

Amamentação exclusiva e seus fatores condicionantes no Vale do Jequitinhonha e Mucuri

Exclusive breastfeeding and its conditioning factors in the Jequitinhonha and Mucuri Valleys

DOI:10.34117/bjdv6n11-556

Recebimento dos originais: 20/10/2020

Aceitação para publicação: 25/11/2020

Cíntia Maria Rodrigues

Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (EERP/USP)

Instituição: Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (EERP/USP)

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900 - Vila Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP, Brasil

E-mail: cinrodriguesm@gmail.com

Heloisa Helena Barroso

Doutoranda em Odontologia – Ciências da Saúde pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

Instituição: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

Endereço: Rua da Glória, 187 - Centro, Diamantina - MG, Brasil

E-mail: heloisahbarroso@gmail.com

Andresa De Cássia Corrêa Vieira

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

Instituição: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

Endereço: Campus JK - MGT 367 - Km 583, nº 5000 Alto da Jacuba, Diamantina - MG, Brasil

E-mail: andresaenf@outlook.com

Mirele Aparecida Da Conceição

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

Instituição: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

Endereço: Campus JK - MGT 367 - Km 583, nº 5000 Alto da Jacuba, Diamantina - MG, Brasil

E-mail: mireleapdc@gmail.com

Juliana Nunes Santos

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Instituição: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

Endereço: Campus JK - MGT 367 - Km 583, nº 5000 Alto da Jacuba, Diamantina - MG, Brasil

E-mail: jununessantos@yahoo.com.br

Ana Paula Nogueira Nunes

Doutora em Saúde Coletiva/Epidemiologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Instituição: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

Endereço: Campus JK - MGT 367 - Km 583, nº 5000 Alto da Jacuba, Diamantina - MG, Brasil
E-mail: anapaulannunes01@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Relacionar taxas de amamentação exclusiva em crianças de até seis meses de idade com cobertura de pré-natal, óbitos infantis e cobertura das Estratégias de Saúde da Família. **Método:** Estudo transversal com análise do banco de dados secundários, coletados da Pesquisa por Amostra de Domicílios –MG e do site Minas em números. **Resultados:** Em relação à cobertura de pré-natal, os Vales do Jequitinhonha e Mucuri apresentam 59,5% e 68,1% e amamentação exclusiva de 53,3% e 53,0%, respectivamente. Em relação aos óbitos infantis, o Vale do Mucuri possuiu a maior taxa (19%), e a menor taxa de amamentação exclusiva (52,0%). O Vale do Jequitinhonha apresenta uma taxa de óbitos infantis de 17% e a taxa de amamentação exclusiva de 53%. O Vale do Jequitinhonha apresentou uma cobertura de Estratégia de Saúde da Família de 100% e a taxa de amamentação exclusiva foi de 53,0%. O Vale do Mucuri possui uma cobertura de estratégia de saúde da família de 95,9% e uma taxa de amamentação exclusiva de 52%. **Conclusão:** Os Vales do Jequitinhonha e do Mucuri são regiões com piores indicadores de saúde, necessitando de que a enfermagem tenha um olhar atento para reconhecer e melhorar a qualidade da assistência à saúde.

Palavras-chave: Aleitamento materno, Cuidado Pré-Natal, Mortalidade Infantil, Estratégia Saúde da Família, Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To relate exclusive breastfeeding rates in children up to six months of age with prenatal coverage, infant deaths and coverage of the Family Health Strategies. **Method:** Cross-sectional study with analysis of the secondary database, collected from the Household Sample Survey - MG and from the site Minas in numbers. **Results:** Regarding prenatal coverage, the Valleys of Jequitinhonha and Mucuri present 59.5% and 68.1% and exclusive breastfeeding of 53.3% and 53.0%, respectively. Regarding infant deaths, Vale do Mucuri had the highest rate (19%), and the lowest rate of exclusive breastfeeding (52.0%). Vale do Jequitinhonha has a 17% infant death rate and an exclusive breastfeeding rate of 53%. Jequitinhonha Valley had 100% Family Health Strategy coverage and the exclusive breastfeeding rate was 53.0%. Mucuri Valley has 95.9% Family Health Strategy coverage and an exclusive breastfeeding rate of 52%. **Conclusion:** The Jequitinhonha and Mucuri Valleys are regions with the worst health indicators, requiring nursing to have a close eye to recognize and improve the quality of health care.

Keywords: Breast Feeding, Prenatal Care, Infant Mortality, Family Health Strategy, Nursing.

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é a principal fonte de nutrição para o bebê, proporcionando benefícios tais como aumento da qualidade de vida, proteção à saúde da mãe e do lactente, criação de vínculo o binômio mãe/filho¹. O leite materno é considerado um alimento completo², rico em vitaminas, minerais, açúcares, proteínas e células de defesa que lhe conferem a imunidade necessária nessa primeira fase da vida, essenciais para crescimento e desenvolvimento saudáveis³.

Em função disso, a Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 2000, desenvolveu os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) estabelecidos para melhoria mundial. Dentre eles, destaca-se o quarto (4º), referente a redução da mortalidade infantil, através de amamentação exclusiva até os seis meses de idade, e o quinto (5º) que visa melhora da saúde das gestantes⁴ por meio de melhora na assistência à saúde nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e nas consultas de pré-natal.

O aleitamento materno exclusivo (AME) interfere consideravelmente nos indicadores de saúde. Um estudo realizado em 42 países mostrou que 13% dos óbitos em menores de cinco anos poderiam ser evitados se 90% das crianças fossem amamentadas exclusivamente até os seis meses, reduzindo também as taxas de doenças alérgicas, obesidade, diabetes, deficiência no desenvolvimento cognitivo e emocional, anemia ferropriva e doenças cardiovasculares^{5,6}.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 representou um marco favorável na história da saúde pública do Brasil, pois se passou a oferecer acesso universal, gratuito e integral de saúde a todos os brasileiros⁷. A partir desse contexto, na primeira metade do século XX iniciou-se um movimento em prol da amamentação, onde o Brasil começou a apresentar resultados promissores como diminuição na taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) por mil nascidos vivos, passando de 29,7% no ano de 2000, para 15,6% em 2010, e em menores de 5 anos, houve uma redução de 65% entre os anos de 1990 e 2010. No entanto, ainda está muito longe de alcançar os ODM, de acordo com dados da II Pesquisa de Prevalência em Aleitamento Materno, realizada em 2008, nas capitais brasileiras e Distrito Federal, a prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses foi de apenas 41%, com uma curta duração em torno de 54,1 dias (1,8 meses)⁷.

Apesar de todos os benefícios citados, alcançar as taxas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ainda é um grande desafio. Segundo pesquisa realizada a prevalência de AME nas capitais brasileiras e Distrito Federal, foi de 41,0% no conjunto das mesmas, sendo Belém/PA a capital com maior prevalência – 56,1%⁸. Estes números são ainda menos animadores quando se considera o número médio de dias de AME no Brasil que era de 54,1 em 2008, (data da última pesquisa), o que está aquém do preconizado pela OMS que é de 180 dias⁸.

Os fatores associados ao desmame precoce estão relacionadas às questões socioeconômicas e culturais, como por exemplo, mães com baixa escolaridade com menos acesso a informação de qualidade acerca do assunto, muita das vezes não são assistidas adequadamente nas consultas de pré-natal, conseqüentemente devido à falta de informações adequadas, ficam sujeitas a influência de familiares e terceiros que com suas crenças, mitos e vivências anteriores, interferindo no sucesso do AME. Em relação ao acompanhamento assistencial de boa qualidade, um estudo realizado com 84

lactantes em São Paulo, identificou que apenas 13% das mães haviam recebido acompanhamento da equipe de saúde, elencando a importância de um pré-natal de qualidade nos índices de AME e mortalidade⁹.

No estado de Minas Gerais, a região do Vale do Jequitinhonha e Mucuri, são conhecidos pela sua pobreza e carência, apresentando os piores indicadores de saúde. Estudo realizado nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) sobre o AME até os seis meses de vida, em mulheres nos anos de 2012 e 2013, mostrou que houve uma prevalência de 51,51%¹⁰. Outro estudo, realizado através de questionários, relatou que 40% das mães afirmaram ter amamentado exclusivamente seus filhos até os três meses de vida, desse percentual, 31% deixaram de amamentar por acreditar que o leite era fraco ou insuficiente para o filho, e 27% interromperam pela volta ao trabalho¹¹.

Apesar de permanecerem altos índices de mortalidade infantil, observa-se que nas últimas três décadas o Brasil apresentou uma tendência positiva, com discreto declínio na mortalidade pós- neonatal (óbitos que ocorrem do 28º dia até um ano de idade) a partir da implantação de programas como o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento criado pelo Ministério da Saúde em 2000, bem como as melhorias na assistência prestada aos recém-nascidos advinda de novas tecnologias e tratamentos¹².

A melhora dos índices da saúde materno-infantil se torna tema relevante de investigação. Diante disso, esse estudo objetiva relacionar as taxas de amamentação exclusiva com seus principais fatores condicionantes, cobertura de pré-natal, óbitos infantis e cobertura de Estratégia de Saúde da Família nos Vales do Jequitinhonha e do Mucuri.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal. A coleta dos dados foi feita no ano de 2017, a qual retirou informações de um banco de dados secundários do site Minas Gerais em números. As informações que alimentaram o site tomaram como base entrevistas, disponibilizadas em sua última versão no ano de 2013, até o presente momento, pela Pesquisa por Amostra de Domicílio de Minas Gerais (PAD-MG) da Fundação João Pinheiro. Os locais de estudo foram as mesorregiões Noroeste, Norte, Jequitinhonha, Mucuri, Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, Central, Metropolitana, Rio Doce, Oeste, Sul, Sudoeste, Campos das Vertentes e Zona da Mata.

Para a coleta, utilizou-se o coletor eletrônico (Ultra Mobile Personal Computer – UMPC), que selecionou informações sobre saúde, educação, trabalho, assistência social, renda e benefícios, gastos (coletivos, de alimentos e individuais) e juventude, além das características dos domicílios e dos

indivíduos. Essa última PAD/MG realizada no Estado abrangeu a população residente nas unidades domiciliares – domicílios particulares e unidades de habitação em domicílios coletivos. O questionário da pesquisa foi dividido em sete seções: I- características do domicílio, II- característica dos moradores, III- educação, IV- saúde, V- trabalho, VI- rendimentos, VII- segurança, sendo os entrevistadores, pessoas contratadas e treinadas pela Fundação João Pinheiro. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi substituído pelo consentimento verbal do entrevistado, obtido no momento da entrevista¹³.

Para o presente estudo, foi utilizada a questão referente ao AME em crianças de até seis meses de idade. A pergunta norteadora utilizada foi: Até quantos meses amamentou exclusivamente de leite materno?

Utilizou-se também, através do site Minas Gerais em Números, informações sobre a cobertura de consultas de pré-natal, óbitos infantis e cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) para o mesmo ano. Quando se trata de cobertura de pré-natal, foi levado em consideração o número de consultas realizadas, cabe ressaltar que, o número preconizado pelo Ministério da Saúde é de 6 a 8 consultas, bem como a qualidade das informações registradas nos instrumentos. Em relação aos óbitos infantis, considera-se as taxas de óbitos que ocorrem em menores de 1 ano de idade, sendo um indicador de avaliação da assistência prestada pelas unidades. Já na cobertura de ESF, considera-se cadastramento de famílias, visitas domiciliares, agendamento de consultas, acompanhamento de crianças menores de cinco anos, pessoas com comorbidades, bem como hipertensos, diabéticos, gestantes, idosos, dentre outras ações que caracterizam a cobertura da equipe de saúde⁷.

A partir desses dados coletados no site, foi feita uma caracterização sobre os aspectos econômicos do Vale do Jequitinhonha e Mucuri, conforme segue na Tabela 1.

Tabela 1 - Informações econômicas das Macrorregiões de Minas Gerais.

Regiões de Minas Gerais	Principais atividades econômicas	Observações adicionais
Noroeste	Agropecuária; indústrias nos ramos de extração mineral e siderurgia.	
Central/Norte	Pecuária extensiva e agricultura de subsistência	Apresenta menor expressão econômica.
Vale do Jequitinhonha e Mucuri	Pecuária de corte e agricultura de alimentos básicos.	Regiões mais pobres do Estado.
Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba	Produção de soja, milho, cana-de-açúcar, arroz e frutas, indústrias.	Crescimento econômico vinculado ao Estado de São Paulo.
Metropolitana	Indústria de transformação, mineração, construção civil.	Centro econômico e político-administrativo do Estado.
Vale do Rio Doce	Indústrias	Uma área industrializada, com elevado nível de crescimento e outra estagnada.
Oeste	Indústria de alimentos e bebidas	
Sul/Sudoeste	Café	Segunda em importância econômica do Estado e é rica em recursos naturais.
Zona da Mata	Indústria têxtil, vestuário, calçados e produtos alimentícios.	

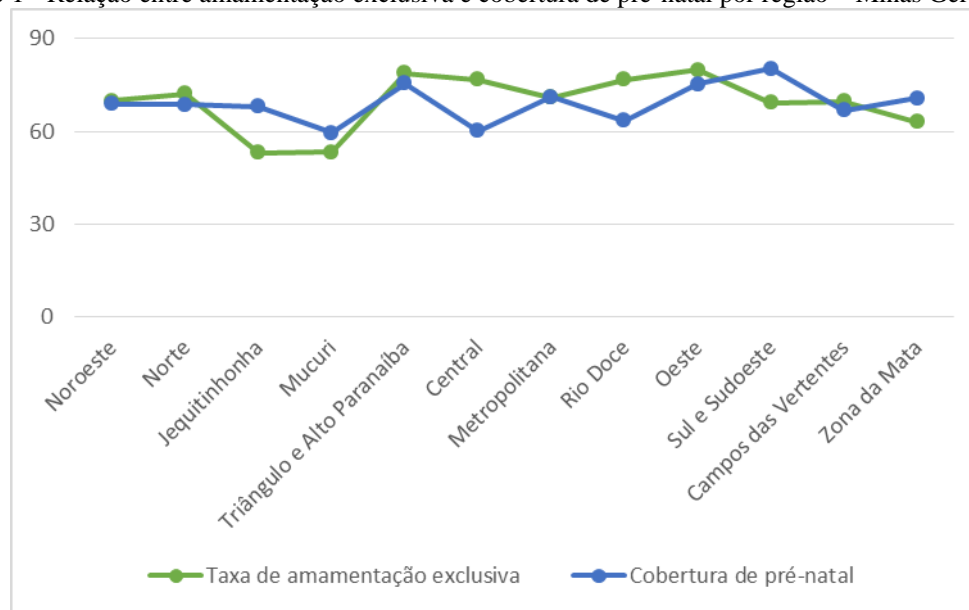
Fonte: Indicadores socioeconômicos [online].

O estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, sob o número de parecer 2.410.695, em dezembro de 2017.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à cobertura de pré-natal e a AME foi possível observar que em quatro regiões de Minas Gerais, a cobertura apresentou uma relação com a taxa de AME, tendo o Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba (75,5% x 78,7%), Metropolitana (71,1% x 70,9%), Oeste (75,3% x 79,9%) como locais com maiores taxas de cobertura e maior adesão à AME. Em contrapartida nas regiões do Sul/Sudoeste (80,4% x 69,3%) e Zona da Mata (70,7% x 63,1%) ocorreu o inverso, quanto maior a cobertura de pré-natal, menor foi a taxa de amamentação exclusiva. Cabe destacar que para Vale do Jequitinhonha esses índices foram de 68,1% x 53%, e para o Vale do Mucuri foram de 59,5% x 53,3 %, conforme ilustrado no gráfico 1.

Gráfico 1 - Relação entre amamentação exclusiva e cobertura de pré-natal por região – Minas Gerais, 2013.



Fonte: Elaboração própria.

Nesse estudo, houve relação direta entre a “taxa de amamentação exclusiva” e “cobertura de pré-natal”. As regiões que apresentaram maior cobertura de pré-natal foram também aquelas que tiveram taxa de amamentação exclusiva maior. Ressalta-se que quanto mais consultas de pré-natal realizadas, melhores são as chances de a mãe adquirir informações de qualidade acerca do aleitamento materno exclusivo, bem como ter oportunidade de esclarecer dúvidas sobre o período de lactação¹.

No entanto, nas regiões mais vulneráveis dos Vales do Jequitinhonha e do Mucuri, percebe-se menor taxa de aleitamento materno exclusivo, e uma baixa cobertura de pré-natal. Concordando com os dados de um estudo¹², que relatou mães que fizeram seis consultas ou mais de pré-natal, correspondiam somente a 73% da população de gestantes, no ano de 2012, associaram também que, a cobertura de pré-natal foi menor em mulheres de menor nível econômico, jovens e de baixa escolaridade. Esses achados o que condizem com a realidade das gestantes das regiões desse estudo, ressaltando o quanto as desigualdades econômicas e sociais interferem diretamente na assistência prestada as gestantes.

O aleitamento materno exclusivo continua sendo um desafio, uma vez que, o índice nas diferentes regiões brasileiras continua aquém do estipulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS) que é de 100% até o sexto mês de vida¹⁴. Desde os anos 1970, vem ocorrendo um aumento progressivo do aleitamento materno em crianças com idade inferior a três meses⁴. O percentual de crianças amamentadas aos 12 meses de idade evoluiu de 26%, em 1986, para 47% em 2006, permanecendo neste nível até 2013 (45%)¹⁵. Igualmente, aumentou o aleitamento

exclusivo entre menores de seis meses, o qual era praticamente inexistente em 1986 (5%) e atingiu 37% em 2013¹⁴. Apesar desse progresso, percebe-se a estabilização dos indicadores entre 2006 e 2013, além de dois terços das crianças com idade inferior a seis meses não receberem o aleitamento materno exclusivo como recomendado internacionalmente¹¹.

É de suma importância discutir a assistência prestada no pré-natal, pois, na maioria das vezes, as orientações ofertadas pelos profissionais não são completas. Isso interfere diretamente no tempo de aleitamento materno exclusivo, pois, a lactante fica susceptível as orientações equivocadas das pessoas a sua volta como avós, mães, vizinhas, dentre outros. As realizações do pré-natal, bem como o número de consultas realizadas são relevantes frente a realização de orientações efetivas como a promoção ao aleitamento materno, estimulando assim, a gestante para que a amamentação seja praticada com sucesso¹.

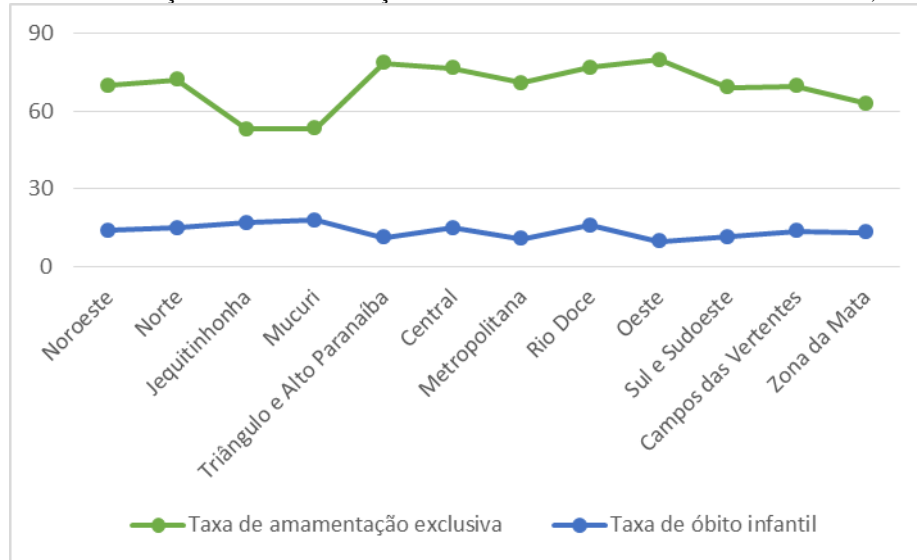
Além da preocupação com a baixa cobertura de pré-natal, existe outro entrave que compromete diretamente a assistência, a qualidade das informações repassadas nas consultas. Orientações incompletas sobre ao aleitamento materno exclusivo repassadas a mulheres de baixa renda e baixa escolaridade, residentes em municípios menores, fazem com que as mesmas introduzam alimentos de forma precoce, e interrompam a AME, afetando os indicadores de saúde. Um estudo demonstrou que durante orientações sobre aleitamento materno nas consultas de pré-natal, 63,8% das mulheres negaram receber informações de qualidade, e 43,6% das mulheres não compreenderam sobre a duração recomendada para o aleitamento materno exclusivo¹⁶.

Segundo um estudo realizado, mães que tem maior chance de amamentar são aquelas que: possuíam idade superior a 20 anos, ensino médio ou superior, casadas, que tem acesso a licença à maternidade¹¹. O nível de escolaridade é outro fator que tem influência direta na duração do AME, pois, mães com nível de escolaridade mais baixa tendem a introduzir precocemente os alimentos. Corroborando com o grau de instrução das mães, quanto melhor nível socioeconômico maior foi o tempo de amamentação exclusiva. Enquanto mães com baixa renda iniciavam tardiamente o pré-natal, compareciam a menos vezes em consultas, e por consequência amamentavam por menos tempo⁴.

O gráfico 2 ilustra a comparação entre a amamentação exclusiva e os óbitos infantis, sendo possível observar uma relação inversa entre essas duas variáveis. Regiões com maiores taxas de amamentação exclusiva apresentaram menores taxas de óbitos infantis. Na região do Vale do Mucuri, observou-se que a taxa de amamentação exclusiva foi 53,3% e a taxa de óbito infantil foi 19%. A menor taxa de óbitos infantis foi observada na Região Oeste de Minas Gerais, aproximadamente 9%, apresentando uma taxa de amamentação exclusiva de 79,9%. O Vale do Jequitinhonha em relação a

taxa de amamentação exclusiva e taxa de óbitos infantis apresentou (53,0% x 17,0%), no Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba essas taxas foram de (78,7% x 11,1%), e na região Metropolitana apresentou (70,9% x 10,8%), respectivamente.

Gráfico 2 - Relação entre amamentação exclusiva e óbitos infantis – Minas Gerais, 2013.



Fonte: Elaboração própria.

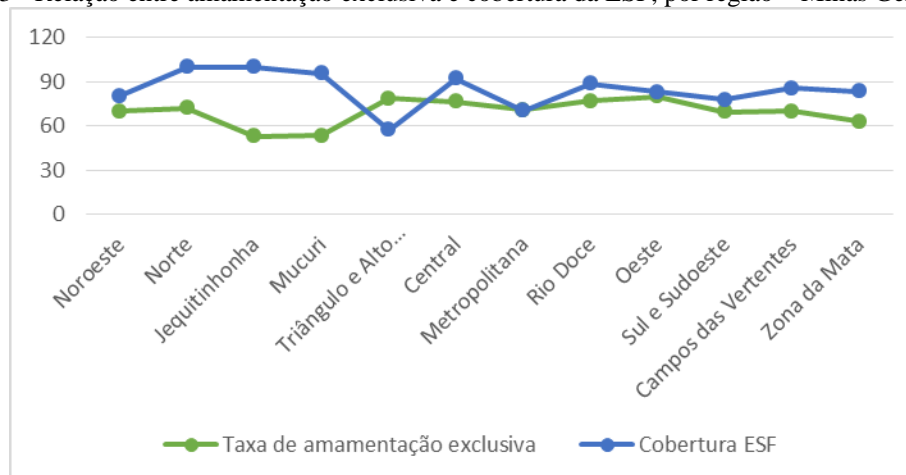
Em relação à cobertura de estratégia de saúde da família e amamentação exclusiva, identificou-se que na região do Jequitinhonha e Norte a cobertura de ESF foi de 100%. Entretanto possuíam menor taxa de amamentação exclusiva, 53,04% e 72,17%, respectivamente. As regiões do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba apresentaram a menor cobertura de ESF (58%), no entanto possuía uma boa taxa de amamentação exclusiva, 79%.

Para tanto, é possível compreender a relação entre amamentação exclusiva e óbito infantil, onde o Vale do Jequitinhonha e do Mucuri demonstram as maiores taxas de óbitos infantis (17,0% x 18,0%) e são também as regiões que possuem o menor índice de aleitamento materno exclusivo (53,0% x 53,3%), respectivamente. Outros estudos também sugerem efeito protetor da amamentação exclusiva com taxas de 12% do risco de óbito infantil comparado com as crianças que não foram amamentadas¹⁷ e um risco de mortalidade 3,5 vezes (meninos) e 4,1 vezes (meninas) em crianças menores de 6 meses em países de renda média e baixa, que não foram amamentadas em comparação com aquelas que receberam leite materno¹⁰. Tendo em vista estes achados, considera que 823.000 mortes por ano poderiam ser evitadas em 75 países, que apresentam baixa e média renda em 2015, se a amamentação fosse instituída a níveis universais⁴.

O enfermeiro possui um papel importante dentro da Estratégia Saúde da Família junto a sua equipe para o incentivo ao aleitamento materno exclusivo para redução da morbi-mortalidade infantil através da assistência individual ou em grupos de educação em saúde para a gestante.

Em relação a cobertura de ESF e amamentação exclusiva, ilustrado no gráfico 3, verificamos uma relação visivelmente inversa. Nas regiões do Vale do Jequitinhonha, Mucuri e Norte, que relataram possuir maior cobertura de ESF, 100%, 95,9% e 100%, apresentaram as menores taxas de AME (53,0%, 53,3% e 72,1%), respectivamente. Por outro lado, o Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, apresentou menor cobertura de ESF (57,5%), mas em comparação com as demais regiões o índice foi de 78,7%, colocando-o em segundo lugar com maior taxa de aleitamento materno exclusivo, perdendo apenas para a região Oeste que tem uma taxa de aleitamento materno exclusivo de 79,9% e uma cobertura de ESF de 83,2%.

Gráfico 3 - Relação entre amamentação exclusiva e cobertura da ESF, por região – Minas Gerais, 2013.



Fonte: Elaboração própria.

Este fato pode ser explicado pela “lei dos cuidados inversos”, que rege os serviços de saúde, fenômeno praticamente universal, descrito, há três décadas: os que mais necessitam de cuidados em saúde são os menos por eles beneficiados¹⁸. Assim, os programas de saúde atingem maiores coberturas nos grupos populacionais que deles menos necessitam⁴. Em amplos estudos realizados nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil, ficou evidente que a cobertura de ações básicas de saúde materno-infantil é sistematicamente superior nos níveis socioeconômicos mais elevados¹⁴.

A partir dos dados encontrados pode-se fazer uma crítica em relação aos dados do site Minas em números, no qual diz que nos Vales do Jequitinhonha, Mucuri e região Norte tem uma cobertura de ESF de 100 %, 95% e 100%, respectivamente. Contudo, as mesmas pertencem a região Sudeste, onde existem famílias e pessoas que nunca receberam uma visita domiciliar, e ainda sim são apresentadas

nos sistemas de informação como excelente cobertura de ESF. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2013, identificou-se que apenas 47,3% dos domicílios cadastrados recebiam visita mensal do agente comunitário de saúde (ACS) ou de qualquer membro da equipe de ESF. Destaca-se dentre as regiões a Sudeste, na qual 23,8% dos domicílios nunca receberam visita domiciliar ¹⁹.

É importante destacar que municípios menores e mais pobres apresentam maiores coberturas de ESF que vão de encontro à política da implantação e da expansão da estratégia de Saúde da Família no território nacional ao longo das últimas duas décadas ¹². Diante dos fatos mencionados percebemos uma contradição entre os dados encontrados em nosso estudo e entre os demais, visto que quanto maior a cobertura de ESF, maior seria o conhecimento em relação a amamentação exclusiva, colaborando para elevadas taxas da mesma, no entanto a realidade encontrada foi uma cobertura de 95,9 % a 100%.

Uma limitação do estudo, que cabe ressalva que é a maioria das pesquisas apresenta dados somente quantitativos. Para maior avaliação e entendimento da questão de cobertura de ESF, deveriam ser feitas pesquisas qualitativas, pois existe a possibilidade de haver uma boa cobertura com relação ao quantitativo de pessoas cobertas, mas em contrapartida não ser de boa qualidade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao descrever sobre os principais fatores condicionantes tratados neste estudo, como cobertura de pré-natal, óbitos infantis e cobertura de Estratégia de Saúde da Família relacionados a taxas de amamentação exclusiva, evidenciou-se que eles possuem importante peso para o Brasil se tornar referência no cumprimento das ODM. Por isso faz-se necessário avaliações de efetividade das políticas públicas ao longo dos anos para que melhorias possam ser feitas com objetivo de aumentar os índices de aleitamento materno exclusivo e principalmente reduzir significativamente os óbitos infantis.

Como contribuições para gestão do cuidado de Enfermagem ressaltam-se a prática do atendimento integral, durante todo o acompanhamento da mulher, do pré-natal ao puerpério, período no qual podem surgir demandas em relação ao aleitamento materno, dando oportunidade de esclarecimento de dúvidas, podendo promover e até mesmo prolongar a amamentação exclusiva até os seis meses de idade.

A partir dos dados obtidos pela relação das variáveis estudadas, é de suma relevância expor uma crítica em relação aos mesmos, visto que uma subnotificação ou superestimar das informações interferem diretamente na realidade vivenciada nas regiões de Minas Gerais, influenciando diretamente na tomada de decisão para o desenvolvimento de políticas públicas. Com base nos indicadores, espera-

se que este estudo proporcione a reflexão dos profissionais que atuam no cenário de incentivo ao aleitamento materno para a construção de ações específicas nos Vales do Jequitinhonha e Mucuri que elevem os índices de amamentação exclusiva e conseqüentemente diminua a taxa de mortalidade infantil na região.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues AP, Padoin SMM, Guido LA, Lopes LFD. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [cited 2020 June 24]; 18(2): 257-261. DOI: 10.5935/1414-8145.20140037.
2. Arantes BMN, Szczerepa SB, Muller EV, Ravelli, APX, Rufino BM, Borges PKO. Possibilities of assistance to breastfeeding: An overview on breastfeeding support networks. *Brazilian Journal of Development Braz. J.* 2020; Curitiba, v. 6, n. 3, p.16132-16146. DOI: 10.34117/bjdv6n3-473.
3. Santos JLGS, Copelli FHS, Oliveira RJT, Magalhães ALP, Gregório VRP, Erdmann AL. Ambiente de Trabalho do Enfermeiro na Divisão de Enfermagem Materno-Infantil de um Hospital Universitário. *Rev Enferm Centro-Oeste Mineiro.* 2018; 8:e2099. DOI: 10.19175/recom. v7i0.2099
4. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GVA, Horton S, Krasevec J et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016; 387 (10017):475-490. DOI:10.1016/S0140-6736(15)01024-7
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: DF; Ministério da Saúde; 2011 [citado em 24 jun 2011]. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf
6. Maranhão TA, Gomes KRO, Nunes LB, Moura LNB. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. *Cad Saúde Coletiva.* 2015; 23(2): 132-139. DOI: 10.1590/1414-462X201500020072.
7. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros – situação do aleitamento materno em 227 municípios brasileiros. Brasília: DF; Ministério da Saúde; 2010 [citado em 15 ago 2010]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf
8. World Health Organization (WHO). Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. *Lancet.* 2000;355(9202):451-455. Genebra: World Health Organization; 2000 [citado em 20 mar 2000]. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)82011-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)82011-5)
9. Souza MHN, Sodré VRD, Nogueira FSF. Prevalência e fatores associados à prática da amamentação de crianças que frequentam uma creche comunitária. *Cienc enferm.* 2015; 21(1):55-67. DOI: 10.4067/S0717-95532015000100006
10. Castro RJS, Silva EMB, Silva DM. Percepção das mães sobre as práticas dos enfermeiros na promoção do aleitamento materno. *Rev Enf Ref.* 2015; serIV (6): 65-73. DOI: 10.12707/RIV14077.
11. Santos LP, Gubert FA, Sousa FRR, Rêgo GP, Gomes MAB, Oriá MOB. Conhecimento, atitude e prática de puérperas adolescentes em relação ao aleitamento materno. *Rev Adolesc Saúde.* 2016; 13(1): 7-18. DOI: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=541#

12. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(3): e00195815. DOI: 10.1590/0102-311x00195815.
13. Fundação João Pinheiro (FJP). Centro de Estudos de Política Públicas. Relatório Metodológico PAD – MG / Coordenação de Nícia Raies Moreira de Souza. Belo Horizonte; 2009. Fundação João Pinheiro; [citado em dez 2013]. Disponível em: <http://novosite.fjp.mg.gov.br/>
14. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018; 23(6):1915-1928. DOI: 10.1590/1413-81232018236.03942018.
15. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51:108. DOI: 10.11606/s1518-8787.2017051000029.
16. Visintin AB, Primo CC, Amorim MHC, Leite FMC. Avaliação do conhecimento de puérperas acerca da amamentação. *Enferm Foco*. 2015;6(1/4):12-16. DOI: 10.21675/2357-707X.2015.v6.n1/4.570
17. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines J et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(467):3-13. DOI:10.1111/apa.13147
18. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1(7696):405-412. [Internet] [citado em 27 fev 1971]. Disponível em:10.1016/s0140-6736(71)92410-x
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasil em síntese; 2019. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; [citado em 2013]. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-brutas-de-mortalidade.html>