
 Victor Nogueira da Cruz
Silveira ¹

 Glenda Pereira Costa Silva¹

 Luana Lopes Padilha²

 Maria Tereza Borges Araújo
Frota¹

¹ Universidade Federal do
Maranhão, Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde,
Departamento de Ciências
Fisiológicas. São Luís, MA, Brasil.

² Universidade Federal do
Maranhão, Programa de Pós-
graduação em Saúde Pública,
Departamento de Saúde Pública.
São Luís, MA, Brasil.

Correspondência

Victor Nogueira da Cruz Silveira
victornsilveira@gmail.com

Fatores associados à duração do aleitamento materno em mulheres quilombolas

Factors associated with the duration of reastfeeding in quilombola women

Resumo

Objetivo: Avaliar a duração mediana do aleitamento materno total e exclusivo em crianças quilombolas e identificar quais fatores interferem na duração do aleitamento materno total. **Métodos:** Estudo transversal realizado com 207 crianças com até 24 meses de 27 comunidades quilombolas em um estado no Nordeste do Brasil. A duração mediana do aleitamento materno total e exclusivo foi calculada em dias, com o estimador de Kaplan-Meier, e os fatores associados, obtidos pela regressão de Cox. **Resultados:** A duração mediana do aleitamento materno total e exclusivo foi de 270 e 60 dias, respectivamente. Idade materna ≥ 30 anos [Taxa de Risco (TR): 0,66; Intervalo de confiança de 95% (IC95%): 0,45 - 0,97] demonstrou ser protetora para a continuidade da amamentação, enquanto a comunidade não certificada (TR: 1,40; IC95%: 1,03 - 1,89) e consumo de suco antes dos seis meses de vida (TR: 1,75; IC 95%: 1,25 - 2,55) foram fatores de risco. **Conclusão:** A duração do aleitamento materno exclusivo e total, embora elevada, ficou abaixo do recomendado. A idade mais avançada, comunidade não certificada e o consumo de suco antes dos seis meses de idade foram os únicos fatores associados, evidenciando que a amamentação é suscetível a condições ambientais e fisiológicas.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Lactente. Grupo com Ancestrais do Continente Africano.

Abstract

Objective: To evaluate the median duration of total and exclusive breastfeeding in quilombola children and identify which factors interfere in the duration of total breastfeeding. **Methods:** This is a cross-sectional study conducted with 207 children younger than 24 months of 27 quilombola communities on a state of northeastern Brazil. The median duration of total and exclusive breastfeeding were calculated in days with Kaplan-Meier estimator and the associated factors obtained through Cox regression. **Results:** The median duration of total and exclusive breastfeeding was 270 and 60 days, respectively. Maternal age ≥ 30 years [Hazard Ratio (HR): 0.66; 95% Confidence Interval (95% CI): 0.45 - 0.97] was shown to be protective for the continuity of breastfeeding, while the community not certificated (HR: 1.40; 95%CI: 1.03 - 1.89) and juice consumption before six months of life (HR: 1.75; 95% CI: 1.25 - 2.55) were risk factors. **Conclusion:** The duration of exclusive and total breastfeeding, although high, was below the recommended. The highest maternal age and juice consumption before the age of six months were the only associated factors, evidencing that breastfeeding is susceptible to environmental and physiological conditions.

Keywords: Breast feeding. Infant. African Continental Ancestry Group.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é a estratégia única que tem maior impacto na redução da mortalidade infantil. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF),² o aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo (AME) tem sido responsável por prevenir a morte de aproximadamente seis milhões de crianças todos os anos em todo o mundo. Estudo realizado em 42 países mostrou que se 90% das crianças estivessem no AME aos seis meses e se a duração do AM continuasse após a introdução de alimentos complementares saudáveis, 13% das mortes em crianças menores de cinco anos poderiam ser evitadas.³

Apesar dessas evidências e dos esforços de órgãos internacionais e de pesquisas científicas que comprovam a superioridade do AME sobre outras formas de alimentação de crianças menores de seis meses e do AM complementar até dois anos, cerca de 85% de todas as mães não seguem essas recomendações e apenas 35% das crianças menores de quatro meses são amamentadas exclusivamente.⁴ Esses índices insatisfatórios tornam-se ainda mais preocupantes, considerando que ações para promover, proteger e apoiar o AM são estratégias eficazes e de baixo custo contra a morbimortalidade infantil.^{5,6}

No Brasil, os resultados encontrados em uma revisão sistemática⁷ mostraram tendência de aumento da prática de aleitamento materno nos anos de 1998 a 2013, e a prevalência de aleitamento materno em crianças menores de um ano encontradas nos anos 90 foi inferior a 60%. Até 2013, houve aumento na prática de amamentação de 31,8%, e a prevalência de aleitamento materno exclusivo e total foi de 36,6% e 52,1%, respectivamente.⁸

Esse crescimento pode ser atribuído aos esforços coordenados nas últimas décadas no Brasil, visando à promoção e ao apoio ao AM, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), o Método Canguru, a criação do Banco Brasileiro de Leite Humano (BLH), a campanha nacional da Semana Mundial da Amamentação, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), entre outras que buscam proteção legal em defesa do direito ao aleitamento materno, como licença-maternidade, creches e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL). No entanto, o cenário atual ainda está longe dos objetivos propostos pela OMS.⁹⁻¹²

Alguns fatores têm sido relatados como associados à prática do AM, entre eles, variáveis maternas, como idade, escolaridade, ocupação, paridade, tipo de parto, número de consultas pré-natais, renda e licença-maternidade; bem como variáveis relacionadas ao bebê, como uso de chupeta, peso ao nascer, nascimento em instituições que participaram da IHAC, uso de

mamadeira, introdução de outro leite e chá, aleitamento materno nas primeiras 24 horas de vida e sexo. Para o AME, as variáveis mais frequentemente associadas são: local de residência, idade e escolaridade materna, trabalho materno, idade da criança, uso de chupeta e financiamento da Atenção Básica.¹³

Percebe-se, portanto, que alguns desses fatores estão relacionados às desigualdades sociais do país. No Brasil, o grupo de descendentes de africanos, conhecidos como remanescentes de quilombos ou quilombolas, permaneceu por muitos anos à margem das políticas públicas, sem qualquer assistência do Estado.

Os quilombolas são um grupo populacional composto por descendentes de negros que fugiram do regime escravo. As comunidades remanescentes dos quilombos são os espaços físicos ocupados por essas pessoas com presunção de ascendência negra e autodeclarada com raízes históricas e sociais.^{14,15} Assim, estudos que avaliam as condições de vida e saúde nesses territórios são de grande importância para subsidiar a implementação de políticas públicas voltadas à redução das desigualdades sociais.¹⁶ Dada a situação desigual com a qual os quilombolas vivem, o incentivo ao aleitamento materno é uma forma de alimentação de baixo custo que promove um vínculo mais estreito entre mãe e filho, que pode reduzir significativamente a exposição a doenças infecciosas e tem efeito protetor na morte infantil.¹⁶

Sabe-se que o Maranhão é o estado do Brasil com o segundo menor índice de desenvolvimento humano (IDH),¹⁷ e estudos específicos que avaliam as condições de saúde, nutrição e AM nas comunidades quilombolas são escassos. Devido às condições socioeconômicas e demográficas precárias em que os quilombolas vivem e ao impacto direto que uma boa nutrição e vínculo afetivo tem no longo prazo nessas crianças, este estudo teve como objetivo investigar a duração mediana do aleitamento materno em crianças com até 24 meses e os fatores associados que interferem nesses regimes.

MÉTODO

Desenho e Amostra

Trata-se de estudo transversal com dados provenientes da pesquisa "Condições de nutrição e segurança alimentar de mulheres e crianças de comunidades quilombolas no Maranhão". Os dados foram coletados em agosto de 2015 nos municípios de Penalva e Viana, região da baixada do estado do Maranhão, Nordeste do Brasil. Os municípios foram selecionados por conveniência, pelo fato de as lideranças locais das comunidades se mostrarem receptivas ao estudo. A amostra foi não probabilística e todas as famílias com crianças menores

de cinco anos foram avaliadas em 27 comunidades quilombolas desses municípios. As entrevistas foram realizadas no domicílio da criança, utilizando um formulário semiestruturado e adaptado¹⁸ aplicado com a mãe da criança.

Foram entrevistadas 373 mães, no entanto, neste estudo, dados do AM referentes a crianças até 24 meses ($n = 221$) foram utilizados para evitar viés de memória da mãe. Foram excluídas as crianças cujas mães foram adotivas ($n = 9$) e as que nunca amamentaram ($n = 5$), perfazendo uma amostra final de 207 crianças.

Desfechos e Duração mediana do AMT e AME

Os desfechos deste estudo foram a duração mediana em dias de aleitamento materno total (AMT) e aleitamento materno exclusivo (AME). A OMS define o AMT como o consumo de leite materno pela criança concomitantemente com leite artificial e outros líquidos. O AME é o consumo de leite materno sem a introdução de qualquer alimento ou bebida, exceto medicamentos.¹⁹

A duração mediana do AMT e do AME foi obtida questionando-se a data da interrupção do aleitamento materno e o tempo de introdução dos alimentos complementares, respectivamente. Foi considerada a duração total desde o primeiro dia de vida até a interrupção do AMT e desde o primeiro dia de vida até o momento da introdução de qualquer alimento ou líquido antes dos seis meses

Coleta de dados

Para obter as medidas de peso e altura da mãe, foram utilizados a balança eletrônica Omron® (modelo HBF214) e o antropômetro vertical Altuxata®. Todas as medidas foram padronizadas de acordo com as técnicas propostas pela OMS.²⁰ As medições foram realizadas em duplicata e o valor médio das duas foi calculado. As duas medidas foram repetidas quando as medidas de peso diferiam em mais de 100 gramas (g) e as de altura, em mais de 1 centímetro (cm).

Os dados foram coletados por pesquisadores previamente treinados e padronizados do curso de Nutrição da Universidade Federal do Maranhão. Duas equipes de campo foram formadas, compostas por dois entrevistadores, um antropometrista e dois encarregados de coletar os dados bioquímicos da criança. A coleta de dados ocorreu de 3 a 18 de agosto de 2015. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

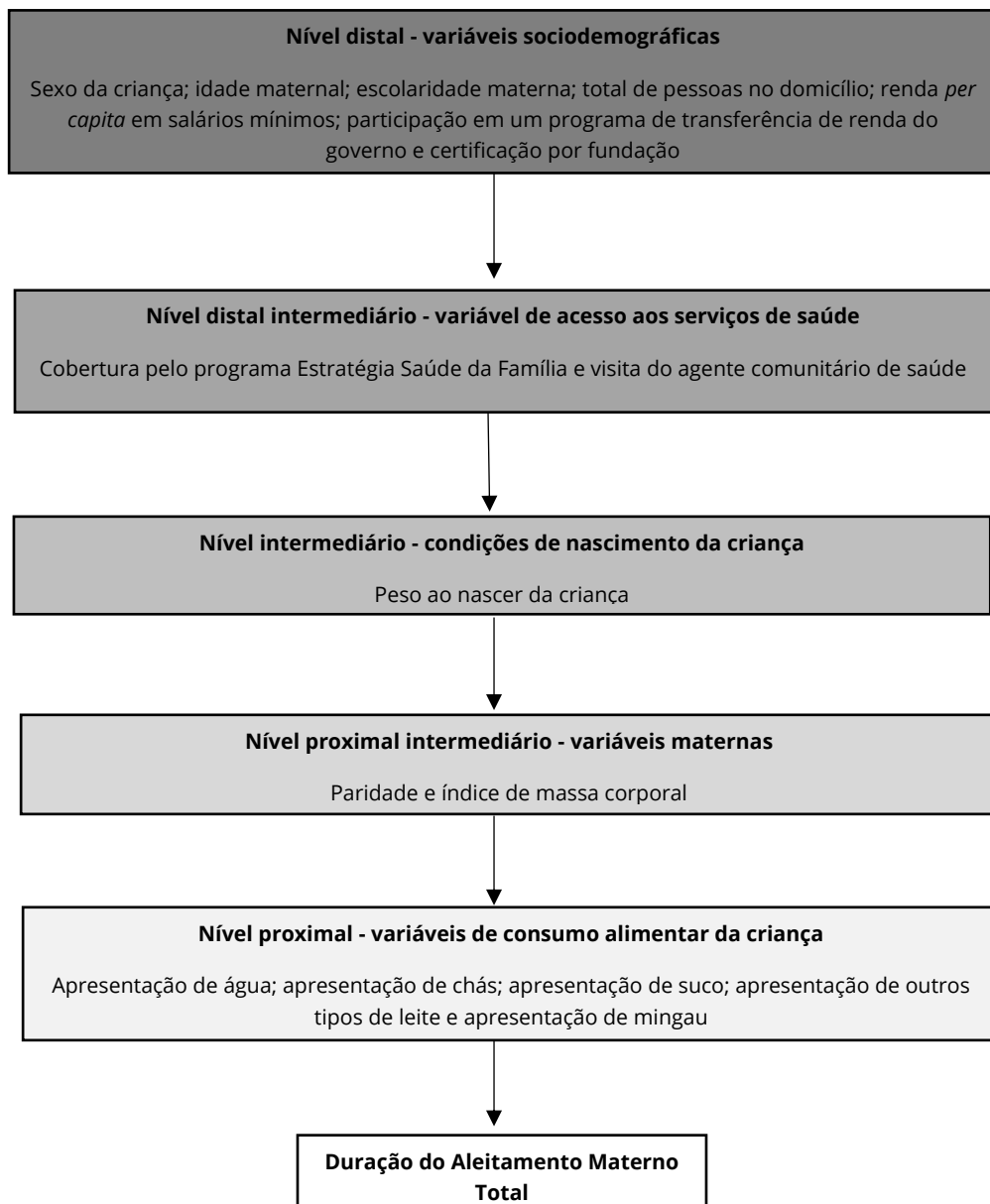
conforme recomendação da Resolução CNS nº 466/2012. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), sob o protocolo nº 1.627.919 e CAAE Nº 55457415.8.0000.5087.

Análise de dados

Para análise estatística, apenas o AMT foi utilizado, devido à baixa frequência de crianças no AME. Assim, as variáveis independentes foram agrupadas em cinco níveis, de acordo com o modelo hierárquico de descontinuação do AMT. Nesse modelo, as variáveis foram organizadas de acordo com a proximidade com o resultado (figura 1), a saber:

1. Variáveis sociodemográficas (nível distal): sexo da criança (masculino e feminino); idade materna (≤ 19 anos, 20-29 anos e ≥ 30 anos); escolaridade materna (< 4 anos de estudo e ≥ 4 anos de estudo); total de pessoas no domicílio (≤ 5 pessoas e > 5 pessoas); renda per capita em salários mínimos ($< \frac{1}{4}$ do salário mínimo e $\geq \frac{1}{4}$ do salário mínimo, de acordo com o salário mínimo em vigor em 2015: R\$788,00 ou US\$ 202,95); participação em um programa de transferência de renda do governo (sim e não) e certificação da fundação para a comunidade (sim e não, de acordo com a certificação da fundação Palmares até 2015²¹).
2. Variáveis de acesso aos serviços de saúde (nível distal intermediário): cobertura pelo programa Estratégia Saúde da Família (sim e não) e visita do agente comunitário de saúde (sim e não).
3. Condições de nascimento da criança (nível intermediário): peso ao nascer da criança (< 2.500 g e ≥ 2.500 g, de acordo com a classificação da UNICEF²²).
4. Variáveis maternas (nível proximal intermediário): paridade (≤ 3 filhos e > 3 filhos) e índice de massa corporal (OMS, 1995) ($< 18,5$ kg (kg)/metro (m)², 18,5 - 24,9 kg/m² e $\geq 25,0$ kg/m²).
5. Variáveis de consumo alimentar da criança (nível proximal): apresentação de água (< 6 meses e ≥ 6 meses); apresentação de chás (< 6 meses e ≥ 6 meses); apresentação de suco (< 6 meses e ≥ 6 meses); apresentação de outros tipos de leite (< 6 meses e ≥ 6 meses) e apresentação de mingau (< 6 meses e ≥ 6 meses).

Figura 1. Modelo hierárquico para a descontinuação do aleitamento materno total em crianças quilombolas do Maranhão, Nordeste do Brasil, 2015.



Os dados coletados foram inseridos em dupla entrada no programa Epi info® (versão 7.0). Eles foram então transferidos para o software STATA (versão 14.0) para análise estatística. A duração mediana do AMT foi estimada usando a análise de sobrevivência de Kaplan-Meier. Para

avaliar a existência de associações, foi utilizada uma regressão de Cox, e geraram-se taxas de risco (TR) e intervalos de confiança de 95% (IC95%) entre as variáveis independentes e o desfecho.

As variáveis independentes foram inseridas de acordo com seu nível hierárquico. Todas as variáveis se ajustaram entre si em cada nível, e aquelas que apresentaram associações estatísticas no nível de 10% eram mantidas para o próximo modelo. A significância estatística foi estabelecida em 5% no modelo final.

RESULTADOS

Os dados socioeconômicos, demográficos e de acesso aos serviços de saúde da mãe e filho das comunidades quilombolas estão descritos na tabela 1. Do total de comunidades visitadas, apenas dez foram certificadas oficialmente pela Fundação Palmares, representando 40,1% das famílias entrevistadas (tabela 1). O número de mulheres em idade fértil acompanhadas por pelo menos uma criança com menos de cinco anos por comunidade obteve a média de 15,1 (\pm 7,5) (dados não mostrados na tabela).

Tabela 1. Dados socioeconômicos, demográficos e de acesso aos serviços de saúde de famílias quilombolas do Maranhão, Nordeste do Brasil, 2015.

Variáveis	N (%)
<i>Sexo da criança</i>	
Masculino	108 (52,2)
Feminino	99 (47,8)
<i>Idade materna</i>	
≤ 19 anos	42 (20,3)
20 - 29 anos	126 (60,9)
≥ 30 anos	39 (18,8)
<i>Nível de escolaridade materna</i>	
<4 anos	15 (7,2)
≥ 4 anos	192 (92,8)
<i>Número de pessoas na casa</i>	
≤ 5 pessoas	138 (66,7)
> 5 pessoas	69 (33,3)
<i>Renda familiar per capita em SM</i>	
< ¼ de SM	165 (79,7)
≥ ¼ de SM	42 (20,3)
<i>Participação em um programa de transferência de renda do governo</i>	
Sim	160 (77,3)
Não	47 (22,7)

Tabela 1. Dados socioeconômicos, demográficos e de acesso aos serviços de saúde de famílias quilombolas do Maranhão, Nordeste do Brasil, 2015. (Cont.)

Variáveis	N (%)
<i>Certificação da fundação para a comunidade</i>	
Sim	83 (40,1)
Não	124 (59,9)
<i>Sexo do chefe de família</i>	
Masculino	99 (47,8)
Feminino	108 (52,2)
<i>Cobertura pelo programa da ESF^a</i>	
Sim	31 (15,1)
Não	174 (84,9)
<i>Visita do ACS</i>	
Sim	185 (89,4)
Não	22 (10,6)
<i>Peso ao nascer da criança^b</i>	
<2500 g	19 (11,2)
≥ 2500 g	151 (88,8)
<i>Paridade</i>	
≤ 3 filhos	158 (76,3)
> 3 filhos	49 (23,7)
<i>IMC materno^c</i>	
Baixo peso	16 (8,4)
Eutrofia	117 (61,6)
Excesso de peso	57 (30,0)
<i>Apresentação de água para a criança</i>	
Antes dos seis meses de vida	175 (84,5)
A partir dos seis meses de vida	32 (15,6)
<i>Apresentação de chá para a criança</i>	
Antes dos seis meses de vida	184 (88,9)
A partir dos seis meses de vida	23 (11,1)
<i>Apresentação de suco para a criança</i>	
Antes dos seis meses de vida	143 (69,1)
A partir dos seis meses de vida	64 (30,9)
<i>Apresentação de outros tipos de leite para a criança</i>	
Antes dos seis meses de vida	144 (69,6)
A partir dos seis meses de vida	63 (30,4)
<i>Apresentação de mingau à criança</i>	
Antes dos seis meses de vida	142 (68,6)
A partir dos seis meses de vida	65 (31,4)

Abreviações: SM, salários mínimos; ESF, Estratégia Saúde da Família; ACS, Agente Comunitário de Saúde; IMC, índice de massa corporal.

^aduas famílias não sabiam sobre cobertura do programa Estratégia Saúde da Família;

^b37 crianças não tinham informações sobre o peso ao nascer;

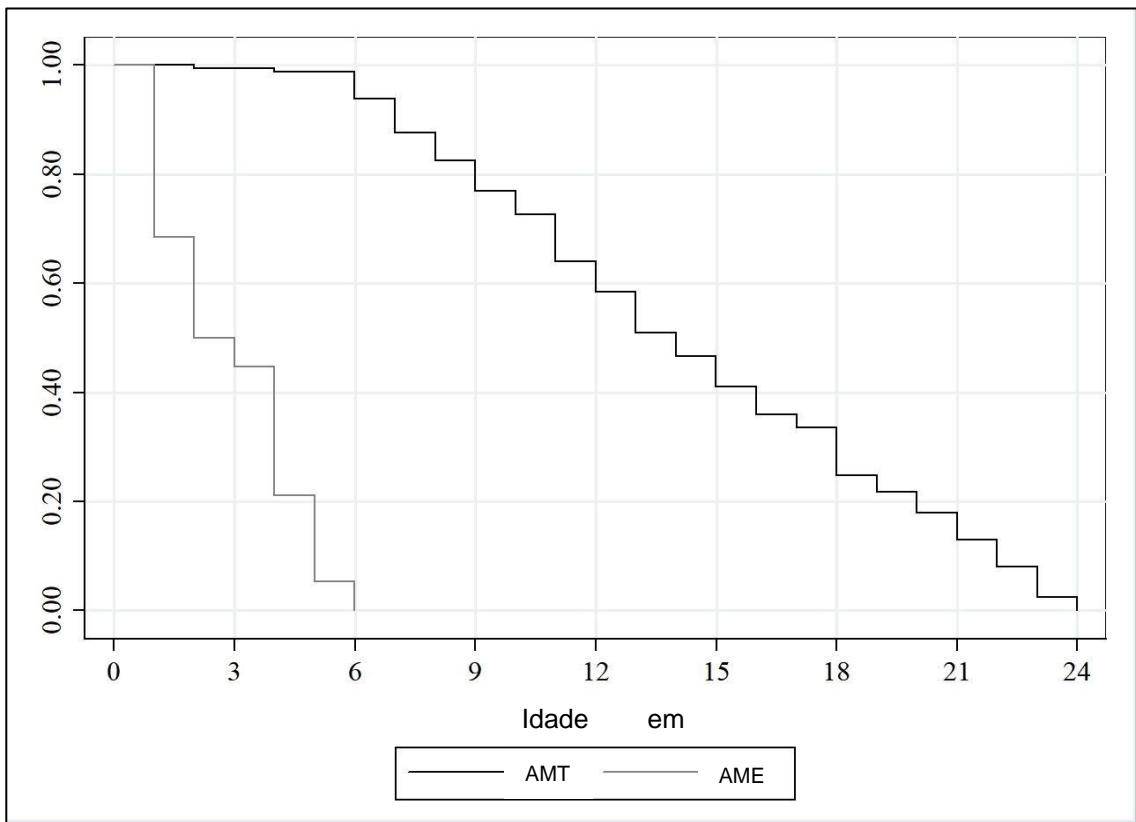
^c17 mães não tiveram seu IMC calculado devido à gravidez

A duração mediana do AMT e AME foi de 270 (IC 95% = 252,6 - 301,5) e 60 dias (IC 95% = 32,2-102,7). A curva de sobrevivência do AMT e AME mostra que no primeiro dia de vida todas

as crianças foram amamentadas, enquanto no final do terceiro mês de vida, 12,8% das crianças já haviam desmamado e 48,7% já haviam introduzido algum alimento ou líquido na dieta (figura 2).

Aos seis meses de vida, apenas 16,7% das crianças estavam em AME e aos 24 meses, 87,2% das crianças já haviam desmamado, restando apenas 27 crianças na amostra em aleitamento materno total (figura 2).

Figura 2. Curva do estimador de Kaplan-Meier para aleitamento materno total e aleitamento materno exclusivo, 2015.



A tabela 2 mostra as taxas de risco brutas e ajustadas de cada variável independente associada à descontinuação do AMT em crianças até 24 meses. De acordo com o modelo hierárquico, as variáveis idade materna ≥ 30 anos (TR = 0,66, IC95% = 0,45 - 0,97), comunidade não certificada (TR = 1,40; IC95% = 1,03 - 1,89) e apresentação de suco à criança antes de seis

meses de vida (TR = 1,75; IC95% = 1,20 - 2,55) permaneceram estatisticamente associadas após ajustes com as demais variáveis do modelo final.

Tabela 2. Risco de descontinuação do aleitamento materno total em crianças quilombolas com até 24 meses em dois municípios Maranhenses, Nordeste do Brasil, 2015.

Variáveis	Modelo 1 ^a	Modelo 2 ^a	Modelo 3 ^a	Modelo 4 ^a	Modelo 5 ^{a, b}
	TR (IC95%)	TR (IC95%)	TR (IC95%)	TR (IC95%)	TR (IC95%)
O sexo infantil é masculino	0,90 (0,68-1,20)	-	-	-	-
Idade materna ≤ 19 anos	0,95 (0,64-1,39)	-	-	-	-
Idade materna > 30 anos	0,67 (0,46-0,98)	0,67 (0,46-0,99)	0,70 (0,46-1,07)	0,67 (0,46-0,99)	0,68 (0,47-0,98)
Mãe estudou < 4 anos	1,30 (0,75-2,25)	-	-	-	-
> 5 pessoas em casa	0,96 (0,70-1,32)	-	-	-	-
Renda <i>per capita</i> <¼ SM	0,98 (0,68-1,40)	-	-	-	-
Família não participa de programa de transferência de renda do governo	1,08 (0,74-1,57)	-	-	-	-
Comunidade não certificada	1,34 (1,00-1,81)	1,34 (1,00-1,80)	1,45 (1,05-2,01)	1,40 (1,04-1,89)	1,40 (1,03-1,89)
Família não coberta pela ESF	-	0,89 (0,59-1,34)	-	-	-
Família não visitada pelo ACS	-	1,21 (0,77-1,90)	-	-	-
Peso ao nascer < 2500 g	-	-	0,96 (0,59-1,56)	-	-
Mãe com mais de 3 filhos	-	-	-	0,97 (0,70-1,34)	-
Mãe com baixo peso	-	-	-	0,80 (0,49-1,32)	-
Mãe com excesso de peso	-	-	-	1,12 (0,81-1,57)	-
Apresentação de água à criança antes dos 6 meses	-	-	-	-	0,89 (0,59-1,34)
Apresentação de chá para a criança antes dos 6 meses	-	-	-	-	0,70 (0,51-1,11)
Apresentação de suco para a criança antes dos 6 meses	-	-	-	-	1,68 (1,12-2,03)
Apresentação de outros tipos de leite à criança antes dos 6 meses	-	-	-	-	0,93 (0,64-1,35)
Apresentação de mingau à criança antes dos 6 meses	-	-	-	-	1,41 (0,98-2,04)

Abreviações: SM, salário mínimo; ESF, Estratégia Saúde da Família; ACS, Agente Comunitário de Saúde.

^a Para otimização de layout, entende-se aqui: modelo 1 (nível distal); modelo 2 (distal intermediário); modelo 3 (intermediário); modelo 4 (proximal intermediário) e modelo 5 (proximal).

^b O modelo 5 (nível proximal) também é o modelo final.

DISCUSSÃO

No presente estudo, as medianas de AMT e AME estavam abaixo do recomendado pela OMS. A idade materna igual ou superior a 30 anos foi protetora contra a descontinuação da AMT, enquanto a comunidade não certificada e a apresentação de suco para a criança antes dos seis meses de idade foram fatores de risco para esse resultado.

A duração do AMT em crianças quilombolas (270 dias) foi superior à encontrada nas áreas urbanas e rurais de uma província chinesa (180 e 240 dias, respectivamente),^{23,24} segundo recente pesquisa nacional no México (201 dias),²⁵ dos relatados na França (105 dias)²⁶ e na Áustria (208 dias).²⁷ Apenas um estudo realizado na área rural de dez províncias chinesas obteve mediana superior à encontrada aqui (360 dias).²⁸

No contexto nacional, observamos medianas de AMT semelhantes às encontradas neste estudo. Nas cidades do Nordeste do Brasil, como São João do Tigre, estado de Pernambuco, e Gameleira, estado da Paraíba foram registradas medianas de 179 e 169 dias, respectivamente.²⁹ O estado da Bahia (Nordeste do Brasil) registrou as maiores medianas pesquisadas, com 376 dias em estudo realizado em Feira de Santana³⁰ e 423,6 dias em outro desenvolvido em dois municípios do Recôncavo Baiano.³¹ A área urbana da maior cidade brasileira, São Paulo, registrou mediana de 174,2 dias.³²

A duração do AME em crianças quilombolas (60 dias) não seguiu o padrão do AMT, sendo superior a apenas um dos estudos consultados (24 dias).²⁶ Outros estudos do cenário nacional^{30,32,33} e internacional^{23,34} apresentaram durações medianas de aleitamento materno exclusivo superiores ao encontrado neste estudo. Provavelmente, isso se deve à superação de fatores limitantes relacionados às condições sociodemográficas superadas por esses grupos que persistem nas comunidades quilombolas do Maranhão.

Nos estudos brasileiros sobre a duração do AMT, parece que a localização geográfica das famílias é um fator importante. Estudos realizados em áreas rurais²⁹⁻³¹ apresentaram medianas com valores mais próximos ou ainda maiores do que o aqui descrito. Isso pode ser explicado pelo menor acesso a certos alimentos que podem contribuir diretamente para o desmame precoce das crianças e pela maior possibilidade de que as mães nessas áreas rurais não se envolvam em atividades profissionais remuneradas fora do ambiente doméstico.

As diferenças sociodemográficas às quais os quilombolas estão expostos podem ser um fator que explica a maior duração mediana do AMT do que a maioria dos estudos consultados nos cenários nacional e internacional. Provavelmente, o aleitamento materno é uma forma de alimentação de baixo custo, o que o torna acessível ao poder aquisitivo dessa população.

Vale ressaltar que o AME não seguiu o mesmo padrão do total, e isso provavelmente ocorreu devido à crença, no imaginário popular, de que o leite materno não é capaz de alimentar a criança sozinha e também à baixa escolaridade das mães avaliadas. Mesmo para as comunidades tradicionais, os resultados observados neste estudo são semelhantes aos observados na população em geral, sem ascendência negra vivendo no ambiente rural,²⁸⁻³¹ reforçando a capacidade do ambiente em determinar como se comporta a amamentação.

Observou-se que mulheres com 30 anos ou mais apresentaram risco 34% menor de descontinuação do AMT. A literatura científica relata uma associação contrária à encontrada no presente estudo em populações não quilombolas.^{30,32,35} O maior tempo de AM das mulheres adultas pode ser atribuído a maior experiência e conhecimento sobre a amamentação, principalmente se essa mulher já tiver outros filhos.

Outro fator associado foi a certificação pela fundação Palmares. Mulheres de comunidades que não possuíam a certificação da Fundação Palmares tiveram 40% mais chances de descontinuação precoce do AMT. Isso pode ser explicado devido a uma série de ações e políticas para a população quilombola oferecidas por essa fundação.^{36,37} Não estar coberto por essa política de proteção de identidade quilombola significou menos acesso a alimentos e serviços, pois a maioria das refeições quilombolas é proveniente da produção familiar, e também reforçou a invisibilidade social desse segmento populacional.¹⁶ Além disso, o reconhecimento de ser quilombola garante a provisão de serviços de saúde direcionados especificamente a essa população vulnerável, bem como a educação em saúde, que interfere diretamente na duração da amamentação.^{36,37}

Outro fator associado à interrupção do AMT nas crianças avaliadas foi a introdução de suco na dieta. As crianças que tomaram suco antes dos seis meses de vida tiveram uma chance 74% maior de desmamar precocemente. A apresentação precoce (antes dos seis meses de vida) de alimentos ou líquidos para a criança já é reconhecida na literatura científica como um dos fatores associados ao desmame precoce.^{24,27,31}

Os alimentos e bebidas comumente oferecidos às crianças têm maior concentração de açúcar refinado. O consumo desses alimentos pode levar o gosto da criança ao sabor doce, tornando-a propensa a preferi-la ao leite materno. Esse fato é preocupante, pois indica a inclusão de açúcares adicionados no início da alimentação dessas crianças, prática desencorajada pela American Heart Association³⁸ e pela OMS.³⁹

A associação do suco com a interrupção do aleitamento materno pode ser explicada pelo clima da região. Outros tipos de leite e mingau são geralmente oferecidos em preparações

quentes, enquanto os sucos geralmente são apresentados gelados. Devido à sua proximidade com a linha do Equador, as temperaturas em Penalva e Viana costumam ficar acima de 30° C, o que torna o ambiente favorável ao maior consumo de suco e faz com que o paladar da criança fique inclinado ao sabor doce.

E embora todas as crianças estejam localizadas na área rural, os produtos geralmente anunciados pela publicidade infantil - outros tipos de leite, leite de vaca misturado com farinha e açúcar (mingau) e sucos - foram inseridos antes dos seis meses de vida da criança, demonstrando a onipresença desses produtos. Já bebidas como água e chás, amplamente disponíveis para crianças menores de seis meses, podem estar relacionadas ao menor nível de escolaridade das mães, à conexão com a cultura quilombola e sua relação com o poder curativo dos chás.

Os resultados aqui apresentados devem ser considerados à luz dos problemas ainda enfrentados por essas comunidades remanescentes de quilombos. Os autores^{37,40-43} enfatizam que o acesso permanente a direitos básicos como a saúde não é garantido pelo poder público de forma equitativa. Os grupos majoritários têm privilégio sobre segmentos específicos, como quilombolas. Isso é confirmado por estudos que reforçam que a população negra, parda e indígena tem os piores indicadores de mortalidade e desigualdade no acesso aos serviços de saúde.⁴³

Por ser um segmento populacional específico, com falta de assistência à saúde, baixa renda e localizado nas áreas rurais dos dois municípios investigados, essa desigualdade pelo poder público pode influenciar as condições nutricionais de crianças e mulheres.

Entre as limitações deste estudo está a falta de investigação de algumas variáveis historicamente relacionadas ao aleitamento materno, como consultas pré-natais, prematuridade, tipo de parto e presença do parceiro. Além disso, a não investigação das características antropológicas dos quilombolas também não permite discutir satisfatoriamente a relação de ser quilombola e eventos de saúde e nutrição. O fato de a amostra não ser probabilística pode limitar a extensão desses resultados a outras populações quilombolas com características semelhantes às relatadas nas comunidades aqui avaliadas.

Os principais pontos fortes deste estudo são a composição da amostra composta apenas por crianças com até 24 meses para reduzir o viés de memória das mães no aleitamento materno e o pioneirismo na busca de fatores associados ao aleitamento materno em comunidades quilombolas no estado do Maranhão, Nordeste do Brasil.

CONCLUSÃO

A duração mediana do AMT das crianças quilombolas foi alta quando comparada aos achados de estudos nacionais e internacionais; no entanto, a mediana do AME ficou abaixo da recomendação da OMS. Idade materna maior ou igual a 30 anos protegida contra interrupção da AMT e a comunidade não ser certificada e a apresentação de suco antes dos seis meses de vida da criança eram riscos para esse desfecho.

Essas informações podem subsidiar estratégias de intervenção e fortalecer práticas de aleitamento materno em comunidades tão específicas quanto os quilombolas, sobretudo em relação ao fortalecimento de ações relacionadas à Atenção Primária, cuja cobertura não atingiu 15% das mães e filhos avaliados.

AGRADECIMENTOS

Nós agradecemos à Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e à Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão pelos apoios logísticos concedidos. Agradecemos também à Comunidade Santo Antônio dos Pretos por reunir e apresentar às lideranças locais das demais comunidades o projeto e auxiliar no momento da coleta.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017.
2. United Nations Children's Fund. Global strategy for infant and young child feeding: Why breastfeed? New York, United States: United Nations Children's Fund; 2016.
3. Toma ST, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(2): 235-246.
4. Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2011
5. Committee Opinion No. 658. Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice. *Obstetrics & Gynecology* 2016, 127(2), e86-e92. doi:10.1097/aog.0000000000001318
6. World Health Organization. Infant and young child feeding: A tool for assessing national practices, policies and programmes. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.
7. Uema RTB, de Souza SNDH, de Mell DF, Capellini VK. Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno no Brasil entre os anos 1998 e 2013: revisão sistemática. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde* 2015; 36(1Supl): 349-362. doi: 10.5433/1679-0367.2015v36n1Supl349

8. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERS. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Rev Saúde Pública* 2017; 51:1-9. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051000029
9. Venancio SI, Escuder MM Saldiva SR, Giugliani ER. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J Ped* 2010; 86(4), 317-324. doi: 10.2223/JPED.2016
10. Venancio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013, 47, 1205-1208. doi: 10.1590/S0034-8910.2013047004676
11. Bezerra VLV, Nisiyama AL, Jorge AL, Cardoso RM, da Silva EF, Tristão RM. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados à sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. *Rev Paul Pediat* 2012; 30(2), 173-179.
12. Brasil. Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. Brasília, Brasil: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2006.
13. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MI. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública* 2015; 49(91), 1-16.
14. Brasil. Constituição Federal de 1988 - Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília: Congresso Nacional; 2016.
15. Brasil. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Brasília: Casa Civil; 2003.
16. Brasil. Quilombos do Brasil: segurança alimentar e nutricional em territórios titulados. Brasília, Brasil: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2014.
17. Brasil. Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras. Brasília, Brasil: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada; 2016.
18. Universidade Federal de Pernambuco. III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição: Saúde, Nutrição, Alimentação, Condições Socioeconômicas e Atenção à Saúde no Estado de Pernambuco. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2010.
19. Brasil. Saúde da criança: Nutrição infantil - Aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2009.
20. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1995.
21. Fundação Cultural Palmares. Certidões expedidas às comunidades remanescentes de quilombos. Brasília, Brasil: Fundação Cultural Palmares; 2019.
22. United Nations Children's Fund. Low birthweight: country, regional and global estimates. New York, United States: United Nations Children's Fund; 2004.
23. Li Bai D, Fong DYT, Tarrant M. Previous breastfeeding experience and duration of any and exclusive breastfeeding among multiparous mothers. *Birth* 2015; 42(1), 70-77. doi: 10.1111/birt.12152
24. Tang L, Lee AH, Binns CW. Factors associated with breastfeeding duration: A prospective cohort study in Sichuan province, China. *World J Ped* 2015; 11(3), 232-238. doi: 10.1007/s12519-014-0520-y

25. Rivera-Pasquel M, Escobar-Zaragoza L, de Cosío TG. Breastfeeding and maternal employment: Results from three national nutritional surveys in Mexico. *Mat and child health j* 2015; 19(5), 1162-1172. doi: 10.1007/s10995-014-1622-9
26. Chantry AA, Monier I, Marcellin L. Breastfeeding (part one): Frequency, benefits and drawbacks, optimal duration and factors influencing its initiation and prolongation. *Clinical guidelines for practice. Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction* 2015; 44(10), 1071-1079. doi: 10.1016/j.jgyn.2015.09.026
27. Karall D, Ndayisaba JP, Heichlinger A, Kiechl-Kohlendorfer U, Stojakovic S, Leitner H, Scholl-Bürgi S. Breast-feeding Duration: Early Weaning—Do We Sufficiently Consider the Risk Factors?. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 2015; 61(5), 577-582. doi: 10.1097/MPG.0000000000000873
28. Wang JM, Li N, Xie SN, Yang SB, Zheng XX, Zhang J. Duration of breastfeeding and its relevant influencing factors on under 2-years-old in rural areas of 10 provinces in China. *Zhonghua liuxingbingxue zazhi* 2013; 34(7), 682-685.
29. Oliveira MGOAD, Lira PIC, Batista Filho M, Lima MDC. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. *Rev Bras Epid* 2013; 16, 178-189. doi: 10.1590/S1415-790X2013000100017
30. Vieira GO, Reis MR, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR, Giugliani ER. Trends in breastfeeding indicators in a city of northeastern Brazil. *J ped* 2015; 91(3), 270-277. doi: 10.1016/j.jpmed.2014.08.012
31. Demétrio F, Pinto EDJ, Assis AMO. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28, 641-650.
32. Rocci E, Quintella Fernandes RA. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Rev Bras Enf* 2014; 67(1). doi: 10.5935/0034-7167.20140002
33. de Freitas BAC, Lima LM, Carlos CFLV, Priore SE, Franceschini SDCC. Duração do aleitamento materno em prematuros acompanhados em serviço de referência secundário. *Rev Paul Pediatr* 2016; 34(2), 189-196. doi: 10.1016/j.rpped.2015.10.005
34. Babakazo P, Donnen P, Mapatano MA, Lulebo A, Okitolonda E. Effect of the Baby Friendly Hospital Initiative on the duration of exclusive breastfeeding in Kinshasa: A cluster randomized trial. *Revue d'epidemiologie et de sante publique* 2013; 63(5), 285-292. doi: 10.1016/j.respe.2015.07.043
35. Cavalcanti SH, Caminha MDFC, Figueiroa JN, Serva VMSBD, Cruz RDSBL, Lira PIC, Batista Filho M. Fatores associados à prática do aleitamento materno exclusivo por pelo menos seis meses no estado de Pernambuco. *Rev Bras Epid* 2015; 18, 208-219. doi: 10.1590/1980-5497201500010016
36. Brasil. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Programa Brasil Quilombola. Brasília: SEPPIR; 2004.
37. Ferreira HS, Camerino Torres ZM. A quilombola community in the Northeast region of Brazil: the health of women and children before and after certification. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2015; 15(2), 219-229. doi: 10.1590/S1519-38292015000200008

38. Vos MB, Kaar JL, Welsh JA, Van Horn LV, Feig DI, Anderson CA, Johnson RK et al. Added sugars and cardiovascular disease risk in children: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2017; 135(19), e1017-e1034. doi: 10.1161/CIR.0000000000000439
39. World Health Organization. Sugar intake for adults and children - Guideline. Geneva: World Health Organization; 2015
40. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev Cefac* 2011; 13(5), 937-943.
41. Marques AS, Caldeira AP, Souza LR, Zucch P, Cardoso WDA. População quilombola no norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)* 2010; 12(2), 154-161.
42. Gomes KDO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2013; 29, 1829-1842.
43. Guerrero AFH, Silva DO, Toledo LMD, Guerrero JCH, Teixeira P. Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do Município de Santarém-Pará, Brasil. *Saúde soc* 2007; 16, 103-110.

Colaboradores

Silveira VNC trabalhou em todas as etapas desde a concepção do estudo até a revisão da versão final do artigo a ser publicada; Silva GPC participou da concepção do estudo, coleta dos dados, interpretação dos dados e escrita do manuscrito; Padilha LL trabalhou na concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, bem como da revisão final do artigo; Frota MTBA participou de todas as etapas desde a concepção do estudo até a revisão da versão final do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Recebido: 10 de maio de 2019

Revisado: 21 de agosto de 2019

Aceito: 09 de setembro de 2019