

# CARACTERIZAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EM SÃO LUÍS, MARANHÃO

## CHARACTERISTICS OF BREASTFEEDING IN SÃO LUÍS, MARANHÃO, BRAZIL

Nayara Frias de Andrade Rieth<sup>1</sup>, Liberata Campos Coimbra<sup>2</sup>

### Resumo

**Introdução:** O aleitamento materno é a estratégia isolada que tem o maior impacto na redução da mortalidade infantil e a heterogeneidade dos indicadores entre os municípios de um mesmo estado, e até entre as diferentes regiões do país é de grande relevância. **Objetivo:** Caracterizar o aleitamento materno em São Luís (MA). **Método:** Trata-se de um estudo transversal, cujos dados foram coletados por meio de entrevistas. **Resultados:** Foram analisadas 3.306 mães, a maioria tinha entre 20 e 34 anos de idade (73,63%), eram pardas/mulatas/morenas (68,28%), possuíam de 9 a 11 anos de estudo (62,61%), viviam em união consensual (54,34%), 62,91% não exerciam atividade remunerada, 14,39% consumiram álcool durante a gravidez e 3,53% fumaram. Quanto às características da gravidez observou-se que 31,62% das mães planejaram a gravidez, 98,70% realizaram pré-natal, a maioria em instituições públicas (83,38%), iniciando as consultas no primeiro trimestre de gestação (70,36%), 68,95% receberam orientação sobre aleitamento materno nas consultas de pré-natal e 62,91% tiveram o seio examinado. Em relação ao tempo de aleitamento materno, a maioria das crianças mamaram por mais de 24 meses (57,37%) e apenas 42,97% receberam o leite materno exclusivo até o sexto mês de vida; dessas crianças, 96,37% não frequentavam creches e 23,62% usavam chupeta. **Conclusão:** Vários aspectos podem influenciar a prática do aleitamento materno e sua duração. Portanto, é fundamental apoiar e ajudar as mães a iniciar a amamentação precocemente, afim de melhorar os índices do aleitamento materno e reduzir a morbimortalidade infantil no Brasil.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno. Saúde da Criança. Enfermagem.

### Abstract

**Introduction:** Breastfeeding is the isolated strategy with the greatest impact on reduction of child mortality and the heterogeneity of indicators among cities in the same state and even among different regions of the country is highly relevant. **Objective:** characterize breastfeeding in São Luís, Maranhão, Brazil. **Method:** It is a cross-sectional study in which data were collected through interviews. **Results:** of 3,306 participating mothers, most were between 20 and 34 years of age (73.63%), were brunettes (68.28%), had 9 to 11 years of education (62.61%), had a consensual union (54.34%), 62.91% did not have a gainful occupation, 14.39% consumed alcohol during pregnancy and 3.53% smoked. Regarding pregnancy characteristics, 31.62% of participating mothers planned their pregnancy, 98.70% received prenatal care, mostly in public institutions (83.38%), initiating prenatal care in the first trimester of pregnancy (70.36%). 68.95% received orientation on breastfeeding during prenatal care and 62.91% had their breasts examined. Regarding the duration of breastfeeding, most children were breastfed for more than 24 months (57.37%) and only 42.97% received exclusive breastfeeding up to the sixth month; of these children, 96.37% did not go to kindergarten and 23.62% used pacifiers. **Conclusion:** Several aspects may influence breastfeeding and its duration. Therefore it is essential to support and help mothers initiate breastfeeding early, in order to improve breastfeeding indices and reduce child morbidity and mortality in Brazil.

**Keywords:** Breastfeeding. Child health. Nursing.

### Introdução

Atualmente, o Aleitamento Materno (AM) é a estratégia isolada que tem o maior impacto na redução da mortalidade infantil. Um estudo realizado em 42 países mostrou que o AM poderia evitar 13% das mortes em menores de cinco anos de idade se 90% das crianças fossem Amamentadas Exclusivamente (AME) até os seis meses e se a amamentação fosse continuada após a introdução da alimentação complementar saudável<sup>1</sup>.

O início precoce do AM tem sido relacionado à manutenção da amamentação por mais tempo, e está associado a muitos outros resultados adicionais positivos no longo prazo, na nutrição e na saúde da mãe e da criança<sup>2</sup>. Também contribui para a economia das famílias, instituições de saúde, governos e nações<sup>3</sup>.

O leite humano é o alimento mais completo para

o bebê, em termos de valor nutricional, e seguro, dado seu menor risco de contaminação<sup>4</sup>. Além de atuar na imunidade da criança, protegendo-a de infecções e doenças respiratórias, evita a diarreia, diminui o risco de alergias, diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes, reduz a chance de obesidade, melhora o desenvolvimento motor e da cavidade bucal<sup>5</sup>. Também melhora os índices de acuidade visual e de desenvolvimento cognitivo e quociente intelectual (QI), e diminui o risco de leucemia na infância<sup>1</sup>.

Amamentar protege a mulher contra o câncer mamário e ovariano, diabetes tipo 2, auxilia na involução uterina, retarda a volta da fertilidade e protege as reservas de ferro materno<sup>1</sup>. Aperfeiçoa a mulher em seu papel de mãe, permitindo um maior contato entre mãe e filho, aumentando assim, o vínculo afetivo entre ambos<sup>6</sup>. Além de ser uma técnica simples e de baixo custo financeiro.

<sup>1</sup> Enfermeira. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

<sup>2</sup> Enfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Contato: Nayara Frias de Andrade Rieth. E-mail: andrade.nayara@gmail.com

Alguns fatores podem favorecer ou restringir a duração do AM, como os fatores biológicos, culturais, relativos à assistência à saúde e fatores socioeconômicos<sup>7</sup>. Outro aspecto que influencia no AM é a confiança materna em sua habilidade de amamentar<sup>8</sup>.

Portanto, o manejo clínico adequado da amamentação por parte dos profissionais da saúde é um fator importante e decisivo, e que aumenta a prevalência do AM<sup>9</sup>.

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal (IIPPAM-CDF)<sup>10</sup>, realizada no período de 1999 a 2008, constatou que a duração mediana do AME aumentou um mês (23,4 dias em 1999 para 54,1 dias em 2008). Houve aumento da prevalência de AME em menores de 4 meses de 35,5%, em 1999, para 51,2%, em 2008. A comparação do percentual de crianças entre 9 e 12 meses amamentadas também mostrou aumento, passando de 42,4%, em 1999, para 58,7%, em 2008.

Na Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros<sup>11</sup>, que divulgou a situação do AM em 227 municípios brasileiros, o Maranhão contou com a adesão de 10 municípios: São Luís, Açailândia, Balsas, Chapadinha, Itapecuru Mirim, Paço do Lumiar, Santa Inês, São João do Caru, São José de Ribamar e Viana, totalizando 6.048 crianças menores de um ano de idade participantes. Em relação às crianças que mamaram na primeira hora de vida, todos os municípios participantes da pesquisa tiveram prevalências superiores à do Brasil (67,7%).

Quanto ao AME em crianças menores de 6 meses, apenas três municípios do estado do Maranhão ficaram acima da média nacional (41%): São Luís (46,7%), Paço do Lumiar (53,8%) e São José de Ribamar (44,3%). No que diz respeito à prevalência do AM em crianças de 9 a 12 meses, todos os municípios participantes da pesquisa tiveram prevalências superiores à média nacional (58,7%), e em São Luís, a prevalência foi de 76,9%. Itapecuru Mirim destacou-se com 85,71%<sup>11</sup>.

A heterogeneidade dos indicadores entre os municípios de um mesmo estado, e até entre as diferentes regiões do país, reforça a importância das pesquisas locais. Portanto este estudo teve como objetivos de fazer a caracterização o aleitamento materno em São Luís (MA).

## Métodos

Trata-se de um estudo transversal com dados procedentes de uma pesquisa intitulada "Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras" – BRISA, que estudou nascimentos hospitalares dos municípios de Ribeirão Preto (SP) e São Luís (MA).

O estudo de coorte foi realizado em dois momentos: no primeiro, os dados foram coletados no nascimento das crianças, durante os meses de janeiro a dezembro de 2010. No segundo momento, entre abril de 2011 e março de 2013, as crianças estavam entre o primeiro e o terceiro ano de vida. Para esse estudo foram utilizados apenas os dados coletados no município de São Luís (MA).

A população estudada foi composta de mães e crianças que participaram da coorte de nascimento e foram acompanhadas no seguimento do segundo ano do BRISA.

A coorte do nascimento foi composta por mulheres que tiveram partos hospitalares nas unidades selecionadas para a pesquisa no ano de 2010. Para seleção dos hospitais, realizou-se um levantamento dos dados registrados no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde, no ano de 2008 e a amostra do estudo foi estratificada por maternidade com quota proporcional ao número de partos.

Foram excluídas do estudo as maternidades onde ocorreram menos de 100 partos por ano, correspondendo a 3,3% de todos os partos hospitalares da cidade de São Luís (MA), a coleta, portanto, foi realizada em 10 unidades hospitalares, públicas e privadas.

Nas maternidades, a amostragem foi sistemática. Elaborou-se uma listagem de todos os nascimentos ocorridos em cada unidade hospitalar por ordem de nascimento. De primeiro de janeiro a 31 de dezembro de 2010, todos os nascidos vivos ou mortos, de partos únicos ou múltiplos, cujas mães eram residentes em São Luís, foram catalogados em uma ficha de controle. Sorteou-se um início casual entre um e três para cada hospital ou maternidade. Somando-se o início casual ao valor do intervalo amostral (três), sortearam-se de forma aleatória todos os nascimentos da pesquisa. Assim, um a cada três nascimentos foram escolhidos aleatoriamente para entrevista. Perdas por recusa ou alta precoce representaram 4.6% (239 nascimentos).

No total ocorreram 21.401 nascimentos, dos quais foi sorteado 1/3 (7.133). Destes, apenas 5.451 eram residentes em São Luís (MA). Subtraindo-se as perdas por recusa ou alta precoce, a amostra foi de 5.212 nascimentos e após a exclusão de 46 natimortos a amostra final deste estudo foi de 5.166 nascimentos. Para a segunda etapa da pesquisa, que foi no seguimento do segundo ano de vida, permaneceram na pesquisa 3.306 nascimentos. Os outros 1.860 (36%) que não continuaram no estudo, representaram a perda de seguimento, por recusa ou impossibilidade de contato.

A coleta de dados da primeira etapa foi realizada por meio de entrevistas com as puérperas, utilizando questionários padronizados, aplicados por equipe previamente capacitada, preferencialmente nas primeiras 24 horas após o parto, nos hospitais selecionados. Para a segunda etapa foi realizada a busca ativa das mães participantes da primeira etapa e realizadas entrevistas com questionários padronizados, também aplicados por equipe capacitada, nos domicílios das participantes e no Hospital Universitário Materno Infantil.

As variáveis estudadas foram: idade materna, cor da pele, escolaridade (anos de estudo), situação conjugal, atividade remunerada, consumo de álcool e tabaco na gestação, planejamento da gravidez, acompanhamento do pré-natal, atendimento do pré-natal, início do pré-natal, orientação sobre AM e exame do seio no pré-natal, se a criança frequentava creche, se a criança usava chupeta, a duração do AM e do AME.

Os dados foram analisados utilizando o programa estatístico STATA® versão 12.0. Foi realizada uma análise descritiva dos dados, através de cálculos das frequências absolutas e percentuais para observar as características demográficas, socioeconômicas, hábitos de vida e dados sobre a gestação das mulheres, as características do aleitamento materno e os hábitos das crianças.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e

Pesquisa do Hospital Universitário com parecer número 223/2009.

## Resultados

A amostra do seguimento do segundo ano do Brisa foi composta por 3.306 mães, que em maior frequência tinham entre 20 e 34 anos (73,6%), eram pardas/mulatas/morenas (68,2%), possuíam de 9 a 11 anos de estudo (62,6%), viviam em união consensual (54,3%) e 62,9% não exerciam atividade remunerada. Em relação aos hábitos de vida, 14,3% das mães consumiram álcool durante a gravidez e 3,5% relataram ter fumado na gestação (Tabela 1).

**Tabela 1** - Caracterização demográfica, socioeconômica e hábitos de vida das mães. São Luís, MA, 2015.

Características maternas	n	%
<b>Idade (anos)</b>		
<20	576	17,9
20-34	2.359	73,6
>34	269	08,4
<b>Cor da pele</b>		
Branca	553	17,2
Negra/Preta	424	13,2
Parda/Mulata/Morena	2.185	68,2
Oriental/amarela	038	01,1
<b>Escolaridade (anos)</b>		
0 - 4	102	03,1
5 - 8	649	20,2
9 - 11	2.004	62,6
12 ou mais	446	13,9
<b>Situação conjugal</b>		
Casada	734	22,2
União consensual	1.795	54,3
Solteira	666	20,1
Separada/divorciada	094	02,8
Viúva	014	00,4
<b>Atividade remunerada</b>		
Sim	1.188	37,0
Não	2.015	62,9
<b>Consumo de álcool na gravidez</b>		
Sim	461	14,3
Não	2.743	85,6
<b>Tabagismo na gravidez atual</b>		
Sim	113	03,5
Não	213	06,6
Nunca fumou	2.878	89,8
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	

Em relação aos dados sobre a gestação, observou-se que a gravidez foi planejada em 31,6% dos casos, a grande maioria fez acompanhamento do pré-natal (98,7%) em instituições públicas (83,3%), iniciando suas consultas no primeiro trimestre de gestação (70,3%). Mais da metade das mães receberam orientação sobre aleitamento materno nas consultas de pré-natal (68,9%) e 62,9% tiveram o seio examinado (Tabela 2).

Em relação ao tempo de aleitamento materno observou-se que 19,5% das crianças mamaram menos de 6 meses, 13,4% mamaram de 6 a 12 meses, 9,7% mamaram de 12 a 24 meses e 57,3% mamaram mais de 24 meses. Quanto ao aleitamento materno exclusivo,

**Tabela 2** - Planejamento da gravidez e Características do pré-natal das mães. São Luís, MA, 2015.

Características da gestação	n	%
<b>Gravidez planejada</b>		
Sim	1.044	31,6
Não	2.258	68,3
<b>Realizou pré-natal</b>		
Sim	3.263	98,7
Não	043	01,3
<b>Atendimento do Pré-Natal</b>		
Público	2.720	83,3
Privado	542	16,6
<b>Início do Pré-natal</b>		
1º tri	2.255	70,3
2º tri	889	27,7
3º tri	061	01,9
<b>Orientação sobre AM</b>		
Sim	2.249	68,9
Não	1.013	31,0
<b>Exame do seio</b>		
Sim	2.052	62,9
Não	1.210	37,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	

observamos que apenas 42,9% das crianças receberam o leite materno exclusivo até o sexto mês de vida. A grande maioria das crianças não frequentavam creches (96,3%) e 23,6% usavam chupeta (Tabela 3).

**Tabela 3** - Caracterização do aleitamento materno e hábitos das crianças. São Luís, MA, 2015.

Características das crianças	n	%
<b>Tempo de aleitamento materno</b>		
< 6 meses	613	19,5
6 e 12 meses	421	13,4
12 a 24 meses	305	09,7
> 24 meses	1.802	57,3
<b>AME até o sexto mês de vida</b>		
Sim	1.339	42,9
Não	1.777	57,0
<b>Frequente creche</b>		
Sim	120	03,6
Não	3.186	96,3
<b>Uso de chupeta</b>		
Nunca usou	2.285	69,1
Não/parou	240	07,2
Sim	781	23,6
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	

## Discussão

Atualmente, no Brasil, 68% das crianças iniciam o AM nos primeiros dias de vida, 41% delas mantem-se em AME até os seis meses e 25% permanecem em AM até os dois anos de idade<sup>12</sup>.

A maioria das crianças deste estudo, foram amamentadas por mais de 24 meses, o que representa um indicativo bom, uma vez que a OMS recomenda o aleitamento materno até dois anos de idade ou mais<sup>13</sup>. Mas em relação ao AME até o sexto mês de vida, este estudo apresentou uma prevalência baixa. Algumas pesquisas

também evidenciaram taxas de AME abaixo do preconizado pela OMS, como a de Rocci e Fernandes<sup>14</sup>, realizada em uma maternidade de São Paulo, onde a prevalência de AME foi de 34,1%, em Porto Alegre onde estudo realizado por Gusmão *et al.*,<sup>15</sup> evidenciou uma taxa de AME de 37,8% e no Rio de Janeiro também houve uma baixa prevalência de AME, equivalente a 34,8%<sup>16</sup>.

Acredita-se que vários aspectos podem estar envolvidos na prática e duração do aleitamento materno. Neste estudo a maioria das mães tinha entre 20 e 34 anos de idade. Estudo aponta que a idade materna mais jovem pode estar relacionada à menor duração do aleitamento, talvez motivada por algumas dificuldades, tais como o nível de escolaridade, ainda baixo, menor poder aquisitivo e, muitas vezes, o fato de serem solteiras<sup>17</sup>.

Outros estudos apontam que a idade mais elevada é desfavorável à prática do AM<sup>18,19</sup>. Uma explicação plausível para a menor prevalência de amamentação entre as mulheres com idade mais elevada é o fato de a maioria apresentar estabilidade profissional, que resultaria em menor tempo disponível para o cuidado do bebê, inclusive para a prática que a amamentação necessita. Outro fator que pode estar implicado é a própria decisão materna de não amamentar<sup>18</sup>.

Quanto à cor da pele, a maioria das mães desse estudo eram pardas/mulatas/morenas. Desde décadas passadas a duração do aleitamento materno entre mulheres brancas apresenta-se menor<sup>20</sup>. A PNDS de 2006<sup>21</sup>, também verificou uma taxa menor de AME em mulheres de cor branca, quando comparadas com as de pele negra.

Estudo realizado por Wenzel e Souza<sup>18</sup>, revelou que as mães de cor branca se apresentaram como fator desfavorável à prática da amamentação nas regiões Sul e Sudeste, não demonstrando nenhum dado sobre a região Nordeste. Justificaram esse dado pelo fato de que na região Sul existem muitas pessoas com origem europeia, que historicamente apresentam mais baixa prevalência de aleitamento materno.

Em relação à escolaridade, as mães desse estudo possuíam de 9 a 11 anos de estudo. As mães com maior tempo de estudo têm demonstrado conhecer mais sobre aleitamento materno<sup>22</sup>. A baixa escolaridade materna se mostrou associada à interrupção da amamentação exclusiva, isso possivelmente porque mães com nível de escolaridade mais elevado têm mais acesso a informações sobre as vantagens dessa modalidade de aleitamento materno e mais autoconfiança para manterem essa prática nos primeiros meses de vida do bebê<sup>23</sup>.

Para Araújo *et al.*,<sup>17</sup> o grau de instrução materna é um fator que afeta a motivação para amamentar. Em muitos países desenvolvidos, mães com maior grau de instrução tendem a amamentar por mais tempo, em decorrência principalmente da possibilidade de um maior acesso a informações sobre as vantagens do aleitamento materno.

Quanto à situação conjugal, neste estudo, a prevalência de mães que eram casadas ou viviam em união consensual foi a grande maioria. Pode-se considerar que conviver com companheiro pode ser fundamental para uma maior adesão à prática da amamentação, pois promove melhor compreensão acerca dos

benefícios, e a presença do companheiro pode favorecer principalmente se ele incentivar, apoiar e ajudar nas tarefas em geral, tanto da casa, como nos cuidados com o filho<sup>24</sup>.

O fato de a mãe não exercer atividade remunerada após o nascimento do filho, como é o caso da maioria das mães deste estudo, pode beneficiar o AM. Estudos recentes mostram que a taxa de aleitamento materno e AME declinam rapidamente quando a mulher volta a trabalhar<sup>25,26</sup>. O crescimento da participação feminina no mercado de trabalho no país implicou em uma mudança no comportamento da mulher em relação à amamentação. Entretanto, isso não significa que o trabalho seja, necessariamente, incompatível com a prática do aleitamento materno, uma vez que existem alternativas como a ordenha manual e a licença maternidade, para possibilitar à mãe uma maior dedicação ao seu filho e propiciar a prática do aleitamento materno<sup>24</sup>.

Sobre a ingestão de bebidas alcólicas, poucas mães deste estudo, relataram beber durante a gestação. A ingestão de álcool não é recomendada durante a gestação e período de amamentação, já que o álcool passa através do leite, alterando a produção, o volume, o aroma, a composição e a excreção láctea, além de provocar efeitos deletérios no recém-nascido<sup>27</sup>. A ingestão de doses iguais ou maiores que 0,3g/kg de peso podem reduzir a produção láctea, modificar o odor e o sabor do leite materno, levando à recusa do mesmo pelo lactente<sup>28</sup>.

Mesmo sendo objeto de muitos esforços, no sentido de reduzir ou eliminar seu consumo, as bebidas alcólicas ainda se fazem presente no dia a dia, inclusive em mulheres que estão amamentando. O estudo de Del Ciampo *et al.*,<sup>29</sup> encontrou uma prevalência de 11,1% de consumo de álcool entre as mães, sendo que destas, 80,3% estavam amamentando.

Em relação ao tabagismo, a maioria das mães relataram não fumar durante a gravidez. Estes resultados divergem dos estudos sobre tabagismo durante a gestação, cujos níveis de prevalência foram de 11,3%<sup>30</sup> e 21,1%<sup>31</sup>.

O uso do tabaco está associado a uma menor produção de leite, diminuição da concentração de gordura do leite, redução do tempo de amamentação, além de agredir drasticamente as vias aéreas da lactante e das crianças. A nicotina é uma substância neuroativa que se acumula no leite humano cerca de 30 minutos após o consumo de um cigarro e pode ser encontrada em concentrações até três vezes maiores que no sangue materno<sup>32</sup>.

O fato de não ter planejado a gravidez também pode interferir na decisão da mãe em amamentar e no estabelecimento do vínculo com o bebê<sup>33</sup>. Neste estudo apenas 31,62% das mães planejaram a gravidez.

Um estudo realizado nas Filipinas<sup>34</sup>, com 3.044 crianças, mostrou que as crianças nascidas de gestações não planejadas eram mais propensas a iniciar o AM mais tardiamente comparadas às crianças nascidas de gestações desejadas. Entretanto, isso foi observado apenas entre crianças pertencentes às famílias com baixo nível socioeconômico. Entre as crianças pertencentes às famílias com alto nível socioeconômico nenhum efeito significativo entre a intenção de engravidar e o início do aleitamento materno foi observado. Já em relação à duração do AM, as crianças nascidas de

gestações não planejadas eram menos propensas a serem amamentadas por menos tempo, mas esse fato ocorreu apenas entre as crianças pertencentes às famílias com alto nível socioeconômico. Entre as crianças pertencentes às famílias com baixo nível socioeconômico não foi encontrado efeito significativo entre a intenção de engravidar e a duração do AM.

Já na pesquisa de Shapiro-Mendoza *et al.*,<sup>35</sup> realizada na Bolívia e no Paraguai, a gravidez planejada não foi um fator importante na duração do AM, assim como na pesquisa de Conceição e Fernandes<sup>33</sup>.

A realização do pré-natal é indispensável no sentido de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança. Trata-se de um momento oportuno para a discussão de pontos importantes do cuidado infantil, como o fornecimento de informações essenciais para a promoção do aleitamento materno<sup>36</sup>. Estudos mostram que mães que não foram bem informadas sobre amamentação planejam amamentar por menos tempo<sup>37,38</sup>.

Embora a maioria das mulheres deste estudo tivessem realizado o pré-natal, já no primeiro trimestre de gestação e terem relatado que receberam orientação sobre AM em pelo menos uma das consultas, observou-se que a prevalência do AME nos primeiros seis meses de vida das crianças foi baixo. O baixo índice de aleitamento materno pode demonstrar uma deficiência na qualidade da assistência oferecida às gestantes durante o acompanhamento do pré-natal, já que as orientações sobre a prática do AM compõem o mínimo exigido pelo MS em uma consulta de pré-natal de rotina<sup>39</sup>.

Neste estudo a maioria das crianças não frequentavam creches, o que é considerado positivo para a prática da amamentação. Um estudo comprovou que crianças que frequentam creches são amamentadas por menos tempo<sup>18</sup>. A maior inclusão das mulheres no mercado de trabalho torna, muitas vezes, necessária o uso de creche pelas crianças, dificultando a prática da amamentação e favorecendo a interrupção precoce da amamentação.

Outro aspecto importante é a falta de estrutura das creches para o acolhimento de crianças em aleitamento materno, como a falta de equipamentos para a

estocagem de leite materno, ou mesmo a falta de treinamento dos funcionários das creches<sup>40</sup>.

Em relação ao uso de chupeta, observou-se que algumas crianças faziam uso. Uma pesquisa realizada em Goiânia<sup>36</sup>, com 362 crianças, demonstrou que o uso de chupeta aumenta em 1,04 vezes a chance de a mãe introduzir precocemente a alimentação complementar em seus filhos, interrompendo assim o AME. Outro estudo realizado no interior do estado do Rio de Janeiro, com 580 crianças<sup>41</sup>, verificou que o uso da chupeta esteve fortemente associado com a ausência do aleitamento materno, com um risco de 3,24.

Tamasia *et al.*,<sup>42</sup> ao estudarem a situação do AM e da alimentação complementar em um município no Vale da Ribeira em São Paulo, com 713 crianças, verificaram que o fato de não oferecerem chupetas às crianças foi um fator de proteção ao AME.

Em contrapartida, uma meta-análise realizada com 1.302 crianças na Malásia<sup>43</sup>, concluiu que o uso de chupeta, independentemente do período em que foi introduzida, não apresentou efeito significativo na prevalência e duração do AM e do AME.

Conclui-se então que vários aspectos podem influenciar a prática do aleitamento materno, bem como sua duração. Neste estudo a prevalência do AM foi boa, mas a do AME foi baixa. Portanto, é fundamental que os profissionais da saúde, em especial os da enfermagem, que mais estreitamente se relacionam com as nutrizes, incentivem, apoiem e ajudem as mães a iniciar a amamentação precocemente afim de promover a prática da amamentação por períodos mais longos, melhorando os índices do AM e consequentemente, reduzindo a morbimortalidade infantil no Brasil.

#### Este estudo teve apoio financeiro:

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Maranhão (FAPEMA). Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Programa de Apoio a Núcleos de Excelência (PRONEX).

#### Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília: MS; 2011.
2. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization, 2007.
3. Fonseca MO, Parreira BDM, Machado DC, Machado ARM. Aleitamento Materno: conhecimento de mães admitidas no alojamento conjunto de um hospital universitário. *Cienc Cuid Saude*, 2011; 10(1): 141-149.
4. Gomes ARC. *Práticas de aleitamento materno em menores de um ano em municípios de Minas Gerais*. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2011. 100p.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: MS; 2009.
6. Ichisato SMT, Shimo AKK. Aleitamento materno e as crenças alimentares. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2001; 9(5): 70-76.
7. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento. Manual do treinador. Brasília, 2004. 35p.
8. Margotti E. *Fatores associados ao desmame precoce: percepção de autoeficácia no aleitamento materno e depressão pós-natal*. [Tese]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2013. 329p.
9. Monteiro JCS, Nakano AMS, Gomes FA. O aleitamento materno enquanto uma prática construída: reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. *Invest Educ Enferm*, 2011; 29(2): 315-322.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: MS; 2009.

11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno Em Municípios Brasileiros: situação do aleitamento materno em 227 municípios brasileiros. Brasília: MS; 2010.
12. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). The state of the world's children 2014 in number: every child counts. New York, 2014. 116p.
13. World Health Organization (WHO). Health topics: breastfeeding. Geneva: World Health Organization, 2012.
14. Rocci E, Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Rev Bras Enferm*, 2014; 67(1): 22-27.
15. Gusmão AM, Béria JU, Gigante LP, Leal AF, Schermann LB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. *Cien Saude Colet*, 2013; 18(11): 3357-3368.
16. Souza MHN, Sodrê VRD, Silva FNF. Prevalência e fatores associados à prática da amamentação de crianças que frequentam uma creche comunitária. *Cienc Enferm*, 2015; 21(1): 55-67.
17. Araújo OD, Cunha AL, Lustosa LR, Nery IS, Mendonça RCM, Campelo SMA. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev Bras Enferm*, 2008; 61(4): 488-492.
18. Wenzel D, Souza SB. Fatores associados ao aleitamento materno nas diferentes regiões do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, 2014; 14(3): 241-249.
19. Caminha MFC, Cruz RSBL, Acioly VMC, Nascimento RR, Azevedo PTACC, Lira PIC, Batista Filho M. Fatores de risco para a não amamentação: um estudo caso-controle. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, 2015; 15(2): 193-199.
20. Rea MF. Avaliação das práticas de amamentação diferenciais: a questão da etnia. *Rev Saúde Pública*, 1994; 28(5): 365-372.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009; [cerca de 300 p.].
22. Boff ADG, Paniagua LM, Scherer S, Goulart BNG. Aspectos socioeconômicos e conhecimento de puérperas sobre aleitamento materno. *Audiol Commun Res*, 2015; 20(2): 141-145.
23. Alves ALN, Oliveira MIC, Moraes JR. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e sua relação com o aleitamento materno exclusivo. *Rev Saúde Pública*, 2013; 47(6): 1130-1140.
24. Batista KRA, Farias MCAD, Melo WSN. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. *Saúde em Debate*, 2013; 37(96): 130-138.
25. Figueredo SF, Mattar MJG, Abrão ACFV. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. *Rev Esc Enferm USP*, 2013; 47(6): 1291-1297.
26. Salustiano LPQ, Diniz ALD, Abdallah VOS, et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2012; 34(1): 28-33.
27. Nascimento ALV, Souza AFO, Amorim ACR, Leitão MBS, Maio R, Burgos MGPA. Ingestão de bebidas alcoólicas em lactantes atendidas em Hospital Universitário. *Rev Paul Pediatr*, 2013; 31(2): 198-204.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias. Brasília: MS; 2014. 92p.
29. Del Ciampo LA, Ricco RG, Ferraz IS, Daneluzzi JC, Martinelli Junior CE. Prevalência de tabagismo e consumo de bebida alcoólica em mães de lactentes menores de seis meses de idade. *Rev Paul Pediatr*, 2009; 27(4): 361-365.
30. Rocha RS, Bezerra SC, Lima JWO, Costa FS. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. *Rev Gaúcha Enferm*, 2013; 34(2): 37-45.
31. Reis LG, Silva CJD, Trindade A, Abrahão M, Silva VAd. Women who smoke and stop during pregnancy: who are they? *Rev Bras Saúde Matern Infant*, 2008; 8(2): 217-221.
32. Dahlström A, Ebersjö C, Lundell B. Nicotine exposure in breastfed infants. *Acta Paediatr*, 2004; 93(6): 810-816.
33. Conceição SP, Fernandes RAQ. Influência da gravidez não planejada no tempo de aleitamento materno. *Esc Anna Nery*, 2015; 19(4): 600-605.
34. Ulep VGT, Borja MP. Association between pregnancy intention and optimal breastfeeding practices in the Philippines: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2012; 12(69): 1-8.
35. Shapiro-Mendoza CK, Selwyn BJ, Smith DP, Sanderson M. The impact of pregnancy intention on breastfeeding duration in Bolivia and Paraguay. *Stud Fam Plann*, 2007; 38(3): 198-205.
36. Schincaglia RM, Oliveira AC, Sousa LM, Martins KA. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiol Serv Saúde*, 2015; 24(3): 465-547.
37. Idris NS, Sastroasmoro S, Hidayati F, Sapriani I, Suradi R, Grobbee DE, et al. Exclusive breastfeeding plan of pregnant southeast asian women: what encourages them? *Breastfeeding Medicine*, 2013; 8(3): 317-320.
38. Machado MCM, Assis KF, Oliveira FCC, Ribeiro AQ, Araújo RMA, Cury AF, et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(6): 985-994.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
40. Zapana PM, Oliveira MN, Taddei JA. Factors determining the breastfeeding in children attending public and not-for-profit daycare centers in São Paulo, Brazil. *Arch Latinoam Nutr*, 2010; 60(4): 360-367.
41. Rigotti RR, Oliveira MIC, Boccolini CS. Associação entre o uso de mamadeira e de chupeta e a ausência de amamentação no segundo semestre de vida. *Cien Saude Colet*, 2015; 20(4): 1235-1244.
42. Tamasia GA, Venâncio SI, Saldiva SRDM. Situation of breastfeeding and complementary feeding in a medium-sized municipality in the Ribeira Valley, São Paulo. *Rev Nutr*, 2015; 28(2): 143-153.
43. Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012; 7(CD007202): 1-23.