

Aleitamento materno em área rural: revisão de escopo

Breastfeeding in rural area: a scope review

Ana Elisa Eurich¹, Micheli de Jesus Ferreira*².

1. Instituto Federal Do Paraná - Campus Palmas- To- Brasil. Orcid: 0000-0003-0679-3120.

2. Instituto Federal Do Paraná, Campus Palmas- To- Brasil. Orcid: 0000-0003-1840-8381.

Resumo

Objetivos: sistematizar as evidências sobre aleitamento materno em área rural. **Fontes de Dados:** Esta revisão de escopo realizada conforme as recomendações do The Joanna Briggs Institute buscou responder a questão: “como é conduzido o aleitamento materno em área rural?” Utilizando os descritores “aleitamento materno”; “área rural”; “populações rurais” no mês de maio de 2022, nas bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE via PUBMED®; Índice Acumulado de Enfermagem e Literatura Técnica de Saúde (CINAHL via EBSCO); Embase; Scopus; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Scholar; Dart-e e Web of Science, foram encontrados 219 artigos, dos quais 31 foram incluídos. **Síntese dos Dados:** o aleitamento materno exclusivo (AME) em área rural tem a prevalência entre 9,7% e 55%, com duração média de até 4 meses. Sendo permeado por influências condicionantes e limitadoras, como a rede de apoio, fatores econômicos, educacionais e socioculturais. **Conclusões:** o aleitamento materno em área rural tem sido conduzido a partir da prática tradicional e familiar com pouca presença profissional, tendo pouca clareza do AME. Conclui-se a necessidade de proteção e promoção ao aleitamento materno com olhar sobre as especificidades e vulnerabilidades desta população.

Abstract

Objectives: To systematize the evidence on breastfeeding in rural areas. **Data source:** This scoping review, conducted in accordance with the recommendations of the Joanna Briggs Institute, aimed to answer the question: "How is breastfeeding conducted in rural areas?" Using the descriptors "breastfeeding", "rural area", and "rural populations" in May 2022, the following databases were searched: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE via PUBMED®; Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL via EBSCO); Embase; Scopus; Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS); Virtual Health Library (BVS); Google Scholar; Dart-e; and Web of Science. A total of 219 articles were found, of which 31 were included. **Data synthesis:** The prevalence of exclusive breastfeeding (EBF) in rural areas ranged from 9.7% to 55%, with an average duration of up to 4 months. Breastfeeding is influenced by factors such as the support network, economic, educational, and sociocultural factors. **Conclusions:** Breastfeeding in rural areas has been conducted based on traditional and family practices with little professional guidance. There is little clarity about EBF. The need for protection and promotion of breastfeeding with a focus on the specificities and vulnerabilities of this population is concluded.

Palavras-chave:

aleitamento materno; área rural; populações rurais.

Keywords:

breastfeeding; rural area; rural population.

*Correspondência para/ Correspondence to:

Ana Elisa Eurich: enfanaelisaeurich@gmail.com

INTRODUÇÃO

Aleitamento materno ideal é aquele que ocorre entre 0 a 23 meses, tendo relação direta com os desfechos favoráveis na primeira infância. Devendo ser iniciado ainda na primeira hora de vida; mantendo o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses e a introdução de alimentação complementar adequada e segura a partir deste período, em continuação do aleitamento materno até os dois anos ou mais. Contudo, mundialmente, entre 2015 e 2020, somente 44% das crianças nascidas foram amamentadas exclusivamente nos primeiros seis meses de vida ¹.

Pesquisa realizada entre fevereiro de 2019 e março de 2020, divulgou os dados preliminares de aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses no Brasil; os resultados demonstraram que o predomínio do aleitamento materno exclusivo (AME) é de 45,8 %, com maior prevalência na região sul (54,3%) e a menor na região nordeste (39,0%). A média de tempo de AME foi de 3 meses e o aleitamento materno foi de 15,9 meses ².

A prática de aleitar resulta das vivências, das práticas discursivas, das relações interpessoais e dos valores socioculturais que perpassam pela vida da lactante e da família. Deste modo, o aleitamento materno beneficia não só o bebê, reduzindo o risco de mortalidade infantil, protegendo contra diarreia, infecções respiratórias, alergias, doenças crônicas, mas a família e a sociedade, pois promove o vínculo

entre o binômio mãe e filho e diminui os custos financeiros ³.

A família, a sociedade e o contexto onde a mulher que amamenta está inserida exercem influência sobre o modo de condução e manejo do aleitamento materno. Sendo assim, as mulheres que residem na área rural além de desenvolverem os trabalhos domésticos, realizarem o trabalho fora de casa, como o cuidado com os animais, o plantio e a colheita, e, ainda carregam uma forte influência de crenças, conhecimentos e práticas tradicionais que podem limitar o aleitamento materno.

As mulheres que vivem e trabalham no meio rural são denominadas como mulheres rurais sendo representadas pelas:

[...] agricultoras familiares, assentadas da reforma agrária, assentadas do crédito fundiário, mulheres extrativistas, mulheres das águas, pescadoras artesanais, indígenas, mulheres quilombolas, quebradeiras de coco, geraizeiras, mulheres faxinalenses, mulheres caiçaras, pantaneiras, mulheres pertencentes às populações de fundo e fecho de pasto, mulheres catadoras de mangaba, ciganas, pomeranas e retireiras do Araguaia em suas diferentes condições etárias ⁴.

A Atenção à Saúde destas populações é regida pela Portaria nº 2.311 de 2014 que institui no Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, que tem como objetivo, “a promoção da saúde das populações do campo, da floresta e das águas por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça, cor, etnia e orientação sexual,” garantindo assim o acesso aos serviços

de saúde, a redução de riscos e agravos à saúde relacionados aos processos de trabalho e tecnologias agrícolas e a melhoria da qualidade de vida e indicadores de saúde ⁵.

Em relação ao aleitamento materno na área rural no Brasil, cerca de 98,5% das crianças menores de 2 anos foram amamentadas alguma vez; cerca de 36,8% lactentes foram amamentados exclusivamente nos primeiros seis meses de vida e 61,3% das crianças com até 23 meses são amamentadas continuamente ²

Segundo a Lei Brasileira de nº 8.069, de 13 de julho de 1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o direito à vida e à saúde são considerados direitos fundamentais perante a efetividade de políticas públicas ⁶.

Redigida pela Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, os serviços de saúde onde o trabalho de parto foi realizado deverão garantir às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos uma alta hospitalar responsável e a contrarreferência para a atenção primária, garantindo o acesso a outros serviços de saúde. Além disso, a atenção básica deve desenvolver ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e a alimentação complementar saudável, de forma contínua, sejam elas individuais ou coletivas, garantindo à gestante o recebimento de orientações ⁷.

Incluída pela Lei nº 13.436, de 12 de abril de 2017, os hospitais e demais serviços de saúde que prestam assistência à saúde das gestantes, públicos e privados, têm a obrigação de acompanhar o processo de amamentação

durante a permanência no serviço oferecendo orientações a respeito da técnica adequada através dos profissionais da equipe existente ⁸.

Entende-se então que a amamentação é um direito da criança, que lhe traz inúmeros benefícios, sendo recomendada por órgãos de referência em saúde (OMS, MS), devendo ser estimulada independente do contexto domiciliar, financeiro, sociodemográfico sendo de responsabilidade dos profissionais de saúde e da sociedade civil de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno ⁷.

Neste sentido, o presente trabalho tem como objetivo sintetizar os achados na literatura internacional e nacional a respeito do aleitamento materno em zona rural.

METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão integrativa, a partir do método da revisão de escopo (método *scoping review*), que possibilita a determinação do conhecimento atual sobre uma temática específica, por meio da identificação, análise e sintetização de resultados ⁹, além de detectar lacunas nas evidências que podem levar a pesquisas futuras ¹⁰.

Neste sentido, foi realizada uma revisão de escopo baseada na metodologia proposta por *Joanna Briggs Institute*^{11,12} adotando cinco etapas de investigação; sendo norteado pelo *guideline* do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) ¹².

Etapa 1: elaboração da questão da pesquisa

A partir das recomendações do PRISMA-ScR, a pergunta deve ser estruturada no método PCC: população (lactantes), conceito (aleitamento materno) e contexto (área rural). Assim, a questão norteadora inicial foi: “como é conduzido o aleitamento materno em área rural?”

Sendo utilizados os seguintes descritores por meio das plataformas Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “breastfeeding”; “rural area”; “rural population”; e os operadores booleanos AND e OR que foram combinados entre os descritores.

Etapa 2: identificação de estudos relevantes

A fim de identificar os artigos de forma a responder as questões norteadoras, foi realizado um levantamento bibliográfico no mês de maio de 2022, nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE via PUBMED®; Índice Acumulado de Enfermagem e Literatura Técnica de Saúde (CINAHL via EBSCO; Embase; Scopus; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) além da busca na “literatura cinzenta”: Google Scholar; Dart-e e Web of Science.

Os critérios de inclusão para esta revisão foram estudos originais que tratassem da temática desta revisão integrativa, em português, inglês e espanhol, não tendo recorte de tempo.

Etapa 3: seleção de estudos

Os estudos incluídos atenderam os seguintes critérios de elegibilidade: resultados de evidências primárias e secundárias, que tratem do aleitamento materno, que apresentem as populações rurais e detalhem acerca da condução do aleitamento materno em áreas rurais.

Foram excluídos os estudos que se referirem a áreas e populações urbanas, aos que não tratam especificamente do aleitamento materno, relacionando com outras doenças, trazendo discussões acerca da introdução alimentar, alimentação complementar e alimentação materna, sobre a efetividade de ações e intervenções sobre aleitamento materno em áreas rurais ou outros cuidados neonatais. Os artigos selecionados e excluídos foram organizados a partir do fluxograma PRISMA-ScR.

Etapa 4: extração dos dados

Nesta etapa foram extraídas informações dos artigos incluídos nesta revisão. Para isto, foi desenvolvido um protocolo para nortear a extração dos dados.

Etapa 5: coleta, resumo e relato dos dados

Os dados resultantes deste scoping review foram coletados e resumidos quantitativamente (baseando-se na síntese dos resultados, conclusões e recomendações). Sendo eles analisados e apresentados em temas.

RESULTADOS

Dos 31 estudos selecionados, 30 são artigos publicados e uma tese, sendo 29 destes escritos na língua inglesa, um em português e um em espanhol. Dentre os 31 artigos, 16 artigos foram escritos no continente africano (em nove países diferentes), 7 artigos escritos no continente asiático, (em quatro países); 6 artigos escritos no continente americano (4 norte-americanos, 1 brasileiro e 1 mexicano), e 2 artigos escritos na Oceania. Foram identificados artigos entre o ano de 1983 e 2022.

DISCUSSÃO

Aleitamento materno exclusivo na área rural

Em relação ao aleitamento materno exclusivo na área rural, os estudos recentes revelam a prevalência entre 49,7%¹³, na Índia e 55%¹⁴ na Etiópia, sendo a porcentagem de lactentes que foram amamentados em áreas rurais. Esta taxa pode chegar até a 17,2%¹⁴ 9,7% entre o 5 e 6 mês pós-parto¹⁵ em países como a Etiópia e o Egito. Em estudos mais antigos, observa-se que 58% das mães amamentavam exclusivamente no Vietnã¹⁶, sendo comparado ao estudo¹⁷, onde 18% dos bebês de 6 meses eram amamentados exclusivamente nos Estados Unidos.

Houve a observação que o aleitamento materno exclusivo em Malawi ocorria em 19% dos neonatos no primeiro mês de vida da criança, 8% no segundo, 2% no terceiro e nenhuma das crianças foi amamentada

exclusivamente a partir do quarto mês¹⁸, podendo comparar ao estudo¹⁹ que traz a porcentagem de 43,6% de aleitamento materno exclusivo no quarto mês, e 0,4% no sexto mês, no Vietnã.

Outro estudo na Etiópia, observa que a duração em meses, do aleitamento materno exclusivo foi de 6,36 meses em áreas rurais²⁰. Já a mediana de tempo de AME na Austrália foi de 16 semanas (4 meses)²¹.

A exclusividade do AM tem sido vivenciada de diferentes formas em populações de áreas rurais, como o entendimento de que deve haver a exclusividade do leite materno entre o quarto e sexto mês, porém somente 7% das avós e mães consideravam a exclusividade do leite materno como uma opção alimentar para o bebê²². No estudo que aborda lactentes adolescentes, nota-se a menor porcentagem (45%) de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês e a maior porcentagem (70%) no terceiro mês²³. Há a prevalência do aleitamento materno até os cinco anos, porém destas somente 35% das mães amamentaram exclusivamente até os 6 meses²⁴.

Diante desses dados, observa-se que não há o entendimento da população civil acerca da definição de aleitamento materno exclusivo em diferentes países do mundo, o que limita a sua continuidade até os 6 meses, conforme orientado pela OMS¹.

Rede de apoio

Notou-se a influência do contexto familiar, pois juntamente com o apoio familiar, a

percepção dos benefícios do aleitamento materno são os fatores mais comuns do “decidir amamentar”²⁵ e são um dos fatores facilitadores para a promoção do aleitamento materno²⁶. Porém a qualidade e grau de influência variam com a exposição ao tema da promoção do aleitamento materno, a posição da hierarquia social em relação à mãe e como e quanto tempo passam com ela²⁷. Nos estudos^{28,29}, há o entendimento que a “sabedoria acerca do aleitamento materno é passada de geração em geração”, sendo a avó da criança uma pessoa de autoridade no processo decisivo alimentar.

Sendo ela a mãe da lactante ou a sogra, pois cerca de 70% dos entrevistados indicam que a sogra é a principal tomadora da decisão³⁰, podendo ser observado que elas mesmas entendem esse processo como sua responsabilidade, como provedoras e decisoras dos cuidados neonatais e das práticas alimentares³¹. Observou-se que mães que percebem a ambivalência da avó sobre aleitamento materno ou uso de fórmula tem 96% de risco de não ter nenhum tipo de aleitamento materno nas 26 semanas pós-parto²¹.

Da mesma forma, notou-se uma influência do marido/parceiro na amamentação, pois mães que percebem a ambivalência do pai sobre aleitamento materno ou uso de fórmula tem 48% a mais de chances de cessar o aleitamento materno exclusivo²¹. Sabe-se que mulheres casadas têm 54% de chance a mais de início precoce do aleitamento materno ao comparadas com mulheres não casadas (viúvas, divorciadas)³².

Observou-se que as mulheres que se comunicaram e dialogaram com seus maridos acerca da amamentação como benefício para ela e para o bebê receberam apoio, reforços positivos e estímulos para continuidade da prática em períodos de dificuldade da amamentação²⁸.

Em relação a outros filhos, notou-se a multiparidade como um fator facilitador ao aleitamento materno¹³, porém as famílias com um menor número de filhos tinham a maior probabilidade de adesão às recomendações acerca do aleitamento materno¹⁸, e uma nova gestação foi apontada como um dos principais motivos para o desmame²⁹, pois há o entendimento popular que o aleitamento da mãe gestante pode prejudicar o lactente, levando a casos de diarreia e vômitos³³.

Ressalta-se que a interferência da família pode tornar-se um fator limitador, conforme o relato de que a própria avó da lactante fez e ofereceu chás ao neonato após a própria percepção da não suficiência do leite materno por ela oferecido, havendo uma interferência negativa^{25,26}. Notou-se que mesmo que haja conhecimento dos familiares, não há aprovação e comprometimento com a prática³⁴ havendo uma maior probabilidade de introdução alimentar precoce, antes do sexto mês²³. Além disso, a certeza de que os próprios familiares não têm concepções errôneas traz conflitos e divergências com orientações dadas por profissionais de saúde³⁵.

Há a influência por parte de profissionais da saúde, pois notou-se a potencial fonte de

informações apropriadas ²⁷ porém há uma limitação no vínculo evidenciado pelo cuidado pré-natal de baixa qualidade e pela alta taxa de partos domiciliares ²⁷, pela desconexão da realidade do amamentar durante a permanência hospitalar e a amamentação em domicílio ³⁶.

Sabe-se que um pré-natal de qualidade, resulta em um impacto positivo no aleitamento materno exclusivo ²⁷, pois mães que tiveram quatro visitas ou mais durante o pré-natal tem 1.9 vezes mais chances de amamentar exclusivamente seus bebês ¹⁵. Porém estas orientações podem levar a conflitos, se forem diferentes/contrárias às experiências familiares ³⁵.

As próprias lactentes relataram a importância do profissional médico como determinador e enfermeiras como facilitadoras, que proporcionam orientações ³⁷.

Em algumas regiões a fonte primária de informações acerca do aleitamento são as parteiras tradicionais, sendo mulheres rurais e autoridades entre as puérperas, têm um papel decisivo na prática do aleitamento materno ^{26, 27}.

Observou-se que a influência e o apoio da família é de demasiada importância para a promoção e continuidade do aleitamento materno, sendo que a prática de educação em saúde deve alcançar todo o núcleo familiar. Devendo ter o entendimento do poder de decisão, de principal responsabilidade da mãe e do pai do lactente, não havendo interferências negativas de outras figuras familiares.

Cabe aos profissionais de saúde aumentar o vínculo com a comunidade,

respeitando e associando os saberes e práticas tradicionais às evidências científicas a fim de melhorar o tempo de aleitamento materno exclusivo entre as mulheres do meio rural.

Fatores econômicos

Os fatores econômicos estão ligados ao trabalho da mãe pois cerca 95% das mães retornaram ao trabalho na décima sexta semana (quarto mês) ¹⁹, afetando assim o aleitamento materno, pois sabe-se que mães que estão engajadas em diversas atividades estão mais expostas a cessar o aleitamento materno precocemente ao compará-las a mães donas de casa ²⁰, sendo mais “fácil” substituir a amamentação por fórmula infantil ²⁸.

O risco de não amamentar exclusivamente foi 25,4 vezes maior para as mulheres que retornaram ao trabalho do que para as mulheres que não ¹⁶. Se tratando de atividades rurais, pois 63% se identificam como agricultoras ¹⁹, pode-se observar a longa distância de casa e o tempo gasto nesse percurso, além da não permissão do supervisor. Ao serem questionadas se haveria possibilidade de levar a criança ao local de trabalho, veio à tona a distância, o tempo, além da exposição ao sol e aos pesticidas que podem ser prejudiciais e a falta de local adequado e falta de supervisão da criança ¹⁶.

Houve também, a conclusão de que poucas mães deixaram de amamentar por estarem trabalhando fora de casa ²⁴, e o tipo de trabalho da maioria das mães é propício para a prática do aleitamento materno ³⁸. A percepção

materna das mães rurais é positiva, pois as mesmas entendem que não precisam deixar seus filhos para trabalharem na área rural ²⁶.

Notou-se que a relação do trabalho da mãe e o aleitamento materno pode ser um fator potencializador ou um fator limitante, sendo importante que haja suporte e estímulo por parte dos empregadores e de políticas públicas.

Fatores educacionais

Em relação à escolaridade materna, há uma melhor adesão às recomendações e orientações acerca da alimentação do bebê em mães com maior escolaridade ¹⁸. Há associações de que maiores níveis educacionais resultem em maiores probabilidades de aleitamento materno exclusivo ³⁹.

Observou-se que 71% das mães que tinham educação secundária praticaram o aleitamento materno exclusivo, comparado a 55% das mães que não tinham educação primária ³⁰. O baixo nível educacional da mãe e do pai são fatores significativos para a cessação precoce do aleitamento materno exclusivo ^{19, 20}. Há o dado que somente o nível educacional paterno tem relação com a exclusividade do aleitamento materno ²⁷, pois a decisão paterna é prevalente, originada pela cultura patriarcal comum em sociedades africanas.

Constatou-se que 37% das mães iniciaram o aleitamento materno após a primeira hora de vida do bebê, que é associada ao não comparecimento à educação formal ^{40, 41}. E em mães jovens e adolescentes, notou-se que a cessação precoce do aleitamento materno

exclusivo está associada a vontade e planejamento de voltar a escola/internato ²³.

A baixa escolaridade compromete o entendimento da mulher acerca do manejo do aleitamento materno, como a não diferenciação dos conceitos ¹⁴ se tratando de uma barreira para a sua execução ^{26, 33, 42}.

Diante das evidências, constatou-se a importância da escolaridade materna no desenvolvimento do aleitamento materno. Notou-se também a importância e responsabilidade multisetorial pelo aleitamento materno, pois é necessário o estímulo e incentivo à escolaridade.

Fatores socioculturais

Observou-se o uso de ritos e tradições culturais, como o descarte do colostro ^{24, 42} e ingestão de outros leites e outros alimentos antes do leite materno, como, leite de vaca, água açucarada, água/chás, mingau de milho, manteiga fresca ^{22, 20}. A decisão de não dar o colostro à criança, pode prejudicar o aleitamento materno ^{13, 42, 43}.

Outros fatores socioculturais podem limitar o aleitamento materno, como a tradição da realização da uvulectomia, que é a retirada da úvula ⁴⁴ podendo levar a uma infecção neonatal, cessando precocemente o aleitamento materno ^{27, 30}.

Outras tradições colaboram com a promoção do aleitamento materno, como os 40 dias de banho tradicional, onde outra pessoa faz o serviço de casa, estando a mãe completamente disponível para o bebê ²⁷.

Em relação ao social, há um desconforto quando a amamentação é realizada em locais públicos sendo comparada a uma ofensa aos demais ²⁸, muitas vezes necessária por ser o local de trabalho ¹⁹, podendo ser um fator limitante para o aleitamento materno.

Em relação a religião, percebeu-se que há uma maior taxa de aleitamento materno exclusivo e de início precoce do aleitamento em famílias islâmicas, ao comparadas com hindus e cristãos ^{13, 32}. Por outro lado, percebeu-se o uso da água sagrada (água abençoada por um religioso) como o primeiro líquido dado ao neonato, atrasando o início do aleitamento materno ²⁷. Notou-se então a influência da religião no aleitamento materno em populações rurais, sendo interessante que haja líderes religiosos preparados para orientar, incentivar o aleitamento materno e desencorajar práticas prejudiciais ³⁴.

Observou-se nos estudos mais atuais, que o uso das tecnologias, podem ser instrumento de suporte e promoção ao aleitamento materno ²⁶ e uma fonte de conhecimento, sendo interessante que o setor da saúde incorpore estratégias de comunicação e divulgação de informações verdadeiras ³⁷.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o aleitamento materno nas áreas rurais é conduzido de maneira tradicional e familiar, com pouca participação dos profissionais de saúde, o que afeta a clareza sobre o aleitamento materno exclusivo,

prejudicando seu início precoce e a continuidade até o sexto mês.

Destaca-se a importância da educação em saúde durante o pré-natal e o puerpério para proteger e promover o aleitamento materno. A conscientização deve incluir gestantes, puérperas, lactentes, avós e parceiros, influenciando nas decisões e na manutenção da amamentação.

Empregadores e dirigentes escolares têm responsabilidade social na proteção e promoção do aleitamento materno, evitando a interrupção precoce devido ao trabalho e à escola, que podem promover o uso de fórmulas infantis. É necessário informar a sociedade civil sobre o aleitamento materno exclusivo para combater o desconforto em amamentar em público, que revela preconceito e desinformação, podendo desestimular a prática.

A valorização das parteiras tradicionais pelas comunidades destaca a importância da aproximação entre elas e os profissionais de saúde, facilitando a troca de conhecimentos e promovendo a continuidade do cuidado. O distanciamento e a fragilidade do vínculo dos profissionais de saúde com as lactentes dificultam a observação e intervenção em suas necessidades específicas, exigindo sensibilização e atuação baseada no conhecimento teórico e prático.

A revisão da literatura revela a falta de atenção à saúde das populações rurais, indicando lacunas para futuras pesquisas em enfermagem na Saúde da Mulher e do Neonato.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

Forma de citar este artigo: Eurich AE, Ferreira MJ. Aleitamento materno em área rural: revisão de escopo. Rev. Educ. Saúde. 2024; 12 (1): 37-49.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Infant and young child feeding [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2021 [cited 2022 Jun 29]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
- Universidade Federal Do Rio De Janeiro. Aleitamento Materno [Internet] [cited 2022 Jun 29]. Available from: https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2021/11/Relatorio-4_ENANI-2019_Aleitamento-Materno.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica [Internet]. 2015 [cited 2022 Jun 29]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf.
- Brasil. Mulheres rurais e autonomia: formação e articulação para efetivar políticas públicas nos Territórios da Cidadania / Andréa Butto, Nalu Faria, Karla Hora, Conceição Dantas, Miriam Nobre, orgs. Brasília : Ministério do Desenvolvimento Agrário [Internet]. 2014 [cited 2022 Aug 19] Available from: <https://www.sof.org.br/wp-content/uploads/2017/07/MulheresRuraisEAutonomia.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). [Internet]. bvsms.saude.gov.br. 2014 [cited 2022 Jul 19]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html
- Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [Internet]. 1990 [cited 2022 Jun 29]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- Brasil. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. [Internet]. 2016 [cited 2022 Jun 29]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm#art19
- Brasil. Lei nº 13.436, de 12 de abril de 2017. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para garantir o direito a acompanhamento e orientação à mãe com relação à amamentação. [Internet]. 2017 [cited 2022 Jun 29]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13436.htm
- Tavares De Souza M, Dias Da Silva M, De Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer Integrative review: what is it? How to do it? Einstein [Internet]. 2010;8(1):102–8 [cited 2022 Jul 19].
- Kastner M, et. al. What is the most appropriate knowledge synthesis method to conduct

- a review? Protocol for a scoping review. [Internet]. BMC Medical Research Methodology; 2012 [cited 2022 Jul 19].
11. Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews [Internet]. 2015. [cited 2022 Jul 19]. Available from: <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-pdf>
 12. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. JBI Evidence Synthesis [Internet]. 2020 Sep 22;18(10):2119–26 [cited 2022 Jul 19].
 13. Bhandari D, Pandya Y, Sharma D. Barriers to exclusive breastfeeding in rural community of central Gujarat, India. Journal of Family Medicine and Primary Care [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 9];8(1):54 [cited 2022 May 30].
 14. Tsegaye M, Ajema D, Shiferaw S, Yirgu R. Level of exclusive breastfeeding practice in remote and pastoralist community, Aysaita woreda, Afar, Ethiopia. International Breastfeeding Journal [Internet]. 2019 Jan 29 [cited 2019 Dec 2];14(1) [cited 2022 May 19].
 15. Ghwass MMEA, Ahmed D. Prevalence and Predictors of 6-Month Exclusive Breastfeeding in a Rural Area in Egypt. Breastfeeding Medicine [Internet]. 2011 Aug;6(4):191–6 [cited 2022 May 30].
 16. Dearden KA, Quan LN, Do M, Marsh DR, Pachón H, Schroeder DG, et al. Work outside the Home is the Primary Barrier to Exclusive Breastfeeding in Rural Viet Nam: Insights from Mothers Who Exclusively Breastfed and Worked. Food and Nutrition Bulletin [Internet]. 2002 Dec [cited 2022 May 22];23(4_suppl2):99–106 [cited 2022 May 30].
 17. Flower KB, Willoughby M, Cadigan RJ, Perrin EM, Randolph G. Understanding Breastfeeding Initiation and Continuation in Rural Communities: A Combined Qualitative/Quantitative Approach. Maternal and Child Health Journal [Internet]. 2007 Jul 18 [cited 2020 Sep 17];12(3):402–14 [cited 2022 May 19].
 18. Vaahtera M, Kulmala T, Hietanen A, Ndekha M, Cullinan T, Salin ML, et al. Breastfeeding and complementary feeding practices in rural Malawi. Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992) [Internet]. 2001 Mar 1;90(3):328–32 [cited 2022 May 30].
 19. Duong DV, Lee AH, Binns CW. Determinants of breast-feeding within the first 6 months post-partum in rural Vietnam. Journal of Paediatrics and Child Health [Internet]. 2005 Jul [cited 2019 Jun 4];41(7):338–43 [cited 2022 May 30].
 20. Yeneabat T, Belachew T, Haile M. Determinants of cessation of exclusive breastfeeding in Ankesha Guagusa Woreda, Awi Zone, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. 2014 Aug 9, 14(1) [cited 2022 May 19].
 21. Cox KN, Giglia RC, Binns CW. The influence of infant feeding attitudes on breastfeeding duration: evidence from a cohort study in rural Western Australia. International Breastfeeding Journal [Internet]. 2015 Aug 21;10(1) [cited 2022 May 30].
 22. Kaushal M, Aggarwal R, Singal A, Shukla H, Kapoor SK, Paul VK. Breastfeeding Practices and Health-seeking Behavior for Neonatal Sickness in a Rural Community. Journal of Tropical Pediatrics [Internet]. 2005 May 31; 51(6):366–76 [cited 2022 May 30].
 23. Talbert A, Jones C, Mataza C, Berkley JA, Mwangome M. Exclusive breastfeeding in first-time mothers in rural Kenya: a longitudinal observational study of feeding patterns in the first six months of life. International Breastfeeding Journal [Internet]. 2020 Mar 5;15(1) [cited 2022 May 19].
 24. Bandyopadhyay M. Impact of ritual pollution on lactation and breastfeeding practices in rural West Bengal, India. International Breastfeeding Journal [Internet]. 2009;4(1):2 [cited 2022 May 30].
 25. Joshi A, Trout KE, Aguirre T, Wilhelm S. Exploration of factors influencing initiation and

- continuation of breastfeeding among Hispanic women living in rural settings: a multi-methods study. *Rural and Remote Health* [Internet]. 2014; 14(3):2955 [cited 2022 May 19].
26. Paramashanti BA, Dibley MJ, Huda TM, Alam A. Breastfeeding perceptions and exclusive breastfeeding practices: A qualitative comparative study in rural and urban Central Java, Indonesia. *Appetite* [Internet]. 2022 Mar; 170:105907 [cited 2022 May 19].
 27. Joseph FI, Earland J. A qualitative exploration of the sociocultural determinants of exclusive breastfeeding practices among rural mothers, North West Nigeria. *International Breastfeeding Journal* [Internet]. 2019 Aug 20;14(1) 2 [cited 2022 May 30].
 28. Hohl S, Thompson B, Escareño M, Duggan C. Cultural Norms in Conflict: Breastfeeding Among Hispanic Immigrants in Rural Washington State. *Maternal and Child Health Journal* [Internet]. 2016 Mar 28; 20(7):1549–57 2 [cited 2022 May 30].
 29. Silva PO, Gubert MB, Silva AKP da, Pereira LL, Santos LMP, Buccini G. [Intergenerational perceptions and practices in breastfeeding and child feeding among quilombola women in Goiás State, Brazil]. *Cadernos De Saude Publica* [Internet]. 2021;37(10):e00148720 [cited 2022 May 19].
 30. Muchacha M, Mtetwa E. Social and Economic Barriers to Exclusive Breast Feeding In Rural Zimbabwe. *International journal of MCH and AIDS* [Internet]. 2015;3(1):16–21. [cited 2022 May 30].
 31. Masvie H. The role of Tamang mothers-in-law in promoting breast feeding in Makwanpur District, Nepal. *Midwifery* [Internet]. 2006 Mar; 22(1):23–31 [cited 2022 May 19].
 32. Exavery A, Kanté AM, Hingora A, Phillips JF. Determinants of early initiation of breastfeeding in rural Tanzania. *International Breastfeeding Journal* [Internet]. 2015 Sep 25;10(1) [cited 2022 May 30].
 33. Nduna T, Marais D, van Wyk B. An Explorative Qualitative Study of Experiences and Challenges to Exclusive Breastfeeding Among Mothers in Rural Zimbabwe. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition* [Internet]. 2015 Feb 5;7(2):69–76 [cited 2022 May 30].
 34. Seidu I. Exclusive Breastfeeding and Family Influences in Rural Ghana: A Qualitative Study [Internet]. *DIVA*. 2013 [cited 2022 May 30].
 35. Okafor AE, Agwu PC, Okoye UO, Uche OA, Oyeoku EK. Factors Associated with Exclusive Breastfeeding Practice among Nursing Mothers in rural areas of Enugu State and its Implications for Social Work Practice in Nigeria. *Social Work in Public Health* [Internet]. 2017 Dec 27;33(2):140–8 [cited 2022 May 30].
 36. Goodman LR, Majee W, Olsberg JE, Jefferson UT. Breastfeeding Barriers and Support in a Rural Setting. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing* [Internet]. 2016; 41(2):98–103 [cited 2022 May 30].
 37. García-Magdaleno VG, Laureano-Eugenio J. Social Representations On Breastfeeding Among Women Living In Urban And Rural Areas In Jalisco, Mexico: A Qualitative Study. *Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecologia* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2022 May 19];70(2):83–93.
 38. Agyei WK. Breast-feeding and sexual abstinence in Papua New Guinea. *Journal of Biosocial Science* [Internet]. 1984 Oct 1 [cited 2022 May 19];16(4):451–61.
 39. Mogre V, Dery M, Gaa PK. Knowledge, attitudes and determinants of exclusive breastfeeding practice among Ghanaian rural lactating mothers. *International Breastfeeding Journal* [Internet]. 2016 May 17 [cited 2022 May 30];11(1).
 40. Tamiru D, Belachew T, Loha E, Mohammed S. Sub-optimal breastfeeding of infants during the first six months and associated factors in rural communities of Jimma Arjo Woreda, Southwest Ethiopia. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 May 18 [cited 2022 May 30];12(1).

41. Adugna DT. Women's perception and risk factors for delayed initiation of breastfeeding in Arba Minch Zuria, Southern Ethiopia. *International Breastfeeding Journal* [Internet]. 2014 Jun [cited 2022 May 30];9(1).
42. Nankumbi J, Muliira JK. Barriers to infant and child-feeding practices: a qualitative study of primary caregivers in Rural Uganda. *Journal of Health, Population, and Nutrition* [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2022 May 19];33(1):106–16.
43. Davies-Adetugbo AA. Sociocultural factors and the promotion of exclusive breastfeeding in rural Yoruba communities of Osun State, Nigeria. *Social Science & Medicine* [Internet]. 1997 Jul [cited 2022 May 30];45(1):113–25.
44. Camacho M, Certal V, Capasso R. Comprehensive review of surgeries for obstructive sleep apnea syndrome. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* [Internet]. 2013 Nov [cited 2022 Aug 1];79(6):780–8.