times: Maternal cohort study. *J Pediatr.* 2022;98:496-503.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Cidades e Estados: Município de Registro. Brasília: 2022. [citado em 18 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/registro.html>

Jácome Á, Castañeda-Orjuela C, Barahona N. Indirect effects of the SARS CoV-2 pandemic on the prevalence of breastfeeding: Modeling its impact. *Biomedica.* 2021 Oct 15;41(Sp. 2):118-129.

Kazmi S, Akparibo R, Ahmed D, Faizi N. Prevalence and predictors of exclusive breastfeeding in urban slums, Bihar. *Journal of Family Medicine and Primary Care.* 2021; 10(3): 1301-1307.

Lubbe W, Niela-Vilén H, Thomson G, Botha E. Impact of the COVID-19 Pandemic on Breastfeeding Support Services and Women's Experiences of Breastfeeding: A Review. *Int J Womens Health.* 2022;14:1447-1457

Martins CC, Vieira GO, Mendes CMC. Fatores de riscos maternos e de assistência ao parto para a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte. Feira de Santana: *Rev Baiana de Saúde Pública.* 2011 Jan-Jun; 35(1): 167-178.

Mascarenhas VHA, Caroci-Becker A, Venâncio KCMP, Baraldi NG, Durkin AC, Riescom LG. Recomendações assistenciais à parturiente, puérpera e recém-nascido durante a pandemia de COVID-19: uma revisão de escopo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2020; 28: e3359.

Meyerink RO, Marquis GS. Breastfeeding initiation and duration among low-income women in Alabama: the importance of personal and familial experiences in making infant-feeding choices. *J Hum Lact* 2002; 18: 38-45.

Miguel Fermiano CAM, Schäfer AA, Soratto J, Meller FO. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados em um município do extremo sul catarinense. *Saúde e Pesquisa* 2023; 16: e-11261.

Ministério da Cidadania (Brasil). Relatório de Informações Sociais. [Internet]. Brasília: Ministério da Cidadania. [citado em 04 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIV3/geral/relatorio.php#>

Ministério da Saúde (Brasil), Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p300.

Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2 jun 2000.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Diário Oficial da União. 5 jul 2005.

Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui o componente Pré-Natal e puerpério na Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 7 maio 2014.

Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional De Atenção Integral à Saúde da Criança. Orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p.

Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acesso em 12 de fevereiro de 2022.

Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar/ Caderno de Atenção Básica; n.23. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Painel de monitoramento de nascidos vivos. [Internet] 2022. [citado em 18 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>

Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria Executiva, Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Nascimento EN, Leone C, Abreu LC, Buccini G. Determinantes da interrupção do aleitamento materno exclusivo no sudeste do Brasil, 2008-2013: uma análise de dados agrupados. *Nutr Saúde Pública* 2021 jul;24(10):3116-3123

Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. [Acesso em 16 de junho de 2023]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=E982DDA155678DCD5B141D464358306A?sequence=3>.

Pérez-Escamilla R, Curry L, Minhas D, Taylor L, Bradley E. Scaling up of breastfeeding promotion programs in low- and middle-income countries: the "breastfeeding gear" model. *Adv Nutr*. 2012 Nov 1;3(6):790-800.

Piazzalunga CR, Lamounier JA. O contexto atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa. *Rev Med Minas Gerais*. 2011;21(2):133-141.

Pinheiro JMF, Flor TBM, Mata AMB, Pires VCC, Oliveira LIC, Barbosa WPM, Andrade FB. Prevalência da oferta de complemento alimentar para o recém-nascido. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 21(03). Jul-Set 2021.

Portaria nº 356, de 11 de março de 2020 (Brasil). Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). [Internet]. Diário Oficial da União. 2020 Mar.12. [citado em 29 de maio de 2022]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>

Rollins NC, Luher ck, Bhandari N, Hajeebhou N, Horton S, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação? *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 2016.

Santos EM, Silva LS, Rodrigues BFS, Amorim TMAX, Silva CS, Borba JMC, Tavares FCLP. Avaliação do aleitamento materno em crianças até dois anos assistidas na atenção básica do Recife, Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019 Mar; 24 (3):1211-1222

Santos NC, Almeida Filho RB, Martins DRC, Cubas A, Eiró LT, Paula IC, et al. Motivos associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade em lactentes acompanhados em Estratégias de Saúde da Família da cidade de Registro, São Paulo. *Rev Cienc Saude*. 2020;10(4):62-70.

Secretaria do Governo do Estado de São Paulo, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Banco de Dados de Informações dos Municípios Paulistas. [Internet]. São Paulo, 2022. [citado em 18 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://municipios.seade.gov.br/>

Seehausen MP, Oliveira MIC, Boccolini CS, Leal MC. Fatores associados ao aleitamento cruzado em duas cidades do Sudeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(4): e00038516.

Selinger NC. Práticas Alimentares de Crianças menores de 12 meses: um panorama da alimentação infantil no município de Jacareí-SP [tese]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2020. 125 f.

Shumba C, Maina R, Mbutia G, Kimani R, Mbugua S, Shah S, Abubakar A, Luchters S, Shaibu S, Ndirangu E. Reorienting Nurturing Care for Early Childhood Development during the COVID-19 Pandemic in Kenya: A Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Sep 25;17(19):7028.

Silva BC, Silva APF, Rodrigues JMRR, Tamasia GA, Souza e Silva TG, Souza ALT. Food consumption of children from zero to 23 months in a Brazilian municipality. *Rev Cienc Saude*. 2021; 11(4):94-101.

Takahashi, K.; Ganchimeg, T.; Ota, E.; Volgel, J. P.; Souza, J. P.; Laopaiboon, M.; Casro, C. P.; Jayratne, K.; Ortiz-Panozo, E.; Lumbiganon, P.; Mori, R. Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO Global Survey. *Scientific Reports*. 7:1-10, 2017

Tamasia GA, Venâncio SI, Saldiva SRDM. Situação da amamentação e alimentação complementar em um município de médio porte do Vale do Ribeira, São Paulo. *Rev. Nutr.* 2015 Mar-Abr;28 (2).

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. - Documento eletrônico. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (108 p.). [citado em 04 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.

United Nations Children's Fund (UNICEF). Protecting the most vulnerable children from the impact of coronavirus: An agenda for action. [Internet]. 2020, Apr 8. [citado em 29 de maio de 2022]. Disponível em: <https://www.unicef.org/coronavirus/agenda-for-action>

Venancio SI, Bortoli MC, Melo DS, Relvas GRB, Araujo BC, Oliveira CF, Silva LALB, Melo RC, Moreira HOM, Rodrigues JM. Intervenções efetivas para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável no contexto da Atenção Primária à Saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 2020.

Venancio SI, Setsuko TT. Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: evidências científicas e experiências de implementação. São Paulo, Instituto de Saúde; 2019.272p.

Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Honon S, Krusevec J, et al. Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21-st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387 (10017):475-490.

Vieira GO, Vieira TO, Martins CC, Ramos MSX, Giugliani ER. Fatores de risco e fatores de proteção contra a interrupção do aleitamento materno antes dos 2 anos: um estudo de coorte de nascimentos. *BMC Pediatra*. 2021; 21: (310).

World Health Organization (WHO); Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. 2009. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_FCH_CAH_09.01/en

World Health Organization (WHO). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015, Apr 10. [Internet] [citado em 29 de maio de 2022]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3

World Health Organization. Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding Policy Brief No. WHO/NMH/NHD/14.7. Geneva: WHO; 2014. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/topics/globaltargets_breastfeeding_policybrief.pdf

World Health Organization (WHO). Infant and young child feeding: A tool for assessing national practices, policies and programmes. [Internet]. Geneva: WHO; 2003 [citado em 16 de junho de 2023]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42794>

World Health Organization (WHO); United Nations Children's Fund (UNICEF). Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding policy brief. 2014. 8p.

World Health Organization (WHO); United Nations Children's Fund (UNICEF). How the marketing of formula milk influences our decisions on infant feeding. 2022, Feb 22. 22p.

World Health Organization (WHO); United Nations Children's Fund (UNICEF). Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods. 2021, Apr 12. 122p.

World Health Organization. Guideline (WHO): protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO PARA MÃES DAS CRIANÇAS

USF:	Data:
Data de nascimento da criança:	Sexo: <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
Nome da criança:	
Nome da mãe:	
Cor / Raça (mãe): <input type="radio"/> branca <input type="radio"/> parda <input type="radio"/> preta <input type="radio"/> amarela <input type="radio"/> indígena	
Nome do entrevistador:	

Características da mãe/ família entrevistada (aplicar em todos os participantes)

1.1	Área onde reside: <input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural
1.2	Quantos anos a mãe da criança tem? <input type="radio"/> menor que 18 anos (ENCERRAR A ENTREVISTA) <input type="radio"/> entre 18-24 anos <input type="radio"/> entre 25-29 anos <input type="radio"/> entre 30-34 anos <input type="radio"/> 35 anos ou mais
1.3	Grau de escolaridade materna (anos de estudo): _____ (escrever por extenso contando a partir do 1º ano do ensino fundamental) <input type="radio"/> ensino médio completo <input type="radio"/> superior completo
1.4	A mãe do bebê tem algum companheiro no momento? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
1.5	Em relação ao trabalho, neste momento a mãe da criança: <input type="radio"/> Trabalha fora <input type="radio"/> Não está trabalhando fora <input type="radio"/> Trabalha fora mas está em licença maternidade
1.6	A criança tem convênio de saúde? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
1.7	Onde costuma levar a criança para as consultas de rotina: <input type="radio"/> Serviço particular ou convênio <input type="radio"/> Público
1.8	A família recebe algum benefício do governo? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> PBF <input type="radio"/> Viva Leite <input type="radio"/> Outros:
1.9	Nos últimos 24 meses, houve dificuldade no acesso a alimentos saudáveis? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
1.10	O bebê é filho único? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
1.11	A mãe fez o pré-natal na gestação? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
1.11.1	Em caso afirmativo, recebeu orientação sobre aleitamento materno durante o pré natal? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
1.11.2	Quantas consultas foram realizadas no pré-natal, incluindo as consultas com médico e enfermeiro? - (Olhar a Caderneta da Gestante) <input type="radio"/> 0-3 <input type="radio"/> 3-6 <input type="radio"/> Mais de 6 <input type="radio"/> Não fez pré-natal <input type="radio"/> Não trouxe a caderneta
1.11.3	Durante a gestação você perdeu ou deixou de ir a alguma consulta do pré-natal devido a pandemia por Covid-19? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

1.12	Você amamentou alguma vez a criança? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe/não quis responder
1.13	Desde que você amamenta esse bebê, você amamentou o filho de outra mulher? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe/não quis responder
1.13.1	Em caso afirmativo, com que frequência? <input type="radio"/> Diariamente <input type="radio"/> Esporadicamente <input type="radio"/> Menos 3x/sem
1.14	Desde que você amamenta esse bebê, você deixou seu filho ser amamentado por outra mulher? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe/não quis responder
1.14.1	Em caso afirmativo, com que frequência? <input type="radio"/> Diariamente <input type="radio"/> Esporadicamente <input type="radio"/> Menos 3x/sem
1.15	Sobre o uso de chupeta, desde o nascimento até hoje, seu filho? <input type="radio"/> Usa chupeta <input type="radio"/> Já usou, não usa mais <input type="radio"/> Recusou o uso da chupeta <input type="radio"/> Nunca foi oferecido <input type="radio"/> Não sabe/ não quis responder
1.16	Você teve ou está tendo dificuldade na amamentação? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe/não quis responder
1.16.1	Em caso afirmativo, procurou a unidade de saúde para ajudar? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe/não quis responder
1.16.2	Em caso afirmativo, conseguiu acesso e atendimento para auxílio na amamentação? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe/não quis responder
1.16.3	Em caso negativo, o acesso foi limitado por conta da pandemia COVID-19? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

Características do nascimento da criança (aplicar em todos os participantes)

2.1	Em que município a criança nasceu?
2.2	O parto foi realizado em qual tipo de maternidade: <input type="radio"/> SUS <input type="radio"/> Convênio <input type="radio"/> Particular <input type="radio"/> Casa
2.3	Em qual hospital a criança nasceu:
2.4	Tipo de parto: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Fórceps <input type="radio"/> Cesárea
2.4.1	Em caso de cesárea: <input type="radio"/> cesárea agendada pelo médico <input type="radio"/> entrou em trabalho de parto e evoluiu para cesárea
2.5	Idade gestacional ao nascer (Olhar na Caderneta da Criança):
2.6	A Sra. pôde ter acompanhante durante o trabalho de parto? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2.7	A Sra. pôde ter acompanhante durante a internação para o nascimento do bebê? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2.7.1	Quem foi o acompanhante durante a internação: <input type="radio"/> Parceiro <input type="radio"/> Mãe da gestante <input type="radio"/> Irmã da gestante <input type="radio"/> Amiga da gestante <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Não teve
2.7.2	Contato pele a pele imediatamente após o nascimento? (Olhar a Caderneta da Criança) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não há anotação na caderneta
2.7.3	Mamou na primeira hora de vida? (Olhar a Caderneta da Criança) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não há anotação na caderneta

2.8	Qual o peso da criança ao nascer? (Olhar na Caderneta da Criança)
2.9	Foi realizado o teste de linguinha no hospital? (Olhar ao final da Caderneta da Criança) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
2.10	Se positivo, qual foi o resultado? <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Duvidoso <input type="radio"/> Alterado
2.10.1	Se o resultado foi duvidoso, qual foi a conduta em relação ao resultado? <input type="radio"/> Não houve procedimento <input type="radio"/> Realizou procedimento no hospital <input type="radio"/> Realizou procedimento na Atenção Básica <input type="radio"/> Realizou procedimento em serviço particular
2.11	A criança mamou logo que nasceu, ainda na sala de parto? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
2.11.1	Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você: <input type="radio"/> Ficou com o bebê no colo o tempo necessário e o colocou para mamar <input type="radio"/> Alguém segurou o seu bebê rapidamente durante a primeira mamada para dar seguimento a rotina hospitalar <input type="radio"/> Alguém segurou o seu bebê o tempo necessário para que ele fizesse a primeira mamada <input type="radio"/> Apenas viu o bebê <input type="radio"/> Não teve contato com o bebê
2.12	A criança recebeu fórmula infantil na maternidade? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
2.12.1	Em caso afirmativo, a mãe foi avisada antes da oferta de fórmula e orientada sobre os motivos da necessidade? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe/ Não lembra
2.12.2	Em caso afirmativo, como o leite foi dado ao seu bebê? <input type="radio"/> Mamadeira / chuquinha <input type="radio"/> Chuquinha <input type="radio"/> Seringa <input type="radio"/> Não sabe
2.13	Recebeu orientação sobre aleitamento materno no hospital: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe / Não lembra
2.14	O recém-nascido necessitou de internação em UTI neonatal? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2.15	Recebeu orientação sobre aleitamento materno após o nascimento, no posto de saúde ou na consulta na saúde suplementar? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
2.16	Algum profissional de saúde avaliou a mamada após o nascimento? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
2.16.1	Em caso afirmativo, quem orientou? <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Enfermeira da ESF <input type="radio"/> Médico ESF <input type="radio"/> Pediatra <input type="radio"/> Nutricionista <input type="radio"/> Outros

Caderneta da criança

3.1	A mãe está com a caderneta em mãos? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
3.2	Você já leu a caderneta da criança? <input type="radio"/> Sim, algumas partes <input type="radio"/> Sim, inteira <input type="radio"/> Não
3.3	Quantos registros de peso constam no gráfico de crescimento da caderneta da criança?

	<input type="radio"/> nenhum	<input type="radio"/> de 1 a 2	<input type="radio"/> de 3 a 4	<input type="radio"/> mais de 4
3.4	Quantos registros de altura constam no gráfico de crescimento da caderneta da criança?			
	<input type="radio"/> nenhum	<input type="radio"/> de 1 a 2	<input type="radio"/> de 3 a 4	<input type="radio"/> mais de 4

A criança é menor de 6 meses? (Use este bloco)

4.1	Ontem o bebê tomou leite de peito? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4.2	Desde que nasceu até hoje, a criança recebeu algum destes alimentos além do leite materno? <input type="radio"/> Fruta <input type="radio"/> Iogurte <input type="radio"/> Mingau <input type="radio"/> Gelatina <input type="radio"/> Chá <input type="radio"/> Suco <input type="radio"/> Papinha/comida amassada <input type="radio"/> Sopa <input type="radio"/> Outro: <input type="radio"/> Não recebeu nada além do leite materno (<i>encerrar o questionário</i>)
4.2	Ontem o bebê tomou leite de vaca líquido ou em pó? <input type="radio"/> Sim, puro <input type="radio"/> Sim, com açúcar/achocolatado <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
4.3	Ontem o bebê tomou leite de soja em pó? <input type="radio"/> Sim, puro <input type="radio"/> Sim, com açúcar/achocolatado <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
4.4	Ontem o bebê tomou leite de soja líquido? <input type="radio"/> Sim, puro <input type="radio"/> Sim, com açúcar/achocolatado <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
4.5	Ontem o bebê tomou fórmula infantil (Ex: NAN / Nestogeno / Aptamil / Enfamil/ Milupa / Similac)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
4.6	Ontem o bebê tomou água? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Água pura <input type="radio"/> Água com açúcar
4.7	Ontem o bebê tomou chá? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Chá sem açúcar <input type="radio"/> Chá com açúcar
4.8	Ontem o bebê tomou suco de fruta? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Natural com açúcar <input type="radio"/> Natural sem açúcar <input type="radio"/> caixinha/garrafa <input type="radio"/> pó <input type="radio"/> polpa
4.9	Ontem o bebê comeu fruta? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
4.10	Ontem o bebê ingeriu mingau ou papa de leite: <input type="radio"/> Sim, puro <input type="radio"/> Sim, com açúcar/achocolatado <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
4.11	Ontem a criança recebeu alguma comida de sal (papinha, sopa, de panela): <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
4.12	Onde a criança costuma tomar líquidos? <input type="radio"/> mamadeira/chuquinha <input type="radio"/> copo de vidro <input type="radio"/> copo com bico rígido <input type="radio"/> copo com bico silicone <input type="radio"/> copo 360 (copo mágico) <input type="radio"/> xícara <input type="radio"/> colher <input type="radio"/> colher dosadora
4.13	Recebeu orientação da ESF sobre introdução alimentar saudável? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4.13.1	Se sim, quando aconteceu a orientação? <input type="radio"/> 3-4 meses <input type="radio"/> 5-6 meses
4.13.2	Quem fez essa orientação?

<input type="radio"/> enfermeiro <input type="radio"/> médico da família <input type="radio"/> pediatra <input type="radio"/> nutricionista
--

Esta criança tem 6 meses completos até 11 meses e 29 dias? (Use este bloco)

5.1	Ontem o bebê tomou leite de peito? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
5.2	Ontem o bebê tomou leite de vaca líquido ou em pó? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Leite puro <input type="radio"/> Leite adoçado <input type="radio"/> Leite com café <input type="radio"/> Leite com fruta <input type="radio"/> Leite com chocolate <input type="radio"/> Leite com groselha <input type="radio"/> Não sabe
5.3	Ontem o bebê tomou leite de soja ou bebida vegetal em pó? <input type="radio"/> Sim, puro <input type="radio"/> Sim, com açúcar/achocolatado <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
5.4	Ontem o bebê tomou leite de soja ou bebida vegetal líquida? <input type="radio"/> Sim, puro <input type="radio"/> Sim, com açúcar/achocolatado <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
5.5	Ontem o bebê tomou fórmula infantil (Ex: NAN / Nestogeno / Aptamil / Enfamil/ Milupa / Similac)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
5.6	Ontem o bebê tomou chá? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Chá sem açúcar <input type="radio"/> Chá com açúcar
5.7	Ontem o bebê tomou suco de fruta? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Natural com açúcar <input type="radio"/> Natural sem açúcar <input type="radio"/> caixinha/garrafa <input type="radio"/> pó <input type="radio"/> polpa
5.8	Ontem o bebê comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
5.9	Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não sabe
5.10	Ontem o bebê ingeriu mingau ou papa de leite: <input type="radio"/> Sim, puro <input type="radio"/> Sim, com açúcar/achocolatado <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
5.11	Ontem a criança recebeu iogurte (beber ou comer de colher): <input type="radio"/> Sim, natural sem açúcar <input type="radio"/> Sim, com açúcar/com sabor (tipo “danone”) <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
5.12	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
5.13	Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não sabe
5.14	Se sim, essa comida foi oferecida: <input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não sabe
5.15	Ontem a criança consumiu refrigerante? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
5.16	Recebeu algum alimento por mamadeira ou chuquinha ontem? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe/não quis responder
5.17	Ontem recebeu algum legume (não considerar batata / mandioca / aipim / macaxeira, cará e inhame)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
5.18	Ontem recebeu algum vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora, cenoura, mamão, manga) ou folhas verde escuras (couve, beldroega, espinafre) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe

5.19	Ontem recebeu algum vegetal folhoso (alface, acelga, repolho) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
5.20	Ontem recebeu alguma carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
5.21	Ontem consumiu feijão? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
5.22	Ontem consumiu arroz, batata, inhame, macaxeira, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
5.23	Ontem consumiu hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça e salsicha) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
5.24	Ontem consumiu macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoito salgado? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
5.25	Ontem consumiu biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
5.26	Recebeu a prescrição de suplementação com ferro? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
5.27	Recebeu a megadose de vitamina A? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
5.28	Recebeu orientação da ESF sobre introdução alimentar saudável? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
5.29	Se sim, quando aconteceu a orientação? <input type="radio"/> 3-4 meses <input type="radio"/> 5-6 meses <input type="radio"/> 7-8 meses <input type="radio"/> não sabe

Esta criança tem 12 meses completos até 23 meses e 29 dias? (Use este bloco)

6.1	Ontem o bebê tomou leite de peito? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
6.2	Ontem o bebê tomou leite de vaca líquido ou em pó? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Leite puro <input type="radio"/> Leite adoçado <input type="radio"/> Leite com café <input type="radio"/> Leite com fruta <input type="radio"/> Leite com chocolate <input type="radio"/> Leite com groselha <input type="radio"/> Não sabe
6.3	Ontem o bebê tomou leite de soja ou bebida vegetal em pó? <input type="radio"/> Sim, puro <input type="radio"/> Sim, com açúcar/achocolatado <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
6.4	Ontem o bebê tomou leite de soja ou bebida vegetal líquida? <input type="radio"/> Sim, puro <input type="radio"/> Sim, com açúcar/achocolatado <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
6.5	Ontem o bebê tomou composto lácteo (Ex: Neslac/ Ninho / Enfagrow/ Milnutri / Nestonutri)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
6.6	Ontem o bebê tomou chá? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Chá sem açúcar <input type="radio"/> Chá com açúcar
6.7	Ontem o bebê tomou suco de fruta? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Natural com açúcar <input type="radio"/> Natural sem açúcar <input type="radio"/> caixinha/garrafa <input type="radio"/> pó <input type="radio"/> polpa
6.8	Ontem o bebê comeu fruta? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
6.9	Ontem o bebê ingeriu mingau ou papa de leite: <input type="radio"/> Sim, puro <input type="radio"/> Sim, com açúcar/achocolatado <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe

7.0	Ontem a criança recebeu iogurte (beber ou comer de colher): <input type="radio"/> Sim, natural sem açúcar <input type="radio"/> Sim, com açúcar/com sabor (tipo “danone”) <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
7.1	Ontem a criança consumiu refrigerante? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
7.2	Recebeu algum alimento por mamadeira ou chupinha ontem? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe/não quis responder
7.3	Ontem recebeu algum legume (não considerar batata / mandioca / aipim / macaxeira, cará e inhame)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
7.4	Ontem recebeu algum vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora, cenoura, mamão, manga) ou folhas verde escuras (couve, beldroega, espinafre) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
7.5	Ontem recebeu algum vegetal folhoso (alface, acelga, repolho) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
7.6	Ontem recebeu alguma carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
7.7	Ontem consumiu feijão? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
7.8	Ontem consumiu arroz, batata, inhame, macaxeira, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
7.9	Ontem consumiu hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça e salsicha) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
7.10	Ontem consumiu macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoito salgado? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
7.11	Ontem consumiu biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
7.12	Recebeu a prescrição de suplementação com ferro? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
7.13	Recebeu a megadose de vitamina A? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
7.14	Se sim, quantas doses recebeu?

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA MÃES MAIORES DE 18 ANOS

Prezada Sra.,

Venho através deste convidá-la para participar da pesquisa intitulada “Panorama do aleitamento materno no município de Registro em meio à pandemia de COVID-19”. O objetivo é descrever a situação do aleitamento materno no município de Registro em meio à pandemia COVID-19. Será realizada pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e pela Prefeitura Municipal de Registro. Os dados coletados serão importantes para conhecer a situação atual da amamentação no município e poderão auxiliar no planejamento de ações que fortaleçam a assistência em saúde nesse contexto, contribuindo para a redução de eventos indesejados na saúde materno infantil.

Sua participação será por meio da resposta a um questionário com perguntas simples e objetivas referentes à gestação, parto, amamentação, alimentação da criança e acesso à saúde em meio à pandemia e para que o pesquisador veja, registre e analise os dados contidos na Caderneta da Gestante e Caderneta da Criança. A pesquisa dura em torno de trinta minutos e serão incluídas mães de crianças menores de 24 meses cadastradas nas unidades de saúde do município. Serão considerados como critérios de exclusão, mães menores de 18 anos, mães de bebês prematuros, de crianças que necessitam de sonda para alimentação e mães com contraindicação ao aleitamento materno por apresentar algum fator de risco.

Os assuntos podem trazer riscos mínimos de caráter emocional, porém caso a Sra. se sinta desconfortável em responder qualquer pergunta, tem liberdade e autonomia para se recusar a responder qualquer questão ou mesmo desistir de participar do estudo, sem nenhum prejuízo para ambas as partes. Sua participação será voluntária, portanto não será oferecido nenhuma despesa, ressarcimento ou compensação financeira. Importante destacar que não existe resposta correta para as questões, não haverá julgamentos ou preconceitos quanto às suas práticas e suas informações serão codificadas para ter caráter confidencial.

Esta pesquisa cumpre os requisitos contidos na Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, garantindo que apenas a pesquisadora e sua orientadora terão acesso às informações prestadas, com o compromisso de garantir sigilo absoluto. Fica garantido que a Sra. terá acesso ao estudo a qualquer momento.

Todas as dúvidas que surgirem durante a aplicação do questionário, fique à vontade para esclarecer durante a entrevista. Caso apareçam dúvidas posteriormente, entre em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo, Vanessa de Abreu Barbosa Fernandes, que poderá ser localizada na através dos seguintes meios de

comunicação: Endereço comercial Rua Teiti Koki nº 201, telefone (013) 3821-2491, de segunda a quinta-feira, das 08h00 às 17h00, ou através do e-mail: nutri.van@yahoo.com

Esse estudo só terá início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), um colegiado responsável por garantir, avaliar e acompanhar os aspectos éticos das pesquisas realizadas com seres humanos, protegendo a integridade dos participantes. Se houver necessidade de mais esclarecimentos, você também poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde, através do telefone 11-3116-8648, no endereço Rua Santo Antônio, 590, 1º andar, no horário entre 10 e 16 horas ou e-mail cepis@isaude.sp.gov.br. Este documento tem a intenção de esclarecer todas as dúvidas referentes ao estudo e formalizar o seu aceite ao convite, através do preenchimento das informações abaixo:

Consentimento Livre Esclarecido

Declaro ter recebido informações sobre como ocorrerá a Pesquisa "Panorama do aleitamento materno no município de Registro em meio à pandemia de Covid-19" e manifesto meu consentimento ao convite para participação plena na pesquisa. Afirmo também que recebi uma via deste documento, que consta a assinatura da pesquisadora.

Registro, ____/____/____

Nome da entrevistada

Assinatura da entrevistada

Vanessa de Abreu Barbosa Fernandes – Pesquisadora do estudo

APÊNDICE C: RESUMO EXECUTIVO

A dissertação aborda o panorama do aleitamento materno no município de Registro, Estado de São Paulo, considerando os impactos da pandemia de COVID-19 na saúde materno-infantil e nas práticas de atendimento correspondentes. O município testemunhou altas taxas de mortalidade infantil nos últimos anos. A relação estreita entre a saúde infantil e a prática de amamentação torna-se evidente, uma vez que o aleitamento materno tem se revelado uma intervenção preventiva eficaz na redução da mortalidade infantil. As propriedades imunoprotetoras presentes no leite materno desempenham um papel fundamental na defesa natural contra infecções e doenças, não apenas beneficiando a saúde do lactente, mas também estendendo seus efeitos benéficos à saúde materna. Este estudo busca, assim, compreender e destacar a importância do aleitamento materno como um componente essencial na promoção da saúde materno-infantil, especialmente em um contexto impactado pela pandemia, no município de Registro - SP.

Através de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa, envolvendo 371 crianças de 0-24 meses, observamos o cenário do aleitamento materno na Atenção Básica de Saúde municipal, levando em consideração os desafios decorrentes da pandemia de COVID-19. O foco do presente estudo concentrou-se na possível diminuição das taxas de aleitamento materno, atribuída às medidas de contenção da pandemia.

A relevância da pesquisa torna-se evidente ao reconhecer o impacto direto na saúde materno-infantil e na necessidade imediata de promover práticas que superem os obstáculos, especialmente em períodos de crise. O contexto abordado nesta pesquisa abrange um município com 59.947 habitantes pelo censo 2022, considerando suas

características demográficas, socioeconômicas e a infraestrutura de saúde disponível para melhor compreender as nuances da situação em questão.

Quanto às análises realizadas, incluímos a prevalência de aleitamento materno exclusivo (54,1%), misto (17,3%) e cruzado (9,2%), além de uma avaliação aprofundada das práticas obstétricas e pós-parto. As evidências obtidas corroboram a tendência de aumento nas taxas de cesárea, o impacto do contexto econômico e nas práticas de aleitamento materno na primeira hora de vida, refletindo uma necessidade de aprimorar estratégias de promoção nesse momento. Entretanto, é notável que, apesar dos desafios enfrentados, as taxas de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e a amamentação continuada até os 24 meses (58,2%) na Atenção Básica de Registro superaram as médias nacionais, conforme avaliado em um inquérito pré-pandêmico realizado em 2019. É importante ressaltar que o uso de bicos artificiais em menores de 24 meses, como chupetas (35,4%), chuquinhas e mamadeiras (46,3%), cujo impacto prejudicial à amamentação é cientificamente comprovado, apresentaram prevalências inferiores em comparação aos dados nacionais.

Diante do aprendizado advindo deste trabalho, observamos estratégias para promover o aleitamento materno, que consideram a importância do apoio psicossocial e intervenções na atenção pré e pós-natal. Os cuidados necessários englobam a capacitação adequada de profissionais de saúde, a disponibilidade de uma equipe completa para desempenhar suas funções com excelência, a conscientização da comunidade e a adaptação das políticas públicas para fortalecer a assistência materno-infantil em diversos contextos, inclusive em períodos de crise sanitária.

Este trabalho não apenas contribui para a compreensão do panorama do aleitamento materno das crianças atendidas na Atenção Básica de Registro, durante a

pandemia de COVID-19, mas também oferece subsídios valiosos para a formulação de políticas que abordem as implicações práticas resultantes do estudo. Ao promover estratégias eficazes para incentivar e apoiar o aleitamento materno, a pesquisa propõe benefícios tangíveis, tais como a redução dos gastos com internação infantil, a diminuição da necessidade de aquisição de fórmulas lácteas, a minimização das taxas de mortalidade infantil e o aprimoramento da puericultura. Esses resultados não apenas atestam a importância do aleitamento materno como componente vital da saúde materno-infantil, mas também destacam seu impacto econômico positivo e seu potencial para orientar políticas públicas eficazes em prol do bem-estar da comunidade local, inclusive em contextos desafiadores.

ANEXOS

ANEXO A: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE CÓDIGO DE ÉTICA

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Panorama do Aleitamento Materno no Município de Registro em meio à Pandemia de COVID-19

Pesquisador: Vanessa de Abreu Barbosa Fernandes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62630822.9.0000.5469

Instituição Proponente: Instituto de Saúde CEPIS - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.636.209

Apresentação do Projeto:

Projeto com o Título: Panorama do Aleitamento Materno no Município de Registro em meio à Pandemia de COVID-19, de relevância para a Saúde Pública, como Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto de Saúde da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Descrito de forma clara e objetiva, com índice remissivo e tópicos alinhados com o conteúdo. Trata-se de estudo transversal de caráter analítico com abordagem quantitativa que incluirá uma amostra de crianças entre 0 a 24 meses cadastradas em unidades de saúde da família e os enfermeiros responsáveis pelas equipes de saúde da família do município de Registro-SP. Serão utilizados questionários com o objetivo de coletar informações sobre o perfil da amamentação e o acesso ao serviço de saúde no pré-natal e pós-parto e a rotina de trabalho das equipes de saúde da família durante a pandemia e atualmente. Os critérios de inclusão e exclusão estão claramente definidos, cronograma de execução alinhado e dentro do previsto, com orçamento próprio. As referências Bibliográficas estão listadas em ordem alfabética ao final do projeto seguindo as Normas vigente.

Objetivo da Pesquisa:

Tem como objetivo primário, descrever a situação do aleitamento materno no município de Registro-SP, em meio à pandemia de COVID-1; Secundariamente pretende-se: estimar a prevalência de aleitamento materno exclusivo, predominante, misto e de aleitamento materno;

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar

Bairro: Bela Vista

CEP: 01.314-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3116-8648

E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br

Continuação do Parecer: 5.836.209

estimar a duração mediana do aleitamento materno exclusivo e do aleitamento materno; descrever a prevalência do aleitamento materno cruzado; analisar os fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e ao desmame precoce; analisar os fatores e serviços de saúde relacionados ao pré-natal, parto e pós-parto no contexto da pandemia com a duração do aleitamento materno; como desfechos primários do presente estudo considera-se a prevalência de aleitamento materno exclusivo (quando a criança recebe leite materno, líquidos para reidratação oral e / ou gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos do zero aos 6 meses); prevalência de aleitamento materno continuado dos 6 aos 24 meses.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considera os riscos mínimos que incluem um possível desconforto em participar da entrevista de forma presencial ou no tempo dispensado ao preenchimento do questionário e aponta como benefício o indireto a possibilidade de conhecer o diagnóstico atual do município de Registro, no Estado de São Paulo. Assim, os resultados dessa investigação poderão servir de subsídio para o planejamento de ações que fortaleçam a assistência em saúde, no contexto da promoção do aleitamento materno no município. Do ponto de vista de saúde pública, evidências sobre o impacto da COVID-19 nas práticas de amamentação, assistência médica e apoio social, são importantes para se compreender as consequências da pandemia na saúde materno-infantil, contribuindo para a redução de eventos adversos e otimizando a organização de cuidados perinatais durante possíveis futuras calamidades públicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A importância do estudo é dada em função da necessidade de se conhecer o diagnóstico atual do município, com subsídio para o planejamento de ações na assistência em saúde e promoção do aleitamento materno no município, além de otimizar a organização dos cuidados perinatais em todos os momentos e especialmente nas calamidades públicas como a vivida na pandemia Coronavírus Disease-19 (COVID-19).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de apresentação obrigatória estão anexados na Plataforma.

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar	CEP: 01.314-000
Bairro: Bela Vista	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3116-8648	E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br

Continuação do Parecer: 5.636.209

O TCLE está em consonância com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, em forma de Convite, sucinto de linguagem e redação acessíveis, com o tempo estimado para os procedimentos, informado o contato dos pesquisadores e do CEPIS, assegurando sigilo, liberdade de abandono do estudo sem consequências para os sujeitos e os encaminhamentos.

Recomendações:

Como recomendação única, SUCESSO em todas as etapas do presente Estudo!

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2007194.pdf	26/08/2022 16:26:39		Aceito
Outros	QuestionarioEnfermeiros.pdf	26/08/2022 16:21:31	Vanessa de Abreu Barbosa Fernandes	Aceito
Outros	QuestionarioMaes.pdf	26/08/2022 16:21:07	Vanessa de Abreu Barbosa Fernandes	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	26/08/2022 16:20:34	Vanessa de Abreu Barbosa Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	dissertacao.pdf	26/08/2022 16:19:41	Vanessa de Abreu Barbosa Fernandes	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	26/08/2022 16:19:11	Vanessa de Abreu Barbosa Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	26/08/2022 16:18:32	Vanessa de Abreu Barbosa Fernandes	Aceito
Folha de Rosto	folhaRostoPronta.pdf	26/08/2022 16:17:53	Vanessa de Abreu Barbosa Fernandes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar
 Bairro: Bela Vista CEP: 01.314-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3116-8648 E-mail: cepis@isaudes.sp.gov.br

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS - 
SP

Continuação do Parecer: 5.836.209

SAO PAULO, 12 de Setembro de 2022

Assinado por:
Maritsa Carla de Bortoli
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar
Bairro: Bela Vista CEP: 01.314-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3116-8648 E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br